

Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados

Centro de Documentação e Informação

Coordenação de Biblioteca

<http://bd.camara.gov.br>

"Dissemina os documentos digitais de interesse da atividade legislativa e da sociedade."



CÂMARA DOS DEPUTADOS
CENTRO DE FORMAÇÃO, TREINAMENTO E APERFEIÇOAMENTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

ITALO LAGES LUONGO FILHO

**“UMA APROXIMAÇÃO À CONDIÇÃO DE SAÚDE DOS PARLAMENTARES
DA CÂMARA DOS DEPUTADOS”**

Brasília

2012

ITALO LAGES LUONGO FILHO

**“UMA APROXIMAÇÃO À CONDIÇÃO DE SAÚDE DOS PARLAMENTARES
DA CÂMARA DOS DEPUTADOS”**

Monografia apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento da Câmara dos Deputados/Cefor como parte da avaliação do Curso de Especialização em Instituições Políticas e Processos do Legislativo
4ª Edição.

Orientador:
Prof. Dr. Cláudio Viveiros de Carvalho

Brasília

2012

Autorização

Autorizo a divulgação do texto completo no sítio da Câmara dos Deputados e a reprodução total ou parcial, exclusivamente, para fins acadêmicos e científicos.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Luongo Filho, Italo Lages.

Uma aproximação à condição de saúde dos parlamentares da Câmara dos Deputados [manuscrito] / Italo Lages Luongo Filho -- 2012.

82 f.

Orientador: Cláudio Viveiros de Carvalho.

Impresso por computador.

Monografia (especialização) – Curso de Instituições e Processos Políticos do Legislativo, Câmara dos Deputados, Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento (Cefor), 2012.

1. Deputado federal, atividades, Brasil. 2. Doença, prevenção, Brasil. 3. Saúde ocupacional, Brasil. 4. Qualidade de vida. 5. Hábito alimentar, avaliação, Brasil. I. Título.

CDU 342.532:614(81)

UMA APROXIMAÇÃO À CONDIÇÃO DE SAÚDE DOS PARLAMENTARES DA CÂMARA DOS DEPUTADOS

Monografia – Curso de Especialização em Instituições Políticas e
Processos do Legislativo – 1º semestre de 2012

Aluno: Italo Lages Luongo Filho

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Cláudio Viveiros de Carvalho

Orientador

Prof. Dr. Geraldo Lucchese

Examinador

Brasília, de de 2012

“Dedico este trabalho à minha mãe, Mariinha, sempre presente, apoiando-me e acreditando em minhas ações; ao meu pai, Italo (*in memoriam*), que deve estar feliz com mais essa conquista de seu filho, à minha esposa, Graça, amiga, companheira e incentivadora de todas as horas; e aos meus filhos Marina e Caio, minhas inspirações e razões de todos os meus esforços.”

“Agradeço a todos os professores do Curso de Instituições Políticas e Processos do Legislativo – 4ª Edição, pela atenção e desprendimento em repassar preciosos conhecimentos que colaboraram com a escolha e o desenvolvimento do tema; ao meu orientador, Dr. Cláudio Viveiros de Carvalho, pela dedicação, colaboração e paciência na adaptação do meu texto às normas científicas; e a todos os colegas de curso que sempre me incentivaram e acreditaram na conclusão desta obra. Em especial agradeço à profª Elaine Marinho Faria, que não poupou esforços e preocupação com o andamento da pesquisa que fundamentou este trabalho.”

“As modificações que um homem realiza no seu ambiente produzem uma variação do impacto deste ambiente no interior de seu organismo. Uma regeneração destas alterações funcionais afeta sua estrutura. Alterações de estrutura afetam a relação entre os vários componentes resultando em mudanças na função. Por esta razão, o homem é, em certo grau, seu próprio arquiteto.”

Philip J. Rasch & Roger K. Burke

RESUMO

Este trabalho tem o objetivo de avaliar a condição de saúde dos membros da 54^a Legislatura (2011 – 2014), mediante avaliação de alguns parâmetros de saúde. O texto levanta dados sócio demográficos, antropométricos, clínicos e hábitos individuais de um grupo de parlamentares. Foram pesquisadas variáveis para avaliação de riscos à saúde, abrangendo a síndrome metabólica, o sedentarismo, o estresse, a alimentação desregrada, o tabagismo e as próprias peculiaridades da atividade legislativa na Câmara dos Deputados. Junto às questões referentes a situações de possível potencial patológico, foi aplicado questionário de risco cardíaco elaborado pela Michigan Hearth Association. Foi aplicado questionário, na forma de entrevista semiestruturada, para obter-se a percepção dos deputados acerca do impacto da atividade legislativa na sua saúde. A pesquisa levantou dados que permitem confrontar os desconfortos relatados e os dados antropométricos obtidos. Os números obtidos para o índice de massa corporal e circunferências abdominal, de quadril e de cintura apontam para a existência de doença metabólica entre aqueles de nenhuma ou pouca prática de atividade física regular, além de um risco cardiovascular estimado em médio e alto para 45% da amostra.

Palavras-Chave: Saúde; Atividade Legislativa; Síndrome Metabólica; Índice de Massa Corporal.

ABSTRACT

This study aims at evaluating the health status of the members of the 54th Legislature (2011-2014), through the assessment of some parameters of health. The text collects socio demographic, anthropometric and clinical data, as well as individual habits of a group of congressmen. In order to gauge health risks, some variables were investigated, like metabolic syndrome, sedentary lifestyle, stress, eating disorders, smoking and the peculiarities of the legislative activity in the House of Representatives. It was administered a questionnaire to measure cardiac risk, developed by the Michigan Hearth Association, along with the questions about the potential for possible pathologies. It was applied in the form of a semi-structured interview to obtain the perceptions of participants about the impact of legislative activity on their health. The research collected data that allows to confront the discomfort reported with the anthropometric data obtained. The results for body mass index and abdominal, hip and waist circumferences point to the existence of metabolic disease among those with little or no regular physical activity, as well as medium and high cardiovascular risk estimated for 45% of the sample.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

	Página
Tabela 1 – Dados demográficos e antropométricos apresentados por deputados brasileiros, 2012.....	30
Figura 1 – Dados referentes ao RCQ, apresentados por deputados brasileiros, 2012.....	31
Figura 2 – Resultados encontrados para o IMC de deputados brasileiros, 2012.....	32
Figura 3 – Resultado de risco cardiovascular segundo aferição da circunferência abdominal de deputados brasileiros, 2012.....	33
Tabela 2 – Dados clínicos apresentados por deputados brasileiros, 2012.....	34
Tabela 3 – Resultados obtidos pelas seis primeiras situações apresentadas aos deputados brasileiros, 2012.....	36
Tabela 4 – Resultados obtidos nas cinco últimas situações apresentadas aos deputados e o total de pontos obtido por deputado e por situação.....	37
Figura 4 – Valoração convencionada para situações de potencial estressante na atividade legislativa.....	38
Figura 5 – Valoração convencionada para os hábitos individuais dos deputados brasileiros, 2012.....	39
Figura 6 – Impacto sofrido por deputados brasileiros frente às situações apresentadas, 2012.....	40
Figura 7 – Distribuição dos resultados referentes ao questionário de risco cardíaco.....	41
Tabela 5 – Resultados de deputados brasileiros, 2012, para o questionário de risco cardíaco da “Michigan Heart Association”.....	41
Figura 8 – Fotografia de sessão ordinária na Câmara dos Deputados, Produzida por Saulo Cruz.....	46
Figura 9 – Resultados apresentados por deputados brasileiros para Circunferência Abdominal e Índice de Massa Corporal, 2012.....	47
Figura 10 – Resultados apresentados por deputados brasileiros para Circunferência Abdominal e Índice de Massa Corporal, 2012.....	48

SUMÁRIO

	Página
1. Introdução.....	11
1.1 Síndrome Metabólica.....	13
1.2 Sedentarismo.....	15
1.3 Estresse.....	17
1.4 Alimentação Desregrada.....	19
1.5 Tabagismo.....	20
1.6 Atividade Parlamentar na Câmara dos Deputados.....	21
2. Metodologia.....	23
3. Resultados.....	28
3.1 Dados Sócio Demográficos e Antropométricos.....	28
3.2 Dados Clínicos.....	33
3.3 Hábitos e Percepções Individuais.....	35
3.4 Comentários Espontâneos.....	42
4. Discussão.....	44
5. Conclusão.....	51
6. Referências.....	53
7. Anexo I. Questionário de Avaliação do Risco Cardíaco	
"Michigan Heart Association".....	60
8. Anexo II – Instrumento da Entrevista.....	61

1. INTRODUÇÃO

O tema proposto para este Trabalho de Conclusão do Curso de Instituições Políticas e Processos de Legislativo – 4ª Edição caracteriza-se por não tratar de questões relacionadas diretamente ao processo legislante em si. Percorrendo uma abordagem diferente sobre a função parlamentar, trata de descrever as condições de saúde de uma parcela dos deputados federais eleitos para a 54ª Legislatura (período de quatro anos que coincide com o mandato de deputado federal).

A ideia fundamental dessa pesquisa teve origem na observação de um aparente processo de envelhecimento acelerado em parlamentares em um curto período de mandato. Essa visão é oriunda de um longo período de trabalho do autor frente aos deputados das últimas três legislaturas, com acompanhamento sistemático das atividades parlamentares exercidas no âmbito do Congresso Nacional. Esta pesquisa pretendeu, também, verificar até que ponto a atividade parlamentar pode influenciar a saúde dos deputados brasileiros.

O envelhecimento precoce apresenta estreita relação com doenças crônicas e hábitos de vida. A verificação da ocorrência mostra-se importante para a avaliação da saúde do sujeito exposto às atividades próprias do cotidiano parlamentar.

Foram avaliados fatores como obesidade abdominal, sedentarismo, estresse, alimentação desregrada, tabagismo e a própria atividade legislativa, dentro e fora do Congresso Nacional. Tais fatores foram eleitos por terem relação determinante com o estado de saúde do indivíduo e serem bastante pesquisados nos trabalhos relativos ao tema. (PITANGA, 2011; VELOSO, 2010; SILVEIRA, 2008; ECKEL, 2005)

Foram também avaliados fatores que, dentro dos critérios trazidos pelo Questionário de Risco Cardíaco da Universidade de Michigan (Michigan Heart Association's, 2008), pudessem verificar a real situação cardiovascular dos pesquisados. Essa escolha deu-se pelo aparente estresse intrínseco à atividade parlamentar, aliado a uma suposta idade média elevada dos parlamentares.

Vários são os fatores que implicam o aparecimento de doenças referentes à chamada síndrome metabólica, definida como o agrupamento de alguns fatores. Entre

os mais comuns encontram-se o acúmulo de gordura na região abdominal, a chamada gordura visceral, o sedentarismo, o estresse, a alimentação desregrada, o tabagismo e o alcoolismo (ECKEL *et al*, 2005), todos encontrados nos mais diversos setores profissionais. Em situações extremas, a cumulatividade de mais de um fator, caso não raro, propicia a ocorrência, em larga escala, de patologias baseadas nos temerosos e pouco aconselháveis hábitos da vida moderna (MATSUDO *et al*, 2008).

Outro importante grupo de patologias que podem estar associadas à atividade laboral são as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), de etiologia multifatorial, que compartilham vários fatores de risco modificáveis, como o tabagismo, a inatividade física, a alimentação inadequada, a obesidade e a dislipidemia (CHANG, 1999). Estudos epidemiológicos têm mostrado que as doenças cardiovasculares, por exemplo, seriam uma causa relativamente rara de morte na ausência dos principais fatores de risco (BEAGHOLE, 2001).

Para a constatação de que os fatores citados encontram-se presentes no cotidiano parlamentar, elaborou-se uma pesquisa baseada em entrevista realizada diretamente com parlamentares da legislatura 2011-2014. A entrevista fundamentou-se na coleta de dados demográficos, antropométricos e clínicos, além dos hábitos individuais e das percepções que os parlamentares têm de sua jornada laboral, no âmbito do Congresso Nacional e fora dele.

A amostra escolhida para esta pesquisa baseou-se na “lista dos 100 cabeças do Congresso Nacional”, elaborada pelo DIAP – Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar. Esse órgão, de grande reconhecimento no meio político, publica anualmente essa relação, apontando os parlamentares mais influentes no Parlamento brasileiro.

Vale ressaltar que o nível de engajamento do parlamentar é, na maioria dos casos, diretamente proporcional ao número de legislaturas com mandato. São raros os casos em que um parlamentar, em seu primeiro mandato como deputado federal, possua reconhecimento suficiente no Parlamento para figurar entre os mais influentes no processo legislativo.

Como se verá no decorrer deste trabalho de conclusão de curso, a atividade parlamentar não se restringe à Brasília, ela também acontece nas bases eleitorais, na disputa pelo voto e nos acordos políticos realizados nos Estados e Municípios.

Alguns fatores de risco à saúde foram escolhidos para a contextualização do tema abordado. Os comportamentos e patologias tratados a seguir foram escolhidos por seguirem avaliações existentes em estudos sobre atividades laborais da vida atual, em seus mais diversos setores.

1.1 SÍNDROME METABÓLICA

A obesidade e o sobrepeso podem ser identificados pelo cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), determinado pela razão entre o peso em quilogramas (kg) e o quadrado da altura em metros (m) (Veloso *et al*, 2010). O índice limite para o IMC em adultos é o de 25 kg/m^2 (quilogramas por metro quadrado). O Ministério da Saúde divulgou, em seu sítio na rede mundial de computadores (BRASIL, 2012), estudo constatando que 48,5% dos brasileiros encontram-se acima do peso.

O sobrepeso incide de maneira diversa entre homens e mulheres. Nos homens, o acúmulo de gordura se dá, preferencialmente, na região abdominal. Já nas mulheres, a gordura pronuncia-se nos quadris e coxas. Em ambos os casos há aumento de risco de desenvolvimento de patologias (GUEDES, 2007).

O quadro está associado à grande quantidade de alimentação ingerida, que pode ser fruto de situações geradoras de estresse e ansiedade. Tal fato também está relacionado com a atual produção de alimentos, notadamente com maior densidade energética (MENDONÇA e DOS ANJOS, 2004). A partir da década de 50, a industrialização dos alimentos repercutiu, juntamente a um maior acesso a bens de consumo, em elevado aumento no sobrepeso da população brasileira (MONDINI e MONTEIRO, 2007).

No Brasil e em países do mundo desenvolvido, a obesidade vem se mostrando como um problema de saúde pública maior que a desnutrição. O Ministério da Saúde divulgou dados obtidos pelo VIGITEL Brasil 2011, que apontou um crescimento constante em relação ao levantamento realizado desde o ano de 2006. Em 2006, a

pesquisa apontou que o sobrepeso no Brasil atingia 43% da população. Já em 2011, o sobrepeso estava presente em 49% dos brasileiros. Os números relativos à obesidade apontaram, na mesma pesquisa, 11% para 2006 e 16% para 2011.

Em contrapartida, a prevalência de desnutrição entre nós vem diminuindo. No VIGITEL Brasil 2009, foram divulgados dados acerca da desnutrição entre meninos e meninas moradores da região norte do Brasil, para pesquisas realizadas em 1974/75 e 2008/09. Entre os meninos, a desnutrição caiu de 29,3% para 7,2%. Já as meninas apresentaram diminuição de 26,7% para 6,3% (MELO, 2011).

