

ALBERTINO DE OLIVEIRA FILHO

INDICADORES RELACIONADOS À
QUALIDADE DE VIDA E FATORES DE RISCO
DE PROFESSORES DA UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE MARINGÁ-PR

Maringá
2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ALBERTINO DE OLIVEIRA FILHO

INDICADORES RELACIONADOS À
QUALIDADE DE VIDA E FATORES DE RISCO
DE PROFESSORES DA UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE MARINGÁ-PR

Dissertação apresentada à Universidade Estadual de Maringá, como parte das exigências do Programa Associado de Pós-Graduação em Educação Física – UEM/UEL, na área de concentração em Estudos do Movimento Humano, para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Amauri Aparecido Bassoli de Oliveira

Maringá
2009

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá – PR., Brasil)

O48i Oliveira Filho, Albertino de
Indicadores relacionados à qualidade de vida e fatores de risco de professores da Universidade Estadual de Maringá-PR / Albertino de Oliveira Filho. -- Maringá : [s.n.], 2009. 103 f. : il.

Orientador : Prof. Dr. Amauri Aparecido Bassoli de Oliveira.

Dissertação (mestrado) - Programa Associado de Pós-Graduação em Educação Física - UEM/UEL, Área de Concentração: Estudos do Movimento Humano. Universidade Estadual de Maringá, 2009.

1. Professores universitários. 2. Qualidade de vida. 3. Exercício físico. I. Universidade Estadual de Maringá. Programa Associado de Pós-Graduação em Educação Física - UEM/UEL. II. Título.

CDD 21.ed.613
796

ALBERTINO DE OLIVEIRA FILHO

INDICADORES RELACIONADOS À QUALIDADE DE VIDA
E FATORES DE RISCO DE PROFESSORES DA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós Graduação Associado UEM-
UEL, como requisito parcial para a
obtenção do título de Mestre.

Aprovado em 28 de Abril de 2009

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Amauri Aparecido Bássoli de Oliveira
Universidade Estadual de Maringá - PR

Prof. Dr. Dartagnan Pinto Guedes
Universidade Estadual de Londrina - PR

Prof. Dr. Edio Luiz Petroski
Universidade Federal de Santa Catarina - SC

Dedico este trabalho

Aos meus Pais em retribuição aos esforços constantes em mostrarem o caminho correto. A meu pai, Albertino de Oliveira (*In memoriam*) pelos exemplos de honestidade e perseverança e a minha mãe, Arminda Todescatto de Oliveira, pelo carinho, paciência e presença constante em minha vida.

Agradecimentos

Agradeço a Deus por iluminar meu caminho. Minha gratidão à minha companheira Márcia e às queridas filhas, Sabrina e Marina, que me deram forças e souberam tolerar minhas ausências e momentos de stress.

Ao Prof. Dr. Amauri Aparecido Bássoli de Oliveira, que antes de orientador, é acima de tudo um grande amigo e incentivador. Serei sempre grato pelas oportunidades e ensinamentos.

A Profa. Dra. Edna Regina Netto de Oliveira, que enquanto coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisas em Obesidade e exercício (GREPO) teve forte influência em nosso desempenho acadêmico.

Ao Prof. Dr. Dartagnan Pinto Guedes, por seus ensinamentos e disposição em nos auxiliar com seus valiosos “palpites”.

Ao Prof. Dr. Édio Luiz Petroski, por sua colaboração e prontidão em nos auxiliar.

Aos amigos e companheiros do Mestrado, Aline Bichels, Leandro Rechenchosky, Alessandra Pratti e a todos os demais colegas da UEM e da UEL que contribuíram direta e indiretamente para nosso êxito.

Nossa gratidão a Guisela Scoarizze e ao Prof. Dr. José Luiz Lopes Vieira, que a frente da secretaria do Mestrado em Educação Física da Universidade Estadual de Maringá, mostraram-se sempre dispostos a atender nossas solicitações.

E finalmente a todos os Professores da Universidade Estadual de Maringá que gentilmente participaram dessa pesquisa.

OLIVEIRA FILHO, Albertino de. **Indicadores relacionados à Qualidade de Vida e Fatores de Risco de Professores da Universidade Estadual de Maringá**. 2009. 103 f. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Educação Física)-Departamento de Educação Física, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2009.

RESUMO

Essa pesquisa teve como objetivo analisar indicadores da Qualidade de Vida e Fatores de Risco de professores da Universidade Estadual de Maringá. Participaram 288 professores, de ambos os sexos, que estavam atuando na graduação ou pós-graduação e que aceitaram participar voluntariamente do estudo. O instrumento foi composto por informações sócio-demográficas, consumo de álcool e tabaco, nível de prática de atividade física e qualidade de vida, aplicado de forma auto-administrável. A coleta de dados foi realizada nos meses de Outubro a Dezembro/2008. Os dados foram analisados através da estatística descritiva, utilizando-se do SPSS 13. De maneira geral os resultados indicam que a maioria dos Professores tem percepção positiva de sua Qualidade de vida e saúde. A análise dos domínios da qualidade de vida indicou percepções mais positivas nos aspectos que envolvem os domínios Relações Sociais, Físico e Meio Ambiente, porém demonstraram percepção negativa nos aspectos que envolvem o domínio Psicológico. De maneira específica, a análise da qualidade de vida com variáveis independentes indicou diferenças significativas nos domínios Psicológico e Meio Ambiente, com percepções mais positivas a favor daqueles com maior nível econômico, assim como associação linear entre nível econômico e percepção mais positiva nos domínios Psicológico, Relações Sociais e Meio ambiente. A investigação dos fatores de risco apontou para a ocorrência de consumo excessivo de álcool em 67,01% dos professores avaliados, consumo habitual classificado de risco em 10,42%, 9,38% de fumantes; 36,81% de indivíduos com excesso de peso e 56,95% de sedentários e pouco ativos. A análise do nível de prática de atividade física indicou 43,05% de ativos e muito ativos, havendo associação linear apenas com o nível econômico, sendo que aqueles com maior poder aquisitivo demonstraram maior envolvimento em atividades físicas de maior duração e intensidades. A análise das associações do nível de prática de atividade física com os domínios de qualidade de vida indicaram que quanto maior o nível de prática de atividades físicas mais positiva é a percepção do indivíduo sobre as questões que caracterizam o domínio Físico e o domínio Psicológico.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Atividade física. Carreira docente.

OLIVEIRA FILHO, Albertino de. **Indicators related to the Quality Life and Risk Factors of Professors from the State University of Maringá.** 2009. 103 f. Dissertation of Master's degree (Master's degree in Physical Education)-Physical Education Department, State University of Maringá, Maringá, 2009.

ABSTRACT

This research aimed to analyze indicators of the Quality Life and Risk Factor in professors from State University of Maringá (UEM). The participants were 288 active professors from UEM, of both sexes, who were teaching in graduation or master's degree and accepted to participate voluntarily of the research. The instrument was composed by social demographic information, consumption of alcohol and tobacco, practice level of physical activity and quality life, by self-administered version. The data collection was accomplished between October and December 2008. The data were analyzed using the descriptive statistics, being used of Statistical Package of Social Science 13. In a general way the results indicated that most of the professors has positive perception of their Quality life and health. The analysis of the domains of Quality life indicates more positive perceptions in the aspects which involve the domains Social Relationships, Physical and Environment; however they demonstrated negative perception in the aspects that involve the Psychological domain. In a specific way, the analysis of Quality life with independent variables indicated significant differences in the Psychological domains and Environment, with more positive perceptions in favor of those with higher economic level, as well as there was lineal association between economic level and more positive perception in the Psychological domains, Social Relationships and environment. The investigation of the risk factors appeared for the occurrence of 67,01% in the excessive consumption of alcohol and 10,42% in the habitual consumption classified as risk; 9,38% of smokers; 36,81% with weight excess; 56,95% of sedentary and less physically active. The analysis of the practice level of physical activity indicated 43,05% of physical active and very physical active, with lineal association just with the economic level, where those with larger purchasing power demonstrate larger involvement in physical activities of larger duration and intensities. The analysis of associations of practice level of physical activity with the domains of Quality life indicates that as larger the level of more positive practice of activities physics is the individual's perception on the subjects that characterize the Physical domain and the Psychological domain.

Keywords: Quality life. Physical activity. Higher education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Objetivos, vantagens e desvantagens dos instrumentos genéricos e específicos de avaliação da Qualidade de Vida..... | 20 |
| Quadro 2 - Categorização da QV de acordo com os valores de Quartil..... | 52 |
| Gráfico 1 - Prevalência nacional x ocorrência local de fatores de risco..... | 73 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-------------|--|----|
| Tabela 1 - | Características gerais da amostra | 54 |
| Tabela 2 - | Características gerais da amostra relacionadas a Instituição..... | 56 |
| Tabela 3 - | Percepção da Qualidade de Vida (Questão 01 – Whoqol)..... | 57 |
| Tabela 4 - | Satisfação com a Saúde (Questão 02 – Whoqol)..... | 58 |
| Tabela 5 - | Resultados dos domínios de QV e respectivos Quartis..... | 58 |
| Tabela 6 - | Percepção dos domínios de Qualidade de Vida..... | 59 |
| Tabela 7 - | Valores dos domínios de QV de acordo com o gênero..... | 61 |
| Tabela 8 - | Valores dos domínios de Qualidade de Vida de acordo com os grupos etários..... | 62 |
| Tabela 9 - | Valores dos domínios de QV segundo o nível econômico..... | 63 |
| Tabela 10 - | Variáveis Antropométricas..... | 65 |
| Tabela 11 - | Classificação do Índice de Massa Corporal. (WHO,1995)..... | 66 |
| Tabela 12 - | Hábito de tabagismo segundo padrões do INCA..... | 67 |
| Tabela 13 - | Consumo habitual de Álcool de acordo com os padrões estabelecidos pela WHO..... | 68 |
| Tabela 14 - | Consumo Excessivo de Álcool de acordo com os padrões estabelecidos pelo sistema Vigitel..... | 70 |
| Tabela 15 - | Nível de pratica de Atividade Física (NPAF)..... | 71 |
| Tabela 16 - | Resultados do Qui-quadrado para tendência linear..... | 74 |
| Tabela 17 - | Percepção do domínio Físico e nível de prática de Atividade Física..... | 75 |
| Tabela 18 - | Percepção do domínio Psicológico e nível de prática de AF..... | 76 |
| Tabela 19 - | Percepção do domínio Relações Sociais e nível de prática de AF..... | 77 |
| Tabela 20 - | Percepção do domínio Meio Ambiente e nível de prática de AF.. | 77 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|------------------|--|
| AF | Atividade (s) Física (s) |
| CELAFISCS | Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul |
| COPEP | Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos |
| IES | Instituição de Ensino Superior |
| IMC | Índice de Massa Corporal |
| INCA | Instituto Nacional do Câncer |
| IPAQ | International Physical Activity Questionnaire (Questionário Internacional sobre Atividades Físicas) |
| NHANES | National Health and Nutrition Examination Survey |
| NE | Nível econômico |
| NPAF | Nível de prática de atividade(s) física(s) |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| QV | Qualidade de Vida |
| SPSS | Statistics Package for the Social Sciences |
| UEM | Universidade Estadual de Maringá (Pr) |
| WHO | World Health Organization |
| WHOQOL | World Health Organization Quality of Life – brief (Questionário sobre Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde) |
| USDHHS | United State Department of Health and Human Services. |

SUMÁRIO

| | | |
|---------|--|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 11 |
| 2 | OBJETIVOS | 15 |
| 2.1 | Objetivo Geral..... | 15 |
| 2.2 | Objetivos Específicos..... | 15 |
| 3 | REVISÃO DA LITERATURA | 16 |
| 3.1 | Qualidade de Vida..... | 16 |
| 3.1.1 | Instrumentos de Medida da Qualidade de Vida..... | 18 |
| 3.1.1.1 | O World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)..... | 23 |
| 3.1.2 | Estudos sobre Qualidade de Vida e carreira docente no Brasil | 24 |
| 3.2 | Fatores de Risco..... | 29 |
| 3.2.1 | Tabagismo..... | 31 |
| 3.2.2 | Consumo de Álcool..... | 33 |
| 3.2.3 | Excesso de peso..... | 34 |
| 3.2.4 | Sedentarismo..... | 35 |
| 3.3 | A Prática de Atividades Físicas..... | 37 |
| 3.3.1 | Modelos e Teorias explicativas..... | 41 |
| 3.3.2 | O International Physical Activity Questionnaire – IPAQ..... | 43 |
| 4 | MÉTODOS | 45 |
| 4.1 | População e amostra | 45 |
| 4.2 | Desenvolvimento do estudo..... | 47 |
| 4.3 | Instrumentos..... | 47 |
| 4.4 | Procedimentos estatísticos..... | 53 |
| 5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 54 |
| 6 | CONCLUSÕES E SUGESTÕES | 79 |
| | REFERÊNCIAS | 82 |
| | APÊNDICES | 92 |

1 INTRODUÇÃO

A profissão é um dos aspectos que desempenha um papel central na vida do homem, pois este dedica a maior parte de seu tempo ao trabalho e, as boas ou más experiências aí vivenciadas, repercutem tanto no próprio trabalho como se estendem para outros aspectos de sua vida.

Na carreira docente, os professores têm funções que transcendem o ensinar e produzir conhecimentos, são cobrados na produção e publicação de artigos científicos, na elaboração e desenvolvimento de projetos de pesquisa, ensino e extensão, além da vida administrativa da universidade que envolve a participação em reuniões, relatos e pareceres em processos, além de outras funções burocráticas.

Este alto nível de exigência provoca, sem dúvida, a exposição a fatores estressantes diversos. Segundo Sallis e Owen (1999) o modo de produção pode trazer influências negativas sobre o estilo de vida dos indivíduos, através da diminuição do tempo livre ao lazer e à família, da deterioração do poder econômico, das restrições às oportunidades de atividades físicas formais e não formais, da exposição às doenças crônico-degenerativas, entre outros. Nota-se, de maneira geral, que as pessoas têm trabalhado cada vez mais e, por extensão, têm tido menos tempo para si mesmas. Os professores universitários não são exceção.

As circunstâncias sob as quais os docentes mobilizam as suas capacidades físicas, cognitivas e afetivas para atingir os objetivos da produção escolar podem gerar sobre-esforço ou hiper-solicitação de suas funções psicofisiológicas (OLIVEIRA et al., 2007). Em sua tese de doutorado, Petroski (2003) comenta que muito se tem discutido sobre qualidade: de produtos, do ensino, da pesquisa, da extensão e da administração, mas que muito pouco se discute sobre a Qualidade de Vida – QV dos executores dessas atividades.

As exigências impostas pela carreira docente somadas ao estilo de vida e aos problemas pessoais tornam os professores universitários candidatos potenciais ao desenvolvimento de doenças fisiológicas e, até mesmo, de distúrbios psicológicos.

Andrade (2001), afirma que um dos fatores mais relevantes da Qualidade de Vida é o estilo de vida que as pessoas adotam, consciente ou

inconscientemente e que o estilo de vida ativo apresenta importância significativa como componente na promoção da saúde e qualidade de vida dos indivíduos. Assim, entendemos neste estudo que, o tipo de trabalho realizado e sua organização influenciam diretamente o estilo de vida dos indivíduos, ou seja, os comportamentos e as atitudes que os indivíduos adotam relacionam-se às necessidades e exigências da vida social na qual estão inseridos.

