

CYNARA CRISTINA DOMINGUES ALVES PEREIRA

**COMPARAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO
DE DIFERENTES PROGRAMAS
DE ATIVIDADE FÍSICA
APLICADOS NO LOCAL DE
TRABALHO SOBRE O NÍVEL DE
ATIVIDADE FÍSICA E
QUALIDADE DE VIDA DE
TRABALHADORES DO SETOR
ADMINISTRATIVO DE
COMUNIDADE UNIVERSITÁRIA**

Campinas
2013

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

CYNARA CRISTINA DOMINGUES ALVES PEREIRA

**COMPARAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO
DE DIFERENTES PROGRAMAS
DE ATIVIDADE FÍSICA
APLICADOS NO LOCAL DE
TRABALHO SOBRE O NÍVEL DE
ATIVIDADE FÍSICA E
QUALIDADE DE VIDA DE
TRABALHADORES DO SETOR
ADMINISTRATIVO DE
COMUNIDADE UNIVERSITÁRIA**

Orientador: Prof^o Dr. Roberto Vilartha

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutor em Educação Física na área de concentração Atividade Física Adaptada.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA ALUNA CYNARA CRISTINA DOMINGUES ALVES PEREIRA E ORIENTADA PELO PROF. DR. ROBERTO VILARTA.



Assinatura do orientador

Campinas, 2013

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Educação Física
Dulce Inês Leocádio dos Santos Augusto - CRB 8/4991

Pereira, Cynara Cristina Domingues Alves, 1974-
P414c Comparação da associação de diferentes tipos de programas de atividade física aplicados no local de trabalho sobre o nível de atividade física e qualidade de vida de trabalhadores do setor administrativo de comunidade universitária / Cynara Cristina Domingues Alves Pereira. – Campinas, SP : [s.n.], 2013.

Orientador: Roberto Vilarta.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação Física.

1. Sedentarismo. 2. Atividade física. 3. Trabalho. 4. Qualidade de vida. 5. Programa de saúde. I. Vilarta, Roberto. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação Física. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Comparison of the association of different physical activity programs applied in the workplace on the level of physical activity and quality of life for workers in the administrative sector of the university

Palavras-chave em inglês:

Sedentary
Physical activity
Work
Quality of life
Health program

Área de concentração: Atividade Física Adaptada

Titulação: Doutora em Educação Física

Banca examinadora:

Roberto Vilarta [Orientador]
Guanis de Barros Vilela Junior
Maria Inês Monteiro
Frederico Tadeu Deloroso
Jaqueline Girnos Sonati

Data de defesa: 29-07-2013

Programa de Pós-Graduação: Educação Física

COMISSÃO EXAMINADORA



Prof. Dr. Roberto Vilarta

Orientador



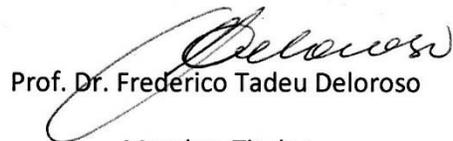
Prof. Dr. Guanís de Barros Vilela Junior

Membro Titular



Profa. Dra. Maria Inês Monteiro

Membro Titular



Prof. Dr. Frederico Tadeu Deloroso

Membro Titular



Profa. Dra. Jaqueline Girnos Sonati

Membro Titular

DEDICATÓRIA

*Esta pesquisa é especialmente dedicada aos verdadeiros amores da minha vida.
Wilson Achilles a pessoa mais especial do mundo, quem mais admiro em todos os aspectos
e que me preenche em todos os sentidos. Minha verdadeira alma gêmea, você me faz
extremamente feliz.
Ygor, Gabriela e Pedro Achilles, filhos amados, incentivo de vida e lentes para
interpretação de um mundo melhor.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao Tudo que é Deus, perfeito e misericordioso, por permitir a concretização deste sonho.

Ao meu marido Wilson Achilles pelo apoio incondicional e estímulo em momentos de insegurança.

A pró-reitoria do CEUNSP, representada pelo Sr. Estevão Anganuzzi, por permitir a realização da pesquisa em sua instituição de ensino superior.

Aos diretores Hércules Domingues e Marcel Cardoso do CEUNSP, professores Ana Lisboa, Claudinei Novelli, Nilson Rogério e advogada Cristiane por acreditarem no projeto de pesquisa desde o início e colaborarem para que o mesmo se concretizasse.

Aos professores César Vecina, José Correia França, Rafael Pombo, Ricardo Victorino, Rita de Cássia, Vladimir Godoi e Luiz Manoel Trugillo do curso de Educação Física do CEUNSP pelo apoio e incentivo em todo momento da elaboração da tese.

Ao prestativo professor Neto Ferrari, do curso de informática do CEUNSP, pela idealização dos questionários no google docs e tabela que foi alimentada automaticamente pelos dados colhidos pela Internet.

Aos queridos alunos Ana Paula dos Santos, Angélica Bichara, Bianca Morgado, Clodoaldo Duarte, Célio Botan, Débora Aparecida Bernardo, Edson dos Santos, Joyce Conchalo, Levi Félix Pereira, Luis Antônio Paschoal, Luísa Andreazza, Maria Cristina, Michel Rodolfo Zogno, Nayara Raganhan de Andrade, Rafael Padovan, Regiane Santos, Ruan Giollo, Viviane Diana e Vinícius de Almeida, do curso de Educação Física do

CEUNSP pela colaboração na coleta dos dados, implantação, condução das intervenções, organização dos dados, apoio fundamental para a realização da pesquisa.

Ao enfermeiro do trabalho Alexandre Rogério da Silva por preparar tudo o que foi solicitado a fim de otimizar a pesquisa com muita disposição e competência.

A empresa ATITUDE ASSESSORIA ESPORTIVA EMPRESARIAL representada pelas diretoras Ariana Aline da Silva e Maria Aparecida Machado por oferecer o planejamento de sua empresa para ser utilizado na intervenção da atividade física programada.

Ao Fábio Ceschini pelo apoio no tratamento dos dados e a amiga Ana Rodrigues pelo incentivo e entusiasmo contagiante.

A amiga e colega de trabalho, Priscila Pinheiro, pela companhia nas viagens de Itu para Campinas, tenho uma enorme gratidão por sua ajuda.

Aos alunos que participaram dos cursos de ginástica laboral e compraram os CDs de instrumentos de acompanhamento dos processos dos programas de ginástica laboral para contribuir com a pesquisa.

Aos colegas do grupo de estudos em Atividade Física Adaptada, Jaqueline Girnos, Dênis Modeneze e Erika da Silva Maciel, pelas opiniões científicas enriquecedoras e prontidão em atender as solicitações constantes.

Ao meu amado orientador Roberto Vilarta, gosto muito de você! Por ser um “ser humano” muito especial, pela contribuição incontestável em todos os momentos de minha formação como Doutora e por ser uma referência científica e humana, inesquecível para mim.

Aos meus valorosos pais Paulo César Domingues, Maria Inez de Sousa Domingues, irmãos Rosana Inez Domingues Resende, Rodrigo César de Sousa Domingues, Adriele Ribeiro e Adriana Ribeiro, pela base familiar e comunhão.

A uma importante parte da família, a minha sogra Maria Eunice Martins Alves Pereira e seus frutos, mais uma vez, Wilson Achilles Alves Pereira Neto, Luciana Maria Alves Pereira, André Luiz Alves Pereira e Fabiana Maria Alves Pereira, pelo apoio e vibração, mediante as batalhas e as conquistas.

Meus queridos amigos e irmãos sou imensamente grata a cada um de vocês de forma extremamente especial!!!!

PEREIRA, Cynara Cristina Domingues Alves. Comparação da associação de diferentes programas de atividade física aplicados no local de trabalho sobre o nível de atividade física e qualidade de vida de trabalhadores do setor administrativo de comunidade universitária. 235 f. Tese (Doutorado em Educação Física) - Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

RESUMO

INTRODUÇÃO: No mundo todo, a alta prevalência de sedentarismo da população trabalhadora é preocupante. A falta de prática de atividade física aumenta os riscos em relação aos prejuízos da qualidade de vida, bem como, a morbidade e mortalidade destes indivíduos. As evidências científicas atuais, apesar de serem fundamentais, são insuficientes para indicar quais ações aplicadas no ambiente corporativo podem contribuir na minimização das condições de risco do sedentarismo. **OBJETIVO:** Comparar a associação de diferentes práticas de atividade física - atividade física sistematizada (AFS), grupos de treinamento físico programado (TFP) e grupos de aconselhamento à prática de atividade física (GA) sobre o nível de atividade física (NAF) e a percepção da qualidade de vida (QV) de trabalhadores do setor administrativo (ADM) de uma comunidade universitária. **MÉTODO:** Na fase I foram avaliados 645 sujeitos pertencentes à comunidade de ensino superior (discentes, docentes e trabalhadores ADM) e na fase II foram estratificados da amostra total 165 trabalhadores ADM que foram avaliados e aleatorizados, além do grupo controle (GI), para uma das 3 intervenções: (GII= AFS; GIII=AFS +TFP e GIV= AFS+ GA). As variáveis sociodemográficas, socioeconômicas e de saúde (formulário socioeconômico e de saúde e critério de classificação econômica do Brasil), NAF (IPAQ curto), percepção da QV (WHOQOL- bref), barreiras à prática de atividade física (NEWS) e estágios de prontidão para a mudança de comportamento em relação à atividade física (EPMC) foram analisadas por meio eletrônico. No início da pesquisa todas as variáveis foram coletadas (fase I) e repetidas na pré- intervenção e após 16 semanas de intervenção (fase II), totalizando a duração da pesquisa em 10 meses. **RESULTADOS:** Na fase I os grupos discentes e trabalhadores ADM descreveram, respectivamente, características sociodemográficas e socioeconômicas com similitudes: F (71,1%; 67,2 %), jovens entre 17 e 29 anos (81,9%; 50%), solteiros (80,0%; 58,3%), com renda mensal entre 1 e 3 salários mínimos (43,8%; 51,4%) e nível socioeconômico D (42,0%; 44,0%) e os docentes inversamente, a não ser pelo tempo de estudo. O NAF (suficientemente ativos- 64%) e o EPMC contemplação (41,4%) não apresentaram diferenças entre os grupos. Já a saúde foi pior para os trabalhadores ADM (presença de morbidades – 29,9%) e QV Total e a QV Geral foi maior para os docentes (73,5±23,2; 81±13,5) e trabalhadores ADM (70,1±22,6; 76,2±15,8) do que discentes (68,6±21,6; 74,4±16,0). Na fase II, pré- intervenção os grupos descreveram características sociodemográficas, socioeconômicas e de saúde sem diferenças. Pós- intervenção, o NAF apresentou maiores impactos nos grupos GIII-AFS + TFP (284,4%) e GIV- AFS + GA (243,3%), quando comparados aos outros grupos GI- Controle (- 83, %) e GII-AFS (-8,4%). A QV destacou maiores diferenças nos grupos GIII-AFS + TFP (9,8%) e GII-AFS (5,7%), quando comparados aos outros grupos GIV- AFS + GA (-0,4) e GI- Controle (0,1%). Todos os mecanismos de intervenção associados à prática de AFS foram mais relevantes quando comparados ao grupo que não participou das intervenções. **CONCLUSÃO:** Os programas de atividade física aplicados no local de trabalho exerceram influência positiva sobre o NAF e QV do trabalhador ADM. Os programas associados com maior frequência, compostos por vivências práticas e educacionais, foram os que apresentaram os melhores resultados.

Palavras-Chaves: Estilo de Vida Sedentário; Atividade Física no local de trabalho; Qualidade de Vida; Programas de Assistência à Saúde dos Trabalhadores.

PEREIRA, Cynara Cristina Domingues Alves. Comparison of the association of different physical activity programs applied in the workplace on the level of physical activity and quality of life for workers in the administrative sector of the university. 235 f. Tese (Doutorado em Educação Física) - Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

ABSTRACT

BACKGROUND: The high prevalence of sedentary working population worldwide is worrisome because a lack of physical activity increases the risk of injury in relation to quality of life and morbidity and mortality. The current scientific evidences, despite being fundamental, are insufficient to indicate what actions implemented in the corporate environment can contribute in minimizing risk conditions of inactivity. **OBJECTIVE:** To compare the combination of different practices of physical activity-systematized physical activity (AFS), scheduled physical training groups (TFP), and counseling groups for physical activity (GA) - and its influence on the level of physical activity and perception of quality of life for workers in the administrative sector of the higher education community. **METHOD:** During phase I will be assessed 645 subjects belonging to the higher education community (students, teachers and workers in the administrative sector) and in Phase II will be stratified sample and evaluated total 165 workers in the administrative sector will be randomized, and the control group (GI), to one of three interventions: (GII = AFS, GIII = AFS + TFP and GIV = GA). Will examine the social demographic, socioeconomic and health (socioeconomic and health form and classification criteria of economic BRAZIL), physical activity (IPAQ short), perceived quality of life (WHOQOL-bref), barriers to physical activity (NEWS) and stages of readiness for behavior change (EPMC) in relation to physical activity by electronic. All variables will be collected prior to the start of Phase I, the pre-intervention and after 16 weeks of intervention in phase II, the total duration of the study at 10 months. **RESULTS:** In phase I the groups described students and workers in the administrative sector, respectively, with social demographic and socioeconomic similarities: F (71.1%; 67.2%), young people between 17 and 29 years (81.9%; 50%), single (80.0%; 58.3%), with a monthly income between 1 and 3 minimum wages (43.8%, 51.4%) and socioeconomic level D (42.0%; 44.0%) and teachers conversely, except the period of study. The physical activity level (sufficiently active- 64%) and EPMC contemplation (41.4%) did not differ between groups. Already health was worse for workers in the administrative sector (presence of comorbidities - 29.9%) and Total quality of life and General quality of life was greater for teachers (73.5 ± 23.2 ; 81 ± 13.5) and workers in the administrative sector ($70, 1 \pm 22.6$; 76.2 ± 15.8) than students (68.6 ± 21.6 ; 74.4 ± 16.0). In phase II, pre-intervention groups reported social demographic characteristics, socioeconomic and health without differences. Post-intervention, the level of physical activity had higher impacts on GIII-AFS + TFP (284.4%) and GIV-AFS + GA (243.3%) when compared to other groups Control- GI (- 83%) and GII-AFS (-8.4%). The largest differences in quality of life highlighted GIII-AFS + TFP (9.8%) and GII-AFS (5.7%), when compared to other groups GIV-AFS + GA (-0.4) and Control-GI (0.1%). All intervention mechanisms associated with the practice of AFS were more relevant when compared to the group that did not participate in interventions. **CONCLUSION:** The activity programs implemented in the workplace exerted positive influence on the level of physical activity and Quality of life of workers in the administrative sector. The programs associated with greater frequency, composed of educational practices and experiences, presented the best results.

Key Words: Sedentary Lifestyle; Worksite Physical Activity; Quality of Life; Occupational Health Services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Delineamento da pesquisa.....	09
Figura 2 – Esferas biopsicossociais do trabalho.....	14

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Resumo das características de cada grupo de intervenção.....	34
Quadro 2 -	Domínios e facetas do instrumento WHOQOL- bref (WHOQOL Group. 1998).....	37
Quadro 3-	Estágios do processo de mudança de comportamento.....	38

LISTA DE TABELAS - FASE I

Tabela 1 -	Valores de frequência (N) e proporção (%) de acordo com as características sociodemográficas e socioeconômicas da população estudada.....	43
Tabela 2 -	Comparação das categorias das variáveis sociodemográficas e socioeconômicas de acordo com os grupos discente, trabalhador ADM e docente.....	45
Tabela 3 -	Valores de frequência (N) e proporção (%) de acordo com as características de saúde, NAF e estágios de prontidão para mudança de comportamento em relação a população estudada.....	46
Tabela 4 -	Comparação da presença de morbidades e do NAF e comportamento em relação à atividade física de acordo com o grupo.....	47
Tabela 5-	Comparação da frequência semanal de atividade física caminhada, moderada e vigorosa de acordo com os grupos docente, discente e trabalhador ADM.....	48
Tabela 6-	Comparação da duração (em minutos) da sessão de atividade física caminhada, moderada e vigorosa de acordo com os grupos docente, discente e trabalhador.....	48
Tabela 7 -	Valores de média aritmética (X) e desvio padrão (DP) das facetas da qualidade de vida de acordo com os grupos de docentes, discentes e trabalhadores.....	50
Tabela 8 -	Comparação dos valores médios do NAF de acordo com os domínios de qualidade de vida para amostra total.....	52
Tabela 9 -	Valores de frequência (N) e proporção (%) de acordo com as imediações da casa (Parte A) da população estudada.....	53
Tabela 10 -	Valores de frequência (N) e proporção (%) de acordo com o comércio (Parte B) da população estudada.....	54
Tabela 11 -	Valores de frequência (N) e percentual (%) de acordo com o comércio (Parte B) do questionário NEWS da população estudada.....	56

Tabela 12 -	Valores de frequência (N) e percentual (%) de acordo com o comércio (Parte B) do questionário NEWS da população estudada.....	57
Tabela 13 -	Valores de frequência (N) e percentual (%) de acordo com o comércio (Parte B) do questionário NEWS da população estudada.....	59
Tabela 14 -	Valores de frequência (N) e proporção (%) de acordo com o acesso à serviços (Parte C) do questionário NEWS da população estudada.....	60
Tabela 15 -	Valores de frequência (N) e proporção (%) de acordo com as ruas do bairro (Parte D) do questionário NEWS da população estudada.....	61
Tabela 16 -	Valores de frequência (N) e proporção (%) dos locais para caminhar e andar de bicicleta (Parte E) do questionário NEWS da população estudada.....	62
Tabela 17 -	Valores de frequência (N) e proporção (%) dos arredores do bairro (Parte F) do questionário NEWS da população estudada.....	63
Tabela 18 -	Valores de frequência (N) e proporção (%) da segurança no trânsito (Parte G) da população estudada.....	64
Tabela 19 -	Valores de frequência (N) e proporção (%) da segurança contra crimes (Parte H) do questionário NEWS da população estudada.....	63
Tabela 20 -	Valores de frequência (N) e proporção (%) do nível de satisfação com o bairro segundo a variável segurança contra crimes da população estudada (NEWS)	64
Tabela 21 -	Valores de frequência (N) e proporção (%) do nível de satisfação com o bairro segundo a variável segurança contra crimes da população estudada (NEWS)	65
Tabela 22 -	Valores de frequência (N) e proporção (%) do nível de satisfação com o bairro segundo a variável segurança contra crimes da população estudada.....	67
Tabela 23 -	Nível de satisfação com o bairro de acordo com o grupo (NEWS).....	69
Tabela 24 -	Nível de satisfação com o bairro de acordo com o grupo (NEWS).....	70
Tabela 25 -	Nível de satisfação com o bairro de acordo com o grupo.....	71

LISTA DE TABELAS - FASE II

Tabela 26 -	Valores do Coeficiente Alfa de Cronbach de acordo com os domínios da QV e dos Indicadores de Atividade Física.....	73
Tabela 27 -	Valores de frequência das respostas (N) e proporção (%) segundo a distribuição da amostra considerando todos os grupos na pré- intervenção de acordo com as variáveis sociodemográficas.....	74
Tabela 28 -	Valores de média aritmética e desvio padrão segundo a distribuição da amostra considerando todos os grupos na pré- intervenção de acordo com os indicadores antropométricos.....	75
Tabela 29 -	Valores de média aritmética e desvio padrão segundo a distribuição da amostra considerando todos os grupos na pré- intervenção de acordo com os indicadores da prática de atividade física.....	76
Tabela 30-	Valores de média aritmética e desvio padrão segundo a distribuição da amostra considerando todos os grupos na pré- intervenção de acordo com os indicadores de qualidade de vida.....	77
Tabela 31-	Comparação dos valores médios pré e pós das variáveis antropométricas no GRUPO I - CONTROLE.....	79
Tabela 32 -	Comparação dos valores médios pré e pós das variáveis de atividade física no GRUPO I – CONTROLE.....	80
Tabela 33 -	Comparação dos valores de média aritmética (X) e desvio padrão (DP) das facetas e domínios da qualidade de vida pré e pós para o GRUPO I- CONTROLE.....	80
Tabela 34 -	Comparação dos valores médios pré e pós das variáveis antropométricas no GRUPO II- AFS.....	82
Tabela 35 -	Comparação dos valores médios pré e pós das variáveis de atividade física no GRUPO II- AFS.....	83
Tabela 36 -	Comparação dos valores de média aritmética (X) e desvio padrão (DP) das facetas e domínios da qualidade de vida pré e pós para o GRUPO II- AFS.....	84

Tabela 37 -	Comparação dos valores médios pré e pós das variáveis antropométricas no GRUPO III- AFS +TFP.....	86
Tabela 38 -	Comparação dos valores médios pré e pós das variáveis de atividade física no GRUPO III- AFS + TFP.....	87
Tabela 39 -	Comparação dos valores de média aritmética (X) e desvio padrão (DP) das facetas e domínios da qualidade de vida pré e pós para o GRUPO III- AFS +TFP.....	88
Tabela 40 -	Comparação dos valores médios pré e pós das variáveis antropométricas no GRUPO IV- AFS + GA.....	90
Tabela 41 -	Comparação dos valores médios pré e pós das variáveis de atividade física no GRUPO IV- AFS + GA.....	91
Tabela 42 -	Comparação dos valores de média aritmética (X) e desvio padrão (DP) das facetas e domínios da qualidade de vida pré e pós para o GRUPO IV- AFS + GA.....	92
Tabela 43 -	Distribuição das categorias das variáveis sociodemográficas e socioeconômicas de acordo com o grupo GI, GII, GIII e GIV.....	94
Tabela 44 -	Valores percentuais da comparação pré e pós- intervenção de acordo com o respectivo grupo para os indicadores antropométricos.....	95
Tabela 45 -	Valores percentuais da comparação pré e pós- intervenção de acordo com o respectivo grupo para os indicadores de nível de atividade física e EPMC.....	96
Tabela 46 -	Valores percentuais da comparação pré e pós- intervenção de acordo com o respectivo grupo para os indicadores de prática de atividade física.....	97
Tabela 47 -	Comparação dos valores médios pré e pós- intervenção entre os grupos de acordo com as variáveis antropométricas e os indicadores de atividade física.	98
Tabela 48 -	Valores percentuais da comparação pré e pós- intervenção de acordo com o respectivo grupo para os indicadores de QV.....	100
Tabela 49 -	Comparação dos valores médios pré e pós- intervenção entre os grupos de acordo com as facetas e os domínios de QV.....	102
Tabela 50 -	Valores percentuais da comparação pré e pós- intervenção de acordo com o respectivo grupo para os indicadores antropométricos.....	103

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSM	American College of Sports Medicine
ADM	Administrativo
AFS	Atividade Física Sistematizada
CDC	Center of Disease Control and Prevention
CELAFISCS	Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul
CEUNSP	Centro Universitário Nossa Senhora do Patrocínio
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
EPMC	Estágios de Prontidão para a Mudança de Comportamento
FEF	Faculdade de Educação Física
GA	Grupo de Aconselhamento à Prática de Atividade Física
IPAQ	International Physical Activity Questionnaire
NAF	Nível de atividade física
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAFT	Programas de Atividade Física Aplicados no Local de Trabalho
PPST	Programas de Promoção da Saúde no Trabalho
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho
SIPAT	Semana Interna de Prevenção de Acidentes
SUS	Sistema Único de Saúde
TFP	Treinamento Físico Programado
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
WHOQOL	The World Health Organization Quality of Life
WHOQOL – bref	The World Health Organization Quality of Life Assessment - bref

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
1.1 OBJETIVOS	5
1.1.1 Objetivo geral	5
1.1.2 Objetivos específicos	5
1.2 JUSTIFICATIVA	6
1.3 ESTRUTURA DO TRABALHO DE PESQUISA	7
2 REVISÃO DA LITERATURA	11
2.1 SAÚDE DO TRABALHADOR E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO	11
2.2 FATORES DE RISCO NO TRABALHO: SEDENTARISMO VERSUS ATIVIDADE FÍSICA	16
2.3 PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA APLICADOS NO LOCAL DE TRABALHO	20
3 MÉTODOS	28
3.1 TIPO DE ESTUDO	29
3.2 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS E DO LOCAL DA PESQUISA	29
3.2.1 Critérios de inclusão e exclusão	30
3.3 PROCEDIMENTOS	31
3.4 INSTRUMENTOS E VARIÁVEIS ANALISADAS	36
3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA	39
4 RESULTADOS	43
4.1 FASE I – RESULTADOS DESCRITIVOS DOS GRUPOS DISCENTES, DOCENTES E TRABALHADORES ADMINISTRATIVOS	43
4.2 FASE II - RESULTADOS DESCRITIVOS E COMPARATIVOS DOS GRUPOS I (CONTROLE), II (AFS), III (AFS + TFP) E IV (AFS + GA) FORMADOS POR TRABALHADORES ADM.	72
4.2.1 RESULTADOS INTRAGRUPO AO GI- GRUPO CONTROLE	78
4.2.2 RESULTADOS INTRAGRUPO AO G II - ATIVIDADE FÍSICA SISTEMATIZADA	82
4.2.3 RESULTADOS INTRAGRUPO AO G III - ATIVIDADE FÍSICA SISTEMATIZADA E TREINAMENTO FÍSICO PROGRAMADO	86

4.2.4 RESULTADOS INTRAGRUPO AO G IV - ATIVIDADE FÍSICA SISTEMATIZADA E ACONSELHAMENTO À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA _____	90
4.2.5 COMPARAÇÃO INTERGRUPOS _____	94
5 DISCUSSÃO _____	107
5.1 FASE I – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DESCRITIVOS DOS GRUPOS DISCENTES, DOCENTES E TRABALHADORES ADMINISTRATIVOS _____	107
5.2 FASE II- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DESCRITIVOS E COMPARATIVOS DOS GRUPOS I (CONTROLE), II (AFS), III (AFS+TFP) E IV (AFS + GA) FORMADOS POR TRABALHADORES ADM. _____	112
6 CONCLUSÃO _____	129
7 LIMITAÇÕES _____	131
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	133
APÊNDICES _____	153
APÊNDICE I – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA _____	153
APÊNDICE II- TERMO DE CIÊNCIA DA INSTITUIÇÃO _____	155
APÊNDICE III- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO _____	157
APÊNDICE IV: FÓRMULÁRIO COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, SOCIOECONÔMICO E CONDIÇÕES DE SAÚDE. _____	160
APÊNDICE V: QUESTIONÁRIO CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA DO BRASIL _____	163
APÊNDICE VI. QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA – VERSÃO CURTA _____	165
APÊNDICE VII: QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO DE PRONDTÃO PARA A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO EM RELAÇÃO À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA _____	167
ANEXO VIIa - Gabarito _____	167
APÊNDICE VIII: AVALIAÇÃO DO AMBIENTE PARA A REALIZAÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA - NEWS _____	168
APÊNDICE IX: PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE GENEBRA - GRUPO WHOQOL _____	187
APÊNDICE X: MANUAL DE ORIENTAÇÕES SOBRE ATIVIDADE FÍSICA (GIII). ADAPTADO DO PROJETO CAMINHO DA MULHER SAUDÁVEL DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP. _____	191

APÊNDICE XI: ABORDAGENS A SEREM CONSIDERADAS PARA O ACONSELHAMENTO DA ATIVIDADE FÍSICA _____	194
APÊNDICE XII: PROTOCOLO DO ACONSELHAMENTO EM GRUPO SOBRE ATIVIDADE FÍSICA _____	195
APÊNDICE XIII: PROTOCOLO DE TREINAMENTO AERÓBICO _____	196
APÊNDICE XIV: TCLE APRESENTADO NA INTERNET _____	197
APÊNDICE XV: POLÍTICA DE PRIVACIDADE APRESENTADO NA INTERNET _____	197
APÊNDICE XVI: CABEÇALHO APRESENTADO NA INTERNET _____	198
APÊNDICE XVII: QUESTIONÁRIOS APRESENTADOS NA INTERNET _____	199
APÊNDICE XVIII- FORMA DE FINALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS APRESENTADA NA INTERNET _____	202
APÊNDICE XIX- PLANOS DE AULA – AFS _____	203

1 INTRODUÇÃO

Em linhas gerais existe um consenso entre os pesquisadores sobre os benefícios da prática regular de atividade física como base para a saúde das populações (ANDERSEN et al., 2010).

Desde as últimas décadas, as literaturas internacionais e nacionais demonstram a existência de uma relação direta entre as características biológicas, socioculturais, socioeconômicas e a qualidade e quantidade de prática de atividade física habitual sobre a promoção, manutenção da saúde, bem como a prevenção de doenças ao longo da vida da população mundial (American College of Sports Medicine - ACSM, 1998; PALMA, 2000; PITANGA, 2004; PRONK, 2004; PRATT et al., 2007; MARCHI NETTO, 2007; SÁVIO, 2008; HASKELL et al., 2009; BAUMAN et al., 2012).

A promoção da saúde, segundo a atualização recente do seu conceito realizada por O'Donnell (2008), traduz a qualidade de vida (QV) como seu principal foco, marcado para o além do curar e prevenir doenças em direção à valorização dos determinantes de saúde (NAHAS, 2010).

Constatações científicas esclarecem que para compreender a QV há que se atentar para uma ampla visão, pois, tal termo, traduz uma percepção individual do sujeito sobre suas condições de vida atuais e expectativas em relação à macro variáveis como saúde, educação, transporte, segurança, moradia, trabalho, poder aquisitivo e autonomia sobre suas escolhas de como viver (GONÇALVES & VILARTA, 2004; DEL VECCHIO et al., 2007).

Sob uma visão segmentada, um dos componentes da QV que aporta a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) é o estilo de vida, compreendido nos aspectos subjetivos da saúde como a atividade física e cultura alimentar dentre outras (SILVA, 2008).

O estilo de vida sedentário, caracterizado pelo baixo NAF realizada de forma sistemática, gera uma preocupação mundial por sua influência negativa sobre a QV, principalmente por fatores como a morbidade e a mortalidade prematura dos indivíduos,

que vêm sendo observados, devido aos agravos causados à saúde em proporções epidêmicas (LEITZMANN et al., 2007; BLAIR, 2009; TREMBLAY et al., 2010; WHO, 2010; THORP et al., 2011; HALLAL et al., 2012a). Healy et al. (2008) elucida que os danos causados pelo sedentarismo são duradouros e que a prática regular de atividade física poderá minimizá-los.

Dados científicos afirmam que o sedentarismo é considerado atualmente como o quarto fator de risco mais importante para o desencadeamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (DUMITH et al., 2011). Valores de 5,3 milhões de mortes no mundo são atribuídos ao sedentarismo apesar destes números serem ainda por si só “conservadores” (LEE et al., 2012).

Estudos corroboram que indivíduos pouco ativos apresentam-se mais expostos do que os ativos aos fatores de riscos preditores para o desenvolvimento das DCNT, representadas pelas doenças cardiovasculares (DCV), diabetes, obesidade, certos tipos de câncer e doença respiratória crônica, além da osteoporose, das dores na coluna e do colesterol alto (Centers for Disease Control and Prevention - CDC, 2009; DEL POZO-CRUZ et al., 2012).

As estimativas dão conta que 60% das 58 milhões de mortes anuais são vinculadas às DCNT, o que equivale a 35 milhões de mortes a nível mundial, carga que provavelmente deverá aumentar no decorrer das décadas seguintes (ADEYI et al., 2007; WHO, 2010).

Os pareceres regionais de 2005 indicavam que dentre as mortes causadas por DCNT, 80% ocorreriam em países de baixa renda, sendo 23% de todas as mortes na região do continente Africano; 52% na região do Mediterrâneo Oriental; 54% na região do sudeste da Ásia; 78% na região das Américas e na região ocidental do Pacífico e 86% na região da União Européia. Tais pareceres reforçam a alta prevalência de DCNT em todas as regiões cobertas pelas pesquisas da OMS, independentemente do seu estatuto econômico global (WHO, 2006; ADEYI et al., 2007).

Ao estratificar e analisar especificamente a população trabalhadora, Harris et al. (2009) assinala que o ambiente laboral administrativo mostra alta prevalência de adultos sedentários e em situação de risco ambiental e comportamental para o desencadeamento das

DCNT, quadro agravado pelo uso descontrolado do tabaco, pela alimentação irregular e desbalanceada, pelo estado nutricional com preponderância de sobrepeso e obesidade (BROCKMAN & FOX, 2011; TIGBE et al., 2011).

Tais condições podem determinar aumento dos custos, acarretados por perdas de produtividade que repercutem ainda mais nos custos das empresas do que os próprios gastos com os cuidados da saúde dos trabalhadores (LOEPPKE et al., 2007).

Os danos supracitados têm chamado a atenção com relação à saúde, segurança e conforto dos trabalhadores a centenas de milhões de profissionais envolvidos com o mundo do trabalho, distribuídos em todos os países (OMS, 2010) e tem gerado maiores demandas pela implantação de programas de promoção da saúde no local de trabalho (PPST), passando a ser prioridade para grandes e pequenas empresas como uma “janela de oportunidade” para reversão dos problemas existentes (PRONK & KOTTKE, 2009; SPARLING, 2010; THORP et al., 2011).

Os PPST oportunizam aos trabalhadores o acesso a estratégias para alcançar as recomendações de prática de atividades físicas promotoras da saúde, caracterizadas pela realização de pelo menos 30 minutos de atividade aeróbica por dia, na maioria dos dias da semana, ou a prática de atividades físicas durante 150 minutos na semana, de forma contínua ou intervalada com uma intensidade moderada, além de exercícios de força e flexibilidade pelo menos duas vezes por semana (HASKELL et al., 2007).

Para a avaliação do sedentarismo a literatura apresenta o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), em versão longa e curta, como um dos instrumentos mais explorados que se propõem a classificar o NAF de trabalhadores (HALLAL et al., 2010). De acordo com a interpretação do IPAQ, o indivíduo classificado como sedentário não atinge pelo menos 10 minutos de atividade física (contínua) por semana nos quatro domínios: transporte, trabalho, lazer e tarefas domésticas (Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul- CELAFISCS, 2002).

A origem dos programas de atividade física aplicados no trabalho (PAFT) ocorreu na maioria dos países (CONN et al., 2009) e especificamente nos EUA após a segunda guerra mundial. Naquele período tais programas foram nomeados “fitness executivo”, sendo compostos por academias estruturadas com professores de ginástica e

massagistas, privativos para os gerentes em empresas consideradas líderes de mercado. Nos anos de 1970 foi fundada a Associação Americana de Diretores de Fitness em Indústrias e Negócios para promover discussão sobre o tema, depois nomeada Associação para Fitness em Negócios que modificou a denominação do “fitness corporativo” para “o bem-estar no ambiente de trabalho”. Nos anos de 1980 os PAFT são timidamente estruturados no Brasil, buscando alguma consolidação da sua prática (LIMA, 2009; PEREIRA, 2009). Nos anos de 1990 o ACSM assume o papel da Associação e em 2009 surge a Associação Internacional para Promoção de Saúde no Ambiente de Trabalho influente até os dias atuais (SPARLING, 2010).

Relatos científicos manifestam diferentes formatos de PAFT que se propõem a conscientizar os trabalhadores sobre a importância da prática de atividades físicas dentro e fora do trabalho e a adoção de um estilo de vida saudável, que garante benefícios fisiológicos e psicológicos ao trabalhador e proporciona um aumento da percepção da QV, por meio da melhora das funções gerais da saúde (BANKOFF et al., 2006; BRAND et al., 2006; PEDERSEN et al., 2009). Outros benefícios também são mencionados, como a boa relação custo-benefício dos investimentos realizados pelas empresas para implantação dos PAFT, promovendo redução de despesas com saúde (PRATT et al., 2004; GOETZEL et al., 2005; BONDI, 2006; BERNAARD et al., 2006; GOETZEL & OZMINKOWSKI, 2008).

Achados na literatura mencionam que é preponderante a todos os setores da sociedade, incluindo o ambiente de trabalho, a minimização das avarias causadas pelo sedentarismo (CANADIAN TASK FORCE, 2006; HEALY et al., 2011) e a melhoria da percepção da QV (KOONMEE et al., 2010; NOOR & ABDULLAH, 2012; OCCUPARA & SY, 2012).

Esses objetivos podem ser alcançados a partir do oferecimento de maior acesso às informações (ex. dos benefícios da atividade física regular), da criação de oportunidades para as práticas, da motivação dos participantes e da redução das barreiras à prática de atividade física à maior parcela possível da população (*ibidem*). As estratégias para conquistar o trabalhador a adotar novos comportamentos saudáveis são foco do “Modelo de Estágio de Prontidão de Mudança de Comportamento” (EPMC) também conhecido como “Modelo Trans-teórico” (MTT), uma vez que seus criadores acreditam que os indivíduos

transitam entre os diferentes estágios e com a aplicação de modelos de programas adequados aos perfis dos mesmos, aumentam as chances para a manutenção do comportamento saudável (PROCHASKA & DICLEMENTE, 1983).

Para tanto, sugere-se que os PAFT possuam eficácia comprovada cientificamente, influenciando o aumento da atividade física dentro e fora das corporações, considerando que sua aceitação e implantação, em larga escala, podem impactar de forma significativa na saúde dos trabalhadores, com reflexos positivos na saúde da população geral e retorno sobre investimentos das empresas (PRATT et al., 2007). Entretanto, os estudos ainda são insuficientes para determinarem a eficácia, a efetividade e a viabilidade dos mesmos para a prevenção do sedentarismo (CANADIAN TASK FORCE, 2006).

Desta forma, esta pesquisa tem como objetivo comparar a associação de diferentes PAFT e sua influência sobre o NAF e a percepção da QV de trabalhadores do setor administrativo de uma comunidade de ensino superior, submetidos a diferentes tipos de programas de atividade física, estruturados de forma geral, por práticas de alongamento, resistência muscular localizada, relaxamento, dinâmicas de grupo, massagem, caminhadas e grupo de aconselhamento a prática de atividade física, elaborados e direcionados aos grupos musculares mais requisitados pelo tipo de tarefa laboral do setor administrativo e demais necessidades biomecânicas, psicossociais e organizacionais dos trabalhadores.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Comparar a associação de diferentes programas de atividade de física aplicados no local de trabalho - atividade física sistematizada (AFS), grupos de treinamento físico programado (TFP) e grupos de aconselhamento à prática de atividade física (GA) – e sua influência sobre o nível de atividade física e a qualidade de vida de trabalhadores do setor administrativo de uma comunidade de ensino superior.

1.1.2 Objetivos específicos

1.1.2.1 - Verificar o perfil sociodemográfico, socioeconômico e de saúde, EPMC, as barreiras para prática de atividade física, NAF e percepção da QV da comunidade universitária - docentes, discentes e trabalhadores administrativos;

1.1.2.2 - Comparar o NAF e a percepção da QV entre os grupos discentes, trabalhadores administrativos e docentes.

1.1.2.3 - Identificar diferenças significativas entre os grupos dos membros da comunidade universitária – docentes, discentes e trabalhadores.

1.1.2.4 - Verificar o perfil sociodemográfico, socioeconômico e de saúde, EPMC, antropométrico, NAF e percepção da QV entre os grupos controle (GI); atividade física sistematizada (GII); atividade física sistematizada associada ao treinamento físico programado (GIII); atividade física sistematizada associada ao aconselhamento à prática de atividade física (GIV).

1.1.2.5 - Comparar o perfil antropométrico, NAF e percepção da QV entre os grupos GI, GII, GIII e GIV.

1.1.2.6 - Identificar as diferenças estatisticamente significativas entre os grupos GI, GII, GIII e GIV sobre o NAF e percepção da QV.

1.2 JUSTIFICATIVA

Segundo dados recentes, a parcela de trabalhadores constitui 50% da população mundial que dedicam um terço da sua vida adulta ao trabalho (ALKHAJAH et al., 2012). Trabalhadores administrativos, foco deste estudo, configuram um dos maiores grupos entre os ramos de atuação (OFFICE FOR NATIONAL STATISTICS, 2011) e são classificados com alto índice de sedentarismo (JANS et al., 2007; LOTTRUP et al., 2012).

A vida produtiva contemporânea é marcada cada vez mais por uma característica sedentária (PRONK & KOTTKE, 2009), sendo que os hábitos de vida sedentários são considerados como relevantes preditores de DCNT (UN, 2011).

Hallal et al. (2012a) explanam que países com baixa e média renda são os que expressam 80% de prevalência destas doenças, sendo inversamente proporcional o número de pesquisas realizadas sobre essa temática nestas localidades. Nesta direção demonstrar as

estratégias criadas e seus efeitos para a redução do sedentarismo nestes países se mostra necessidade urgente.

Para intervir sobre este fator de risco observa-se a necessidade de ofertar na maioria dos espaços, incluindo o ambiente de trabalho, programas com opções diferenciadas de ações de promoção da saúde que atendam as particularidades das empresas com uma visão abrangente da condição humana e multidisciplinar, que contribuam para a melhor qualidade de vida no trabalho (QVT), em uma perspectiva de alcançar o objetivo de transcender as vivências aplicadas no espaço de trabalho e inserir estas práticas corporais à vida cotidiana (GONÇALVES et al., 2005; OWEN et al., 2011; HEALY et al., 2011; TIGBE et al., 2011).

Essas ações caracterizam-se como intervenções de PAFT que têm sido utilizadas como meios que buscam a redução do sedentarismo (ou o aumento do NAF), melhora da percepção da qualidade de vida, especialmente em alguns domínios como os que envolvem facetas relacionadas com o ambiente laboral (SILVA, 2008; DUGDILL et al., 2008; RODRIGUES, 2009; ROBROEK et al., 2009; VERWEIJ et al., 2011).

Porém, estudos como o de Chau et al. (2010) citam a necessidade de comprovação da magnitude dos PAFT e de sua efetividade quando associada a outros tipos de intervenções (CONN et al., 2009; PEREIRA, 2009).

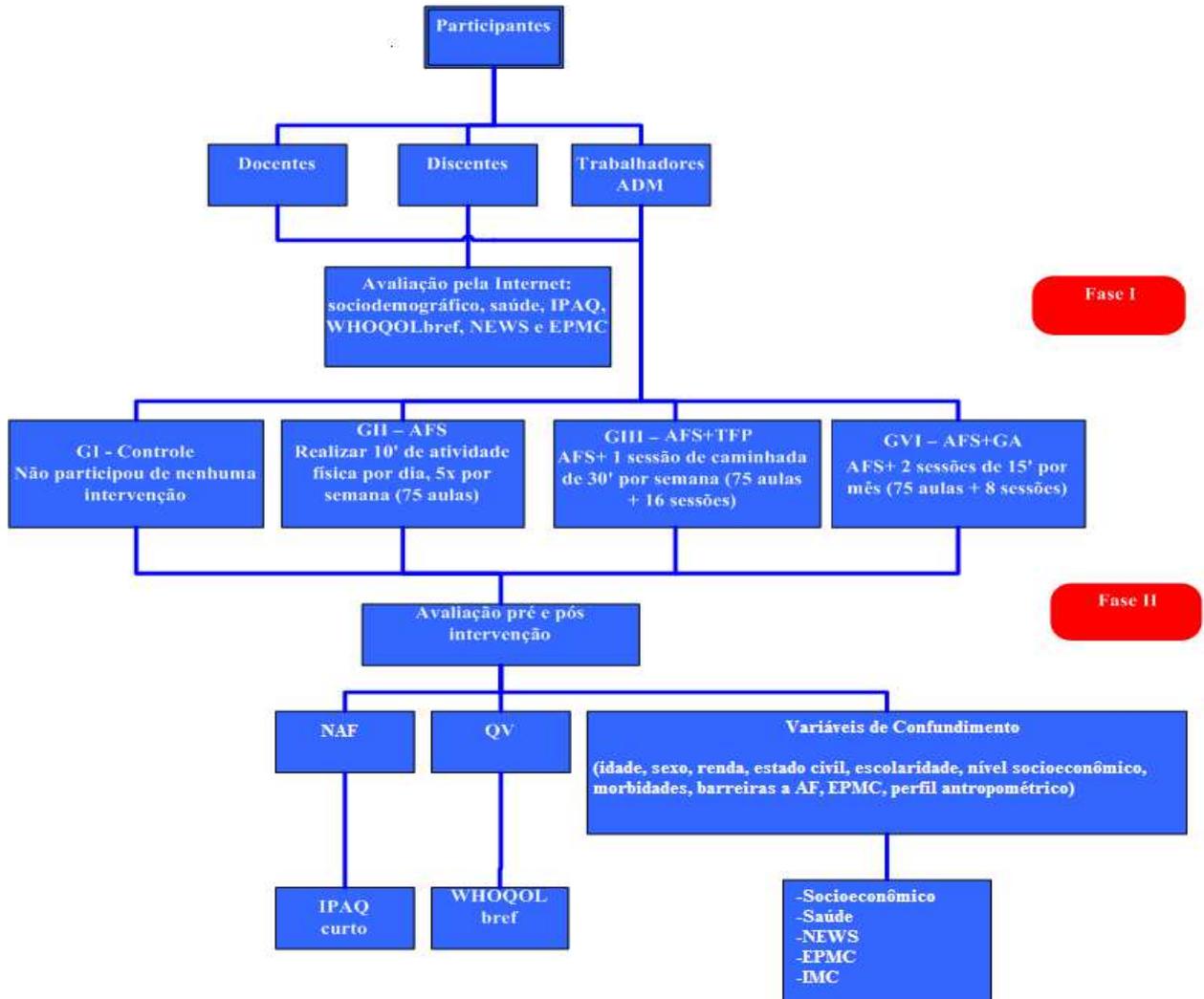
Assim, esta pesquisa justifica-se pela definição de estratégia dirigida à compreensão dos efeitos da associação de diferentes intervenções de atividades físicas no ambiente laboral, sobre aspectos que contribuam para reverter o índice de sedentarismo, bem como incrementar o NAF e a percepção da QV de trabalhadores do setor administrativo de uma comunidade universitária.

1.3 ESTRUTURA DO TRABALHO DE PESQUISA

O trabalho foi conduzido em 3 etapas: a primeira constituiu-se de levantamento das características sociodemográficas, socioeconômicas e de saúde, perfil antropométrico, perfil de NAF, percepção de QV, estágios de prontidão de mudança de comportamento (EPMC) e barreiras à prática de atividade física de uma comunidade universitária (NEWS).

A segunda constituiu-se de intervenção de diferentes tipos de PAFTs aplicados aos trabalhadores administrativos desta universidade, a fim de verificar seus efeitos sobre o NAF e percepção da QV dos mesmos. A terceira constituiu-se de reavaliação e comparação das variáveis analisadas na primeira e segunda etapas.

FIGURA 1. Delineamento da pesquisa



LEGENDA:

- AF: Atividade Física
- AFS: Atividade Física Sistematizada
- GA: Grupo de Aconselhamento à prática de atividade física
- TFP: Treinamento Físico Programado
- NAF: Nivel de Atividade Física
- QV: Qualidade de Vida
- EPMC: Estágios de Prontidão para Mudança de Comportamento em relação a atividade física

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 SAÚDE DO TRABALHADOR E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

A literatura esclarece que os modelos produtivos conquistados pelas revoluções industriais vieram acompanhados por danos à saúde do trabalhador, principalmente por provocar e alastrar doenças ocupacionais e ou profissionais sejam de ordem biológica, psicológica ou social (VILARTA & GONÇALVES, 2004; GONÇALVES et al., 2005).

Após a segunda guerra mundial surge uma nova abordagem da saúde focada nos determinantes dos riscos ocupacionais visando minimizar o impacto negativo dos esforços exagerados sofridos pelos trabalhadores. O modelo da saúde ocupacional inclui aspectos além dos considerados pela medicina do trabalho como a multicausalidade, classificados em fatores de risco físicos, químicos, mecânicos e biológicos sobre o estímulo das doenças, centrada nas relações técnicas do trabalho, baseada na redução da frequência e do nível de exposição (LINO & PIANTA, 2012).