A incidência de diabetes, aterosclerose e morte cardíaca súbita é bastante frequente em pessoas obesas, porém, quando a obesidade está centralizada na região abdominal, as repercussões negativas, tanto de ordem metabólica quanto cardiovascular, são mais significativas (PITANGA, 2011).

É a chamada gordura visceral, indício de ocorrência da síndrome metabólica, que eleva o risco de morte por complicações cardiovasculares em duas ou três vezes mais que os indivíduos sem a síndrome (ISOMAA *et al*, 2001).

Há uma forte ligação entre a gordura acumulada na região abdominal e a resistência à insulina, potencializando o risco de surgimento de doença cardiovascular aterosclerótica (SAAD *et al*, 2006).

A obesidade abdominal, que pode ser determinada de maneira prática e imediata pela medida da circunferência abdominal, está estreitamente relacionada com a síndrome metabólica. A síndrome metabólica é definida como o agrupamento de algumas das seguintes características: obesidade central, resistência insulínica, dislipidemia aterogênica, hipertensão, marcadores de inflamação vascular e homeostasia da glicose alterada, que estão associadas ao aumento no risco de doenças cardiovasculares e diabetes tipo 2 (ECKEL *et al*, 2005).

As complicações causadas pelo excessivo acúmulo de gordura na região abdominal, característica preliminar de incidência da síndrome metabólica, são responsáveis por grande parte das doenças crônicas não transmissíveis (ISOMAA, 2001).

Outro importante componente antropométrico para diagnóstico da síndrome metabólica reside na apuração das circunferências da cintura, do abdômen e do quadril, medidas em centímetros (cm). Essas três dimensões, quando analisadas junto ao IMC, ou relacionadas entre si, apontam para a existência ou não de casos dessa síndrome, numa estreita referência aos casos de doenças crônicas não transmissíveis.

A síndrome metabólica também pode ser, de maneira fiel e econômica, constatada pela aferição da Relação Cintura-Quadril (RCQ) em homens e mulheres. Associada a um IMC igual ou superior a 30 Kg/m², a RCQ superior a 0,90 para homens e a 0,85 para mulheres é claro sinal de instalação da síndrome metabólica (SANTOS *et al*, 2006).

1.2 SEDENTARISMO

Considerado uma epidemia mundial, vez que atinge cerca de 70% da população do planeta (POZENA e CUNHA, 2012), o sedentarismo caracteriza-se pela imobilidade corpórea, a ponto de gerar comprometimento das funções orgânicas, metabólicas e musculoesqueléticas (NAHAS, 2001).

O sedentarismo compromete as possibilidades articulatórias e torna as estruturas musculoesqueléticas inertes e tendentes à hipotrofia, responsável pela redução das reservas de glicogênio, da creatina quinase, dos sarcômeros em série, bem como da força muscular e da resistência à fadiga (DURIGAN, 2006).

Segundo Rezende e colaboradores (2006), indivíduos sedentários e com excesso de peso, notadamente aqueles com gordura localizada na região abdominal, estão mais propensos a sofrer doenças cardiovasculares, em especial aquelas envolvidas com a síndrome metabólica. O mesmo autor afirma que a frequência de fatores de risco cardiovascular é maior quando há aumento do IMC e da circunferência abdominal. Destaca, todavia, que o acompanhamento clínico e a mudança de determinados hábitos, como: a inatividade física, o tabagismo e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas levam a uma perspectiva de vida maior e ao aumento da qualidade de vida.

Embora haja plena consciência de que o corpo humano deva manter um mínimo de atividade física (AF) para a manutenção dos níveis metabólicos em parâmetros aceitáveis, a acomodação humana vence a razão e leva grande parte da população mundial ao adoecimento por falta de movimentação corporal (MATSUDO *et al*, 2008).

A AF pode ser definida como qualquer movimento corporal que resulte da contração muscular voluntária que corresponda a um gasto energético acima do verificado durante o repouso. Nessas circunstâncias encontram-se andar, dançar, pedalar, correr, subir ou descer escadas, jardinar ou nadar (MATSUDO *et al*, 2005).

Um dos fenômenos mais pesquisados é o da relação entre a AF e a longevidade (MATSUDO *et al*, 2008). Por menor que seja o nível e a frequência de AF regular, sempre há uma maior expectativa de vida em relação àqueles que se encontram inteiramente inativos.

Matsudo (2008) descreve:

Na análise longitudinal de 12 anos com 3.206 homens e mulheres maiores de 65 anos de idade, os indivíduos que eram fisicamente ativos ocasionalmente tiveram um risco de mortalidade para todas as causas 28% menor do que os fisicamente inativos. O risco de quem fazia AF uma ou mais vezes por semana foi 40% menor em relação aos sedentários, ressaltando que mesmo a AF irregular está associada à diminuição do risco de morte em idosos.

A AF trata da recomposição de um comportamento que foi sendo relevado em razão do desenvolvimento tecnológico (RASCH e BURKE, 1987). A inversão da utilização dos grupos musculares pode ter desregulado as primitivas reações de ataque ou fuga. Os grandes grupos musculares, desenvolvidos para grandes amplitudes de movimento e maior número de repetições, hoje se encontram subjugados pela utilização maciça das combinações osteomusculares de sintonia fina (MCARDLE *et al*, 1986).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) oficializou, em 1992, o sedentarismo como um dos principais inimigos públicos da saúde pública no mundo. O comprometimento da raça humana chega a ser de 80%, em razão da imobilidade corporal. Um primeiro levantamento, realizado na década de 90, na região metropolitana de São Paulo, revelou que 69,3% dos adultos não eram suficientemente ativos, alcançando 80,2% das mulheres e 57,3% dos homens (LIPP, 2004).

1.3 ESTRESSE

Visto como um sinônimo de agente precursor de patologias, o estresse, em doses moderadas, é o responsável pela adaptação orgânica aos estímulos captados no mundo exterior (LIPP, 1996).

O estresse por suas características patológicas foi inicialmente estudado por Hans Selye (1950). Selye percebeu que alguns pacientes apresentavam sintomas comuns, ainda que sofressem de doenças diferentes. Essa nova patologia foi por ele chamada de “Síndrome de Estar Apenas Doente”, precedida por uma “Síndrome de Adaptação Geral”. (CASTRO *et al*, 2008).

Fatores cognitivos têm um papel central no processo que ocorre entre os estímulos potencialmente estressores e as respostas do indivíduo a eles (Paschoal e Tamayo, 2004). Geralmente, em ambientes laborais de baixo impacto físico, o corpo reage a estímulos de natureza emocional, sendo as respostas psicológicas, fisiológicas ou comportamentais. Em situações de médio e alto impacto físico, as respostas atuam primeiramente no campo fisiológico. No entanto, a manutenção dos estímulos estressantes físicos – barulho, ventilação e iluminação – acarretam respostas emocionais (*ibidem*).

A linha entre a pressão saudável, componente inicial da exposição a uma situação potencialmente estressante, e a pressão nociva é muito tênue. O controle do estresse requer conhecimento prévio de suas causas e consciência das reações advindas dele. A submissão a um estímulo estressante excessivo causa irritação, frustração, ansiedade e tensão. O estresse repetitivo e constante pode levar a acidentes vasculares cerebrais ou infartos do miocárdio, entre outros (DIAS E DI LASCIO, 2003).

Outra consequência do estresse na atividade laboral, que vem ocorrendo cada vez com maior frequência, é a lesão por esforços repetitivos (LER), também conhecida como doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (Dort).

A expressão LER/Dort, para o Ministério da Saúde, é um “termo abrangente que se refere aos distúrbios ou doenças do sistema musculoesquelético, principalmente de pescoço e membros superiores, relacionados, comprovadamente ou não, ao trabalho”. A patologia não está ligada apenas a movimentos repetitivos, mas também à permanência

prolongada de segmentos corporais em inamovibilidade. A permanência corpórea em determinadas posições por horas a fio, associada às pressões exercidas pelos empregadores por um trabalho correto e célere, contribuem para o aparecimento da síndrome (AUGUSTO, *et al*, 2008).

Pausas, exercícios específicos para segmentos corporais empenhados em atividades laborais e acompanhamento psicológico mostram-se essenciais para a diminuição das enfermidades decorrentes do estresse (MATSUDO, 2004).

Segundo Lipp (2003), há três fases distintas no processo de consumação do estresse:

1ª fase (reação): a pessoa não percebe o que está acontecendo e apresenta algumas mudanças de comportamento, geralmente alcançando a plenitude do rendimento humano. Há aumento da produção de adrenalina, em dose suficiente para a preservação e sobrevivência. É a fase positiva do estresse;

2ª fase (resistência): o organismo começa a se adaptar às mudanças. Ocorre a tentativa do corpo em manter sua homeostase. Se essa fase for prolongada, com incidência regular dos fatores estressantes em frequência e intensidade, há uma quebra no processo de resistência do corpo e o indivíduo ingressa na fase de exaustão; e

3ª fase (exaustão): ocorrem mudanças que afetam física e psicologicamente as pessoas. As doenças mais comuns costumam atacar órgãos mais vulneráveis, com ocorrência de infarto do miocárdio, úlceras gástricas, psoríase, depressão, entre outros.

Nessa terceira fase, estariam concentradas alterações psicossociais, como: raiva, frustração, irritação, perda da autoconfiança e da autoestima, com manifestações nas relações de trabalho e na vida pessoal (MUCHINSKI, 2004).

O organismo pode reagir de diversas maneiras ao estresse. A suscetibilidade a doenças é diretamente proporcional ao tempo em que o indivíduo está exposto a uma ou mais situações estressantes. Estado que gera um círculo vicioso, isto é, uma vez estressado, o organismo diminui suas proteções naturais, o desempenho cai, e, com a persistência dos estímulos danosos, o estresse e suas consequências aumentam (DIAS e DI LASCIO, 2003).

1.4 ALIMENTAÇÃO DESREGRADA

A alimentação e a nutrição adequadas constituem requisitos essenciais à confirmação do completo potencial de crescimento e desenvolvimento com qualidade de vida. Também contribuem para a prevenção de doenças relacionadas à carência de nutrientes essenciais e evitam o aparecimento da obesidade e enfermidades associadas, além de constituírem-se em direito humano indispensável à construção de cidadania (SILVA et al, 2012).

Tal direito foi tema da Emenda Constitucional nº 64, de 4 de fevereiro de 2010, que alterou o artigo 6º da Constituição Federal, de 1988, para introduzir a alimentação como direito social. A alimentação passou, então, a ter a mesma importância jurídica da educação, da saúde, do trabalho, da moradia, do lazer, da segurança, da previdência social, da proteção à maternidade e à infância e da assistência aos desamparados.

Não apenas a qualidade, mas a quantidade, a frequência e os intervalos entre as refeições determinam os efeitos, positivos ou negativos, advindos do hábito alimentar. Como exemplo, um organismo acostumado a longos períodos de jejum tende a acumular mais gordura, em decorrência da expectativa criada pelo organismo para longos períodos sem ingestão de nutrientes (PHILIPPI, 2006). Segundo a Consolidação das Leis do Trabalho (Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943), em seu artigo 71, o intervalo para alimentação em jornadas de trabalho de seis ou mais horas deverá acontecer a cada três horas trabalhadas.

Não só na esfera laboral, mas em todos os segmentos de atividade humana esse intervalo deve ser respeitado. Voltando aos primórdios da humanidade, os agrupamentos humanos que obtiveram sobrevivência, nos períodos de escassez de comida, foram aqueles que possuíam características genéticas voltadas para o acúmulo de gordura, que possibilitava o posterior consumo das reservas formadas. E essa característica foi repassada a grande parte da população mundial (MCARDLE *et al*, 1986).

No entanto, com o desenvolvimento da agricultura, da pecuária e do processamento industrial de alimentos, a disponibilidade de alimentos deixou de ser um

problema para o homem, mas o componente genético do acúmulo de gordura continuou inserido no organismo humano. Dessa forma, a alimentação torna-se exagerada quando ingerida em grandes quantidades e em intervalos que superem três ou quatro horas.

Associada à grande quantidade de alimentação ingerida, fruto também das situações geradoras de estresse e ansiedade, deve-se considerar a atual produção de alimentos com maior densidade energética (MENDONÇA e DOS ANJOS, 2004). A partir da década de 50, a industrialização dos processos alimentares repercutiu, juntamente a um maior acesso a bens de consumo, em elevado aumento no sobrepeso da população brasileira (MONDINI e MONTEIRO, 2007).

Fator fundamental no estabelecimento da obesidade está na diferença entre a quantidade de alimentos ingeridos e o gasto energético necessário para a manutenção do peso ideal. É necessário, então, um equilíbrio adequado entre a ingestão calórica e o dispêndio energético necessário à manutenção do peso corporal. Dentre os fatores que ajudam a explicar a falta do equilíbrio entre a ingestão calórica e o gasto energético estão os avanços tecnológicos incorporados ao atual estilo de vida (KAKESHITA e ALMEIDA, 2008).

1.5 TABAGISMO

O tabagismo é considerado o principal fator de risco passível de prevenção para várias doenças crônicas e é responsável por um grande número de mortes prematuras no mundo (SILVA et al, 2006).

As primeiras mobilizações sociais brasileiras de combate ao fumo datam do fim da década de 80. As iniciativas organizadas pelo Poder Público brasileiro para controle do tabagismo – coordenadas pelo Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Câncer (Inca) –, também foram iniciadas no mesmo período. As principais ações foram baseadas em medidas legislativas, de educação e de regulamentação de produtos do tabaco (IGLESIAS, 2008).

A proibição do fumo em locais públicos data de julho de 1996, por meio da Lei federal nº 9.294, que “dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos

fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal”.

Em 1989, a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição identificou prevalência de tabagismo em 33,1% (40,3% em homens e 26,2% em mulheres) na população com mais de 14 anos. Em dados mais recentes, a Pesquisa Mundial de Saúde mostrou diminuição de 35% na prevalência de tabagismo (2,5% ao ano) nos indivíduos com mais de 17 anos, entre 1989 e 2003 (MONTEIRO *et al*, 2007).

Mesmo em flagrante declínio na população brasileira, o hábito do tabagismo continua sendo um fator determinante na redução de expectativa de vida. Quando associado a outros fatores já citados, o potencial do tabaco ainda se apresenta como um considerável risco à saúde (SILVA *et al*, 2006).

Fato interessante é que o Brasil, atualmente, ocupa a segunda colocação mundial na produção de tabaco. Mesmo assim, quando comparado a outros países emergentes, onde o hábito de fumar vem crescendo ano a ano, nosso país registra números de abandono do tabaco semelhantes aos países de primeiro mundo (CAVALCANTE, 2005).

1.6 ATIVIDADE PARLAMENTAR NA CÂMARA DOS DEPUTADOS

De modo geral, as atividades parlamentares estão divididas entre três principais ações. Sessões plenárias, tanto da Câmara dos Deputados, quanto do Congresso Nacional; reuniões das comissões temáticas e temporárias; e agenda pessoal do deputado, dividida entre compromissos internos de gabinete e externos, nos ministérios e nas bases eleitorais.

As condições laborais destinadas aos parlamentares da Câmara dos Deputados não privilegiaram, na sua gênese, medidas necessárias à manutenção da saúde. Uma rápida leitura no Regimento Interno da Câmara dos Deputados (RICD) evidencia a negligência do legislador ao confeccionar suas atribuições institucionais.