Sobre o estilo de vida Silva (2006) afirma que, os comportamentos relacionados a ele desafiam o simples controle ambiental, porque envolvem o prazer, o conforto e as relações sociais dos indivíduos, além da adição de novos hábitos de vida não vivenciados. Reforçando esta dificuldade em compreender o comportamento humano Chor (1999) comenta que há um “caráter não racional das escolhas de comportamento, especialmente quando se trata do prazer ligado ao hábito de fumar, beber, comer ou à vida sexual”. Associado a hereditariedade, o estilo de vida está entre os fatores que podem alterar a “QV” e relacionam-se a ele os hábitos alimentares, o estresse e o envolvimento com a prática de atividades físicas.

Segundo Nahas (2001) no contexto das sociedades em desenvolvimento o estilo de vida e, em particular a “atividade física” é um fator decisivo. Enquanto confere aos indivíduos maior capacidade de trabalho físico e mental, mais entusiasmo para a vida e sensação positiva de bem estar, para a coletividade associa-se a menores gastos com saúde, menor risco de doenças crônico-degenerativas e redução da mortalidade precoce. Atualmente, o envolvimento com atividades físicas regulares e ou adoção de um estilo de vida fisicamente ativo pode ser considerado um evidente fator coadjuvante na determinação de níveis mínimos e adequados de saúde e, por consequência de Qualidade de Vida, independentemente do sexo, idade, grupo social ou etnia a que pertence o indivíduo.

Um estilo de vida saudável, incluindo a prática regular de atividades físicas, é um fator de suma importância, tanto na prevenção, quanto no controle de certas doenças crônicas não transmissíveis como as cardiovasculares, a obesidade, as dislipidemias e, na redução da morbidade e mortalidade por muitas outras (BRASIL, 2004; VUORI, 2004).

Se por um lado professores universitários podem ser considerados

peessoas capazes de realizar escolhas mais acertadas a seu favor, por outro lado as exigências decorrentes de sua atuação acadêmica podem influenciar negativamente seu estilo de vida e, conseqüentemente, diferentes aspectos de sua Qualidade de Vida. Esse estudo baseia-se na premissa de que ter um grau de instrução superior (instrução, escolaridade e acesso a informações) pode influenciar o comportamento relacionado à atividade física, consumo de álcool, tabagismo e outros. Admite-se também que realizar trabalhos de natureza pouco ativa pode estar associado à inatividade física tanto por implicar em baixo consumo energético (atividade pouco acima do gasto energético de repouso), como por propiciar uma atitude pouco ativa em grande parte do dia (USDHHS, 1999).

Sendo Qualidade de Vida um tema interdisciplinar, a contribuição de diferentes áreas do conhecimento pode ser de fato valiosa e mesmo indispensável (SEIDL, 2004). Reforçando esse raciocínio, Mazzo (2008), defende que a avaliação da QV pode ser uma forma de planejar e propor intervenções de programas de saúde e serviços. Enfatiza ainda a importância da Educação Física, como área das ciências da saúde, na promoção da saúde da população em geral a fim de atender as mais diferentes demandas.

Assim, interessados em conhecer as características de QV e outros fatores relacionados ao estilo de vida, tal como o nível de prática de atividades físicas de indivíduos com grau de instrução superior, este estudo investigou a seguinte questão: Qual o nível de Qualidade de Vida referido e o de prática de atividades físicas de professores da Universidade Estadual de Maringá, presença de fatores de risco e suas relações com outras variáveis independentes?

Justifica-se a elaboração do presente estudo acreditando que os resultados possuam aplicação prática, pois podem fornecer indicativos consistentes para a elaboração de estratégias de intervenção e promoção da saúde e ainda agregar novos conhecimentos sobre as características e comportamentos deste grupo de Profissionais.

Baseado no exposto, esse estudo buscou investigar as seguintes questões:

- Qual é a percepção de Qualidade de Vida de Professores da Universidade Estadual de Maringá e suas relações com gênero, idade, situação conjugal, nível socioeconômico, tempo de carreira, titulação e áreas de ensino?

- Qual a ocorrência dos fatores de risco: excesso de peso, tabagismo, consumo de álcool e sedentarismo entre estes profissionais?

- Quais as relações do nível de prática de atividades físicas com variáveis independentes como gênero, idade, situação conjugal, nível econômico, tempo de carreira, titulação e áreas de ensino?

2 OBJETIVOS

A fim de atender a questão do estudo foram elaborados os seguintes objetivos:

2.1 Objetivo Geral

Diagnosticar e analisar indicadores de Qualidade de Vida e de Fatores de Risco referidos por professores da Universidade Estadual de Maringá, assim como aqueles relacionados à prática de Atividades Físicas.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar as características da Qualidade de Vida dos docentes segundo os domínios físico, psicológico, das relações sociais, e do meio ambiente e suas associações com gênero, grupos etários, situação conjugal, tempo de carreira, titulação e áreas de ensino.
- Identificar a ocorrência de fatores de risco, tais como o excesso de peso (IMC>25), tabagismo e consumo de álcool relatado;
- Quantificar e comparar o nível de prática de atividades físicas utilizando-se do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) – versão curta.
- Verificar se existe associação entre a Qualidade de Vida percebida e o Nível de prática de Atividade Física.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão foi feita a partir da consulta às bases de dados nacionais (Lilacs e Scielo), disponíveis no site da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e também a periódicos internacionais, sendo os “logins” de acesso gentilmente cedidos pela Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Utilizou-se os descritores “Qualidade de Vida” e “*Quality of Life*”. Foram excluídos da busca estudos que relacionavam o termo Qualidade de Vida – QV, à doenças ou a quaisquer tipos de intervenções clínicas (pós cirúrgicas ou medicamentosas). Alguns estudos de revisão sobre o tema, tais como Jurado e Figueroa (2002), Dantas et al. (2003), Magri e Kluthcovsky (2007) e Mazzo (2008), foram essenciais para o entendimento e elaboração desta revisão. Apesar da existência de alguns estudos sobre a QV de docentes, poucos tratavam dos profissionais pertencentes a Instituições públicas de Ensino Superior.

3.1 Qualidade de Vida

Segundo Fleck et al. (1999) a expressão “Qualidade de Vida” foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, ao declarar que: “...os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”. O termo foi ganhando novos contornos com o passar dos anos sendo logo relacionado com o quanto uma sociedade desenvolve-se economicamente e, gradativamente passando a significar, além do crescimento econômico, o desenvolvimento social, como educação, saúde, lazer entre outros. Ultimamente, aspectos subjetivos como satisfação, amor, realização pessoal, relacionamentos, ambiente, entre outros, têm sido valorizados. Reforçando essa idéia Souza (2001) enfatiza que o conceito de QV refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida.

O termo “Qualidade de Vida” também ganhou destaque à medida que estudos considerando o novo paradigma de saúde multidimensional se propagaram redimensionando o termo saúde, permitindo que preocupações antes restritas a profissionais ligados à área de “controle de doenças” permeassem também o interesse de profissionais da área da “conservação e promoção da saúde”. Nesse ínterim, informações sobre saúde desvincularam-se de dados unicamente clínicos e laboratoriais, passando a figurar também em estudos sócio-econômicos, culturais e mesmo comportamentais (SILVA, 2006). De acordo com Dantas et al (2003) no Brasil, o tema QV passou a ter significado e importância nas pesquisas da área da saúde a partir de 1992, quando a média de publicações aumentou sete vezes comparada com os dez primeiros anos levantados (1982 a 1991).

Seidl e Zannon (2004) comentam que no início dos anos 90, gerou-se um consenso entre os estudiosos da área sobre dois aspectos relevantes do conceito de qualidade de vida: subjetividade e multidimensionalidade. O primeiro aspecto, considera a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não-médicos do seu contexto de vida, ou seja, como o indivíduo avalia a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida. O segundo refere-se ao reconhecimento de que o construto é composto por diferentes dimensões.

Duas tendências quanto à conceituação do termo QV na área de saúde são identificadas: a primeira é um conceito mais genérico sem fazer referência a disfunções ou agravos. A outra é Qualidade de Vida relacionada à saúde (health related quality of life). No primeiro caso, QV apresenta um conceito mais amplo, aparentemente influenciado por estudos sociológicos. De acordo com Seidl e Zannon (2004) o melhor exemplo é a conceituação de QV adotada pela Organização Mundial da Saúde - OMS em 1998: “[...] as percepções individuais da sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valor, nos quais ele vive e em relação às suas metas, expectativas, padrões e preocupações”. Ainda segundo esta autora um aspecto importante que caracteriza estudos que partem de uma definição genérica do termo QV é que as amostras estudadas incluem pessoas saudáveis da população, nunca se restringindo a amostras de pessoas portadoras de agravos específicos.

Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000) QV é um termo muito amplo e de difícil conceituação e que recebeu destaque em 1994, quando o *WHOQOL*

GROUP, publicou o Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde – *WHOQOL-100* (*WHOQOL GROUP*,1994). Para estes autores QV pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Após realizarem estudos bibliográficos em mais de setenta artigos, Gill e Feinstein (1994), concluíram que a Qualidade de Vida é um fenômeno exclusivamente de percepção pessoal, denotando que o modo como o indivíduo sente a sua saúde, e outros estados, é um ponto crucial nas análises que queiram investigar os diversos aspectos envolvidos nessa categoria. Pesquisadores alertam que os termos Qualidade de Vida e estado de saúde aparecem na literatura muitas vezes quase como sinônimos e concluíram que os dois construtos são diferentes e alertam que determinados instrumentos que avaliam a percepção do estado de saúde não devem ser usados para a avaliação da QV (SEIDL; ZANNON, 2004)

Harper e Power (1998, p.137), representando o Grupo para Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, demonstram que o termo Qualidade de Vida pode ser definido como sendo “[...] as percepções individuais da sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valor, nos quais ele vive e em relação às suas metas, expectativas, padrões e preocupações”. Segundo o entendimento desses autores, esta definição reflete a visão de que Qualidade de Vida se refere a uma avaliação subjetiva embutida em um contexto cultural, social e ambiental. Esse conceito, mais amplo, é o que adotaremos para o desenvolvimento desse estudo, considerando os objetivos apresentados.

3.1.1 Instrumentos de Medida da Qualidade de Vida

Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000) um dos instrumentos mais conhecidos e difundidos para avaliação da QV é o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o

Desenvolvimento (PNUD). O IDH é um indicador sintético de qualidade de vida que, de forma simplificada, soma e divide por três os níveis de renda, saúde e educação de determinada população. A renda é avaliada pelo Produto Interno Bruto real *per capita*; a saúde, pela esperança de vida ao nascer e, a educação, pela taxa de alfabetização de adultos e taxas de matrículas nos níveis primário, secundário e terciário combinados. Os autores citam ainda o Índice de Condições de Vida (ICV), desenvolvido pela Fundação João Pinheiro, em Belo Horizonte, para estudar a situação de municípios mineiros, que foi logo depois adaptado, em consórcio com o IPEA, o IBGE e o PNUD, para a análise de todos os municípios brasileiros e o Índice de Qualidade de Vida (IQV) de São Paulo, criado pelo jornal *Folha de São Paulo* em 1999.

A análise da literatura revela que os instrumentos comumente usados são os questionários, sendo as formas de administração mais frequentes a auto-aplicação e a entrevista.

Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000), Jurado e Figueroa (2002) e Mazzo (2008) os instrumentos de medida da QV podem ser classificados como *genéricos*, se usam questionários de base populacional sem especificar patologias ou *específicos*, quando os instrumentos e respectivos resultados apontam para a QV dos indivíduos relacionada a experiência de doenças ou pós intervenções clínicas (cirurgias ou tratamentos). Mazzo (2008) apresenta um quadro com os objetivos, vantagens e desvantagens desses instrumentos. Ela apresenta ainda um quadro com alguns dos mais diversos instrumentos de avaliação da QV, classificando-os em genéricos e específicos e separando-os de acordo com a clientela: população em geral, crianças e adolescentes, mulheres, adultos e idosos.

| Instrumentos | | Objetivos | Vantagem | Desvantagem |
|--------------|----------------------------------|---|---|---|
| Genéricos | Perfis de Saúde | Medir todos os aspectos importantes da QV | <ul style="list-style-type: none"> - incluem grande variedade de domínios; - podem ser usados em qualquer população e numa condição subjacente; - detectam efeitos diferenciais sobre aspectos diferentes do estado de saúde; Permite comparações do impacto relativo dos vários programas de atenção à saúde; - são instrumentos únicos; - medem aspectos gerais da QV | <ul style="list-style-type: none"> - possibilidade de não focalizarem adequadamente a área de interesse; Possibilidade de menor resposta (capacidade de detectar mudanças) em condições específicas. |
| | Medidas de Preferência (Utility) | Refletir nas preferências dos pacientes para diferentes estados ou cenários de saúde | <ul style="list-style-type: none"> - constituem uma medida útil para determinar se os pacientes melhoraram; - representam um resultado sumário único; - possibilitam uma análise de custo-utilidade e incorporam a morte dentro da medida. | <ul style="list-style-type: none"> - dificuldade de os pacientes determinarem valores; - não permitem a avaliação do efeito sobre os diferentes aspectos da QV; - deixam de revelar em que domínios os pacientes melhoraram e em quais houve piora; - possibilidade de menor resposta; |
| Específicos | | Avaliar aspectos do estado de saúde, específicos para a área de interesse (doença, população, funções, problema, alteração) | <ul style="list-style-type: none"> - são clinicamente sensíveis e mais responsivos; - avaliam populações específicas de doenças, grupos de diagnóstico e conceitos ou domínios individuais. | <ul style="list-style-type: none"> - não permitem comparações, se houver outras patologias ou condições para as quais não foram desenhados; - são limitados em termos de populações e intervenções; - são restritos aos domínios de relevância para a doença, à população, às funções, ou ao problema, não medindo outras dimensões, também importantes para a QV. |

Quadro 1 – Objetivos, vantagens e desvantagens dos instrumentos genéricos e específicos de avaliação da Qualidade de Vida.
 Fonte: Mazzo (2008, p. 28)

Na categoria de instrumentos específicos estão disponíveis aqueles elaborados para avaliar a QV em portadores de doenças como insuficiência cardíaca ou renal, câncer, diabetes, em determinados grupos (idosos), em determinadas funções orgânicas (sono e repouso), ou problemas relacionados à dor.

Segundo Silqueira (2005) cita-se como exemplo o IQV – Instrumento de Qualidade de Vida - que possui as versões diálise, cardíaca e câncer. A limitação destes é que seus resultados não podem ser extrapolados para outras doenças ou grupos. Por outro lado, os instrumentos genéricos são aqueles aplicáveis em uma ampla variedade de populações, pois avaliam aspectos relacionados à função, disfunções e desconfortos emocionais e físicos. Podem ser aplicados tanto em indivíduos que apresentem algum tipo de patologia, como também em indivíduos saudáveis. São exemplos àqueles desenvolvidos recentemente pela OMS, o WHOQOL – 100 e o WHOQOL – Brief (SILQUEIRA, 2005). A natureza multidimensional da versão breve foi validada, de modo empírico, a partir de quatro grandes dimensões: (a) física – percepção do indivíduo sobre sua condição física; (b) psicológica – percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva; (c) do relacionamento social – percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida; (d) do ambiente – percepção do indivíduo sobre aspectos diversos relacionados ao ambiente onde vive. Além dessas dimensões, obteve-se uma avaliação da QV percebida de modo global, mensurada por quatro itens específicos que foram computados em um único escore. As quatro dimensões – subdivididas em 24 facetas – mais os itens referentes à QV geral constituem o Instrumento de Avaliação da QV da OMS (SEIDL; ZANON, 2004).