Tambellini (1987) reconhece que, sob a perspectiva da saúde do trabalhador, os fatores presentes no ambiente de trabalho transcendem o espaço do processo de produção, sendo valorizada a importância das determinantes sociais sobre o processo de saúde – doença.

Após a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida no Canadá em 1986, o modelo assistencialista e reducionista de saúde centrado na doença e no tratamento, é ampliado para o modelo de promoção da saúde que tem como premissa a prevenção, a equidade e o fortalecimento da população para que a mesma receba informações sobre os cuidados para ter saúde e oportunidade de acesso a espaços que possibilitem as práticas, contribuindo para a modificação do estilo de vida dos indivíduos, melhorando a sua QV e promovendo a sua saúde (OMS, 1996).

Ora vivemos o momento da saúde do trabalhador focado na transdisciplinaridade e multiprofissionalismo, apoiado pela epidemiologia crítica e discussões das ciências sociais, onde o processo de saúde - doença é determinado pelo

processo produtivo e pelas relações de produção (sociais) do trabalho como fatores de risco para gerar as patologias. Cabe a esta prática considerar o processo de saúde-doença de forma sistêmica à luz dos preceitos da promoção da saúde com foco na prevenção de doenças e na educação para a saúde dos trabalhadores (LINO & PIANTA, 2012).

Neste propósito, as visões dos cuidados no campo laboral caminham na direção da promoção da saúde do trabalhador e de sua QV, com possibilidades de inovação sobre as intervenções no local de trabalho que contribuam para este fim.

A QV tem sido um tema evidenciado pela maioria das áreas de conhecimento. Apesar das ciências sociais primeiramente tomarem para si a reflexão sobre o conteúdo, os domínios científicos recentes são referenciados pela área de saúde (GUTIERREZ et al., 2011; MONDENEZE, 2011).

Atualmente o conceito de QV é reconhecido pela literatura como um assunto interdependente ao da saúde, sendo analisada sob o viés dos fatores determinantes, identificados como fundamentais para ambos os conceitos, em especial os fatores da alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (VILARTA & GONÇALVES, 2004).

O conceito de QV é apresentado como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, 1994).

A subjetividade da percepção da QV se mostra importante por esclarecer as dimensões da vida do indivíduo que subsidiarão a criação de intervenções específicas às reais necessidades das comunidades (DANTAS et al., 2003; CAMFIELD & SKEVINGTON, 2008).

No ambiente de trabalho o termo QV recebe um olhar especial, sendo reconhecida como QVT “um conjunto de ações de uma empresa que envolve a implantação de melhorias e inovações gerenciais e tecnológicas no ambiente de trabalho” (LIMONGI-

FRANÇA, 1997). Para tanto QV e QVT são conceitos amplos, disciplinares, multidisciplinares e às vezes interdisciplinares, portanto polissêmicos.

Sirgy et al. (2001) descrevem duas categorias de necessidades básicas da QVT sendo o nível 1 constituído por saúde, segurança, condições socioeconômicas e família e o nível 2 que considera aspectos sociais de satisfação, motivação, estilo de liderança e respeito entre outros como estresse, condições de trabalho, ecologia, (GONÇALVES et al., 2005) que permeiam seus conceitos sob interpretação biopsicossocial conforme apresentado na figura 2.

As variáveis da QVT são citadas por Gonçalves et al. (2005) como:

- satisfação do trabalhador quanto ao desempenho do seu trabalho;
- ambiente de trabalho seguro;
- respeito pessoal e profissional mútuo;
- possibilidades de treinamento e crescimento na carreira;
- instrumentos e ambientes adequados para o desenvolvimento de sua tarefa

FIG 2. Esferas biopsicossociais do trabalho



Fonte: LIMONGI-FRANÇA & ZAIMA, 2002. P.46

Encontra-se na literatura ensaios da descrição de modelos diferenciados de determinantes da QVT. O autor pioneiro foi Walton (1973), que define uma análise do nível de QVT compreendida por aspectos como:

- compensação satisfatória e adequada;
- condições de saúde e segurança no trabalho;
- uso e desenvolvimento das capacidades;
- oportunidade de crescimento e garantia de emprego;
- integração social na organização;
- constitucionalismo na organização;
- trabalho e espaço total de vida;
- relevância social da vida no trabalho.

A literatura concorda que os trabalhos, compreendidos como espaços de vida social foram extremamente afetados pelos efeitos da globalização, desde os modelos produtivos até a denominação da sociedade quanto à classificação de uma “empresa de qualidade” (OUPPARA & SY, 2012).

Na primeira metade do século XX o fator financeiro era indicador suficiente para classificar a imagem de uma “boa empresa” para se trabalhar, condição alterada a partir de meados dos anos de 1960, quando se passou a considerar outros indicadores como ética e QVT para valorizar e qualificar uma empresa (KOONMEE et al., 2010).

Nos dias atuais os estudos apresentam argumentos sobre o fato que os programas de QVT levam ao melhor bem estar dos trabalhadores e que a satisfação, envolvimento e garantia de emprego tem grande parcela na percepção dos seus benefícios (NOOR & ABDULLAH, 2012).

Salienta-se que os benefícios dos programas de QVT não são percebidos unilateralmente, pois a empresa empregadora também observa seus ganhos com aumento da força de trabalho, ocasião de crescimento devido a melhor participação dos trabalhadores (BAGTASOS, 2011), além de transcender a empresa e contribuir para uma posição otimista na vida que reflete na família e sociedade (BEAUREGARD, 2007).

Diante da classificação primordial de necessidade da saúde no trabalho, as intervenções direcionadas para a promoção da saúde e QVT devem ser abrangentes e englobar programas conforme a demanda da empresa com ações antitabagismo, controle da dependência química, nutrição, segurança no trânsito, planejamento financeiro, atividade física e outros, objetivando contribuir para a mudança do comportamento em relação à sua saúde (SILVA, 2008).

2.2 FATORES DE RISCO NO TRABALHO: SEDENTARISMO VERSUS ATIVIDADE FÍSICA

Apesar das evidências em relação aos benefícios da atividade física para a saúde, 31,1% da população de adultos não alcança os seus níveis adequados, sendo classificados como sedentários (HALLAL et al., 2012b).

Como exemplo deste comportamento alguns países como a China, por exemplo, acompanharam a frequência de atividade física regular entre adultos reduzir mais de um terço (NG et al., 2009) o que resultou no comprometimento da saúde da população (TROIANO, 2008; BROCKMAN & FOX, 2011).

Segundo o CDC (2009) e Yang et al. (2011), as causas do aumento das morbidades são referidas a estilos de vida considerados inadequados para a manutenção da saúde, como o hábito de fumar, a alta ingestão de calorias e a inatividade física.

Nahas (2003) e Lee et al. (2012) afirmam que a opção pessoal pelo hábito da prática de atividade física depende de vários fatores como a informação, a educação, as oportunidades e as barreiras encontradas para a prevenção e conquista do bem-estar.

Os estudos demonstram que variáveis como gênero, idade e etnia, além das variáveis socioculturais e socioeconômicas como renda e escolaridade, estão diretamente ligadas ao NAF, sendo que as populações com maior renda e maior escolaridade exprimem maiores níveis de atividade física, e os menores valores no gênero feminino, em idosos, latinos e negros (PALMA, 2000; YANCEY et al., 2004; AZEVEDO et al., 2007; SÁVIO et al., 2008; CENTERS OF DISEASE CONTROL AND PREVENTION PROMOTING - CDC, 2009; COULSON et al., 2011; BAUMAN et al. 2012; SILVERWOOD et al., 2012).

Hallal et al. (2012b) explicam que ao comparar nível de atividade entre os sexos, as mulheres brasileiras representaram mais de 50% de sedentárias enquanto que os homens de 40 a 49,9%, o que não difere dos dados da população global em relação à porcentagem de 10 % de diferença entre os sexos, onde as mulheres são classificadas como mais inativas (33, 9%) do que os homens (27, 9%).

Um aspecto que preocupa os pesquisadores do mundo todo em relação à inatividade física é que tanto os países desenvolvidos como os não desenvolvidos, indicam altas prevalências de sedentarismo em adultos (NG & POPKIN, 2012).

Destaca-se que, apesar do alto índice de sedentarismo, existe clara relação de desigualdade entre países desenvolvidos e países não desenvolvidos, estes últimos exibindo traços ainda mais elevados. Este fato demonstra a importância da criação de alternativas para o combate ao sedentarismo, especificamente nos países não desenvolvidos (HALLAL et al., 2012a).

O estudo de Hallal et al. (2012b) apresentou o índice elevado de sedentarismo da população mundial (88,9 %) e os valores aproximados encontrados em 122 países foram 17,0% no sudeste da Ásia, 27,5% na África, 34, 8% na Europa, 33,7% no Pacífico Ocidental, 43,2% no leste do Mediterrâneo e 43,3% nas Américas.

Heath et al. (2006) citam que as atividades do Guide to Community Preventive Services (the Community Guide) incluem ações como elaborar e implantar intervenções de atividade física de acordo com as características da comunidade, com a distribuição de informativo, levando em conta os aspectos sociais e comportamentais, além de considerar abordagens ambientais e políticas para aumentar níveis de atividade física nas comunidades. Outros documentos também cumprem este papel como os guias de recomendação em relação à atividade física para se ter saúde elaborados pela OMS e CDC (WHO, 2008; CDC, 2009; WHO, 2010).

A fim de alcançar o objetivo de modificar o perfil de sedentarismo, Hoehner et al. (2008) esclarecem que, além das circunstâncias descritas acima, dificuldades para a elaboração de estratégias são reveladas no processo de implantação das ações específicas, como as questões de vulnerabilidade dos indivíduos pertencentes aos países de baixa renda e ainda a falta de direcionamento devido a parâmetros para a classificação desta população quanto à recomendação da atividade física para se ter saúde elaborado pelo Guide to Community Preventive Services (the Community Guide), não ter sido ordenado e testado em países como os da América Latina.

Devido a este motivo, os autores sugerem que estas evidências sejam reavaliadas e adequadas ao perfil desta comunidade latino-americana para verificar a real recomendação de atividade física para se ter saúde adequada nesses países (HOEHNER et al., 2008).

O sedentarismo gera altos custos para a saúde pública dos seus países bem como para a sociedade, empresas e seus trabalhadores. Estes prejuízos são calculados por meio da relação do sedentarismo com desencadeamento de doenças, ou seja, custos diretos e indiretos do processo de saúde e doença (ZHANG & CHAABAN, 2013).

Como exemplo destas deteriorações no mundo podemos citar que na Inglaterra os valores da inatividade física custaram aos contribuintes £8.2 bilhões por ano (UK Department of Health, Physical Activity, Health Improvement and Prevention, 2004) e na China US \$ 6,7 bilhões (ZHANG & CHAABAN, 2013). No Brasil os dados sobre os custos da inatividade física são escassos, imprecisos e pouco confiáveis, um documento mais recente foi elaborado em 2006 pelo Banco Mundial ao qual atribuiu 66% dos gastos com saúde pública a DCNT (BANCO MUNDIAL, 2006).

No ambiente de trabalho, o estilo de vida sedentário traz perdas para a saúde do trabalhador que repercutem em baixa produtividade, absenteísmo e altas utilizações dos serviços de saúde (GOLD et al., 1996; KRISTAL et al., 2000; LERNER et al., 2001; PRONK et al., 2004; GOETZEL et al., 2005; LYNCH et al., 2005; BERNAARD, 2006; GOETZEL et al., 2008; BROWN & ROBERTS, 2011).

Trabalhadores do setor administrativo são apontados dentre os profissionais que se encontram no status de sedentários, além de executarem uma tarefa laboral detentora de muitos riscos para sua saúde como alta carga de trabalho e demanda cognitiva realizada em postura estática com a utilização repetitiva de grupos musculares específicos dos membros superiores, punhos e mãos (LUTTMANN et al., 2010; LOTTRUP et al., 2012; DEL POZO-CRUZ et al., 2012; ROBERTSON et al., 2013).

A literatura assinala que somente o fato do trabalho ser executado em sua maior parte na posição sentada, correspondendo a 77% do tempo, sendo que 51% dos

trabalhadores acumulam períodos sentados de mais de 30 minutos (RYAN et al., 2011), já pode ser considerado como fator de risco muito relevante para esta população (KATZMARZYK, 2009).

Chau et al. (2010) declaram uma preocupação em relação à recuperação do tempo sentado no local de trabalho, indicando que o tempo sentado não é recuperado no tempo de lazer e, em detrimento a esta colocação, as intervenções focadas na prática de atividade física no local de trabalho são mais uma vez justificadas.

Neste propósito, a falta de atividade física pode levar a doenças profissionais e prejudicar o tempo de recuperação da doença, bem como aumento da morbidade e mortalidade deste setor de trabalho (US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES PHYSICAL ACTIVITY AND HEALTH, 1996; DEPARTMENT OF HEALTH AT LEAST FIVE A WEEK, 2004; HASKELL et al., 2007; ANDERSEN, et al., 2010; DEL POZO-CRUZ et al., 2012).

Para reverter o dramático incremento do sedentarismo, torna-se desafio para as políticas públicas a elaboração de novas ações com abordagens multisetoriais, em todos os segmentos da população, que promovam mudança de comportamento em relação à prática de atividade física, visando abranger o maior número possível de indivíduos (US TASK FORCE, 2002; BAUMAN & CRAIG, 2005; CANADIAN TASK FORCE, 2006; HOEHNER et al., 2008), pois os resultados dos projetos atuais focados na promoção da saúde para aumentar o NAF na população de alguns países não obtiveram sucesso (DEPARTMENT FOR TRANSPORT, 2005; BROCKMAN & FOX, 2011).

Portanto os pesquisadores concordam que os setores de trabalho são locais viáveis para intervenções individuais e ambientais que promovam atividade física, visto se configurar como espaços com possibilidade de atingir grandes números de pessoas adultas de vários níveis socioeconômicos e variados grupos étnicos (PRATT et al., 2007; EACHAN et al., 2008; WHO/WEF, 2008; MAJESTIC, 2009).

2.3 PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA APLICADOS NO LOCAL DE TRABALHO

Para a OMS (2010), criar ambientes de trabalho saudáveis representa para a empresa estar de acordo com a ética empresarial (responsabilidade em não causar danos ao trabalhador), ser uma conveniência empresarial (a proteção ao trabalhador provoca redução de custos de saúde, e agravos com ações cíveis além de desrespeitar questões determinadas por lei), ter a saúde do trabalhador como patrimônio da empresa (evitando altos índices de afastamentos, rotatividades, baixa produtividade e qualidade de produtos e serviços) (FONSECA et al., 2010).

Ao longo das últimas três décadas nota-se na literatura um aumento da procura por novas estratégias empresariais e ações/programas destinados a promover saúde em diferentes ramos de atuação e diversas condições de risco às quais os trabalhadores estão expostos, sejam psicossociais (ex. estresse, desmotivação), organizacionais (ex. absenteísmo, presenteísmo, falta de inter-relacionamento pessoal, pressão da hierarquia em produzir), biomecânicos (sedentarismo, má postura, alta repetitividade de movimentos, sobrecarga muscular, dor, fadiga) ou a associação entre eles, que geram doenças e agravam a saúde do trabalhador (EACHAN et al., 2008; CONN et al., 2009; CHAU et al., 2010).

Sobre os aspectos históricos da produção científica referentes aos PPST, observa-se o estudo de Morris et al. (1953) que verificaram a associação das DCNT e o NAF no trabalho, o que revelou o interesse da Saúde Pública dos países sobre este assunto (NAHAS, 2010; HALLAL et al., 2012a).

Como exemplo deste comportamento, países como a Inglaterra possuem estratégias do Governo destinadas à promoção da saúde no local de trabalho (DEPARTMENT FOR WORK AND PENSIONS, DEPARTMENT OF HEALTH, HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE HEALTH, 2005) e nos EUA o CDC avaliou várias políticas empresariais, programas e práticas, organizando os princípios para promover programas de saúde no local de trabalho (MAJESTIC, 2009).

Evidências científicas constataam modelos de PPST diferenciados, cada qual elaborado respectivamente para proporcionar efeitos positivos sobre os fatores de riscos encontrados no local de trabalho. São apresentados estudos que avaliaram os efeitos dos PPST sobre DCNT, o bem-estar, assiduidade no trabalho, utilização de cuidados de saúde, estresse, satisfação no trabalho, humor, risco de diabetes, antropometria, qualidade de vida, comportamento em relação à atividade física (CONN et al., 2009; HARRIS et al., 2009; CHAU et al., 2010; SKOGLUND et al., 2011).

Esses programas sugerem exercício supervisionado ou conteúdo motivacional e educacional para aumentar o NAF (CONN et al., 2009). As intervenções podem incluir na dimensão educacional as informações sobre os fatores de risco da doença e as medidas de cuidado com a doença, e na dimensão prática o atendimento clínico, os grupos de apoio, e outros como o programa ergonômico e as práticas de atividades físicas diferenciadas (PUN et al., 2004; GROENEVELD et al., 2010).

Os PPST que envolvem atividades físicas são indicados como relevantes pelo *Guide to Community Preventive Services a Intervention Recommendations Relevant to the Workplace* (HARRIS et al., 2009) e possuem características que consistem em proporcionar ambientes adequados à oferta e à prática de atividade física, tais como: incentivar a participação de programas de ginástica laboral (PEREIRA, 2009; RODRIGUES, 2009) marcar caminhadas a pé dentro e fora das empresas, criar convite para as escadas saudáveis em edifícios, facilitar o desenvolvimento de diferentes tipos de atividade física em grupos, oferecer um programa de desafio do pedômetro, fornecer equipamentos de ginástica nos postos de trabalho, facilitar, oferecer descontos para instalações em academias próximas a empresa, programas de aconselhamento à prática de atividade física (PRATT et al. 2007; DODSON et al., 2008; GROENEVELD et al., 2010).

Pontualmente os PPST quanto atuam especificamente com prática de atividade física, são chamados de PAFT. Os PAFT objetivam estimular ações direcionadas para estilo de vida saudável entre os trabalhadores, melhores padrões de saúde envolvendo boas condições físicas e mentais para a realização de suas tarefas diárias (EACHAN, 2008).

Vários termos são usados para descrevê-los na condição de palavras-chaves, tais como “Exercise Breaks”, “Worksite Exercises”, “Worksite Programmes”, “Workplace Exercises” “Workplace Wellness Program”, “Workplace Physical Activity Programs”, “Programas de Promoção da Saúde no trabalho”, “Ginástica Laboral” (MARCUS & FORSYTH, 1999; PROPER, 2003; HESS & HECKER, 2003; PRATT, 2008; PEREIRA 2009; PEDERSEN et al, 2009; CONN et al., 2009; EGUCHI et al., 2011).

Relatos científicos inferem que os PAFT, nos quais o foco é a mudança de ambiente por meio da prática de atividade física no local de trabalho, geram benefícios fisiológicos e psicológicos ao trabalhador por meio da melhora das funções gerais da saúde, por vezes retardando e revertendo o desencadeamento de doenças (EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK, 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011b).

Segundo Engbers et al. (2005) os PAFT são especialmente significativos por estimular a consciência do equilíbrio entre a prática de atividade física e a ingestão calórica. Além de melhorar a saúde dos funcionários, muitos benefícios econômicos estão correlacionados como a redução do absenteísmo, aumento da produtividade, melhora da tolerância ao estresse e melhor prontidão para a tomada de decisão (KREIS & BODEKER, 2004).

Assim um estilo de vida ativo parece ter relação positiva sobre a melhora da saúde e da percepção da qualidade de vida dos trabalhadores como também para a própria empresa (BRAND, 2006; BANKOFF, 2006).

Para Silva (2008),

“com ações preventivistas e de controle dos riscos gerados no ambiente de trabalho, novas oportunidades de atuação se abrem a profissionais, em busca de maior contribuição com a qualidade de vida do trabalhador e com os resultados para as organizações”.

Constatações científicas demonstram que, além dos benefícios para o trabalhador, há uma boa relação custo-benefício dos investimentos das empresas nos PAFT,

devido à redução de despesas com gastos de saúde (GOLD et al., 1996; GOLASZEWSKI et al., 2000; PRATT et al., 2004; GOETZEL et al., 2005).

Para a população de maneira geral, o CDC (1999) revela que, para cada dólar investido em estímulos para a prática de atividade física de intensidade moderada, verifica-se economia de 3,2 dólares em despesas de saúde.

No local de trabalho PAFT podem restringir em curto prazo 32% de licenças médicas, 55% de custos de cuidados de saúde e aumentar a produtividade em até 52% (WHO, 2000). Os efeitos dos PAFT em longo prazo podem ser percebidos no estudo realizado na empresa Johnson & Johnson, com duração por 5 anos, da implantação de atividade física no local de trabalho, que resultou em redução de gastos com saúde no valor de US\$ 224,66 por trabalhador por ano (OZMINKOWSKI et al., 2004).

A qualidade da prestação de serviços dos PAFTs deve ser considerada para o alcance de seus objetivos por meio de recomendações e considerações. Autores como Pronk & Kottke (2009) listam quais são estes elementos sob o viés individual, inter-relacional, organizacional e ambiental, além de seus respectivos suportes literários:

- Desenvolver cultura centrada no ser humano (individual, inter-relacional e organizacional): estimular o respeito mútuo, a cooperação, a cultura da saúde e a produtividade por meio das estratégias incluídas nos PAFT (CAMPBELL et al. 2002; YANCEY et al., 2004);

- Receber apoio da liderança (organizacional): compreender que os objetivos dos PAFTs estão vinculados aos da empresa e incentivar hábitos saudáveis por meio de exemplos e palavras (QUINTILIANI et al., 2008). Envolver gestores de nível médio que são necessários para promover o programa em todo o ambiente de trabalho. Devem otimizar o PAFT com o dia a dia das ações laborais (PRONK et al., 1995);

- Estabelecer princípios claros (organizacional e ambiental): projetar corretamente os recursos necessários para a execução dos PAFTs (INSTITUTE OF MEDICINE, COMMITTEE TO ASSESS WORKSITE PREVENTIVE HEALTH PROGRAM NEEDS FOR NASA, 2005);

- Integrar estratégias relevantes (individual, inter-relacional, organizacional e ambiental): promover os PAFTs, por exemplo, por meio de programas de exercícios disponibilizados on-line, caminhadas, pausas ativas e outros, segundo o objetivo específico do programa (PRONK et al., 1995; TAYLOR, 2005; VAN, 2006; HERMAN, 2006);
- Eliminar riscos ocupacionais (ambiental): determinar espaços seguros para a prática de atividade física no local de trabalho como, por exemplo, iluminar muito bem as escadas e eliminar a exposição a gases tóxicos após a vivência (HAMMOND et al., 2000);
- Ser coerente (organizacional e ambiental): as empresas devem apoiar os programas voltados à saúde do trabalhador (INSTITUTE OF MEDICINE, COMMITTEE TO ASSESS WORKSITE PREVENTIVE HEALTH PROGRAM NEEDS FOR NASA, 2005);
- Promover a participação do trabalhador (individual, inter-relacional e organizacional): conectar a adesão ao PAFT com incentivos e premiações (INSTITUTE OF MEDICINE, COMMITTEE TO ASSESS WORKSITE PREVENTIVE HEALTH PROGRAM NEEDS FOR NASA, 2005; PRONK, 2009);
- Moldar os PAFTs às características de cada ramo de atuação, bem como suas diferentes células de trabalho (individual, inter-relacional e organizacional): os locais de trabalho possuem características específicas que devem ser respeitadas no momento da elaboração e implantação dos PAFTs (SORENSEN et al., 2005);
- Pesquisar e utilizar indicadores corretos para avaliar a saúde do trabalhador (individual e organizacional): avaliar a saúde do trabalhador com instrumentos corretos e fornecer *feed back* a ele (TASK FORCE ON COMMUNITY PREVENTIVE SERVICES, 2008);
- Ajustar o PAFT quando necessário (individual, inter-relacional, organizacional e ambiental): os PAFTs devem ser avaliados de forma integral para que alcancem eficiência na implantação e manutenção dos mesmos com eficácia, adesão e resultados financeiros (GLASGOW et al., 1999; PRONK, 2003);
- Manter a longevidade dos PAFTs (individual, inter-relacional, organizacional e ambiental): projetar a sustentabilidade dos PAFTs de forma alinhada com os princípios e valores das empresas (INSTITUTE OF MEDICINE, COMMITTEE TO

ASSESS WORKSITE PREVENTIVE HEALTH PROGRAM NEEDS FOR NASA EMPLOYEES. FOOD AND NUTRITION BOARD. INTEGRATING EMPLOYEE HEALTH: A MODEL PROGRAM FOR NASA, 2005);

- Tratar todos os assuntos que envolvem os PAFTs e as empresas com confiabilidade (individual, inter-relacional e organizacional): a empresa prestadora de serviços em PAFTs deverá se comprometer com confiabilidade com os todos dados gerados pela pesquisa da saúde do trabalhador, incluindo NAF, por exemplo, sendo usado somente para fins de atender pontualmente as necessidades das empresas (EARLES & HEINEN, 2009);

- Iniciar os PAFTs em pequena escala com projetos pilotos e, depois, ampliar gradativamente para toda empresa (individual, inter-relacional, organizacional e ambiental): não se frustrar pelo fato da resposta dos trabalhadores não ser imediata, bem como sua aceitação e adesão ao programa, pois alguns trabalhadores podem demandar maior tempo para a mudança de rotina e comportamento (INSTITUTE OF MEDICINE, COMMITTEE TO ASSESS WORKSITE PREVENTIVE HEALTH PROGRAM NEEDS FOR NASA EMPLOYEES. FOOD AND NUTRITION BOARD. INTEGRATING EMPLOYEE HEALTH: A MODEL PROGRAM FOR NASA, 2005);

- Fornecer recursos adequados (organizacional): a empresa contratante deverá fornecer os recursos necessários para a execução dos PAFTs como tempo, disponibilidade dos trabalhadores e dinheiro (INSTITUTE OF MEDICINE, COMMITTEE TO ASSESS WORKSITE PREVENTIVE HEALTH PROGRAM NEEDS FOR NASA EMPLOYEES. FOOD AND NUTRITION BOARD. INTEGRATING EMPLOYEE HEALTH: A MODEL PROGRAM FOR NASA, 2005);

- Comunicar estrategicamente (individual, inter-relacional e organizacional): a empresa contratante deverá ceder à empresa prestadora dos PAFTs informações de saúde ou de risco dos trabalhadores (MARCUS et al., 1998);

- Prestar contas dos PAFTs (inter-relacional e organizacional): prestar contas reflete compromisso com a empresa contratante (QUINTILIANI, 2008);

- Reconhecer que as políticas de saúde voltadas a atividade física das empresas contratantes são fundamentais para o sucesso dos PAFTs (organizacional e

ambiental): políticas de saúde no local de trabalho devem ser implementadas para aumentar o NAF (LUCOVE, 2007; DODSON et al., 2008);

- Incentivos fiscais dos governos para as empresas contratarem os PAFTs (organizacional e ambiental): incentivos fiscais podem dar suporte para o investimento de diferentes PAFTs no local de trabalho (THE HEALTHY WORKFORCE ACT INTRODUCED IN THE SENATE BY SENATORS TOM HARKIN (D-IA) AND GORDON SMITH, 2007);

- Promover deslocamento ativo para o trabalho (organizacional e ambiental): as empresas contratantes devem apoiar introdução e aprovação de legislação para o deslocamento ativo para o trabalho (THE BICYCLE COMMUTER ACT, 2008).

Na mesma linha dos autores citados acima, Sparling (2010) realiza em seu trabalho um resgate histórico dos PPST nos EUA e apresenta princípios relevantes que devem ser considerados quanto à fase de elaboração, implantação e manutenção para o sucesso dos mesmos:

- PRINCÍPIO 1 - possuir vários componentes e esforços compreendidos e integrados como: Educação em Saúde, Suporte Social e Ambiente Físico, Integração do Programa no Ambiente de Trabalho, Ligação entre Programas Relacionados, Acompanhamento do Programa;

- PRINCÍPIO 2 - demonstrar claro compromisso com a saúde dos trabalhadores com ações da alta direção da organização que evidenciam verdadeiras preocupações dos empregadores com o bem-estar dos empregados;

- PRINCÍPIO 3 - ser disponível para todos os trabalhadores de todas as categorias de trabalho e localizações das empresas;

- PRINCÍPIO 4 - prestar sistemática avaliação da saúde, *feed backs* oportunos e significativos, assistência na elaboração e monitoramento de metas individuais da saúde;

- PRINCÍPIO 5 - possuir atividades de promoção da saúde customizadas para atender as necessidades dos empregados, que variam de acordo com a idade, sexo,

educação, tipo de indústria, categoria de trabalho, etnia, fatores culturais, localização geográfica;

- PRINCÍPIO 6 - atingir elevada participação utilizando a criatividade e com base em programas de incentivos atraentes, onde todos os trabalhadores possam perceber o PPST como um benefício proporcionado pela empresa;

- PRINCÍPIO 7 - implementar e manter ambiente e política de mudanças dentro das empresa que apoiam comportamentos saudáveis;

- PRINCÍPIO 8 - promover serviços interdependentes de promoção de saúde com a segurança ocupacional e o desempenho de trabalho de todos os níveis dos empregados;

- PRINCÍPIO 9 - sempre estender os serviços de promoção de saúde para o cônjuge e outros membros da família do trabalhador;

- PRINCÍPIO 10 - avaliar sistematicamente a saúde dos empregados e os serviços de promoção de saúde efetivos.

De acordo com as recomendações e considerações de Pronk & Kottke (2009) e os princípios de Sparling (2010), a correta gestão de um PAFT depende de profissionais conscientes de sua ação profissional para que conquistem seu alvo determinado de encorajar os trabalhadores a aumentar o seu NAF influenciando, desta forma, a percepção da QV que afeta de maneira positiva a saúde do trabalhador.

3 MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Este trabalho caracteriza-se na fase I como transversal e na fase II como um estudo descritivo prospectivo (Rouquayrol & Almeida, 2009), conduzido no período anual de 2012, de fevereiro a dezembro do referido ano, incluindo levantamento de dados pela internet e aplicação de diferentes tipos de intervenções de atividade física no local de trabalho, além de dois momentos de coleta: antes e após a intervenção dos programas. Constitui-se de um grupo formado por uma comunidade universitária, composta por docentes, discentes e trabalhadores ADM, onde os trabalhadores ADM foram randomizados para participarem de 4 programas diferentes de AFS: GI (Controle), GII (AFS), GIII (AFS + TFP) e GIV (AFS + GA).

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com os Seres Humanos da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) - CAAE. 00942812.5.0000.5404 (APÊNDICE I).

3.2 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS E DO LOCAL DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa constituem de amostra por conveniência, não probabilística, da comunidade universitária do Centro Universitário Nossa Senhora do Patrocínio (CEUNSP), nas cidades de Itu e Salto, localizadas no estado de São Paulo. O critério para a escolha da empresa foi de não ter participado anteriormente de nenhum PAFT. Foram convidados para participar 10.000 membros da comunidade universitária, destes 1000 aceitaram o convite. Na fase I a participação voluntária totalizou número aproximado de 645 sujeitos entre 20 docentes, 491 discentes e 134 trabalhadores ADM, compostos respectivamente por 60% de homens; 71,1% e 67,2% de mulheres; com idade entre 30 e 39 anos (55%) para os docentes e 17 e 29 anos para os discentes (81,9%) e trabalhadores ADM (50%) dos Campi de Itu e Salto. Na fase II os trabalhadores ADM foram estratificados da amostra total, totalizando 165 trabalhadores que participaram das

intervenções. Sendo 54 indivíduos pertencentes ao GI (Controle); 31 ao GII (AFS); 33 ao GIII (AFS+TFP) e 47 ao GIV (AFS+ GA) compostos respectivamente por 64,8%; 77,4%; 72,7% e 83,0% de mulheres com idade entre 17 e 29 anos 46,4%; 83,9%, 72,7% e 63,8%.

Na fase I a maior proporção de participação entre os grupos foi de discentes o que corresponde com a real diferença existente da totalidade de sujeitos pertencentes a esta comunidade, sendo, 10.000 discentes, 450 docentes e 200 trabalhadores ADM.

Fizeram parte da pesquisa os sujeitos que espontaneamente aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE III).

A amostra total de sujeitos foi submetida a critérios de inclusão e exclusão descritos a seguir.

3.2.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos na pesquisa os sujeitos:

- A. Que fazem parte da comunidade universitária seja docente, discente e demais trabalhadores ADM da mesma;
- B. Que nunca participaram de um PAFT;
- C. Que concordaram em assinar o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

Foram excluídos desta pesquisa:

- A. Dados lançados na internet com o registro geral duplicado dos membros da comunidade universitária;
- B. Sujeitos que apresentaram quadros clínicos incompatíveis com os programas oferecidos, como alguma doença pré-estabelecida que pudesse ser agravada.
- C. Sujeitos com frequência de participação menor que 50% nos respectivos PAFT e que participaram das aulas (GI - Controle).
- D. Sujeitos que não responderam a todas as avaliações.

E. Sujeitos que não cumpriram as demais exigências dos critérios de inclusão.

3.3 PROCEDIMENTOS

O trabalho de pesquisa iniciou-se após aprovação da direção da Instituição de Ensino Superior - CEUNSP (APÊNDICE II). O prazo total previsto para a intervenção e coleta dos dados foi de 10 meses, contabilizados a partir da data do primeiro contato realizado com os membros da comunidade universitária até a reavaliação dos trabalhadores pós-implantação dos PAFTS (06/02/2012 a 17/12/2012).]

A coleta de dados foi composta por 4 etapas:

Etapa 1 – Convite para participação na pesquisa (5 dias - 06h por dia, total 30h). A comunidade universitária do CEUNSP foi convidada a colaborar para com o estudo durante a reunião pedagógica para docentes, convite sala a sala para os discentes e também por meio de visitas aos setores de trabalho para os demais trabalhadores, momento em que foi solicitado e colhido o e-mail de contato dos abordados. Com a lista de contatos foram enviados e-mails a todos com convite oficial e link para acesso ao formulário de pesquisa, a fim de estabelecer diagnose.

Etapa 2 – Fase I - Coleta de dados (6 meses). Os instrumentos utilizados como FORMULÁRIO SOCIOECONÔMICO E DE SAÚDE, CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASILEIRA, IPAQ curto, WHOQOL-bref, NEWS, EPMC e TCLE foram disponibilizados via internet por meio do site GOOGLE DOCS de fevereiro a agosto de 2012. Para que todos pudessem preencher os dados, os sujeitos acessaram o site onde estavam expostas as informações sobre a pesquisa (TCLE) (APÊNDICE XIV), bem como os meios de contato com os pesquisadores e após estes esclarecimentos foi solicitado o aceite ou não para participar da pesquisa (APÊNDICE XV). Após o aceite ser confirmado, os respondentes tiveram acesso aos questionários (APÊNDICE XVII). Ao responder os questionários, preencheram os campos que se referiam aos dados cadastrais e depois preencheram os campos referentes às questões. Ressalta-se que somente foi efetivada a participação do sujeito quando todos os campos foram preenchidos e confirmados por meio do envio dos dados (APÊNDICE XVIII) visto que o participante da pesquisa teve a

possibilidade de desistir a qualquer momento durante o preenchimento dos questionários sem nenhum dano. Para os trabalhadores ADM que não tinham acesso a internet foi separada uma sala de informática com disponibilização do link da pesquisa nos computadores.

Na fase I a coleta de dados foi realizada de uma só vez pela internet. Na fase II a coleta pela internet foi repetida para oportunizar a todos os trabalhadores a possibilidade de participação nas intervenções, mesmo quem não havia se interessado pela pesquisa na fase I, além do levantamento das variáveis como (peso, altura, IMC). Esta coleta, em especial, foi realizada de forma presencial (4 dias - 24hs), na própria empresa, durante o expediente de trabalho, em uma sala adaptada, onde foi organizada em forma de circuito (em cada estação havia um estagiário de Educação Física que foi treinado para coleta pela doutoranda) para otimizar as avaliações, com todos os recursos materiais necessários como fichas para anotações dos dados e balança. Estas avaliações pela internet e presenciais ocorreram pré-intervenção e foram repetidas após as intervenções.

Etapa 3 – Intervenção (4 meses/ 16 semanas/ 3hs por dia) no período de 06 de agosto a 23 de novembro de 2012. Fase II - 165 trabalhadores do setor administrativo do CEUNSP, de ambos os sexos, receberam por e-mail uma solicitação de inscrição para um dos 4 grupos de intervenção que se apresentavam em arquivo eletrônico conforme modelo (Quadro 1). Assim cada sujeito por livre e espontânea vontade escolheu de qual grupo gostaria de fazer parte, inclusive para o grupo controle. Vale ressaltar que foi cedida aos sujeitos a possibilidade de mudança de grupo, sendo o ônus desta mudança somente para a pesquisa, de acordo com o descrito no item C do critério de exclusão. Este fato ocorreu porque os sujeitos ao ouvirem dos colegas a experiência interessante que estavam vivenciando em seu grupo, por vezes, solicitaram mudança de grupo de intervenção e, portanto foram excluídos da pesquisa.

Os protocolos das intervenções estão descritos detalhadamente a seguir:

1) GI (Controle): Não participaram de nenhuma intervenção.

2) GII (Atividade Física Sistematizada- AFS): Foi composta de prática de atividades físicas elaboradas a partir da atividade profissional exercida, com duração aproximada de 10 min., aplicadas pela doutoranda e pelo grupo de alunos do curso de

Educação Física do CEUNSP, no próprio local de trabalho, 1 vez por turno (14h), 5 vezes por semana. Totalizando 75 aulas ministradas em dias úteis.

Os planos de aula foram elaborados com o objetivo de educação para a saúde, compostos por conteúdos como exercícios de alongamento (40%), resistência muscular localizada (40%), relaxamento, técnicas de massagem - automassagem (10%) e dinâmicas de grupo (10%), conduzidos aos grupos musculares mais requisitados pelo tipo de tarefa executada no setor administrativo e por esclarecimentos sobre saúde, conversas informais durante a aula de AFS (PEREIRA, 2009), obedecendo ao planejamento apresentado no APÊNDICE XIX.

3) GIII (AFS +Treinamento Físico Programado- TFP): Além da AFS os trabalhadores que participaram de um programa de exercícios que foi realizado 1 vez por semana com o acompanhamento da doutoranda e do grupo de alunos do curso de Educação Física do CEUNSP, durante o período de trabalho. Teve duração de 20 minutos e foi composto de caminhada, além de um aquecimento prévio e de um relaxamento posterior com duração de 5 minutos cada, totalizando 30 minutos (APÊNDICE XIII).

4) GIV (AFS + Grupo de Aconselhamento- GA): Além da AFS os trabalhadores participaram da intervenção que subdividiu-se em 2 etapas: de sensibilização (2 sessões) e ação (6 sessões) com duração de 15 minutos cada, aplicadas pela doutoranda e pelo grupo de alunos do curso de Educação Física do CEUNSP, no próprio local de trabalho. Na etapa de sensibilização foi reforçado o incentivo do sujeito em realizar atividade física. Na etapa de ação, foram realizadas as sessões de aconselhamento em grupo (2 sessões por mês).

O aconselhamento em grupo teve um enfoque inicialmente mais educacional e posteriormente, visando as mudanças comportamentais, utilizou ferramentas como: a avaliação das vantagens e desvantagens da mudança, a resolução de problemas, metas em curto prazo de acordo com os resultados indicados no estágio de comportamento em relação à atividade física, aumento da auto-eficácia, suporte social e prevenção de recaída (PROCHASKA et al., 1992; PROCHASKA et al., 1994) (APÊNDICE X, XI e XII).

QUADRO 1- Resumo das características de cada grupo de intervenção

PAFT	Recomendação X Tempo	Principais Estratégias	Percurso/horário
GI	Não participar de nenhum PAFT.	-	-
GII	Realizar 10 minutos de atividade física por dia. (De segunda à sexta, pausas à partir das 13h45 até as 15h00 durante 16 semanas).	Aulas ministradas no próprio local de trabalho.	Bloco K – 13h45 Casa Amarela- 14h00 RH – 14h10 RH - 14h20 SA – 14h35 SA – 14h45 Casa Amarela – 15h00
GIII	Realizar 10 minutos de atividade física por dia (De segunda à sexta, pausas à partir das 13h45 até as 15h00 durante 16 semanas) + 1 sessão de 30 minutos por semana (quinta-feira às 15h00).	Aulas ministradas no próprio local de trabalho + Atividade física composta de 20' de caminhada no campus além de um aquecimento prévio de 5 minutos e de um relaxamento posterior com duração de 5 minutos cada.	Bloco K – 13h45 Casa Amarela- 14h00 RH – 14h10 RH- 14h20 SA – 14h35 SA – 14h45 Casa Amarela – 15h00 +

			Local da caminhada: praça, quadra, e outros espaços CEUNSP.
GIV	Realizar 10 minutos de atividade física por dia (De segunda à sexta, pausas a partir das 13h45 até as 15h00 durante 16 semanas) + 2 sessões de 15 minutos por mês (De 15 em 15 dias, quarta-feira às 14h30).	Aulas ministradas no próprio local de trabalho + Aconselhamento em grupo com enfoque inicialmente mais educacional e posteriormente, utilizando ferramentas para o auxílio às mudanças comportamentais.	Bloco K – 13h45 Casa Amarela-14h00 RH – 14h10 RH- 14h20 SA – 14h35 SA – 14h45 Casa Amarela – 15h00 + Local do grupo de aconselhamento: à definir.

Etapa 4 – Coleta de dados pós-intervenção. Na fase II, da etapa III, após 4 meses de intervenção, todos os grupos foram reavaliados conforme descrição na etapa 2.

3.4 INSTRUMENTOS E VARIÁVEIS ANALISADAS

A escolha da internet para a coleta de dados da fase I ocorreu em função da pesquisa ser dirigida a uma comunidade com facilidade de acesso e domínio desta ferramenta, além de possibilitar alcançar um grande número de sujeitos, moradores de várias localidades. A literatura concorda que esta é uma tendência emergente como forma inovadora de estratégia reconhecida de intervenção e de coleta de dados. Além de nova estratégia para coleta de dados, atualmente, os termos “eHealth” e "e-besity" são utilizados para se referir as intervenções mediadas pelo computador ou linha telefônica, que incluem programas de aconselhamento, mensagens de texto de telefone celular e apoio on-line de assistentes pessoais digitais de trabalhadores (SEVICK et al., 2007; COUSINEAU et al., 2008; MACIEL, 2011).

A escolha por questionários para as avaliações se deu pelo baixo custo, praticidade na aplicação e possibilidade de análises de grandes grupos com observação do ambiente em que os sujeitos estão inseridos.

Formulário socioeconômico e de saúde: Composto por questões fechadas, o formulário foi estruturado por questões sobre origem étnica, religião, grau de escolaridade, estado civil, principal ocupação, remuneração, tempo de trabalho, perfil de saúde (estado de saúde e doenças) visando traçar o perfil da amostra, fornecendo informações gerais sobre as características sociodemográficas, socioeconômicas e de saúde dos trabalhadores (APÊNDICE IV).

Critério de classificação econômica do Brasil: Composto por questões fechadas que categorizam os indivíduos em oito classes (A1, A2, B1, C1, C2, D e E), onde a classe A1 é a de maior poder aquisitivo e a classe E a de menor (ABEP, 2008) (APÊNDICE V).

Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ curto): A avaliação subjetiva em sua versão curta é composta por 7 questões que permitem estimar tempo de gasto em atividade física leve, moderada e vigorosa por semana, em diferentes contextos: trabalho, transporte, tarefas domésticas, lazer e atividades passivas. Este questionário foi desenvolvido por pesquisadores da OMS, CDC e Instituto Karolinska (Suécia), validado

em 12 países e 14 centros de pesquisa, incluindo o Brasil, validado pelo CELAFISCS em 2001. Ele classifica os trabalhadores em ativos, insuficiente ativos, sedentários. Neste trabalho os resultados foram computados em minutos por semana (total, parcial por domínio e tipo de atividade), com o corte de 150 minutos por semana e categorizados em: suficientemente ativos e insuficientemente ativos (CELAFISCS, 2002; CRAIG et al., 2003; IPAQ Group, 2005) (APÊNDICE VI).

WHOQOL-bref: Composto por questões sobre os domínios físico, psicológico, social e ambiental (Quadro 2), foi utilizado com o objetivo de verificar a percepção do sujeito sobre sua qualidade de vida. Os trabalhadores assinalaram uma variável, em uma escala de 1 a 5 para cada uma das 26 perguntas (WHOQOL GROUP, 1996; FLECK, 2000) (APÊNDICE VIX).

QUADRO 3 Domínios e facetas do instrumento WHOQOL- bref (WHOQOL Group. 1998)

<p>I- Domínio físico. Facetas: Q3,Q4,Q10,Q15,Q16,Q17,Q18. Dor e desconforto Energia e fadiga Sono e repouso Mobilidade Atividades da vida cotidiana Dependência de medicação ou de tratamentos Capacidade de trabalho</p>	<p>III – Domínio relações pessoais. Facetas: Q20, Q21, Q22. Relações pessoais Suporte (apoio) social Atividade sexual</p>
<p>II – Domínio psicológico. Facetas: Q5,Q6,Q7,Q11,Q19,Q26. Sentimentos positivos Pensar, aprender, memória e concentração Auto-estima Imagem corporal e aparência Sentimentos negativos Espiritualidade/religião/crenças pessoais</p>	<p>IV – Domínio meio ambiente. Facetas: Q8, Q9,Q12,Q13,Q14,Q23,Q24,Q25. Segurança física e proteção Ambiente no lar Recursos financeiros Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades Participação em, e oportunidades de recreação / lazer Ambiente físico: (poluição / ruído / transito / clima) Transporte</p>

Questionário de avaliação dos estágios de prontidão para a mudança de comportamento (EPMC) para a prática de atividade física: Do ponto de vista histórico, o modelo de estágios de prontidão para a mudança de comportamento foi criado para verificar o estágio de comportamento em relação ao tabaco (fumantes). Sua adaptação para a atividade física e exercícios ocorreu pelos pesquisadores Prochaska & Marcus (1994). Neste estudo o questionário foi composto por perguntas sobre o que o sujeito pensa em relação à realização de atividade física, com o objetivo de identificar os 5 estágios de mudanças de hábitos de atividade física, classificados como pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção (Quadro 3). Sua utilização permite explorar as dificuldades apresentadas para a evolução dos estágios, os benefícios da evolução e aplicação de métodos direcionados às necessidades individuais. Para obter as respostas os trabalhadores devem assinalar a resposta que melhor representar sua relação com a atividade física (PROCHASKA & DICLEMENTE, 1983) (APÊNDICE VII).

QUADRO 3 – Estágios do processo de mudança de comportamento (PROCHASKA et al., 1994).

Pré-contemplação	os indivíduos não têm a intenção de mudar de comportamento nos próximos seis meses
Contemplação	os indivíduos estão seriamente inclinados a mudar de comportamento nos próximos seis meses
Preparação	os indivíduos pretendem mudar de comportamento no próximo mês e já tomaram alguma iniciativa nesse sentido no último ano
Ação	os indivíduos já fizeram modificações específicas observáveis no estilo de vida nos últimos seis meses, já mudaram o comportamento

Manutenção	os indivíduos já fizeram mudanças comportamentais observáveis a mais de seis meses e trabalham para evitar recaídas e consolidar o novo hábito
-------------------	--

Questionário NEWS versão brasileira: Composto por questões divididas em parte A (sobre densidade residencial), parte B (proximidade de lojas e comércio), parte C (percepção de acesso ao comércio), parte D (características das ruas), parte E (facilidade para caminhar ou andar de bicicleta), parte F (arredores do bairro), parte G (segurança em relação ao tráfego), parte H (segurança em relação aos crimes), além do item I (sobre o nível de satisfação com o bairro). Os trabalhadores devem assinalar uma das possibilidades referentes a cada uma das 83 perguntas com o objetivo de avaliar as barreiras socioeconômicas enfrentadas para a realização da atividade física (MALAVASIL et al., 2007) (APÊNDICE VIII) .