Claro exemplo consta no artigo 46 do RICD, ao dispor que: “As Comissões reunir-se-ão na sede da Câmara, em dias e horas prefixados, ordinariamente de terça a

quinta-feira, a partir das nove horas, ressalvadas as convocações de Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) que se realizarem fora de Brasília”.

A realidade, porém, aponta para uma prática avessa à capacidade física e intelectual do ser humano comum. Não são raros os casos de um mesmo parlamentar ser membro de duas ou mais comissões, como titular, além das vagas de suplente em outras comissões. E não há, no funcionamento das comissões, uma regra que preserve a participação do mesmo parlamentar em uma comissão por vez. Várias são as reuniões, de comissões permanentes e temporárias, realizadas simultaneamente, o que faz com que o deputado não tenha como prestar dedicação adequada a todas elas. Nos corredores das comissões, é grande o “corre-corre”, com os parlamentares tentando estar presentes, pelo menos, nas principais deliberações desses órgãos técnicos.

Esse fator é agravado pelo intervalo reduzido para a realização de reuniões das vinte comissões permanentes e das demais comissões temporárias. O parágrafo primeiro do artigo 46, do RICD, dispõe que o funcionamento das comissões não pode coincidir com o horário de realização da Ordem do Dia da sessão ordinária ou extraordinária da Câmara ou do Congresso Nacional. Isso, na prática, significa dizer que as reuniões das comissões só ocorrem no começo das tardes das terças-feiras, nas manhãs e no começo das tardes das quartas-feiras e, muito raramente, nas manhãs das quintas-feiras.

Agrega-se a isso o grande número de comissões temporárias na Câmara dos Deputados. No mês de abril de 2012, estavam em funcionamento 43 comissões temporárias, entre especiais, externas e parlamentares de inquérito (CPIs), compostas por uma média de 26 parlamentares por comissão, com igual número de suplentes.

Vislumbra-se, portanto, para aqueles que não conhecem o cotidiano parlamentar, que o trabalho dos membros Câmara dos Deputados não está restrito às sessões plenárias, mas constitui-se da participação, por vezes simultânea, nas comissões temáticas e temporárias da Casa.

O Plenário da Câmara dos Deputados funciona com uma temperatura ambiente muito baixa¹. Além disso, os assentos disponíveis são insuficientes para todos os

¹ A temperatura média do Plenário Ulysses Guimarães é de 21 graus centígrados. Para que esse valor seja mantido, durante os períodos em que há grande número de pessoas presentes, a temperatura tem de estar sempre mais baixa, dada a dificuldade de redução para os níveis exigidos em um curto espaço de tempo.

parlamentares. Em abril de 2012, havia 394 assentos para os 513 deputados no Plenário da Câmara dos Deputados. Tais fatores, conjugados, comprometem o conforto naquela dependência da Casa e podem gerar doenças tanto respiratórias quanto ortopédicas, por exemplo.

2. METODOLOGIA

A pesquisa consiste em um estudo transversal, descritivo, com abordagens quantitativa e qualitativa. Foi selecionada uma amostra de conveniência entre os deputados considerados mais influentes pelo Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar – DIAP. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e avaliação antropométrica dos sujeitos participantes, realizadas entre novembro de 2011 e maio de 2012.

O DIAP é uma instituição composta por entidades sindicais e associações profissionais de trabalhadores e empregados do Brasil. Dentre suas atribuições está a de prestar informações sobre a atuação parlamentar no Congresso Nacional, sobre projetos de lei, suas emendas, andamento, encaminhamento e resultado de votação e estudos técnicos. A metodologia utilizada pelo DIAP para a divulgação da lista dos 100 parlamentares mais influentes do Congresso Nacional norteia-se em três critérios básicos.

O primeiro critério é o institucional, baseado no posto ocupado pelo parlamentar, como: presidência de comissões, relatoria de projetos importantes, liderança de partidos e de bancadas e cargos na Mesa Diretora. O segundo critério é o da reputação, obtido mediante avaliação de colegas e demais trabalhadores em atividade no Congresso Nacional. O terceiro critério trata do poder de decisão do parlamentar. Esse quesito, considerado o mais importante para a determinação da lista, constitui-se da influência em votações importantes, da capacidade de articulação de textos e do poder de negociação para um possível consenso acerca de matérias de grande relevância nacional (QUEIROZ, 2011).

As entrevistas foram, então, direcionadas aos 62 membros da Câmara dos Deputados que constam da lista dos 100 parlamentares mais influentes segundo o DIAP, vez que os demais 38 parlamentares são membros do Senado Federal. Junto à entrevista, procedeu-se ao levantamento de dados demográficos, antropométricos e clínicos de todos os parlamentares pesquisados.

Primeiramente foram contatados, por telefone e pelo correio eletrônico, os gabinetes de todos os deputados federais selecionados. Desse total de 62 deputados contatados, apenas um agendou de pronto um horário para que a entrevista fosse realizada. Essa entrevista não foi concretizada, pois o parlamentar negou-se a participar da pesquisa, alegando escassez de tempo.

Em um segundo momento, foi estabelecido contato direto com os parlamentares, que se prontificavam, ou não, a receber o pesquisador em seus gabinetes. Os contatos diretos foram tratados com todos os deputados da lista. Todos os deputados relacionados na lista do DIAP que eram encontrados pelos corredores da Casa eram novamente convidados a participar da pesquisa. Durante o período destinado à pesquisa, 32 entrevistas foram agendadas e canceladas. Finalmente, foram entrevistados os 20 deputados que primeiro atenderam ao convite, com respeito, inicial, à proporção de gênero presente na Casa.

A representatividade feminina no número total de membros da Câmara dos Deputados, atualmente, é de aproximadamente 8%. São 43 deputadas para um total de 513 parlamentares. A ideia inicial, portanto, era de realizar a pesquisa com duas deputadas, o que perfaria um total de 10% da amostra utilizada na pesquisa.

Dentre os 62 membros da Câmara dos Deputados que constavam do universo desta pesquisa, quatro eram mulheres. Dessas, apenas uma deputada foi entrevistada. Das demais, uma negou-se a participar do projeto sem explicar suas razões e as outras duas alegaram falta de espaço na agenda para a entrevista. Optou-se, então, por complementar a lista de 20 deputados com mais um entrevistado do sexo masculino. Dessa forma, a amostra final compôs-se de 19 homens e uma mulher.

A entrevista foi norteadada por dois instrumentos. O primeiro apresenta formulário de avaliação demográfica, antropométrica e clínica (Anexo II). Os dados coletados, nesse instrumento, foram: sexo, idade, escolaridade, peso, altura, circunferência

abdominal, circunferência de quadril, circunferência de cintura, pressão arterial, doenças crônicas, doenças recentes (últimos 30 dias), data da última visita ao médico e lipidograma.

Para a aferição da altura e das circunferências acima citadas, foi utilizada trena antropométrica da marca WISO, modelo T87, especificamente concebida para a tomada de medidas retilíneas e circulares. Para a obtenção do peso corporal, foi utilizada a balança digital da marca G-TECH, modelo Glass 3C, devidamente aferida nos padrões do Instituto Nacional de Pesos e Medidas – INPM. Para a percepção da pressão arterial, foi utilizado o esfigmomanômetro digital da marca Techline, modelo WS-502, calibrado por coincidência de resultados obtidos com esfigmomanômetro mecânico de coluna de mercúrio.

Vale ressaltar que os dados colhidos acerca do lipidograma dos pesquisados não foram atestados por exame impresso. A pesquisa baseou-se em informação prestada pelo próprio parlamentar acerca do resultado da última dosagem: se ele se encontrava dentro da faixa considerada normal ou se estava alterado. Também não houve especificação quanto aos níveis de HDL e LDL, questionou-se apenas o colesterol total.

Em seguida, o instrumento contém seção que avalia a percepção do sujeito acerca de diversas situações próprias da vida parlamentar, além de um espaço para manifestação espontânea do entrevistado. As variáveis constantes do instrumento são: cansaço físico e mental percebido nas sessões plenárias que seguem o horário normal estabelecido e nas sessões que extrapolam o horário normal; incômodo provocado pela necessidade de comparecimento a mais de uma comissão temática num mesmo instante; cansaço provocado pelos deslocamentos aéreos e pelas atividades nas bases eleitorais; tempo destinado para refeições em dias de pico; estado de espírito durante essas refeições; hábito semanal de prática de atividades físicas; e percepção acerca do estado geral de saúde quando comparados os períodos anterior e posterior às atividades relacionadas ao mandato de Deputado Federal.

As questões referentes à percepção individual acerca das situações próprias da vida parlamentar foram respondidas dentro de um nível de intensidade que ia de “nenhuma intensidade” a “intensidade alta”. As outras opções de resposta eram “intensidade baixa” ou “intensidade moderada”, que permitiram uma gradação mais próxima à realidade de cada um dos entrevistados.

O segundo instrumento utilizado nas entrevistas foi o questionário de avaliação do risco cardíaco confeccionado pela Michigan Heart Association (Anexo I). O formulário apresenta gradação de risco que vai do “sem risco” ao “risco muito alto”, baseada em pontos produzidos pelas respostas prestadas pelos participantes da pesquisa.

O questionário de avaliação do risco cardíaco aplicado aos pesquisados é composto por oito questões. Os dados levantados referem-se: à idade, ao sexo, ao peso, ao tipo de atividade laboral e recreativa, ao hábito de fumar, à pressão arterial, ao histórico de doença cardiovascular na família e aos níveis de colesterol.

A pontuação do questionário de risco cardíaco vai de 6 a 62. De 6 a 11, o indivíduo é considerado sem risco. De 12 a 17, considera-se o risco abaixo da média. De 18 a 24, considera-se o risco médio. De 25 a 31, o risco é moderado. De 32 a 40, o risco é alto. De 41 a 62, o risco é considerado muito alto.

A questão referente à prática de atividades físicas entre os pesquisados obedeceu à determinação proposta pela tabela do Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul – SP (MATSUDO, 2005). Os critérios estipulados para a determinação do nível de atividade vão do “inativo” ao “muito ativo”, passando pelos níveis intermediários, “pouco ativo” e “ativo”. A inclusão nesses níveis obedeceu aos padrões dispostos abaixo.

“Muito Ativo”: mais de 30 minutos de sessão de atividades vigorosas, por mais de 5 dias por semana; e/ou mais de 20 minutos de sessão de atividades vigorosas por mais de 3 dias/semana somadas a mais de 30 minutos de sessão de atividades moderadas ou caminhadas por mais de 5 dias por semana;

“Ativo”: mais de 20 minutos de sessão de atividades vigorosas por mais de 3 dias por semana; e/ou mais de 30 minutos de sessão de atividades moderadas ou caminhadas por mais de 5 dias por semana; e/ou mais de 150 minutos por semana de qualquer das atividades somadas (vigorosa + moderada + caminhada);

“Pouco Ativo”: menos de 150 e mais de 10 minutos por semana de qualquer das atividades somadas (vigorosa + moderada + caminhada); e

“Inativo”: mais de 10 minutos por semana de qualquer das atividades somadas (vigorosa + moderada + caminhada).

Para a valoração dos dados coletados pelo questionário proposto aos pesquisados, o potencial de dano de cada questão apresentada na pesquisa foi avaliado pela somatória dos pontos atribuídos às alternativas das respostas obtidas. Para uma melhor avaliação, as questões propostas foram divididas em dois grupos. O primeiro grupo refere-se à percepção do deputado frente às situações propostas e o segundo, a alguns hábitos desses parlamentares.

A percepção de maior dano corresponderá, então, ao somatório de todas as respostas, com suas pontuações máximas, aqui convencionadas em “3”, o que daria um total por indivíduo de “33” pontos, já que existem 11 questionamentos.

O total de pontos possível para cada questionamento é de “60”, já que existem 20 pesquisados. Para o caso de nenhuma alteração, de acordo com as questões propostas, o resultado deverá ser “zero”.

Duas questões, referentes ao “tempo destinado para as refeições nos dias de grande atividade parlamentar” e o “ambiente e estado de espírito necessários para uma alimentação ser considerada tranquila” ofereceram apenas as respostas “sim” ou “não”. Nesses dois casos, a resposta “não” recebeu a valoração “3” e a resposta “sim” foi interpretada como “zero”.

O último questionamento tratou de apurar a percepção dos parlamentares acerca do estado de saúde prevalente antes e depois da posse como membro da Câmara dos Deputados.

Para tal, foram dadas quatro alternativas de resposta. A primeira para os casos em que o pesquisado considerou sua condição de saúde piorada após as práticas parlamentares. A segunda para os casos em que o parlamentar considerou que sua condição de saúde se manteve ruim. A terceira para os casos em que o parlamentar considerou que suas condições de saúde se mantiveram boas. E a última opção para aqueles que notaram evolução em sua saúde.

Como forma de valoração das respostas obtidas, convencionou-se uma pontuação de “zero” a “3”. Para a alternativa “piorou”, foi dada valoração “3”. Para a alternativa “manteve-se ruim”, foi dado o valor “2”. Para a alternativa “manteve-se boa”, foi considerado o valor “1”. E para a alternativa “melhorou”, deu-se a valoração “zero”.

Dessa forma, todas as respostas obtidas dos pesquisados, para todas as questões formuladas, foram valoradas de “zero” a “3”. Sendo “zero” a alternativa que representa menor impacto sofrido pela situação proposta no questionamento, e “3” a alternativa que representa a maior intensidade de alteração física ou psicológica sofrida pela situação proposta.

Para a efetivação da pesquisa, este trabalho foi precedido de protocolo para autorização de pesquisa com seres humanos. O protocolo foi acompanhado por termo de consentimento livre e esclarecido, preenchido e assinado por todos os parlamentares que participaram da amostra. Foi imperativo o sigilo das informações aqui coletadas e a garantia de que, em nenhum momento, nomes ou quaisquer informações que levassem a identificação nominal dos participantes fossem exibidos neste trabalho.

3. RESULTADOS

3.1 DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS E ANTROPOMÉTRICOS

Os parlamentares participantes desta pesquisa situam-se no intervalo etário de 41 a 66 anos, com idade média de 57,6 anos, moda² de 62 e mediana³ de 58,5.

Dos 20 deputados entrevistados, 17 possuem curso superior e três possuem nível médio de ensino. Os parlamentares pesquisados possuem as seguintes formações profissionais, contabilizadas aqui todas as informações prestadas no sítio da Câmara dos Deputados na rede mundial de computadores: sete professores, seis advogados, três médicos, dois radialistas, dois agropecuaristas, um administrador, um economista, um contabilista, um servidor público estadual, um metalúrgico, um empresário, um veterinário, um bancário, um farmacêutico bioquímico, um químico industrial e um engenheiro. As profissões foram consideradas de maneira cumulativa, já que alguns parlamentares possuem mais de uma atividade profissional. Na amostra coletada nesta pesquisa, 12 deputados possuem apenas uma formação profissional, seis possuem duas

² Valor que mais se repete em uma amostra de dados.

³ Valor que divide uma amostra de dados em duas metades, inferior e superior.

atividades laborais, um possui três formações profissionais e um possui quatro atividades.