Ainda dentro desta categoria existem alguns instrumentos relacionados à saúde, ou seja, podem avaliar diferentes aspectos da QV que são afetados pelas condições de saúde ou de doença/tratamento em qualquer população. Um exemplo é o Medical Outcomes Short-Form Health Survey – SF-36. Sua criação foi baseada numa revisão de instrumentos já existentes na literatura, que avaliavam alterações e limitações em várias dimensões como capacidade funcional, aspectos sociais, saúde mental e percepção geral da saúde. Foi validado internacionalmente por Ware e colaboradores em 1991, tendo sido traduzido e validado em diversos países, incluindo o Brasil. Foi traduzido e validado para a língua portuguesa por Ciconelli, em 1997. O SF-36 foi derivado de um questionário

de avaliação de saúde formado por 149 itens, desenvolvido e testado em mais de 22.000 pacientes, como parte de um estudo de avaliação de saúde (The Medical Outcomes Study – MOS). Atualmente é um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobando 08 dimensões a saber: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (04 itens), dor (02 itens), estado geral de saúde (05 itens), vitalidade (04 itens), aspectos sociais (02 itens), aspectos emocionais (03 itens), saúde mental (05 itens), e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás. Segundo Silqueira (2005) esse instrumento avalia tanto os aspectos negativos (doença) como os aspectos positivos (bem-estar). As 08 dimensões, conforme as respostas, são avaliadas por seus escores numa escala de 0 a 100.

Em 1995 a OMS criou o Grupo de Qualidade de Vida, The WHOQOL Group, e o instrumento desenvolvido por esse organismo internacional em estudo multicêntrico baseia-se nos pressupostos de que qualidade de vida é uma construção subjetiva (percepção do indivíduo em questão), multidimensional e composta por elementos positivos (por exemplo, mobilidade) e negativos (por exemplo, dor). Assim definiram o termo como *a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*. O instrumento representa atualmente uma tentativa de consenso entre centros de pesquisa nesta área.

O desenvolvimento do WHOQOL-100 para a língua portuguesa e o estudo para a validação das versões completa e breve, permitiram a utilização abrangente desse instrumento por pesquisadores brasileiros no campo da saúde. No caso do Brasil, um país marcado por fortes diferenças regionais e culturais, o uso disseminado e sistemático de versões brasileiras de instrumentos genéricos como o SF-36 e o WHOQOL, orientado por agendas planejadas de pesquisa, permitem acumular evidências sobre a qualidade psicométrica desses instrumentos (SEIDL; ZANNON, 2004). Segundo Jurado e Figueroa (2002) enfatizam a importância da utilização de instrumentos genéricos em estudos direcionados à avaliação da QV, pois estes permitem conhecer e comparar o estado de saúde, em seu sentido mais amplo, entre populações, o que é um aspecto fundamental para estratégias e programas em políticas de saúde.

Segundo Dantas et al. (2003) a construção de novos instrumentos tem sido pouco estimulada por estudiosos do tema, os quais alegam que o gasto financeiro e intelectual para se elaborar mais um instrumento de medida de QV não se justifica diante da imensa existência de instrumentos que podem ser adaptados às necessidades que surgirem daqui para frente.

Assim, considerando-se as vantagens e desvantagens apresentadas no Quadro 1 e as considerações de Seidl e Zanon (2004) e de Jurado e Figueroa (2002), optamos para o desenvolvimento deste estudo, pela utilização de um instrumento genérico, sendo objeto de nosso interesse o Whoqol – versão abreviada.

3.1.1.1 O World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)

Esse instrumento inclui informações específicas e genéricas aplicáveis a quase todas as sociedades/populações, haja vista sua construção através de um método transcultural, e apresenta duas formas: a versão longa (WHOQOL-100) e a versão abreviada (WHOQOL-36 ou WHOQOL-brief).

O primeiro consta de 100 questões que avaliam seis domínios: a) físico, b) psicológico, c) de independência, d) relações sociais, e) meio ambiente e f) espiritualidade/crenças pessoais.

O segundo instrumento é uma versão abreviada, com 26 questões, extraídas do anterior, das quais, 02 são sobre a QV do ponto de vista do avaliado, e as demais representam cada uma das 24 facetas do WHOQOL-100. As questões foram selecionadas por critérios psicométrico e conceitual, a partir dos dados dos testes de campo de 20 centros distribuídos em 18 países (WHOQOL GROUP, 1998), cobrindo quatro domínios: a) físico, b) psicológico, c) relações sociais e d) meio ambiente. O primeiro, o domínio físico, refere-se à dor física, à energia para o dia a dia, o sono, à locomoção, às atividades da vida diária, ao tratamento médico e ao trabalho. O segundo, o domínio psicológico, refere-se aos sentimentos positivos, à concentração, à auto-estima, à auto-imagem, aos sentimentos negativos e às crenças pessoais. O terceiro, o domínio das relações sociais, refere-se às satisfações destas relações, ao suporte social e à atividade social. O quarto e último,

o domínio do meio ambiente, refere-se à segurança física, à habitação, aos recursos financeiros, aos serviços de saúde, ao acesso às informações, ao lazer, ao ambiente físico e ao transporte.

A versão abreviada pode ser considerada útil em estudos que requerem uma investigação não tão aprofundada sobre qualidade de vida, como por exemplo, em estudos clínicos e epidemiológicos em que qualidade de vida não é o aspecto central, mas um dos elementos que constituem o estudo (SILVA, 2006).

A versão em português – inclusive dos questionários – está disponível no Brasil, no Grupo de Estudos sobre Qualidade de Vida, do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e no Hospital das Clínicas do Paraná (FLECK, 2000).

3.1.2 Estudos sobre Qualidade de Vida e carreira docente desenvolvidos no Brasil

Vale lembrar que durante a etapa de revisão de literatura foram excluídos os estudos que relacionavam o termo QV a doenças ou a quaisquer tipos de intervenções clínicas (pós cirúrgicas ou medicamentosas). Ao realizarmos a busca sobre QV relacionada à carreira docente, constatamos que a maior parte dos pesquisadores interessaram-se pela QV relacionada a questões específicas do trabalho.

Martins (2000) ao analisar os fatores determinantes da prática de atividades físicas de professores de uma Universidade Pública Federal de Santa Catarina, realizou um levantamento com 190 professores que trabalhavam em regime de dedicação exclusiva, utilizando-se de questionários. Chegou as seguintes conclusões: o nível de atividade física habitual dos professores universitários é reduzido e irregular; entre os gêneros os homens praticam mais as atividades vigorosas enquanto as mulheres são mais regularmente ativas e também aderem melhor aos programas de atividade física; quanto aos determinantes para a ausência de prática de atividades físicas, predominavam as barreiras de ordem pessoal (falta de tempo), psíquicas e ambientais e entre os fatores facilitadores, estavam as crenças normativas, os benefícios da prática de atividade física, o

ambiente físico favorável e a elevada auto-eficácia; que os docentes possuíam conhecimentos satisfatórios sobre as atividades físicas e que as características sócio-demográficas influem na percepção de barreiras, principalmente as relacionadas à profissão, à família e à classe econômica, levando a uma atividade física reduzida e irregular, sobrepondo-se deste modo, aos fatores facilitadores.

Souza (2001), ao estudar o nível de qualidade de vida de professores universitários que se encontravam cursando o mestrado, desenvolveu uma pesquisa com 200 professores da área biológica, através de um questionário sobre indicadores de hábitos de vida, nível afetivo, social e profissional e concluiu que todos os indivíduos pesquisados não tinham uma qualidade de vida ideal, com falhas em diversos aspectos, demonstrando desequilíbrio entre as necessidades psíquicas e fisiológicas, já que a maioria apresentava níveis elevados de estresse. Apontou ainda, que a competitividade organizacional das universidades gera alta pressão temporal na qualificação de seus docentes visando à qualidade do ensino.

Souza et al. (2004) avaliaram a QV de 67 professores da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), através do instrumento genérico SF-36 e constataram que, no geral, a maioria dos professores não se encontrava prejudicada em sua QV. Os domínios mais prejudicados foram: aspectos social, emocional, físico e dor e os domínios mais saudáveis foram capacidade funcional e estado geral de saúde.

Petroski (2005), ao analisar a Qualidade de Vida no Trabalho de professores da Universidade Federal de Santa Catarina, investigou 366 professores, de ambos os sexos, com regime de dedicação exclusiva e que estavam atuando no ensino de graduação e/ou pós-graduação, por meio da Escala de Avaliação da Qualidade de Vida Percebida no Trabalho, a Escala de Percepção de Estresse e o Questionário Internacional de Atividade Física - versão curta, além da Tabela de Escores de Risco de *Framingham*. Vale salientar aqui que a escala da QV QVT desenvolvida por Petroski (2005) em forma de questionário, contempla 34 questões distribuídas em 8 dimensões, apresenta nível aceitável de consistência interna e elevado índice de coeficiente de estabilidade dos escores. Esse instrumento foi empregado também em investigações, realizadas sempre com docentes do ensino superior, para comparar a qualidade de vida dos professores de acordo com o ciclo de desenvolvimento profissional (ROMANZINI et al., 2005) e identificar o nível de associação entre a qualidade de vida no trabalho e os eixos curriculares em que

atuam na formação inicial em Educação Física (LEGNANI et al., 2005). Entretanto, vale ressaltar que esse instrumento foi elaborado para avaliar especificamente aspectos relacionados à Qualidade de Vida no Trabalho (ou do trabalhador).

Em sua tese, Petroski (2005) concluiu que os docentes têm percepções diferentes sobre a qualidade de vida no trabalho, pois quase metade dos sujeitos não está satisfeita com suas vidas no trabalho, sendo que apenas pouco mais de um terço dos professores está satisfeita. Constatou também que existe associação positiva entre qualidade de vida no trabalho e diversos aspectos, como o gênero, o nível e a área de atuação e, uma relação inversa entre qualidade de vida no trabalho e percepção de estresse em todos os grupos avaliados, sendo que não houve associação entre estresse percebido e parâmetros bioquímicos do sangue. Concluiu ainda, que a maior parte dos professores são ativos e com estimativa de baixo risco coronariano para os próximos 10 anos.

Silva (2006) avaliou as relações entre Qualidade de Vida, nível de prática de atividades físicas e características do estilo de vida de 16 Professores de Educação Física do Ensino Superior em duas instituições de Santa Catarina. Através das questões do Whoqol-brief constatou que 75% dos professores consideram sua QV como boa ou muito boa e, por meio do IPAQ-versão longa, verificou que a maioria era ativa ou muito ativa fisicamente. Porém, constatou que os professores apresentaram comprometimentos nos aspectos relacionados ao estresse, principalmente ligado às condições e relações no trabalho.

Lemos, Nascimento e Both (2006), realizaram um estudo com 201 professores de Educação Física do Ensino fundamental e médio, nos estados do PR, SC e RS, a fim de analisar a percepção de QV no trabalho, utilizando-se do instrumento “Escala de avaliação da QV no trabalho percebida por Professores de Educação Física – QVT-PEF”, elaborado por Both (2006), em função do gênero. Os autores constataram que de maneira geral os professores demonstraram satisfação nas tarefas realizadas e orgulho de trabalhar na instituição, principalmente no sexo masculino. Os maiores índices de insatisfação ocorreram em função do descontentamento geral com os baixos salários, condições materiais e equipamentos, principalmente no sexo feminino.

Lemos, Nascimento e Borgato (2007) utilizando-se do mesmo instrumento, avaliaram 380 docentes na carreira de Educação Física do Magistério Público Estadual do Rio Grande do Sul, constataram que a maioria dos professores

estava satisfeita com a QVT, porém insatisfeitos com sua remuneração, indicando a desvalorização da profissão docente. Os autores observaram uma percepção positiva do perfil do estilo de vida individual, principalmente nos aspectos relacionamentos, comportamentos preventivos e atividade física, mas com percepções negativas nos aspectos hábitos nutricionais e controle de estresse.

Farias et al. (2008) reproduziram estudo similar e também obtiveram os mesmos resultados, ou seja, a maioria dos professores percebia-se satisfeita com sua QVT porém insatisfeitos com relação à remuneração e compensação em todos os ciclos de desenvolvimento profissional.

Both, Nascimento e Borgatto (2008) utilizando-se do QVT-PEF para avaliação da QV no trabalho e também o Perfil do estilo de vida de 580 docentes do magistério público estadual de Santa Catarina, realizaram um estudo a fim de investigar se havia diferença na percepção dos docentes em função da região onde viviam no estado de Santa Catarina. Os resultados encontrados indicaram que a maioria dos professores de EF catarinenses estava satisfeita com a QVT, porém insatisfeitos com a compensação salarial, autonomia em utilizar os conhecimentos no trabalho e relações pessoais no ambiente de trabalho, principalmente nas regiões Grande Florianópolis, Norte e Planalto catarinense.

Penteado e Pereira (2007) avaliaram a QV e a saúde vocal de 128 professores do ensino médio de 04 escolas estaduais de Rio Claro-SP, utilizando o questionário Whoqol-brief e o Questionário de Qualidade da Voz. Com referência à QV dos professores os melhores escores foram relacionados ao aspecto de Relações Sociais e os piores relacionados a questões do Meio-Ambiente. Do total da amostra 65,6% avaliou sua QV como Boa e 60,2% se consideraram “satisfeitos” com sua Saúde. De maneira geral os professores apresentaram-se razoavelmente satisfeitos com sua QV e qualidade da voz.

Pereira (2007) analisou a qualidade de vida no trabalho de 36 professores de uma universidade pública e 36 professores de uma universidade particular de Minas Gerais, utilizando-se do modelo de Walton para a análise da QVT. Em ambas as instituições a dimensão “relevância social no trabalho” foi a que obteve o maior índice de satisfação.

Gomes et al. (2007) realizaram um estudo com 37 professores de Educação Física no magistério público, na região Sudeste da Bahia, utilizando o instrumento QVT-PEF e observaram correlação positiva entre professores no início

de carreira e aspectos negativos do estilo de vida e de insatisfação avaliados pelo instrumento.

Silva et al. (2007) realizaram um estudo para analisar associações da prática de Atividades Físicas sobre a Qualidade de Vida de Professores (107), Funcionários (111) e Alunos (638) da Universidade Católica de Pelotas (UCPel-RS) utilizando-se do Whoqol-brief e do Questionário de Atividade Física Habitual modificado por Nahas (2001). Os autores constataram associação positiva da prática de AF e QV, principalmente nos aspectos físicos, psicológicos e cognitivos da QV, independentemente do sexo, idade e profissão, sendo que as mulheres apresentaram uma percepção mais positiva no domínio físico e os homens nos aspectos de relações sociais.