3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Na fase I, para análise de dados, foi utilizada a estatística descritiva adequada de acordo com a natureza da variável.

Variáveis categóricas - sexo, idade, estado civil, renda e escolaridade, nível socioeconômico, número de morbidades, barreiras para a prática de atividade e estágio de prontidão para a mudança de comportamento em relação à atividade física - foram descritas por meio da contagem da frequência das respostas (N) e do cálculo das proporções (%).

Para comparação das proporções das variáveis sociodemográficas, socioeconômicas e de saúde, de acordo com os respectivos grupos amostrais (Discente, Trabalhador e Docente), recorreu-se ao teste Qui Quadrado para tendência linear com nível de significância de $p < 0,05$.

As variáveis contínuas como a frequência semanal, a duração por dia de atividade física, as facetas e domínios da qualidade de vida, foram descritas por meio da média aritmética (X) e do desvio padrão (DP).

Para testar a normalidade da distribuição das variáveis foi utilizado o teste Komolgorov Smirnov para todas as variáveis contínuas, devido o número \geq de 50 sujeitos em cada grupo.

As variáveis, frequência semanal e duração por sessão de atividade física, apresentaram distribuição não paramétrica. Para comparação entre os grupos (Discente, Trabalhador e Docente) foi utilizado a Anova de Kruskal-Wallis e para localizar as possíveis diferenças estatísticas significativas foi utilizado o teste de Wilcoxon.

As variáveis, facetas e domínios da qualidade de vida, demonstraram distribuição normal (paramétricas). Para comparação entre os grupos (Discente, Trabalhador e Docente) foi utilizado a Anova One Way e para localização das diferenças estatísticas significativas foi utilizado o teste de Post Hoc de Scheffé.

Foi empregado o nível de significância de $<0,05$ em todos os testes estatísticos.

Na fase II os grupos foram comparados pré e pós-intervenção, tanto intragrupos como intergrupos, para verificar as possíveis diferenças existentes e a magnitude da influência dos PAFT sobre as variáveis.

Os dados foram analisados em três etapas: Primeiro, foi realizada a análise exploratória descritiva das variáveis, por meio do cálculo da frequência das respostas e das proporções para variáveis qualitativas e por meio da média aritmética e desvio padrão para as variáveis quantitativas.

Para as variáveis quantitativas, foi utilizado o teste de normalidade da distribuição, Shapiro Wilk e Kolmogorov-Smirnov para testar a normalidade das variáveis de acordo com o número de casos na amostra. Segundo, foi realizada a análise de fidedignidade do questionário de qualidade de vida e do questionário de atividade física por meio do Coeficiente de Cronbach. Terceiro, foi realizada a análise de variância de acordo com a distribuição de normalidade das variáveis.

Para os indicadores de qualidade de vida e antropométricos, foi utilizado a Anova Aone Way com o teste Post Hoc de Sheffé devido à distribuição das variáveis ter sido considerada normal.

Para os indicadores de atividade física, cuja distribuição não foi considerada normal, recorreu-se à Anova de Kruskal-Wallis com o teste de U de Mann-Whitney para localizar as diferenças.

Visando possibilitar melhor interpretação dos resultados, mesmo para os indicadores de atividade física que apresentaram distribuição não paramétrica, os dados foram apresentados em valores de média e desvio padrão.

O Delta Percentual foi utilizado para quantificar percentualmente as diferenças entre pré e pós- intervenção intragrupos e intergrupos.

Todos os testes estatísticos foram realizados com nível de significância de $p < 0,05$.

Todos os dados foram tabulados com a utilização do programa Excel versão 2000 (Microsoft Office) e os cálculos estatísticos a partir do programa Statistics Package Social Sciences (SPSS) versão 10.0.

4 RESULTADOS

4.1 FASE I – RESULTADOS DESCRITIVOS DOS GRUPOS DISCENTES, DOCENTES E TRABALHADORES ADMINISTRATIVOS

A Tabela 1 demonstra a distribuição da amostra total segundo as categorias das variáveis sociodemográficas e socioeconômicas. Dessa forma foi observado que a maioria dos sujeitos era do sexo feminino (69,3%), jovens entre 17 e 29 anos de idade (72,7%), solteiros (73,3%), alunos de cursos superiores (76,1%) e tempo de estudo maior ou igual a 15 anos (49,1%). Além disso, a maioria relatou ter rendimento mensal entre um e três salários mínimos (41,7%), pertencentes a classe socioeconômica D (41,2%) e C2 (24,8%).

Tabela 1. Valores de frequência (N) e proporção (%) de acordo com as características sociodemográficas e socioeconômicas da população estudada.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	198	30,7
Feminino	447	69,3
Grupo Etário		
Entre 17-29 anos	469	72,7
Entre 30-39 anos	114	17,7
Entre 40-49 anos	47	7,3
≥50 anos	15	2,3
Grupo		
Discente (Aluno)	491	76,1
Docente (Professores)	20	3,1
Trabalhador	134	20,8
Estado Civil		
Solteiro (a)	473	73,3
Casado (a)	148	22,9
Divorciado (a)	21	3,3
Viúvo (a)	3	0,5
Remuneração Mensal		
1 Salário Mínimo	264	40,9
2-3 Salários Mínimos	269	41,7

4-5 Salários Mínimos	75	11,6
6-8 Salários Mínimos	21	3,3
>8 Salários Mínimos	16	2,5
Nível Sócio Econômico		
Nível A1	-	-
Nível A2	1	0,2
Nível B1	8	1,2
Nível B2	38	5,9
Nível C1	124	19,2
Nível C2	160	24,8
Nível D	266	41,2
Nível E	48	7,5
Tempo de Estudo (anos)		
Sem Instrução	1	0,2
1-3 anos	6	0,9
4-7 anos	19	2,9
8-10 anos	32	5,0
11-14 anos	270	41,9
≥15 anos	317	49,1
TOTAL	645	100,0

A Tabela 2 apresenta a distribuição das variáveis sociodemográficas e socioeconômicas de acordo com o grupo amostral. Os dados referentes às variáveis sexo, idade, estado civil, remuneração mensal e nível socioeconômico se apresentaram similares entre os grupos discente e trabalhador ADM e inversamente para o grupo de docentes. Os grupos discentes e trabalhador ADM, respectivamente, concentraram a maioria dos sujeitos do sexo feminino (71,1%; 67,2 %), jovens entre 17 e 29 anos de idade (81,9%; 50%), solteiros (80,0%; 58,3%), com renda mensal entre 1 e 3 salários mínimos (43,8%; 51,4%) e classificados com nível socioeconômico D (42,0%; 44,0%). No grupo dos docentes os sujeitos apresentaram a maioria do sexo masculino (60,0%), idade entre 30 e 39 anos (55,0%), remuneração mensal maior que 8 salários mínimos (55,0%) e classificação econômica B2 (40,0%). Para todos os grupos, os sujeitos relataram ter 15 ou mais anos de estudo (49,7%; 40,4%; 95,0%). O grupo de discente representou a maior parcela de participantes (n=491) entre os docentes (n=20) de trabalhadores ADM (n=134).

Tabela 2. Comparação das categorias das variáveis sociodemográficas e socioeconômicas de acordo com os grupos discente, trabalhador ADM e docente.

Variáveis	DISCENTE		TRABALHADO		DOCENTE		p
	N	%	N	%	N	%	
Sexo							
Masculino	142	28,9	44	32,8	12	60,0	0.014
Feminino	349	71,1	90	67,2	8	40,0	
Grupo Etário							
Entre 17-29 anos	402	81,9	67	50,0	-	-	0.001
Entre 30-39 anos	70	14,3	33	24,6	11	55,0	
Entre 40-49 anos	16	3,2	25	18,6	6	30,0	
≥50 anos	3	0,6	9	6,8	3	15,0	
Estado Civil							
Solteiro (a)	393	80,0	78	58,3	2	10,0	0.001
Casado (a)	88	17,9	46	34,3	14	70,0	
Divorciado (a)	10	2,1	7	5,2	4	20,0	
Viúvo (a)	-	-	3	2,2	-	-	
Remuneração Mensal							
1 Salário Mínimo	195	39,7	69	51,4	-	-	0.001
2-3 Salários Mínimos	215	43,8	54	40,4	-	-	
4-5 Salários Mínimos	61	12,4	10	7,5	4	20,0	
6-8 Salários Mínimos	15	3,1	1	0,7	5	25,0	
>8 Salários Mínimos	5	1,0	-	-	11	55,0	
Nível Sócio Econômico							
Nível A1	-	-	-	-	-	-	0.001
Nível A2	1	0,2	-	-	1	5,0	
Nível B1	6	1,2	2	1,5	4	20,0	
Nível B2	29	5,9	2	1,5	8	40,0	
Nível C1	100	20,4	16	11,9	7	35,0	
Nível C2	127	25,8	29	21,6	-	-	
Nível D	206	42,0	59	44,0	-	-	
Nível E	22	4,5	26	19,5	-	-	
Tempo de Estudo (anos)							
Sem Instrução	-	-	1	0,7	-	-	0.001
1-3 anos	1	0,2	5	3,7	-	-	
4-7 anos	4	0,8	14	10,4	1	5,0	
8-10 anos	15	3,1	17	12,7	-	-	
11-14 anos	227	46,2	43	32,1	-	-	
≥15 anos	244	49,7	54	40,4	19	95,0	
TOTAL	491	100,0	134	100,0	20	100,0	

Teste qui quadrado para tendência linear $p < 0,05$

A tabela 3 demonstra a distribuição da amostra total segundo as categorias das variáveis das características de saúde, NAF e EPMC em relação à população estudada. Dessa maneira, foi observado que a maioria dos sujeitos relata ausência de morbidades (80,8 %) o que é justificada devido à baixa faixa etária da amostra nos grupos discentes e trabalhadores ADM. Os valores dos que apresentaram prevalência de morbidade foi de 19,2%, sendo que destes a maioria dos sujeitos relatou ter apenas uma morbidade.

Em relação ao nível diário de atividade física, a maioria dos sujeitos foi classificada como suficientemente ativos (64,0%) (praticam atividades físicas mais ou igual que 150 min. por semana), sendo que 36,0 % dos sujeitos foram classificados como insuficientemente ativos (praticam atividades físicas por menos que 150 min. por semana).

Com relação ao EPMC, a maioria dos sujeitos foram classificados no estágio de contemplação em relação a atividade física (41,4%) (não faz atividade física, mas tem intenção em começar).

Tabela 3. Valores de frequência (N) e proporção (%) de acordo com as características de saúde, NAF e estágios de prontidão para mudança de comportamento em relação a população estudada.

Variáveis	N	%
Presença de Morbidades		
Sim	124	19,2
Não	521	80,8
Quantidade de Morbidades		
Nenhuma	521	80,8
1 Morbidade	117	18,1
≥2 Comorbidades	7	1,1
Classificação do NAF		
Suficientemente Ativo (≥150 min/sem)	413	64,0
Insuficientemente Ativo (<150 min/sem)	232	36,0
Estágio de Comportamento da Atividade Física		
Pré Contemplação	47	7,3
Contemplação	267	41,4
Preparação	182	28,2
Ação	43	6,7
Manutenção	106	16,4
TOTAL	645	100,0

A Tabela 4 apresenta a distribuição das variáveis sobre a presença de morbidades, do NAF e EPMC de acordo com os grupos discentes, trabalhador ADM e docentes. Quanto à presença de morbidades a prevalência foi significativamente maior no grupo dos trabalhadores (29,9%). Quanto à classificação do NAF como suficientemente ativo, não foi observada diferença estatística significativa entre os grupos discentes (65,0%), trabalhador ADM (70,9%) e docentes (55,0%), tanto quanto para a classificação contemplação do EPMC, sendo (discentes - 41,2%; trabalhador ADM - 44,0% e docentes - 30,0%).

Tabela 4. Comparação da presença de morbidades e do NAF e comportamento em relação à atividade física de acordo com o grupo.

Variáveis	DISCENTE		TRABALHADO		DOCENTE		p
	N	%	N	%	N	%	
Presença de Morbidades							
Sim	79	16,1	40	29,9	5	25,0	0.001
Não	412	83,9	94	70,1	15	75,0	
Quantidade de Morbidades							
Nenhuma	412	83,9	94	70,2	15	75,0	0.001
1 Morbidade	74	15,1	39	29,1	4	20,0	
≥2 Comorbidades	5	1,0	1	0,7	1	5,0	
Classificação do NAF							
Sufic. Ativo (≥150 min/sem)	307	62,5	95	70,9	11	55,0	0.368
Insufic. Ativo (<150 min/sem)	184	37,5	39	29,1	9	45,0	
Estágio de Comportamento da Atividade Física							
Pré Contemplação	32	6,5	14	10,4	1	5,0	0.629
Contemplação	202	41,2	59	44,0	6	30,0	
Preparação	142	28,9	34	25,5	6	30,0	
Ação	29	5,9	13	9,7	1	5,0	
Manutenção	86	17,5	14	10,4	6	30,0	
TOTAL	491	100,0	134	100,0	20	100,0	

Teste qui quadrado para tendência linear $p < 0,05$

A tabela 5 apresenta o relato da frequência semanal da prática de atividade física caminhada e atividades físicas em intensidades moderadas e vigorosas entre os participantes da amostra discentes, trabalhador ADM e docentes. Foi observada diferença estatística significativa apenas para atividades físicas moderadas entre o grupo trabalhador ADM ($2,81 \pm 2,61$) e discente ($1,96 \pm 2,28$) ($p=0.001$).

Tabela 5. Comparação da frequência semanal de atividade física caminhada, moderada e vigorosa de acordo com os grupos docente, discente e trabalhador ADM.

Frequência Semanal	DISCENTE (n=491)	TRABALHADOR (n=134)	DOCENTE (n=20)	P
Caminhada	3,43±2,50	3,58±2,74	4,00±2,90	0.551
Moderada	1,96±2,28	2,81±2,61*	2,35±2,68	0.001
Vigorosa	0,99±1,60	1,32±2,16	1,20±1,96	0.145

*Diferença estatística significativa entre grupo discente e trabalhador

A tabela 6 descreve a duração em minutos por dia da prática de atividade física. Foi observada diferença estatística significativa entre o grupo trabalhador ADM ($65,83 \pm 111,53$) e discente ($45,13 \pm 70,19$) para caminhada ($p= 0.031$) e para atividades físicas vigorosas entre o grupo trabalhador ADM ($61,90 \pm 124,36$) e docente ($31,75 \pm 64,98$) ($p=0.045$).

Tabela 6. Comparação da duração (em minutos) da sessão de atividade física caminhada, moderada e vigorosa de acordo com os grupos docente, discente e trabalhador.

Frequência Semanal	DISCENTE (n=491)	TRABALHADOR (n=134)	DOCENTE (n=20)	P
Caminhada	45,13±70,19	65,83±111,53*	54,00±69,88	0.031
Moderada	58,04±81,59	74,18±97,14	76,89±17,19	0.147
Vigorosa	40,98±77,98	61,90±124,36‡	31,75±64,98	0.045

*Diferença estatística significativa entre grupo discente e trabalhador

‡ Diferença estatística significativa entre o grupo docente e trabalhador

A tabela 7 apresenta a QV Total, QV Geral e a relação das facetas e dos domínios da QV entre os grupos discentes, trabalhadores ADM e docentes. Dessa forma, pode-se observar que a maioria das facetas apresentaram maiores valores para o grupo de docentes e os menores valores para os discentes, sendo que os dados descritos respectivamente para os grupos discentes, trabalhadores ADM e docentes apresentaram a QV Total ($68,6 \pm 21,6$; $70,1 \pm 22,6$; $73,5 \pm 23,2$), QV Geral ($74,4 \pm 16,0$; $76,2 \pm 15,8$; $81 \pm 13,5$). Para ambos os grupos os menores valores encontrados foram na Q3 ($37,6 \pm 18,8$; $35,4 \pm 17,2$; $26 \pm 11,4$) e Q4 ($32,4 \pm 16,4$; $34,2 \pm 16$; 25 ± 11) que se referem ao domínio físico (dor física e necessidade de algum tratamento médico para levar a vida diária) e os maiores valores para a Q15 ($86,8 \pm 14,4$; $86,2 \pm 14,2$; $93 \pm 11,8$) referente ao domínio físico (consegue se locomover bem) e Q6 ($82,2 \pm 17$; $82,4 \pm 17,6$; $90 \pm 15,2$) relacionada ao domínio social (o quanto a vida tem sentido).

Foram observadas diferenças estatísticas significativas entre os grupos para os domínios físico, social e ambiental. Para o domínio físico, houve diferença estatística significativa entre o grupo trabalhador ADM ($66,8 \pm 7,6$) e discente ($63 \pm 8,6$) ($p = 0.001$) e, sendo o mesmo observado para o domínio social, trabalhador ADM ($82,6 \pm 12,4$) e discente ($78 \pm 14,2$) ($p = 0.003$). Para o domínio ambiental, encontramos diferença estatística significativa entre todos os grupos, docente ($74,8 \pm 11,4$) e discente ($66,8 \pm 11$) além de docente ($74,8 \pm 11,4$) e trabalhador ADM ($65,8 \pm 10,8$) ($p = 0.002$) demonstrando que a maior variação entre os grupos ocorreu na qualidade de vida associada ao ambiente.

Tabela 7. Valores de média aritmética (X) e desvio padrão (DP) das facetas da qualidade de vida de acordo com os grupos de docentes, discentes e trabalhadores.

Facetas	DISCENTE (n=491) X±DP	TRABALHADOR (n=134) X±DP	DOCENTE (n= 20) X±DP	p
Q1 (Qualidade de vida geral)	76,6±14,6	77,2±14,6	82±14,4	0.247
Q2 (Satisfeito com a própria saúde)	72,4±17,2	75,4±17	80±13†	0.038
Q3 (Dor física)	37,6±18,8	35,4±17,2	26±11,4†	0.015
Q4 (Tratamento médico)	32,4±16,4	34,2±16,2	25±11	0.056
Q5 (Aproveita a vida)	71,8±17	70±19	74±19,6	0.452
Q6 (A vida tem sentido)	82,2±17	82,4±17,6	90±15,2	0.135
Q7 (Consegue se concentrar)	71,4±14,6*	76,2±18,8	81±13,8†	0.001
Q8 (Seguro na vida diária)	71,8±15,4	73,6±16,2	80±17,2†	0.042
Q9 (Ambiente físico saudável)	66,4±16,8	65±15,8	73±15	0.119
Q10 (Energia suficiente para o dia a dia)	70,4±16,8	75,6±17	81±13,8	0.001
Q11 (Aceitar a aparência física)	75,2±19,8	78,4±20,2	85±14,4†	0.032
Q12 (Dinheiro suficiente)	56,8±17*	52±18,6‡	69±16,6†	0.001
Q13 (Informações disponíveis para o dia a dia)	73,6±16*	69,6±17,8‡	81±13,8	0.003
Q14 (Possui atividades de lazer)	57,4±19,2	55,6±20,2‡	68±17,6	0.027
Q15 (Consegue se locomover bem)	86,8±14,4	86,2±14,2	93±11,8	0.133
Q16 (Satisfação com o sono)	65,4±22,8*	74,2±19,8	74±25,2	0.001
Q17 (Capacidade de desenvolver as atividades do dia a dia)	74±16,2*	80,4±14,6	85±14,4†	0.001

Q18 (Capacidade de trabalho)	75,4±16,2*	82,4±14,6	84±16,6	0.001
Q19 (Satisfação consigo mesmo)	75,8±17,4	79,6±17,2	82±12,8†	0.032
Q20 (Satisfação com as relações sociais)	80,4±17	83,2±15,6	83±13,4	0.193
Q21 (Satisfação com a vida sexual)	76,4±19,8*	83,4±18	77±20,8	0.001
Q22 (Satisfação com o apoio dos amigos)	77,6±17,2*	81,8±14	76±15,4	0.029
Q23 (Satisfação com o local de moradia)	75,6±17,8	74,4±20,6	81±16,6	0.314
Q24 (Satisfação com acesso ao serviço de saúde)	65±20,2	66,4±20	67±20,8	0.711
Q25 (Satisfação com seu meio de transporte)	68±20,8*	70±20,2	80±17,2	0.030
Q26 (Frequencia de sentimentos negativos)	48±17,8*	40,8±16,4	34±11,4†	0.001
Qualidade de Vida Total	68,6±21,6	70,1±22,6*	73,5±23,2†	0,000
Qualidade de Vida Geral	74,4±16,0	76,2±15,8	81±13,5	0,006
Domínios QV				
Físico	63±8,6	66,8±7,6*	66,2±8	0.001
Psicológico	70,6±9	71,2±10,4	74,2±8,8	0.230
Social	78±14,2	82,6±12,4*	78,6±13,8	0.003
Ambiental	66,8±11	65,8±10,8*	74,8±11,4‡	0.002

*Diferença estatística significativa entre grupo discente e trabalhador

†Diferença estatística significativa entre o grupo discente e docente

‡ Diferença estatística significativa entre o grupo docente e trabalhador

A tabela 8 apresenta a comparação entre o tipo de atividade física e os domínios de qualidade de vida entre sujeitos ativos e inativos. Para atividade física caminhada, foi observada diferença significativa entre as médias somente para o domínio físico grupo ativo (66,00±8,40) e inativo (64,00±8,60) (p= 0,002). O mesmo fenômeno também foi observado com relação à atividade física moderada grupo ativo (65±8,20) e inativo (63,4±8,80) (p=0,025). Para atividade física vigorosa, observou-se diferença estatística significativa apenas para o domínio ambiental grupo ativo (68,80±10,60) e inativo (66,00±11,20) (p=0,002). Considerando todos os tipos de atividade física, houve diferença

estatisticamente significativa para os domínios físico grupo ativo (64,40±8,40) e inativo (63,00±9,00) (p=0,049) e psicológico grupo ativo (71,60±9,40) e inativo (69,60±9,20) (p=0,014)

Tabela 8. Comparação dos valores médios do NAF de acordo com os domínios de qualidade de vida para amostra total.

Domínios de Qualidade de Vida	Ativo		Inativo		p
	X	DP	X	DP	
AF Caminhada					
N	219		426		
Domínio Físico	66,00	8,40	64,00	8,60	0,002*
Domínio Psicológico	71,80	9,20	70,40	9,40	0,067
Domínio Social	78,00	14,20	78,60	13,60	0,314
Domínio Ambiental	67,80	11,00	66,20	11,00	0,082
AF Moderada					
N	213		432		
Domínio Físico	65,00	8,20	63,40	8,80	0,025*
Domínio Psicológico	70,80	9,80	71,00	9,20	0,954
Domínio Social	79,00	14,00	79,00	13,80	0,953
Domínio Ambiental	67,00	11,60	66,80	10,60	0,83
AF Vigorosa					
N	196		449		
Domínio Físico	64,40	8,20	63,60	8,80	0,272
Domínio Psicológico	71,80	8,00	70,60	9,80	0,069
Domínio Social	80,20	12,80	78,60	14,20	0,175
Domínio Ambiental	68,80	10,60	66,00	11,20	0,002*
AF TOTAL					
N	413		232		
Domínio Físico	64,40	8,40	63,00	9,00	0,049*
Domínio Psicológico	71,60	9,40	69,60	9,20	0,014*
Domínio Social	79,60	13,80	78,00	13,60	0,134
Domínio Ambiental	67,40	11,00	65,80	10,80	0,077

Teste qui quadrado para tendência linear p<0,05

A Tabela 9 demonstra as características da vizinhança em relação ao ambiente construído. Podemos destacar que para a maioria dos colaboradores, a vizinhança é caracterizada por poucas casas compostas por apenas 1 família (40,0%), alguns sobrados (40,2%), nenhum com mais de 3 andares (60,6%) ou de 4 a 6 andares (73,2%) ou de 7 a 12 andares (83,4%) ou maior que 13 andares (90,1%). Podemos notar que estes dados correspondem a características de um ambiente construído de uma classe econômica baixa.

Tabela 9. Valores de frequência (N) e proporção (%) de acordo com as imediações da casa (Parte A) do questionário NEWS da população estudada.

Imediações da moradia - Parte A	N	%
Casas compostas por uma família		
Nenhuma	59	9,1
Poucas	258	40,0
Algumas	167	25,9
A maioria	147	22,8
Todas	14	2,2
Casas compostas por sobrados		
Nenhuma	65	10,1
Poucas	246	38,1
Algumas	259	40,2
A maioria	67	10,4
Todas	8	1,2
Casas compostas por apartamentos até 3 andares		
Nenhuma	391	60,6
Poucas	172	26,7
Algumas	63	9,8
A maioria	17	2,6
Todas	2	0,3
Casas compostas por apartamentos de 4-6 andares		
Nenhuma	472	73,2
Poucas	126	19,5
Algumas	39	6,0
A maioria	5	0,8
Todas	3	0,5
Casas compostas por apartamentos de 7-12 andares		
Nenhuma	538	83,4
Poucas	22	3,4
Algumas	76	11,8
A maioria	6	0,9

Todas	3	0,5
Casas compostas por apartamentos de >13 andares		
Nenhuma	581	90,1
Poucas	48	7,4
Algumas	11	1,7
A maioria	3	0,5
Todas	2	0,3
TOTAL	645	100,0

As Tabelas 10, 11, 12 e 13 apresentam os dados de caracterização do tempo de deslocamento ativo entre a moradia e estabelecimentos comerciais como supermercados, correios, escolas, parques, restaurantes e outros. Podemos observar que o tempo de deslocamento ativo da residência até a maioria dos estabelecimentos comerciais estão entre 0 e 20 minutos, fato esse que poderia contribuir com o nível total de atividade física diária desses colaboradores.

Tabela 10. Valores de frequência (N) e proporção (%) de acordo com o comércio (Parte B) do questionário NEWS da população estudada.

Comércio no Bairro - Parte B	N	%
Loja de conveniência, mercadinho ou armazém		
0-5 minutos	355	55,0
6-10 minutos	176	27,2
11-20 minutos	65	10,1
21-30 minutos	16	2,5
≥ 31 minutos	21	3,3
Não soube responder	12	1,9
Supermercado		
0-5 minutos	228	35,4
6-10 minutos	206	31,9
11-20 minutos	117	18,1
21-30 minutos	46	7,1
≥ 31 minutos	32	5,0
Não soube responder	16	2,5
Loja de material de construção		
0-5 minutos	172	26,7
6-10 minutos	185	28,7
11-20 minutos	122	18,9
21-30 minutos	62	9,6
≥ 31 minutos	57	8,8

Não soube responder	47	7,3
Feira livre		
0-5 minutos	125	19,5
6-10 minutos	155	24,0
11-20 minutos	149	23,1
21-30 minutos	77	11,9
≥ 31 minutos	62	9,6
Não soube responder	77	11,9
Lavanderia		
0-5 minutos	35	5,4
6-10 minutos	97	8,8
11-20 minutos	57	15,0
21-30 minutos	60	9,3
≥ 31 minutos	66	10,2
Não soube responder	330	51,3
Lojas de roupa		
0-5 minutos	155	24,0
6-10 minutos	154	23,9
11-20 minutos	141	21,8
21-30 minutos	80	12,4
≥ 31 minutos	72	11,2
Não soube responder	43	6,7
TOTAL	645	100,0

Tabela 11. Valores de frequência (N) e percentual (%) de acordo com o comércio (Parte B) do questionário NEWS da população estudada.

Comércio no Bairro - Parte B	N	%
Correio		
0-5 minutos	35	5,4
6-10 minutos	75	11,6
11-20 minutos	137	21,2
21-30 minutos	133	20,6
≥ 31 minutos	121	18,8
Não soube responder	144	22,4
Biblioteca		
0-5 minutos	28	4,3
6-10 minutos	39	6,0
11-20 minutos	101	15,7
21-30 minutos	109	16,9
≥ 31 minutos	131	20,4
Não soube responder	237	36,7
Escola Fundamental		
0-5 minutos	207	32,1
6-10 minutos	180	27,9
11-20 minutos	143	22,2
21-30 minutos	44	6,8
≥ 31 minutos	27	4,2
Não soube responder	44	6,8
Outras escolas		
0-5 minutos	126	19,5
6-10 minutos	143	22,2
11-20 minutos	161	25,0
21-30 minutos	78	12,1
≥ 31 minutos	60	9,3
Não soube responder	77	11,9
Livraria		
0-5 minutos	30	4,7
6-10 minutos	64	9,9
11-20 minutos	112	17,4
21-30 minutos	101	15,7
≥ 31 minutos	102	15,8
Não soube responder	236	36,5
Lanchonete		
0-5 minutos	191	29,7
6-10 minutos	177	27,4

11-20 minutos	129	20,0
21-30 minutos	64	9,9
≥ 31 minutos	40	6,2
Não soube responder	44	6,8
TOTAL	645	100,0

Tabela 12. Valores de frequência (N) e percentual (%) de acordo com o comércio (Parte B) do questionário NEWS da população estudada.

Comércio no Bairro - Parte B	N	%
Cafeteria ou bar		
0-5 minutos	209	32,5
6-10 minutos	120	18,6
11-20 minutos	109	16,9
21-30 minutos	57	8,8
≥ 31 minutos	57	8,8
Não soube responder	93	14,4
Bancos		
0-5 minutos	41	6,4
6-10 minutos	96	14,8
11-20 minutos	149	23,1
21-30 minutos	118	18,3
≥ 31 minutos	136	21,1
Não soube responder	105	16,3
Restaurantes		
0-5 minutos	93	14,4
6-10 minutos	133	20,6
11-20 minutos	143	22,2
21-30 minutos	94	14,6
≥ 31 minutos	93	14,4
Não soube responder	89	13,8
Locadora de vídeo		
0-5 minutos	97	15,0
6-10 minutos	129	20,0
11-20 minutos	146	22,7
21-30 minutos	73	11,3
≥ 31 minutos	74	11,5
Não soube responder	126	19,5
Farmácia		
0-5 minutos	180	27,9
6-10 minutos	202	31,3
11-20 minutos	136	21,1
21-30 minutos	49	7,6

≥ 31 minutos	43	6,7
Não soube responder	35	5,4
Salão de beleza		
0-5 minutos	232	36,0
6-10 minutos	187	29,0
11-20 minutos	104	16,1
21-30 minutos	51	7,9
≥ 31 minutos	31	4,8
Não soube responder	40	6,2
TOTAL	645	100,0

Tabela 13. Valores de frequência (N) e percentual (%) de acordo com o comércio (Parte B) do questionário NEWS da população estudada.

Comércio no Bairro - Parte B	N	%
Distância até o trabalho ou escola		
0-5 minutos	35	5,4
6-10 minutos	64	9,9
11-20 minutos	134	20,8
21-30 minutos	110	17,1
≥ 31 minutos	169	26,2
Não soube responder	133	20,6
Ponto de ônibus		
0-5 minutos	462	71,5
6-10 minutos	118	18,3
11-20 minutos	30	4,7
21-30 minutos	9	1,4
≥ 31 minutos	10	1,6
Não soube responder	16	2,5
Parques		
0-5 minutos	125	19,4
6-10 minutos	117	18,1
11-20 minutos	81	12,6
21-30 minutos	55	8,5
≥ 31 minutos	64	9,9
Não soube responder	203	31,5
Áreas de lazer		
0-5 minutos	142	22,0
6-10 minutos	144	22,3
11-20 minutos	110	17,1
21-30 minutos	55	8,5
≥ 31 minutos	53	8,2
Não soube responder	141	21,9
Academia		
0-5 minutos	121	18,8
6-10 minutos	149	23,1
11-20 minutos	156	24,2
21-30 minutos	70	10,8
≥ 31 minutos	60	9,3
Não soube responder	89	13,8
TOTAL	645	100,0

As Tabelas 14, 15, 16 e 17 demonstram as características das ruas do bairro de residência dos colaboradores. Podemos observar que as ruas tem características de ser ruas

de bairros, com poucos cruzamentos de 4 vias, são pessoas que relataram caminhar até o ponto de ônibus e que as calçadas do bairro precisam ser melhor cuidadas.

Tabela 14. Valores de frequência (N) e proporção (%) de acordo com o acesso à serviços (Parte C) do questionário NEWS da população estudada.

Comércio no Bairro - Parte C	N	%
Faço minhas compras no comércio local		
Discordo fortemente	74	11,0
Discordo em partes	113	17,5
Concordo em partes	303	47,0
Concordo fortemente	155	24,5
Lojas estão a curta distância de caminhada		
Discordo fortemente	107	16,6
Discordo em partes	110	17,1
Concordo em partes	243	37,7
Concordo fortemente	185	28,6
Estacionar é difícil		
Discordo fortemente	122	18,9
Discordo em partes	143	22,2
Concordo em partes	198	30,7
Concordo fortemente	182	28,2
Existem vários locais para caminhar		
Discordo fortemente	51	7,9
Discordo em partes	52	8,1
Concordo em partes	201	31,2
Concordo fortemente	341	52,8
Fácil caminhar de casa até o ponto de ônibus		
Discordo fortemente	24	3,7
Discordo em partes	19	2,9
Concordo em partes	81	12,6
Concordo fortemente	521	80,8
Ruas do bairro são inclinadas		
Discordo fortemente	189	29,3
Discordo em partes	137	21,2
Concordo em partes	219	34,0
Concordo fortemente	100	15,5
Há muitos morros limitando o percurso		
Discordo fortemente	304	47,1
Discordo em partes	144	22,3
Concordo em partes	141	21,9
Concordo fortemente	56	8,7
TOTAL	645	100,0

Tabela 15. Valores de frequência (N) e proporção (%) de acordo com as ruas do bairro (Parte D) do questionário NEWS da população estudada.

Comércio no Bairro - Parte D	N	%
Não existem ruas sem saída		
Discordo fortemente	103	16,0
Discordo em partes	112	17,4
Concordo em partes	135	20,9
Concordo fortemente	295	45,7
Existem caminhos que conectam ruas sem saída		
Discordo fortemente	264	40,9
Discordo em partes	90	14,0
Concordo em partes	192	29,8
Concordo fortemente	99	15,3
As distâncias entre cruzamentos são curtas		
Discordo fortemente	70	10,9
Discordo em partes	128	19,8
Concordo em partes	278	43,1
Concordo fortemente	169	26,2
Existem muitos cruzamentos de 4 vias		
Discordo fortemente	183	28,4
Discordo em partes	134	20,8
Concordo em partes	202	31,3
Concordo fortemente	126	19,5
Existem muitos caminhos alternativos		
Discordo fortemente	91	14,1
Discordo em partes	76	11,8
Concordo em partes	240	37,2
Concordo fortemente	238	36,9
TOTAL	645	100,0

As Tabelas 16, 17 e 18 demonstram as características do trânsito e da criminalidade no bairro em que os colaboradores residem. A maioria dos sujeitos não concorda que o seu bairro de residência seja considerado um bairro com elevado índice de criminalidade.

Tabela 16. Valores de frequência (N) e proporção (%) dos locais para caminhar e andar de bicicleta (Parte E) do questionário NEWS da população estudada.

Comércio no Bairro - Parte E	N	%
Existência de calçadas nas ruas		
Discordo fortemente	81	12,6
Discordo em partes	63	9,8
Concordo em partes	158	24,5
Concordo fortemente	343	53,1
As calçadas do bairro são bem cuidadas		
Discordo fortemente	183	28,4
Discordo em partes	133	20,6
Concordo em partes	232	36,0
Concordo fortemente	97	15,0
Existem ciclovias ou vias para pedestres		
Discordo fortemente	337	52,2
Discordo em partes	92	14,3
Concordo em partes	113	17,5
Concordo fortemente	103	16,0
Calçadas são separadas das ruas por locais para estacionar carros		
Discordo fortemente	255	39,6
Discordo em partes	148	22,9
Concordo em partes	169	26,2
Concordo fortemente	73	11,3
Calçadas separadas das ruas por faixas sem pavimento		
Discordo fortemente	288	44,6
Discordo em partes	170	26,4
Concordo em partes	147	22,8
Concordo fortemente	40	6,2
TOTAL	645	100,0

Tabela 17. Valores de frequência (N) e proporção (%) dos arredores do bairro (Parte F) do questionário NEWS da população estudada.

Comércio no Bairro - Parte F	N	%
Existência de árvores nas ruas		
Discordo fortemente	67	10,4
Discordo em partes	71	11,0
Concordo em partes	266	41,2
Concordo fortemente	241	37,4
As árvores fazem sombras nas calçadas		
Discordo fortemente	89	13,8
Discordo em partes	94	14,6
Concordo em partes	277	42,9
Concordo fortemente	185	28,7
Coisas interessantes para olhar durante caminhada		
Discordo fortemente	218	33,9
Discordo em partes	153	23,7
Concordo em partes	195	30,2
Concordo fortemente	79	12,2
Geralmente não se encontra lixo no bairro		
Discordo fortemente	119	18,4
Discordo em partes	196	30,4
Concordo em partes	227	35,2
Concordo fortemente	103	16,0
Existem atrativos naturais no bairro		
Discordo fortemente	239	37,1
Discordo em partes	153	23,7
Concordo em partes	169	26,2
Concordo fortemente	84	13,0
Existem construções atrativas no bairro		
Discordo fortemente	153	23,7
Discordo em partes	164	25,4
Concordo em partes	247	38,3
Concordo fortemente	81	12,6
TOTAL	645	100,0

As Tabelas 18, 19, 20, 21 e 22 demonstram a satisfação dos colaboradores em relação ao bairro que residem. De forma geral, para a maioria das variáveis avaliadas, observamos uma distribuição bem equilibrada entre ter a percepção de insatisfação ou satisfação com o bairro.

Tabela 18. Valores de frequência (N) e proporção (%) da segurança no trânsito (Parte G) do questionário NEWS da população estudada.

Comércio no Bairro - Parte G	N	%
Muito tráfego na rua que resido		
Discordo fortemente	248	38,4
Discordo em partes	184	28,5
Concordo em partes	161	25,0
Concordo fortemente	52	8,1
Muito tráfego nas ruas vizinhas a moradia		
Discordo fortemente	204	31,6
Discordo em partes	212	32,9
Concordo em partes	166	25,7
Concordo fortemente	63	9,8
Velocidade do tráfego baixa na rua de residência		
Discordo fortemente	75	11,6
Discordo em partes	174	27,0
Concordo em partes	222	34,4
Concordo fortemente	174	27,0
Velocidade do tráfego baixa nas ruas próximas		
Discordo fortemente	96	14,9
Discordo em partes	190	29,5
Concordo em partes	252	39,0
Concordo fortemente	107	16,6
A maioria dos motoristas ultrapassam a velocidade permitida		
Discordo fortemente	81	12,6
Discordo em partes	125	19,4
Concordo em partes	287	44,4
Concordo fortemente	152	23,6
Existem faixas, sinais ou passarelas para auxiliar pedestres		
Discordo fortemente	237	36,8
Discordo em partes	111	17,2
Concordo em partes	195	30,2
Concordo fortemente	102	15,8
Faixa de pedestre transmite segurança		
Discordo fortemente	220	34,1
Discordo em partes	126	19,5
Concordo em partes	198	30,7
Concordo fortemente	101	15,7
Existe muita fumaça para caminhar		
Discordo fortemente	208	32,2
Discordo em partes	195	30,2

Concordo em partes	190	29,5
Concordo fortemente	52	8,1
TOTAL	645	100,0

Tabela 19. Valores de frequência (N) e proporção (%) da segurança contra crimes (Parte H) do questionário NEWS da população estudada.

Comércio no Bairro - Parte H	N	%
Ruas bem iluminadas a noite		
Discordo fortemente	70	10,9
Discordo em partes	150	23,3
Concordo em partes	296	45,8
Concordo fortemente	129	20,0
Pedestres facilmente visualizados por moradores		
Discordo fortemente	109	16,9
Discordo em partes	197	30,5
Concordo em partes	261	40,5
Concordo fortemente	78	12,1
Ao caminhar, converso com as pessoas		
Discordo fortemente	108	16,7
Discordo em partes	114	17,7
Concordo em partes	293	45,4
Concordo fortemente	130	20,2
Bairro tem alto índice de criminalidade		
Discordo fortemente	236	36,6
Discordo em partes	223	34,6
Concordo em partes	147	22,8
Concordo fortemente	39	6,0
A criminalidade faz com que eu não caminhe durante o dia		
Discordo fortemente	343	53,2
Discordo em partes	177	27,4
Concordo em partes	104	16,1
Concordo fortemente	21	3,3
A criminalidade faz com que eu não caminhe durante a noite		
Discordo fortemente	150	23,3
Discordo em partes	217	33,6
Concordo em partes	173	26,8
Concordo fortemente	105	16,3
TOTAL	645	100,0

Tabela 20. Valores de frequência (N) e proporção (%) do nível de satisfação com o bairro segundo a variável segurança contra crimes da população estudada (NEWS).

Satisfação com o Bairro	N	%
Número de faixas de pedestre no bairro		
Insatisfação total	155	24,0
Alguma insatisfação	133	20,6
Nem satisfeito, nem insatisfeito	141	21,9
Alguma satisfação	144	22,3
Satisfação total	72	11,2
Acesso a vias expressas		
Insatisfação total	66	10,2
Alguma insatisfação	107	16,6
Nem satisfeito, nem insatisfeito	144	22,3
Alguma satisfação	201	31,2
Satisfação total	127	19,7
Acesso ao transporte público		
Insatisfação total	40	6,2
Alguma insatisfação	89	13,8
Nem satisfeito, nem insatisfeito	111	17,3
Alguma satisfação	228	35,3
Satisfação total	177	27,4
Tempo do transporte casa-trabalho		
Insatisfação total	60	9,3
Alguma insatisfação	100	15,5
Nem satisfeito, nem insatisfeito	137	21,3
Alguma satisfação	195	30,2
Satisfação total	153	23,7
Acesso ao comércio		
Insatisfação total	28	4,3
Alguma insatisfação	56	8,7
Nem satisfeito, nem insatisfeito	116	18,0
Alguma satisfação	237	36,8
Satisfação total	208	32,2
Número de amigos no bairro		
Insatisfação total	85	13,2
Alguma insatisfação	77	11,9
Nem satisfeito, nem insatisfeito	134	20,8
Alguma satisfação	196	30,4
Satisfação total	153	23,7
TOTAL	645	100,0

Tabela 21. Valores de frequência (N) e proporção (%) do nível de satisfação com o bairro segundo a variável segurança contra crimes da população estudada (NEWS).

Satisfação com o Bairro	N	%
Número de pessoas conhecidas no bairro		
Insatisfação total	45	7,0
Alguma insatisfação	85	13,2
Nem satisfeito, nem insatisfeito	139	21,6
Alguma satisfação	205	31,7
Satisfação total	171	26,5
Facilidade e prazer de caminhar		
Insatisfação total	59	9,1
Alguma insatisfação	64	9,9
Nem satisfeito, nem insatisfeito	164	25,5
Alguma satisfação	208	32,2
Satisfação total	150	23,3
Qualidade das escolas do bairro		
Insatisfação total	71	11,0
Alguma insatisfação	107	16,6
Nem satisfeito, nem insatisfeito	171	26,5
Alguma satisfação	200	31,0
Satisfação total	96	14,9
Acesso à diversão no bairro		
Insatisfação total	254	39,4
Alguma insatisfação	108	16,7
Nem satisfeito, nem insatisfeito	114	17,7
Alguma satisfação	108	16,7
Satisfação total	61	9,5
Segurança quanto à ameaça de crime		
Insatisfação total	80	12,4
Alguma insatisfação	169	26,2
Nem satisfeito, nem insatisfeito	146	22,6
Alguma satisfação	176	27,3
Satisfação total	74	11,5
Quantidade e velocidade do tráfego no bairro		
Insatisfação total	52	8,1
Alguma insatisfação	153	23,7
Nem satisfeito, nem insatisfeito	199	30,9
Alguma satisfação	177	27,4
Satisfação total	64	9,9
TOTAL	645	100,0

Tabela 22. Valores de frequência (N) e proporção (%) do nível de satisfação com o bairro segundo a variável segurança contra crimes da população estudada.

Satisfação com o Bairro	N	%
Barulho do tráfego no bairro		
Insatisfação total	88	13,6
Alguma insatisfação	140	21,7
Nem satisfeito, nem insatisfeito	133	20,6
Alguma satisfação	161	25,0
Satisfação total	123	19,1
Quantidade e qualidade dos supermercados		
Insatisfação total	57	8,8
Alguma insatisfação	106	16,4
Nem satisfeito, nem insatisfeito	149	23,2
Alguma satisfação	220	34,1
Satisfação total	113	17,5
Quantidade e qualidade dos restaurantes		
Insatisfação total	186	28,8
Alguma insatisfação	126	19,5
Nem satisfeito, nem insatisfeito	140	21,8
Alguma satisfação	131	20,3
Satisfação total	62	9,6
Ser um bom lugar para criar os filhos		
Insatisfação total	46	7,1
Alguma insatisfação	93	14,4
Nem satisfeito, nem insatisfeito	115	17,9
Alguma satisfação	238	36,9
Satisfação total	153	23,7
Ser um bom lugar para viver		
Insatisfação total	26	4,0
Alguma insatisfação	83	12,9
Nem satisfeito, nem insatisfeito	103	16,0
Alguma satisfação	249	38,6
Satisfação total	184	28,5
TOTAL	645	100,0

A Tabela 23 apresenta a comparação dos grupos com as variáveis de percepção do bairro. A única variável que apresentou diferença significativa entre os grupos de sujeitos foi número de amigos no bairro onde o grupo discente (84,4%) ($p=0,007$) apresentou maior proporção de insatisfação em relação aos outros grupos.

Tabela 23. Nível de satisfação com o bairro de acordo com o grupo (NEWS).

Variáveis Sócio demográficas	DISCENTE		TRABALHAD OR		DOCENTE		p
	N	%	N	%	N	%	
Número de faixas de pedestre no bairro							
Insatisfação total	111	71,6	43	27,7	1	0,7	0,808
Alguma insatisfação	104	78,2	22	16,5	7	5,3	
Nem satisfeito, nem insatisfeito	113	80,1	24	17,0	4	2,9	
Alguma satisfação	108	75,0	30	20,8	6	4,2	
Satisfação total	55	76,4	15	20,8	2	2,8	
Acesso a vias expressas							
Insatisfação total	49	74,2	16	24,2	1	1,6	0,331
Alguma insatisfação	79	73,8	26	24,3	2	1,9	
Nem satisfeito, nem insatisfeito	123	85,4	18	12,5	3	2,1	
Alguma satisfação	144	71,6	50	24,9	7	3,5	
Satisfação total	96	75,6	24	18,9	7	5,5	
Acesso ao transporte público							
Insatisfação total	30	75,0	8	20,0	2	5,0	0,415
Alguma insatisfação	66	74,2	21	23,6	2	2,2	
Nem satisfeito, nem insatisfeito	91	82,0	15	13,5	5	4,5	
Alguma satisfação	182	79,8	41	18,0	5	2,2	
Satisfação total	122	68,9	49	27,7	6	3,4	
Tempo do transporte casa-trabalho							
Insatisfação total	44	73,3	14	23,3	2	3,4	0,845
Alguma insatisfação	75	75,0	23	23,0	2	2,0	
Nem satisfeito, nem insatisfeito	106	77,4	25	18,2	6	4,4	
Alguma satisfação	156	80,0	36	18,5	3	1,5	
Satisfação total	110	71,9	36	23,5	7	4,6	
Acesso ao comércio							
Insatisfação total	19	67,9	8	28,6	1	3,5	0,364
Alguma insatisfação	39	69,6	15	26,8	2	3,6	
Nem satisfeito, nem insatisfeito	91	78,4	21	18,1	4	3,5	
Alguma satisfação	183	77,2	48	20,3	6	2,5	
Satisfação total	159	76,4	42	20,2	7	3,4	
Número de amigos no bairro							
Insatisfação total	71	84,4	5	11,1	2	4,5	0,007*
Alguma insatisfação	65	80,0	14	16,5	3	3,5	

Nem satisfeito, nem insatisfeito	105	75,5	28	20,1	6	4,4
Alguma satisfação	144	77,6	43	21,0	3	1,4
Satisfação total	121	70,8	44	25,7	6	3,5

*Teste qui quadrado para tendência linear $p < 0,05$

A tabela 24 demonstrou o nível de satisfação com o bairro em relação às variáveis: facilidade de praticar a caminhada, qualidade das escolas no bairro e acesso à diversão no bairro. Os dados mostraram diferenças significativas na comparação das prevalências entre os grupos. Apenas 68,8% dos discentes relataram ter total satisfação com as escolas do bairro e 68,9% relataram ter total satisfação com a diversão que o bairro oferece.