A massa corporal masculina, determinada em kg, variou entre 69 e 108, com peso médio de 86,5kg, moda de 86kg e mediana de 85,5kg. A massa corporal feminina, determinada em kg, para a única deputada entrevistada foi de 63. A estatura masculina dos pesquisados, avaliada em metros, variou entre 1,68m e 1,94m, com estatura média de 1,78m e mediana de 1,76m. A distribuição dessa variável foi multimodal, apresentando as modas 1,69m, 1,72m, 1,75m, 1,77m, 1,80m e 1,86m. A estatura da única deputada pesquisada, avaliada em metros, foi de 1,59m. Essas duas dimensões são utilizadas para a determinação do IMC, um dos principais, mais econômicos e imediatos parâmetros para a avaliação do nível de obesidade numa população. O IMC é obtido pela razão entre o peso corporal, em Kg, e o quadrado da altura, em metros.

O menor IMC detectado foi de 23,7 e o maior foi de 33,3, o que gerou um IMC médio de 27,5, uma moda de 25,2 e uma mediana de 26,8. A única deputada entrevistada apresentou IMC de 25. O resultado apontou para uma prevalência de 65% da amostra em situação de sobrepeso e 15% com números que indicam obesidade. Uma comparação com dados do IBGE para a incidência de sobrepeso e de obesidade na população brasileira aponta para números maiores na amostra colhida entre os deputados. Esse resultado pode ser devido à falta de coincidência entre a idade média da população brasileira e a dos membros da Câmara dos Deputados, maior.

Para a circunferência abdominal (CA), a menor medida obtida para os homens foi de 85cm e a maior foi de 127cm, o que resultou em uma média de 103cm e uma mediana de 103cm. Também essa distribuição foi multimodal, apresentando as modas 95cm, 101cm, 103cm, 104cm, 108cm e 117cm. Para a única deputada entrevistada a circunferência abdominal foi de 87cm. Já a circunferência de quadril (CQ) apresentou, para menor valor masculino 96cm e para maior valor 120cm, o que resultou em uma média de 108cm e uma mediana de 108cm. Mais uma vez, foi multimodal, apresentando as modas 100cm, 105cm, 108cm, 112cm e 120cm. Para a única deputada entrevistada a CQ colhida foi de 104cm. A circunferência de cintura (CC) variou, entre os homens, de 83cm a 116cm, perfazendo uma média de 100 cm e uma mediana de 99cm; foi multimodal, apresentando as modas 93cm, 96cm, 98cm, 100cm e 101 cm. Para a única deputada entrevistada, a CC foi de 82cm.

A Relação Cintura Quadril (RCQ), obtida pela razão entre as circunferências da cintura e do quadril, apresentou, entre os homens, dimensões que variam de 0,86 a 0,98; o que resultou em uma média de 0,92; é bimodal, apresentando as modas 0,88 e 0,93 e uma mediana de 0,93. Para a única deputada entrevistada, a RCQ foi de 0,78.

A RCQ colhida na amostra apontou para uma prevalência de 60% dos pesquisados como portadores da síndrome metabólica. Essa determinação segue o valor de corte de 0,90 para homens e 0,85 para mulheres, de acordo com a OMS.

A Tabela 1 resume os dados demográficos e antropométricos obtidos.

Tabela 1 – Dados sócio demográficos e antropométricos apresentados por deputados brasileiros, 2012.

sujeito	Dados Sócio Demográficos			Dados Antropométricos						
	sexo	idade	escolaridade	Peso (1)	Altura (2)	circ abd (3)	circ qd (3)	Circ cin (3)	IMC	RCQ
1	M	51	Pós-graduado	78	1,77	95	100	93	24,9	0,93
2	M	63	Superior	86	1,72	104	107	101	29,2	0,94
3	M	57	Superior	86	1,75	104	108	103	28,1	0,95
4	M	58	Pós-graduado	92	1,68	108	116	100	32,6	0,86
5	M	62	Pós-graduado	91	1,9	103	109	100	25,2	0,91
6	M	41	Médio	84	1,79	97	110	97	26,3	0,88
7	M	57	Superior	77	1,71	95	102	96	26,4	0,94
8	M	66	Superior	103	1,81	117	120	106	31,5	0,88
9	M	59	Médio	108	1,94	106	112	109	28,7	0,97
10	M	64	Pós-graduado	83	1,8	92	105	93	25,6	0,88
11	M	55	Superior	70	1,72	85	96	83	23,7	0,86
12	M	53	Superior	85	1,77	101	105	96	27,1	0,91
13	M	62	Pós-graduado	80	1,74	101	108	101	26,5	0,93
14	M	45	Médio	89	1,86	117	115	112	28,8	0,97
15	M	66	Superior	102	1,75	127	120	116	33,3	0,96
16	M	65	Pós-graduado	90	1,8	108	112	98	27,8	0,87
17	M	62	Superior	72	1,69	94	100	98	25,2	0,98
18	M	63	Pós-graduado	69	1,69	93	97	91	24,2	0,93
19	F	52	Pós-graduado	63	1,59	87	104	82	25	0,78
20	M	51	Superior	98	1,86	103	111	99	28,3	0,89

(1) em kg

(2) em m

(3) em cm

Fonte: Pesquisa realizada pelo autor

Item esclarecedor e de grande eficiência quanto à presença da síndrome metabólica, principalmente quando coincidente com IMC superior a 30 kg/m², é o

levantamento da relação cintura-quadril (RCQ). De fácil e rápida apuração, a RCQ é obtida pela razão entre a medida da circunferência da cintura, aferida pelo perímetro torácico na altura da última costela, e a circunferência do quadril, aferida pelo perímetro da bacia pélvica, no ponto mais amplo da região glútea.

Conforme a figura 1, 12 pesquisados estão com números que indicam a presença da síndrome metabólica. Oito pesquisados encontram-se dentro de níveis considerados normais. Isso representa uma prevalência da síndrome de 60 % dentro da amostra desta pesquisa. Nota-se que a média dos números levantados para a RCQ foi de 0,92, estando, portanto, também acima da nota de corte para a síndrome. A representante do sexo feminino apresentou RCQ de 0,78, o que a coloca em uma faixa fora da síndrome.

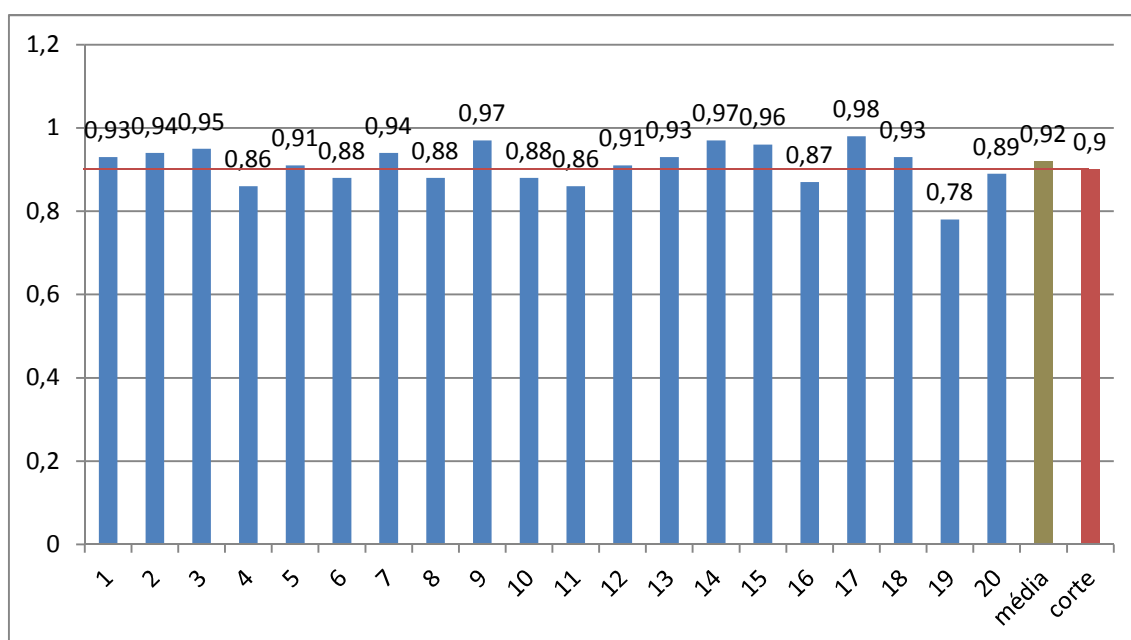


Figura 1 – Dados referentes ao RCQ, apresentados por deputados brasileiros, 2012.

Já o IMC, outra importante ferramenta utilizada para a avaliação do nível de sobrepeso e obesidade de determinada população, alcançou níveis mais preocupantes. A OMS considera 25 Kg/m² como o nível limítrofe para o peso ideal máximo.

Duas são as situações de risco detectadas pelo IMC. Para resultados de IMC entre 25 e 29,99 Kg/m², considera-se instalado o sobrepeso. Para resultados acima de 30 Kg/m², há prevalência de obesidade.

No caso de sobrepeso, há de ser observada a circunferência da cintura (CC). Se a CC for inferior a 90 cm, não há indicação para aumento de risco por acúmulo de

gordura visceral. Já para os casos em que o IMC se encontra entre 25 e 29,99 Kg/m² e a CC está acima de 90 cm, há risco de sobrepeso com acúmulo de gordura visceral, o que triplica o risco de complicações cardiovasculares (REZENDE et al, 2005).

A figura 2 traz os números encontrados para o IMC entre os pesquisados, esclarecendo alguns pontos importantes.

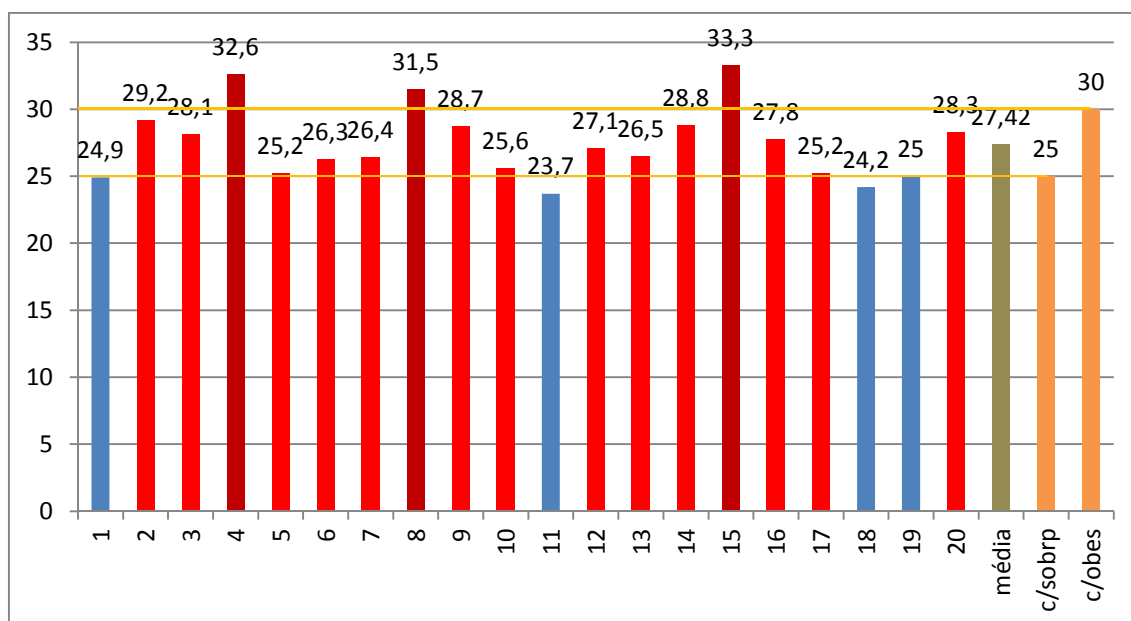


Figura 2 – Resultados encontrados para o IMC de deputados brasileiros, 2012.

Observa-se que três deputados encontravam-se obesos (sujeitos 4, 8 e 15), 13 encontravam-se com sobrepeso (sujeitos 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 17 e 20) e quatro apresentaram IMC considerado normal (sujeitos 1, 11, 18 e 19). Mais uma vez, a média dos valores encontrados para o IMC estava acima do normal, em 27,42 kg/m². Os resultados apontaram para 65% da amostra com sobrepeso, 15% com obesidade e 20% com IMC considerado normal.

Vale ressaltar que todos os pesquisados que se encontravam na faixa de sobrepeso apresentaram circunferência de cintura acima da medida limítrofe de 90 cm, o que confirma a prevalência de acúmulo de gordura visceral.

Para a detecção do risco cardiovascular, também é utilizada a aferição da circunferência abdominal (CA). Para mulheres, há risco aumentado para medidas de CA superiores a 80cm. Para homens, o risco aumenta quando as medidas de CA

ultrapassam 94cm. Para risco muito aumentado, consideram-se as medidas que ultrapassam 88 e 102 cm, respectivamente, para mulheres e homens (LEON *et al*, 1995).

A figura 3 retrata os resultados encontrados para a circunferência abdominal (CA) dos pesquisados, considerando sua implicância no risco de acidente cardiovascular.

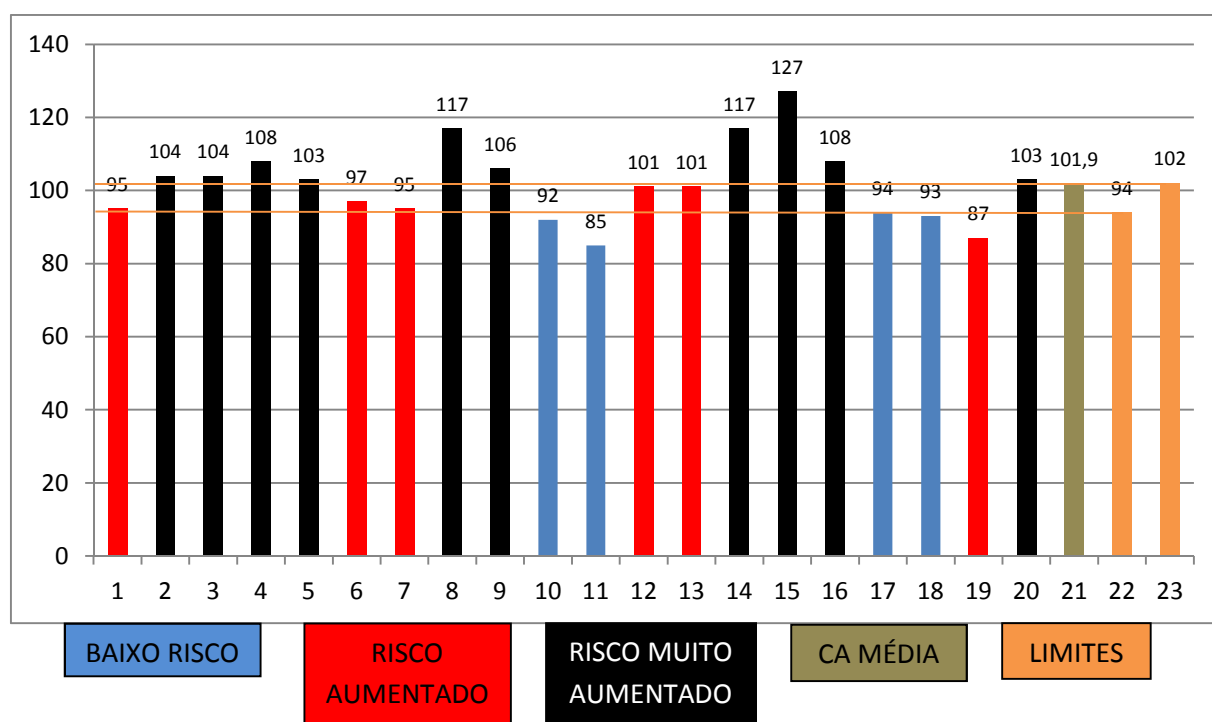


Figura 3 – Resultado de risco cardiovascular segundo aferição da circunferência abdominal de deputados brasileiros, 2012.