Rocha e Fernandes (2008) avaliaram a QV de 91 professores do Ensino Fundamental de Jequié-BA, através do instrumento SF-36 e constataram que todos os 08 domínios analisados pelo instrumento apresentaram-se prejudicados. Segundo os autores situações presentes na carreira docente, tais como: trabalho repetitivo, ritmo acelerado, volume excessivo de trabalho, intensa concentração em uma mesma tarefa por longo período, tempo insuficiente para realização das tarefas, falta de interesse dos colegas, exposição a hostilidades, conflitos com os colegas de trabalho e inexistência de processo democrático constituem-se em estressores psicossociais, alguns relacionados à natureza de suas funções e outros relacionados ao contexto institucional e social no qual essas são exercidas, e que ocasionam problemas de saúde, absenteísmo e intenção de abandonar a profissão.

De maneira geral, a maioria das pesquisas sobre Qualidade de Vida e carreira docente apresentaram ênfase aos aspectos relacionados à Qualidade de Vida no Trabalho. Nesses estudos a maioria dos autores verificou que, apesar da satisfação dos docentes com a “relevância social no trabalho” a QVT não é ideal, há ocorrência de elevados níveis de estresse e insatisfação dos docentes com a remuneração. De maneira geral esses resultados corroboram os achados no estudo de Mendes et al. (2007) que ao realizarem um estudo qualitativo com docentes da Universidade Estadual de Maringá (UEM), concluem que, apesar de a profissão docente ser gratificante o sofrimento no trabalho é evidente e em grande parte relacionado à instituição e seus problemas.

Observa-se aqui a escassez de informações relacionadas ao tema, principalmente da QV em um sentido mais amplo, realçando a necessidade de novas investigações.

Além da percepção dos indivíduos sobre determinados aspectos da QV, a opção por determinados comportamentos relacionados ao estilo de vida irão refletir sobremaneira na QV presente e futura. Assim optamos por analisar nesse estudo comportamentos considerados como fatores de risco tanto para a saúde como para a QV dos indivíduos.

3.2 Fatores de Risco

O termo risco refere-se à probabilidade de um evento indesejado ocorrer. Do ponto de vista epidemiológico, o termo é utilizado para definir a probabilidade de que indivíduos sem uma certa doença, mas expostos a determinados fatores, adquiram essa moléstia. Os fatores que se associam ao aumento do risco de se contrair uma doença são chamados fatores de risco (INCA, 2008). Contrariamente, há fatores que conferem ao organismo a capacidade de se proteger contra a aquisição de determinada doença, daí serem chamados fatores de proteção. A interação entre os fatores de risco e de proteção a que as pessoas estão submetidas pode resultar, ou não, na redução da probabilidade delas adoecerem.

Estes fatores podem ser divididos em fatores de risco fixos e fatores de risco modificáveis. Os fatores de risco fixos ou não modificáveis são aqueles que não permitem intervenções ou alterações, como idade, hereditariedade e sexo. Já os fatores de risco modificáveis permitem que os indivíduos alterem seus comportamentos relacionados ao estilo de vida que afetem sua saúde individual, principalmente o fumo, a obesidade, o sedentarismo, os níveis sanguíneos de colesterol (lipídios séricos), a hipertensão arterial e o estresse (FOX; BOWERS; FOSS, 1991). Enquanto a ciência não oferecer conhecimentos suficientes à manipulação dos fatores de risco fixos, o foco de atenção situa-se nos fatores de risco modificáveis, ou seja, naqueles que incluem comportamentos e hábitos de vida (SILVA, 2006).

Dois pontos devem ser enfatizados com relação aos fatores de risco: primeiro, que o mesmo fator pode ser de risco para várias doenças (por exemplo, o tabagismo, que é fator de risco de diversos cânceres e de doenças cardiovasculares e respiratórias); segundo, que vários fatores de risco podem estar envolvidos na gênese de uma mesma doença, constituindo-se em agentes causais múltiplos. O estudo de fatores de risco, isolados ou combinados, tem permitido estabelecerem-se relações de causa-efeito entre eles e diversos tipos de patologias. Os fatores de risco podem ser encontrados no ambiente físico, ser herdados ou representar hábitos ou costumes próprios de um determinado ambiente social e cultural. Entende-se por ambiente o meio em geral (água, terra e ar), o ambiente ocupacional (indústrias químicas e afins), o ambiente de consumo (alimentos, medicamentos), o ambiente social e cultural (estilo e hábitos de vida). As mudanças provocadas no meio ambiente pelo próprio homem, os "hábitos" e o "estilo de vida" adotados pelas pessoas, podem determinar diferentes tipos de patologias (INCA, 2008). De acordo com Nahas (2006) para a maioria da população, os maiores riscos para a saúde e o bem-estar advém do comportamento individual, que resulta do conhecimento e vontade da pessoa, como também das oportunidades e barreiras sociais presentes. Ainda reforçando essa linha de raciocínio, Chor (1999) comenta que há um caráter não racional das escolhas de comportamento, especialmente quando se trata do prazer ligado ao hábito de fumar, beber, comer ou à vida sexual.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), as doenças e agravos não transmissíveis são problemas emergentes nos países em desenvolvimento e nos grupos sociais mais pobres, representando gastos em tratamento ambulatorial, internações hospitalares e reabilitação pelo Sistema Único de Saúde. No Brasil, as doenças cardiovasculares, o câncer, as causas externas e o diabetes representam 55,2% do total de causas de óbito. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007b) o controle das doenças crônicas não transmissíveis – DCNT representa um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas, por ameaçar a qualidade de vida de milhões de pessoas e por ter grande impacto econômico para os países, especialmente os de baixa e média renda. Assim, a OMS propôs aos países membros compromissos para a redução das taxas de Morbi-mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT's. No Brasil, o Ministério da Saúde adotou medidas de vigilância priorizando a promoção da saúde, prevenção e atenção às DCNT's, visando à redução da

prevalência dos principais fatores de risco e, conseqüentemente, da Morbi-mortalidade associada a essas doenças.

Num primeiro momento, através da Secretaria de Vigilância em Saúde, foi realizado no período de 2002 a 2003 um estudo de base populacional. O *Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis*, realizado em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, fornecendo informações tais como peso e altura referidos, tabagismo, consumo de álcool, sedentarismo, consumo alimentar, hipertensão e diabetes. Na seqüência ficou decidido incluir questões sobre hábito de fumar e atividade física na “Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios – PNAD” do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, realizada em 2008. A fim de monitorar a freqüência e distribuição dos principais fatores determinantes das DCNT’s, o Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Vigilância em Saúde, implantou em 2006 o sistema VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, através de entrevistas telefônicas. Os primeiros resultados divulgados referem-se a um total de 54.369 entrevistas, sendo 21.294 homens e 33.075 mulheres, com 18 anos ou mais, e realizado no período de Agosto a Dezembro de 2006.

Apresentamos a seguir alguns resultados dessas pesquisas em função dos fatores de risco modificáveis que nos propusemos a analisar nesse estudo, sendo eles o tabagismo, o consumo de álcool, o excesso de peso e o sedentarismo, os quais de forma isolada ou em conjunto levam ao surgimento ou agravamento de DCNT’s.

3.2.1 Tabagismo

Reconhecido como dependência química que expõe o indivíduo a várias substâncias tóxicas, este hábito, em todas as suas formas, aumenta o risco de Morbi-mortalidade para doenças cardiovasculares (coronárias, hipertensão e acidente vâsculo-cerebral), bronquite, enfisema e câncer, notadamente os de pulmão, com um risco atribuível de 90% (BRASIL, 2003; BRASIL, 2007b). De fato, o

consumo de fumo está estreitamente atrelado a impactos negativos nos diferentes órgãos e sistemas do corpo humano (pulmões, coração, vasos sanguíneos, pele, ossos e cérebro), contribuindo decisivamente para o desenvolvimento de doenças (diversos tipos de câncer, doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral, osteoporose, entre outros) e para a ocorrência de mortes prematuras (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004). Nesse sentido, Paffenbarger et al. (1993) verificaram que o risco de morte por todas as causas é 50% maior em adultos fumantes, e que a cessação deste hábito representa uma redução de 41% no risco de mortalidade nessa população.

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo. A OMS estima que um terço da população mundial adulta, isto é, 1 bilhão e 200 milhões de pessoas (entre as quais 200 milhões de mulheres), sejam fumantes. Pesquisas comprovam que aproximadamente 47% de toda a população masculina e 12% da população feminina no mundo fumam. Enquanto nos países em desenvolvimento os fumantes constituem 48% da população masculina e 7% da população feminina, nos países desenvolvidos a participação das mulheres mais do que triplica: 42% dos homens e 24% das mulheres têm o comportamento de fumar. O total de mortes devido ao uso do tabaco atingiu a cifra de 4,9 milhões de mortes anuais, o que corresponde a mais de 10 mil mortes por dia. Se as atuais tendências de expansão do seu consumo se mantiverem, esses números aumentarão para 10 milhões de mortes anuais por volta do ano 2030, sendo metade delas em indivíduos em idade produtiva, entre 35 e 69 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). De acordo com os resultados do sistema Vigitel (BRASIL, 2007b), a frequência de fumantes no Brasil é de 16,2% no conjunto da população adulta das 27 cidades brasileiras estudadas, sendo maior no sexo masculino (20,3%) do que no sexo feminino (12,8%). Em ambos os sexos a frequência de fumantes tende a aumentar com a idade até os 54 anos e decrescer a partir de então, alcançando menor frequência aos 65 anos ou mais de idade. Em relação à escolaridade observa-se uma relação inversa, diminuindo uniforme e intensamente com o aumento da escolaridade. Em relação à distribuição geográfica a maior prevalência de fumantes ocorre nas regiões Sudeste e Sul do Brasil (BRASIL, 2007b).

No Brasil, estratégias de intervenção tornam-se complexas devido à dependência econômica do País, considerado um dos principais produtores e

exportadores de tabaco do mundo (BRASIL, 2007b) . De fato, a indústria do tabaco tem forte papel mediante volumosas campanhas publicitárias, para a manutenção das elevadas taxas de prevalência de indivíduos fumantes em todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004a).

3.2.2 Consumo de Álcool

O consumo de álcool tem aumentado significativamente nas últimas décadas, particularmente nos países em desenvolvimento. No mundo todo, o álcool é responsável por 1,8 milhões de mortes e pela ocorrência de cerca de 20 a 30% dos casos de câncer de esôfago, doenças do fígado, epilepsias, acidentes automobilísticos, homicídios e outras lesões não intencionais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Estimativas da World Health Organization (2004b) indicam que aproximadamente 2 bilhões de pessoas fazem uso de bebidas alcoólicas. No Brasil, a prevalência de adultos que referiram ingerir pelo menos uma dose de bebidas alcoólicas por mês variou entre 32,4 (João Pessoa) e 58,6% (Florianópolis). Além disso, entre 4,6% (Curitiba) e 12,4% (Vitória) de brasileiros apresentam um consumo classificado como de risco, ou seja, mais do que 2 doses/dia para homens e mais do que 1 dose/dia para mulheres (BRASIL, 2004). Os estudos epidemiológicos têm demonstrado que o tipo de bebida (cerveja, vinho, cachaça etc.) é indiferente, pois parece ser o etanol, propriamente, o agente agressor. Esta substância psicoativa tem a capacidade de produzir alteração no sistema nervoso central, podendo modificar o comportamento dos indivíduos que dela fazem uso. Por ter efeito prazeroso, induz à repetição e, assim, à dependência.

O conselho para as pessoas que optarem por beber álcool é que limitem o consumo para menos de dois drinques por dia para homens e menos de um para mulheres. O consumo excessivo de bebidas alcoólicas repercute na saúde física e mental dos indivíduos, destacando-se doenças cardiovasculares, neoplasias, absenteísmo (aposentadorias precoces e hospitalizações), acidentes de trabalho e de trânsito, violência, suicídios e elevada frequência de ocupações de leitos hospitalares. O sistema de monitoramento Vigitel considera uma frequência de consumo excessiva para o álcool quando, nos últimos 30 dias os indivíduos

consumiram em um único dia mais de 4 doses (mulheres) ou mais de 5 doses (homens) de bebidas alcoólicas (*Binge drinking*), considerando dose de bebida alcoólica uma dose de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho. Este padrão segue a proposta do National Health and Nutrition Examination Survey – NHANES (2008).

De acordo com esses critérios os dados do Sistema Vigitel, demonstram que o consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi duas vezes mais freqüente em homens (16,1%) do que em mulheres (8,1%). Em ambos os sexos esta freqüência de consumo foi maior nas duas faixas etárias mais jovens, declinando a partir dos 45 anos de idade e sofre pouca variação em função do nível de escolaridade. Geograficamente, as maiores prevalências de consumo abusivo de álcool ocorrem na região Nordeste do País (BRASIL, 2007b).

3.2.3 Excesso de peso

O uso do IMC para identificar adultos com sobrepeso e obesidade é consensual (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; VUORI, 2004), e seus pontos de corte (25 kg/m^2 para sobrepeso e 30 kg/m^2 para obesidade) permitem comparações entre e intra-populações (GUEDES et al., 2006). A classificação de sobrepeso e obesidade proporciona “comparações significantes de *status* de peso dentro e entre as populações; a identificação de indivíduos e grupos com maior risco de morbidade e mortalidade; a identificação de prioridades para intervenção em níveis de comunidade e individuais; uma base firme para avaliar intervenções.” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Segundo estimativas globais da OMS (BRASIL, 2007b), mais de 2 bilhões de pessoas acima de 15 anos apresentam excesso de peso e, dentre esses, há 400 milhões de obesos. As projeções para 2025 indicam que estes números aumentarão para 3 bilhões de pessoas adultas com excesso de peso e para 700 milhões de obesos. O excesso de peso tem grande impacto na saúde dos indivíduos, sendo associado à coronariopatias, hipertensão, derrames, diabetes, distúrbios músculo-esqueléticos, psicológicos e sociais. Fatores ambientais e estilos

de vida não saudáveis relacionados à alimentação inadequada e atividade física insuficiente, são preponderantes para sua incidência e prevalência.

Segundo os primeiros resultados divulgados pelo Sistema Vigitel, há maior frequência de excesso de peso em homens (47,3%) que em mulheres (38,8%) e uma tendência de aumento do excesso de peso com a idade até os 54 anos entre homens e até 64 anos entre as mulheres. Estes resultados também foram observados no Inquérito Domiciliar de 2002-2003, através do qual se observou uma maior prevalência de sobrepeso e excesso de peso entre os homens em relação às mulheres para todas as capitais estudadas. Em relação ao grau de instrução, o excesso de peso tende a aumentar discretamente com a escolaridade, porém no sexo feminino o excesso de peso diminui intensamente com a escolaridade (BRASIL, 2007b).

Quanto ao percentual de indivíduos com obesidade (Índice de Massa Corporal ≥ 30 Kg/m²) no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo Idade e anos de escolaridade (BRASIL, 2007b), os dados apresentados descrevem um aumento da frequência de obesidade com a idade até 54 anos para homens e até 64 anos para mulheres. Assim como no caso do excesso de peso, observa-se no sexo feminino uma relação inversa entre obesidade e nível de escolaridade, e diferenças mínimas para o sexo masculino. Os dados do Vigitel (BRASIL, 2007b) mostram resultados já observados no Inquérito Domiciliar realizado em 2002-2003, sendo que, de um modo geral, as regiões Sul e Sudeste apresentaram prevalências mais elevadas de sobrepeso e obesidade, com valores que vão de 43,7% a 48,3%.