Tabela 24. Nível de satisfação com o bairro de acordo com o grupo (NEWS).

Variáveis Sócio demográficas	DISCENTE		TRABALHADOR		DOCENTE		p
	N	%	N	%	N	%	
Número de pessoas conhecidas no bairro							
Insatisfação total	38	84,4	5	11,1	2	4,5	0,147
Alguma insatisfação	68	80,0	14	16,5	3	3,5	
Nem satisfeito, nem insatisfeito	105	75,5	28	20,1	6	4,4	
Alguma satisfação	159	77,6	43	21,0	3	1,4	
Satisfação total	121	70,8	44	25,7	6	3,5	
Facilidade e prazer de caminhar							
Insatisfação total	48	81,4	10	16,9	1	1,7	0,029*
Alguma insatisfação	46	71,9	15	23,4	3	4,7	
Nem satisfeito, nem insatisfeito	135	82,3	26	15,9	3	1,8	
Alguma satisfação	163	78,4	39	18,8	6	2,8	
Satisfação total	99	66,0	44	29,3	7	4,7	
Qualidade escolas do bairro							
Insatisfação total	51	71,8	17	23,9	3	4,3	0,028*
Alguma insatisfação	87	81,3	18	16,8	2	1,9	
Nem satisfeito, nem insatisfeito	136	79,5	25	14,6	10	5,9	
Alguma satisfação	151	75,5	47	23,5	2	1,0	
Satisfação total	66	68,8	27	28,1	3	3,1	
Acesso à diversão no bairro							
Insatisfação total	201	79,1	50	19,7	3	1,2	0,044*
Alguma insatisfação	79	73,1	28	25,9	1	1,0	
Nem satisfeito, nem insatisfeito	85	74,6	22	19,3	7	6,1	

Alguma satisfação	84	77,8	18	16,7	6	5,5	
Satisfação total	42	68,9	16	26,2	3	4,9	
Segurança à ameaça de crime							
Insatisfação total	60	75,0	19	23,8	1	1,2	0,083
Alguma insatisfação	123	72,8	43	25,4	3	1,8	
Nem satisfeito, nem insatisfeito	121	82,9	22	15,1	3	2,0	
Alguma satisfação	135	76,7	31	17,6	10	5,7	
Satisfação total	52	70,3	19	25,7	3	4,0	
Quantidade e velocidade do tráfego no bairro							
Insatisfação total	35	67,3	15	28,8	2	3,9	0,678
Alguma insatisfação	110	71,9	38	24,8	5	3,3	
Nem satisfeito, nem insatisfeito	166	83,4	28	14,1	5	2,5	
Alguma satisfação	136	76,8	37	20,9	4	2,3	
Satisfação total	44	68,8	16	25,0	4	6,2	

*Teste qui quadrado para tendência linear $p < 0,05$

A tabela 25 demonstrou o nível de satisfação com o bairro em relação às variáveis: barulho do tráfego no bairro, quantidade de qualidade dos restaurantes, ser um bom lugar para criar os filhos e ser um bom lugar para viver. Os resultados não demonstraram diferença estatística significativa entre os grupos discentes, trabalhador ADM e docentes.

Tabela 25. Nível de satisfação com o bairro de acordo com o grupo (NEWS).

Variáveis Sócio demográficas	DISCENTE		TRABALHADOR		DOCENTE		p
	N	%	N	%	N	%	
Barulho do tráfego no bairro							
Insatisfação total	62	70,5	23	26,1	3	3,4	0,504
Alguma insatisfação	111	79,3	26	18,6	3	2,1	
Nem satisfeito, nem insatisfeito	110	82,7	21	15,8	2	1,5	
Alguma satisfação	116	72,0	40	24,8	5	3,2	
Satisfação total	92	74,8	24	19,5	7	5,7	
Quantidade e qualidade dos supermercados							
Insatisfação total	39	68,4	15	26,3	3	5,3	0,198
Alguma insatisfação	75	70,8	24	22,6	7	6,6	
Nem satisfeito, nem insatisfeito	120	80,5	27	18,1	2	1,4	
Alguma satisfação	177	80,5	39	17,7	4	1,8	
Satisfação total	80	70,8	29	25,7	4	3,5	
Quantidade e qualidade dos restaurantes							

Insatisfação total	134	72,0	47	25,3	5	2,7	0,883
Alguma insatisfação	98	77,8	24	19,0	4	3,2	
Nem satisfeito, nem insatisfeito	116	82,9	22	15,7	2	1,4	
Alguma satisfação	102	77,9	23	17,6	6	4,5	
Satisfação total	41	66,1	18	29,0	3	4,9	
Ser um bom lugar para criar os filhos							
Insatisfação total	33	71,7	12	26,1	1	2,2	0,433
Alguma insatisfação	68	73,1	24	25,8	1	1,1	
Nem satisfeito, nem insatisfeito	91	79,1	21	18,3	3	2,6	
Alguma satisfação	192	80,7	41	17,2	5	2,1	
Satisfação total	107	69,9	36	23,5	10	6,6	
Ser um bom lugar para viver							
Insatisfação total	23	88,5	3	11,5	-	-	0,085
Alguma insatisfação	65	78,3	16	19,3	2	2,4	
Nem satisfeito, nem insatisfeito	72	69,9	29	28,2	2	1,9	
Alguma satisfação	200	80,3	43	17,3	6	2,4	
Satisfação total	131	71,2	43	23,4	10	5,4	

*Teste qui quadrado para tendência linear $p < 0,05$

4.2 FASE II - RESULTADOS DESCRITIVOS E COMPARATIVOS DOS GRUPOS I (CONTROLE), II (AFS), III (AFS + TFP) E IV (AFS + GA) FORMADOS POR TRABALHADORES ADM.

A tabela 26 demonstra a consistência interna avaliada mediante o coeficiente de fidedignidade de Cronbach das respostas obtidas através dos instrumentos para mensurar NAF e QV, aplicados por meio da internet. Este teste estatístico é relevante para analisar os componentes dos instrumentos quanto a correlação das variáveis ou co-variação entre as variáveis e por ser bastante sensível a estas diferenças (DELOROSO, 2004).

Para o NAF foi considerado a frequência, duração nas intensidades caminhada, moderada e intensa, além da duração dos minutos por semana e para a QV a QV Total, QV Geral e os domínios, físico, psicológico, ambiental e social.

Os dados descrevem que a fidedignidade das respostas obtidas através dos instrumentos utilizados variou entre bom (0,82) e razoável (0,71) para os indicadores de NAF, sendo para a intensidade caminhada (frequência - 0,82 e duração - 0,81), moderada (frequência - 0,81 e duração - 0,78) e vigorosa (frequência - 0,76 e duração - 0,75), além

dos minutos por semana (0,71). Para os indicadores de QV os valores de alfa (α) foram considerados bons, sendo para QV Total (0,85), QV Geral (0,84), domínios físico (0,84), psicológico (0,86), social (0,85) e ambiental (0,84).

Tabela 26 – Valores do Coeficiente Alfa de Cronbach de acordo com os domínios da QV e dos Indicadores de Atividade Física.

Variáveis	X±DP	Coeficiente de Fidedignidade de Cronbach
Qualidade de Vida Total	82,2 ± 11,6	0,85
Qualidade de Vida Geral	80,2 ± 11,3	0,84
Domínios de Qualidade de Vida		
Físico	77,0±11,4	0,84
Psicológico	75,7±10,2	0,86
Social	66,2±9,8	0,85
Ambiental	77,2±14,3	0,84
NAF		
Frequência Caminhada	4,1±2,3	0,82
Duração Caminhada	53,2±62,9	0,81
Frequência Moderada	3,2±2,1	0,81
Duração Moderada	50,1±61,3	0,78
Frequência Vigorosa	2,0±1,5	0,76
Duração Vigorosa	21,2±42,0	0,75
Minutos Semanais	510,6±606,1	0,71

A Tabela 27 demonstra a descrição das características sociodemográficas dos sujeitos avaliados considerando todos os grupos na fase pré- intervenção. A amostra, em sua maioria, foi composta por mulheres (73,9%), na faixa etária entre 17 e 29 anos (63,6%), 30 a 39 anos de idade (23%), com estado cível solteiro (a) (69,7%) e de nível sócio econômico D (65,4 %) e C2 (21,8%) segundo a classificação proposta.

A tabela 27 ainda apresenta o NAF da amostra total e verifica-se que 54,6% dos avaliados na pré-intervenção, não cumpriam a recomendação mínima para a prática de atividade física para a promoção da saúde e que a maior porcentagem (40,6%) dos avaliados estavam no estágio contemplação (não faz atividade física, mas tem intenção em começar) em relação ao comportamento da atividade física (40,6%).

Tabela 27 – Valores de frequência das respostas (N) e proporção (%) segundo a distribuição da amostra considerando todos os grupos na pré- intervenção de acordo com as variáveis sociodemográficas.

Variáveis Sócio Demográficas	N	%
Gênero		
Masculino	43	26,1
Feminino	122	73,9
Faixa Etária		
17-29 anos	105	63,6
30-39 anos	38	23,0
40-49 anos	17	10,3
≥ 50 anos	5	3,1
Estado Civil		
Solteiro (a)	115	69,7
Casado (a)	45	27,3
Divorciado (a)	4	2,4
Viúvo (a)	1	0,6
Nível Sócio Econômico		
Nível A1	-	-
Nível A2	-	-
Nível B1	-	-
Nível B2	1	0,7
Nível C1	8	4,8
Nível C2	36	21,8
Nível D	108	65,4
Nível E	12	7,3
Classificação do NAF		
Ativo (> 150 minutos por semana)	75	45,4
Inativo (≤ 150 minutos por semana)	90	54,6
Estágio de Comportamento da Atividade Física		
Pré Contemplação	5	3,0
Contemplação	67	40,6
Preparação	32	19,4
Ação	43	26,1
Manutenção	18	10,9
TOTAL	165	100,0

A tabela 28 demonstra a descrição das características antropométricas dos avaliados considerando todos os grupos na fase pré- intervenção. As médias destacadas caracterizam o grupo de trabalhadores ADM com idade entre $27,3 \pm 13,9$ anos, portanto em sua maioria jovens entre 17 – 39 anos ($27,3 \pm 13,9$ anos). Quanto a massa corporal (kg) ($69,7 \pm 17,6$), altura ($1,65 \pm 0,1$) e IMC ($25,6 \pm 5,3$) os trabalhadores ADM se

enquadraram em uma parcela fora dos padrões recomendados pela OMS para a população adulta sendo classificados com sobrepeso (IMC= 25 a 29,9).

Tabela 28 – Valores de média aritmética e desvio padrão segundo a distribuição da amostra considerando todos os grupos na pré- intervenção de acordo com os indicadores antropométricos.

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
N = 165				
Idade (anos)	27,3	13,9	17	60
Massa corporal (Kg)	69,7	17,6	45,3	147,5
Estatura (m)	1,65	0,1	1,51	1,87
IMC (Kg/m²)	25,6	5,3	17,6	47,6

A Tabela 29 demonstra a descrição das características do NAF avaliado pelo Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) versão curta, considerando todos os grupos na pré- intervenção e o EPMC. Considerando os valores médios, a prática de caminhada ($2,8 \pm 2,3$ vezes por semana) foi mais prevalente quando considerada a frequência semanal de prática de atividades físicas e a atividade física em intensidades moderadas ($43,2 \pm 66,6$ minutos) apresentou o maior valor médio. Considerando a somatória da duração dos minutos semanais de acordo com a intensidade, a atividade física caminhada foi a maior média ($170,8 \pm 345,1$ minutos semanais). Para a somatória do NAF total semanal os valores foram ($379,9 \pm 679,2$). O EPMC apresenta a média considerando todos os estágios de prontidão para mudança de comportamento (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção). Na fase pré-intervenção, os dados descrevem maior número de trabalhadores ADM no estágio de contemplação (que não pratica atividade física, mas tem intenção de começar) em relação à atividade física ($2,0 \pm 1,3$).

Tabela 29 – Valores de média aritmética e desvio padrão segundo a distribuição da amostra considerando todos os grupos na pré- intervenção de acordo com os indicadores da prática de atividade física.

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Frequência semanal (vezes por semana)				
AF Caminhada	2,8	2,3	0	7
AF Moderada	1,9	2,1	0	7
AF Vigorosa	0,8	1,5	0	7
Duração por Sessão (minutos)				
AF Caminhada	40,5	64,3	0	500
AF Moderada	43,2	66,6	0	360
AF Vigorosa	26,7	55,5	0	360
Duração Semanal (minutos)				
AF Caminhada	170,8	345,1	0	734
AF Moderada	137,4	313,4	0	711
AF Vigorosa	66,1	175,1	0	1260
TOTAL SEMANAL (min/sem)	379,9	679,2	0	3451
Estágio Comportamento	2,0	1,3	0	5

A tabela 30 apresenta a descrição das características de QV dos avaliados considerando todos os grupos na pré- intervenção total ($81,2 \pm 11,3$), de forma geral ($80,7 \pm 11,9$), para cada faceta e para os domínios físico ($75,3 \pm 14,7$), psicológico ($77,0 \pm 11,4$), social ($77,2 \pm 14,3$) e ambiental ($66,2 \pm 9,8$) da QV. Considerando a pré- intervenção, os valores médios foram similares entre os domínios demonstrando o pior *score* para o domínio ambiental entre as facetas, os maiores valores foram para as Q3- Dor física ($80,1 \pm 17,5$), Q4- Tratamento médico ($81,7 \pm 17,4$), Q6- A vida tem sentido ($77,6 \pm 17,4$), Q15- Consegue se locomover bem ($79,9 \pm 17,3$), Q18- Capacidade de trabalho ($77,6 \pm 16,8$), Q20- Satisfação com as relações sociais ($77,3 \pm 19,1$), Q22 - Satisfação com o apoio dos amigos ($76,4 \pm 15,3$) e 26- Frequência de sentimentos negativos ($76,8 \pm 15,6$), sendo a maioria delas relacionadas ao domínio físico.

Tabela 30 – Valores de média aritmética e desvio padrão segundo a distribuição da amostra considerando todos os grupos na pré- intervenção de acordo com os indicadores de qualidade de vida.

Facetas	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Q1 (Qualidade de Vida Geral)	71,2	16,4	20	100
Q2 (Satisfeito com a própria saúde)	70,9	17,2	20	100
Q3 (Dor física)	80,1	17,5	20	100
Q4 (Tratamento médico)	81,7	17,4	20	100
Q5 (Aproveita a vida)	69,7	15,6	20	100
Q6 (A vida tem sentido)	77,6	17,4	40	100
Q7 (Consegue se concentrar)	73,6	15,1	40	100
Q8 (Seguro na vida diária)	71,0	15,5	20	100
Q9 (Ambiente físico saudável)	65,6	14,9	20	100
Q10 (Energia suficiente para o dia a dia)	67,5	17,0	20	100
Q11 (Aceitar a aparência física)	71,3	18,4	40	100
Q12 (Dinheiro suficiente)	52,6	17,4	20	100
Q13 (Informações disponíveis para o dia a dia)	69,8	15,2	40	100
Q14 (Possui atividades de lazer)	58,2	16,9	20	100
Q15 (Consegue se locomover bem)	79,9	17,3	40	100
Q16 (Satisfação com sono)	68,1	22,3	20	100
Q17 (Capacidade de desenvolver atividades diárias)	74,2	17,0	40	100
Q18 (Capacidade de trabalho)	77,6	16,8	40	100
Q19 (Satisfação consigo mesmo)	74,7	17,0	40	100

Q20 (Satisfação com as relações sociais)	77,3	19,1	40	100
Q21 (Satisfação com a vida sexual)	74,2	22,8	20	100
Q22 (Satisfação com o apoio dos amigos)	76,4	15,3	40	100
Q23 (Satisfação com local de moradia)	70,1	19,3	20	100
Q24 (Satisfação com acesso ao serviço de saúde)	66,8	17,3	20	100
Q25 (Satisfação com seu meio de transporte)	66,4	18,9	20	100
Q26 (Frequência de sentimentos negativos)	76,8	15,6	20	100
Domínios QV				
TOTAL	81,2	11,3	20	100
GERAL	80,7	11,9	20	100
FÍSICO	75,3	14,7	20	100
PSICOLÓGICO	77,0	11,4	20	100
AMBIENTAL	66,2	9,8	20	100
SOCIAL	77,2	14,3	20	100

4.2.1 RESULTADOS INTRAGRUPPO AO GI- GRUPO CONTROLE

A Tabela 31 apresenta os resultados para a comparação intragrupo considerando o **GI** pré e pós- intervenção para as características antropométricas. Apenas a variável massa corporal (kg) apresentou aumento significativo (1,3%), não sendo suficiente para aumentar significativamente o valor médio do IMC.

Tabela 31 – Comparação dos valores médios pré e pós das variáveis antropométricas no GRUPO I - CONTROLE.

Variáveis	Pré	Pós	p	Δ%
	X±DP	X±DP		
Idade (anos)	28,3±11,4	28,5±11,1	0,111	- 0,3
Massa corporal (Kg)	75,1±17,6	76,1±17,2	0,010*	1,3
Estatura (m)	1,65±0,1	1,66±0,1	0,888	0,6
IMC (Kg/m ²)	27,2±5,6	27,5±5,5	0,792	- 0,4

*Diferença estatística significativa entre pré e pós- intervenção (p<0,05)

A Tabela 32 apresenta os resultados para a comparação intragrupo considerando o **GI** pré e pós- intervenção para as características de frequência semanal e duração do NAF diários dos avaliados, além do EPMC. Foi encontrada redução significativa do NAF para todos os parâmetros avaliados, menos para a variável EPMC que apresentou um leve aumento (19,0%), porém, sem referência estatisticamente significativa. Considerando a frequência semanal, a duração de cada sessão e a somatória dos minutos semanais em atividades físicas, verificou- se tendência de redução em todas as variáveis analisadas e que a atividade física moderada apresentou a maior proporção de redução (92,5% negativos). Esses resultados são extremamente relevantes do ponto de vista de saúde pública, uma vez que esse grupo não participou de nenhum dos tipos de intervenção (GII, GIII e GIV) e não apresentou nenhuma melhora.

Tabela 32 – Comparação dos valores médios pré e pós das variáveis de atividade física no GRUPO I – CONTROLE.

Variáveis	Pré	Pós	p	Δ%
	X±DP	X±DP		
Frequência semanal (vezes por semana)				
AF Caminhada	3,6±2,6	1,8±1,5*	0,001	- 5,0
AF Moderada	2,2±2,3	0,8±0,9*	0,001	- 63,6
AF Vigorosa	1,1±1,8	0,6±1,0*	0,022	- 45,4
Duração por Sessão (minutos)				
AF Caminhada	53,5±69,6	29,5±31,8*	0,012	- 44,8
AF Moderada	70,8±88,9	10,5±17,8*	0,001	- 85,1
AF Vigorosa	41,2±70,9	6,4±11,1*	0,001	- 84,5
Duração Semanal (minutos)				
AF Caminhada	288,1±485,9	79,1±124,1*	0,002	- 72,5
AF Moderada	245,2±467,4	18,2±64,9*	0,001	- 92,5
AF Vigorosa	104,7±190,1	11,3±21,2*	0,001	- 89,2
TOTAL SEMANAL (min/sem)	638,1±876,1	108,7±176,9*	0,001	- 83,0
Estágio Comportamento	2,1±0,8	2,5±0,9	0,108	19,0

*Diferença estatística significativa entre pré e pós- intervenção (p<0,05)

A Tabela 33 apresenta os resultados para a comparação intragrupo considerando o **GI** pré e pós- intervenção para as características da percepção de QV. Verificou se que, tanto para a QV Total (0,1%), QV Geral (0,1%), como para cada faceta e para os domínios da QV, físico (-0,4%), psicológico (0,2%), ambiental (0,1%) e social (0,1%) que não houve mudança estatística significativa.

Tabela 33. Comparação dos valores de média aritmética (X) e desvio padrão (DP) das facetas e domínios da qualidade de vida pré e pós para o GRUPO I- CONTROLE.

Facetas	PRÉ X±DP	PÓS X±DP	p	Δ%
Q1 (Qualidade de Vida Geral)	75,9±16,2	75,8±15,7	0,972	- 0,1
Q2 (Satisfeito com a própria saúde)	77,8±15,9	78,1±15,7	0,903	0,4
Q3 (Dor física)	83,7±16,8	78,1±16,7	0,507	- 6,7
Q4 (Tratamento médico)	84,8±18,6	84,4±18,9	0,918	- 0,4
Q5 (Aproveita a vida)	71,1±15,9	71,1±15,4	0,987	0

Q6 (A vida tem sentido)	82,6±13,5	82,6±13,5	0,993	0
Q7 (Consegue se concentrar)	77,4±14,6	77,4±14,6	0,996	0
Q8 (Seguro na vida diária)	74,8±15,1	74,4±15,3	0,899	- 0,5
Q9 (Ambiente físico saudável)	65,9±14,9	65,9±14,9	0,992	0
Q10 (Energia suficiente para o dia a dia)	75,2±16,5	74,4±16,7	0,817	- 0,5
Q11 (Aceitar a aparência física)	77,4±18,2	77,8±18,1	0,916	0,5
Q12 (Dinheiro suficiente)	58,1±17,9	58,5±17,7	0,914	0,7
Q13 (Informações disponíveis para o dia a dia)	74,1±15,4	74,1±15,4	0,991	0
Q14 (Possui atividades de lazer)	58,1±19,1	58,1±19,1	0,997	0
Q15 (Consegue se locomover bem)	87,0±14,6	86,3±14,4	0,792	- 0,8
Q16 (Satisfação com sono)	73,7±20,1	74,1±20,0	0,924	- 0,5
Q17 (Capacidade de desenvolver atividades diárias)	82,2±14,4	82,2±14,4	1,00	0
Q18 (Capacidade de trabalho)	82,6±16,0	82,3±15,9	0,904	- 0,5
Q19 (Satisfação consigo mesmo)	80,4±13,2	80,7±12,9	0,883	0,4
Q20 (Satisfação com as relações sociais)	84,1±12,5	84,1±12,5	0,990	0
Q21 (Satisfação com a vida sexual)	83,7±17,4	83,7±17,4	1,00	0
Q22 (Satisfação com o apoio dos amigos)	81,1±13,1	81,1±13,1	1,00	0
Q23 (Satisfação com local de moradia)	74,1±21,1	73,7±21,2	0,928	- 0,5
Q24 (Satisfação com acesso ao	71,9±17,6	71,5±17,6	0,913	- 0,6

serviço de saúde)

Q25 (Satisfação com seu meio de transporte)	72,2±17,1	72,6±17,1	0,876	0,5
Q26 (Frequência de sentimentos negativos)	81,5±9,4	81,9±9,7	0,841	0,5
Domínios QV				
TOTAL	83,2±12,0	83,3±12,0	0,994	0,1
GERAL	76,9±14,6	77,0±14,4	0,947	0,1
FÍSICO	81,3±10,0	81,0±10,1	0,892	-0,4
PSICOLÓGICO	78,4±5,0	78,6±8,1	0,909	0,2
AMBIENTAL	68,7±9,2	68,6±9,2	0,958	-0,1
SOCIAL	83,0±10,3	83,1±10,9	0,971	0,1

*Diferença estatística significativa entre pré e pós- intervenção ($p < 0,05$)

4.2.2 RESULTADOS INTRAGRUPPO AO G II - ATIVIDADE FÍSICA SISTEMATIZADA

A Tabela 34 demonstra a comparação dos indicadores antropométricos pré e pós- intervenção com a aplicação da AFS. Os dados mostram tendência de redução nas variáveis massa corporal (kg) (-3,2%) e IMC (- 5,7%), porém, não foi observada diferença estatística significativa em nenhuma das variáveis avaliadas após a intervenção.

Tabela 34 – Comparação dos valores médios pré e pós das variáveis antropométricas no GRUPO II- AFS.

Variáveis	Pré	Pós	p	Δ%
	X±DP	X±DP		
Idade (anos)	25,5±7,7	25,6±7,6	0,684	0,4
Massa corporal (Kg)	68,2±12,8	66,0±11,3	0,277	- 3,2
Estatuta (m)	1,65±0,1	1,67±0,1	0,292	1,2
IMC (Kg/m ²)	24,7±4,3	23,3±6,1	0,204	- 5,7

*Diferença estatística significativa entre pré e pós- intervenção ($p < 0,05$).

Na Tabela 35 demonstra resultados da comparação das variáveis frequência semanal, duração por sessão e somatório da duração semanal em atividades físicas

caminhada, moderada e vigorosa, além do EPMC, pré e pós- intervenção com a aplicação da AFS. Quando considerado a frequência semanal, observou-se que houve aumento significativo para todos os tipos de atividade física, sendo esse aumento mais evidente em atividades físicas moderadas (135,3%) e vigorosas (127,3%). Para caminhada, houve aumento de 27% na frequência semanal. Embora não tenham sido encontradas diferenças estatísticas significativas para a duração da sessão, houve tendência de diminuição nos minutos por sessão para caminhada e estabilidade para atividades em intensidades moderadas e vigorosas. Esses resultados são importantes porque houve aumento significativo de 80% na média do EPMC e isso pode ser representado por uma maior quantidade de pessoas praticando atividades físicas diariamente.

Tabela 35 – Comparação dos valores médios pré e pós das variáveis de atividade física no GRUPO II- AFS.

Variáveis	Pré	Pós	p	Δ%
	X±DP	X±DP		
Frequência semanal (vezes por semana)				
AF Caminhada	3,7±2,5	4,7±1,9*	0,009*	27,0
AF Moderada	1,7±2,4	4,0±1,6*	0,041*	135,3
AF Vigorosa	1,1±2,3	2,5±1,0*	0,045*	127,3
Duração por Sessão (minutos)				
AF Caminhada	49,8±100,2	40,0±33,4	0,569	- 19,7
AF Moderada	50,7±82,6	52,7±84,7	0,544	3,9
AF Vigorosa	22,7±51,4	23,3±14,8	0,615	2,6
Duração Semanal (minutos)				
AF Caminhada	225,6±383,4	198,1±230,1	0,669	- 12,2
AF Moderada	174,8±303,2	193,3±134,1	0,764	10,6
AF Vigorosa	108,5±292,4	63,2±65,7	0,404	- 41,4
TOTAL SEMANAL (min/sem)	495,8±873,3	454,5±512,2	0,801	- 8,4
Estágio Comportamento	1,5±0,8	2,7±0,9*	0,001*	80,0

*Diferença estatística significativa entre pré e pós- intervenção (p<0,05)

A Tabela 36 demonstra a comparação da QV Total, da QV Geral, dos domínios e das facetas da QV, pré e pós- intervenção com a aplicação da AFS. Para todas as facetas houve tendência de aumento pós-intervenção, sendo que para a maioria das facetas avaliadas houve aumento significativo nos valores médios o que levou ao aumento significativo da QV Geral (24,9%) e da maioria dos domínios de QV, físico (12,1%),

psicológico (13,9%), ambiental (16,2%), exceto para o domínio social (12,1%) e quando considerada a QV Total (5,7%). As facetas que não apresentaram aumento significativo foram: Q3-Dor física (6,8%), Q4- Tratamento médico (8,1%), Q12- Dinheiro suficiente (7,5%), Q16 - Satisfação com sono (13,3%), Q21-Satisfação com a vida sexual (8,7%), Q22 - Satisfação com o apoio dos amigos (11,5%) e Q26 -Frequência de sentimentos negativos (2,4%). Destaca-se que a faceta que apresentou menor diferença foi a 26- Frequência de sentimentos negativos (2,4%), dado que já apresentou níveis altos de satisfação pré-intervenção (79,4±14,2).

Tabela 36. Comparação dos valores de média aritmética (X) e desvio padrão (DP) das facetas e domínios da qualidade de vida pré e pós para o GRUPO II- AFS.

Facetas	PRÉ X±DP	PÓS X±DP	p	Δ%
Q1 (Qualidade de Vida Geral)	65,8±18,0	82,6±10,0	0,001*	25,5
Q2 (Satisfeito com a própria saúde)	63,2±18,7	78,7±10,2	0,001*	24,5
Q3 (Dor física)	76,1±19,6	81,3±21,9	0,332	6,8
Q4 (Tratamento médico)	79,4±19,7	85,8±11,8	0,122	8,1
Q5 (Aproveita a vida)	62,6±14,4	73,5±9,5	0,001*	17,4
Q6 (A vida tem sentido)	70,3±20,6	80,6±14,1	0,025*	14,6
Q7 (Consegue se concentrar)	68,4±18,5	81,3±10,2	0,001*	18,8
Q8 (Seguro na vida diária)	65,2±20,0	74,8±12,6	0,026*	14,7
Q9 (Ambiente físico saudável)	61,3±15,4	70,3±12,5	0,014*	14,6
Q10 (Energia suficiente para o dia a dia)	64,5±16,1	76,1±13,1	0,003*	18,0
Q11 (Aceitar a aparência física)	67,7±21,1	79,4±15,9	0,018*	17,3
Q12 (Dinheiro suficiente)	51,6±16,1	55,5±14,3	0,322	7,5
Q13 (Informações disponíveis para o dia a dia)	64,5±15,2	72,9±12,2	0,020*	13,0
Q14	54,2±17,3	64,5±11,2	0,007*	19,0

(Possui atividades de lazer)				
Q15 (Consegue se locomover bem)	70,3±17,8	79,4±14,1	0,031*	12,9
Q16 (Satisfação com sono)	62,6±23,5	71,0±16,2	0,107	13,3
Q17 (Capacidade de desenvolver atividades diárias)	67,7±18,4	76,8±12,8	0,028*	13,4
Q18 (Capacidade de trabalho)	68,4±18,5	78,7±11,5	0,010*	15,1
Q19 (Satisfação consigo mesmo)	70,3±17,8	80,6±13,1	0,012*	14,6
Q20 (Satisfação com as relações sociais)	67,7±22,3	78,7±14,5	0,025*	16,2
Q21 (Satisfação com a vida sexual)	66,5±23,9	72,3±23,5	0,338	8,7
Q22 (Satisfação com o apoio dos amigos)	67,7±18,4	75,5±13,4	0,063	11,5
Q23 (Satisfação com local de moradia)	60,6±17,5	74,8±13,6	0,001*	23,4
Q24 (Satisfação com acesso ao serviço de saúde)	55,5±16,1	65,8±9,2	0,003*	18,5
Q25 (Satisfação com seu meio de transporte)	56,1±18,2	65,8±17,3	0,036*	17,3
Q26 (Frequência de sentimentos negativos)	79,4±14,2	81,3±13,6	0,585	2,4
Domínios QV				
TOTAL	78,3±14,8	82,8±11,1	0,177	5,7
GERAL	64,5±17,9	80,6±8,5	0,001*	24,9
FÍSICO	69,9±15,4	78,4±9,4	0,001*	12,1
PSICOLÓGICO	69,8±13,4	79,5±7,8	0,001*	13,9
AMBIENTAL	58,6±11,1	68,1±5,0	0,001*	16,2
SOCIAL	67,3±19,1	75,5±13,4	0,056	12,1

*Diferença estatística significativa entre pré e pós intervenção (p<0,05)

4.2.3 RESULTADOS INTRAGRUPO AO G III - ATIVIDADE FÍSICA SISTEMATIZADA E TREINAMENTO FÍSICO PROGRAMADO

A Tabela 37 demonstra a comparação das variáveis antropométricas pré e pós-intervenção com a aplicação da AFS +TFP. Houve diferença estatística significativa para redução da massa corporal (kg) (-2,2%) e IMC (-2,8%).

Tabela 37 – Comparação dos valores médios pré e pós das variáveis antropométricas no GRUPO III- AFS +TFP.

Variáveis	Pré	Pós	p	Δ%
	X±DP	X±DP		
Idade (anos)	25,9±5,8	26,0±5,8	0,932	0,4
Massa corporal (Kg)	67,8±18,5	66,3±18,3	0,013*	- 2,2
Estatura (m)	1,65±0,1	1,66±0,1	0,822	0,6
IMC (Kg/m ²)	24,6±5,6	23,9±5,7	0,002*	- 2,8

*Diferença estatística significativa entre pré e pós- intervenção (p<0,05)

A Tabela 38 demonstra a comparação das variáveis frequência semanal, duração por sessão e somatório da duração semanal em atividades físicas caminhada, moderada e vigorosa, além do EPMC, pré e pós- intervenção com a aplicação da AFS +TFP.

Verificou-se que em todos os parâmetros de atividade física avaliados, houve diferença estatística significativa o que levou ao aumento médio da frequência semanal e do tempo gasto em atividades físicas de todas as intensidades (caminhada, moderada e vigorosa). Dentre esses, destaca se o aumento de 1.200% na frequência semanal de atividades vigorosas e aumento de 210% nas atividades de caminhada, 315% nas atividades moderadas e 670% nas atividades vigorosas. Também houve aumento de 138% no valor médio do EPMC o que significa que as pessoas estão praticando mais atividades físicas em seu dia a dia, pois, saíram do estágio de pré-contemplação para o de preparação.

Tabela 38 – Comparação dos valores médios pré e pós das variáveis de atividade física no GRUPO III- AFS + TFP.

Variáveis	Pré	Pós	p	Δ%
	X±DP	X±DP		
Frequência semanal (vezes por semana)				
AF Caminhada	1,1±1,7	4,1±1,5*	0,001*	272,7
AF Moderada	0,9±1,3	3,1±0,9*	0,001*	244,4
AF Vigorosa	0,2±0,4	2,6±0,6*	0,001*	1200,0
Duração por Sessão (minutos)				
AF Caminhada	20,7±46,6	36,3±38,0*	0,040*	75,4
AF Moderada	12,8±17,1	33,3±22,7*	0,001*	160,1
AF Vigorosa	9,1±19,0	25,1±19,6*	0,001*	175,8
Duração Semanal (minutos)				
AF Caminhada	50,0±128,6	155,0±212,1*	0,004*	210,0
AF Moderada	24,4±33,8	101,3±86,3*	0,013*	315,2
AF Vigorosa	8,6±19,6	66,3±58,6*	0,001*	670,9
TOTAL SEMANAL (min/sem)	94,4±170,6	362,9±356,3*	0,001*	284,4
Estágio Comportamento	1,3±0,5	3,1±0,5*	0,001*	138,5

*Diferença estatística significativa entre pré e pós intervenção (p<0,05)

A Tabela 39 demonstra a comparação da QV Total, Geral, dos domínios e facetas da QV pré e pós- intervenção com a aplicação da AFS + TFP. Pós-intervenção a QV Total e a QV Geral apresentaram melhora estatisticamente significativa (9,8%) e (21,6%) respectivamente. Apenas 9 facetas apresentaram diferença estatística significativa: Q1- Qualidade de Vida Geral (17,2%), Q2- Satisfação com a própria saúde (26,2%), Q3- Dor física (12,8%), Q4- Tratamento médico (12,7%), Q11- Aceitar a aparência física (9,0%), Q13- Informações disponíveis para o dia-a-dia (9,2%), Q16- Satisfação com o sono (8,1%), Q17- Capacidade de desenvolver atividades diárias (9,7%), Q21- Satisfação com a vida sexual (6,8%), tendo aumento percentual variando entre 6,8% e 26,2%. Apenas duas facetas apresentaram redução percentual significativa após a intervenção, Q10- Energia suficiente para o dia a dia (- 1,8%) e Q24- Satisfação com acesso ao serviço de saúde (- 0,9%). As demais facetas, embora não tenham sido observadas diferenças estatísticas significativas, apresentaram ligeira tendência a aumentar. Considerando os domínios da QV, os domínios psicológico (5,2%), ambiental (4,5%) e social (5,0%) demonstraram tendência de aumento, porém, apenas o domínio físico apresentou melhora significativa após a intervenção (7,7%).

Tabela 39 Comparação dos valores de média aritmética (X) e desvio padrão (DP) das facetas e domínios da qualidade de vida pré e pós para o GRUPO III- AFS +TFP.

Facetas	PRÉ X±DP	PÓS X±DP	p	Δ%
Q1 (Qualidade de Vida Geral)	70,3±12,4	82,4±12,0	0,001*	17,2
Q2 (Satisfeito com a própria saúde)	66,7±15,5	84,2±13,9	0,001*	26,2
Q3 (Dor física)	75,8±19,2	85,5±14,4	0,023*	12,8
Q4 (Tratamento médico)	76,4±16,9	86,1±12,7	0,011*	12,7
Q5 (Aproveita a vida)	67,9±18,0	70,9±13,3	0,439	4,4
Q6 (A vida tem sentido)	74,5±20,2	79,4±15,4	0,276	6,5
Q7 (Consegue se concentrar)	72,1±20,2	73,3±13,8	0,717	1,7
Q8 (Seguro na vida diária)	67,9±14,1	69,7±11,3	0,656	2,6
Q9 (Ambiente físico saudável)	61,2±14,1	64,2±13,0	0,367	4,9
Q10 (Energia suficiente para o dia a dia)	67,9±14,9	66,7±10,8	0,707	- 1,8
Q11 (Aceitar a aparência física)	67,8±16,5	73,9±15,4	0,045*	9,0
Q12 (Dinheiro suficiente)	53,3±11,9	54,5±13,5	0,700	2,2
Q13 (Informações disponíveis para o dia a dia)	65,5±11,5	71,5±15,8	0,047*	9,2
Q14 (Possui atividades de lazer)	56,4±11,7	58,8±12,2	0,412	4,2
Q15 (Consegue se locomover bem)	74,5±15,2	79,4±15,4	0,058	6,6
Q16 (Satisfação com sono)	66,7±18,5	72,1±15,8	0,039*	8,1
Q17 (Capacidade de desenvolver atividades diárias)	69,1±13,3	75,8±10,9	0,030*	9,7
Q18 (Capacidade de trabalho)	72,1±14,9	75,9±13,0	0,266	5,3
Q19	69,7±17,4	73,9±16,9	0,328	6,0

(Satisfação consigo mesmo)				
Q20	75,2±20,0	78,8±14,9	0,406	4,8
(Satisfação com as relações sociais)				
Q21	72,1±19,3	77,0±18,1	0,049*	6,8
(Satisfação com a vida sexual)				
Q22	73,3±14,7	75,8±13,9	0,494	3,4
(Satisfação com o apoio dos amigos)				
Q23	66,7±16,3	72,1±14,9	0,667	8,1
(Satisfação com local de moradia)				
Q24	66,1±13,7	65,5±16,0	0,897	- 0,9
(Satisfação com acesso ao serviço de saúde)				
Q25	61,8±15,3	64,2±13,9	0,503	3,9
(Satisfação com seu meio de transporte)				
Q26	75,2±13,3	78,2±13,6	0,362	4,0
(Frequência de sentimentos negativos)				
Domínios QV				
TOTAL	75,8±14,6	83,2±9,2	0,016*	9,8
GERAL	68,5±13,3	83,3±11,1	0,001*	21,6
FÍSICO	71,8±11,5	77,3±7,9	0,026*	7,7
PSICOLÓGICO	71,2±12,5	74,9±10,7	0,197	5,2
AMBIENTAL	62,3±8,2	65,1±7,8	0,171	4,5
SOCIAL	73,5±15,0	77,2±12,4	0,287	5,0

*Diferença estatística significativa entre pré e pós intervenção (p<0,05)

4.2.4 RESULTADOS INTRAGRUPO AO G IV - ATIVIDADE FÍSICA SISTEMATIZADA E ACONSELHAMENTO À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

A Tabela 40 demonstra a comparação dos indicadores antropométricos pré e pós- intervenção com a aplicação da AFS e GA. Após a intervenção, não foi observado diferença estatística significativa para os indicadores antropométricos.

Tabela 40 – Comparação dos valores médios pré e pós das variáveis antropométricas no GRUPO IV- AFS + GA.

Variáveis	Pré	Pós	p	Δ%
	X±DP	X±DP		
Idade (anos)	28,1±8,7	29,3±8,2	0,142	4,2
Massa corporal (Kg)	67,3±17,0	67,1±17,0	0,888	- 0,3
Estatura (m)	1,63±0,1	1,64±0,1	0,876	0,6
IMC (Kg/m ²)	24,9±4,9	23,5±6,4	0,815	- 5,6

*Diferença estatística significativa entre pré e pós- intervenção (p<0,05)

A Tabela 41 demonstra a comparação das variáveis frequência semanal, duração por sessão e somatório da duração semanal em atividades físicas caminhada, moderada e vigorosa, além do EPMC, pré e pós- intervenção com a aplicação da AFS e GA. Considerando a variável frequência semanal para prática de atividade física caminhada, moderada e vigorosa, foi observado aumento significativo após a intervenção. Considerando a variável duração por sessão de atividade física, apenas para atividades vigorosas não foi encontrado diferença estatística significativa. Para atividade física caminhada, houve aumento significativo de 131% na duração por sessão e de 161% para atividades moderadas. Essa combinação de aumento na frequência semanal e na duração levou ao aumento significativo em minutos semanais gastos em atividades físicas caminhada e moderada, respectivamente 292% e 266%. Embora tenha aumentado em 59% o tempo semanal gasto em atividades vigorosas, não foi encontrada diferença estatística significativa. Quanto ao EPMC, apesar de apresentar uma tendência de aumento não descreveu diferenças estatísticas significativas.

Tabela 41 – Comparação dos valores médios pré e pós das variáveis de atividade física no GRUPO IV- AFS + GA.

Variáveis	Pré	Pós	p	Δ%
	X±DP	X±DP		
Frequência semanal (vezes por semana)				
AF Caminhada	2,5±1,4	4,2±2,1*	0,001*	68,0
AF Moderada	2,3±1,8	3,3±2,3*	0,001*	43,5
AF Vigorosa	0,9±1,1	1,6±1,5*	0,001*	77,8
Duração por Sessão (minutos)				
AF Caminhada	28,4±10,9	65,6±99,3*	0,006*	131,0
AF Moderada	24,2±18,9	63,3±62,8*	0,001*	161,6
AF Vigorosa	20,2±53,4	19,3±27,8	0,889	- 4,4
Duração Semanal (minutos)				
AF Caminhada	87,2±79,6	324,6±605,7*	0,005*	292,5
AF Moderada	68,2±95,6	249,7±393,5*	0,001*	266,1
AF Vigorosa	33,9±72,1	53,9±103,6	0,172	59,0
TOTAL SEMANAL (min/sem)	183,0±164,9	628,3±739,2*	0,001*	243,3
Estágio Comportamento	2,8±0,8	3,0±0,7	0,073	7,1

*Diferença estatística significativa entre pré e pós intervenção (p<0,05)

A Tabela 42 demonstra a comparação da QV Total, Geral, dos domínios e facetas da QV pré e pós- intervenção com a aplicação da AFS + GA. Pós-intervenção apenas a QV Geral (12,3%) e 2 facetas apresentaram diferença estatística significativa, Q1- Qualidade de Vida Geral (13,1%) e Q2- Satisfação com a própria saúde (13,1%). As facetas Q8 - Seguro na vida diária, Q13 - Informações disponíveis, para o dia a dia, Q15- Conseguir se locomover bem, Q24 - Satisfação com acesso ao serviço de saúde e Q25-Satisfação com seu meio de transporte não apresentaram nenhuma alteração além de tendência de redução na QV Total (-0,4%) e nos valores médios das facetas, Q3- Dor física (-2,1%), Q4 - Tratamento médico (-1,6%), Q21- Satisfação com a vida sexual (-0,6%) e Q26 - Frequência de sentimentos negativos (-3,2%). Quanto aos domínios parece haver tendência de aumento em todos sendo físico (1,0%), psicológico (4,8%), ambiental (0,4%) e social (0,9%)

Tabela 42. Comparação dos valores de média aritmética (X) e desvio padrão (DP) das facetas e domínios da qualidade de vida pré e pós para o GRUPO IV- AFS + GA.

Facetas	PRÉ X±DP	PÓS X±DP	p	Δ%
Q1 (Qualidade de Vida Geral)	68,9±17,1	77,9±18,3	0,029*	13,1
Q2 (Satisfeito com a própria saúde)	71,1±16,0	80,4±16,4	0,006*	13,1
Q3 (Dor física)	82,1±14,6	80,4±14,6	0,595	- 2,1
Q4 (Tratamento médico)	83,4±14,0	82,1±14,0	0,666	- 1,6
Q5 (Aproveita a vida)	74,0±12,5	78,3±12,4	0,832	5,8
Q6 (A vida tem sentido)	78,7±15,3	81,7±13,1	0,312	3,8
Q7 (Consegue se concentrar)	73,6±13,9	76,6±13,4	0,293	4,1
Q8 (Seguro na vida diária)	72,8±12,1	72,8±12,1	1,000	0
Q9 (Ambiente físico saudável)	71,1±13,7	71,9±14,2	0,769	1,1
Q10 (Energia suficiente para o dia a dia)	60,4±16,4	62,6±18,0	0,551	3,6
Q11 (Aceitar a aparência física)	68,9±16,6	72,3±18,0	0,342	4,9
Q12 (Dinheiro suficiente)	46,4±19,2	46,5±19,2	0,962	0,2
Q13 (Informações disponíveis para o dia a dia)	71,5±16,0	71,5±16,0	1,000	0
Q14 (Possui atividades de lazer)	62,1±16,8	63,0±16,7	0,806	1,4
Q15 (Consegue se locomover bem)	81,7±17,6	81,7±17,6	1,000	0
Q16 (Satisfação com sono)	66,4±25,4	66,8±25,8	0,936	0,6
Q17 (Capacidade de desenvolver atividades diárias)	72,8±17,9	75,7±17,7	0,419	4,0
Q18 (Capacidade de trabalho)	81,7±14,3	84,7±12,0	0,277	3,7
Q19 (Satisfação consigo mesmo)	74,5±18,5	79,6±18,9	0,189	6,8
Q20 (Satisfação com as relações)	77,4±19,8	79,7±20,2	0,608	3,0

socialis)				
Q21 (Satisfação com a vida sexual)	69,8±26,7	69,4±26,7	0,938	- 0,6
Q22 (Satisfação com o apoio dos amigos)	78,7±13,5	79,1±13,8	0,880	0,6
Q23 (Satisfação com local de moradia)	74,0±18,1	74,5±18,5	0,911	0,7
Q24 (Satisfação com acesso ao serviço de saúde)	68,9±17,1	68,9±17,1	1,000	0
Q25 (Satisfação com seu meio de transporte)	69,4±20,4	69,4±20,4	1,000	0
Q26 (Frequência de sentimentos negativos)	75,6±12,1	73,2±11,3	0,385	- 3,2
Domínios QV				
TOTAL	78,9±9,4	78,6±10,9	0,892	- 0,4
GERAL	70,4±12,5	79,1±14,9	0,003*	12,3
FÍSICO	75,5±11,2	76,3±11,5	0,736	1,0
PSICOLÓGICO	73,5±9,2	77,0±9,1	0,067	4,8
AMBIENTAL	67,0±11,0	67,3±11,1	0,907	0,4
SOCIAL	75,3±14,0	76,0±14,4	0,809	0,9

*Diferença estatística significativa entre pré e pós- intervenção (p<0,05)

4.2.5 COMPARAÇÃO INTERGRUPOS

A Tabela 43 demonstra os valores percentuais para a comparação pré e pós-intervenção para cada grupo. Para tanto, foram comparados os valores percentuais intergrupos para identificar qual seria o melhor modelo de intervenção para mudanças nos indicadores sociodemográficos e socioeconômicos. Após a análise dos dados, verificou-se que não foi observada diferença estatística significativa entre os grupos para nenhuma das variáveis analisadas.