3.2 DADOS CLÍNICOS

Os dados clínicos levantados junto a esses parlamentares constituíram-se de pressão arterial sistólica e diastólica, existência de doenças crônicas, doenças contraídas nos 30 dias anteriores à entrevista geradora da pesquisa, data da última visita ao médico e lipidograma. Os dados encontram-se descritos na Tabela 2.

A Pressão Arterial (PA) média mostrou-se em níveis aceitáveis. Dentre os vinte parlamentares pesquisados, metade apresentou PA sistólica em 120 mmHg e diastólica em 80mmHg, valores considerados normais para a idade. Apesar de haver, entre os pesquisados, dois hipertensos controlados por medicamento, nenhum apresentou níveis de PA que fujam de oscilações consideradas normais para o decorrer de um dia de trabalho, segundo os critérios estabelecidos pela OMS (ECKEL *et al*, 2005).

Oito parlamentares referiram doenças crônicas: hérnia de disco, gastrite, hipertensão, hipotireoidismo, diabetes, glaucoma e gota. A hipertensão foi citada por três parlamentares.

Quatro deputados estiveram enfermos durante os 30 dias anteriores à pesquisa. Os males acometidos foram: gripe comum, lombalgia (com duas incidências) e infecção intestinal.

Outra questão posta aos pesquisados foi quanto à data da última visita ao consultório médico. Os períodos colhidos vão de dois dias a um ano. A média registrada, no entanto, foi de três meses, a moda também foi de três meses e a mediana foi de dois meses e meio.

Quanto ao lipidograma, seis estavam, de acordo com o último exame realizado, com os níveis elevados. Um apresentou resultado limítrofe, e apenas um dos pesquisados faz uso de medicamento destinado ao controle do colesterol, estando, portanto, com o resultado normal. O tempo médio desde a realização dos exames de lipidograma foi de quatro meses e meio.

A Tabela 2 resume os dados clínicos coletados pela pesquisa.

Tabela 2 – Dados clínicos apresentados por deputados brasileiros, 2012.

sujeito	Dados Clínicos									
	PA		doenças crônicas		doença 30 dias		visita ao médico		lipidograma	
	mín	máx	S/N	qual	S/N	qual	última/dias	motivo	resultado	qdo/dias
1	8	12	N	-	N	-	330	rotina	normal	330
2	7	14	N	-	N	-	30	rotina	normal **	30
3	8	12	N	-	N	-	2	rotina	normal	30
4	8	12	S	hér dis/gastrite	S	lombalgia	30	lombalgia	alto	240
5	10	14	S	hipertensão	S	gripe	7	gripe	normal	180

Dados Clínicos										
sujeito	PA		doenças crônicas		doença 30 dias		visita ao médico		lipidograma	
	mín	máx	S/N	qual	S/N	qual	última/dias	motivo	resultado	qdo/dias
6	8	12	N	-	N	-	90	rotina	normal	90
7	8	13	N	-	N	-	150	rotina	normal	150
8	7	13	N	-	N	-	60	rotina	normal	60
9	8	14	S	hipotireoid	N	-	90	rotina	alto	90
10	8	12	N	-	N	-	120	rotina	normal	120
11	8	12	S	diabete 1	S	infec intest	15	infec intest	normal	não soube
12	8	12	N	-	N	-	390	rotina	normal	390
13	8	12	S	diabete 2	N	-	15	rotina	normal	15
14	8	12	N	-	N	-	90	rotina	alto	não soube
15	10	13	S	hipertensão	N	-	120	rotina	normal	120
16	12	16	S	*	N	-	1	rotina	alto	1
17	8	12	N	-	N	-	60	rotina	alto	60
18	9	13	S	hipertensão	N	-	90	laringite	alto	90
19	7	11	N	-	S	lombalgia	30	lombalgia	limítrofe	90
20	7	12	N	-	N	-	510	rotina	normal	510

*hipertensão, colesterol alto, gota, hipertireoidismo e glaucoma.

**controlado com medicação.

Fonte: pesquisa realizada pelo autor

3.3 HÁBITOS E PERCEPÇÕES INDIVIDUAIS

Quanto à prática de atividades físicas, quatro parlamentares foram classificados como “muito ativos”. Quatro foram enquadrados como “ativos”. O mesmo número contabilizou os “pouco ativos” e uma maioria, de oito parlamentares, encontrava-se classificada como “inativos”.

Apenas um pesquisado declarou-se fumante, referindo o hábito de fumar charuto e cachimbo.

Quanto às questões referentes às percepções individuais dos pesquisados, os resultados foram tabulados da seguinte forma. As questões foram submetidas a uma gradação que apresentava, como alternativa de resposta, as seguintes alternativas: “zero” para nenhuma incidência, “1” para intensidade baixa, “2” para intensidade moderada e “3” para intensidade alta.

As situações propostas receberam a seguinte gradação por parte dos pesquisados: no quesito “cansaço físico nas sessões plenárias que obedecem ao horário normal estabelecido”, o total de pontos obtidos foi 11. Para o quesito “cansaço físico nas sessões plenárias que excedem o horário normal estabelecido”, o total de pontos obtido foi 44. No quesito “cansaço mental nas sessões plenárias que obedecem ao horário normal estabelecido”, o total de pontos obtidos foi 16. No quesito “cansaço mental nas sessões plenárias que excedem o horário normal estabelecido”, o total de pontos obtido foi 42. No quesito “participar de mais de uma reunião de comissão simultaneamente”, o total de pontos obtidos foi 47. No quesito “cansaço nos deslocamentos aéreos” o total de pontos obtido foi 37. No quesito “cansaço nas atividades parlamentares desenvolvidas na base eleitoral”, o total de pontos obtido foi 30. No quesito “percepção atual da própria saúde”, o total de pontos foi 43. No quesito “tempo destinado para refeições nos dias de pico”, o total de pontos foi 51. No quesito “estado de espírito durante a refeição”, o total de pontos foi 51. No quesito “prática de atividade física regular”, o total de pontos obtido foi 36.

As Tabelas 3 e 4 resumem as informações prestadas pelos pesquisados acerca das situações propostas pela pesquisa.

Tabela 3 – Resultados obtidos pelas seis primeiras situações apresentadas aos deputados brasileiros, 2012.

Deputados	cans fis hor/norm	cans fis hor/exced	cans men hor/norm	cans men hor/exced	Comissão simultânea	Deslocamentos Aéreos
1	0	2	0	1	2	2
2	0	2	0	2	3	3
3	2	3	3	3	3	3
4	0	3	0	3	3	2
5	0	2	0	3	3	3
6	1	1	1	1	0	2
7	1	3	2	2	2	2
8	0	2	0	0	3	0
9	0	3	0	3	3	3
10	0	2	0	2	3	0
11	0	2	0	3	3	3
12	1	3	0	3	2	2
13	0	3	1	3	3	0
14	0	2	2	3	2	3
15	1	2	2	2	0	0
16	0	0	0	0	3	0

Deputados	cans fís hor/norm	cans fís hor/exced	cans men hor/norm	cans men hor/exced	Comissão simultânea	Deslocamentos Aéreos
17	1	3	1	2	2	3
18	2	2	2	2	3	2
19	1	3	1	3	3	3
20	1	1	1	1	1	1
TOTAL	11	44	16	42	47	37

Fonte: pesquisa realizada pelo autor

Tabela 4 – Resultados obtidos nas cinco últimas situações apresentadas aos deputados e o total de pontos obtido por deputado e por situação.

Deputados	Atividade nas Bases	Percepção Atual	tempo refeição	Refeição conturbada	Atividade Física	Total Individual
1	2	3	3	3	3	21
2	1	3	3	3	2	22
3	3	1	3	3	2	29
4	3	3	3	3	3	26
5	2	3	3	3	2	24
6	1	0	0	3	0	10
7	0	1	3	3	0	19
8	0	1	3	0	2	11
9	0	3	3	3	3	24
10	1	0	3	0	0	11
11	2	1	3	3	0	20
12	1	3	3	3	3	24
13	1	3	3	3	2	22
14	2	3	3	3	3	26
15	2	3	0	3	0	15
16	0	2	0	0	3	8
17	2	1	3	3	0	21
18	2	3	3	3	2	26
19	2	3	3	3	3	28
20	3	3	3	3	3	21
TOTAL	30	43	51	51	36	

Fonte: pesquisa realizada pelo autor

A valoração dos dados levantados pelas questões referentes às situações de potencial estressante presentes no dia-a-dia do parlamentar apresentaram resultados que são melhor visualizados na figura 4.

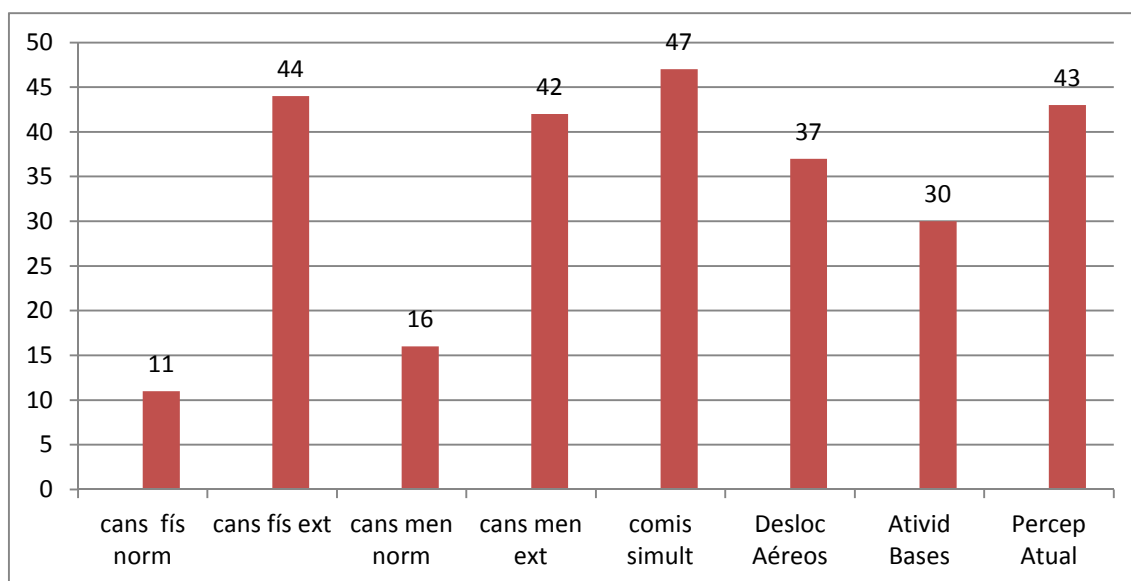


Figura 4 – Valoração convencionada para situações de potencial estressante na atividade legislativa.

Percebe-se que a situação que mais causa incômodo aos parlamentares é a “necessidade de comparecer simultaneamente a mais de uma reunião de comissão”, com pontuação 47, que representa 78 % do total de pontos possível. A que menos preocupa os parlamentares pesquisados é “o cansaço físico nas sessões que seguem o horário normal estabelecido”, que atingiu 11 pontos, representando 18 % do total de pontos possível.

A média entre as pontuações obtidas pelas situações propostas foi de 34% do total de pontos possível, o que permite dizer que as situações que obtiveram pontuação inferior a essa média podem ser consideradas como pouco estressantes. São elas: “o cansaço físico nas sessões que seguem o horário normal estabelecido”, “o cansaço mental nas sessões que seguem o horário normal estabelecido” e “as atividades políticas realizadas nas bases eleitorais”.

Por outro lado, as demais atividades propostas se encontram em um patamar que pode ser considerado como de maior potencial de estresse. São elas: “o cansaço físico nas sessões que excedem o horário normal estabelecido”, “o cansaço mental nas sessões que excedem o horário normal estabelecido”, “a necessidade de comparecer simultaneamente a mais de uma reunião de comissão”, “os deslocamentos aéreos” e “a percepção acerca de sua própria saúde, antes e depois de ingressar na vida política”.

Quanto ao impacto causado por hábitos individuais dos pesquisados, podemos melhor visualizá-los na figura 5.

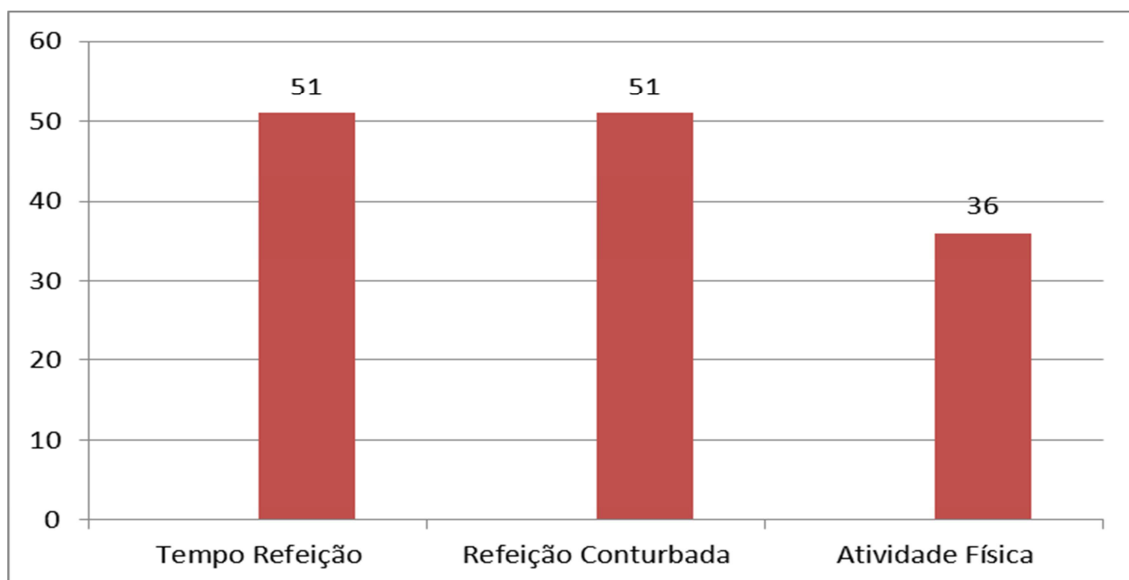


Figura 5 – Valoração convencionada para os hábitos individuais dos deputados brasileiros, 2012.

O “tempo destinado para refeições em dias de grande movimento” e o “estado de espírito no momento da refeição” são os hábitos que mais causam incômodo aos parlamentares, alcançando 51 pontos, o que significa 85% do total de pontos possível. Já o nível de atividade física regular aparece com influência um pouco menor, alcançando 36 pontos, o que representa 60% do total de pontos possível.

As variáveis dispostas na figura 5, determinadas pelos hábitos individuais de cada parlamentar, seriam, numa primeira avaliação, as mais passíveis de uma mudança substancial no dia-a-dia do parlamentar. As demais já dependeriam de decisões da administração da Casa e de reformas nos procedimentos internos e externos do mandato parlamentar.