3.2.4 Sedentarismo

Na luta pela sobrevivência os indivíduos desenvolveram e aprimoraram técnicas que substituíram o uso do próprio corpo. A força física foi trocada pela alavanca, a luta corporal pelo armamento, as mãos por implementos, as pernas por rodas e motores de autocombustão, e assim, as ações típicas do trabalho rudimentar deram espaço às ações especializadas e artificiais (OLIVEIRA, 1991).

Com respeito ao estilo de vida atual, Sallis e Owen (1999), avaliam que “[...] provavelmente pela primeira vez na história humana, milhões de pessoas podem apresentar estilos de vida extremamente sedentários”. Esses autores mostram ainda, que “[...] já não se tem que ser ativo para obter comida, viver ou se locomover. Porém, estes estilos de vida extraem um grande custo da quantidade e Qualidade de Vida”. Portanto, o estilo de vida apresenta-se para os indivíduos como um fator determinante para a saúde pública, pois os estudos atuais demonstram que suas conseqüências, refletem diretamente na saúde e Qualidade de Vida dos indivíduos.

O sedentarismo, segundo Sallis e Owen (1999), pode ser considerado uma conseqüência do estilo de vida atual. A industrialização e o modo de vida urbano diminuem ou impedem a realização de atividades físicas habituais.

O sedentarismo é um risco primário para doenças cardiovasculares, que são as principais causas de morte por doenças crônico-degenerativas (PITANGA, 2002, VUORI, 2004, BAUMAN; MILLER, 2004), tanto nos países desenvolvidos, quanto nos países em desenvolvimento com alto índice de industrialização, perfazendo quase dois milhões de óbitos relacionados ao sedentarismo. Além disto, estimativas globais da OMS indicam que atividade física insuficiente é responsável por 22% dos casos de doença isquêmica do coração e por 10% e 16% dos casos de diabetes e de cânceres de mama, cólon e reto (VUORI, 2004; BRASIL, 2007b).

Este quadro agrava-se pela violência urbana, a diminuição e ausência das áreas de lazer e esportivas e a diminuição do poder aquisitivo, ou seja, com baixo salário o indivíduo precisa manter mais de um emprego e ainda, não consegue acessar alguns bens e serviços que lhe permitiriam praticar atividades físicas (clube, academia, entre outros). Esta diminuição acentuada do nível de atividade física pode ser considerada uma das principais causas das doenças crônico degenerativas na sociedade atual.

Atualmente, um estilo de vida sedentário é definido como não realizar atividade física no tempo de lazer (exercícios, esportes ou “hobbies” ativos fisicamente), num período de duas semanas (USDHHS, 2002), ou que tenha um estilo de vida (trabalho + lazer + atividades domésticas) equivalente a um gasto energético inferior a 500 Kcal por semana (NAHAS, 2001).

De acordo com os critérios empregados pelo sistema Vigitel, a frequência de sedentários no Brasil é de 29,2% no conjunto da população adulta das 27 cidades estudadas, sendo duas vezes mais freqüente em homens (39,8%) do que em mulheres (20,1%), e que em ambos os sexos foi mais freqüente na faixa etária de 65 ou mais anos de idade, com 65,4% e 50,3% para homens e mulheres, respectivamente. Nas demais idades ficou em torno de 40% para homens e 20% para mulheres. Em estudo realizado por Hallal et al. (2003), já havia sido demonstrado que a inatividade física esteve positivamente associada com a idade. No Inquérito Domiciliar Nacional realizado em 2002-2003 (BRASIL, 2004) em 15 capitais brasileiras e Distrito Federal, também se observou que a prática de atividade física diminui com a idade. Os resultados do Vigitel (BRASIL, 2007b) indicam que o sedentarismo tende a aumentar com o nível de escolaridade das pessoas, sendo que 50,7% dos homens e 41,4% das mulheres, com 12 ou mais anos de escolaridade, relataram não realizar qualquer atividade física relevante, seja no trabalho, no deslocamento para o trabalho, em tarefas domésticas ou no lazer. Geograficamente observa-se uma maior parcela de pessoas insuficientemente ativas na costa litorânea das regiões sudeste e principalmente na região nordeste do País.

Segundo Andrade (2001), um estilo de vida ativo, deve incluir atividades físicas formais ou não formais, em sua rotina diária por pelo menos três vezes semanais e com duração não inferior a uma hora. Entretanto, estas exigências não devem ser estanques, ao contrário, a análise do estilo de vida ativo deve contemplar as diversas necessidades humanas, considerando assim, a realidade do mundo do trabalho, da violência urbana, da falta de espaços esportivos e de lazer, além das preferências individuais.

3.3 A Prática de Atividades Físicas

Faz-se necessário aqui distinguir que a atividade física pode ser entendida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulte em gasto energético maior que os níveis de repouso (CASPERSEN et al., 1985), tendo componentes e determinantes de ordem biopsicossocial, cultural e comportamental (PITANGA, 2004), enquanto que

exercício físico é toda atividade física planejada, estruturada e repetitiva que tem por objetivo a melhoria e a manutenção de um ou mais componentes da aptidão física (CASPERSEN et al., 1985).

Segundo Minayo (1992), milhões de pessoas são acometidos anualmente por diversos males no mundo. As causas desses acometimentos estão vinculadas ao modo de produção econômica e ao estilo de vida atual decorrente tanto do excesso de trabalho, quanto da falta de tempo para a prática do lazer e das atividades físicas das pessoas inseridas nesse modelo.

Um dos produtos dependentes do estilo de vida das sociedades industrializadas são as doenças crônico-degenerativas. Estas doenças acometem o processo de produção de bens e serviços atingindo os indivíduos expostos às condições inerentes a um estilo de vida sedentário. Uma das formas de combate ao estilo de vida sedentário reside, especificamente, na promoção de ações que possibilitem um incremento no nível diário ou semanal de exercícios físicos (HASKELL, 2004) e mesmo atividades físicas que extrapolem o ambiente doméstico ou de trabalho.

A existência de sólidas evidências sobre o papel da atividade física no combate a diferentes doenças crônicas culminou com o desenvolvimento de recomendações acerca da atividade física para a população adulta. Mediante análise de evidências clínicas, fisiológicas e epidemiológicas, um comitê formado por especialistas concluiu que benefícios extras podem ser alcançados por meio do acúmulo de 30 minutos de atividades físicas de intensidade moderada na maioria dos dias da semana (PATE et al., 1995; OJA, 2004) que segundo a USDHHS, (1999, p. 23) podem ser realizadas de forma contínua ou acumulada, com sessões de 08 a 10 minutos.

As oportunidades para indivíduos adultos serem fisicamente ativos podem ser classificadas em 4 domínios: no trabalho, no deslocamento para o trabalho, nos deveres domésticos e no lazer. Entretanto, segundo Nahas (2001, p. 33) epidemiologistas têm se interessado em investigar as atividades físicas de lazer, considerando que elas apresentam um impacto significativo no gasto calórico total diário do homem moderno e que podem ser modificadas com maior facilidade. Assim, considera-se a AF suficiente no lazer a prática de pelo menos 30 minutos diários de AF leve ou moderada (caminhada na rua e na esteira, musculação, hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais, ciclismo e voleibol) em 5

ou mais dias da semana. Ou ainda 20 minutos de atividades vigorosas (corrida, corrida em esteira, ginástica aeróbica, futebol, basquetebol e tênis) em 3 ou mais dias da semana (BRASIL, 2007b).

Portanto, as investigações acerca dos diversos fatores que estão relacionados com a atividade física (genéticos, comportamentais e culturais) deveriam ser incrementadas, permitindo que os conhecimentos sobre o tema avancem e possibilitem as intervenções multiprofissionais necessárias.

Segundo dados do Vigitel a freqüência de adultos que praticam atividade física suficiente no lazer foi modesta em todas as cidades estudadas. A freqüência de atividade física no lazer, no conjunto da população adulta das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal, por sexo, segundo Idade e anos de escolaridade foi de 14,9%, sendo maior em homens (18,3%) que nas mulheres (11,9%). Em ambos os sexos esta freqüência aumenta com a escolaridade das pessoas. Porém, ainda assim, mesmo na faixa de doze anos ou mais de escolaridade, apenas a minoria das pessoas se exercita de modo suficiente, sendo 23% dos homens e 15% das mulheres (BRASIL, 2007b).

Nahas (2001) lembra que dentre as profissões da Saúde, a Educação Física desempenha importante papel social na educação para um estilo de vida saudável e para uma vida com mais qualidade, independente do sexo, idade ou nível econômico do indivíduo.

De acordo com o Conselho Federal de Educação Física (CONFED, 2002, p. 06), a responsabilidade dos profissionais de Educação Física passa pela promoção de ações que possibilitem a conquista do estilo de vida ativo através de uma [...] educação efetiva para promoção da saúde e ocupação saudável do tempo de lazer.

A responsabilidade social presente nos termos da Resolução 056/2003 exige que o profissional em Educação Física promova um estilo de vida ativo através da educação efetiva para promoção da saúde e ocupação saudável do tempo de lazer (CONFED, 2003c). O mais importante é tornar a prática de atividades físicas uma parte integrante da vida diária das pessoas (USDHHS, 2002; WHO, 2003; HASKELL, 2004).

A prática regular de atividades físicas tem efeito benéfico sobre a maioria dos sistemas orgânicos e, conseqüentemente, auxilia a prevenir uma ampla série de problemas de saúde e doenças (USDHHS, 1996), tais como:

- diminui o risco de mortalidade por doenças cardiovasculares em geral e, em particular, por doença arterial coronariana;
- reduz o risco de morte prematura por doença do coração e outras condições;
- reduz o risco de desenvolver diabetes;
- reduz o risco de desenvolver pressão arterial elevada;
- reduz a pressão sanguínea de quem já tem pressão sanguínea elevada;
- reduz o risco de desenvolver câncer no cólon e seios;
- auxilia a manter o peso saudável;
- auxilia a manutenção e formação de ossos, músculos e juntas saudáveis;
- auxilia os idosos a ficarem mais fortes e mais aptos a moverem-se sem quedas;
- reduz sentimentos de depressão e ansiedade; e
- promove o bem-estar psicológico.

Considerando os benefícios apresentados, é admissível concluir que a atividade física é um aspecto significativo para a saúde pública atual.

Entretanto, apesar de as pessoas saberem dos benefícios das AF, considerando-se a ampla divulgação na mídia, elas ainda não se convenceram da necessidade de uma prática regular ou não conseguem vislumbrar motivos suficientes para modificarem seu estilo de vida.

Pesquisas em AF relacionada à saúde, que têm se referido ao estudo do comportamento humano, procuram investigar e entender os fatores que controlam e/ou influenciam sua prática, para que se produza conhecimento capaz de tornar as práticas de intervenção cada vez mais efetivas (MARTINS, 2000)

Para Sallis (1994), explicar a prática da AF enquanto “comportamento humano” é um desafio, mas devido aos sérios efeitos de estilos de vida inativos sobre a saúde pública despendem-se muitos recursos monetários e intelectuais, para que se entendam os fatores que a afetam. É preciso tentar compreender o comportamento humano relacionado à AF e seus fatores determinantes de maneira cada vez mais detalhada, a fim de planejar e implantar estratégias de intervenção cujo objetivo seja interferir nos padrões de comportamento inadequados. Entretanto, para serem mais eficazes, o planejamento de Programas de intervenção exigem conhecimento sobre as características e comportamentos de seu público-alvo.

Diante das dificuldades de se considerar todas as influências possíveis no comportamento das pessoas, tornou-se necessário o desenvolvimento de teorias ou modelos que pudessem auxiliar os pesquisadores a abordar as variáveis que se acreditam estarem mais fortemente relacionadas às atividades físicas (SALLIS; OWEN, 1999). São apresentadas a seguir de forma resumida alguns dos modelos e teorias utilizados nos estudos de modificação de comportamentos.

3.3.1 Modelos e Teorias explicativas

De maneira geral esses modelos e teorias tratam do papel dos pensamentos e julgamentos, denominados cognições, e de como estas cognições influenciam o comportamento de saúde. Um dos primeiros, o modelo da crença em saúde, elaborado por Becker e Maiman nos anos 70, descreve em sua abordagem que o indivíduo contempla a atividade física como uma conduta preventiva determinada por valores. O indivíduo supõe um risco se não levar adiante tal conduta, como também cria uma expectativa relacionada à realização da atividade e diminuição desses riscos (GLANZ, 1999). Para esta autora esse modelo é relevante quando o comportamento evoca motivação para a saúde, porém relata que devido ao fato de ter sido concebido para evitar comportamentos de risco e não para promover comportamentos saudáveis (ex.: atividade física), explica o seu fraco valor preditivo na aderência às atividades físicas. No modelo Cognitivo-Social proposto por Albert Bandura em 1977, os *fatores internos pessoais* (na forma de eventos cognitivos, afetivos e biológicos), os *modelos de comportamento* e as *influências ambientais* (do ambiente imposto, escolhido e do construído), interagem influenciando-se mutuamente. Um conceito pertinente a essa teoria refere que a mudança de comportamento é mediada por um mecanismo cognitivo comum (auto-eficácia), ou seja, a crença que cada pessoa possui que pode ter sucesso no novo comportamento – desafio, teoria esta também proposta por Albert Bandura, em 1986. As críticas sobre essa teoria recaem no sentido de ela tentar explicar quase todo fenômeno englobando um grande número de construtos. Parece que a idéia de uma teoria querer explicar tudo a faz não explicar nada de forma plausível.

O Modelo Ecológico, desenvolvido por Bronfenbrenner em 1979, aceita a influência em múltiplos níveis no comportamento, com ênfase nos fatores dos sistemas sociais, políticas públicas e do ambiente físico. Em geral tenta explicar como o ambiente afeta o comportamento e como o ambiente e o comportamento afetam um ao outro. Por exemplo, a presença ou não de locais adequados para a prática, como: parques, comportamento da vizinhança, iluminação pública, violência local.

Quanto ao Modelo dos Estágios de Mudança, também conhecido como modelo transteorético, foi desenvolvido em 1983 pelo Dr. James O. Prochaska, professor de psicologia clínica e saúde e diretor do Centro de Pesquisas para Prevenção do Câncer da Universidade de Rhode Island, e pelo Dr. Carlo DiClemente, a partir do trabalho realizado nas intervenções relacionadas à dependência química, de cigarro e álcool e tem sido aplicado em uma grande variedade de comportamentos de saúde (GLANZ, 1999). Embora seja primariamente psicológico, reconhece que fatores específicos do processo de mudança, como a percepção dos benefícios (prós) e das barreiras (contras), incluem em sua análise fatores sociais e do ambiente físico. O fato de considerar os processos cognitivos e comportamentais, além dos fatores internos e do ambiente, envolvidos na adoção do novo comportamento relacionado à saúde, talvez possa ser o motivo pelo qual esse modelo ganha destaque na área relacionada à saúde e, particularmente, na atividade física. Outra vantagem desse modelo reside no fato de que, ao fazer uma classificação do sujeito, fornece indícios de qual poderia ser a intervenção mais adequada para cada tipo de comportamento identificado. Esta teoria sugere que indivíduos com comportamentos problemáticos, tais como fumar ou ter estilo de vida sedentário, podem mover-se através de uma série de estágios que representam seu nível de prontidão para a mudança de comportamento. A aspirada mudança de comportamentos obedece a uma seqüência de estágios que o indivíduo vai transpondo a medida que as características do estágio em que ele se encontra já estejam incorporadas (GUEDES; SANTOS; LOPES, 2007). Esses estágios, de acordo com Prochaska e Marcus (1995), são: Pré-contemplação (O indivíduo não tem intenção de mudar o seu comportamento nos próximos seis meses); Contemplação (O indivíduo tem a séria intenção de mudar o comportamento nos próximos seis meses); Preparação (O indivíduo pretende agir num futuro próximo

em geral no próximo mês); Ação (O comportamento já foi incorporado por menos de seis meses); e Manutenção (A ação já acontece há mais de seis meses e as chances de retorno ao antigo comportamento são mínimas).