Tabela 43 – Distribuição das categorias das variáveis sociodemográficas e socioeconômicas de acordo com o grupo GI, GII, GIII e GIV.

	Grupo Controle		Grupo AFS		Grupo AFS + TFP		Grupo AFS + GA	
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Gênero								
Masculino	19 (35,2)	19 (35,2)	7 (22,6)	7 (22,6)	9 (27,3)	9 (27,3)	8 (17,0)	8 (17,0)
Feminino	35 (64,8)	35 (64,8)	24(77,4)	24(77,4)	24(72,7)	24(72,7)	39(83,0)	39 (83,0)
Faixa Etária								
17-29 anos	25 (46,3)	24 (44,4)	26(83,9)	26(83,9)	24(72,7)	25(75,7)	30(63,8)	29 (61,7)
30-39 anos	16 (29,6)	17 (31,5)	3 (9,7)	3 (9,7)	7 (21,2)	6 (18,2)	12(25,6)	13 (27,7)
40-49 anos	10 (18,5)	10 (18,5)	1 (3,2)	1 (3,2)	2 (6,1)	2 (6,1)	4 (8,5)	4 (8,5)
≥ 50 anos	3 (5,6)	3 (5,6)	1 (3,2)	1 (3,2)	0 (0)	0 (0)	1 (2,1)	1 (2,1)
Estado Civil								
Solteiro (a)	31 (57,4)	30 (55,6)	23(74,2)	23(74,2)	24(72,7)	23(69,7)	37(78,8)	38 (80,9)
Casado (a)	23 (42,6)	24 (44,4)	6 (19,4)	6 (19,4)	7 (21,3)	7 (21,2)	9 (19,1)	8 (17,0)
Divorciado (a)	0 (0)	0 (0)	2 (6,4)	2 (6,4)	1 (3,0)	2 (6,1)	1 (2,1)	1 (2,1)
Viúvo (a)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (3,0)	1 (3,0)	0 (0)	0 (0)
Nível Sócio ômico								
Nível A1	-	-	-	-	-	-	-	-
Nível A2	-	-	-	-	-	-	-	-
Nível B2	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (3,2)	1 (3,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Nível C1	7 (13,0)	5 (9,3)	0 (0)	1 (3,2)	0 (0)	1 (3,2)	1 (2,1)	0 (0)
Nível C2	17 (31,5)	16 (29,6)	13(41,9)	4 (12,9)	3 (9,1)	2 (6,1)	3 (6,4)	5 (10,6)
Nível D	24 (44,4)	25 (46,3)	17(54,9)	24(77,5)	28(84,7)	30 (90,7)	39(83,0)	39 (83,0)
Nível E	6 (11,1)	8 (14,8)	1 (3,2)	1 (3,2)	1 (3,2)	0 (0)	4 (8,5)	3 (6,4)
TOTAL	54(100,0)	54(100,0)	31(100,0)	31(100,0)	33(100,0)	33(100,0)	47(100,0)	47 (100,0)

*Diferença estatística significativa em relação ao grupo controle ($p < 0,05$)

A Tabela 44 demonstra os valores de Delta Percentual para a comparação pré e pós- intervenção para cada grupo. Para tanto, foram comparados os valores percentuais

intergrupos para identificar qual seria o melhor modelo de intervenção para mudanças nos indicadores antropométricos dos avaliados. Após a análise dos dados, verificou se que não foi observada diferença estatística significativa entre os grupos.

Tabela 44. Valores percentuais da comparação pré e pós- intervenção de acordo com o respectivo grupo para os indicadores antropométricos.

Variáveis	Controle	AFS	AFS+TFP	AFS+ GA
Idade (anos)	- 0,3	0,4	0,4	4,2
Massa corpora(Kg)	1,3	- 3,2	- 2,2	- 0,3
Estatura (m)	0,6	1,2	0,6	0,6
IMC (Kg/m²)	- 0,4	- 5,7	- 2,8	- 5,6

A tabela 45 demonstra os valores de distribuição para a comparação pré e pós- intervenção para cada grupo. Para tanto, foram comparados os valores percentuais intergrupos para identificar qual seria o melhor modelo de intervenção para mudanças nos indicadores de NAF e EPMC dos avaliados. Após a análise dos dados, foram observadas alterações significativas entre as proporções intergrupos somente para a classificação do NAF. Para o grupo controle foi observada redução significativa na proporção de ativos e aumento significativo na proporção de inativos na segunda avaliação. Para os grupos que participaram da intervenção, todos aumentaram significativamente a proporção de ativos e reduziram significativamente a proporção de inativos. Dessa forma, podemos considerar que independentemente do plano de intervenção associado à prática regular de AFS, o fato de o trabalhador participar regularmente das aulas, contribuiu com o tempo de atividade física total semanal que possibilitou acumular ao menos 150 minutos semanais em atividade física. Para o EPMC avaliado, não foram observadas alterações estatísticas significativas nas proporções.

Tabela 45. Valores percentuais da comparação pré e pós- intervenção de acordo com o respectivo grupo para os indicadores de nível de atividade física e EPMC.

	Grupo Controle		Grupo AFS		Grupo AFS + TFP		Grupo AFS + GA	
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Classificação do Nível de Atividade Física								
Ativo (> 150 minutos por semana)	34 (63,0)	8 (14,8)*	14(45,2)	30(96,8)*	3 (9,1)	31(93,9)*	24(51,1)	43 (91,5)*
Inativo (≤ 150 minutos por semana)	20 (37,0)	46 (85,2)	17(54,8)	1 (3,2)	30(90,9)	2 (6,1)	23(48,9)	4 (8,5)
Estágio de Comportamento da Atividade Física								
Pré Contemplação	4 (7,4)	2 (3,7)	1 (3,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Contemplação	20 (37,0)	11 (20,4)	19(61,3)	2 (6,4)	24(72,7)	1 (3,0)	4 (8,5)	1 (2,1)
Preparação	11 (20,4)	19 (35,2)	7 (22,6)	12(38,7)	7 (21,2)	1 (3,0)	7 (14,9)	8 (17,0)
Ação	8 (14,8)	6 (11,1)	3 (9,7)	14 (45,2)	2 (6,1)	26 (78,8)	30(63,8)	30 (63,8)
Manutenção	11 (20,4)	16 (29,6)	1 (3,2)	3 (9,7)	0 (0)	5 (15,2)	6 (12,8)	8 (17,0)
TOTAL	54(100,0)	54(100,0)	31(100,0)	31(100,0)	33(100,0)	33(100,0)	47(100,0)	47 (100,0)

*Diferença estatística significativa em relação ao grupo controle (p<0,05)

As tabelas 46 e 47 demonstram os valores médios e de delta percentual para a comparação pré e pós- intervenção para cada grupo. Para tanto, foram comparados os valores percentuais intergrupos para identificar qual seria o melhor modelo de intervenção para mudanças nos indicadores de atividade física e EPMC dos avaliados. Diferenças estatisticamente significativas foram encontradas quando o GIII - AFS + TFP foi comparado aos GI - Controle, GII - AFS e GIV - AFS+ GA.

Tabela 46. Valores percentuais da comparação pré e pós- intervenção de acordo com o respectivo grupo para os indicadores de prática de atividade física.

Indicadores	Controle	AFS	AFS+TFP	AFS+GA
Frequência				
Semanal				
Caminhada	- 5,0	27,0*	272,7* a b	68,0* a
Moderada	- 63,6	135,3*	244,4* a b	43,5
Vigorosa	- 45,4	127,3*	1200,0* a b	77,8*
Duração Sessão				
Caminhada	- 44,8	- 19,7	75,4* a b	131,0* a
Moderada	- 85,1	3,9*	160,1* a	161,6* a
Vigorosa	- 84,5	2,6*	175,8* a b	- 4,4*
Minutos				
Semanais				
Caminhada	- 72,5	- 12,2*	210,0* a	292,5* a
Moderada	- 92,5	10,6*	315,2* a b	266,1* a
Vigorosa	- 89,2	- 41,4	670,9* a b	59,0* a
TOTAL	- 83,0	- 8,4*	284,4* a	243,3* a
Estágio de	19,0	80,0*	138,5* a b	7,1 a
Comportamento				

*Diferença estatística significativa em relação ao grupo controle (p<0,05)

^a Diferença estatística significativa em relação ao GII- AFS (p<0,05)

^b Diferença estatística significativa em relação ao GIV- AFS+ GA (p<0,05).

Tabela 47 – Comparação dos valores médios pré e pós- intervenção entre os grupos de acordo com as variáveis antropométricas e os indicadores de atividade física.

	GI- Controle		GII- AFS		GIII- AFS + TFP		GIV AFS + GA	
	Pré X±DP	Pós X±DP	Pré X±DP	Pós X±DP	Pré X±DP	Pós X±DP	Pré X±DP	Pós X±DP
Idade (anos)	28,3±11,4	28,5±11,1	25,5±7,7	25,6±7,6	25,9±5,8	26,0±5,8	28,1±8,7	29,3±8,2
Massa corporal (Kg)	75,1±17,6	76,1±17,2	68,2±12,8	66,0±11,3	67,8±18,5	66,3±18,3	67,3±17,0	67,1±17,0
Estatura (metros)	1,65±0,1	1,66±0,1	1,65±0,1	1,67±0,1	1,65±0,1	1,66±0,1	1,63±0,1	1,64±0,1
IMC (Kg/m²)	27,2±5,6	27,5±5,5	24,7±4,3	23,3±6,1	24,6±5,6	23,9±5,7	24,9±4,9	23,5±6,4
Frequência semanal (vezes por semana)								
AF Caminhada	3,6±2,6	1,8±1,5*	3,7±2,5	4,7±1,9	1,1±1,7	4,1±1,5	2,5±1,4	4,2±2,1
AF Moderada	2,2±2,3	0,8±0,9*	1,7±2,4	4,0±1,6	0,9±1,3	3,1±0,9	2,3±1,8	3,3±2,3
AF Vigorosa	1,1±1,8	0,6±1,0*	1,1±2,3	2,5±1,0	0,2±0,4	2,6±0,6	0,9±1,1	1,6±1,5
Duração por Sessão (minutos)								
AF Caminhada	53,5±69,6	29,5±31,8*	49,8±100,2	40,0±33,4	20,7±46,6	36,3±38,0	28,4±10,9	65,6±99,3
AF Moderada	70,8±88,9	10,5±17,8*	50,7±82,6	52,7±84,7	12,8±17,1	33,3±22,7	24,2±18,9	63,3±62,8
AF Vigorosa	41,2±70,9	6,4±11,1*	22,7±51,4	23,3±14,8	9,1±19,0	25,1±19,6	20,2±53,4	19,3±27,8
Duração Semanal (minutos)								
AF Caminhada	288,1±485,9	79,1±124,1*	225,6±38,3,4	198,1±23,0,1	50,0±12,8,6	155,0±21,2,1	87,2±79,6	324,6±605,7
AF Moderada	245,2±467,4	18,2±64,9*	174,8±30,3,2	193,3±13,4,1	24,4±33,8	101,3±86,3	68,2±95,6	249,7±393,5
AF Vigorosa	104,7±190,1	11,3±21,2*	108,5±29,2,4	63,2±65,7	8,6±19,6	66,3±58,6	33,9±72,1	53,9±103,6
Total Semana (min/sem)	638,1±876,1	108,7±176,9*	495,8±87,3,3	454,5±51,2,2	94,4±17,0,6	362,9±35,6,3	183,0±1,64,9	628,3±739,2
Estágio Comportamento	2,1±0,8	2,5±0,9	1,5±0,8	2,7±0,9	1,3±0,5	3,1±0,5	2,8±0,8	3,0±0,7

*Diferença significativa em relação ao Grupo Controle Pré- intervenção.

As tabelas 48 e 49 demonstram os valores de médios e de Delta Percentual para a comparação pré e pós- intervenção para cada grupo. Para tanto, foram comparados os valores percentuais intergrupos para identificar qual seria o melhor modelo de intervenção para mudanças nos indicadores de QV dos avaliados.

Considerando a QV Total, verificou-se que apenas o GIII- AFS+TFP (QV Total: 9,8%) aumentou significativamente o escore médio em relação ao GI- Controle (QV Total: 0,1% e QV Geral: 0,1%). Para QV Geral, todos os grupos de intervenção, apresentaram escores significativamente maiores quando comparados ao GI- Controle. Quando comparado os escores entre os grupos, foi observada diferença entre o GIV- AFS + GA (QV Total: - 0,4 % e QV Geral: 12,3%) que apresentou escores menores que o GII- AFS (QV Total: 5,7% e QV Geral: 24,9%) e não foi observada diferença estatística significativa entre o GIII- AFS+ TFP (QV Total: 9,8 % e QV Geral: 21,6%) e o GII- AFS e o GIII- AFS+ TFP e o GIV- AFS+ GA.

Quando consideradas as facetas de forma individual entre os grupos, verificamos que a maioria das facetas, quando comparadas ao GI- Controle, foi observada diferença estatística significativa. Por outro lado, os escores menores das facetas diferem significativamente apenas para o grupo GIV- AFS + GA.

Quando considerado os domínios da QV, para os domínios físico, psicológico e ambiental, apenas o GII- AFS (físico: 12,1%; psicológico: 13,9% e ambiental: 16,2%) apresentou escores significativamente maiores em relação ao GI- Controle (físico: 0,1%; psicológico: 0,2 % e ambiental: -0,1%) e ao GIV- AFS+ GA (físico: 1,0%; psicológico: 4,8% e ambiental: 0,4%), portanto, para os domínios, a intervenção do GII- AFS associada ou não ao TFP melhorou os escores da QV, exceto para o domínio social.

Tabela 48. Valores percentuais da comparação pré e pós- intervenção de acordo com o respectivo grupo para os indicadores de QV.

Facetas	Controle	AFS	AFS+ TFP	AFS+GA
Q1 (Qualidade de Vida Geral)	- 0,1	25,5* ^b	17,2* ^a	13,1* ^a
Q2 (Satisfeito com a própria saúde)	0,4	24,5* ^b	26,2* ^b	13,1* ^a
Q3 (Dor física)	- 6,7	6,8	12,8* ^b	- 2,1
Q4 (Tratamento médico)	- 0,4	8,1 ^b	12,7* ^b	- 1,6
Q5 (Aproveita a vida)	0	17,4* ^b	4,4 ^a	5,8
Q6 (A vida tem sentido)	0	14,6* ^b	6,5 ^a	3,8
Q7 (Consegue se concentrar)	0	18,8* ^b	1,7 ^{a b}	4,1 ^a
Q8 (Seguro na vida diária)	- 0,5	14,7* ^b	2,6	0 ^a
Q9 (Ambiente físico saudável)	0	14,6* ^b	4,9	1,1
Q10 (Energia suficiente para o dia a dia)	- 0,5	18,0* ^b	- 1,8 ^a	3,6 ^a
Q11 (Aceitar a aparência física)	0,5	17,3* ^b	9,0 ^b	4,9 ^a
Q12 (Dinheiro suficiente)	0,7	7,5 ^b	2,2	0,2
Q13 (Informações disponíveis para o dia a dia)	0	13,0* ^b	9,2	0 ^a
Q14 (Possui atividades de lazer)	0	19,0* ^b	4,2 ^a	1,4 ^a
Q15	- 0,8	12,9* ^b	6,6	0 ^a

(Consegue se locomover bem)				
Q16 (Satisfação com sono)	- 0,5	13,3* ^b	8,1	0,6 ^a
Q17 (Capacidade de desenvolver atividades diárias)	0	13,4* ^b	9,7*	4,0 ^a
Q18 (Capacidade de trabalho)	- 0,5	15,1* ^b	5,3 ^a	3,7 ^a
Q19 (Satisfação consigo mesmo)	0,4	14,6*	6,0	6,8 ^a
Q20 (Satisfação com as relações sociais)	0	16,2* ^b	4,8	3,0 ^a
Q21 (Satisfação com a vida sexual)	0	8,7 ^b	6,8	- 0,6
Q22 (Satisfação com o apoio dos amigos)	0	11,5 ^b	3,4	0,6 ^a
Q23 (Satisfação com local de moradia)	- 0,5	23,4* ^b	8,1 ^a	0,7 ^a
Q24 (Satisfação com acesso ao serviço de saúde)	- 0,6	18,5* ^b	- 0,9 ^a	0 ^a
Q25 (Satisfação com seu meio de transporte)	0,5	17,3* ^b	3,9 ^a	0 ^a
Q26 (Frequência de sentimentos negativos)	0,5	2,4	4,0	- 3,2
Domínios QV				
TOTAL	0,1	5,7 ^b	9,8*	- 0,4
GERAL	0,1	24,9* ^b	21,6*	12,3*
FÍSICO	-0,4	12,1* ^b	7,7	1,0 ^a

PSICOLÓGICO	0,2	13,9* ^b	5,2 ^a	4,8 ^a
AMBIENTAL	- 0,1	16,2* ^b	4,5 ^a	0,4 ^a
SOCIAL	0,1	12,1 ^b	5,0	0,9 ^a

*Diferença estatística significativa em relação ao GI- controle (p<0,05)

^aDiferença estatística significativa em relação ao GII- AFS (p<0,05)

^bDiferença estatística significativa em relação ao GIV- AFS +GA (p<0,05)

]

Tabela 49 Comparação dos valores médios pré e pós- intervenção entre os grupos de acordo com as facetas e os domínios de QV.

	Grupo Controle		Grupo AFS		Grupo AFS + TFP		Grupo AFS + GA		Anova P
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	
	X±DP	X±DP	X±DP	X±DP	X±DP	X±DP	X±DP	X±DP	
Q1 (Qualidade de Vida Geral)	75,9±16,2	75,8±15,7	65,8±18,0 ^b	82,6±10,0*	70,3±12,4	82,4±12,0* ^c	68,9±17,1 ^d	77,9±18,3* ^c	0,012
Q2 (Satisfeito com a própria saúde)	77,8±15,9	78,1±15,7	63,2±18,7	78,7±10,2*	66,7±15,5 ^a	84,2±13,9* ^c	71,1±16,0	80,4±16,4* ^c	0,033
Q3 (Dor física)	83,7±16,8	78,1±16,7*	76,1±19,6	81,3±21,9	75,8±19,2	85,5±14,4* ^d	82,1±14,6	80,4±14,6	0,041
Q4 (Tratamento médico)	84,8±18,6	84,4±18,9	79,4±19,7	85,8±11,8	76,4±16,9	86,1±12,7*	83,4±14,0	82,1±14,0	0,036
Q5 (Aproveita a vida)	71,1±15,9	71,1±15,4	62,6±14,4	73,5±9,5*	67,9±18,0	70,9±13,3	74,0±12,5	78,3±12,4	0,011
Q6 (A vida tem sentido)	82,6±13,5	82,6±13,5	70,3±20,6	80,6±14,1*	74,5±20,2	79,4±15,4	78,7±15,3	81,7±13,1	0,018
Q7 (Consegue se concentrar)	77,4±14,6	77,4±14,6	68,4±18,5	81,3±10,2* ^a	72,1±20,2	73,3±13,8 ^d	73,6±13,9	76,6±13,4	0,007
Q8 (Seguro na vida diária)	74,8±15,1	74,4±15,3	65,2±20,0	74,8±12,6*	67,9±14,1	69,7±11,3	72,8±12,1	72,8±12,1 ^c	0,036
Q9 (Ambiente físico saudável)	65,9±14,9	65,9±14,9	61,3±15,4 ^b	70,3±12,5* ^a	61,2±14,1	64,2±13,0	71,1±13,7	71,9±14,2 ^c	0,039
Q10 (Energia suficiente para o dia a dia)	75,2±16,5	74,4±16,7	64,5±16,1	76,1±13,1*	67,9±14,9	66,7±10,8 ^d	60,4±16,4 ^d	62,6±18,0 ^d	0,033
Q11 (Aceitar a aparência física)	77,4±18,2	77,8±18,1	67,7±21,1	79,4±15,9* ^a	67,8±16,5	73,9±15,4*	68,9±16,6	72,3±18,0	0,019
Q12 (Dinheiro suficiente)	58,1±17,9	58,5±17,7	51,6±16,1	55,5±14,3	53,3±11,9	54,5±13,5	46,4±19,2	46,5±19,2	0,555
Q13 (Informações disponíveis para o dia a dia)	74,1±15,4	74,1±15,4	64,5±15,2	72,9±12,2*	65,5±11,5	71,5±15,8*	71,5±16,0	71,5±16,0 ^c	0,048
Q14 (Possui atividades de lazer)	58,1±19,1	58,1±19,1	54,2±17,3	64,5±11,2* ^a	56,4±11,7	58,8±12,2	62,1±16,8	63,0±16,7	0,044
Q15 (Consegue se locomover bem)	87,0±14,6	86,3±14,4	70,3±17,8 ^b	79,4±14,1*	74,5±15,2	79,4±15,4	81,7±17,6	81,7±17,6 ^c	0,043
Q16 (Satisfação com sono)	73,7±20,1	74,1±20,0	62,6±23,5	71,0±16,2	66,7±18,5	72,1±15,8*	66,4±25,4	66,8±25,8 ^d	0,038
Q17 (Capacidade de desenvolver atividades diárias)	82,2±14,4	82,2±14,4	67,7±18,4	76,8±12,8*	69,1±13,3	75,8±10,9*	72,8±17,9	75,7±17,7	0,029
Q18 (Capacidade de trabalho)	82,6±16,0	82,3±15,9	68,4±18,5	78,7±11,5*	72,1±14,9	75,9±13,0	81,7±14,3	84,7±12,0	0,022
Q19 (Satisfação consigo mesmo)	80,4±13,2	80,7±12,9	70,3±17,8	80,6±13,1*	69,7±17,4	73,9±16,9	74,5±18,5	79,6±18,9	0,018
Q20 (Satisfação com as relações sociais)	84,1±12,5	84,1±12,5	67,7±22,3 ^b	78,7±14,5*	75,2±20,0	78,8±14,9	77,4±19,8	79,7±20,2	0,028
Q21 (Satisfação com a vida sexual)	83,7±17,4	83,7±17,4	66,5±23,9 ^b	72,3±23,5 ^a	72,1±19,3	77,0±18,1*	69,8±26,7	69,4±26,7	0,026

Q22 (Satisfação com o apoio dos amigos)	81,1±13,1	81,1±13,1	67,7±18,4 ^b	75,5±13,4	73,3±14,7	75,8±13,9	78,7±13,5	79,1±13,8	0,027
Q23 (Satisfação com local de moradia)	74,1±21,1	73,7±21,2	60,6±17,5	74,8±13,6*	66,7±16,3	72,1±14,9	74,0±18,1	74,5±18,5 ^{cc}	0,022
Q24 (Satisfação com acesso ao serviço de saúde)	71,9±17,6	71,5±17,6	55,5±16,1	65,8±9,2*	66,1±13,7	65,5±16,0	68,9±17,1	68,9±17,1	0,016
Q25 (Satisfação com seu meio de transporte)	72,2±17,1	72,6±17,1	56,1±18,2	65,8±17,3*	61,8±15,3	64,2±13,9	69,4±20,4	69,4±20,4	0,042
Q26 (Frequência de sentimentos negativos)	81,5±9,4	81,9±9,7	79,4±14,2	81,3±13,6	75,2±13,3	78,2±13,6	75,6±12,1	73,2±11,3	0,578
QV TOTAL	83,2±12,0	83,3±12,0	78,3±14,8	82,8±11,1	75,8±14,6	83,2±9,2*	78,9±9,4	78,6±10,9	0,018
QV GERAL	76,9±14,6	77,0±14,4	64,5±17,9 ^b	80,6±8,5*	68,5±13,3	83,3±11,1 ^{cc}	70,4±12,5	79,1±14,9 ^{cc}	0,001
Físico	81,3±10,0	81,0±10,1	69,9±15,4 ^b	78,4±9,4*	71,8±11,5	77,3±7,9*	75,5±11,2	76,3±11,5	0,001
Psicológico	78,4±5,0	78,6±8,1	69,8±13,4	79,5±7,8*	71,2±12,5	74,9±10,7	73,5±9,2	77,0±9,1	<0,001
Ambiental	68,7±9,2	68,6±9,2	58,6±11,1 ^b	68,1±5,0*	62,3±8,2	65,1±7,8	67,0±11,0	67,3±11,1 ^c	<0,001
Social	83,0±10,3	83,1±10,9	67,3±19,1 ^b	75,5±13,4	73,5±15,0	77,2±12,4	75,3±14,0	76,0±14,4	<0,001

*diferença estatística intragrupo (pré e pós intervenção – p<0,05)

^adiferença estatística intergrupos (em relação ao momento pré intervenção para o Grupo Controle)

^bdiferença estatística intergrupos (em relação ao momento pós intervenção para o Grupo Controle)

^cdiferença estatística intergrupos (em relação ao momento pré intervenção para o Grupo II- AFS)

^ddiferença estatística intergrupos (em relação ao momento pós intervenção para o Grupo II- AFS)

^ediferença estatística intergrupos (em relação ao momento pré intervenção para o Grupo III- AFS+ TFP).

A Tabela 50 demonstra os valores médios para a comparação pré e pós-intervenção para cada grupo e intragrupo. Pré e pós-intervenção o GI - Controle não descreveu diferença estatística significativa. O GII- AFS apresentou aumento significativo no grupo ativo para os escores de QV Geral (81,1±8,5). Quando os grupos foram comparados entre si nenhuma diferença estatística significativa foi observada. Parece não haver relação entre melhorar o nível de atividade física e melhora da QV.

Tabela 50. Valores percentuais da comparação pré e pós- intervenção de acordo com o respectivo grupo para os indicadores de nível de atividade física e domínios da qualidade de vida.

Domínios da QV	ATIVO		INATIVO	
	Pré X±DP	Pós X±DP	Pré X±DP	Pós X±DP
GRUPO CONTROLE				
QV TOTAL	81,7±11,7	85,8±14,4	85,6±12,3	82,7±11,6
QV GERAL	77,9±15,7	83,7±19,9	75,0±12,7	75,8±13,1
FÍSICO	80,9±11,2	81,7±14,6	81,8±7,7	80,9±9,3
PSICOLÓGICO	78,8±9,0	77,9±9,5	77,6±7,5	78,6±7,9
AMBIENTAL	69,2±10,1	75,3±11,1	67,8±7,4	67,4±8,3
SOCIAL	83,3±11,2	85,8±10,3	82,3±10,4	82,4±11,0
GRUPO AFS				

	ATIVO		INATIVO	
	Pré	Pós	Pré	Pós
	X±DP	X±DP	X±DP	X±DP
QV TOTAL	82,2±12,5	83,4±11,1	72,5±14,3	74,3±8,8
QV GERAL	69,3±21,3	81,1±8,5*	67,5±13,9	80,0±8,7
FÍSICO	78,7±15,5	79,5±8,7	66,5±11,0	78,2±8,6
PSICOLÓGICO	74,0±14,3	79,4±8,1	66,3±11,9	80,0±9,2
AMBIENTAL	60,7±13,3	68,4±4,9	56,9±9,0	62,5±6,7
SOCIAL	75,7±19,3	75,8±13,7	60,4±16,4	66,8±11,5
GRUPO AFS+ TFP				
	ATIVO		INATIVO	
	Pré	Pós	Pré	Pós
	X±DP	X±DP	X±DP	X±DP
QV TOTAL	80,0±6,7	83,6±9,4	75,3±15,2	76,6±4,7
QV GERAL	70,0±17,3	83,5±11,4	68,3±13,1	80,0±12,1
FÍSICO	78,1±8,7	77,9±7,9	71,1±11,6	72,0±8,7
PSICOLÓGICO	78,9±8,4	75,8±10,4	70,4±12,7	61,6±10,2
AMBIENTAL	63,3±5,2	65,4±7,9	62,2±18,5	60,0±7,2
SOCIAL	84,4±7,7	78,3±11,9	72,4±15,2	60,4±7,1
GRUPO AFS +GA				
	ATIVO		INATIVO	
	Pré	Pós	Pré	Pós
	X±DP	X±DP	X±DP	X±DP
QV TOTAL	79,1±11,2	79,2±10,6	78,5±7,2	71,6±13,8
QV GERAL	75,8±11,3	79,7±13,8	64,7±11,2	72,5±25,0
FÍSICO	79,3±8,0	77,4±10,9	71,5±12,7	64,2±11,1
PSICOLÓGICO	74,5±8,8	77,8±8,8	72,3±9,5	67,5±6,8
AMBIENTAL	69,3±7,5	68,3±10,4	64,5±13,4	59,7±14,3
SOCIAL	78,9±13,7	76,9±14,5	71,5±13,5	66,7±9,4

*Diferença estatística significativa intragrupo pré e pós intervenção (p<0,05)

^aDiferença estatística intergrupos (pré inativo para pós ativo)

A consequência da implantação dos PAFTs resultou subjetivamente em alta satisfação, segundo registros espontâneos, sobre os pontos positivos e negativos realizados por alguns trabalhadores que participaram das intervenções.

Pontos positivos:

- Trabalhador A: “Com as aulas eu tive mais disposição, me sinto mais leve para trabalhar”.
- Trabalhador B: “Muito bom”.
- Trabalhador C: “Foi muito bom, produtivo, deu muita motivação para o trabalho”.
- Trabalhador D: “Experiência muito boa, todos professores são ótimos! Poderia ter este programa sempre! Ajuda muito no dia-a-dia no trabalho”.
- Trabalhador E: “Muito bom, deveria continuar”.
- Trabalhador F: “Ajuda a dar mais disposição no serviço, como também na minha vida.”
- Trabalhador G: “A ginástica me ajudou muito quanto a minha postura e sedentarismo. Depois que a realizo a aula, volto a trabalhar com mais disposição. Os professores são competentes no meu ponto de vista”.
- Trabalhador H: “Excelentes professores, aulas dinâmicas, aulas sempre focadas. Em outras palavras, perfeito!!!! Em questão ao meu físico, está melhor, menos travado, mais disposição, menos dores musculares e melhor rendimento”.
- Trabalhador I: “É bom para a postura, para a flexibilidade dos membros, a respiração e tudo mais. Os professores são os melhores”.
- Trabalhador J: “Professores estão de parabéns pela paciência e dedicação. Melhora na coordenação, no equilíbrio e nas dores”.
- Trabalhador K: “Relaxamento após o período da manhã de trabalho. Maior disposição para o período da tarde e bem estar após os exercícios”.
- Trabalhador L: “Melhora nas articulações e melhor respiração, antes ficava afogante e agora a respiração é outra para melhor. Todas as aulas foram importantes, não

somente físico como relacionamento com os outros setores que antes não tínhamos contato”.

- Trabalhador M: “A ginástica contribuiu de forma positiva em todos os aspectos. Espero que as aulas continuem e os professores estão de parabéns, todos muito competentes e dedicados”.

- Trabalhador N: “A ginástica é uma boa para as dores dos funcionários, não importa o setor”.

- Trabalhador O: “Fazendo a laboral diariamente, percebi uma melhora em dores que tinha, onde resultou em uma postura mais correta durante a jornada de trabalho. Acredito que este trabalho deve continuar pelo bem que está fazendo aos colaboradores do CEUNSP”.

Quanto aos pontos negativos, dos 15 trabalhadores, somente 7 se pronunciaram:

- Trabalhador A: “Vão acabar as aulas”
- Trabalhador D: “Deveria continuar o projeto o ano que vem”
- Trabalhador G: “É que vai acabar já.”
- Trabalhador H: “A saída dos professores”
- Trabalhador I: “Nenhum”
- Trabalhador J: “Não há, todas as aulas foram ótimas.”
- Trabalhador L: “Não tem.”

5 DISCUSSÃO

5.1 FASE I – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DESCRITIVOS DOS GRUPOS DISCENTES, DOCENTES E TRABALHADORES ADMINISTRATIVOS

As indicações descritivas das características sociodemográficas e socioeconômicas da amostra da comunidade universitária formada por discentes, docentes e trabalhadores ADM, corroboram com o predomínio dos estudos que tiveram como sujeitos estes grupos (MACIEL, 2006; MACIEL, 2011; MACIEL et al., 2012).

Nesta pesquisa o sexo feminino exibiu maior aderência à pesquisa o que alega a sua característica sociocultural de se envolver com propostas focadas em saúde (MACIEL, 2006; SIMÃO et al., 2012).

A composição da amostra formada em sua grande maioria por jovens reflete sobre o estado civil solteiro (Maciel, 2006; Maciel, 2012; Simão et al., 2012) e entre outros aspectos a um baixo número de sujeitos que relataram morbidades, apesar deste dado representar um perfil atual da saúde dos mesmos e não os fatores de risco existentes na vida acadêmica, além do possível acúmulo destas variáveis relacionadas entre si que poderão ser somatizadas e deteriorar sua saúde futuramente, afetando também a percepção da qualidade de vida (PETRIBU et al. 2009; MACIEL, SOAR et al., 2012).

Quando os grupos foram comparados segundo o número de morbidades, o grupo de trabalhadores ADM referenciou maior acometimento, circunstância que valida os fatores de risco existentes no trabalho ADM, como contribuintes dos agravos causados a saúde do trabalhador (ROBERTSON et al., 2013).

A faixa etária também nos leva a cogitar sobre o momento de transição que o centro universitário vivenciou. No início de sua fundação e durante um período médio de

40 anos a maioria dos alunos era de faixa etária mais elevada (30 a 40 anos) do que atualmente, caracterizada por alunos da faixa entre 17-29 anos.

A baixa remuneração e a classificação econômica D não trouxe surpresa considerando a descrição do IBGE (2006) que 78,2% das famílias brasileiras recebem até 1 salário mínimo (Corrochano et al., 2008) e por se tratar de uma amostra pertencente a uma comunidade universitária de ensino particular, cuja parcela da população com esta classificação econômica, geralmente tem acesso.

O tempo de estudo destacado condiz com a amostra formada por uma comunidade universitária. Segundo Corrochano et al. (2008), jovens entre 18 e 29 anos representam de 14 a 18,7% de indivíduos que participaram de aulas ou finalizaram o curso superior, valores que apesar de evidenciar evolução ainda se colocam fora dos objetivos considerados para o alcance da universalização educacional.

Ao analisar diferenças entre os grupos, os discentes e trabalhadores ADM se mostraram similares, mesmo porque o departamento ADM é composto na sua maioria por estudantes do próprio centro universitário, enquanto o docente demonstrou características avessas a não ser pela variável tempo de estudo, compartilhado com outras atividades, em especial o trabalho (CORROCHANO et al., 2008).

Quanto ao total de sujeitos participantes da pesquisa se considera que a forma de coleta para obtenção destes dados pode ter influenciado o número encontrado. Apesar da comunidade universitária se caracterizar por um grupo que possui afinidade com a web e acesso maior à internet, quando comparado com indivíduos de características diferentes, o baixo índice de adesão à pesquisa nos remete a possíveis apontamentos como falta de tempo para responder o questionário, falta de paciência de responder o número elevado de questões ou não possuir computador e internet acessível no momento da solicitação da coleta de dados (COUSINEAU, 2008; MACIEL, 2011).

Em relação ao NAF da amostra deste estudo, uma situação a ser destacada que foi considerada anteriormente pelas pesquisas de Maciel (2011), Simão et al., (2012) é o

evento que classifica a maioria da comunidade universitária como praticante de atividade física como parte de seu cotidiano, assim como os resultados encontrados neste estudo (64% ativos e 36% inativos). No entanto, autores como Hallal et al. (2003); Velásquez et al. (2006); Marcondelli et al. (2008); Petribu et al. (2009); Higgins et al. (2010) contrapõem a esta realidade e provocam uma busca de explicações que justifiquem a classificação do nível de atividade como suficientemente ativos nesta amostra.

Como exemplo de possível resposta a esta questão se leva em conta a grande distância existente entre os Campi I, II, III, IV e V e entre os ambientes do centro universitário (estacionamento de bicicletas, motos e carros, entrada, salas de aula, laboratórios, cantinas e biblioteca) o que gera um longo tempo de caminhada. Outros aspectos podem ser considerados como os motivacionais e os cognitivos. Os motivacionais são característicos de grupos sociais mais jovens, que apoiam e incentivam ações ativas respectivas a faixa etária (Legnani et al., 2011) e o cognitivo é representado pelo bom nível educacional referenciado pela amostra que permite aos sujeitos compreensão dos benefícios da atividade física e a utilização desta estratégia com consciência para minimizar os prejuízos da vida acadêmica acelerada (MACIEL, 2011).

Outra questão que nos chama a atenção é o fato da amostra ser ativa e o estágio de comportamento em relação à atividade física ser inversamente proporcional (não faz atividade física, mas tem intenção em começar). O dado encontrado nos leva a considerar sobre algumas possibilidades: ocorreu superestimação do NAF? A forma de aplicação do questionário prejudicou a interpretação das perguntas? A amostra compreendeu as diferenças existentes entre os períodos, frequência, intensidade e duração?

Quanto ao primeiro ponto, a pesquisa de Hallal et al. (2010) nos traz evidências de que questionários que envolvem questões cognitivas dificultam a interpretação dos sujeitos da pesquisa. Por exemplo, no instrumento IPAQ longo alegam que áreas como trabalho e atividades domésticas ocasionam superestimação do resultado do NAF e na versão curta do IPAQ, utilizada nesta pesquisa, os quatro domínios da atividade física apresentados em um único bloco, levam aos sujeitos da pesquisa a trazerem respostas

imprecisas. Hallal et al. (2010) ainda esclarece em seu estudo sobre o instrumento IPAQ, que de maneira geral, em relação à forma de aplicação do questionário, a auto-administração do IPAQ não é recomendada nos países da América Latina, porém, quando a amostra é composta de indivíduos com alto nível educacional, como é característica da amostra deste estudo, não existem ressalvas.

Outra possível razão pode ser que tenham ocorrido dificuldades de compreensão específica em relação aos diferentes períodos, frequência, intensidade e duração, além de se ter a sensação de que a pergunta se repete, o que gera respostas duplicadas. Este fato nos chamou a atenção e nos levou a compreender que apesar desta amostra não representar a população brasileira, ela faz parte dela e possivelmente possui sinais parecidos com outros grupos descritos por futuros estudos.

Ao verificar as diferenças entre os grupos quanto ao NAF não se encontram diferenças. Relacionando o sexo com o NAF, um estudo de Esalgedy et al. (2008) que avaliaram especificamente 112 docentes do sexo feminino e masculino e verificaram que 30,5% dos homens foram classificados como ativos em comparação com 20,5% das mulheres.

Em relação à intensidade e à frequência da atividade física o grupo trabalhadores ADM manifestou maior atividade física moderada e frequência média de 3 dias por semana de caminhada em relação ao grupo discentes, além de maior frequência de atividades físicas vigorosas em relação aos docentes, com duração média de 60 minutos. O estudo de Leite et al. (2011) discorda dos nossos dados, pois encontrou maior frequência de caminhada entre os discentes, com prática de 1 a 3 dias por semana com duração maior de 30 minutos.

O instrumento WHOQOL permite uma interpretação segundo uma escala crescente onde quanto maior o valor da escala, maior a qualidade de vida, assim a percepção do nível de qualidade de vida nesta fase do estudo, pode ser classificada como um nível de qualidade de vida intermediária ou boa, devido os valores apresentados (VILARTA & BOCCALETTO, 2008; PEDROSO et al., 2009).

Quanto aos domínios da QV, resultados de estudos que tiveram como amostra uma comunidade universitária apresentaram dados similares, quanto aos piores valores serem apresentados pelos discentes (MACIEL, 2006). Indicações do estudo Oliveira & Guimarães (2010) e Custódio et al. (2004) corroboram com os dados desta pesquisa em detrimento, em partes, ao estudo de Costa et al. (2008). Respectivamente os estudos ao avaliarem discentes do curso de Educação Física verificaram que o domínio físico e ambiental apresentaram piores escores, assim como quando avaliados discentes dos cursos de nutrição e psicologia que declararam piores valores no domínio ambiental. Já o estudo que discorda em partes dos nossos dados, ao avaliarem percepção de QV em discentes do curso de psicologia, apresentaram em escala de 0 – 100 maiores médias para o domínio físico (71,32) e menores médias para meio ambiente (68,35).

De maneira geral os estudos têm percebido consideráveis efeitos positivos da atividade física sobre uma melhor qualidade de vida, especialmente sobre o domínio físico (PETERSON et al., 2006; WIJNDAELE et al., 2007). Este vínculo também é evidente neste estudo onde para sujeitos ativos a intensidade do exercício caminhada e moderada refletiram positivamente sobre o domínio físico e a intensidade vigorosa sobre o domínio ambiental.

Em relação às barreiras existentes para a prática de atividade física para se ter saúde, a comunidade científica se coloca preocupada em desvendar possíveis explicações para esta ocorrência. Dentre as possibilidades existentes, os pesquisadores citam a influência do ambiente físico sobre o NAF. Nossos dados demonstraram que as barreiras físicas, tempo de deslocamento de 0 a 20 minutos, ruas com poucos cruzamentos, apesar de necessidade de maiores cuidados, com baixo índice de criminalidade e percepção equilibrada em relação a satisfação com o bairro, podem contribuir para o aumento do NAF.

Quando os grupos foram comparados entre si em relação à percepção do bairro, os discentes apresentaram maior número de amigos e maior proporção de satisfação com as ruas e o bairro para caminhar em relação aos trabalhadores ADM e docentes.

No Brasil a relação nos estudos do ambiente com o NAF é pouco frequente, sendo que, nenhum foi encontrado com amostra especificamente com uma comunidade universitária.

Na literatura internacional existem alguns estudos gerados por dados multicêntricos coletados por outros instrumentos e poucos com o uso do NEWS (MALAVASSI, 2006). Apesar da literatura não ser conclusiva, estudos como DeBourdeaudhuij et al. (2003), realizado com 521 indivíduos na Bélgica, verificaram a relação da intensidade das atividades físicas, avaliadas pelo IPAQ, segundo as características do bairro.

Desta forma os dados encontrados demonstram que quanto maior o nível educacional e socioeconômico, melhor o acesso ambiental e maior a possibilidade de ser ativo. Quanto à duração da atividade física, os indivíduos com as características citadas acima praticam mais exercícios vigorosos também. Outros estudos concordam com estes resultados, Saelens et al. (2003) e Leslie et al. (2005) com suas pesquisas realizadas na Austrália verificaram que bairros que possuem um grande número de moradores, possibilidade de vias de fácil acesso, espaços propícios para atividade física, como academias ao ar livre, vias reservadas para caminhar, andar de bicicleta e ainda segurança são os que descrevem maiores índices de prática de atividade física.

5.2 FASE II- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DESCRITIVOS E COMPARATIVOS DOS GRUPOS I (CONTROLE), II (AFS), III (AFS+TFP) E IV (AFS + GA) FORMADOS POR TRABALHADORES ADM.

Com o objetivo de constatar a confiabilidade dos instrumentos utilizados para análise das variáveis dependentes, NAF e QV, foi considerado o cálculo do Coeficiente Alfa de Cronbach (α), ao qual determina o grau em que a medida está livre de erros.

Segundo Hair Junior et al. (2009) as medidas acima de 0,6 são consideradas aceitáveis. Diante deste valor os resultados indicaram fidedignidade entre bom (0,82) e

razoável (0, 71) para os indicadores de atividade física e bom (0,84 a 0,86) para os indicadores de 26 facetas para QV total - $\alpha = 0,85$; 2 facetas para QV geral - $\alpha = 0,84$; 7 facetas para o domínio físico - $\alpha = 0,76$; 6 facetas para o domínio psicológico - $\alpha = 0,86$; 3 facetas para o domínio relações sociais - $\alpha = 0,85$ e 8 facetas para o domínio meio ambiente - $\alpha = 0,84$.

Decorências sobre as características sociodemográficas e socioeconômicas dos trabalhadores foram destacadas nesta pesquisa e os dados encontrados apresentaram-se de forma semelhante aos citados pela literatura. A maioria dos estudos que envolvem PAFTS tem como amostra trabalhadores de meia idade, com tempo de estudo que os classifica como bem educados, do sexo feminino e com acesso a e-mail ou internet (MARSHALL ET AL., 2003; AITTASALO ET AL., 2004; PLOTNIKOFF ET AL., 2005; OPDENACKER & BOEN, 2008; SILVA, 2008; GILSON ET AL., 2009). As variáveis renda, diversidade racial e grupos étnicos foram avaliadas na fase pré-intervenção do estudo de Pratt et al. (2007). Este estudo foi composto por 48.000 trabalhadores (1.200 a 10.600 por sites, sendo um deles departamentos ADM) que participaram de intervenções envolvendo PAFTS. Os mesmos apresentaram ser na maioria de média a baixa renda, com diversidade racial, de grupos étnicos diferentes e faixa etária entre 18 a 65 anos, dados que se identificam com a amostra deste estudo.

Como citado nos procedimentos, ao tratar especificamente sobre o NAF entre trabalhadores ADM, foi solicitado aos mesmos responderem aos questionários pela internet novamente. Os dados foram coletados antes do início das intervenções, o que inclui repetição entre outros instrumentos, do questionário IPAQ, porém, desta vez a amostra foi acompanhada durante a coleta e as dúvidas que surgiram foram esclarecidas conforme a sugestão de Hallal et al. (2010), na forma recomendada de aplicação do instrumento para países da América Latina. Possivelmente, esta diferença metodológica na coleta dos dados sobre o NAF, levou aos dados atuais que classificaram os 50,4% dos sujeitos como insuficientemente ativos e estágio de comportamento em relação à atividade física na fase de contemplação (não faz atividade física, mas tem intenção de começar). Estes relatos vão a favor de estudos encontrados na literatura como Eberth & Smith (2010); Welch et al.

(2008) cujos resultados demonstraram que a restrição de tempo do trabalhador é considerada como uma das barreiras para a prática de atividade física regular, o que leva a um baixo NAF dos mesmos.

A literatura concorda que as variáveis de confundimento aspectos sociodemográficos, socioeconômicos e barreiras para a prática de atividade física apresentam influência sobre o NAF (EBERTH & SMITH, 2010). Quanto maior a vulnerabilidade dos trabalhadores menor a frequência de prática de atividade física sendo apresentada uma frequência entre 1 a 2 dias por semana (BROWN & ROBERTS, 2011).

Quanto à classificação econômica D em relação ao NAF, resultados na literatura como Brown & Roberts (2011) inferem que quanto menor o rendimento mensal, menor a frequência da atividade física regular, dados equiparados aos desta pesquisa. Estimativas referenciadas nos estudos de Sávio et al. (2008) acrescentam que o sexo feminino pratica menos atividade física intensa por estar envolvido, na maioria da vezes, com características de trabalho sedentário como, por exemplo, administrativos e processos de produção em relação aos trabalhos realizados pelos homens como comércio e manutenção.

Quanto ao NAF comparados por sexo, se observa no estudo de Fonseca et al. (2008) uma diferença. Ao avaliarem 2.528 trabalhadores de ambos os sexos descreveram que 77,2% de trabalhadores ativos do sexo masculino praticam atividades de lazer em relação a 55,6% das mulheres ativas. Já o estudo de Guimarães e Baptista (2008) com amostra de trabalhadoras de ramos variados de atuação como de educação, desporto, religião, saúde e seguros contrapõem os achados deste estudo, pois, 75% das mulheres foram classificadas como ativas.

O tipo de trabalho inativo, característico do trabalho ADM, também pode influenciar negativamente sobre o NAF do trabalhador, em comparação com o tipo de trabalho ativo. O estudo de Tigbe et al. (2011) comparou dois tipos de trabalhos na Escócia, fisicamente ativos (56 carteiros pedestres) e fisicamente inativos (56 carteiros administrativos). Eles foram avaliados por meio de uma plataforma tecnológica que

quantifica objetivamente atividade de tempo livre, durante 24hs (trabalho e atividades fora do trabalho), por 7 dias. Os resultados mostraram que houve diferença durante o trabalho destinado à prática de atividade física, consideravelmente maior entre carteiros pedestres em relação aos do escritório ($6,0 \pm 1,1$ h versus $3,9 \pm 1,5$ h) e caminhada ($3,1 \pm 0,7$ h versus $1,6 \pm 0,7$ h) e ainda acumulou mais passos (16.035 ± 4264) versus 6.709 ± 2808) e que apesar das diferenças encontradas não houve diferença estatisticamente significativa no nível de atividade fora do ambiente de trabalho entre os grupos.