Quanto ao impacto total sofrido por cada deputado, no que se refere a todas as situações propostas pela pesquisa, podemos, analisando o figura 6, tecer algumas apreciações.

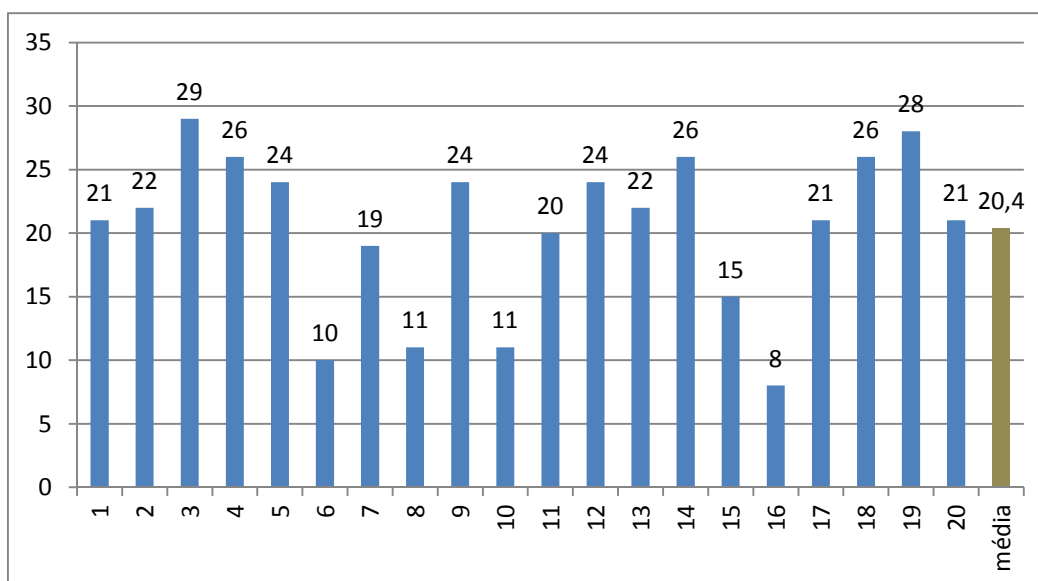


Figura 6 – Impacto sofrido por deputados brasileiros frente às situações apresentadas, 2012.

Os números obtidos na figura 6 ajudam a traçar um perfil mais fidedigno da influência da atividade legislativa na saúde dos parlamentares. Para uma média de 20,4 pontos, de acordo com a valoração convencionada para as situações de possível potencial de estresse para os parlamentares, percebe-se que 13 dentre os 20 deputados pesquisados encontram-se acima da média do impacto sofrido por todos. Isso representa 65% da amostra. Abaixo dessa média, encontram-se sete deputados, perfazendo 35% da amostra.

O Questionário de “risco cardíaco”, desenvolvido pela “Michigan Heart Association”, foi aplicado aos participantes da pesquisa, apresentando os seguintes resultados. Para o “risco baixo”, enquadraram-se três deputados. Para o “risco moderado”, enquadraram-se oito deputados. Para o “risco médio”, enquadraram-se oito deputados. E para o “risco alto”, enquadraram-se um deputado.

A figura 7 ajuda a visualizar os resultados obtidos para o questionário de risco cardíaco.

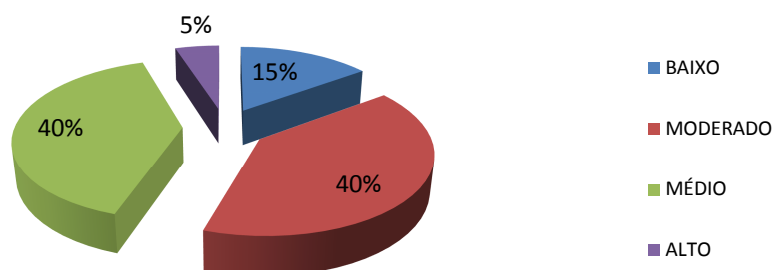


Figura 7 – Distribuição dos resultados referentes ao questionário de risco cardíaco.

Os resultados obtidos pelo questionário do risco cardíaco encontraram as frequências apresentadas na tabela 5:

Tabela 5 – Resultados de deputados brasileiros, 2012, para o questionário de risco cardíaco da “Michigan Heart Association”.

IDADE	10 A 20	21 A 30	31 A 40	41 A 50	51 A 60	acima de 61
Frequência	-	-	-	2	9	9
SEXO	fem<40	fem de 40 A 50	fem > 50	masc	masc baixa estatura	Masc baixa estatura e calvo
Frequência	-	-	1	15	1	3
PESO	< 2,3 kg do peso normal	Menos de 2,3 a mais de 2,3 kg do peso normal	De 2,4 a 9,0 kg acima do peso normal	De 9,1 a 15,9 kg acima do peso normal	De 16 a 22,9 kg acima do peso normal	Mais de 23 kg acima do peso normal
Frequência	-	4	8	4	2	2
ATIVIDADE	Esforço profis e recreativo intensos	Esforço profis e recreativo moderados	Trabalho sedentário e esforço recreativo intenso	Trabalho sedentário e esforço recreativo moderado	Trabalho sedentário e esforço recreativo leve	Ausência completa de qualquer exercício
Frequência	9	5	-	2	3	1
FUMO	Não	Charuto	10	11 a 20	21 a 30	Mais de

	fumante	e/ou cachimbo	cigarros ou menos por dia	cigarros por dia	cigarros por dia	31 cigarros por dia
Frequência	19	1	-	-	-	-
PRESSÃO ARTERIAL	Sistólica de 100 a 119 mmHg	Sistólica de 120 a 139 mmHg	Sistólica de 140 a 159 mmHg	Sistólica de 160 a 179 mmHg	Sistólica de 180 a 199 mmHg	Sistólica de 200 mmHg ou mais
Frequência	1	15	3	1	-	-
CARDÍACO NA FAMÍLIA	Nenhum	1 parente com mais de 60 anos	2 parentes com mais de 60 anos	1 parente com menos de 60 anos	2 parentes com menos de 60 anos	3 parentes com menos de 60 anos
Frequência	11	5	1	2	1	-
% GORDURA ANIMAL/REFEIÇÃO	0%	10%	20%	30%	40%	50%
Frequência	4	4	4	5	1	2

Fonte: pesquisa realizada pelo autor

3.4 COMENTÁRIOS ESPONTÂNEOS

Alguns dados relevantes para a avaliação do impacto da atividade parlamentar sobre a saúde dos deputados podem ser extraídos dos comentários espontâneos por eles prestados durante as entrevistas. São diversas as situações apontadas como geradoras de estresse.

Merece destaque a profusão de compromissos que não conseguem ser estabelecidos em agenda. É constante a intempestividade e a dinâmica dos assuntos políticos, aliadas à pressão exercida por correligionários, tanto no Congresso Nacional quanto nas bases eleitorais.

Assuntos externos às atribuições legislativas dos deputados também foram citados como permanentes em seus cotidianos. São vários os pedidos de empregos, participações em cerimônias particulares e empresariais, audiências em ministérios, além da administração de seus gabinetes em Brasília e em seus Estados de origem. Apesar de haver funcionários encarregados da gerência administrativa dos gabinetes, os deputados acabam funcionando como uma espécie de instância superior, que decide sobre as questões não solucionadas pela chefia de gabinete.

Mas o maior impacto parece estar concentrado no processo de escolha dos projetos que serão atendidos pelas emendas parlamentares ao orçamento da União. Cada parlamentar tem determinado valor para distribuir em programas de investimento nos Municípios. Para o orçamento de 2012, estão previstos, para cada parlamentar, a destinação de R\$ 15.000.000,00; distribuídos em R\$ 2.000.000,00 para a saúde e R\$ 13.000.000,00 para aplicação em outras áreas. Também há limitação mínima de R\$ 250.000,00 para cada emenda, o que aumenta a disputa por parte dos Municípios.

Isso se dá, em parte, pela concentração de recursos nas mãos do governo federal, mais especificamente nas esferas que determinam as despesas e investimentos previstos para a realização de obras nos Municípios. A Câmara dos Deputados, por intermédio dessas emendas ao orçamento, representa um dos principais instrumentos existentes para a redistribuição de recursos para Estados e Municípios.

O desgaste causado em torno da seleção desses destinatários, suas pressões e condicionantes de apoio político constituem fontes de grande estresse, transformando-se num dos principais tormentos no dia-a-dia dos deputados federais.

Outrossim, no âmbito dos trabalhos parlamentares exercidos na Câmara dos Deputados, outras situações citadas, também fonte de estresse e privações, merecem destaque. Essas reclamações concentraram-se em longos períodos de discussão e votação de matérias polêmicas, com debates acalorados e cansativos, sem pausas para descanso ou alimentação.

Particularmente, nas terças e quartas-feiras, essas sessões plenárias, muitas vezes, extrapolam o horário ordinário, fazendo da disputa democrática, idealizada para a definição pelo voto da maioria presente, uma verdadeira competição pela resistência em permanecer no Plenário. Trata-se, nesses momentos, não de discutir e argumentar

acerca do mérito da matéria em pauta, mas de vencer os sucessivos recursos interpostos por força do RICD.

Dado relevante foi a declaração prestada por um dos pesquisados, nas seguintes palavras:

“Eu, quando assumi o cargo de deputado federal, era jovem, saudável e disposto. Hoje, estou velho, diabético e hipertenso.”

Outra significativa frase colhida de um dos pesquisados diz respeito à impossibilidade de participar, com a devida atenção, de reuniões de comissões temáticas que ocorrem simultaneamente na Casa. O pesquisado relatou:

“... nas terças e quartas-feiras, o estresse é maior pelo fato de termos de estar simultaneamente em duas ou mais comissões”.

Fato recorrente no cotidiano brasileiro diz respeito aos transtornos enfrentados nos aeroportos brasileiros. Os deputados federais são frequentadores habituais dos aeroportos de todo o Brasil, vez que viajam de suas bases para Brasília e retornam para as bases, todas as semanas. Dois deputados relataram que aproveitam o tempo, supostamente perdido pelo cidadão comum, nos aeroportos e deslocamentos aéreos, para relaxar e colocar em dia a leitura e outras questões de cunho particular.

4. DISCUSSÃO

Inicialmente, cabe salientar algumas limitações deste trabalho. Por ter sido escolhida uma amostra de conveniência, não se pode inferir que os deputados pesquisados representem fidedignamente a população alvo. Por isso, qualquer extrapolação dos dados obtidos demanda cautela. Além disso, tratou-se de um estudo transversal e descritivo; não foi possível, pois, aprofundar possíveis correlações de

causalidade ou temporalidade. Ainda, a presença de apenas uma mulher na amostra impede qualquer análise de gênero no que concerne às variáveis pesquisadas.

Ainda assim, a pesquisa aborda pela primeira vez tema relevante para a vida parlamentar. Fundada em impressão subjetiva inicial, decorrente da experiência de convívio diário com deputados de grande influência, pretendeu avaliar questão até o momento ainda não estudada no meio acadêmico. Os dados levantados não pretendem, portanto, ser definitivamente elucidatórios do tema proposto. Apenas se propõem a colocar em debate a hipótese levantada.

Em que pese à pesquisa ter sido realizada apenas com os deputados com maior participação no processo político-legislativo, as situações detectadas provavelmente podem ser extrapoladas para o cotidiano dos demais.

Vale ressaltar que, mesmo não participando de maneira tão direta nas discussões e decisões procedimentais de maior importância, os deputados do chamado “baixo clero” também estão expostos à pressão popular e midiática exercida diuturnamente sobre os membros do Congresso Nacional.

Quanto às questões referentes às situações enfrentadas pelos parlamentares no cotidiano da vida parlamentar, não foi estabelecida nenhuma relação entre as respostas obtidas pelas questões formuladas e os dados antropométricos coletados. Apesar de a maior parte dos deputados ter relatado maior desconforto com a necessidade de comparecer a mais de uma reunião de comissão simultaneamente e a sessões plenárias que excedem o horário normal pré-estabelecido, não foi estabelecido nexo entre as citadas situações e os dados obtidos dos deputados.

A figura 8 retrata a disposição dos deputados no Plenário da Câmara dos Deputados, durante realização de sessão deliberativa.



Figura 8 – Fotografia de sessão ordinária na Câmara dos Deputados, produzida por Saulo Cruz.

No entanto, dentre os resultados obtidos pela pesquisa, uma clara percepção aponta para a importância da atividade física na manutenção da boa saúde. Os quatro deputados participantes da amostra classificados como “muito ativos” apresentaram números bem destacados em relação àqueles de menor prática de exercícios físicos.

Uma rápida visualização nos números apresentados por esses parlamentares, especificamente em relação ao IMC e à circunferência abdominal, produziu resultados bem próximos, uns aos outros, e recomendáveis para as prevalências sugeridas pela OMS.

A figura 9 apresenta os resultados para a circunferência abdominal e o índice de massa corporal dos deputados classificados como fisicamente “muito ativos”.

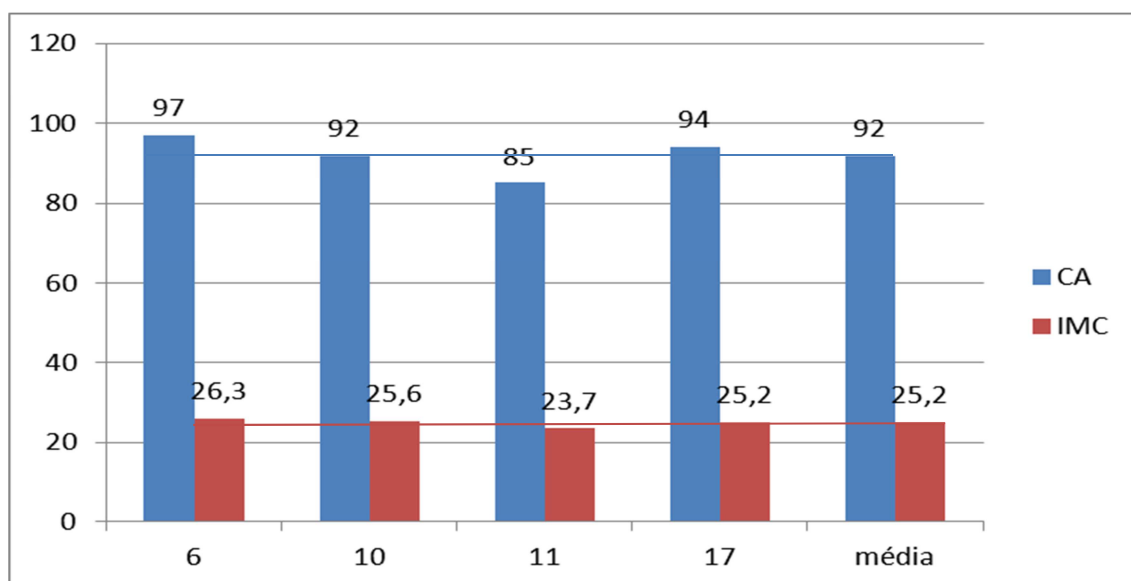


Figura 9 – Resultados apresentados por deputados brasileiros para Circunferência Abdominal e Índice de Massa Corporal, 2012.