De maneira geral, estes modelos e teorias têm como objetivo comum explicar os motivos que levam os indivíduos a adotar ou não determinados comportamentos (barreiras e facilitadores), propiciando aos profissionais de saúde suporte para o desenvolvimento de estratégias de intervenção que levem à manutenção de comportamentos considerados desejáveis.

3.3.2 O International Physical Activity Questionnaire - IPAQ

A construção de instrumentos simples e de baixo custo tem sido uma preocupação de diferentes pesquisadores não apenas pela associação entre atividade física e benefícios para a saúde, mas também pelo aumento da inatividade física nos países desenvolvidos e em desenvolvimento (REIS et al., 2000). Ainda segundo os autores, de um modo geral os instrumentos de medida podem ser classificados em dois grandes grupos: a) aqueles que utilizam as informações dadas pelos sujeitos (questionários, entrevistas e diários) e aqueles que utilizam marcadores fisiológicos ou sensores de movimento para a mensuração direta de atividades em determinado período de tempo. Mazo (2003), ao se referir aos instrumentos de coleta de dados sobre as atividades físicas, tanto laboratoriais como de campo, revela que existem vantagens e desvantagens entre os diversos instrumentos e salienta que embora os testes laboratoriais possam ser considerados mais precisos, os questionários apresentam maiores vantagens na operacionalização, abrangência, custo financeiro, grau de interferência e podem ser adaptáveis às demandas sociais requeridas.

De acordo com Nahas (2001) muitas das informações sobre AF não são precisas porque os instrumentos não levam em conta as diferentes características dos diversos grupos populacionais, como idade, sexo, etnia, nível social e educacional, indicando a necessidade de padronização nos instrumentos de medidas utilizados que, segundo o autor, devem ser simples e abrangentes porém

válidos e fidedignos, possibilitando uma coleta de dados mais confiável e internacionalmente comparáveis. Nahas (2001) entende que há esperança de que o IPAQ – International Physical Activity Questionnaire venha a suprir esta necessidade, porém não se descarta o investimento na construção e validação de instrumentos direcionadas aos diversos sub-grupos da população brasileira.

O IPAQ foi proposto pelo Grupo Internacional para Consenso em Medidas da Atividade Física, constituído sob a chancela da Organização Mundial da Saúde, com representantes de 25 países, inclusive o Brasil. Segundo Guedes (2005), trata-se de um instrumento desenvolvido com a finalidade de estimar o nível de prática habitual de atividade física de populações de diferentes países e contextos socioculturais. Originalmente, o IPAQ é apresentado em diferentes idiomas, incluindo a língua portuguesa. São disponibilizadas duas versões do IPAQ, uma no formato longo e outra no formato curto, ambas validadas para a população brasileira por Matsudo et al. (2001). Ambas as versões apresentam características de auto-administração ou de entrevista por telefone. Procuram prover informações quanto à frequência e à duração de caminhadas e de atividades cotidianas que exigem esforços físicos de intensidades moderada e vigorosa. Também informa sobre o tempo despendido em atividades realizadas em posição sentada em dias do meio (entre segunda e sexta-feira) e do final de semana (sábado e domingo), tendo como período de referência uma semana típica ou a última semana. A versão curta é composta por oito questões abertas e suas informações permitem estimar o tempo despendido por semana em diferentes dimensões de atividade física (caminhadas e esforços físicos de intensidades moderada e vigorosa) e de inatividade física (posição sentada). Para tanto, realiza-se o produto entre a duração (minutos/dia) e a frequência (dias/semana) relatadas como respostas às questões apresentadas no IPAQ. Segundo Silva (2006, p. 62) A transculturalidade do IPAQ e a suficiente reprodutibilidade necessária à pesquisa científica, permitem deduzir que este instrumento configura-se como uma escolha consistente na produção de conhecimentos sobre atividade física e qualidade de vida.

4 MÉTODOS

Foi realizado um estudo do tipo transversal o qual caracterizou-se como um levantamento (*survey*) descritivo correlacional (THOMAS.; NELSON, 2002). A pesquisa correlacional é descritiva no sentido de que explora as relações que existem entre as variáveis.

4.1 População e amostra

Como população considerou-se indivíduos de ambos os sexos, Professores da Universidade Estadual de Maringá. O processo iniciou-se com a obtenção de uma lista junto ao Departamento de Recursos Humanos (DRH) da UEM, contendo os nomes de todos os professores da Instituição, em ordem alfabética, com exceção daqueles afastados, pensionistas e inativos.

Adotou-se como critérios de inclusão os seguintes pré-requisitos: a) 3 anos ou mais de carreira; b) estar atuando ativamente nos cursos de graduação ou pós-graduação da Universidade Estadual de Maringá, durante o segundo semestre de 2008 e c) aceitar participar voluntariamente do estudo. Assim, obteve-se uma população de 1.099 professores, sendo 581 do sexo masculino (52,87%) e 518 do sexo Feminino (47,13%).

A fim de se garantir uma boa representatividade da amostra, com 95% de confiança e erro máximo da estimativa de 5%, (LUIZ.; MAGNANINI, 2006) adotou-se o seguinte cálculo, considerando-se uma população finita.

$$n = \frac{\frac{N * (p' * (1 - p'))}{(N - 1) * \left(\frac{Z_{\alpha/2}}{E_0}\right)^2}}{1 + \frac{(p' * (1 - p'))}{(N - 1) * \left(\frac{Z_{\alpha/2}}{E_0}\right)^2}}$$

Onde:

n = tamanho da amostra

N = tamanho da população

$Z_{\alpha/2} = 1,96$

$p' = 0,5$

$E_0 = 5\% = 0,05$ (Erro máximo da estimativa)

Temos então:

$$n = \frac{\frac{1099 * (0,5 * (1 - 0,5))}{(1099 - 1) * \left(\frac{1,96}{0,05}\right)^2}}{1 + \frac{(0,5 * (1 - 0,5))}{(1099 - 1) * \left(\frac{1,96}{0,05}\right)^2}} = \frac{384,50987}{1,34987} = 285$$

Assim, o tamanho amostral necessário para uma população de 1099 indivíduos é de 285 indivíduos.

Considerando o retorno de 288 questionários, a amostra obtida foi numericamente representativa do grupo de Professores da Universidade Estadual de Maringá. Essa amostra foi composta por 42,71% (n=123) de homens e 57,29% (n=165) de mulheres, com idade média de $48,5 \pm 7,4$ anos ($50,2 \pm 8,34$ anos para homens e $47,3 \pm 6,34$ anos para mulheres).

4.2 Desenvolvimento do estudo

Inicialmente foi solicitada autorização da Pró-Reitoria de Recursos Humanos (PRH) para realização da pesquisa nas dependências da Universidade. Posteriormente o projeto foi submetido ao Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP-UEM). O mesmo foi aprovado sob o número 0219.0.093.000-08 (parecer 487/2008). Após obtida a aprovação, os chefes dos departamentos foram contatados, a fim de obter apoio para a realização da coleta de dados. Sob autorização prévia, participamos brevemente nas reuniões dos diversos departamentos da Instituição a fim de divulgar e esclarecer dúvidas referentes à pesquisa. Assim, a coleta de dados foi realizada nos meses de Outubro e Novembro de 2008.

Todos os indivíduos que concordaram em participar de maneira voluntária do estudo foram informados detalhadamente sobre os procedimentos utilizados e confirmaram através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Instrumento em sua forma impressa, com envelope resposta em anexo, foi entregue aos docentes através do Protocolo Geral da UEM e devolvido, através deste mesmo setor, à Secretaria do Programa de Mestrado em Educação Física (Bloco M06, sala 12).

4.3 Instrumentos

A escolha metodológica orientou-se no sentido de contemplar a subjetividade do professor no levantamento dos dados, daí a opção por instrumentos

disponíveis na literatura que permitissem aos sujeitos se auto-avaliarem, a partir de suas percepções. Para tanto, foram utilizados os seguintes questionários: *World Health Organization Quality Of Life/Brief* (WHOQOL/breve); IPAQ – versão curta, além das questões dos dados sócio-demográficos.

A coleta dos dados foi realizada mediante instrumento de medida auto-administrável, constituído de três seções: indicadores sócio-demográficos (23 questões); prática habitual de atividade física (08 questões) e percepção da qualidade de vida (27 questões). Portanto, o instrumento (anexo A) foi constituído de um total de 58 (cinquenta e oito) questões.

4.3.1 Dados Sócio-Demográficos

Nesta seção foram levantadas informações quanto a idade, gênero, peso e altura relatados, unidade de lotação, situação conjugal, formação, tempo de serviço em IES públicas, nível econômico e uso de bebidas alcoólicas e de tabaco. Para classificação do nível econômico foram utilizadas as recomendações da Associação Nacional de Empresas de Pesquisa - ABEP (2008). O indicador de excesso de peso foi definido a partir do cálculo do índice de massa corporal (IMC), razão entre as medidas relatadas do peso corporal expresso em quilogramas e da estatura expressa em metros ao quadrado (kg/m^2). Segundo os estudos de Fonseca et al. (2004), Peixoto et al. (2006) e Coqueiro et al. (2009) as medidas de peso e altura auto-relatadas e aferidas apresentam alta concordância em adultos, assim como valores elevados de sensibilidade e especificidade garantem validade adequada ao IMC em suas várias categorias, o que torna esta estratégia adequada inclusive em estudos epidemiológicos.. Valores de IMC acima de $25,0 \text{ kg}/\text{m}^2$ caracterizam excesso de peso, sendo que, valores de $25,0 \text{ kg}/\text{m}^2$ a $29,9 \text{ kg}/\text{m}^2$ correspondem a sobrepeso e valores de $\text{IMC} \geq 30,0 \text{ kg}/\text{m}^2$ à obesidade. Estas definições são baseadas em evidências que sugerem que estes valores de IMC estão associados ao risco de doenças e morte prematura (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

Para a classificação do uso de bebidas alcoólicas adotou-se como referência as recomendações da World Health Organization (2002) a qual define

como “consumo de risco” o consumo diário médio superior a 2 doses/dia para homens e superior a 1 dose/dia para Mulheres. Para o cálculo do consumo de risco, primeiro multiplicou-se o número de doses ingeridas em um dia típico de consumo pelo número de dias em que se consumiram bebidas alcoólicas. Depois, dividiu-se o produto desta multiplicação por 30. Desta forma, chegou-se a um consumo diário médio. Utilizou-se também do indicador único adotado pelo sistema Vigitel, no qual o “consumo excessivo” de bebidas alcoólicas é estabelecido para indivíduos que, nos últimos 30 dias, consumiram em um único dia mais de 4 doses (Mulheres) ou mais de 5 doses (Homens) de bebidas alcoólicas. Ambos considerando a dose padrão recomendada pela WHO (2000) e proposta pelo National Health and Nutrition Examination Survey - NHANES (2008), que considera como dose de bebida alcoólica uma dose de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho. Para o hábito de fumar foi considerado fumante todo indivíduo que fuma, independentemente da frequência e Intensidade do hábito de fumar e ex-fumante todo não fumante que já fumou em alguma época de sua vida (BRASIL, 2007b).

4.3.2 Prática Habitual da Atividade Física - IPAQ 2007

O IPAQ é um questionário que pode ser aplicado na forma de entrevista ou auto-administrável. Os resultados de estudos avaliados por Benedetti, Mazzo e Barros (2004) demonstram que o IPAQ - semana usual, auto-administrados ou administrados na forma de entrevista, é um instrumento com boa estabilidade de medidas e precisão aceitável para uso em estudos populacionais com adultos jovens e de meia idade (15-69 anos). Este instrumento é composto por seis itens, que procura verificar o número de vezes em que o sujeito praticou pelos menos 10 minutos contínuos de caminhada, atividade física moderada e/ou vigorosa, na última semana, no trabalho, em casa, no jardim, nos deslocamentos, no tempo livre, na recreação, e nos exercícios ou esportes.

Neste estudo optamos por utilizar o IPAQ em seu formato curto, a fim de não termos um instrumento muito extenso, considerando que este está sendo aplicado em conjunto com outros instrumentos.

Para categorização da prática habitual de atividade física optamos pela estratégia utilizada no Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis (2002/2003), considerando quatro estratos (MATSUDO et al., 2002):

Muito-Ativo: ≥ 30 minutos/sessão de atividades vigorosas em ≥ 5 dias/semana; e/ou ≥ 20 minutos/sessão de atividades vigorosas em ≥ 3 dias/semana acrescidos de ≥ 30 minutos/sessão de atividades moderadas ou caminhadas em ≥ 5 dias/semana;

Ativo: ≥ 20 minutos/sessão de atividades vigorosas em ≥ 3 dias/semana; e/ou ≥ 30 minutos/sessão de atividades moderadas ou caminhadas em ≥ 5 dias/semana; e/ou qualquer das atividades somadas (vigorosa + moderada + caminhada) que resulte numa frequência ≥ 5 dias/semana com duração ≥ 150 minutos/semana;

Irregularmente Ativo: soma da frequência e duração de qualquer das atividades (vigorosa + moderada + caminhada) que resulte em < 150 minutos e > 10 minutos/semana e

Sedentário: ≤ 10 minutos/semana de qualquer das atividades somadas (vigorosa + moderada + caminhada).

4.3.3 Percepção da Qualidade de Vida – WHOQOL-brief

O WHOQOL/breve é um questionário auto-aplicável (OMS, 1998), com 26 questões fazendo uma abordagem envolvendo tanto aspectos individuais (estilo de vida) como sócio ambientais (transporte, moradia, assistência médica, opções de lazer, meio ambiente e outros) abrangendo quatro domínios a saber: a) físico, b) psicológico, c) relações sociais e d) meio ambiente.

Para cada aspecto da qualidade de vida expresso no questionário WHOQOL/breve, o sujeito pode apresentar sua resposta por meio de escores que variam de 01 (um) a 05 (cinco), sendo a condição pior no escore 01 e a melhor no 05, com exceção das questões 03, 04 e 26 cujas respostas deverão ser invertidas no momento do cálculo de cada domínio. Ou seja, no caso destas questões a condição pior esta no escore 05 e a melhor no escore 01.