O NAF, bem como a intensidade e a frequência em nosso estudo, apresentaram valores diferentes ao do estudo descrito abaixo quanto à duração da sessão (caminhada 40,5 min., moderada 43, 2 min. e vigorosa 26,2 min.), quanto à frequência por semana (caminhada 2,8 vezes, moderada 1,9 vezes e intensa 0,8 vezes por semana) e duração por semana (caminhada 170,8, moderada 137,4 e intensa 66,1). Nossos dados foram coletados pelo instrumento IPAQ o que pode gerar diferenças na comparação dos valores. Segundo a literatura o uso de diferentes instrumentos para avaliar o NAF prejudica a comparação de dados sobre atividade física de trabalhadores (REIS, 2009). Para Hallal et al. (2010) o instrumento IPAQ tem maior confiabilidade em comparação como o instrumento acelerômetro, entre outros instrumentos.

Um estudo de Thorp et al. (2011), realizado na Austrália, relacionou o NAF e tempo sentado (sedentário) de 153 trabalhadores com tarefas desenvolvidas de forma tipicamente sentadas. Foram avaliados trabalhadores de três ramos de atuação e respectivos números amostrais: administrativo (59), varejo (43) e “*call center*” (33). Para averiguar o NAF foi utilizado o instrumento acelerômetro, durante 770 dias, pelo menos 10 horas por dia. Os resultados mostraram que o tempo sentado proporcional foi, administrativo $66 \pm 1.2\%$, varejo $67 \pm 1.6\%$, e “*call center*” $70 \pm 2.3 \%$; e o NAF em intensidade leve foi $29 \pm 0.7 \%$, $29 \pm 1.0 \%$ e $25 \pm 1,5\%$ respectivamente. Esses trabalhadores gastaram em dias/minutos de atividade moderadas a vigorosas $40 \pm 5,0$, $34 \pm 6,3$, e $42 \pm 8,9$ e por hora em média por tempo sedentário gastou $9,4 \pm 0,3$, $10,5 \pm 0,4$, e $8,3 \pm 0,5$. Estes dados apresentaram diferença significativa (0,05) na intensidade leve da atividade física entre o setor administrativo e varejo versus o “*call center*” e tempo sentado entre varejo versus

administrativo e “call center”. O estudo conclui que ambos os ramos de atuação passaram a maior parte do seu tempo sentado. Especificamente o “call center” apresentou maior tempo sentado, menos participação em atividades físicas de intensidade leve e menos oportunidade de pausas ativas.

A avaliação das variáveis antropométricas sinalizou a maior porcentagem de trabalhadores com sobrepeso. Inúmeros estudos confirmam estes índices de IMC e expõem que o trabalho sentado contribui para este *status* de saúde, classificados como fora dos padrões recomendados. O aumento da massa corporal (kg) também auxilia o desenvolvimento de males psicossociais (insônia, ansiedade, depressão), biomecânicos (fadiga), biológicos (doenças cardiovasculares e gastrointestinais), além de organizacionais, que são afetados como baixa produtividade e aumento do número de afastamentos (ATKINSON et al., 2008; RONGEN et al., 2013).

Em relação aos dados descritivos da percepção da QV da amostra total de trabalhadores ADM na fase pré- intervenção, o nível de QV total pode ser classificado mediante médias, como ótima (81,2), de forma geral também como ótima (80,7), assim como para a maioria das facetas e para os domínios físico (75,3), psicológico (77,0) e social (77,2) e para o domínio ambiental intermediária e boa (66,2). O estudo de Souza (2010) relatou classificações da QV de trabalhadores ADM aproximadas dos dados apresentados nesta pesquisa com valores médios do domínio físico (76,1), domínio social (68,9), domínio psicológico (68,1), domínio do meio ambiente (66,7) e domínio avaliação global (69,0).

Os menores escores encontrados pré-intervenção no domínio ambiental se referem à segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação / lazer, ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) e transporte. Estas variáveis refletem a interação entre as baixas condições sociodemográficas e socioeconômicas demonstradas pelas características da amostra deste estudo como, por exemplo, a classificação econômica D. A pesquisa de

Silva (2008) que abordou entre outros aspectos a renda e sua relação com a percepção de QV em 164 trabalhadores do ramo de manufatura corrobora com os dados desta pesquisa por ter observado também a relação direta entre a baixa renda e a baixa percepção do domínio ambiente.

Os maiores escores em relação às facetas se referem ao domínio físico que tratam do nível de dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, mobilidade, capacidade de trabalho. Dentre as facetas deste domínio, os valores mais elevados foram o baixo nível dor e desconforto, independência de tratamentos e medicação para exercer suas atividades, conseguir se locomover bem e capacidade para o trabalho que remetem a uma amostra jovem, com sua saúde em níveis balizados dentro da normalidade.

Dentre as facetas do domínio físico, as que menos impactaram na QV foram a satisfação com o sono e nível de energia suficiente para o trabalho. Estes dados podem ser explicados por grande parte da amostra ser de trabalhadores, durante uma média de 8hs e estudante, durante 3h30 por dia, totalizando 11h30 de atividades que exigem atenção, comprometimento, sem levar em consideração o tempo destinado para deslocamentos, alimentação e higiene. Esta afirmação irá refletir também sobre o baixo índice de atividades de lazer, tempo para aproveitar a vida descrita no menor índice relatado do domínio ambiental.

Estes valores e os demais que serão descritos, foram considerados mediante a análise inversa das facetas, 3, 4 e 26, os escores de 0 a 100, segundo as escalas determinadas e os seguintes níveis: < 25% qualidade de vida ruim; de 25 a 75% intermediária ou boa e > 75% ótima qualidade de vida (PEDROSO et al. 2009). É importante considerar que o procedimento metodológico do instrumento WHOQOL concebe diferentes escalas de intervalo que variam entre 0 a 5, 4 a 20 ou 0 a 100 que afetam a interpretação dos resultados, sendo necessário o cuidado com a conversão para seu escore no momento da leitura e discussão (SAUPE et al., 2004).

Quando os indicadores sociodemográficos e socioeconômicos foram comparados entre os grupos (GI- Controle, GII- AFS, GIII- AFS+TFP e GIV- AFS+GA), na fase pré e pós- intervenção, os mesmos não apresentaram diferenças significativas, o que indica que os resultados encontrados entre os grupos, em relação aos efeitos dos PAFTs, sobre as variáveis dependentes, não podem ser justificadas por diferenças existentes na composição dos grupos.

Quando analisadas as variáveis antropométricas, em nossos dados não percebemos diferenças estatisticamente significativas sobre a massa corporal (kg), altura e IMC nos GII (AFS) e GIV (AFS + GA). A justificativa para os mesmos não conseguirem sucesso sobre estas variáveis, pode ter sido ocasionada pela duração da intervenção de 4 meses. A literatura relata que muitas vezes um tempo de intervenção menor que 6 meses a 2 anos pode ser o responsável pela falta de resultados positivos sobre as variáveis antropométricas (RONGEN et al., 2013). Em condição diferente e divergente, o GI (Controle) teve aumento da massa corporal (kg), mas que não refletiu sobre o IMC e o GIII (AFS + TFP) apresentou redução estatisticamente significativa sobre a massa corporal (kg) e IMC. Esses resultados podem ter ocorrido também pelas características dos próprios programas, onde nos grupos GII (AFS) e GIV (AFS + GA), as atividades desenvolvidas eram anaeróbicas e no GIII (AFS+ TFP) aeróbicas, além dos trabalhadores pertencentes a este grupo começarem a praticar mais atividade física após as intervenções. A literatura alerta sobre a importância destes dados para adequação dos PAFTs aos fatores de risco existentes nas corporações, como exemplo, para empresas com maioria da população obesa. Neste caso, a indicação de PAFTs com características aeróbicas, atenderiam melhor as necessidades destes trabalhadores (MORGAN et al., 2011).

Conhecer dados antropométricos é muito importante para verificar se os modelos de PAFTs estão alcançando seu macro objetivo de promover saúde no ambiente de trabalho. Em estudos de Benedict & Arterburn (2008) e Mhurchu et al. (2010), que realizaram uma revisão sistemática de programas com o objetivo de demonstrar estratégias para redução de peso no local de trabalho, averiguaram que dentre as poucas pesquisas encontradas e intervenções descritas, percebe-se procedimentos metodológicos

inadequados, como falta de grupo controle e desinteresse em apresentar os resultados da influência dos programas sobre a massa corporal, o que dificulta comparações. Autores como Williams et al. (2007), Anderson et al. (2009) e Morgan et al. (2011) reportaram modelos de programas educacionais diferenciados que resultaram em dados significativos sobre a massa corporal (kg), pressão arterial, frequência cardíaca com os modelos de seus programas.

A pesquisa de Chau et al. (2010) contribui com os nossos dados por descrever um levantamento de intervenções de prática de atividade física no local de trabalho. Por meio de uma revisão bibliográfica os autores incluíram estudos que trouxeram intervenções com foco no aumento de gasto energético e redução do tempo sentado. Os resultados mostraram que a maioria dos programas ofereciam sugestões de intervenção em nível de participação individual, usando associação de abordagens que apresentaram resultados positivos. O estudo longitudinal de Pratt et al. (2007) teve como objetivo descrever as características de desenhos de estudos que estão testando inovações de intervenções para controle do peso e prevenção da obesidade no local de trabalho, o que abarca entre outras variáveis, o NAF, avaliados pelo IPAQ, pedômetro e o instrumento Godin Leisure-Time Questionnaire. Sete dos projetos pesquisados envolveram estratégias ambientais como aumento da acessibilidade de equipamentos de ginástica no local de trabalho, estratégias de intervenção especificamente sobre modelos diferenciados de PAFTs e de dieta. Foram atendidos 114 locais de trabalho sendo uma média de 4 a 30 sites por ramo de atuação, ao qual o setor administrativo foi incluído. Os resultados dos PAFTs mostraram mudança no IMC e massa corporal (kg) após 2 anos de intervenção e apesar dos dados não serem mostrados nesta pesquisa, os autores inferiram ocorrência de diferença nas variáveis circunferência da cintura, medidas objetivas e de auto-relato de atividade física, ingestão alimentar, alterações nas máquinas automáticas e oferendas de alimentos nos refeitórios, produtividade do trabalho, o uso de cuidados de saúde e retorno sobre o investimento.

Em relação à adesão aos PAFTs, se verifica que para adequar as necessidades dos indivíduos, por duas semanas o horário das aulas foi alterado, especialmente nas semanas que antecederam às provas oficiais da faculdade. Houve aumento de adesão dos

indivíduos pertencentes ao GII (AFS) nas sextas-feiras, dia da prática de massagem. Na semana do dia 22/10/12 ao dia 26/11/12, houve redução da adesão dos trabalhadores no GII (AFS) em decorrência da semana interna de prevenção de acidentes (SIPAT) que ocupou 4 dias com atividades que não permitiram a presença dos trabalhadores nos programas. Ocorreu menor adesão dos sujeitos de todos os grupos ao final do programa, devido encerramento de semestre na faculdade e férias de alguns trabalhadores. Dentre os setores participantes das intervenções, o bloco K e o plantão de atendimento foram os que apresentaram menor adesão, devido o excesso de trabalho e pelo fato de serem jovens estudantes no período de provas que se dividiam entre trabalho e estudo.

Quanto ao NAF e EPMC, entre os grupos pré e pós- intervenção, mais uma vez não apresentaram similitudes. O GI (Controle) evidenciou valores opostos aos demais grupos como redução na frequência e na duração da intensidade da atividade física onde a intensidade moderada foi a que denotou maior redução, ocorrência que é muito preocupante para a saúde pública (UN, 2011).

O GII (AFS), GIII (AFS + TFP) e GIV (AFS + GA) indicaram aumento na frequência de atividade física para todas as intensidades (caminhada, moderada e vigorosa). Para a duração por sessão e por semana o GIII (AFS+ TFP) foi o que denotou aumento significativo em todas as intensidades de atividade física, enquanto o GIV (AFS+ GA) não apresentou diferenças somente na duração da sessão e da semana na intensidade vigorosa.

Para o EPMC, as maiores proporções foram encontradas no GIII (AFS + TFP) e as menores no GIV (AFS+ GA) o que ressalta um aumento positivo de trabalhadores que passaram a praticar atividades físicas regularmente no GIII (AFS + TFP) e GIV (AFS + GA) que mantiveram seu status positivo de prática de atividade física. Segundo os criadores do instrumento EPMC, os indivíduos têm tendência a deslocar-se entre os estágios de comportamento em relação a atividade física: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção e infelizmente evoluir positivamente ou negativamente dependendo do modelo da intervenção (PROCHASKA & DICLEMENTE, 1983). Segundo Plotnikoff et al. (2007) usar como estratégias materiais com desenho, torna a compressão facilitada e

auxilia resultados positivos. Griffin-Blake & Dejoy (2006) concordam que o material impresso é muito importante e que poucos contatos são fundamentais para o sucesso do avanço entre os estágios de comportamentos. Estes dados são relevantes para justificar os baixos valores encontrados no GIV (AFS+ GA), pois, não foi entregue nenhum documento impresso e apesar das visitas do grupo de aconselhamento ser a cada 15 dias, a associação com a AFS aplicada diariamente, pode ter interferido sobre o resultado. Assim alcançar os objetivos propostos depende de processos longos e estratégias bem delineadas (BOUDEREAUX et al., 2003).

Outro argumento é a diferença de comportamento motivacional dos indivíduos em relação aos grupos. Durante e após as aulas do GIII (AFS + TFP) os sujeitos sempre se mostraram interessados em conhecer mais sobre a atividade física tanto que fizeram questionamentos aos professores e foram respondidos quanto à prática de atividade física, como por exemplo: “Qual o melhor tipo de exercício para redução de gordura abdominal?” “Para fortalecimento do abdômen, glúteos, coxas, o que fazer?” “Quais os tipos de exercícios que poderiam ser realizados com idosos, com o objetivo de manutenção de capacidades físicas?”, “Quais são os melhores exercícios recomendados para diabéticos, com hipertensão?”. Este ato descreve as características deste grupo com consideração em relação ao assunto atividade física, enquanto os indivíduos do GIV (AFS+GA) nunca se manifestaram neste sentido.

Abordagens diferenciadas de PAFTS podem trazer diferentes resultados sobre o NAF. Sevick et al. (2007) discutiram sobre os possíveis efeitos dos PAFTS sobre o NAF e relação custo-benefício dos programas ao avaliar a relação custo- benefício entre os modelos de PAFT e apresentou que a abordagem por telefone resultou maiores influências sobre o NAF além de melhor relação custo-benefício. Outros três estudos ofertaram atividade física e aconselhamento para atividade física (Marshall et al., 2003; Opdenacker & Boen, 2008; Østerås & Hammer, 2006), um estudo envolveu orientação sobre atividade física mais aptidão-teste (Aittasalo et al., 2004), outro estudo enviou mensagens e e-mail sobre e vida ativa alimentação saudável (Plotnikoff et al., 2005), e outro estudo promoveu

no NAF pelo programa desafio do pedômetro além de e-mails motivacionais (GILSON et al., 2009).

A resposta positiva do aumento do NAF após as intervenções classificaram os trabalhadores como suficientemente ativos. Isto deve ser refletido sobre o viés das características sociodemográficas como sexo, estado civil e tempo de estudo. Como discutido anteriormente esta pesquisa apresentou maior proporção de indivíduos do sexo feminino, solteiros e tempo de estudo maior ou igual a 15 anos o que pode ter influenciado o aumento do NAF. Ao explorar as diferenças ente os sexos, estado civil e tempo de estudo em relação à frequência de atividade física, os estudos de Humphreys & Ruseski (2009), Eberth & Smith (2010), que corroboram com Brown & Roberts (2011) e Domelen et al. (2011), nos permite realizar análise inversamente proporcional porque descrevem características de trabalhadores que opõem-se às encontradas nesta pesquisa ao relatar que mulheres com filhos pequenos sofrem maiores dificuldades em praticar atividade física regularmente e que os homens com nível educacional baixo e casados são os que demonstram esta maior dificuldade.

Um recente estudo de Brockman & Fox (2011), cujo objetivo foi investigar os meios de deslocamento ativo para o trabalho, apresentou evidências sobre o NAF entre 1998 e 2007, que o número de trabalhadores que normalmente caminhava para o trabalho aumentou de 19,0% a 30,0% e que em 2007, os caminhantes regulares eram mais prováveis ser do sexo feminino, com menos de 35 anos de idade e ganhando um salário médio. Aproximadamente 70% dos inquiridos que normalmente caminhavam ou usavam a bicicleta para o trabalho, alcançou mais do que 80% das diretrizes recomendadas para a atividade física, através de seu deslocamento ativo. Apesar de em nosso estudo não termos levantando o tipo de deslocamento, as características da amostra deste estudo acima citado corroboram com os dados desta pesquisa.

Com base no estudo de Pronk & Kottke (2009) que teve como objetivo descrever estudos que advertiam sobre recomendações de melhores elementos para a ação de promover a atividade física no local de trabalho, infere-se que os benefícios da

implantação destes programas que envolvem atividade física são múltiplos como, por exemplo, melhora da saúde, bem estar e produtividade e ainda revela que o ambiente de trabalho é um local que pode ser aproveitado para promover aumento do NAF, além do que a conscientização dos empregadores é fundamental para o sucesso dos programas por possuir a força que poderá influenciar políticas voltadas a criar ambientes saudáveis no local de trabalho o que poderá refletir na comunidade em geral.

Os estudos têm percebido consideráveis benefícios dos PAFTs sobre a saúde do trabalhador o que inclui o NAF. A meta-análise de Conn et al. (2009) foi a primeira a relacionar o impacto dos PAFTs sobre variáveis de saúde e bem estar no local de trabalho. Este estudo teve como objetivo averiguar resultados de pesquisas que envolveram aplicação de PAFTs com conteúdos de supervisão de exercícios, motivacionais e educacionais como os utilizados nesta pesquisa (GII, GIII e GIV). Os resultados mostraram que foi encontrado um efeito positivo dos PAFTs sobre todos os estudos, sendo de nível médio ($r = 0.11$, $d = 0.22$) em 26 estudos e pequeno ($r = 0.17$, $d = 0.35$) em 33 estudos. A melhoria do condicionamento físico foi relatada em tamanho de efeito 0,57, a magnitude dos benefícios dos PAFTs sobre a saúde foram modestos, sendo que não ficou claro se a quantidade de atividade física foi suficiente para contribuir com a saúde diretamente nos moldes sugeridos para a saúde pública. Um fato relevante é que os estudos utilizados nesta meta-análise não avaliaram o NAF de forma objetiva o que prejudicou comparações entre os tipos de PAFTs. Os efeitos mais encontrados foi sobre aspectos como melhora da satisfação, redução do estresse e absenteísmo.

A satisfação conquistada com a implantação de PAFT é uma das importantes variáveis para a discussão sobre QVT. Observamos nesta pesquisa algumas diferenças parciais sobre a percepção de QV entre todos os grupos pré e pós- intervenção. Foram analisadas a QV Total, a QV Geral, as 26 facetas e os 4 domínios (físico, psicológico, social e ambiente) pertencentes ao WHOQOL- bref que oportuniza um esclarecimento dos aspectos da QV que necessitam de intervenção para alcançar melhoria na percepção da QV do sujeito da pesquisa nas áreas pessoais e profissionais.

Sobre o GI (Controle) os dados diferentes dos demais grupos já apresentados em relação às outras variáveis são reforçados mediante a falta de modificação dos status em relação a QV Total, QV Geral, as facetas e aos domínios da QV pós- intervenção. A explicação para estas ocorrências possivelmente se dá por os sujeitos pertencentes a este grupo não terem participado de nenhuma intervenção, o que infere que a participação nos diferentes programas é mais relevante do que não participar.

Para o GII (AFS) os indicadores pré-intervenção da QV manifestaram uma ótima QV. Para todas as facetas houve tendência de aumento pós-intervenção, sendo que para a maioria das facetas avaliadas houve aumento significativo nos valores médios o que levou ao aumento significativo da QV Geral e da maioria dos domínios de QV, exceto para o domínio social que engloba as relações pessoais, nível de suporte, apoio social e atividade sexual, bem como, quando considerado a QV Total. Para este grupo, o domínio social impactou negativamente a QV, onde as facetas Q21- satisfação com a vida sexual e Q22- satisfação com o apoio dos amigos foram as que relataram menores valores. Já os demais domínios impactaram positivamente a QV. A intervenção diária do GII (AFS) e o envolvimento dos trabalhadores que participaram de forma assídua da intervenção podem ter provocado estes fenômenos positivos.

Para o GIII (AFS + TFP) no momento pré- intervenção a QV Total foi classificada como ótima e QV Geral como intermediária e boa. Na fase pós- intervenção a QV Total e a QV Geral, 9 facetas e o domínio físico manifestaram resultados estatisticamente significativos. Apesar do impacto negativo sobre os domínios psicológico, social e ambiental da QV que foram observados mediante os dados descritos pelas facetas, Q10- Energia suficiente para o dia- a -dia e Q24- Satisfação com acesso ao serviço de saúde, o aumento da QV Total e Geral não foram abalados, pois, a maioria das facetas, bem com os demais domínios descreveram tendência de aumento. O GIII (AFS+TFP) foi composto pela maior parte do grupo o que demonstra interesse dos trabalhadores na prática da caminhada 1 vez por semana e ainda participação em 5 dias por semana, de alongamentos, exercícios de fortalecimento e relaxamento, além de jogos lúdicos e cooperativos, situação que pode ser utilizada como reflexão sobre os resultados.

No momento pré-intervenção o GIV (AFS + GA) apresentou uma QV Total ótima e QV Geral intermediária e boa. Os resultados pós-intervenção que foram estatisticamente significativos indicaram apenas 2 facetas, Q1- Qualidade de Vida Geral e Q2- Satisfeito com a própria saúde, que compõem a QV Geral. Para 5 facetas e para todos os domínios os resultados permaneceram estáveis, além de uma tendência de redução em 4 facetas e sobre a QV Total. O foco das vivências educacionais voltadas somente para os conteúdos de atividade física alterou significativamente o NAF e a QV Geral que trata de aspectos de percepção da saúde geral, porém, a falta de influência sobre os domínios físico, social, psicológico e ambiental pode ser explicado por nunca ter sido tratado o assunto QV ou a relação da atividade física com a QV nesta abordagem educacional. Outra contenda é o alto valor dado à percepção da QV logo na pré-intervenção que possivelmente contribuiu para a redução da significância dos resultados pós-intervenção.

Em linhas gerais se infere que em relação ao GI (Controle), o GIII (AFS + TFP) impactou de forma estatisticamente significativa sobre a QV Total e todos os grupos reforçaram esta situação sobre a QV Geral. O GIV (AFS+ GA) demonstrou embate em relação aos demais grupos, pois, apresentou os menores escores em relação a QV Total, Geral, domínios e facetas. Comparando os domínios não há um consenso em relação aos grupos quanto aos piores ou melhores escores. Desta maneira os melhores resultados sobre a QV foram descritos pelo GII (AFS) associado ou não ao TFP. Durante as intervenções algumas ocorrências podem ter influenciado estes resultados. Logo no início dos programas ocorreu migração de alguns indivíduos do GI (Controle) para o GII (AFS), o que significa que os trabalhadores que tinham interesse e afinidade com a atividade física não se contentaram em ficar no grupo que não participaria de nenhuma vivência. Houve redução amostral de indivíduos pertencentes ao GIV (AFS + GA) em decorrência de algumas demissões. Outro evento foi a baixa adesão dos indivíduos do GIV (AFS + GA) por serem responsáveis em organizar eventos na instituição de ensino CEUNSP e por desde a primeira reunião se mostrarem nitidamente mais sobrecarregados que os demais membros dos outros grupos.

Poucos estudos apresentam dados sobre a QV de trabalhadores relacionada como o NAF (SOUZA, 2010). Quando comparadas os trabalhadores ativos e inativos com a percepção da QV intergrupos o GI (Controle), o GIII (AFS+ TFP) e o GIV (AFS + GA) não apresentou diferenças significativas e o GII (AFS) foi o que impactou significativamente sobre os escores de QV geral para o grupo ativo. Na comparação intergrupos nenhuma diferença estatística significativa foi observada. Parece não haver relação entre melhorar o NAF e melhora da QV total. Um estudo transversal de Del Pozo-Cruz et al. (2012) que estabeleceu o nível de aptidão musculoesquelético, a saúde e qualidade de vida de 190 trabalhadores ADM sedentários, revelou dados diferentes dos nossos entre outros resultados que a qualidade de vida relacionada a saúde dos mesmos apresentaram menores valores de QV do que de trabalhadores ativos.

Os estudos concordam que a QVT na maioria das vezes é tratada de forma restrita a áreas de administração e psicologia organizacional (MEDEIROS & FERREIRA, 2011). Neste sentido este estudo mostra-se essencial para ampliar novos horizontes voltados ao viés da saúde do trabalhador.

A literatura sobre QVT é muito escassa e a maioria dos estudos relacionam ações voltadas a questões organizacionais e não a saúde do trabalhador ou a atividade física. Em um estudo que comparou a percepção da QVT em relação ao compromisso com o trabalho entre trabalhadores ADM e industriais verificaram que existe diferença entre os dois ramos de atuação ao qual a o setor ADM demonstrou maior compromisso e envolvimento com o trabalho do que os industriais (KANTEN & SADULLAH, 2012). Outro estudo de Sörensen et al. (2008) teve como objetivo examinar a relação entre a capacidade para o trabalho e saúde percebida de QV e investigar suas associações com a idade, atividade física e aptidão física em 196 trabalhadores do sexo masculino, meia idade, em ocupações de trabalho de construção e industrial. Os resultados apontaram uma estreita relação entre a capacidade de trabalho e a percepção da QVRS.

Vilarta & Gutierrez (2008) esclareceram que impactar a QV não é uma tarefa fácil. As características culturais e de personalidades dos sujeitos pertencentes a cada

grupo, inseridos em um ambiente de trabalho que muitas vezes não se atenta a QV do trabalhador, reflete em respostas subjetivas negativas às pressões sofridas, à intolerância às situações econômicas, políticas e culturais que afetarão a QV.

O fato dos PAFTS apresentarem resultados positivos sobre o aumento do NAF e percepção da QV enfatiza os benefícios conquistados para a saúde de trabalhadores ADM. Porém, demais estudos que atestam o baixo impacto dos PAFT, devem considerar que os benefícios da atividade física não irão ser modificados devido a estes resultados e que destacar de forma enfática estas considerações negativas aos indivíduos é muito perigoso (LEE et al., 2012).

6 CONCLUSÃO

Na fase I as características sociodemográficas, socioeconômicas, de saúde, EPMC, barreiras à prática de atividade física, NAF (classificado como suficientemente ativos) e QV (classificada como intermediária ou boa), foram similares para os discentes e trabalhadores ADM e inversas para os docentes, a não ser pelo tempo de estudo.

Na fase II as características sociodemográficas e socioeconômicas não apresentaram diferenças entre os grupos na fase pré e pós-intervenção.

Os demais resultados revelaram que os PAFTs podem ser empregados como uma estratégia para aumentar o NAF e a percepção da QV. As maiores mudanças encontradas para estes indicadores, foram observadas após a intervenção da associação de diferentes modelos de PAFTs.

Sobre o NAF, quando os valores percentuais da comparação pré e pós dos modelos de intervenção (GII-AFS, GIII-AFS+ TFP e GIV- AFS+ GA) foram comparados entre si, os resultados demonstraram que:

- Participar de programas de intervenção, não importando qual seja esse programa, há maior chance de aumentar significativamente todos os indicadores de atividade física e EPMC ou permitir que a redução nesses indicadores seja menos impactante;
- Os maiores valores percentuais e aumento nos indicadores de atividade física surgem quando ao GII- AFS está associada com outro método de intervenção, quando comparado apenas ao grupo que fez somente GII - AFS, principalmente para os indicadores do GIV- AFS+GA e GIII - AFS + TFP;
- O GIV- AFS+GA e GIII- AFS + TFP apresentaram valores percentuais de aumento nos indicadores de atividade física significativamente maior quando comparado ao grupo GI-Controle ou ao GII- AFS e que o EPMC apresentou maiores valores para o GIII - AFS+ TFP e GII - AFS.

Sobre a percepção da QV as maiores diferenças foram descritas nos grupos GIII (AFS + TFP) e GII (AFS), quando comparados aos outros grupos GIV (AFS + GA) e GI (Controle). Sobre ambos indicadores o GIII (AFS + TFP) foi o mais efetivo. Por outro lado é considerável ressaltar que todos os mecanismos de intervenção associados à prática de AFS foram mais relevantes quando comparados ao grupo que não participou das ações práticas e educacionais.

Assim, vale evidenciar que a indicação da efetividade dos PAFTs é muito relevante, porque os programas que trazem melhores resultados devem ser priorizados para implantação, afim de que cumpram seus objetivos de promover saúde no ambiente de trabalho. Entretanto deve-se levar em consideração as realidades locais e a eficácia das práticas atestadas cientificamente para cada empresa e adaptá-las.

Neste contexto a hipótese é aceita, os PAFTs exerceram influência positiva sobre o NAF e QV do trabalhador ADM, além dos programas com maior frequência, compostos por vivências práticas e educacionais descreveram os melhores resultados.

Para tanto, este estudo não esgota possibilidades de programas de atividade física a serem aplicados no local de trabalho sobre o NAF e QV e sim fornece evidências importantes para futuras pesquisas e iniciativas com foco na saúde do trabalhador.

7 LIMITAÇÕES

- A- Veracidade das informações descritas nos questionários.
- B- Subestimação ou superestimação do NAF.
- C- Amostra não probabilística.
- D- Maior proporção de sujeitos saudáveis.
- E- Dificuldade em distinguir explicitamente o NAF entre tarefas domésticas, transporte, lazer e trabalho devido à utilização do IPAQ curto.
- F- Número da composição dos grupos não tão impactantes.
- G- Duração pequena para verificar mudanças de comportamento.
- H- Número de estudos sobre QV e modelos de intervenção de atividade física.

REFERÊNCIAS

ADEYI O.; SMITH O.; ROBLES S. **Public Policy and the Challenge of Chronic Noncommunicable Diseases**. Washington DC: World Bank, 2007.

AITTASALO M.; MIILUNPALO S.; SUNI J. The effectiveness of physical activity counseling in a work-site setting: a randomized, controlled trial. **Patient Educ. Couns.**, v.55, p.193–202, 2004.

ALKHAJAH T.A.; REEVES M.M.; EAKIN E.G.; WINKLER E.A.H.; OWEN N.; HEALY G.N. Sit–Stand Workstations A Pilot Intervention to Reduce Office Sitting Time. **Am J Prev Med.**, v.43, p. 298 –303, 2012.

American College of Sports Medicine. Position stand – The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults. **Med Sci Sports Exerc.**, v. 30, p. 975-991, 1998.

ANDERSON L.M.; QUINN T.A.; GLANZ K.; RAMIREZ G.; KAHWATI L.C.; JOHNSON D.B.; BUCHANAN L.R.; ARCHER R.; CHATTOPADHYAY S.; KALRA G.P.; KATZ D.L. The effectiveness of worksite nutrition and physical activity interventions for controlling employee overweight and obesity: a systematic review. **Am. J. Prev. Med.**, v. 37, p. 340–357, 2009.

ANDERSEN L.L.; CHRISTENSEN K.B.; HOLTERMANN A.; POULSEN O.M.; SJØGAARD G.; PEDERSEN M.T.; HANSEN E.A. Effect of physical exercise interventions on musculoskeletal pain in all body regions among office workers: A one-year randomized controlled trial. **Manual Therapy.**, v.15, p. 100–104, 2010.

ATKINSON G.; FULLICK S.; GRINDEY C.; MACLAREN D. Exercise, energy balance and the shift worker. **Sports Med.**, v. 38, p. 671–685, 2008.

BAGTASOS M.R. Quality of work life: A review of literature. **DLSU Business & Economics Review**, v. 20.2, p. 1-8, 2011.

BANCO MUNDIAL. Global Economic Prospects. 2006.

BANKOFF A.D.P.; ZAMAI C.A.; BUENO E.; CARVALHO T.H.; MARTINS F.; BERGANTIN M. **Programa de convivência e atividade física na Unicamp: responsabilidade social em ação**. In: VILARTA, R. et al. Qualidade de vida e fadiga institucional. Campinas: IPES, 2006.

BAUMAN A.; CRAIG C.L. The place of physical activity in the WHO Global Strategy on Diet and Physical Activity. **Int J Behav Nutr Phys Act.**, v. 2, p.10, 2005.

BAUMAN A.E.; REIS R.S.; SALLIS J.F.; WELLS J.C.; LOOS R.J.F.; MARTIN B.W. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? **The Lancet**, v.380, p. 258–271, 2012.

BEAUREGARD T.A. **Family influences on the career life cycle**. In M. Ozbilgin, & A. Malach-Pines, *Career Choice in Management and Entrepreneurship: A research companion* (pp. 101-126). Cheltenham UK: Edward Elgar Press, 2007.

BENEDICT M.A.; ARTERBURN, D. Worksite-based weight loss programs: A systematic review of recent literature. **Am. J. Health Promot.**, v. 22, p. 408–416, 2008.

BERNAARD C.M.; ARIENS G.A.; HILDEBRANDT V.H. The (cost-) effectiveness of a lifestyle physical activity intervention in addition to a work style intervention on the recovery from neck and upper limb symptoms in computer workers. **BMC Musculoskelet. Disord.**, v. 24, p. 80, 2006.

BLAIR S.N. Physical inactivity: the biggest public health problem of the 21st century. **Br. J. Sports Med.**, v. 43, p. 1–2, 2009.

BONDI M.A.; HARRIS J.R.; ATKINS D.; FRENCH M.E.; UMLAND B. Employer coverage of clinical preventive services in the United States. **Am J Health Promot.**, v. 20, p. 214-22, 2006.

BOUDEREAUX E.D.; WOOD K.B.; MEHAN D.; Scarinci I.; Taylor C.L.; Brantley P.J. Congruence of readiness to change, self-efficacy, and decision balance for physical activity and dietary fat reduction. **Am J Health Promot.**, v.17, p. 329-36, 2003.

BRAND R.; SCHLICHT W.; GROSSMANN K.; DUHNSEN R. Effects of a physical exercise intervention on employees' perceptions of quality of life: a randomized controlled trial. **Soz Präventivmed**, v. 51, p.14 –23, 2006.

BROCKMAN R.; FOX K.R. Physical activity by stealth? The potential health benefits of a workplace transport plan. **Public Health**, v. 125, p. 210 – 216, 2011.

BROWNA H.; ROBERTS J. Exercising choice: The economic determinants of physical activity behavior of an employed population. **Social Science & Medicine**, v. 73, p. 383-390, 2011.

CAMFIELD L.; SKEVINGTON S.M. On subjective well-being and quality of life. **Journal of Health Psychology**, v. 13, p. 764-775, 2008.

CAMPBELL M.; TESSARO I.; DEVELLIS B.; BENTO S.; KELSEY K.; BELTON L.; SANHUEZA A. Effects of a tailored health promotion program for female blue-collar workers: health works for women. **Prev Med.**, v.34, p. 313–323, 2002.

Canadian Task Force on Preventive Health Care. 2006 [cited 2012 Jan 12]. Available from: <http://www.ctfphc.org/>.

CDC - Centers for Disease Control and Prevention. CDC surveillance summaries. *MMWR*, v. 48, p. 1-156, 1999.

CDC - Centers of Disease Control and Prevention. 2009. Available from: <http://apps.nccd.cdc.gov/brfss/education.asp?cat=PA&yr=2007&qkey=4418&state=US>. Acessado em 14 de agosto de 2012.

Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul. Programa Agita São Paulo – Programa de Promoção da Atividade Física do Estado de São Paulo. Governo do Estado de São Paulo, Secretaria do Estado da Saúde e CELAFISCS. São Caetano do Sul, 2002.

CHAU J.Y.; PLOEG H.P.; UFFELEN J.G.Z.; WONG J.; IRIPHAGEN I.; HEALY G.N.; GILSON N.D.; DUNSTAN D.W.; BAUMAN A.E.; OWEN N.; BROWN W.J. Are workplace interventions to reduce sitting effective? A systematic review. **Preventive Medicine**, v. 51, p. 352–356, 2010

CONN V.S.; HAFDAHL A.R.; COOPER P.S.; BROWN L.M.; LUSK S.L. Meta-Analysis of Workplace Physical Activity Interventions. **Am J Prev Med.**, v. 37, p. 330–339, 2009.

CORROCHANO M.C.; FERREIRA M.I.C.; FREITAS M.V.; SOUZA R. **Jovens e trabalho no Brasil: desigualdades e desafios para as políticas públicas**. São Paulo: Ação Educativa, Instituto ibi, 2008.

COSTA C.C.; BASTIAN M.D.; GEYER J.G.; CALVETTIA P.U.; MULEER M.C.; MORAES M.L.A. Qualidade de vida e bem estar espiritual em universitários de psicologia. **Psicologia em Estudo**, v. 13, p. 249-255, 2008.

COULSON J.C.; FOX K.R.; LAWLOR D.A.; TRAYERS T. Residents' diverse perspective soft e impact o neighbourhoo drenewalon quality of life and physical activity engagement: Improvements but unresolved issues. **Health & Place**, v. 17, p. 300–310, 2011.

COUSINEAU T.; HOULE B.; BROMBERG J.; FERNANDEZ K.C.; KLING W.C.; B;A. A Pilot Study of an Online Workplace Nutrition Program: The Value of Participant Input in Program Development. **J Nutr Educ Behav.**, v. 40, p.160-167.2008.

CRAIG C.; MARSHALL A.L.; SJOSTROM M.; BAUMAM A.; BOOTH M.L.; AINSWORTH B.E.; PRATT M.; EKELUND U.; YNGVE A.; SALLIS J.F.; OJA P. International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity. **Med. Sci. Sports Exerc.**, v. 35, p. 1381–1395, 2003.

CUSTÓDIO E.M.; MARCONI E.; GOMES M.R.R.; AVOGLIA H.R.C.; BASTOS I. Qualidade de vida entre universitárias: estudos preliminares com o WHOQOL – Bref. **Boletim da Academia Paulista de Psicologia**, v. 3, p. 47-57, 2004.

DANTAS R.A.S.; SAWADA H.O.; MALERBO M.B. Pesquisas sobre qualidade de vida: uma revisão da produção científica das Universidades Públicas do Estado de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, p. 532-538, 2003.

DEBOURDEAUDHUIJ L.; SALLIS J.F.; SAELENS B.E. Environmental correlates of physical activity in a sample of Belgian adults. **American Journal of Public Health**, v. 93, p. 83-92, 2003.

DEL POZO-CRUZ B.; GUSI N.; ADSUAR J.C.; DEL POZO-CRUZ J.; PARRACA J.A.; HERNANDEZ-MOCHOLÍ M. Musculoskeletal fitness and health-related quality of life characteristics among sedentary office workers affected by sub-acute, non-specific low back pain: a cross-sectional study. *Physiotherapy*, 2012.

DEL VECCHIO F.B.; CORRENTE J.E.; GONÇALVES A., FARIA M.M.; PADOVANI C.R.; VILARTA R. Análise multivariada da interação entre qualidade de vida e capacidades físicas. **Acta Med Port.**, v. 20, p. 131-137, 2007.

DELOROSO F.T. **Avaliação da aptidão física em diabéticos submetidos a programa de atividade física: repercussões sobre domínios e facetas da qualidade de vida** . Tese (doutorado) – Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2004.

Department of Health At least five a week: Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health. A report from the Chief Medical Officer. Crown Copyright. 2004.

Department for Transport. National Travel Survey 2004. Office of National Statistics, London. 2005.

Department for Work and Pensions, Department of Health, Health and Safety Executive Health, work and well-being – Caring for our future Crown Copyright. 2005.

DODSON E.A.; LOVEGREEN S.L.; ELLIOTT M.B.; HAIRE-JOSHU D.; BROWNSON R.C. Worksite policies and environments supporting physical activity in midwestern communities. **Am J Health Promot.**, v. 23, p. 51-55, 2008.

DOMELÉN D.R.V.; KOSTER A.; CASEROTTI P.; BRYCHTA R.J.; CHEN K.Y.; MCCLAIN J.J.; TROIANO R.P.; BERRIGAN D.; HARRIS T.B. Employment and Physical Activity in the U.S. **Am J Prev Med.**, v. 41, p. 136 –145, 2011.

DUGDILL L.; BRETTLER A.; HULME C.; MCCLUSKEY S.; LONG A.F. Workplace physical activity interventions: a systematic review. **Int. J. Health Plann. Manage**, v. 1, p. 20–40. 2008.

DUMITH S.C.; HALLAL P.C.; REIS R.S.; KOHL H.W. Worldwide prevalence of physical inactivity and its association with human development index in 76 countries. *Preventive Medicine*, v.53, p.24-28. 2011.

EACHAN M.C.R.; LAWTON R.J.; JACKSON C.; CONNER M.; LUNT J. Evidence, Theory and Context: Using intervention mapping to develop a worksite physical activity intervention. **BMC Public Health**, v. 8, p. 326, 2008.

EARLES A.C.; HEINEN L. **Employee health promotion: A legal perspective**. In: Pronk NP (Editor). *ACSM's Worksite Health Handbook, Second Edition. A Guide to Building Healthy and Productive Companies*. HumanKinetics, Champaign, IL, 2009.

EBERTH B.; SMITH M.D. Modelling the participation decision and duration of sporting activity in Scotland. **Economic Modelling**, v. 27, p. 822 -834, 2010.

EGUCHI Y.; OHTA M.; YAMATO H. Current trends in the effects of stretching: application to physical exercise in the workplace. **J UOEH**, v. 33, p. 247-53, 2011.

ENGBERS L.H.; POPPEL M.N.V.; PAW M.J.; MECHELEN W.V. Worksite health promotion programs with environmental changes: a systematic review. **Am J Prev Med.**, v. 29, p. 61–70, 2005.

European Agency for Safety and Health at Work, 2011. Stress, <http://osha.europa.eu/da/topics/stress/index.html> (retrieved 26.05.11).

FLECK M.P.A.; LOUZADA S.; XAVIER M.; CHACHAMOVICK E.; SANTOS L.; PIZON V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida “WHOQOL-brief”. **Rev. Saúde Pública**, v.34, p. 178-83, 2000.

FONSECA S.A.; FONSECA S.A.; BLANK V.L.G.; BARROS M.V.G.; NAHAS M.V. Percepção de saúde e fatores associados em industriários de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, p.567-576, 2008.

FONSECA V.R.; NOBRE M.R.C.; PRONK N.P.; SANTOS L.A. The Association Between Physical Activity, Productivity, and Health Care Utilization Among Employees in Brazil. **JOEM** , v. 52, n.7, 2010.

GILSON N.; PUIG-RIBERA A.; MCKENNA J.; BROWN W.; BURTON N.; COOKE C. Do walking strategies to increase physical activity reduce sitting in workplaces: a randomized control trial. **IJBNPA.**, v. 6, p. 43, 2009.

GOETZEL R.Z.; OZMINKOWSKI R.J.; BAASE C.M.; BILLOTTI G.M. Estimating the return on investment from changes in employee health risks on the Dow chemical company's health care costs. **J Occup Environ Med.**, v. 47, p. 759–68, 2005.

GOETZEL R.Z.; OZMINKOWSKI R.J. The health and cost benefits of work site health-promotion programs. **Annu Rev Public Health**, v. 29, p. 303-23, 2008.

GOLASZEWSKI T. The limitations and promise of health education in managed care. **Health Educ Behav.**, v. 27, p. 402–16, 2000.

GOLD M.R.; SIEGEL J.E.; RUSSELL L.B.; WEINSTEIN M.C. **Cost- Effectiveness in Health and Medicine**. New York, NY: Oxford University Press, 1996.

GONÇALVES A.; VILARTA R. **Qualidade de vida e atividade física: explorando teorias e práticas**. Barueri: Manole, 2004.

GONÇALVES A.; GUTIERREZ G.L.; VILARTA R. (Orgs.). **Gestão da Qualidade de Vida na Empresa**. Campinas: IPES Editorial, 2005.

GLASGOW R.E.; VOGT T.M.; BOLESET S.M. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. **Am J Public Health**, v. 89, p. 1322–1327, 1999.

GRIFFIN-BLAKE C.S.; DEJOY D.M. Evaluation of social-cognitive versus stage-matched, self-helped physical activity interventions at the workplace. **Am J Health Promot.**, v.20, p. 200-209, 2006.

GUTIERREZ G.L.; VILARTA R.; MENDES, R.T. (Orgs.). **Políticas públicas, qualidade de vida e atividade física**. Campinas: IPES Editorial, 2011.

GUIMARÃES A.C.A.; BAPTISTA F.M. Índice de Massa Corporal e Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Mulheres de Meia-Idade. **Rev Bras Clin Med.** n. 6, p. 228-232, 2008.

GROENEVELD I.F.; PROPER K.I.; VAN DER BEEK A.J.; HILDEBRANDT V.H.; MECHELEN W.V. Lifestyle-focused interventions at the workplace to reduce the risk of cardiovascular disease – a systematic review. **Scandinavian Journal of Work Environment & Health**, v. 36, p. 202–215, 2010.

HAIR JUNIOR F.; ANDERSON R.E.; TATHAM R.L.; BLACK W. C. **Análise multivariada de dados**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HALLAL P.C.; VICTORA C.G.; WELLIS J.C.; LIMA R.C. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. **Med. Sci. Sports**, v. 35, p. 1894-1900, 2003.

HALLAL P.C.; GOMEZ L.F.; PARRA D.C.; LOBELO F.; MOSQUERA J.; FLORINDO A.A.; REIS R.S.; PRATT M.; Sarmiento O.L. Lições Aprendidas Depois de 10 Anos de Uso do IPAQ no Brasil e Colômbia. **Journal of Physical Activity and Health**, v. 7, p. 259-264, 2010.

HALLAL P.C.; BAUMAN A.A.; HEATH G.W.; KOHL H.W.; LEE I-MIN, PRATT M. Physical activity: more of the same is not enough. **The Lancet**, Published Online July 18, 2012a.[Accessed 28 de agosto 2012].

HALLAL P.C.; ANDERSEN B.O.; BULL F.C.; GUTHOLD R.; HASKELL W.; EKELUND U.L.F. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *The Lancet*, v. 380, p. 247–57, 2012b.

HAMMOND S.L.; LEONARD B.; FRIDINGER F. The Centers for Disease Control and Prevention Director's Physical Activity Challenge: an evaluation of a worksite health promotion intervention. **Am J Health Promot.**, v. 15, p. 17–20, 2000. Institute of Medicine, Committee to Assess Training Needs for Occupational Safety and Health Personnel in the United States. Safe work in the 21st century: education and training needs for the next decade's occupational safety and health personnel. Washington, DC, National Academies Press, 2000.

HARRIS J.R.; LICHIELLO P.A.; HANNON P.A. Workplace health promotion in Washington State. **Prev Chronic Dis.**, v. 6, n.1, 2009.

HASKELL W.; LEE I.; PATE R.; POWELL K.; BLAIR S.; FRANKLIN B.; MACERA C.; HEATH G.; THOMPSON P.; BAUMAN A. Physical activity and public health: Updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Med. Sci. Sports Exerc.**, v. 39, p. 1423-1434, 2007.

HASKELL W.; BLAIR S.N.; HILL J.O. Physical activity: Health outcomes and importance for public health policy. **Preventive Medicine**, v. 49, p. 280–282, 2009.

HEALY G.N.; DUNSTAN D.W.; SALMON J.; SHAW J.E.; ZIMMET P.Z.; OWEN N. Television time and continuous metabolic risk in physically active adults. **Med. Sci. Sports Exerc.**, v. 40, p. 639–645, 2008.