Independentemente de outros fatores que possuem grande influência na determinação dos números referentes à obesidade e ao sobrepeso, entre eles os hábitos alimentares, percebe-se que a prática de atividade física regular contribui de maneira decisiva no controle do peso. E esse controle não está restrito apenas à balança, vez que a prática regular de exercícios físicos promove o aumento da massa magra, formada por músculos e tendões, e a diminuição da massa gorda, composta por gorduras e acúmulos metabólicos residuais (MCARDLE et al, 1986).

Já os parlamentares classificados como inativos apresentaram medidas de IMC e de circunferência abdominal bem destacadas. A rigor, os números indicam que a prática de atividade física ou, nesse caso, sua ausência no dia-a-dia do deputado federal pode determinar a diferença entre o controle do peso e a instalação do sobrepeso e da obesidade.

A figura 10 apresenta os resultados para a circunferência abdominal e o índice de massa corporal dos deputados classificados como fisicamente “inativos”.

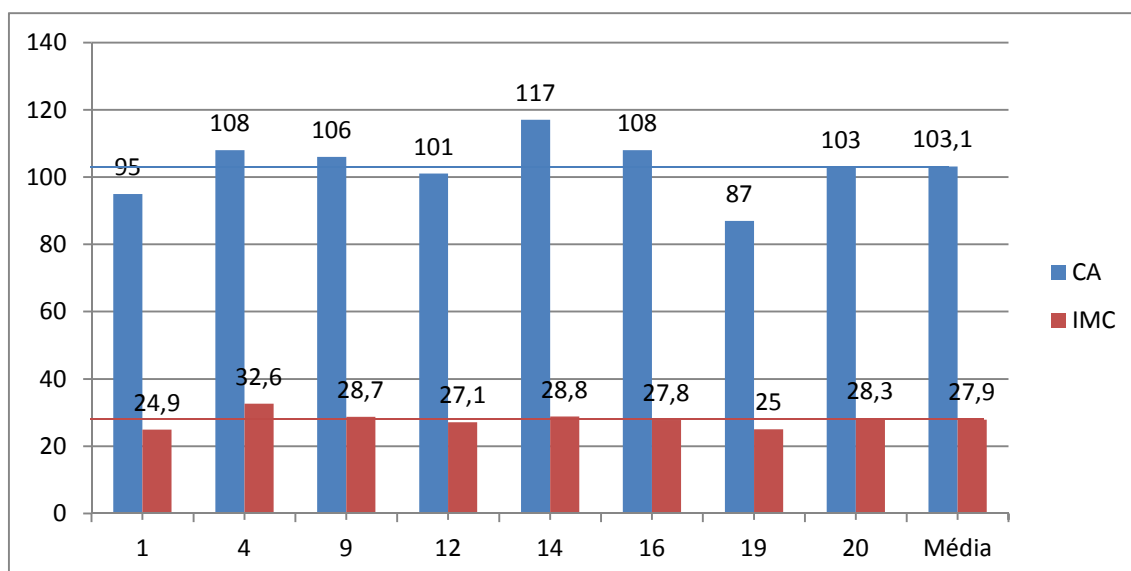


Figura 10 – Resultados apresentados por deputados brasileiros para Circunferência Abdominal e Índice de Massa Corporal, 2012.

Analisando a figura 10, podemos inferir que a inatividade física produz efeitos indesejados quanto aos números apresentados pelo IMC e pela CA. A média do IMC apresentado pelos deputados “fisicamente inativos” foi de 27,9 e a de CA foi de 103,1 (o que caracteriza a prevalência de sobrepeso), contra uma média de 25,2 para o IMC e de 92 cm para a CA (próximas aos limites de IMC e CA ideais), apresentadas pelos deputados “fisicamente ativos”. Esse fato sugere a importância da prática de exercícios físicos regulares como forma de manutenção da saúde.

Dentre os parlamentares pesquisados, três foram classificados como obesos. Entre eles, um era fisicamente “inativo”, um era “pouco ativo” e o outro era “ativo”. Tal informação comprova a importância de outros fatores, como os hábitos alimentares, na determinação do peso corporal. O resultado indica que, por maior e mais adequada que seja a prática de atividades físicas regulares, outros fatores podem prevalecer na determinação do peso corporal.

Dos vinte parlamentares pesquisados, apenas quatro se encontravam entre 2,3 kg a mais ou a menos do peso ideal estipulado para a respectiva idade e altura, perfazendo 20% da amostra. Oito parlamentares estavam com 2,4 a 9 kg acima do peso ideal, perfazendo 40%. Quatro deputados estavam entre 9,1 e 15,9 kg acima do peso ideal, o que equivaleu a 20% da amostra. Dois se encontravam entre 16 e 22,9 kg acima, num total de 10%. E dois estavam acima de 23 kg do peso ideal, também equivalendo a 10%.

Também preocupa o fato de metade dos deputados estar com medida de circunferência abdominal acima do nível limite para “risco muito aumentado” de acidente cardiovascular. Seis deputados apresentavam “risco aumentado”, perfazendo 30% da amostra. Apenas quatro deputados encontravam-se em uma faixa considerada de “baixo risco”, perfazendo 20% da amostra. A média dos valores obtidos para a circunferência abdominal foi de 101,9, limítrofe entre o “risco aumentado” e o “risco muito aumentado”. A alimentação desregrada e a ingestão acentuada de nutrientes em escalas desproporcionais às necessidades diárias podem ser fatores que explicam a ocorrência.

Quanto aos dados clínicos, o questionário proposto na pesquisa procurou levantar dados que respondessem às duas principais vertentes da saúde humana: a questão física e a questão mental. Se os dados referentes aos aspectos mentais estão indexados à percepção de cada parlamentar pesquisado, os dados físicos possuem a frieza e a verdade dos números, sendo, portanto, incontestáveis.

Os dados coletados não apontam para uma grande deficiência nas condições de trabalho encontradas na Câmara dos Deputados, tampouco sugerem que a questão da atividade legislativa, no que se refere aos procedimentos internos do Parlamento, esteja resolvida. Jornadas de votação que extrapolam o horário normal fixado no RICD e a participação simultânea em reuniões de comissões demonstram a falta de preocupação com os danos causados aos parlamentares.

Quanto aos elevados números obtidos na aferição da circunferência abdominal entre os parlamentares, podem estar relacionados fatores como a ansiedade, o sedentarismo, a multiplicidade de funções e o escasso tempo destinado aos momentos de lazer. Consequências danosas, de grande potencial patológico, presentes em um indivíduo com sua homeostase alterada (PASCHOAL, 2004). Nessas circunstâncias, não é raro o aumento do apetite, por vezes saciado em intervalos muito longos, aliado a uma atividade física inadequada à qualidade e à quantidade de nutrientes ingeridos.

Isso se explica na análise dos dados obtidos no quesito atividade física. Os deputados classificados como “pouco ativos” somaram o número de quatro. Esse número repetiu-se para os “ativos” e também foi encontrado para os considerados “muito ativos”. No entanto, a maior prevalência deu-se para os “inativos”, que

totalizaram um total de oito deputados. Esses dados podem explicar os altos índices encontrados no IMC da amostra.

Quando confrontada com o questionamento referente às doenças crônicas relatadas pelos parlamentares, a atividade física também se mostra relevante. Dentre os oito deputados que responderam “sim” para a existência de alguma doença crônica, um, classificado como “ativo”, declarou-se hipertenso. Outro, classificado como “muito ativo”, declarou possuir diabetes tipo 1. Os demais portadores de doenças crônicas foram classificados como “pouco ativos” ou “inativos”.

De forma geral, o índice de massa corporal e as circunferências de cintura, de abdômen e de quadril mostraram que boa parte da amostra aqui pesquisada apresentou níveis de sobrepeso e obesidade consideráveis. O questionário de risco cardíaco, de forma ratificadora, demonstrou que 45% dos parlamentares encontram-se em situação de risco. E não há, num horizonte perceptível, nenhuma iniciativa da Câmara dos Deputados visando à mitigação dos efeitos prejudiciais à saúde, presentes nas atividades próprias do Parlamento e em outras atividades alheias ao plano parlamentar.

No entanto, percebe-se um claro consenso entre os entrevistados. Há conscientização, por parte dos fisicamente “ativos” e “inativos”, da importância da prática de exercícios regulares como instrumento de manutenção de uma boa saúde. Os que não tinham regularidade ou não praticavam nenhuma atividade física atribuíram o fato à total falta de tempo.

Ao se falar em falta de tempo, remonta-se imediatamente às prioridades escolhidas entre as atividades laborais e recreativas. Como já citado aqui, os parlamentares federais possuem agendas extensas, o que exige grande determinação para incluir tempo necessário para os cuidados com o corpo. E incluir uma nova rotina, em um cotidiano de vários anos, demanda uma enorme mudança em hábitos de vida que podem estar sendo repetidos por gerações a fio.

Em relação ao tabagismo, os resultados obtidos na pesquisa são bem animadores. Numa breve comparação, números do Ministério da Saúde, coletados na pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2011), revelaram que o número de fumantes no Brasil é de 14,8%. Em comparação com os números encontrados na amostra, percebe-se que nossos

parlamentares não contribuem para o alcance do número de fumantes no Brasil. Apenas um, dentre os 20 deputados pesquisados, declarou-se fumante.

Mesmo em se tratando de dados simples, que dispensam a utilização de equipamentos especiais para a coleta, as informações colhidas apontaram para certo comprometimento da saúde dos deputados federais. A aferição do estado de saúde por índices consagrados de pesquisa e o levantamento de hábitos de vida, dentro e fora do âmbito da Câmara dos Deputados, convergiram para um resultado que se mostra bem convincente.

Quanto a essas afirmações, não pode ser desconsiderada a capacidade individual de adaptação às situações apresentadas. Isso, todavia, não inviabiliza os resultados apresentados por aqueles mais susceptíveis aos estímulos estressantes produzidos pelas variáveis constantes do questionário da pesquisa.

5. CONCLUSÃO

Teria o legislador, ao confeccionar as normas de procedimento interno dos trabalhos legislativos, tido a preocupação com os reflexos na saúde de seus pares? Qual seria a participação dos cuidados com a saúde na elaboração de normas referentes ao RICD e demais regimentos internos dos diversos órgãos públicos brasileiros?

Essas perguntas merecem ser respondidas em face dos resultados aqui obtidos. Os relatos obtidos por esta pesquisa indicam uma tendência de alteração no equilíbrio físico-emocional dos parlamentares pertencentes à amostra.

Ainda que não haja, por mais fidedignos que sejam os aspectos abrangidos por esta pesquisa, um quadro fiel, que possa trazer os sentimentos e a realidade vivida por todos os 513 membros da Câmara dos Deputados, espera-se que este trabalho possa ter contribuído para o despertar de uma nova postura na confecção de normas internas que preservem a saúde dos membros das casas legislativas brasileiras.

No entanto, os fatores que determinam o nível de salubridade de um universo de pessoas não se esgotam no ambiente laboral. Componentes genéticos, hábitos de toda uma vida pregressa e o nível de comprometimento do próprio indivíduo com suas atividades laborais também representam importantes dados a serem considerados.

Por outro lado, pôde-se inferir, de forma intrínseca aos dados levantados, que os deputados com várias legislaturas e que iniciaram sua vida política, na esfera federal ou nos demais entes federativos, em uma faixa etária anterior à terceira idade, conseguem uma adaptação razoável ao estilo de vida parlamentar. Isso se comprova pela obtenção de números muito próximos dos verificados na população brasileira. Já os deputados que iniciaram a atividade política após o atingimento de uma idade mais avançada, a exemplo dos deputados Enéas Carneiro e Clodovil Hernandez, adoecem e, lamentavelmente, podem vir a óbito.

Os resultados coletados na pesquisa corroboram a tendência mundial do agravamento da saúde no que se refere ao aumento da obesidade e ao acúmulo da gordura visceral. Esse fato parece também estar sendo repetido no âmbito do legislativo brasileiro, e normalmente não está restrito aos parlamentares. Assessores e funcionários, sabidamente mais próximos das atividades próprias do Parlamento, também estão expostos aos fatores levantados por este trabalho. E podem, futuramente, vir a ser objeto de pesquisa que ajude a comprovar a influência da atividade própria das casas legislativas brasileiras na saúde de outros atores que labutam no processo político brasileiro.

No entanto, a pesquisa parece apontar para uma certa tendência. Os parlamentares classificados como “muito ativos” possuem uma condição melhor em relação àqueles classificados como “inativos” ou “pouco ativos”, ainda que uma atividade física casual, quando praticada de maneira moderada, traga resultados positivos para a saúde (MCARDLE, *et al*, 1986).

6. REFERÊNCIAS

- AUGUSTO, V. G.; SAMPAIO, R. F.; TIRADO, M. G. A.; MANCINI, M. C.; PARREIRA, V. F. **Um olhar sobre as LER/DORT no contexto clínico do fisioterapeuta**. Rev. bras. fisioter., São Carlos, v. 12, n. 1, fev. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552008000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 maio de 2012. <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552008000100010>>.
- BEAGHOLE, R.; SARACCI, R.; PANICO, S. **Cardiovascular diseases: causes, surveillance and prevention**. International Journal of Epidemiology 2001;30:S1-S4.
- BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro. 1992. Editora Campus.
- BRASIL. [CONSTITUIÇÃO (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas CUPPARI, L. Guia de nutrição: nutrição clínica no adulto. Ed. Manole, 2ª edição, Barueri - SP, 2005.
- CASTRO, A. G.; BUENO, I.; LIMA, L. P.; PRADO, M. P.; VASQUEZ, G. **Estresse no Trabalho**. Revista do Secretariado Executivo. Disponível em: <http://www.iessa.edu.br/cursos/secretariado/revista_eletronica.pdf#page=12>. Acesso em 25 de abril de 2012.
- CAVALCANTE, T. M. **O controle do Tabagismo no Brasil: Avanços e Desafios**. Revista de Psiquiatria Química. 32 (5); 283-300, 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n5/27703.pdf>>. Acesso em 24 de maio de 2012.
- CHANG, M.Y.; CHAIT, A. **Atherosclerosis and ageing**. In: HAZZARD, W. R.; BLASS, J. P.; ETTINGER, J. R. W. H.; HALTER, J. B.; OUSLANDER, J. G. **Principles of Geriatric Medicine and Gerontology**. 4th ed. São Paulo: Mcgraw Hill; 1999. p.61-68.

DIAS, R. V. O.; LASCIO R. H. C. **Conhecendo e Monitorando o Estresse no Trabalho**. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0154.pdf>>.

Acesso em 25 de abril de 2012.

DURIGAN, J. L. Q.; CANCELLIERO, K. M. I.; DIAS, C. K. N. I.; SILVA, C. A. I. I.; GUIRRO, R. R. J. I. I.; POLACOW, M. L. O. **Efeitos da Estimulação Elétrica Neuromuscular Sobre o Membro Posterior Imobilizado de Ratos Durante 15 Dias:**

Análises Metabólicas e Morfométricas. Rev. Bras. Fisioter., São Carlos, v. 10, n. 3, Sept. 2006 . Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552006000300008&lng=en&nrm=iso)

35552006000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 de maio de 2012.

<<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552006000300008>>.

EMENDAS CONSTITUCIONAIS n°s 1 a 6/1994 – 33. Ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010.

ECKEL, R. H.; GRUNDY, S. M.; ZIMMET, P. Z. **The metabolic syndrome**. Lancet. 2005;365(9468):1415-28.