Os cálculos dos domínios padronizados do WHOQOL/breve seguem as expressões fornecidas por Fleck et al. (2000) e apresentadas por Penteadó e Pereira (2007, p. 238), conforme demonstradas a seguir:

$$1) \text{ Físico} = \frac{\left(\frac{(6 - Q.3) + (6 - Q.4) + Q.10 + Q.15 + Q.16 + Q.17 + Q.18}{7} \times 4 - 4 \right)}{16} \times 100$$

$$2) \text{ Psicológico} = \frac{\left(\frac{Q.5 + Q.6 + Q.7 + Q.11 + Q.19 + (6 - Q.26)}{6} \times 4 - 4 \right)}{16} \times 100$$

$$3) \text{ Relações sociais} = \frac{\left(\frac{Q.20 + Q.21 + Q.22}{3} \times 4 - 4 \right)}{16} \times 100$$

$$4) \text{ Meio ambiente} = \frac{\left(\frac{Q.8 + Q.9 + Q.12 + Q.13 + Q.14 + Q.23 + Q.24 + Q.25}{8} \times 4 - 4 \right)}{16} \times 100$$

Em relação ao estudo dos domínios que envolvem a QV, ainda não há uma tabela de classificação do nível de QV baseada nos valores resultantes, que de acordo com as equações para cada domínio permitem obter valores de 0 a 100. Fleck et al. (2000) recomendam a análise de cada domínio em separado. O grupo *WHOQOL* (1995) menciona que não existe uma normalização padrão para os resultados, e que havendo essa necessidade, sugerem que seja realizada através do seu respectivo grupo focal.

Portanto, na ausência de um consenso que estabeleça pontos de corte para categorização da Qualidade de Vida Geral ou dos domínios que a compõem, o emprego de avaliação normativa mediante a utilização de quartis parece ser uma alternativa apropriada, uma vez que permite distinguir de forma mais evidente os indivíduos que apresentam maiores e menores níveis de QV dentro de um determinado grupo.

Assumindo-se que há uma percepção “pior” de cada domínio da QV para valores igual ou abaixo do percentil 25 e uma percepção “melhor” de cada domínio da QV para valores igual ou acima do percentil 75, realizamos a classificação desse grupo de professores, conforme se propõe no quadro 2.

| QUARTIS | CATEGORIZAÇÃO |
|-----------------|---------------|
| $\leq p25$ | “Muito Ruim” |
| entre p25 e p50 | “Ruim” |
| entre p50 e p75 | “Boa” |
| $> p75$ | “Muito Boa” |

Quadro 2 - Categorização da QV de acordo com os valores de Quartil.

Fonte: O autor.

A adoção dessa estratégia tem como objetivo facilitar a análise de cada domínio da QV em função das variáveis apresentadas na Tabela 1 e também com o propósito de verificar possíveis associações com o nível de prática de atividades físicas.

4.4 Procedimentos estatísticos

Os dados foram analisados utilizando-se o pacote estatístico computadorizado *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) – versão 13.0. Foram utilizados os recursos da estatística descritiva para caracterização da amostra. Para a interpretação dos resultados do Instrumento, de acordo com a normalidade dos dados, foram utilizados os recursos da estatística não paramétrica. Para todos os procedimentos estatísticos foi adotado o nível de significância de $p \leq 0,05$.

Limitações do estudo:

Admite-se para este estudo as seguintes limitações:

A – a veracidade das informações fornecidas em questionário auto-administrável e a capacidade de recordação dos participantes;

B – subestimação ou superestimação das atividades físicas relatadas através do IPAQ.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ressalta-se aqui que, o reduzido número de estudos associado ao uso de diferentes instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida e do nível de prática de atividades físicas dificultaram sobremaneira a comparação e discussão dos resultados.

Os resultados e discussão serão apresentados tendo em vista o seguinte objetivo: diagnosticar e analisar indicadores de qualidade de vida referidos por professores da Universidade Estadual de Maringá, assim como aqueles relacionados à prática de Atividades Físicas.

Neste estudo procurou-se verificar se variáveis independentes, tais como grupo etário, situação conjugal, nível econômico, tempo de carreira, titulação e área de atuação, causam algum impacto sobre indicadores da Qualidade de Vida e do Nível de Prática de Atividades Físicas dos Professores da UEM. Informações estatísticas a respeito dos participantes são apresentadas nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1 - Características gerais da amostra (Frequência absoluta e percentual)

| VARIÁVEIS | SEXO | | | | TOTAL | | |
|------------------------|-----------|-----|----------|-----|-------|-----|-------|
| | MASCULINO | | FEMININO | | n | % | |
| | n | % | n | % | | | |
| Grupo etário (anos) | 25 ~34 | 02 | 0,69 | 03 | 1,04 | 05 | 1,74 |
| | 35 ~44 | 31 | 10,76 | 56 | 19,44 | 87 | 30,21 |
| | 45 ~ 54 | 52 | 18,06 | 90 | 31,25 | 142 | 49,31 |
| | 55 ~ 64 | 31 | 10,76 | 15 | 5,21 | 46 | 15,97 |
| | 65+ | 07 | 2,43 | 01 | 0,35 | 08 | 2,78 |
| Situação Conjugal | Solteiros | 07 | 2,43 | 27 | 9,38 | 34 | 11,81 |
| | Casados | 109 | 37,85 | 108 | 37,50 | 217 | 75,35 |
| | Separados | 06 | 2,08 | 28 | 9,72 | 34 | 11,81 |
| | Viuvos | 01 | 0,35 | 02 | 0,69 | 03 | 1,04 |

Continuação da Tabela 1

| VARIÁVEIS | | SEXO | | | | TOTAL | |
|--------------------------------|----|-----------|-------|----------|-------|-------|-------|
| | | MASCULINO | | FEMININO | | | |
| | | n | % | n | % | n | % |
| Nível econômico (ABEP,2008) | A1 | 04 | 1,39 | 16 | 5,56 | 20 | 6,94 |
| | A2 | 71 | 24,65 | 73 | 25,35 | 144 | 50,00 |
| | B1 | 40 | 13,89 | 58 | 20,14 | 98 | 34,03 |
| | B2 | 08 | 2,78 | 18 | 6,25 | 26 | 9,03 |

Sintetizando-se os valores da Tabela 1, podemos verificar que praticamente metade da amostra (49,31%) tem entre 45 e 54 anos de idade, demonstrando ser um grupo bastante amadurecido. As mulheres são maioria em todas as faixas etárias com exceção daquelas superiores a 55 anos. Em relação a situação conjugal 75,35% da amostra são casados. Quanto ao nível econômico 56,94% da amostra encontram-se na categoria A e 43,06% na categoria B, numa escala que vai de A (mais alta) à E (mais baixa), podendo então ser considerados cidadãos com um bom nível econômico, com maior concentração em A2 (50,00%) e B1 (34,03%). Segundo a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2008) a classe A2 e B1 representam 5% e 9% da população brasileira respectivamente e 6% e 11% no estado do Paraná.

As variáveis da Tabela 1 referem-se a características sócio-demográficas da amostra. Entretanto optamos também por analisar características relacionadas a carreira docente, as quais são apresentadas de forma específica na Tabela 2.

Tabela 2 - Características gerais da amostra relacionadas à Instituição

| VARIÁVEIS | | SEXO | | | | TOTAL | |
|--------------------------------|---------------|-----------|-------|----------|-------|-------|-------|
| | | MASCULINO | | FEMININO | | | |
| | | n | % | n | % | n | % |
| Tempo de carreira (anos) | < 10 | 24 | 8,33 | 23 | 7,99 | 47 | 16,32 |
| | 11 a 20 | 44 | 15,28 | 82 | 28,47 | 126 | 43,75 |
| | > 20 | 55 | 19,10 | 60 | 20,83 | 115 | 39,93 |
| Titulação | Especialistas | 06 | 2,08 | 02 | 0,69 | 08 | 2,77 |
| | Mestres | 30 | 10,42 | 31 | 10,76 | 61 | 21,18 |
| | Doutores | 73 | 25,35 | 122 | 42,36 | 195 | 67,71 |
| | Pós Doutores | 14 | 4,86 | 10 | 3,47 | 24 | 8,33 |
| Área de atuação | Biológicas | 50 | 17,36 | 99 | 34,38 | 149 | 51,74 |
| | Humanas | 47 | 16,32 | 46 | 15,97 | 93 | 32,29 |
| | Exatas | 26 | 9,03 | 20 | 6,94 | 46 | 15,97 |

Quanto ao tempo de atuação na Universidade, 83,7% da amostra tem 11 anos ou mais de carreira, notando-se que as mulheres são maioria tanto entre aqueles que tem entre 11 e 20 anos de carreira (28,47%), assim como entre os que tem mais de 20 anos de carreira (20,83%). Estes valores parecem denotar um maior interesse das mulheres pela carreira acadêmica nos últimos anos. Quanto à titulação 76% da amostra são Doutores ou Pós-Doutores, destacando-se que as mulheres são maioria entre aqueles com Doutorado. Em relação às áreas de atuação, a maioria dos questionários foi respondida por professores das áreas de Ciências Biológicas (51,74%), com menor participação de professores da área de Ciências Exatas (15,97%).

O instrumento utilizado para avaliação de indicadores da QV (Whoqol-bref) apresenta duas questões iniciais que não entram nos cálculos para determinação dos escores dos 4 domínios de QV. Vale lembrar que todas as questões tomam como referência a percepção do indivíduo nas “duas últimas

semanas”. As respostas referentes à primeira questão, a qual é: “Como você avaliaria sua qualidade de vida?”, são apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3 - Percepção da Qualidade de Vida (Questão 1 – Whoqol)

| Percepção | SEXO | | | | Total | |
|------------------|-------------------|--------|------------------|--------|---------|--------|
| | Masculino (n=123) | | Feminino (n=165) | | (n=288) | |
| | n | % | n | % | N | % |
| Muito Boa | 26 | 21,14 | 35 | 21,21 | 61 | 21,18 |
| Boa | 80 | 65,04 | 102 | 61,82 | 182 | 63,19 |
| Nem ruim nem boa | 14 | 11,38 | 20 | 12,12 | 34 | 11,81 |
| Ruim | 03 | 02,44 | 08 | 04,85 | 11 | 03,82 |
| Muito Ruim | 00 | 0,00 | 00 | 0,00 | 00 | 0,00 |
| Total | 123 | 100,00 | 165 | 100,00 | 288 | 100,00 |

Pode-se observar que 84,37% da amostra percebe sua QV como Boa ou Muito Boa. Ao observarmos a amostra em sua totalidade esta percepção parece ser mais positiva entre as mulheres, entretanto são observadas diferenças a favor dos homens quando se observa cada grupo de forma isolada, onde uma percepção mais positiva da QV ocorre em 86,18% dos homens e 83,03% das mulheres. Esses resultados são muito superiores aos encontrados em outros estudos que utilizaram o mesmo instrumento para avaliação da QV de docentes. Esse índice foi de 75% do total no estudo de Silva (2006), e de apenas 65,6% no estudo de Penteado e Pereira (2007). Entretanto cabe ressaltar que o primeiro foi realizado com apenas 16 professores que, apesar de atuarem no ensino superior, atuavam na área específica de Educação Física. No segundo caso os docentes pertenciam ao Ensino Médio em que as condições de trabalho e o nível econômico decorrente podem colaborar para uma percepção mais negativa da QV.

As respostas referentes à segunda questão: “Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?” são apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4 - Satisfação com a Saúde (Questão 2 – Whoqol)

| Satisfação | SEXO | | | | Total (n=288) | |
|---------------------------------|----------------------|--------|---------------------|--------|------------------|--------|
| | Masculino (n=123) | | Feminino (n=165) | | | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Muito Satisfeito | 21 | 17,07 | 33 | 20,00 | 54 | 18,75 |
| Satisfeito | 72 | 58,54 | 95 | 57,58 | 167 | 57,99 |
| Nem satisfeito nem insatisfeito | 17 | 13,82 | 20 | 12,12 | 37 | 12,85 |
| Insatisfeito | 12 | 09,76 | 17 | 10,30 | 29 | 10,07 |
| Muito insatisfeito | 01 | 00,81 | 00 | 0,00 | 01 | 00,35 |
| Total | 123 | 100,00 | 165 | 100,00 | 288 | 100,00 |

Pode-se verificar que 76,74% da amostra denotam uma percepção muito positiva da saúde, entre satisfeitos e muito satisfeitos. Mais uma vez a percepção mais positiva ocorreu a favor do sexo feminino. No grupo de docentes do ensino médio estudados por Pentado e Pereira (2007) 60,2% relataram apenas “satisfação” com a saúde sem nenhum relato de “muito satisfeito”.

Os valores da estatística descritiva referentes aos domínios de QV da amostra e, que foram utilizados como “pontos de corte” para o grupo são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 – Resultados dos domínios de QV e respectivos Quartis

| Domínios | Mediana | Intervalo | Valor | Valor | Quartis | |
|------------------|---------|-----------------|--------|--------|---------|-------|
| | (P50) | Interquartílico | Mínimo | Máximo | (P25) | (P75) |
| Físico | 57,10 | 10,70 | 28,6 | 82,1 | 53,60 | 64,30 |
| Psicológico | 66,70 | 12,50 | 33,3 | 87,5 | 58,30 | 70,80 |
| Relações Sociais | 75,00 | 16,70 | 16,7 | 100,0 | 58,30 | 75,00 |
| Meio ambiente | 68,80 | 15,60 | 28,1 | 100,0 | 62,5 | 78,10 |

De acordo com as categorias estabelecidas no Quadro 2 e respectivos pontos de corte encontrados na Tabela 5, foi determinada a “percepção” desse grupo de Professores para cada domínio da QV, conforme apresentados na tabela 6.

Tabela 6 - Percepção dos domínios de QV. (Frequência e percentual)

| Categorias | Domínio Físico | | Domínio Psicológico | | Domínio Relações Sociais | | Domínio Meio Ambiente | |
|--------------|----------------|--------------|---------------------|--------------|--------------------------|--------------|-----------------------|--------------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Muito Boa | 60 | 20,80 | 112 | 38,90 | 149 | 51,70 | 60 | 20,80 |
| Boa | 127 | 44,10 | 00 | 0,00 | 87 | 30,20 | 98 | 34,00 |
| Ruim | 43 | 14,90 | 125 | 43,40 | 00 | 0,00 | 67 | 23,30 |
| Muito Ruim | 58 | 20,10 | 51 | 17,7 | 52 | 18,10 | 63 | 21,90 |
| TOTAL | 288 | 100,0 | 288 | 100,0 | 288 | 100,0 | 288 | 100,0 |

De maneira geral, observa-se na Tabela 6 que houve uma percepção mais positiva de QV com aspectos relacionados ao domínio de Relações Sociais (81,90%), os quais referem-se às satisfações destas relações, ao suporte social e à atividade social. Entretanto 18,1% referem uma percepção “muito ruim” dos aspectos ligados a este domínio.

São observadas ainda percepções mais positivas dos aspectos relacionados ao domínio Físico (64,90%) que envolvem dor física, energia para o dia a dia, o sono, a locomoção, as atividades da vida diária, ao tratamento médico e ao trabalho.

A seguir foram referidos os aspectos do domínio Meio Ambiente (54,80%) que correspondem à segurança física, à habitação, aos recursos financeiros, aos serviços de saúde, ao acesso às informações, ao lazer, ao ambiente físico e ao transporte.