HEALY G.N.; MATTHEWS C.E.; DUNSTAN D.W.; WINKLER E.A.H.; OWEN N. Sedentary time and cardio-metabolic biomarkers in US adults: NHANES 2003-06. **European Heart Journal**, v. 32, p. 590-597, 2011.

HEALY G.N.; LAWLER S.P.; THORP A.; NEUHAUS M.; ROBSON E.L.; OWEN N.; DUNSTAN D.W. **Reducing prolonged sitting in the workplace (An evidence review: full report)**. Melbourne, Australia: Victorian Health Promotion Foundation, 2011.

HEATH G.W.; BROWNSON R.C.; KRUGER J.; MILES R.; KENNETH E. POWELL K.E.; RAMSEY L.T.; and the Task Force on Community Preventive Services. The effectiveness of urban design and land use and transport policies and practices to increase physical activity: a systematic review. **J Phys Act Health**, v. 3, p. 55–76, 2006.

HERMAN C.W.; MUSICH S.; LU C.; SILL S.; YOUNG J.M.; EDINGTON D.W. Effectiveness of an incentive-based online physical activity intervention on employee health status. **J Occup Environ Med.**, v. 48, p. 889–895, 2006.

HIGGINS S.W.; LAUZON L.L.; BRATSETH Y.C.; MC LEOD N. Wellness 101: health education for the university student. **Health Education**, v.110, p. 309-327, 2010.

HUMPHREYS B.R.; RUSESKI J.E. The economics of participation and time spent in physical activity. Department of Economics, University of Alberta. **Working Paper Series**, Paper No. 2009 e 09, 2009.

HESS J.A.; HECKER S. Stretching at work for injury prevention: issues, evidence, and recommendations. **Applied Occupational and Environmental Hygiene**, v. 18, p. 331-338, 2003.

HOEHNER C.M.; SOARES J.; PEREZ D. P.; RIBEIRO I.C.; JOSHU C.E.; PRATT M.; LEGETIC B.D.; MALTA D.C.; MATSUDO V. R.; RAMOS L.R.; EDUARDO J. ; SIMÕES E.J.; BROWNSON R.C. Physical Activity Interventions in Latin America A Systematic Review. **Am J Prev Med**, v. 34. p. 224 – 236ea. 2008.

IBGE: Rio de Janeiro, 2006.

Institute of Medicine, Committee to Assess Worksite Preventive Health Program Needs for NASA Employees. Food and Nutrition Board. Integrating employee health: a model program for NASA. Washington, DC, National Academies Press, 2005.

IPAQ Group. Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). http://www.ipaq.ki.se/dloads/IPAQ%20LS%20Scoring%20Protocols_Nov05.pdf, 2005, [Accessed 22 de setembro 2012].

JANS M.P.; PROPER K.I.; HILDEBRANDT V.H. Sedentary behavior in Dutch workers: differences between occupations and business sectors. **Am J Prev Med.**, v. 33, p. 450–4, 2007.

KANTEN S.; SADULLAH O. An Empirical Research on Relationship Quality of Work Life and Work Engagement. *Procedia - Social and Behavioral Science*, v.62, p. 360–366, 2012.

KATZMARZYK P.T.; CHURCH T.S.; CRAIG C.L.;BOUCHARD C. Sitting time and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer. **Med Sci Sports Exerc.**, v. 41, p. 998 –1005, 2009.

KOONMEE K.; SINGHAPAKDI A.; VIRAKUL B.; LEE D. J. Ethics institutionalization, quality of work life, and employee job-related outcomes: A survey of human resource managers in Thailand. **Journal of Business Research**, v. 63, p. 20–26, 2010.

KREIS J.; BODEKER W. **Health-related and economic benefits of workplace health promotion and prevention: Summary of the scientific evidence**. BKK Bundesverband; Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften – HVBG; Berufsgenossenschaftliches Institut Arbeit und Gesundheit – BGAG; 2004.

KRISTAL-BONEH E.; HARARA G.; MELAMED S. Association of physical activity at work with mortality in Israeli industrial employees: the CORDIS study. **J Occup Environ Med.**, v. 42, p. 127-135, 2000.

LEE I.M.; SHIROMA E.J.; LOBELO F.; PUSKA P.; BLAIR S.N.; KATZMARZYK P.T. For the Lancet Physical Activity Series Working Group. Effects of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. **The Lancet**, v. 380, p. 219–29, 2012.

LEITZMANN M.F.; PARK Y.; BLAIR A.; BALLARD-BARBASH R.; MOUW T.; HOLLENBECK A.R.; SCHATZKIN A. Physical activity recommendations and decreased risk of mortality. **Arch. Int. Med.**, v. 167, p. 2453–2460, 2007.

LEGNANI R.F.S.; GUEDES D.P.; LEGNANI E.; BARBOSA FILHO V.C.; Campos W. Fatores motivacionais associados à prática de exercício em estudantes universitários. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, v.33, p. 761-772, 2011.

LERNER D.J.; AMICK B.C.; ROGERS W.H.; MALSPEIS S.; BUNGAY K.; CYNNE D. The Work Limitations Questionnaire. **Med Care**, v. 39, p. 72– 85, 2001.

LESLIE E.; SAELENS B.; FRANK L.; OWEN N.; BAUMAN A.; COFFE N.; HUGO G. Residents' perception of walkability attributes in objectively different neighbourhoods: a pilot study. **Health & Place**, v.11, p.227-236, 2005.

LIMA V.A. **Efeitos de um programa de exercícios físicos no local de trabalho sobre a flexibilidade e percepção de dor musculoesquelética entre trabalhadores de escritório**. Dissertação (mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.

LIMONGI-FRANÇA A.C. Qualidade de Vida no trabalho: conceitos, abordagens, inovações e desafios nas empresas brasileiras. **Revista brasileira de medicina psicossomática**. v.1, p. 79-83, 1997.

LIMONGI-FRANÇA A.C.; ZAIMA G. **Gestão de qualidade de vida no trabalho-GQVT: com ênfase em pessoas, equipes e liderança.** In: BOOG, Gustavo; BOOG, Magdalena (coord.). Manual de gestão de pessoas e equipes: estratégias e tendências, volume 1. São Paulo: Gente, 2002.

LINO D.; PIANTA F. Saúde e trabalho: conceitos gerais. Manual “Conteúdos Básicos para uma ação sindical” editado pela CUT e Cadernos de Saúde do Trabalhador “Manual do Delegado Sindical”. Disponível em http://atrav.itcilo.org/english/calendar/2002/A1.../01_Conceitos.doc. Acesso 06/03/2012.

LOEPPKE R.; TAITEL M.; RICHLING D.; PARRY T.; KESSLER R.; HYMEL P.; KONICKI D. Health and productivity as a business strategy. **J Occup Environ Med.**, v. 49, p. 712-21, 2007.

LOTTRUP L.; STIGSDOTTER1 U.K.; MEILBY H.; CORAZON S.S. Associations between use, activities and characteristics of the outdoor environment at workplaces. **Urban Forestry & Urban Greening**, v. 11, p.159– 168, 2012.

LUCOVE J.C. Worker's perception about worksite policies and environments and their association with leisure-time physical activity. **Am J Health Promot.**, v. 21, p. 196–200, 2007.

LUTTMANN A.; KLAUS-HELMUT K.S.; JÄGER M. Working conditions, muscular activity and complaints of office workers. **International Journal of Industrial Ergonomics**, v. 40, p. 549-559, 2010.

LYNCH W.D.; CHIKAMOTO Y.; IMAI K.; LIN T.; KENKEL D.S.; OZMINKOWSKI R.J.; GOETZEL R.Z. The Association between Healthy Risks and Medical Expenditures in a Japanese Corporation. **Am J Health Promot.**, v. 19, n. 3, 2005.

MACIEL E.S.; SONATI J.G.; Modeneze D.M.; VASCONCELOS J.S.; VILARTA R. Consumo alimentar, estado nutricional e NAF em comunidade universitária brasileira. **Rev. Nutr.**, v.25, n.6, 2012.

MACIEL, E. S. **Perspectiva do consumidor perante produto proveniente da cadeia produtiva de tilápia do Nilo rastreada (*Oreochromis niloticus*) – consumo de pescado e qualidade de vida** . [tese]. Piracicaba: Universidade de São Paulo; 2011.

MACIEL E.S. **Qualidade de vida: análise da influência do consumo de alimentos e estilo de vida**. 2006. 184 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola Superior de Agricultura “Luiz de Queiroz”, Universidade de São Paulo, Piracicaba, 2006.

MAJESTIC E. Public health’s inconvenient truth: the need to create partnerships with the business sector. **Prev Chronic Dis.**, v.6, n. 2, 2009.

MARCUS B.H.; BOCK B.C.; PINTO B.M; FORSYTH L.H.; ROBERTS M.B.; TRAFICANTE R.M. Evaluation of motivationally tailored vs. standard self-help physical activity interventions at the workplace. **Am J Health Promot.**, v. 2, p. 246–253,1998.

MARCONDELLI P.; COSTA T.H.M.; SCHMITZ B.A.S.NAF e hábitos alimentares de universitários do 3º ao 5º semestres da área da saúde. **Rev. Nutr.**, v. 21, n. 1, 2008.

MARSHALL A.; LESLIE E.; BAUMAN A.; MARCUS B.; OWEN N. Print versus website physical activity programs: a randomized trial. **Am. J. Prev. Med.**, v.25, p. 88–94, 2003.

MARCHI NETTO F.L.; BANKOFF A.D.P. A promoção da saúde pela via da atividade física e do esporte. **Revista Vita et Sanitas**, v. 1, n. 1, 2007.

MALAVASI L.; DUARTE M.; BOTH J.; REIS R. Escala de mobilidade ativa no ambiente comunitário – News Brasil: Retradução e Reprodutibilidade. **Rev. Bras.Cineantropom. Desempenho Hum.**, v. 9, p. 339-350, 2007.

MALAVASI L. **Escala de mobilidade ativa em ambiente comunitário (news - versão brasileira): validade e fidedignidade.**- Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis – SC, 2006.

MARCUS B.H.; FORSYTH L.H. How are we doing with physical activity? **Am J Health Promot.**, v.14, p. 118 –24, 1999.

MARCUS B.H.; FORSYTH L.H. **Motivating people to be physically active.** Champaign: Human Kinetics, 2003.

MEDEIROS L.R.F; FERREIRA M.C. Qualidade de Vida no Trabalho: uma revisão da produção científica de 1995-2009. **Gestão Contemporânea**, n. 9, p. 9-34, 2011.

MENDES R.; DIAS E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista Saúde Pública**, v. 25, p.341-349, 1991.

MOKDAD A.H.; MARKS J.S.; STROUP D.F.; GERBERDING J.L. Actual causes of death in the United States, 2000. **JAMA**, v. 291, p. 1238-45, 2004.

MONDENEZE M.D. **Qualidade de vida de portadores de diabetes mellitus tipo ii frente às oscilações no NAF, aspectos socioeconômicos e presença de comorbidades [tese].** Campinas: Universidade de Campinas, 2011.

MORGAN P.J.; COLLINS C.E.; PLOTNIKOFF R.C.; COOK A.T.; BERTHON B.; MITCHELL S.; CALLISTER R. Efficacy of a workplace-based weight loss program for overweight male shift workers: The Workplace POWER (Preventing Obesity Without Eating like a Rabbit) randomized controlled trial. **Preventive Medicine**, v.52, p. 317–325, 2011.

MORRIS J.N.; HEADY J.A.; RAFFEL P.A.B.; ROBERTS C.G.; PARKS J.W. Coronary heart disease and physical activity at work. **The Lancet**, v.2, p.1053-7, 1111-20, 1953.

MHURCHU C.N.; ASTON L.M.; JEBB S.A. Effects of worksite health promotion interventions on employee diets: a systematic review. **BMC Public Health**., v. 10, 2010.

NAHAS M.V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. Londrina: Midiograf, 2003.

NAHAS M.V.; GARCIA L.M.T. Um pouco de história, desenvolvimentos recentes e perspectivas para a pesquisa em atividade física e saúde no Brasil. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, v.24, p.135-48, 2010.

NG S.W.; NORTON E.C.; POPKIN B.M. Why have physical activity levels declined among Chinese adults? Findings from the 1991-2006 China health and nutrition surveys. **Social Science & Medicine**, v. 68, p. 1305-1314, 2009.

NG S.W.; POPKIN B.M. “Time use and physical activity: a shift away from movement across the globe”. **Obesity Reviews**, v. 13, p. 659–680, 2012.

NOOR S.M.; ABDULLAH M.A. Quality Work Life among Factory Workers in Malaysia. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, v. 35, p. 739 – 745, 2012.

OUPPARA N.S.; SY M.V.U. Quality of Work Life Practices in a Multinational Company in Sydney, Australia. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, v. 40, p. 116 – 121, 2012.

O'DONNELL M.P. Evolving definition of health promotion: what do you think? **American Journal of Health Promotion**, v.23, p.IV, 2008.

Office for National Statistics. Labour force survey: employment status by occupation, April-June 2011. www.ons.gov.uk/ons/publications/rereference-tables.html?edition_tcm%3A77-215723.

OLIVEIRA J.A.C.; GUIMARÃES L.A.M. Qualidade de vida de estudantes universitários de Educação Física. **Pulsar**, Juniaí. Disponível em:<www.esef.br/revista/index.php/pulsar/article/view/14/29>. Acesso em: 30 nov. 2010.

OMS - Organización Mundial De La Salud - Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las américas. Washington, v.1, n.549, 1996.

OPDENACKER J.; BOEN F. Effectiveness of face-to-face versus telephone support in increasing physical activity and mental health among university employees. **J. Phys. Act Health**. v.5, p. 830–843, 2008.

Organização Mundial da Saúde Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais. /OMS; tradução do Serviço Social da Indústria. – Brasília: SESI/DN, 2010.

ØSTERÅS H.; HAMMER S. The effectiveness of a pragmatic worksite physical activity program on maximal oxygen consumption and the physical activity level in healthy people. **J. Bodyw. Mov. Ther.**, v. 10, p. 51–57, 2006.

OWEN N.; SUGIYAMA T.; EAKIN E.E.; GARDINER P.A.; TREMBLAY M.S.; SALLIS J.F. Adults' sedentary behavior determinants and interventions. **Am J Prev Med.**, v.41, p. 189–96, 2011.

OZMINKOWSKI R.; GOETZEL R.; CHANG S.; LONG S.R. The application of two health and productivity instruments at a large employer. **J Occup Environ Med.**, v. 46, p. 635–48, 2004.

PALMA A. Atividade física, processo saúde-doença e condições sócioeconômicas: uma revisão da literatura. **Rev. paul. Educ. Fis.**, v. 14, p. 97-106, 2000.

PEDERSEN M.T.; BLANGSTED A.K.; ANDERSEN L.L.; JORGENSEN M.B.; HANSEN E.A.; SJOGAARD G. The effect of worksite physical activity intervention on physical capacity, health, and productivity: a 1-year randomized controlled trial. **J Occup Environ Med.**,v.51, p. 759-70, 2009.

PEDROSO B.; PILATTI L.A.; REIS D.R. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-100 utilizando o Microsoft Excel. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 1, n. 1, p. 23-32, 2009.

PETERSON J.J.; LOWE J.B.; PETERSON N.A.; JANZ K. F. The relationship between active living and health-related quality of life: income as a moderator. **Health Education Research**, v. 21, p.146-156, 2006.

PETRIBU, M. M. V.; CABRAL, P. C.; ARRUDA, I. K. G. Estado nutricional, consumo alimentar e risco cardiovascular: um estudo em universitários. **Rev. nutr.**, v. 22, n. 6, 2009.

PEREIRA C.C.D.A. **Efeitos de um programa de ginástica laboral sobre as principais sintomatologias das lesões por Esforço Repetitivo/ Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/ DORT): dor e fadiga.** [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília, 2009.

PITANGA F.J.G. **Epidemiologia da atividade física, exercício físico e saúde.** São Paulo: Phorte, 2004.

PLOTNIKOFF R.; MCCARGAR L.; WILSON P.; LOUCAIDES C., Efficacy of an email intervention for the promotion of physical activity and nutrition behavior in the workplace context. **Am. J. Health Promot.** v. 19, p. 422–429, 2005.

PLOTNIKOFF R.C.; BRUNET S.B.; KOURNEYA K.S.; SPENCE J.C.; BIRKETT N.J.; MARCUS B.M. ;WHITELEY J.W. The efficacy of stage-matched and standard public health materials for promoting physical activity in the workplace: The Physical Activity Workplace Study (PAWS). **American Journal of Health Promotion**, v.21, p.501-509, 2007.

PRATT M.; VUORI I.; LANKENAU B. Physical Activity Policy and Program Development: The Experience in Finland. **Public Health Rep.**, v. 119. May/June, 2004.

PRATT C.A.; LEMON S.C.; FERNANDEZ I.D.; GOETZEL R.; BERESFORD S.A.; SIMONE A FRENCH S.A; STEVENS V.J.; VOGT T.M.; WEBBER L.S. Design characteristics of worksite environmental interventions for obesity prevention. **Obesity**, v. 15, p. 2171–2180, 2007.

PRATT C.A. Findings from the 2007 Active Living Research conference implications for future research. **Am J Prev Med.**, v. 34, p. 366–8, 2008.

PROCHASKA J.O.; DICLEMENTE C.C. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 51, p. 390-395, 1983.

PROCHASKA J.O.; NORCROSS J.C.; DICLEMENTE C.C. In search of how people change: applications to addictive behaviors. **Am Psychol.**, v. 47, p. 1102-14, 1992.

PROCHASKA J.; MARCUS B. The transteoretical model: application to exercise. In: Dishiman, R. (ed.). *Advances In exercise adherence*. Champaign. IL. **Human Kinetics**, p. 1661-80, 1994.

PRONK S.J.; et al. Impact of a daily 10-minute strength and flexibility program in a manufacturing plant. **Am J Health Promot.**, v. 9, p. 175–178, 1995.

PRONK N.; MARTINSON B.; KESSLER R.C.; BECK A.; SIMON G.E.; WANG P. The Association between Work performance and Physical Activity, Cardiorespiratory Fitness, and Obesity. **J Occup Environ Med.** v. 46, p.19-25, 2004.

PRONK N.P.; KOTTKE T.E. Physical activity promotion as a strategic corporate priority to improve worker health and business performance. **Preventive Medicine**, v. 49, p. 316–321, 2009.

PROPER K.I.; KONING M.; BEEK A.J.V.; HILDEBRANDT V.H.; BOSSCHER R.J.; MECHELEN W.V. The effectiveness of worksite physical activity programs on physical activity, physical fitness, and health. **Clin J Sport Med.**, v. 13, p. 106–17, 2003.

PUN J.C.; BURGEL B.J.; CHAN J.; LASHUAY N. Education of garment workers: prevention of work related musculoskeletal disorders. **AAOHN J**, v. 52, p. 338-43, 2004.

QUINTILIANI L.; et al. **The workplace as a setting for interventions to improve diet and promote physical activity**. World Health Organization. Geneva, Switzerland, 2008.

REIS H.F.C.; LADEIA A.M.T.; PASSOS E.C.; SANTOS F.G.O.; WASCONCELLOS L.T.; CORREIA L.C.L.; MENEZES M.S.; SANTOS R.D.G.; BOMFIM V.G.; ROCHA M.S. Prevalência e Variáveis Associadas à Inatividade Física em Indivíduos de Alto e Baixo Nível Socioeconômico. **Arq Bras Cardiol.**, v. 92, p. 203-208, 2009.

ROBERTSON M.M.; CIRIELLO V.M.; GARABET A.M. Office ergonomics training and a sit-stand workstation: Effects on musculoskeletal and visual symptoms and performance of office workers. **Applied Ergonomics**, v. 44, p. 73-85, 2013.

ROBROEK S.; LENTHE F.V.; EMPELEN P.V.; BURDORF A. Determinants of participation in worksite health promotion programmes: a systematic review. **IJBNPA**, v.6, p. 26, 2009.

RODRIGUES A.L.A. **Impacto de um programa de exercícios no local de trabalho sobre o NAF e o estágio de prontidão para a mudança de comportamento.**[dissertação]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2009.

RONGEN A.; ROBROEK S.J.W.; LENTHE F.J.V.; BURDORF A. Workplace Health Promotion A Meta-Analysis of Effectiveness. **Am J Prev Med.**, v. 44, p. 406–415, 2013.

ROUQUAYROL Z.M.; ALMEIDA-FILHO N. **Epidemiologia e Saúde**. 6ª Edição. Guanabara Koogan. 2009.

RYAN C.G.; GRANT P.M.; DALL P.M.; GRANAT M.H. Sitting patterns at work: objective measurement of adherence to current recommendations. **Ergonomics**, v.54, p. 531– 8, 2011.

SÁVIO K.E.O.; COSTA T.H.M.; SCHMITZ B.A.S.; SILVA E.F. Sexo, renda e escolaridade associados ao NAF de trabalhadores. **Rev Saúde Pública**, v. 42, p. 457-63. 2008.

SEVICK M.A.; NAPOLITANO M.A.; PAPANDONATOS G.D.; GORDON A.J.; REISER L.M; MARCUS B.H. Cost-effectiveness of alternative approaches for motivating activity in sedentary adults: Results of Project STRIDE. **Preventive Medicine**, v. 45, p. 54–61, 2007.

SAELENS B.E.; SALLIS J.F.; BLACK J.B.; CHEN D. Neighborhood-based differences in physical activity: An environment scale evaluation. **American Journal of Public Health**, v. 93, p. 1552-1558, 2003.

SAUPE R.; NIETCHE E.A.; CESTARI M.E.; GIORGI M.D.M.; KRAHL M. Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, p. 636-642, 2004.

SÁVIO K.E.O.; COSTA T.H.M.; SCHMITZ B.A.S.; SILVA E.F. Sexo, renda e escolaridade associados ao nível de atividade física de trabalhadores. **Rev Saúde Pública**, v. 42, p.457-63. 2008.

SIMÃO C.B.; NAHAS M.V.; OLIVEIRA E.A.A. Atividade física habitual, hábitos alimentares e prevalência de sobrepeso e obesidade em universitários da Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC, Lages. S.C. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. p- 3-12, 2012.

SILVA T.T.R. **Estratégias organizacionais para a promoção de saúde e qualidade de vida: avaliando a qualidade de vida no trabalho**. -- [dissertação], UNICAMP. Campinas, SP, 2008.

SILVERWOOD R.J.; PIERCE M.; NITSCH D.; MISHRA G.D.; KUH D. Is Intergenerational Social Mobility Related to the Type and Amount of Physical Activity in Mid-Adulthood? Results from the 1946 British Birth Cohort Study. **Ann Epidemiol** v.22, p. 487–498. 2012.

SIRGY M.J.; EFRATY D.; SIEGEL P.; LEE D.J. A new measure of quality of work life (QWL) based on need satisfaction and spillover theory. **Soc Indic Res.**, v. 55, p. 241–302, 2001.

SOAR C.; SILVA P.S.; LIRA J.G. Consumo alimentar e atividade física de estudantes universitários da área de saúde. **Revista Univap**, v. 18, n. 31, 2012.

SÖRENSEN L.E.; PEKKONEN M.M.; MÄNNIKÖ K.H.; LOUHEVAARA V.A.; SMOLANDER J.; ALÉN A.J. Associations between work ability, health-related quality of life, physical activity and fitness among middle-aged men. **Applied Ergonomics**, v. 39, p.786-791, 2008.

SORENSEN G.; BARBEAU E.; STODDARD A.M.; HUNT M.K.; KIMBERLY KAPHINGST K.; WALLACE L. Promoting behavior change among working-class, multiethnic workers: results of the Healthy Directions—Small Business Study. **Am J Public Health**., v. 95, p. 1389–1395, 2005.

SKOGLUND, M. J.; K. LAMPA K.W.E.; NORBÄCK D. Qigong training and effects on stress, neck-shoulder pain and life quality in a computerised office environment. **Complementary Therapies in Clinical Practice**. v. 17, p. 54-57, 2011.

SOUZA M.E.S.N. **Qualidade de vida e nível de atividade física de funcionários de empresa de tecnologia da comunicação** / Marcos Eduardo Sales Nunes de Souza. - Campinas, SP: [s.n], 2010.

SPARLING P.B. Worksite health promotion: principles, resources, and challenges. **Prev Chronic Dis.**, v. 7, n. 1, 2010. http://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/jan/09_0048.htm. Accessed [fevereiro de 2012].

Task Force on Community Preventive Services. A systematic review of selected interventions for worksite health promotion: the assessment of health risks with feedback. (www.thecommunityguide.org) 2008.

TAMBELLINI A.T. Da medicina do trabalho à saúde dos trabalhadores. In: Congresso da Associação Nacional de Medicina do Trabalho, 5o, Florianópolis, 1987. Anais. Florianópolis. **ANAMT**, 1987.

TAYLOR W. Transforming work breaks to promote health. Inter-individual. **Am J Prev Med.**, v. 29, p. 461–465, 2005.

The Healthy Workforce Act introduced in the Senate by Senators Tom Harkin (D-IA) and Gordon Smith (R-OR) on July 9, 2007. (see http://healthpromotionadvocates.org/legislative_priorities.htm; accessed 11/3/08).

The Bicycle Commuter Act: the bike commuter tax benefit has passed both House and Senate and President Bush signed the legislation into law. (see: <http://www.vabike.org/bike-commuter-tax-benefit-passes-both-housesenate/>; Accessed 11/3/2012).

THORP A.A.; OWEN N.; NEUHAUS M.; DUNSTAN D.W. Sedentary behaviors and subsequent health outcomes in adults: a systematic review of longitudinal studies, 1996 – 2011. **Am J Prev Med.**, v. 41, p. 207–15, 2011.

TREMBLAY M.S.; COLLEY R.C.; SAUNDERS T.J.; HEALY G.N.; OWEN N. Physiological and health implications of a sedentary lifestyle. **Appl Physiol Nutr Metab.**, v. 35, p.725– 40, 2010.

TIGBE W.W.; LEAN M.E.J.; GRANAT M.H. A physically active occupation does not result in compensatory inactivity during out-of-work hours. **Preventive Medicine**, v. 53, p. 48–52, 2011.

TROIANO R.P.; BERRIGAN D.; DODD K.W.; MÂSSE L.C.; TILERT T.; MCDOWELL M. Physical activity in the United States measured by accelerometer. **Med Sci Sports Exerc.**, v. 40, p. 181–8, 2008.

UK Department of Health, Physical Activity, Health Improvement and Prevention, At Least Five a Week: Evidence on the Impact of Physical Activity and Its Relationship to Health: A Report From the Chief Medical Officer. Department of Health, Great Britain. 2004.

UN. 2011 High level meeting on prevention and control of non-communicable diseases. General Assembly. New York, NY: United Nations, 2011.

U.S. Preventive Services Task Force. Postmenopausal Hormone Replacement Therapy for Primary. Prevention of Chronic Conditions: Recommendations and Rationale. *Ann Intern Med.* 137:834-839. 2002.

U.S. Department of Health and Human Services Physical activity and health: A report of the Surgeon General. 1996.

VILARTA R.; GONÇALVES A. **Qualidade de vida: concepções básicas voltadas à saúde.** In: Gonçalves, A.; Vilarta, R. (orgs). *Atividade física e qualidade de vida: explorando teoria e prática.* Barueri: Manole, 2004.

VILARTA R.; BOCCALETTO E.M.A.B. (Orgs.) **Atividade Física e Qualidade de Vida na Escola: Conceitos e Aplicações Dirigidos à Graduação em Educação Física.** Campinas: IPES, 2008.

VILARTA R.; GUTIERREZ G.L (Orgs.). **Qualidade de vida no ambiente corporativo.** Campinas, SP: IPES Editorial, 2008.

VELÁSQUEZ M.T.; TORRES-NEIRA, D.; SÁNCHEZ-MARTÍNEZ H. Análisis psicológico de la actividad física en estudiantes de una universidad de Bogotá, Colombia. **Revista de Salud Pública**, v. 8, p. 1-12, 2006.

VERWEIJ L.M.; COFFENG J.; MECHELEN W.V.; PROPER K.I. Meta-analyses of workplace physical activity and dietary behaviour interventions on weight outcomes. **Obes Rev.**, v.12, p. 406 –29, 2011.

WALTON R. Quality of working life: what is it? *Slow Management Review*, v.15, n.1, p. 11-21, 1973.

WELCH N.; MCNAUGHTON S.A.; HUNTER W.; HUME C.; CRAWFORD D. Is the perception of time pressure a barrier to healthy eating and physical activity among women? **Public Health Nutrition**, v. 23, p. 1-8, 2008.

WILLIAMS; ANDREW E.;VOGT T.M.; STEVENS V.S.; ALBRIGHT C.A.; NIGG C.R.; MEENAN R.T.; FINUCANE M.L. Work, Weight, and Wellness: the 3W Program: a worksite obesity prevention and intervention trial. **Obesity**, v.15, p.16–26, 2007.

WHOQOL GROUP - World Health Organization (Org.). WHOQOL Bref: Introduction, Administration, Scoring and generic version of the assessment. Geneva, 1996. Disponível em

<http://search.who.int/search?ie=utf8&site=default_collection&client=WHO&proxystylesh eet =WHO&output=xml_no_dtd&oe=utf8&q=whoqol+group>. Acesso em: 12 de setembro. 2012.

WHO/CDC Collaborating Center on Physical Activity and Health Promotion, Atlanta, 2000.

WHO. Global strategy on diet physical activity and health. Fifty-seventh world health assembly WHA57.17, 2004.

WHO. Global strategy on diet, physical activity and health: a framework to monitor and evaluate implementation. Geneva: WHO Press, 2006.

WHO. Preventing noncommunicable diseases in the workplace through diet and physical activity: WHO/World Economic Forum report of a joint event. World Health Organisation / World Economic Forum, Geneva, 2008.

WHO. Global recommendations on physical activity for health. World Health Organization, Switzerland, 2010.

WHO. Physical Inactivity: A Global Public Health Problem, 2011b. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheetinactivity/en/index.html> (retrieved 26.05.11).

WIJNDAELE K.; DUVIGNEAUD N.; MATTON L.; DUQUET W.; THOMIS M.; BEUNEN G.; LEFEVRE J.; PHILIPPAERTS R.M. Muscular strength, aerobic fitness, and metabolic syndrome risk in flemish adults. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 39, p. 233-40, 2007.

YANCEY A.K.; MCCARTHY W.J.; TAYLOR W.C.; MERLO A.; GEWA C.; WEBER M.D.; FIELDING J.E. The Los Angeles Lift Off: a sociocultural environmental change intervention to integrate physical activity into the workplace. **Prev Med**.v. 38, p. 848 – 56, 2004.

ZHANG J.; CHAABAN J. The Economic Cost of Physical Inactivity in China. **Preventive Medicine**, v. 56, p. 75-8, 2013.

YANG Z.Y.; YANG Z.; ZHU L.; QIU C. Human Behaviors Determine Health: Strategic Thoughts on the Prevention of Chronic Non-communicable Diseases in China. **Int J Behav Med.**, v.18, p. 295–301, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE I – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

PROJETO DE PESQUISA

Título: Impacto da associação de diferentes programas de atividade física aplicados no local de trabalho sobre o nível de atividade física e qualidade de vida relacionada à saúde em trabalhadores do setor administrativo de comunidade universitária.

Pesquisador: Cynara Cristina Domingues Alves Pereira

Versão: 2

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

CAAE: 00942812.5.0000.5404

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 22883

Data da Relatoria: 04/05/2012

Apresentação do Projeto:

A alta prevalência de sedentarismo da população trabalhadora do mundo todo é preocupante, pois, a falta de prática de atividade física aumenta os riscos em relação ao prejuízo da qualidade de vida relacionada à saúde, bem como a morbidade e mortalidade dos mesmos. As evidências científicas atuais, apesar de serem fundamentais, são insuficientes para indicar quais ações aplicadas no ambiente corporativo podem contribuir na minimização destes fatores.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a efetividade da associação de diferentes práticas de atividade física que colaboram na promoção de atividade física no local de trabalho (PAFT) como atividade física sistematizada (AFS), grupos de aconselhamento à prática de atividade física (GA) e grupos de treinamentos de exercícios (GTE) sobre o nível de atividade física e qualidade de vida relacionada à saúde em trabalhadores do setor administrativo da comunidade de ensino superior CEUNSP.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Por se tratar de um programa de ginástica laboral orientada e acompanhada por um profissional, por se tratar de apenas 10 minutos de atividade no local de trabalho e no máximo 20 minutos de caminhada assistida, não se prevêem riscos. Quanto aos benefícios, são os mesmos advindo da prática de atividade física.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de doutorado apresentado respeita os termos da Resolução 196/96.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE é adequado e está de acordo com a Resolução 196/96.

Recomendações:

Aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora respondeu às pendências, por isso o projeto está aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 17 de Maio de 2012

Assinado por:
Carlos Eduardo Steiner

APÊNDICE II- TERMO DE CIÊNCIA DA INSTITUIÇÃO



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.htm

1tu, de abril de 2012

TERMO DE CIÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

Eu Estevão Anganuzzi, pró-reitor do Centro Universitário Nossa Senhora do Patrocínio (CEUNSP) estou ciente de que a pesquisadora doutoranda Cynara Cristina Domingues Alves Pereira da Faculdade de Educação Física/UNICAMP, deseja realizar uma pesquisa nesta instituição de ensino superior, que tem como título: **Impacto da associação de diferentes intervenções no local de trabalho sobre o nível de atividade física e qualidade de vida relacionada à saúde em trabalhadores do setor administrativo de comunidade de ensino superior.**

Percebo que o CEUNSP possui uma comunidade universitária formada por docentes, discentes e trabalhadores administrativos que podem fazer parte dos grupos que serão estudados, bem como local disponível, onde é possível a aplicação das intervenções relacionadas às práticas de atividades físicas aplicadas no local de trabalho e da realização da coleta dos dados que ocorrerão em sua maioria pela internet e de forma presencial somente para os trabalhadores administrativos dos Campi, sendo que os dados serão coletados única e exclusivamente para o doutorado de Cynara Cristina Domingues Alves Pereira. A pesquisa será de caráter sigiloso, sendo apenas de interesse da Doutoranda, dos Avaliadores do Doutorado e Reitoria do CEUNSP. A identidade dos colaboradores da Instituição de Ensino será mantida em sigilo.

A participação dos trabalhadores administrativos do CEUNSP será de caráter voluntário, podendo ser interrompido a qualquer momento sem prévia comunicação.

No mais, coloco a disposição os horários necessários para mapeamento, implantação e realização dos mesmos.

Eu estou ciente e aprovo a realização da pesquisa que terá duração de 12 meses, assim que sair o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP.



Estevão Angaruzzi

Pró-reitor CEUNSP

+5.466.752/0001-80

Sociedade de Educação Nossa
Senhora do Patrocínio S/S Ltda.

Rua Madre Maria Basília, 965

Campina - CEP: 13.320-000

ITU - SP

Carimbo

APÊNDICE III- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

Nome: _____

Documento de identidade N° : _____

Cargo/função: Docente Discente Trabalhador administrativo

Gênero : M F

Data nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ N° _____

APTO: _____ Bairro: _____

Cidade _____ CEP: _____

TELEFONE: _____ DDD (____)

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Impacto da associação de diferentes intervenções no local de trabalho sobre o NAF e qualidade de vida relacionada à saúde em trabalhadores do setor administrativo de comunidade de ensino superior.

2. PESQUISADOR: Cynara Cristina Domingues Alves Pereira e Roberto Vilarta

CARGO/FUNÇÃO: Aluna Doutorado FEF/UNICAMP – Professor titular FEF UNICAMP.

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO **RISCO MÉDIO**
RISCO BAIXO **RISCO MAIOR**

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 24 meses

1 – Descrição da justificativa e dos objetivo(s)

A atividade física traz benefícios para aqueles que a praticam, em contra partida a maior parte das populações se encontram sedentárias. O que fazer para estimular a prática de atividade física? Qual tipo de atividade física aplicada no local de trabalho é mais atraente para a prática dos trabalhadores e qual traz melhores resultados? Nós convidamos você para participar desta pesquisa que tem como objetivo avaliar a efetividade da associação de diferentes intervenções que implicam sobre o NAF e qualidade de vida relacionada à saúde em trabalhadores do setor administrativo de comunidade de ensino superior.

2 – Descrição dos procedimentos que serão realizados, com seus propósitos e identificação dos que forem experimentais e não rotineiros:

Este estudo possui 2 fases: Na fase I todos os integrantes da comunidade de ensino superior (docentes, discentes e demais trabalhadores) que aceitarem assinar o TCLE, responderão a questionários postados em site na internet por uma única vez.

Na fase II os trabalhadores do setor administrativo que aceitarem participar desta fase serão sorteados para uma das 5 ações:

Grupo I: Não participar de nenhum Programa de Atividade física Sistematizada Aplicada no Local de Trabalho (PAFT).

Grupo II: Realizar 10 minutos de PAFT.

Grupo III: Realizar 10 minutos de PAFT + 2 sessões de 15 minutos por mês de aconselhamento à prática de atividade física em grupo.

Grupo IV: Realizar 10 minutos de PAFT + 2 sessões de 30 minutos por semana de caminhada no campus além de um aquecimento prévio e de um relaxamento posterior.

Nesta fase as avaliações serão no início, após 6 meses e após 1 ano de intervenção. Os questionários serão respondidos na internet. O estudo terá duração de 12 meses contando da data da primeira a última avaliação.

3 – Relação dos procedimentos rotineiros e como são realizados:

Você irá responder aos questionários pela internet, uma única vez, como: 1- Formulário sociodemográfico e de saúde: perguntas sobre dados pessoais, hábitos de vida e de saúde 2- Critério de Classificação econômica do Brasil: perguntas sobre os bens materiais. 3- Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ curto): perguntas sobre o tempo gasto de atividade física por dia em diferentes domínios. 4- WHOQOL- bref: perguntas sobre a sua percepção em relação a sua qualidade de vida relacionada á saúde. 5- Questionário de avaliação do estágio comportamental para a prática de atividade física: Perguntas sobre o que pensa em relação à prática de atividade física. 6- Questionário NEWS versão brasileira: perguntas sobre as barreiras para se praticar atividade física.

Para os integrantes da fase II, dependendo do grupo que faça parte, sua ação consistirá em não participar de nenhuma atividade ou em participar durante 1 ano de um programa de atividade física aplicado no local de trabalho também chamado de ginástica laboral, onde você fará exercícios de alongamento, fortalecimento, relaxamento, dinâmicas de grupo, além de sessões de orientação para a prática de atividade física e caminhadas. Além das respostas na internet você será avaliado no próprio local de trabalho, de forma individual, para coleta de avaliação do peso, da altura, circunferência cintura-quadril.

A coleta destes dados acontecerá uma (1) vez antes de iniciar as intervenções, após 6 meses de prática e ao final das intervenções.

4 – Descrição dos desconfortos e riscos esperados nos procedimentos dos itens 2 e 3: Nesta pesquisa não existe dano à saúde do participante e, portanto não há riscos previsíveis.

5 – Benefícios para o participante:

A mudança do ambiente de trabalho realizada pela oferta de atividade física é uma das estratégias que oportuniza a vivência de movimentos e melhora nos âmbitos fisiológicos e psicológicos dos trabalhadores participantes.

6 – Relação de procedimentos alternativos que possam ser vantajosos, pelos quais o participante pode optar:

Não há.

7 – Garantia de acesso:

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso ao pesquisador para esclarecimento de possíveis dúvidas, onde a doutoranda Cynara Cristina Domingues Alves Pereira poderá ser encontrada no seu local de trabalho ou no endereço Rua Madre Maria Clemente da Divina Providência, 41, Apto: 20. Bairro Jardim Faculdade. Itu/SP. Fone: (11) 2715 58 28 ou (11) 9237 58 28 e-mail: cynara.cristina @terra.com.br.

Caso queira denunciar ou reclamar sobre os aspectos éticos desta pesquisa o Comitê de Ética em Pesquisa/FCM/UNICAMP fica a disposição na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 – CEP 13083-887 Campinas – SP Fone (019) 3521-8936 ou 3521-7187 e-mail: cep@fcm.unicamp.br

È assegurada a liberdade da desistência em relação a participação na pesquisa e retirada do consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo a você.

È garantido que todas as informações obtidas serão mantidas confidencialmente e que os dados coletados serão utilizados somente para esta pesquisa e que suas avaliações serão mantidas em anonimato.

Você tem o direito de ser informado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando forem internos, de conhecimento considerados relevantes pelo pesquisador ou de quando forem externos, publicados em artigos científicos, até os resultados finais apresentados na tese.

Fica esclarecido que para a sua participação não haverá compensação financeira, mesmo porque não há necessidade de nenhum investimento por sua parte.

Eu, _____ declaro que compreendi o que foi informado e aceito participar da pesquisa proposta acima.

Local e data

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE IV: FÓRMULÁRIO COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, SOCIOECONÔMICO E CONDIÇÕES DE SAÚDE.

Data:

QUESTÕES:

1- Membro da comunidade CEUNSP () docente () discente () funcionário

2- Nome:

3- Idade: _____ anos

4- Sexo: () Masculino () Feminino

5- Data de nascimento:

6- Natural (cidade/Estado/país):

7- Qual (s) é sua origem étnica?

() Portuguesa

() Africana

() Italiana

() Índio

() Alemã

() Austríaco

() Polonesa

() Russo

() Japonesa

() Outra. Qual (s)?

8- Qual é a sua religião?

() Católica Apostólica Romana

() Evangélica

() Espírita

() Judaica

() Outras. Qual (s)?

9- Qual é o seu estado civil?

() Solteiro

() Casado

() Viúvo

() Divorciado/Separado

Outro. Qual?

10- Qual foi a sua principal ocupação na maior parte da sua vida?

Profissional Liberal Comerciante

Funcionário Público Outra. Qual?

Estudante Funcionário Administrativo

Professor Outra. Qual?

11- Atualmente, você está:

Aposentado Trabalhando

Afastado Outro. Qual?

12- Você faz trabalho remunerado? Sim Não

Profissional Liberal Comerciante

Funcionário Público Outra. Qual?

Estudante Funcionário Administrativo

Professor Outra. Qual?

Qual é a sua remuneração?

menor que 1 salário mínimo 1 a 2 salários mínimos 2 a 3 salários mínimos

5 a 8 salários mínimos 3 a 5 salários mínimos acima de 8 salários mínimos

13-Quantas horas por dia você trabalha?

menos que 8 horas Qtas? _____

mais que 8 horas Qtas? _____

14-Tempo de trabalho no CEUNSP:

menos de 1 ano 1 a 2 anos 2 a 3 anos 3 a 5 anos mais de 5 anos

15-Qual é o tipo de tarefa que vc desempenha mais?

leitura e digitação atendimento de telefone atendimento de balcão

serviços de manutenção serviços de limpeza docência/sala de aula

estudo

16- Você faz trabalho voluntário? Sim Não

Caso afirmativo:

Em que?

Qual é a sua remuneração?

menor que 1 salário mínimo 1 a 2 salários mínimos 2 a 3 salários mínimos

5 a 8 salários mínimos 3 a 5 salários mínimos acima de 8 salários mínimos

Quantas horas por dia você trabalha?

menos que 8 horas Qtas? _____

mais que 8 horas Qtas? _____

17- Qual a sua renda mensal familiar (salários mínimos)?

menor que 1 salário mínimo 1 a 2 salários mínimos 2 a 3 salários mínimos

5 a 8 salários mínimos 3 a 5 salários mínimos acima de 8 salários mínimos

18- Qual o seu nível de escolaridade (anos de estudo)?

Sem instrução 1 a 3 anos

4 a 7 anos 8 a 10 anos

11 a 14 anos >15 anos

19- Você tem alguma doença? Sim Não

Caso afirmativo:

Qual (s)?

Problema cardíaco Problema de coluna

Hipertensão/Pressão alta Catarata

Diabetes Câncer

- Osteoporose
- Reumatismo
- Depressão
- Artrose
- Outras. Qual (s)?
- Bronquite crônica
- Problema no sistema nervoso
- Labirintite
- Problema intestinal

20- Seu estado de saúde atual dificulta a prática de atividade física?

- Sim Não

Caso Afirmativo:

De que modo dificulta?

APÊNDICE V: QUESTIONÁRIO CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA DO BRASIL

1- Possui Televisão em cores?

- Sim
- Não

Quantos: 1 2 3 4 ou +

2- Possui Rádio?

- Sim
- Não

Quantos: 1 2 3 4 ou +

3- Possui Banheiro?

- Sim
- Não

Quantos? () 1 () 2 () 3 () 4 ou +

4- Possui Automóvel?

() Sim () Não

Quantos? () 1 () 2 () 3 () 4 ou +

5- Possui Empregada mensalista?

() Sim () Não

Quantas? () 1 () 2 () 3 () 4 ou +

6- Possui Aspirador de pó?

() Sim () Não

Quantos? () 1 () 2 () 3 () 4 ou +

7- Possui Máquina de lavar roupa?

() Sim () Não

Quantas? () 1 () 2 () 3 () 4 ou +

8- Possui Videocassete/ DVD?

() Sim () Não

Quantos? () 1 () 2 () 3 () 4 ou +

9- Geladeira e Freezer:

- () não possui geladeira nem freezer
- () possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer
- () possui geladeira de duas portas e não possui freezer
- () possui geladeira de duas portas e freezer
- () possui freezer mas não geladeira (caso raro mas aceitável)

Quantas? () 1 () 2 () 3 () 4 ou +

10- Qual a posição que ocupa em relação ao chefe da família?

- () é o próprio () cônjuge
- () Outra. Especificar:.....

11- Grau de instrução do chefe de família:

- () Analfabeto/Primário incompleto
- () Primário completo/Ginásial incompleto
- () Ginásial completo/Colegial incompleto

- () Colegial completo/Superior incompleto
() Superior completo

APÊNDICE VI. QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA – VERSÃO CURTA



QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA – VERSÃO CURTA –

Nome: _____
Data: ____/____/____ Idade : ____ Sexo: F () M ()

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. Este projeto faz parte de um grande estudo que está sendo feito em diferentes países ao redor do mundo. Suas respostas nos ajudarão a entender que tão ativos nós somos em relação à pessoas de outros países. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na **ÚLTIMA** semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são **MUITO** importantes. Por favor, responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação !

Para responder as questões lembre que:

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

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

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

dias ____ por **SEMANA** () Nenhum

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

horas: _____ Minutos: _____

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

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

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

horas: _____ Minutos: _____

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

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

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

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

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

_____ horas _____ minutos

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

_____ horas _____ minutos

APÊNDICE VII: QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO DE PRONDTÃO PARA A MUDANÇA DE COMPORTAMENTO EM RELAÇÃO À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Assinale SOMENTE UMA das alternativas abaixo que melhor represente o que você pensa em relação à realização de atividade física.

- (1) Eu não faço atividade física e não tenho intenção em começar.
- (2) Eu não faço atividade física, mas estou pensando em começar.
- (3) Eu faço atividade física algumas vezes, mas não regularmente.
- (4) Eu faço atividade física regularmente, mas iniciei nos últimos 6 meses.
- (5) Eu faço atividade física regularmente há mais de 6 meses.

ANEXO VIIa - Gabarito

Se marcar	Estágio de comportamento
1	Pré-contemplação
2	Contemplação
3	Preparação
4	Ação
5	Manutenção

APÊNDICE VIII: AVALIAÇÃO DO AMBIENTE PARA A REALIZAÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA - NEWS

NEWS - Brasil- Escala de Mobilidade

Gostaríamos de obter informações sobre a maneira como você percebe ou pensa sobre seu bairro. Por favor, responda às questões da maneira mais clara possível assinalando apenas uma alternativa para cada questão. Não há respostas certas ou erradas neste questionário. Sua identidade será mantida em sigilo.