FABINHO, F. **Projeto de Lei nº 6.213, de 2005**. Institui a ginástica laboral como prática obrigatória em todas as empresas que desenvolvam atividades que gerem esforço físico repetitivo. Projeto apresentado à Câmara dos Deputados em 21 de novembro de 2005. Disponível em:

<<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=306805>>

. Acesso em 15 de agosto de 2011.

GUEDES, D. P.; GONCALVES, L. A. V. **Impacto da prática habitual de atividade física no perfil lipídico de adultos**. Arq Bras Endocrinol Metab, São Paulo, v. 51, n. 1, fev. 2007 . Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302007000100012&lng=pt&nrm=iso)

27302007000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 de abril de 2012.

<<http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302007000100012>>.

IGLESIAS, R.; JHA, P.; PINTO, M.; SILVA, V. L. C.; GODINHO, J. **Documento de discussão - saúde, nutrição e população (HNP) Controle do tabagismo no Brasil: resumo executivo**. Epidemiol Serv Saude. 2008;17(4):301-4.

ISOMAA, B.; ALMGREN, P.; TUOMI, T.; FORSEN, B.; LAHTI, K.; NISSEN, M.; et al. **Cardiovascular morbidity and mortality associated with metabolic syndrome**. Diabetes Care 2001;24:683-9.

KAKESHITA, I. S.; ALMEIDA, S. S. **A study about the relation between body mass index and eating behavior in adults**. Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr. = J. Brazilian Soc. Food Nutr., São Paulo, SP, v. 33, n. 1, p. 21-30, abr. 2008.

LEAN, M. E. J.; HAN, T. S.; MORRISON, C. E. **Waist circumference as a measure for indicating need for weight management**. BMJ. 1995; 311: 158-61.

LIPP, M. E.; TANGANELLI, M. S. **Stress e Qualidade de Vida em Magistrados da Justiça do Trabalho: Diferenças entre Homens e Mulheres**. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2002, 15(3), pp. 537-548.

LIPP, M. E. **Mecanismos neuropsicológicos do stress: teoria e aplicações clínicas**. São Paulo, 2003: Casa do Psicólogo.

MANSUR, A. de P.; SOUZA, M.; TIMERMANN, A.; RAMIRES, J. A. **Tendência do Risco de Morte por Doenças Circulatórias, Cerebrovasculares e Isquêmicas do Coração em 11 Capitais do Brasil de 1980 a 1998**. Arq Bras Cardiol, volume 79 (nº 3), 269-76, 2002.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; MARIN R. V. **Atividade Física e Envelhecimento Saudável**. Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul. Disponível em: <http://www.celafiscs.institucional.ws/nca/celafiscs/?c=84>>. Acesso em 25 de abril de 2012.

MCARDLE, W. D.; KATCH, F. I.; KATCH, V. L. **Fisiologia do Exercício: Energia, Nutrição e Desempenho Humano**. Tradução Giuseppe Taranto. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1986.

MELO, M. E. **Números da Obesidade no Brasil**. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade. Disponível em:
<http://www.abeso.org.br/pdf/Obesidade%20no%20Brasil%20VIGITEL%202009%20POF2008_09%20%20II.pdf>. Acesso em 25 de maio de 2012.

MENDONÇA, C. P.; DOS ANJOS, L. A. **Aspectos das Práticas Alimentares e da Atividade Física como Determinantes do Crescimento do Sobrepeso/Obesidade no Brasil**. In: **Determinantes do Crescimento do Sobrepeso/Obesidade no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(3): 698-709, mai-jun, 2004.

MONDINI, L.; MONTEIRO, C. A. **Mudanças no padrão de alimentação**. In: Monteiro CA, organizador. **Velhos e novos males da saúde do país**. São Paulo: Editora Hucitec/Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde, Universidade de São Paulo; 2000. p. 79-89.

MONTEIRO, C. A.; CAVALCANTE, T. M.; MOURA, E. C.; CLARO, R.M.; SZWARCOWALD, C. L. **Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003)**. Bull World Health Organ. 2007;85(7):527-34. DOI:10.2471/BLT.06.039073.

MICHIGAN HEART ASSOCIATION'S HEART ATTACK RISK. Disponível em:
<http://www.saudeemmovimento.com.br/saude/risco_coronariano.htm>. Acesso em 19 de abril de 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL. **Biblioteca, Secretaria de Vigilância em Saúde**. Data de Cadastro: 16/04/2012 as 12:59:33 alterado em 24/04/2012 as 12:51:29. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4821/785/quase-metade-da-populacao-brasileira-esta-acima-do-peso.html>>. Acesso em: 25/04/2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL. **Pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel 2011).**

Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4819/785/numero-de-fumantes-segue-em-queda-no-brasil.html>>. Acesso em: 07 de maio de 2012.

NAHAS, M. V. **Saúde Pública, Atividade Física e o Papel Social da Educação Física.** Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, v. 6, n. 3, p. 2, 2001.

NOGUEIRA, D. P. **Incorporação da Saúde Ocupacional à Rede Primária de Saúde.** Rev. Saúde Pública, vol.18 nº6, São Paulo, 1984. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101984000600009>. Acesso: em 12 de abril de 2012.

ONU, (1948). **DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS**, 10 de dezembro de 1948. Disponível em <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_inter_universal.htm>. Acesso em 31 de janeiro de 2011.

PASCHOAL, T.; TAMOYO, A. **Validação da Escala de Estresse no Trabalho.** Universidade de Brasília. Estudos de Psicologia 2004, 9(1), 45-52. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n1/22380.pdf>>. Acesso em 31 de maio de 2012.

PHILIPPI, S. T. **A Dieta do Bom Humor** – Ed. Original, São Paulo, 2006.

PITANGA, F. J. G. **Antropometria na Avaliação da Obesidade Abdominal e Risco Coronariano.** Rev. bras. cineantropom. desempenho hum. (Online), Florianópolis, v. 13, n. 3, jun. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-00372011000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 de abril de 2012. <<http://dx.doi.org/10.5007/1980-0037.2011v13n3p238>>.

POZENA, R; CUNHA, N. F. S. **Projeto "Construindo um Futuro Saudável Através da Prática da Atividade Física Diária"**. Saude soc., São Paulo, 2012. Disponível

em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000500009&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 25 de abril de 2012.

QUEIROZ, A. A. **Diretor do DIAP explica pesquisa sobre os 100 parlamentares mais influentes do Congresso**. Brasília: 2011. Rádio Câmara. Entrevista concedida a Lincon Macário e Danielle Popov. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/radio/materias/ULTIMAS-NOTICIAS/402976-DIRETOR-DO-DIAP-EXPLICA-PESQUISA-SOBRE-OS-100-PARLAMENTARES-MAIS-INFLUENTES-DO-CONGRESSO-%2815%2713%22%29.html>>. Entrevista realizada em 20 de setembro de 2011.

RASCH, P. J.; BURKE, R. K. **Cinesiologia e Anatomia Aplicada: a Ciência do Movimento Humano**. Tradução Olavo Pires de Camargo. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1987.

REZENDE, F. A. C.; ROSADO, L. E. F. P. L.; RIBEIRO, R. C. L.; VIDIGAL, F. C.; VASQUES, A. C. J.; BONARD, I. S.; DE CARVALHO, C. R. **Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular**. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 87, n. 6, dez. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006001900008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 maio de 2012. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2006001900008>>.

SAAD, M. J. A.; ZANELLA, M. T.; FERREIRA, S. R. G. **Síndrome metabólica: ainda indefinida, mas útil na identificação do alto risco cardiovascular**. Arq Bras Endocrinol Metab, São Paulo, v. 50, n. 2, Apr. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302006000200001&lng=en&nrm=iso>. Access on 14 May 2012. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302006000200001>>.

SANTOS, C. R. B.; PORTELLA, E. S.; AVILA, S. S.; SOARES, E. A. **Fatores Dietéticos na Prevenção e Tratamento de Comorbidades Associadas à Síndrome Metabólica**. Revista de Nutrição, Campinas, SP. Maio/Junho de 2006.

SEIXAS, J. C. **VI Conferência Nacional de Saúde. Ministério da Saúde, 1976.**
Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0216cns_tema3.pdf>.
Acesso em 12 de abril de 2012.

SILVA, J. G.; TEIXEIRA, M. L. DE O.; FERREIRA, M. DE A. **Alimentação e Saúde: Sentidos Atribuídos por Adolescentes.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, mar. 2012. Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 19 de abril de 2012.
<<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000100012>>.

SILVEIRA, V. M. F.; HORTA, B. L. **Peso ao Nascer e Síndrome Metabólica em Adultos: Meta-Análise.** Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n.1, fev, 2008.
Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 18 abr. 2012.
<<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000100002>>.

SOUZA, J. **A Modernização Seletiva – Uma Reinterpretação do Dilema Brasileiro.** Brasília. Editora UnB, 2000.









VELOSO, H. J. F.; SILVA, A. A. M. **Prevalência e Fatores Associados à Obesidade Abdominal e ao Excesso de Peso em Adultos Maranhenses.** Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v. 13, n. 3, set. 2010. Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25 abr. 2012.
<<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2010000300004>>.

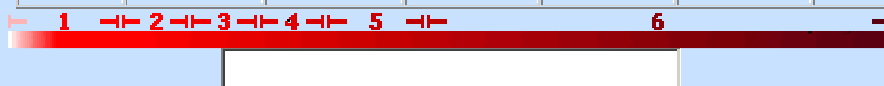
World Health Organization. **The World Health Report 2002.** Reducing risks, promoting healthy life. Geneva; 2002.

ANEXO I

AVALIAÇÃO DO RISCO CARDÍACO

"Michigan Heart Association"

 Idade	<input type="checkbox"/> 10 a 20 anos	<input type="checkbox"/> 21 a 30 anos	<input type="checkbox"/> 31 a 40 anos	<input type="checkbox"/> 41 a 50 anos	<input type="checkbox"/> 51 a 60 anos	<input type="checkbox"/> Acima de 61 anos	<input type="text"/>
 Sexo	<input type="checkbox"/> Feminino c/ menos de 40 anos	<input type="checkbox"/> Feminino de 40 a 50 anos	<input type="checkbox"/> Feminino c/ mais de 50 anos	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Masculino de baixa estatura	<input type="checkbox"/> Masculino de baixa estatura e calvo	<input type="text"/>
 Peso	<input type="checkbox"/> Inferior a 2,3Kg do peso normal	<input type="checkbox"/> Menos de 2,3 a mais de 2,3Kg do peso normal	<input type="checkbox"/> De 2,4 a 9,0Kg acima do peso normal	<input type="checkbox"/> De 9,1 a 15,9Kg acima do peso normal	<input type="checkbox"/> De 16 a 22,9Kg acima do peso normal	<input type="checkbox"/> Mais de 23Kg acima do peso normal	<input type="text"/>
 Atividade	<input type="checkbox"/> Esforço profissional e recreativo intenso	<input type="checkbox"/> Esforço profissional e recreativo moderado	<input type="checkbox"/> Trabalho sedentário e esforço recreativo intenso	<input type="checkbox"/> Trabalho sedentário e esforço recreativo moderado	<input type="checkbox"/> Trabalho sedentário e esforço recreativo leve	<input type="checkbox"/> Ausência completa de qualquer exercício	<input type="text"/>
 Fumo	<input type="checkbox"/> Não fumante	<input type="checkbox"/> Charuto e/ou cachimbo	<input type="checkbox"/> 10 cigarros ou menos por dia	<input type="checkbox"/> 11 a 20 cigarros por dia	<input type="checkbox"/> 21 a 30 cigarros por dia	<input type="checkbox"/> mais de 31 cigarros por dia	<input type="text"/>
 Pressão	<input type="checkbox"/> Sistólica de 100 a 119 mmHg	<input type="checkbox"/> Sistólica de 120 a 139 mmHg	<input type="checkbox"/> Sistólica de 140 a 159 mmHg	<input type="checkbox"/> Sistólica de 160 a 179 mmHg	<input type="checkbox"/> Sistólica de 180 a 199 mmHg	<input type="checkbox"/> Sistólica de 200 mmHg ou mais	<input type="text"/>
 Doença na família	<input type="checkbox"/> Nenhuma história conhecida de cardiopatia	<input type="checkbox"/> 1 parente c/ doença cardíaca e mais de 60 anos	<input type="checkbox"/> 2 parentes c/ doença cardíaca e mais de 60 anos	<input type="checkbox"/> 1 parente c/ doença cardíaca e menos de 60 anos	<input type="checkbox"/> 2 parente c/ doença cardíaca e menos de 60 anos	<input type="checkbox"/> 3 parente c/ doença cardíaca e menos de 60 anos	<input type="text"/>
 Colesterol	<input type="checkbox"/> Abaixo de 180 ou a dieta não contém gorduras animais	<input type="checkbox"/> De 181 a 205 ou a dieta contém 10% de gorduras animais	<input type="checkbox"/> De 206 a 230 ou a dieta contém 20% de gorduras animais	<input type="checkbox"/> De 231 a 255 ou a dieta contém 30% de gorduras animais	<input type="checkbox"/> De 256 a 280 ou a dieta contém 40% de gorduras animais	<input type="checkbox"/> Acima de 281 ou a dieta contém 50% de gorduras animais	<input type="text"/>



- 1 - Sem risco - de 6 a 11
 2 - Risco abaixo da média - de 12 a 17
 3 - Risco médio - de 18 a 24
 4 - Risco moderado - de 25 a 31
 5 - Risco alto - de 32 a 40
 6 - Risco muito alto - 41 a 62

ANEXO II

INSTRUMENTO DA ENTREVISTA

Sexo:

Idade:

Peso:

Altura:

Pressão Arterial:

Cintura Abdominal:

Circ. Quadril:

Circ. Cintura:

Doença Crônica? Qual?

Esteve doente nos últimos 30 dias? Qual doença?

Qual foi a última vez que foi ao médico?

O último lipidograma estava normal? Qual a data do exame?

As questões numeradas de 1 a 7 deverão ser respondidas com base na seguinte percepção:

- (0) Nenhuma intensidade
- (1) Intensidade baixa
- (2) Intensidade moderada
- (3) Intensidade alta

- 1) Em que intensidade você experimenta cansaço físico nas sessões de Plenário que seguem o horário normal pré-estabelecido?
- 2) Em que intensidade você experimenta cansaço mental nas sessões de Plenário que seguem o horário normal estabelecido?
- 3) Em que intensidade você experimenta cansaço físico nas sessões de Plenário que excedem o horário normal pré-estabelecido?
- 4) Em que intensidade você experimenta cansaço mental nas sessões de Plenário que excedem o horário normal pré-estabelecido?
- 5) Em que intensidade a necessidade de comparecer a mais de uma comissão em um mesmo horário o incomoda?
- 6) Em que intensidade você sofre desgaste físico e/ou mental nos deslocamentos aéreos? (Inclua aqui as esperas nos aeroportos e o impacto sofrido no voo)
- 7) Em que intensidade você experimenta cansaço físico durante o exercício de sua atividade parlamentar nas bases eleitorais?
- 8) Na última quarta-feira, ou dia de agenda cheia, você considerou adequado o

tempo disponível para suas principais refeições? ☐sim ☐não

9) Você classificaria o horário destinado para essas refeições como tranquilo?

☐sim ☐não

10) Com que frequência semanal você pratica atividade física com duração mínima de meia hora? Quais são as atividades praticadas?

11) Qual a sua percepção entre seu estado físico antes de entrar para a política e o atual? ☐melhorou ☐manteve-se ruim ☐manteve-se bom ☐piorou