A. Imediações da sua casa, redondeza. Dentre as residências do seu bairro...

1. Quantas são compostas por apenas uma família na redondeza do seu bairro?

Nenhuma Poucas Algumas A maioria Todas

2. Quantas são compostas por sobrados ou lares com 1-3 andares na redondeza do seu bairro?

Nenhuma Poucas Algumas A maioria Todas

3. Quantas são compostas por apartamentos ou conjuntos habitacionais com 1-3 andares na redondeza do seu bairro?

Nenhuma Poucas Algumas A maioria Todas

4. Quantas são constituídas por apartamentos ou conjuntos habitacionais com 4-6 andares na redondeza do seu bairro?

Nenhuma Poucas Algumas A maioria Todas

5. Quantas são constituídas por apartamentos ou conjuntos habitacionais com 7-12 andares na redondeza do seu bairro?

Nenhuma Poucas Algumas A maioria Todas

6. Quantas são constituídas por apartamentos ou conjuntos habitacionais acima de 13 andares na redondeza do seu bairro?

Nenhuma Poucas Algumas A maioria Todas

B. Comércio, lojas e outros estabelecimentos no seu bairro.

Quanto tempo você leva para deslocar-se de sua casa ao comércio mais próximo se tiver de caminhar até lá? Por favor, responda apenas uma alternativa(X) para cada comércio ou estabelecimento.

1. Loja de conveniência/Mercadinho/ Armazém *

1-5 min 6-10 min 11-20 min 21-30 min 31 min Não sei

2. Supermercado

1-5 min 6-10 min 11-20 min 21-30 min 31 min Não sei

3. Loja de material de construção

1-5 min 6-10 min 11-20 min 21-30 min 31 min Não sei

4. Feira/Feira Livre

1-5 min 6-10 min 11-20 min 21-30 min 31 min Não sei

5. Lavanderia

1-5 min 6-10 min 11-20 min 21-30 min 31 min Não sei

6. Loja de roupas

1-5 min 6-10 min 11-20 min 21-30 min 31 min Não sei

7. Correio

1-5 min 6-10 min 11-20 min 21-30 min 31 min Não sei

8. Biblioteca

1-5 min 6-10 min 11-20 min 21-30 min 31 min Não sei

9. Escola Fundamental

1-5 min 6-10 min 11-20 min 21-30 min 31 min Não sei

10. Outras escolas

1-5 min 6-10 min 11-20 min 21-30 min 31 min Não sei

11. Livraria

1-5 min 6-10 min 11-20 min 21-30 min 31 min Não sei

12. Lanchonete

1-5 min 6-10 min 11-20 min 21-30 min 31 min Não sei

13. Cafeteria/ Bar

1-5 min 6-10 min 11-20 min 21-30 min 31 min Não sei

14. Banco

1-5 min 6-10 min 11-20 min 21-30 min 31 min Não sei

15. Restaurante

1-5 min 6-10 min 11-20 min 21-30 min 31 min Não sei

16. Locadora de vídeo

1-5 min 6-10 min 11-20 min 21-30 min 31 min Não sei

17. Farmácia/ Drogaria

1-5 min 6-10 min 11-20 min 21-30 min 31 min Não sei

18. Salão de beleza/ Barbeiro

1-5 min 6-10 min 11-20 min 21-30 min 31 min Não sei

19. Seu trabalho ou escola

1-5 min 6-10 min 11-20 min 21-30 min 31 min Não sei

20. Ponto de ônibus

1-5 min 6-10 min 11-20 min 21-30 min 31 min Não sei

21. Parque

1-5 min 6-10 min 11-20 min 21-30 min 31 min Não sei

22. Área de lazer/Centro Comunitário

1-5 min 6-10 min 11-20 min 21-30 min 31 min Não sei

23. Academia de ginástica

1-5 min 6-10 min 11-20 min 21-30 min 31 min Não sei

C. Acesso a serviços

Por favor, circule a alternativa que melhor se aplica a você e ao seu bairro. As palavras local e caminhada querem dizer ficar a 10-15 minutos caminhando da sua residência.

1. Eu consigo fazer a maioria das minhas compras no comércio local.

Discordo fortemente
Discordo em partes
Concordo em partes
Concordo fortemente

2. As lojas estão a uma curta distância de caminhada da minha casa.

Discordo fortemente
Discordo em partes
Concordo em partes
Concordo fortemente

3. Estacionar é difícil na área do comércio local.

Discordo fortemente
Discordo em partes
Concordo em partes
Concordo fortemente

4. Existem vários locais em que posso facilmente ir caminhando da minha casa.

Discordo fortemente
Discordo em partes
Concordo em partes
Concordo fortemente

5. É fácil caminhar da minha casa até a um ponto de ônibus (trem, metrô).

Discordo fortemente
Discordo em partes

Concordo em partes
Concordo fortemente

6. As ruas do meu bairro são inclinadas, fazendo com que seja difícil se caminhar nelas.

Discordo fortemente
Discordo em partes
Concordo em partes
Concordo fortemente

7. Há muitos morros/depressões/paredões no meu bairro, limitando o número de rotas/percursos para o deslocamento de um lugar a outro.

Discordo fortemente
Discordo em partes
Concordo em partes
Concordo fortemente

D. Ruas do meu bairro

Por favor, circule a alternativa que melhor se aplica a você e ao seu bairro.

1. No meu bairro não existem ruas sem-saída ou são raras.

Discordo fortemente
Discordo em partes
Concordo em partes
Concordo fortemente

2. No meu bairro existem caminhos que conectam as ruas sem-saídas com outras ruas, trilhas ou outras ruas sem-saída.

Discordo fortemente
Discordo em partes
Concordo em partes
Concordo fortemente

3. As distâncias entre os cruzamentos do meu bairro são geralmente curtas (menos de 100 metros).

Discordo fortemente
Discordo em partes
Concordo em partes
Concordo fortemente

4. Existem muitos cruzamentos de 4 vias entre as ruas do meu bairro.

Discordo fortemente
Discordo em partes
Concordo em partes
Concordo fortemente

5. Existem vários caminhos alternativos que eu posso fazer para ir de um lugar para outro no meu bairro (Não tenho que ir sempre pelo mesmo caminho)

Discordo fortemente
Discordo em partes
Concordo em partes
Concordo fortemente

E. Lugares para caminhar e andar de bicicleta

Por favor, circule a alternativa que melhor se aplica a você e ao seu bairro.

1. Existem calçadas na maioria das ruas do meu bairro.

Discordo fortemente

Discordo em partes

Concordo em partes

Concordo fortemente

2. As calçadas do meu bairro são bem cuidadas. (pavimentadas, lisas e sem muitos buracos)

Discordo fortemente

Discordo em partes

Concordo em partes

Concordo fortemente

3. Existem ciclovias ou vias/trilhas para pedestres próximas ou no meu bairro que são de fácil acesso.

Discordo fortemente

Discordo em partes

Concordo em partes

Concordo fortemente

4. As calçadas do meu bairro são separadas das ruas/avenidas por locais para estacionar carros.

Discordo fortemente

Discordo em partes

Concordo em partes

Concordo fortemente

5. As calçadas do meu bairro são separadas das ruas por faixas sem pavimento.

Discordo fortemente

Discordo em partes

Concordo em partes

Concordo fortemente

F. Arredores do bairro

Por favor, circule a alternativa que melhor se aplica a você e ao seu bairro.

1. Existem árvores ao longo das ruas do meu bairro.

Discordo fortemente

Discordo em partes

Concordo em partes

Concordo fortemente

2. As árvores fazem sombra nas calçadas do meu bairro.

Discordo fortemente

Discordo em partes

Concordo em partes

Concordo fortemente

3. Enquanto se caminha no meu bairro existem várias coisas interessantes para se olhar.

Discordo fortemente

Discordo em partes

Concordo em partes

Concordo fortemente

4. No meu bairro geralmente não se encontra lixo.

Discordo fortemente

Discordo em partes

Concordo em partes

Concordo fortemente

5. Existem muitos atrativos naturais no meu bairro (como paisagens, vistas)

Discordo fortemente

Discordo em partes

Concordo em partes

Concordo fortemente

6. Existem várias construções/casas atrativas no meu bairro.

Discordo fortemente

Discordo em partes

Concordo em partes

Concordo fortemente

G. Segurança no trânsito

Por favor, circule a alternativa que melhor se aplica a você e ao seu bairro.

1. Existe tanto tráfego ao longo da rua onde vivo, que fica difícil ou desagradável caminhar no meu bairro.

Discordo fortemente

Discordo em partes

Concordo em partes

Concordo fortemente

2. Existe tanto tráfego ao longo das ruas próximas onde vivo, que fica difícil ou desagradável caminhar no meu bairro.

Discordo fortemente

Discordo em partes

Concordo em partes

Concordo fortemente

3. A velocidade do tráfego na rua onde moro é geralmente baixa (30km/h ou menos).

Discordo fortemente

Discordo em partes

Concordo em partes

Concordo fortemente

4. A velocidade do tráfego nas ruas próximas a minha residência é geralmente baixa (30km/h ou menos).

Discordo fortemente

Discordo em partes

Concordo em partes

Concordo fortemente

5. A maioria dos motoristas ultrapassa o limite de velocidade enquanto trafega no meu bairro.

Discordo fortemente

Discordo em partes
Concordo em partes
Concordo fortemente

6. Existem faixas, sinais ou passarelas que auxiliam os pedestres a atravessar as ruas movimentadas do meu bairro.

Discordo fortemente
Discordo em partes
Concordo em partes
Concordo fortemente

7. As faixas para pedestre fazem com que as pessoas sintam-se seguras ao atravessar as ruas movimentadas do bairro.

Discordo fortemente
Discordo em partes
Concordo em partes
Concordo fortemente

8. Quando caminho no meu bairro, existe muita fumaça (por exemplo: carros e ônibus).

Discordo fortemente
Discordo em partes
Concordo em partes
Concordo fortemente

H. Segurança contra crimes.

Por favor, circule a alternativa que melhor aplicasse a você e ao seu bairro.

1. As ruas do meu bairro são bem iluminadas à noite.

Discordo fortemente

Discordo em partes

Concordo em partes

Concordo fortemente

2. Pedestres e ciclistas que utilizam as ruas do meu bairro são facilmente visualizados pelos moradores, de dentro de suas casas.

Discordo fortemente

Discordo em partes

Concordo em partes

Concordo fortemente

3. Quando caminho no meu bairro, vejo e converso com outras pessoas.

Discordo fortemente

Discordo em partes

Concordo em partes

Concordo fortemente

4. Existe um alto índice de criminalidade no meu bairro.

Discordo fortemente

Discordo em partes

Concordo em partes

Concordo fortemente

5. A criminalidade faz com que não seja seguro caminhar durante o dia no meu bairro.

Discordo fortemente
Discordo em partes
Concordo em partes
Concordo fortemente

6. A criminalidade faz com que não seja seguro caminhar à noite no meu bairro.

Discordo fortemente
Discordo em partes
Concordo em partes
Concordo fortemente

I. Nível de satisfação com o bairro

Abaixo estão listados alguns itens do seu bairro que você pode achar ou não satisfatórios. Utilizando a escala de 1-5, indique o nível de satisfação sobre cada item colocando o número no início de cada questão. Por favor, responda da maneira mais clara e honesta possível. A escala de pontos está composta da seguinte forma: 1 = insatisfação total ou completa insatisfação 2 = alguma insatisfação 3 = nem satisfeito, nem insatisfeito. 4 = alguma satisfação 5 = satisfação total ou completa satisfação
Considerando o seu bairro, qual é a sua satisfação quanto ao (a):

a - número de faixas de pedestres no seu bairro?

1 = insatisfação total ou completa insatisfação
2 = alguma insatisfação
3 = nem satisfeito, nem insatisfeito.
4 = alguma satisfação
5 = satisfação total ou completa satisfação

b - acesso a vias expressas/rodovias da sua casa?

- 1 = insatisfação total ou completa insatisfação
- 2 = alguma insatisfação
- 3 = nem satisfeito, nem insatisfeito.
- 4 = alguma satisfação
- 5 = satisfação total ou completa satisfação

c - acesso ao transporte público no seu bairro?

- 1 = insatisfação total ou completa insatisfação
- 2 = alguma insatisfação
- 3 = nem satisfeito, nem insatisfeito.
- 4 = alguma satisfação
- 5 = satisfação total ou completa satisfação

d - tempo de transporte entre casa - trabalho/escola?

- 1 = insatisfação total ou completa insatisfação
- 2 = alguma insatisfação
- 3 = nem satisfeito, nem insatisfeito.
- 4 = alguma satisfação
- 5 = satisfação total ou completa satisfação

e - acesso ao comércio no seu bairro?

- 1 = insatisfação total ou completa insatisfação
- 2 = alguma insatisfação
- 3 = nem satisfeito, nem insatisfeito.
- 4 = alguma satisfação
- 5 = satisfação total ou completa satisfação

f - número de amigos que você tem no seu bairro?

1 = insatisfação total ou completa insatisfação

2 = alguma insatisfação

3 = nem satisfeito, nem insatisfeito.

4 = alguma satisfação

5 = satisfação total ou completa satisfação

g - número de pessoas que você conhece no seu bairro?

1 = insatisfação total ou completa insatisfação

2 = alguma insatisfação

3 = nem satisfeito, nem insatisfeito.

4 = alguma satisfação

5 = satisfação total ou completa satisfação

h - facilidade e prazer em andar a pé nele?

1 = insatisfação total ou completa insatisfação

2 = alguma insatisfação

3 = nem satisfeito, nem insatisfeito.

4 = alguma satisfação

5 = satisfação total ou completa satisfação

i - qualidade das escolas no seu bairro?

1 = insatisfação total ou completa insatisfação

2 = alguma insatisfação

3 = nem satisfeito, nem insatisfeito.

4 = alguma satisfação

5 = satisfação total ou completa satisfação

j - acesso à diversão no seu bairro (restaurantes, cinema, clubes, etc.)?

1 = insatisfação total ou completa insatisfação

2 = alguma insatisfação

3 = nem satisfeito, nem insatisfeito.

4 = alguma satisfação

5 = satisfação total ou completa satisfação

k - segurança quanto à ameaça da criminalidade no seu bairro?

1 = insatisfação total ou completa insatisfação

2 = alguma insatisfação

3 = nem satisfeito, nem insatisfeito.

4 = alguma satisfação

5 = satisfação total ou completa satisfação

l - quantidade e velocidade do tráfego no seu bairro?

1 = insatisfação total ou completa insatisfação

2 = alguma insatisfação

3 = nem satisfeito, nem insatisfeito.

4 = alguma satisfação

5 = satisfação total ou completa satisfação

m - barulho do tráfego no seu bairro?

1 = insatisfação total ou completa insatisfação

2 = alguma insatisfação

- 3 = nem satisfeito, nem insatisfeito.
- 4 = alguma satisfação
- 5 = satisfação total ou completa satisfação

n - quantidade e a qualidade dos mercados/supermercados do seu bairro?

- 1 = insatisfação total ou completa insatisfação
- 2 = alguma insatisfação
- 3 = nem satisfeito, nem insatisfeito.
- 4 = alguma satisfação
- 5 = satisfação total ou completa satisfação

o - quantidade e a qualidade dos restaurantes do seu bairro?

- 1 = insatisfação total ou completa insatisfação
- 2 = alguma insatisfação
- 3 = nem satisfeito, nem insatisfeito.
- 4 = alguma satisfação
- 5 = satisfação total ou completa satisfação

p - ser um bom lugar para criar crianças/filhos?

- 1 = insatisfação total ou completa insatisfação
- 2 = alguma insatisfação
- 3 = nem satisfeito, nem insatisfeito.
- 4 = alguma satisfação
- 5 = satisfação total ou completa satisfação

q - ser um bom lugar para se viver?

1 = insatisfação total ou completa insatisfação

2 = alguma insatisfação

3 = nem satisfeito, nem insatisfeito.

4 = alguma satisfação

5 = satisfação total ou completa satisfação

APÊNDICE IX: PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL -
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA - GRUPO WHOQOL

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA - GRUPO WHOQOL

VERSÃO EM PORTUGUÊS DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE
QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL) 1998

Instruções					
Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha, entre as alternativas, a que lhe parecer mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.					
Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas . Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:					
	Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito	médio	muito	completamente
--	------	-------	-------	-------	---------------

		pouco			
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	muito pouco	mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5

5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	muito pouco	médio	muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	Mui to bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insa tisfei to	nem satisfei to nem insatis feito	Satis feito	Mui to satisf eito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5

25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algu mas vê zes	Fre qüen te men te	Muito fre qüen te mente	Semp re
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

(PREENCHA ATRÁS DA FOLHA)

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

APÊNDICE X: MANUAL DE ORIENTAÇÕES SOBRE ATIVIDADE FÍSICA (GIII). ADAPTADO DO PROJETO CAMINHO DA MULHER SAUDÁVEL DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP.

Controle de Atividades Físicas

DIAS	FIZ ATVIDADE FÍSICA	NÃO FIZ ATIVIDADE FÍSICA	QUANTO TEMPO?
2 ^a			
3 ^a			
4 ^a			
5 ^a			
6 ^a			
Sábado			
Domingo			
2 ^a			
3 ^a			

4 ^a			
5 ^a			
6 ^a			
Sábado			
Domingo			
2 ^a			
3 ^a			
4 ^a			
5 ^a			
6 ^a			
Sábado			
Domingo			
2 ^a			
3 ^a			
4 ^a			
5 ^a			
6 ^a			
Sábado			
Domingo			
2 ^a			
3 ^a			
4 ^a			
5 ^a			
6 ^a			
Sábado			
Domingo			
2 ^a			
3 ^a			
4 ^a			
5 ^a			
6 ^a			
Sábado			
Domingo			
2 ^a			
3 ^a			
4 ^a			

5 ^a			
6 ^a			
Sábado			
Domingo			
2 ^a			
3 ^a			
4 ^a			
5 ^a			
6 ^a			
Sábado			
Domingo			
2 ^a			
3 ^a			
4 ^a			
5 ^a			
6 ^a			
Sábado			
Domingo			
2 ^a			
3 ^a			
4 ^a			
5 ^a			
6 ^a			
Sábado			
Domingo			
2 ^a			
3 ^a			
4 ^a			
5 ^a			
6 ^a			
Sábado			
Domingo			
2 ^a			
3 ^a			
4 ^a			
5 ^a			
6 ^a			
Sábado			
Domingo			
2 ^a			
3 ^a			
4 ^a			
5 ^a			

6 ^a			
Sábado			
Domingo			
2 ^a			
3 ^a			
4 ^a			
5 ^a			
6 ^a			
Sábado			
Domingo			
2 ^a			
3 ^a			
4 ^a			
5 ^a			
6 ^a			
Sábado			
Domingo			

Orientações básicas sobre atividade física:

A atividade física deve:

- Ser moderada, ou seja, aquela que o faz respirar um pouco mais forte que o normal.
- Ser regular, ou seja, deve ser realizada por pelo menos 30 minutos e por pelo menos 5 dias por semana.
- Pode ser contínua, ou seja, 30 minutos de uma só vez, ou se não puder, você pode acumular durante o dia, como por exemplo: 10 minutos de manhã, 10 minutos na hora do almoço, 10 minutos antes do jantar.
 - Ser aquela que você mais gosta.

Dicas para se ter um estilo de vida mais ativo:

- Convença a você mesmo, que se você der chance a atividade física irá dar mais disposição ao seu dia a dia.
- Identifique pequenos blocos de tempo. Monitore seu dia a dia e verifique possíveis horários que você pode estar fazendo sua atividade física.
- Coloque mais atividades físicas no seu dia a dia. Por exemplo, use mais as escadas: participe de atividades sociais que incluam atividades físicas, caminhe com o cachorro.

APÊNDICE XI: ABORDAGENS A SEREM CONSIDERADAS PARA O ACONSELHAMENTO DA ATIVIDADE FÍSICA

Avalie e aconselhe a atividade física em todas as reuniões e considere-se um “assessor” e não um agente “limitante ou regulador” que apenas autoriza ou não a prática

da atividade física.

Tenha sempre um material didático de suporte disponível

1. Avalie a prontidão para a prática de atividade física.
 2. Avalie o NAF do trabalhador. Questionar sobre seus hábitos no tempo de lazer, se realiza caminhada como forma de transporte, seu trabalho em casa.
 3. Avalie o estágio comportamental do trabalhador e identifique o(s) benefício(s) com os quais o mesmo mais se identifica.
 4. Questione as barreiras do dia a dia que ele enfrenta para não realizar atividades físicas e de maneira simplificada, discuta com ele maneiras de superá-las.
 5. Identifique a atividade física de preferência do trabalhador.
 6. Estabeleça uma abordagem de acordo com o estágio comportamental do trabalhador.
 7. Faça o trabalhador estabelecer suas metas, horários e tipo de atividade física;
 8. Faça o trabalhador repetir a proposta estabelecida, por ambos, de modo a ficar claro que isto é um compromisso entre vocês e acima de tudo, pelo próprio trabalhador.
 9. Escreva as orientações de maneira clara e objetiva.
 10. Revise os benefícios a serem obtidos e cheque se ele entendeu todos.
 11. Certifique-se de que ele compreendeu corretamente o que lhe foi explicado
-

APÊNDICE XII: PROTOCOLO DO ACONSELHAMENTO EM GRUPO SOBRE ATIVIDADE FÍSICA

1ª sessão: contrato verbal, apresentação de cada integrante (objetivos, metas, expectativas, experiências e barreiras); explicação da intervenção e seus objetivos; realização de avaliações, entrega do manual e recordatório de atividade física para anotações.

Tarefa de casa: monitoramento da atividade física (recordatório e anotações).

2ª sessão:

Primeira parte: breve revisão da sessão anterior, apresentação didática sobre aspectos psicológicos e discussão sobre análise das vantagens e desvantagens em adotar um estilo de vida mais ativo.

Tarefa de casa: monitoramento da atividade física (recordatório e anotações).

Segunda parte (5 minutos): realização de exercícios de alongamento.

3ª sessão

Primeira parte: breve revisão da sessão anterior; recolhimento da tarefa de casa, apresentação didática sobre atividade física aeróbica e saúde e discussão sobre a tarefa de casa.

Tarefa de Casa: monitoramento da atividade física (recordatório e anotações).

Segunda Parte (5 minutos): realização de exercícios de alongamento.

4ª - 7ª Sessão:

Primeira parte: breve revisão da sessão anterior, recolhimento da tarefa de casa e discussão (metas alcançadas, barreiras, facilitadores).

Tarefa de casa: monitoramento da atividade física (recordatório e anotações).

Segunda parte: Caminhada de 10 minutos e ou realização de exercícios de alongamento.

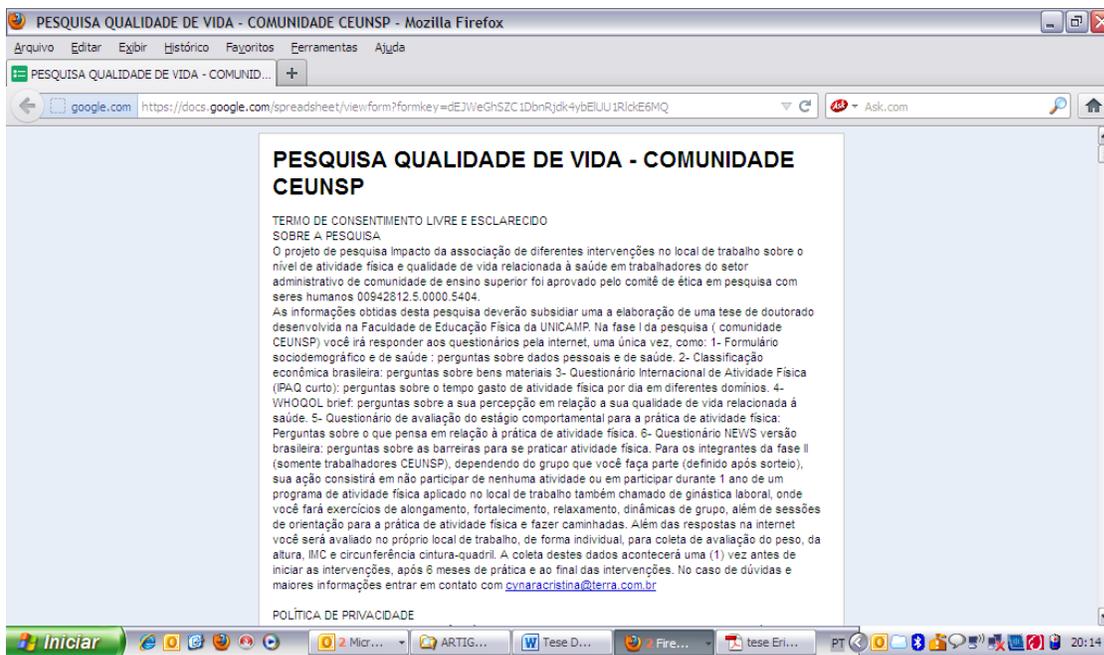
8ª sessão:

Primeira parte: Reavaliação, reforço sobre as possíveis mudanças ocorridas, discussão de como prevenir a recaída.

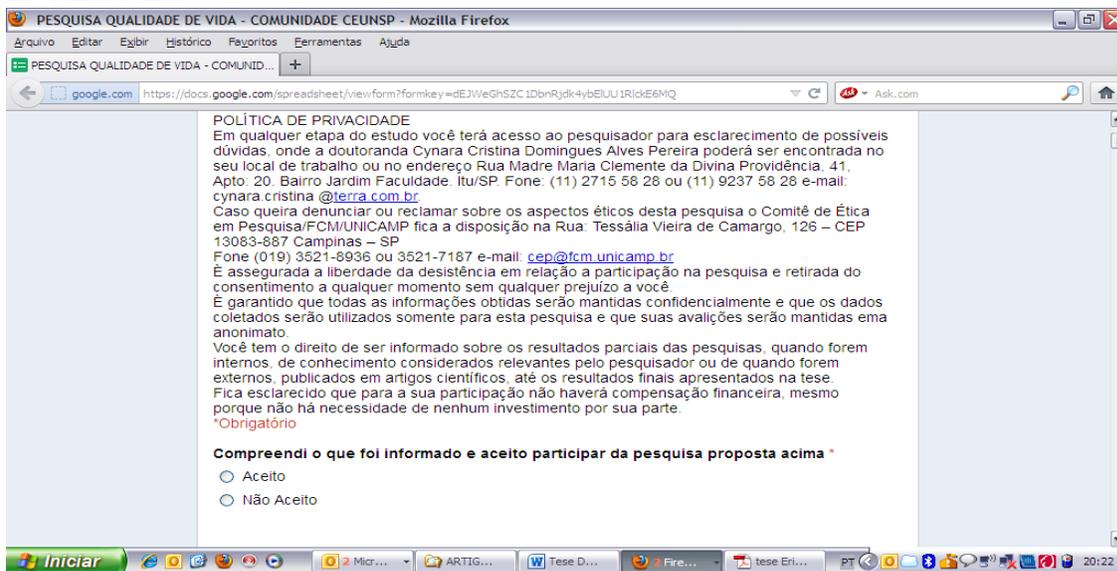
APÊNDICE XIII: PROTOCOLO DE TREINAMENTO AERÓBICO

	Aquecimento (min)	Principal* (min)	Volta a calma (min)	Total (min)
1º mês	5	20	5	30
2º mês	5	25	5	35
3º mês	5	30	5	40
4º mês	5	35	5	45

Intensidade Moderada: percepção subjetiva do esforço numa escala subjetiva de esforço de 0-10, avaliação do indivíduo de 6 a 8.



APÊNDICE XV: POLÍTICA DE PRIVACIDADE APRESENTADO NA
INTERNET



APÊNDICE XVI: CABEÇALHO APRESENTADO NA INTERNET

PESQUISA QUALIDADE DE VIDA - COMUNIDADE CEUNSP - Mozilla Firefox

Arquivo Editar Exibir Histórico Favoritos Ferramentas Ajuda

PESQUISA QUALIDADE DE VIDA - COMUNID...

google.com https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dE3jWeGhSZC1DbnRjdk4ybE1U1R1ckE6MQ

Nome:

Se Discente, qual seu curso *

- Administração
- Análise e Desenvolvimento de Sistemas
- Arquitetura
- Banco de dados
- Biomedicina
- Ciências da Computação
- Ciências Biológicas
- Ciências Contábeis
- Cinema
- Comércio Exterior
- Decoração e Design
- Direito
- Educação Artística
- Educação Física
- Enfermagem
- Engenharia Ambiental
- Engenharia Básica
- Engenharia Civil
- Engenharia Automação e Controle
- Engenharia de Produção
- Eventos
- Farmácia

Iniciar

PESQUISA QUALIDADE DE VIDA - COMUNIDADE CEUNSP - Mozilla Firefox

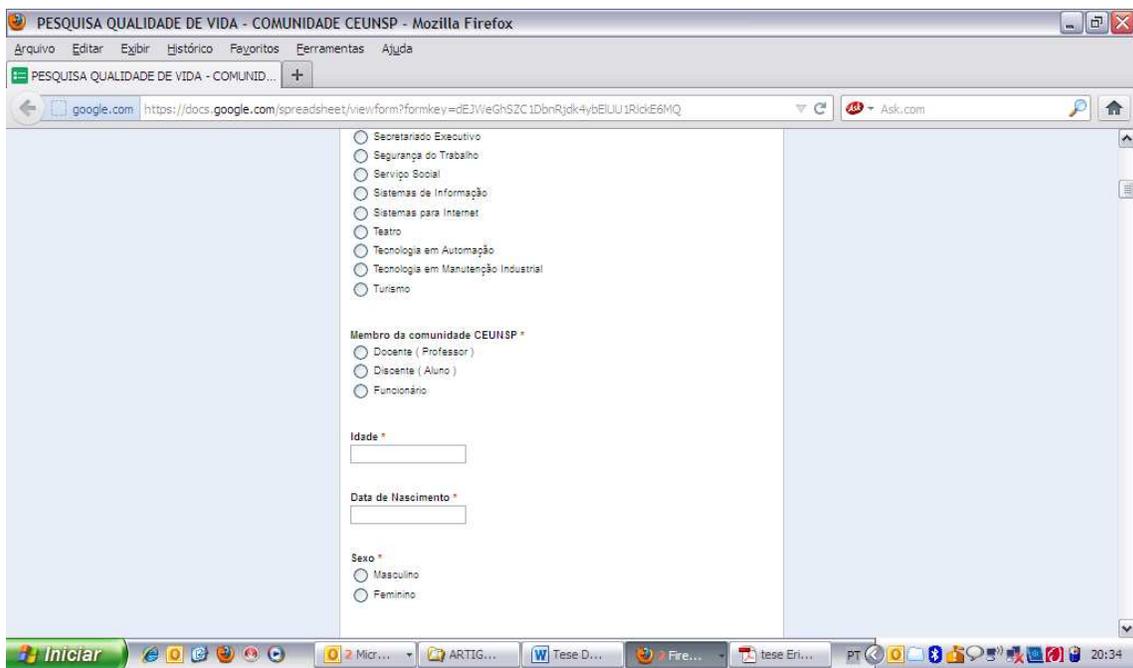
Arquivo Editar Exibir Histórico Favoritos Ferramentas Ajuda

PESQUISA QUALIDADE DE VIDA - COMUNID...

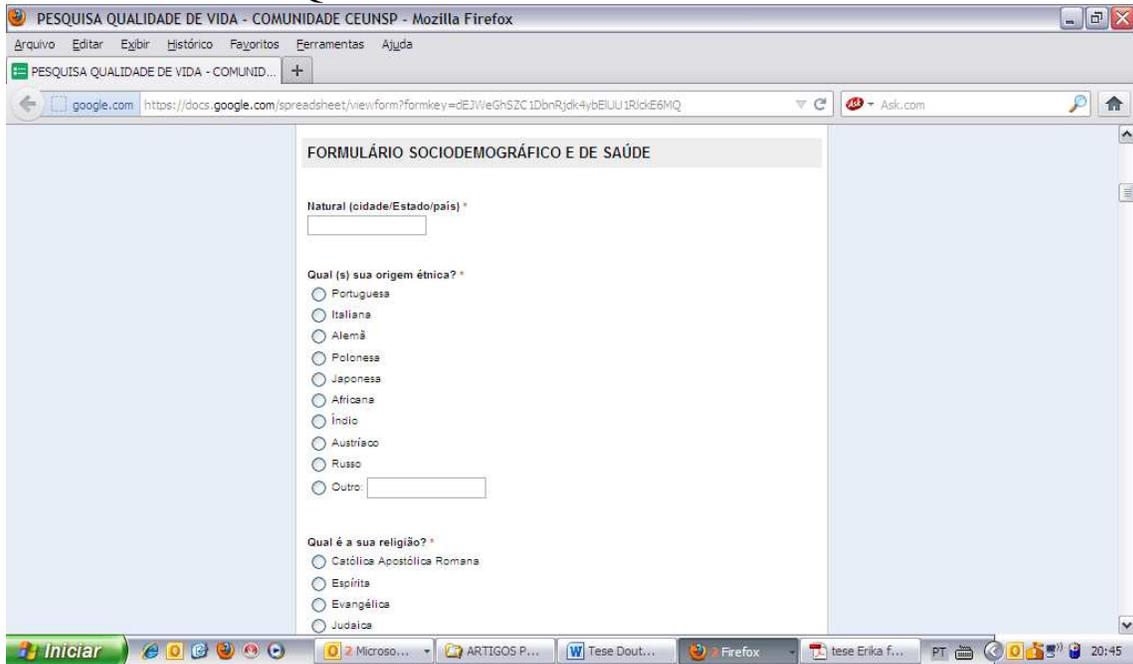
google.com https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dE3jWeGhSZC1DbnRjdk4ybE1U1R1ckE6MQ

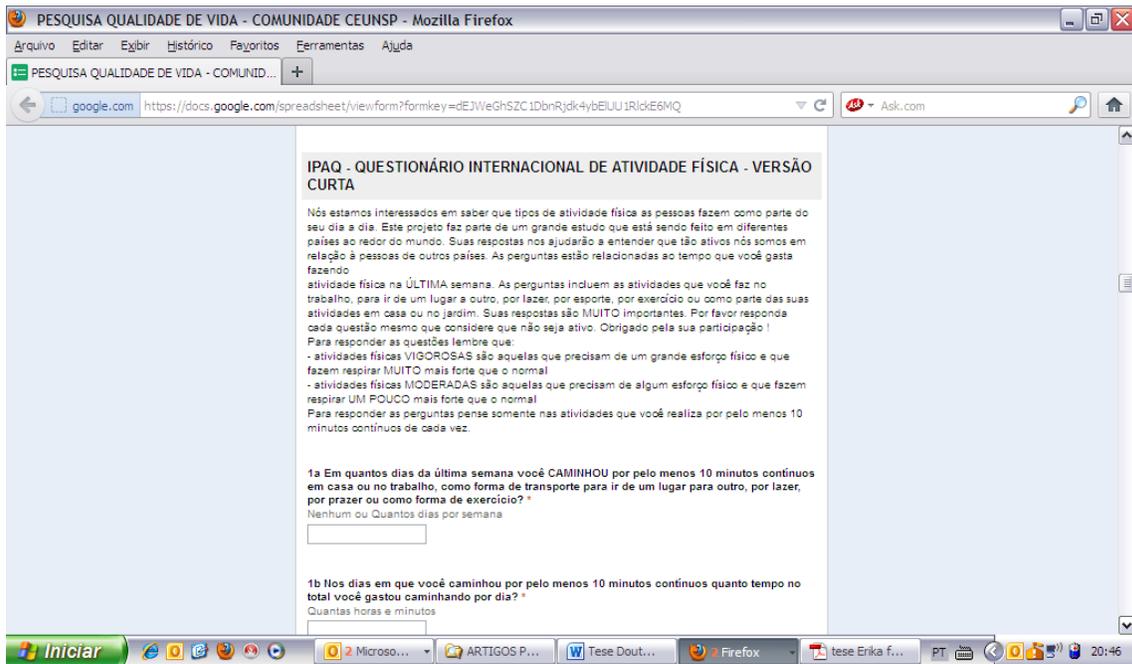
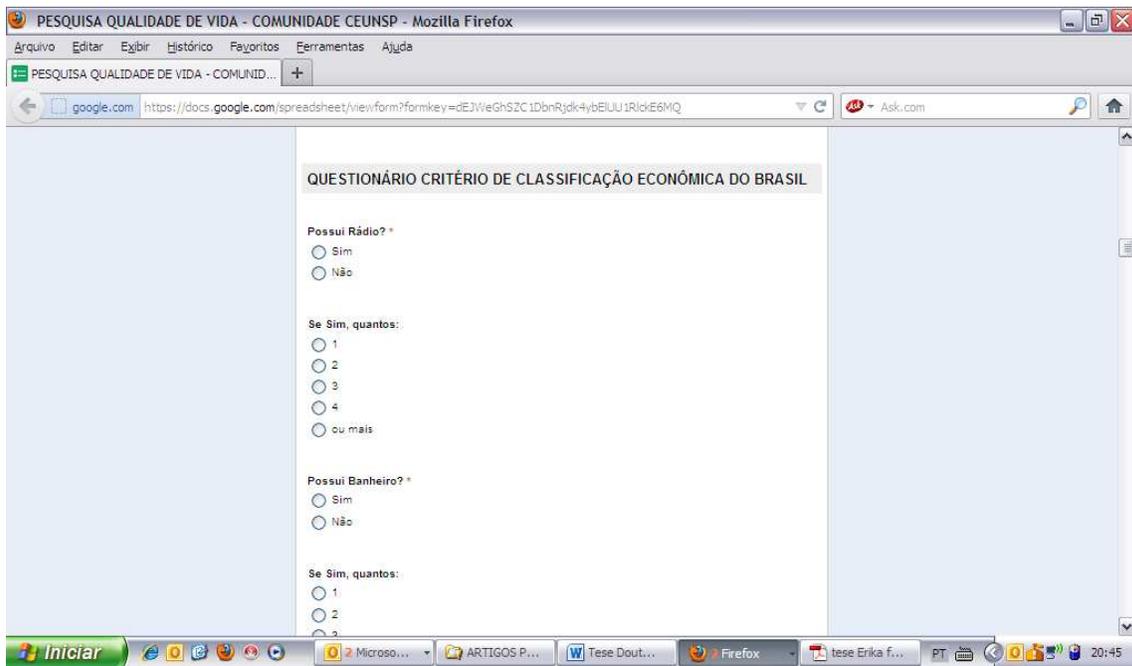
- Fisioterapia
- Fonoaudiologia
- Fotografia
- Gastronomia
- Gestão Ambiental
- Gestão da Produção Industrial
- Gestão da Qualidade
- Gestão Desportiva
- Gestão Financeira
- Gestão Pública
- História
- Hotelaria
- Jornalismo
- Letras
- Logística
- Marketing
- Matemática
- Moda
- Nutrição
- Pedagogia
- Processos Gerenciais
- Psicologia
- Publicidade e Propaganda
- Rádio e Tv

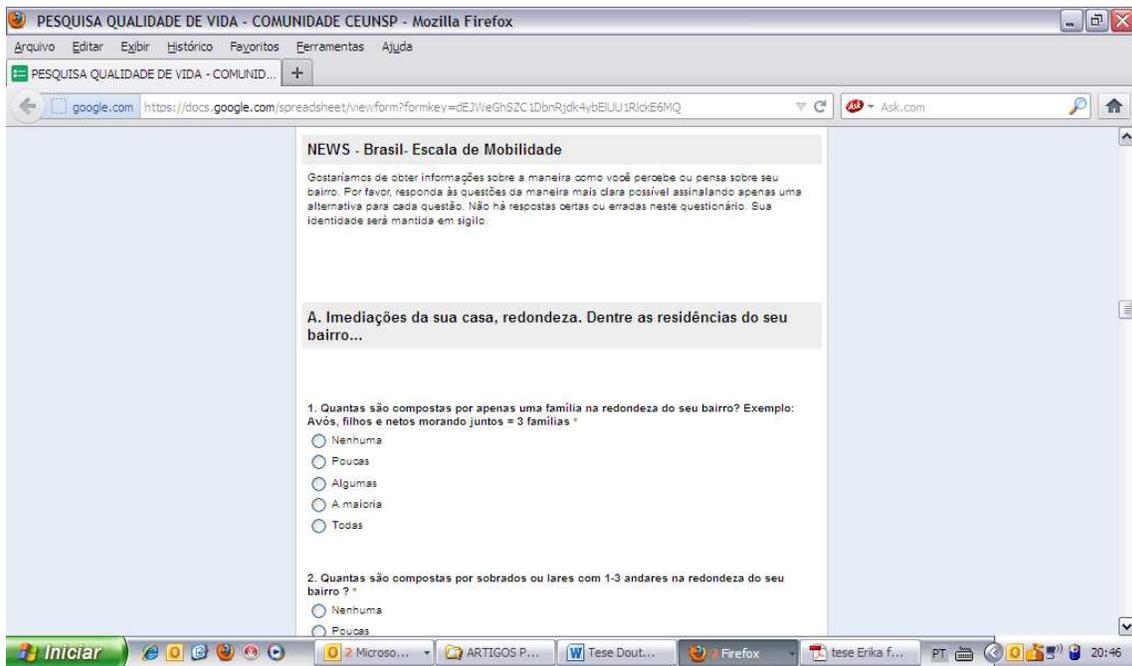
Iniciar



APÊNDICE XVII: QUESTIONÁRIOS APRESENTADOS NA INTERNET







APÊNDICE XVIII- FORMA DE FINALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS APRESENTADA NA INTERNET

PESQUISA QUALIDADE DE VIDA - COMUNIDADE CEUNSP - Mozilla Firefox

Arquivo Editar Exibir Histórico Favoritos Ferramentas Ajuda

google.com https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dE3jWeGhSZC1DbnRjdk4ybEIUU1RlckE6MQ

5 - sempre

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?*

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?*

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Enviar

Tecnologia [Google Docs](#)

[Detalhamento - Tópicos de Saúde](#) - [Temática Associações](#)

Iniciar

Microso... ARTIGOS P... Tese Dout... Firefox tese Erika f... PT 20:42

APÊNDICE XIX- PLANOS DE AULA – AFS

laboral - Mozilla Firefox

Arquivo Editar Exibir Histórico Favoritos Ferramentas Ajuda

laboral

file:///C:/Documents%20and%20Settings/Cynara%20Cristina/Desktop/Semana%201.htm



PROGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

SEMANA1

SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
 <p>1 - GER.AL.NE.IMP1</p>	 <p>1 - GER.MA.NE.IMP2</p>	 <p>1 - GER.AL.NE.IMP3</p>	 <p>1 - GER.REL.NE.IMP4</p>	 <p>1 - GER.AL.NE.IMP5</p>
ÊNFASE: ALONGAMENTO - CONSCIÊNCIA CORPORAL	ÊNFASE: MOBILIDADE ARTICULAR - CONSCIÊNCIA CORPORAL	ÊNFASE: ALONGAMENTO - CONSCIÊNCIA CORPORAL	ÊNFASE: RELAXAMENTO - CONSCIÊNCIA CORPORAL	ÊNFASE: ALONGAMENTO - CONSCIÊNCIA CORPORAL

Iniciar

laboral - Mozilla Firefox

Arquivo Editar Exibir Histórico Favoritos Ferramentas Ajuda

laboral

file:///C:/Documents%20and%20Settings/Cynara%20Cristina/Desktop/Semana%202.htm



PROGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

SEMANA2

SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
 <p>1 - GER.AL.NE.I17,6,25-S6</p>	 <p>1 - MS.MA.NE.6E9</p>	 <p>1 - GER.AL.NE.T2127-S1-I25</p>	 <p>1 - MI.AL.NE.33E38</p>	 <p>1 - TR.AL.NE.T21ES15</p>
ÊNFASE: ALONGAMENTO	ÊNFASE: MOBILIDADE ARTICULAR - CONSCIÊNCIA	ÊNFASE: ALONGAMENTO	ÊNFASE: ALONGAMENTO - RESPIRAÇÃO	ÊNFASE: ALONGAMENTO - RESPIRAÇÃO

Iniciar

laboral - Mozilla Firefox

laboral - Mozilla Firefox

Arquivo Editar Exibir Histórico Favoritos Ferramentas Ajuda

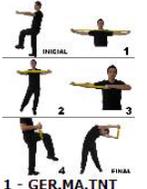
laboral

file:///C:/Documents%20and%20Settings/Cynara%20Crisina/Desktop/Semana%203.htm



PROGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

SEMANA3

SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
 <p>1 - GER.AL.AR</p>	 <p>1 - GER.RML.NE</p>	 <p>1 - GER.MA.TNT</p>	 <p>1 - MS.AL.NE.6E18</p>	 <p>1 - MI.MA.BB.18E19</p>
ÊNFASE: ALONGAMENTO - EQUILÍBRIO	ÊNFASE: EQUILÍBRIO	ÊNFASE: MOBILIDADE ARTICULAR	ÊNFASE: ALONGAMENTO - RESPIRAÇÃO	ÊNFASE: MOB. ART. - RESPIRAÇÃO

Iniciar

Itens Enviados - Cyn... Tese Doutorado Cyn... laboral - Mozilla Firefox

PT 21:01

laboral - Mozilla Firefox

Arquivo Editar Exibir Histórico Favoritos Ferramentas Ajuda

laboral

file:///C:/Documents%20and%20Settings/Cynara%20Crisina/Desktop/Semana%204.htm



PROGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

SEMANA4

SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
 <p>1 - TR.AL.NE.9E30</p>	 <p>1 - MS.RML.NE.3E18/1</p>	 <p>1 - MI.ALES.17E39</p>	 <p>1 - TR.MA.DUP.NE.1E3</p>	 <p>1 - MS.AL.TNT.4E6</p>
ÊNFASE: ALONGAMENTO - EQUILÍBRIO	ÊNFASE: RML - RESPIRAÇÃO	ÊNFASE: ALONGAMENTO - FLEXIBILIDADE	ÊNFASE: MOBILIDADE ARTICULAR - RESPIRAÇÃO	ÊNFASE: ALONGAMENTO - FLEXIBILIDADE

Iniciar

Itens Enviados - Cyn... Tese Doutorado Cyn... laboral - Mozilla Firefox

PT 21:02

laboral - Mozilla Firefox

Arquivo Editar Exibir Histórico Favoritos Ferramentas Ajuda

laboral

file:///C:/Documents%20and%20Settings/Cynara%20Cristina/Desktop/Semana%205.htm



PROGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

SEMANAS

SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
 <p>1 - MAS.CAR.DOR</p>	 <p>1 - MI.RML.NE.SE.33E15</p>	 <p>1 - TR.AL.NE.9E7</p>	 <p>1 - MS.MA.CN.5E8</p>	 <p>1 - MI.AL.NE.6E19</p>
ÊNFASE: MASSAGEM	ÊNFASE: RML SENTADO - CONSCIÊNCIA CORPORAL	ÊNFASE: ALONGAMENTO - EQUILÍBRIO	ÊNFASE: MOBILIDADE ARTICULAR - COORDENAÇÃO	ÊNFASE: ALONGAMENTO - FLEXIBILIDADE

21:03

laboral - Mozilla Firefox

Arquivo Editar Exibir Histórico Favoritos Ferramentas Ajuda

laboral

file:///C:/Documents%20and%20Settings/Cynara%20Cristina/Desktop/Semana%206.htm



PROGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

SEMANA6

SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
 <p>1 - TR.RML.BG.13E23</p>	 <p>1 - MAS.BB.MS</p>	 <p>1 - MS.AL.SE.NE.1E5</p>	 <p>1 - MI.MA.NE.10E11/1</p>	 <p>1 - TR.AL.ARG.27E9</p>
ÊNFASE: RML - EQUILÍBRIO	ÊNFASE: MASSAGEM	ÊNFASE: ALONGAMENTO SENTADO - COORDENAÇÃO	ÊNFASE: MOBILIDADE ARTICULAR - COORDENAÇÃO	ÊNFASE: ALONGAMENTO - RESPIRAÇÃO

javascript:abre_video('lab_video.asp?codigoex=7095')

21:04