Os aspectos relacionados ao domínio Psicológico foram aqueles para os quais os professores demonstraram uma percepção mais negativa da QV (61,10%), demonstrando prejuízos quanto aos sentimentos positivos, da

concentração, da auto-estima, da auto-imagem e das crenças pessoais. Além de dificuldades nos aspectos do domínio Psicológico, vale ressaltar que houveram percepções negativas nos aspectos relacionados aos domínios Meio Ambiente, Físico e Relações Sociais para 45,2%, 35% e 18,1% dos Professores respectivamente. Estes resultados reforçam a necessidade de intervenções nos aspectos que estejam relacionados a Instituição no sentido de melhorar a QV dos Professores.

Penteado e Pereira (2007) ao analisarem a QV de Professores do Ensino Médio também encontraram os melhores escores no domínio Relações Sociais, porém os piores no domínio Meio Ambiente. As questões do Whoqol-brief podem ser observadas no instrumento de pesquisa (Apêndice A) e as questões envolvidas na constituição de cada domínio são apresentadas no Anexo C, assim como a resposta mais freqüente em cada uma, seguindo a ordem de maior ocorrência em cada agrupamento.

A fim de analisarmos a influência ou não de variáveis independentes, tais como gênero, grupo etário, situação conjugal, nível socioeconômico, tempo de carreira, titulação e área de atuação sobre indicadores da QV, os dados foram organizados em tabelas de contingência de acordo com suas respectivas categorias, sendo apresentadas a seguir apenas aquelas que demonstraram resultados significantes entre as variáveis.

A Tabela 7 demonstra, numa escala de valores de 0 a 100, as diferentes percepções dos Professores Universitários em função do gênero, em cada um dos domínios da QV.

Tabela 7 - Valores dos domínios de QV de acordo com o gênero

| Domínios | SEXO | | | | <i>P</i> | TOTAL (n=288) | |
|------------------|----------------------|-------|---------------------|-------|----------|------------------|-------|
| | Masculino (n=123) | | Feminino (n=165) | | | M | IQ |
| | M | IQ | M | IQ | | | |
| Físico | 60,70 | 10,70 | 57,10 | 10,70 | 0,031* | 57,10 | 10,70 |
| Psicológico | 66,70 | 12,50 | 66,70 | 12,50 | 0,024* | 66,70 | 12,50 |
| Relações Sociais | 75,00 | 25,00 | 66,70 | 16,70 | 0,217 | 75,00 | 16,70 |
| Meio ambiente | 68,80 | 18,80 | 68,80 | 18,70 | 0,045* | 68,80 | 15,60 |

M = mediana

IQ = Intervalo Interquartilico

* diferenças significativas ($p \leq 0,05$) Teste U de Mann-Whitney

Apesar de as mulheres terem demonstrado uma percepção mais positiva em relação à QV e à Saúde, conforme os resultados nas Tabelas 03 e 04, podemos verificar que quando a QV é fracionada em seus diferentes domínios, o sexo tem forte influência sobre a maneira como cada um percebe e reage a diferentes situações do dia a dia, sendo observadas diferenças significativas a favor dos homens, indicando que estes possuem uma percepção mais positiva nos domínios Físico, Psicológico e Meio Ambiente, quando comparados às mulheres. Esses resultados diferem daqueles encontrados por Silva (2007) que relatou que as mulheres tiveram uma percepção mais positiva no domínio Físico e os homens nos aspectos relacionados ao domínio de Relações Sociais.

Tabela 8 - Valores dos domínios de Qualidade de Vida de acordo com os grupos etários

| | Físico | | Psicológico | | Relações Sociais | | Meio ambiente | |
|------------------|--------|-------|-------------|-------|------------------|-------|---------------|-------|
| | M | IQ | M | IQ | M | IQ | M | IQ |
| 25~34 (n=05) | 57,10 | 25,00 | 62,50 | 16,70 | 75,00 | 41,70 | 62,50 | 12,50 |
| 35~44 (n=87) | 57,10 | 10,70 | 66,70 | 16,70 | 66,70 | 16,70 | 71,90** | 15,70 |
| 45~54 (n=142) | 57,10 | 10,70 | 66,70 | 12,50 | 75,00 | 16,70 | 65,60 | 18,70 |
| 55~64 (n=46) | 60,70 | 11,60 | 66,70 | 08,30 | 75,00 | 18,70 | 71,90 | 15,60 |
| 65+ (n=08) | 60,70 | 14,30 | 64,60 | 12,50 | 66,70 | 29,20 | 78,10 | 21,90 |
| <i>P</i> | 0,629 | | 0,769 | | 0,789 | | 0,050* | |

M = mediana

IQ = Intervalo Interquartilico

* diferença significativa ($p \leq 0,05$) – Kruskal-Wallis

** diferença significativa ($p=0,01$) – Mann Whitney

De acordo com os resultados do Teste de Kruskal-Wallis, foi observada uma discreta diferença apenas no domínio Meio Ambiente ($p=0,050$), entre os grupos etários. A fim de se localizar estas diferenças, aplicou-se o teste U de Mann-Whitney, indicando diferença significativa ($p=0,011$) a favor do grupo etário de 35 a 44 anos quando comparado ao grupo de 45 a 54 anos. O teste de X^2 para tendência não revelou nenhuma associação entre grupos etários e qualquer um dos domínios de QV. De maneira geral os resultados sugerem que a idade dos professores não influencia a percepção de cada domínio da QV.

Em relação a situação conjugal dos professores, não houve diferenças significativas na percepção dos domínios Físico (0,249), Psicológico (0,462), Relações sociais (0,274) e Meio ambiente (0,499). Portanto, para este grupo, a variável Situação Conjugal parece não afetar significativamente a percepção sobre cada domínio da QV.

Quanto à influência do nível econômico, o teste de Kruskal-Wallis indica que não há diferenças significativas na percepção dos domínios Físico ($p=0,415$) e de Relações Sociais ($p=0,155$), conforme apresentado na Tabela 9.

Tabela 9 - Valores dos domínios de QV segundo o nível econômico

| Nível | Físico | | Psicológico | | Relações Sociais | | Meio ambiente | |
|---------------|--------|-------|-------------|-------|------------------|-------|---------------|-------|
| | M | IQ | M | IQ | M | IQ | M | IQ |
| A1 (n=20) | 60,70 | 9,80 | 66,70 | 15,70 | 75,00 | 14,60 | 75,00 | 14,90 |
| A2 (n=144) | 57,10 | 10,70 | 66,70 | 8,30 | 75,00 | 16,70 | 71,90 | 18,80 |
| B1 (n=98) | 57,10 | 10,70 | 62,50 | 13,60 | 75,00 | 25,00 | 65,60 | 16,40 |
| B2 (n=26) | 57,10 | 15,20 | 58,30 | 12,50 | 66,70 | 33,30 | 65,60 | 12,50 |
| <i>P</i> | 0,415 | | 0,007* | | 0,155 | | 0,001* | |

M = mediana

IQ = Intervalo Interquartilico

* diferenças significativas ($p \leq 0,05$)

Entretanto houve diferenças significativas na percepção dos domínios Psicológico ($p=0,007$) e Meio Ambiente ($p=0,001$). A fim de detectar entre quais grupos havia diferenças aplicou-se o teste U de Mann-Whitney. No domínio Psicológico, foram encontradas diferenças significativas entre a percepção dos grupos A1 x B2 ($p=0,010$) e A2 x B2 ($0,001$). No domínio Meio Ambiente foram encontradas diferenças significativas na percepção do grupos A1 x B1 ($p=0,008$); A1 x B2 ($p=0,001$); A2 x B1 ($p=0,008$) e A2 x B2 ($p=0,004$). Portanto, para este grupo, o nível econômico parece não afetar significativamente a percepção dos professores nos domínios Físico e de Relações Sociais. Porém apresenta influência significativa sobre os domínios Psicológico e de Meio Ambiente, a favor de professores com melhor classificação econômica (A1 e A2).

O teste de X^2 para tendência indicou associação linear entre nível econômico e os domínios Psicológico ($x^2 = 7,51$ $p=0,006$), Relações Sociais ($x^2=8,16$ $p=0,004$) e Meio Ambiente ($x^2=16,71$ $p=0,001$), ou seja, quanto maior o nível econômico melhor a percepção dos professores nestes domínios. Não houve associação linear entre nível econômico e o domínio Físico ($x^2=1,55$ $p=0,213$). Considerando-se especificamente o nível econômico e guardando-se as devidas proporções, esses resultados tem semelhança com o estudo de Barger, Donoho e Wayment (2009) que buscaram verificar as contribuições relativas da etnia, nível socioeconômico, saúde e relações sociais com o nível de satisfação com a vida entre brancos, negros e hispânicos nos Estados Unidos, e concluíram que ser branco, possuir nível econômico mais elevado, e percepção mais positiva de saúde são consistentemente associados com níveis mais elevados de satisfação com a vida.

Quanto à variável “tempo de carreira” não houve diferenças significativas nos domínios Físico ($p=0,358$), Psicológico ($p=0,789$), Relações sociais ($p= 0,825$) e Meio ambiente ($p=0,439$), ou seja, professores com menor tempo de carreira tem percepção semelhante aqueles com maior tempo de carreira, nos 04 domínios relacionados à QV.

A variável “titulação” também não apresentou diferenças significativas nos domínios Físico ($p=0,524$), Psicológico ($p=0,439$), Relações sociais ($p= 0,468$) e Meio ambiente ($p=0,201$). Portanto essa variável, por si só, parece não afetar significativamente a percepção de QV do grupo de professores avaliado.

Entretanto vale ressaltar que, dentro dos planos de carreira da Instituição, professores com maior titulação e maior tempo de carreira percebem melhor remuneração, refletindo diretamente em seu nível econômico, o qual demonstrou influência significativa sobre percepções mais positivas nos domínios psicológico e meio ambiente, assim como apresentou associação linear com os domínios Psicológico, Relações sociais e Meio Ambiente.

De acordo com o teste de Kruskal-Wallis não houve diferenças significativas na percepção dos domínios Físico ($p=0,895$), Psicológico ($p=0,304$), Relações sociais ($p= 0,410$) e Meio ambiente ($p=0,494$), em função da área de atuação dos professores. Assim, independentemente da área de atuação (Humanas, Biológicas ou exatas), a percepção de QV nos quatro domínios é semelhante entre os integrantes deste grupo de professores. O teste do X^2 para tendência não indicou

nenhum tipo de associação entre as variáveis descritas acima com quaisquer um dos domínios de QV.

A fim de atendermos um dos objetivos específicos desse estudo, buscou-se identificar a ocorrência de alguns fatores de risco para doenças crônico-degenerativas entre os professores. Para tanto utilizamos a classificação recomendada pela OMS (1985) para determinação de Sobrepeso, os indicadores recomendados pelo sistema Vigitel para classificação do Tabagismo e os indicadores da WHO para análise do consumo habitual de álcool e do Sistema Vigitel para análise do consumo excessivo de Álcool, conforme apresentado nas Tabelas 10 a 14.

Para a determinação do Sobrepeso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) foram utilizados os valores de Peso (kg) e Altura (cm) auto-relatados. Os resultados apresentados na Tabela 10 indicam diferenças significativas ($p < 0,05$) a favor dos homens quando comparados às mulheres, para todas as variáveis antropométricas.

Tabela 10 - Variáveis Antropométricas

| Classificação IMC (WHO,1995) | SEXO | | | | P | TOTAL (n=288) | |
|------------------------------------|----------------------|-------|---------------------|-------|---------|------------------|-------|
| | Masculino (n=123) | | Feminino (n=165) | | | M | IQ |
| | M | IQ | M | IQ | | | |
| Estatura (cm) | 172,00 | 7,00 | 163,00 | 9,00 | <0,001* | 168,00 | 11,80 |
| Peso (kg) | 75,00 | 14,00 | 61,00 | 13,00 | <0,001* | 68,00 | 17,80 |
| IMC (kg/m ²) | 25,40 | 3,90 | 22,70 | 3,20 | <0,001* | 23,90 | 4,20 |

M = mediana

IQ = Intervalo Interquartilico

* diferenças significativas ($p \leq 0,05$) – Mann Whitney

De acordo com os padrões de IMC estabelecidos pela OMS (1985), observa-se de maneira geral que este grupo de Professores tem peso considerado normal ($IMC = 23,90 \text{ kg/m}^2$). Entretanto, quando separados por sexo, os homens apresentam-se levemente acima do ponto de corte para sobrepeso (25 kg/m^2)

enquanto as mulheres se mantêm com peso dentro dos padrões recomendados pela OMS.

Podemos observar na Tabela 11 a frequência absoluta e percentual de professores de acordo com a classificação proposta pela OMS para o Índice de Massa Corporal.

Tabela 11 - Classificação do Índice de Massa Corporal

| | SEXO | | | | TOTAL | |
|-----------|-----------|--------|----------|--------|-------|--------|
| | Masculino | | Feminino | | n | % |
| | n | % | n | % | | |
| Normal | 53 | 43,09 | 129 | 78,18 | 182 | 63,19 |
| Sobrepeso | 58 | 47,15 | 21 | 12,73 | 79 | 27,43 |
| Obeso | 12 | 09,76 | 15 | 09,09 | 27 | 09,38 |
| TOTAL | 123 | 100,00 | 165 | 100,00 | 288 | 100,00 |

Verifica-se que 36,81% dos professores apresentaram excesso de peso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$), ocorrendo com frequência duas vezes e meia maior entre os indivíduos do sexo Masculino (56,91%) se comparados as indivíduos do sexo feminino (21,81%). Estes resultados são semelhantes aqueles divulgados pelo sistema Vigitel (BRASIL, 2007b) que indicam prevalências de sobrepeso de 34,1% (São Luis) a 48,3% (Rio de Janeiro) entre adultos brasileiros. O estudo de Monteiro et al (2005) indica uma prevalência de excesso de peso de 49,8% na cidade de São Paulo, com maior frequência nos homens (54,8%). Segundo o sistema Vigitel (BRASIL, 2007b), a relação entre excesso de peso e escolaridade indica que o excesso de peso tende a aumentar discretamente em homens com maior escolaridade e diminuir intensamente entre as mulheres com maior escolaridade. Provavelmente porque homens com menor grau de escolaridade tendem a se envolver com trabalhos que exigem maior desgaste físico em seu dia-a-dia. Aguilar et al (2009), realizaram um estudo de base populacional com habitantes das ilhas canárias, a fim de verificar a correlação entre excesso de peso (IMC) e QV (Questionário EuroQol-5D – dicotomizado) e constataram correlação inversamente proporcional entre Excesso de peso e QV (*Odds Ratio ajustado de 3.17 para obesos*

severos), concluindo que Excesso de peso tem impacto negativo sobre a QV mesmo para pessoas com excesso de peso sem doenças crônicas.

Considerando o impacto do excesso de peso na saúde dos indivíduos, principalmente sua associação com doenças cardiovasculares (VUORI, 2004; PITANGA, 2004), estratégias que incentivem hábitos alimentares mais saudáveis e menos calóricos associados a um estilo de vida mais ativo são fundamentais para alcançar e manter melhores percepções de saúde e de QV.

Quanto ao tabagismo, de maneira geral, a prevalência no Brasil alcança valores de 9,5% (Salvador) a 21,1% (Porto Alegre e Rio Branco), com valor médio de 16,2% no conjunto da população adulta das 27 cidades estudadas, sendo um comportamento mais freqüente entre homens na maioria das cidades (BRASIL, 2007b). Os valores apresentados na Tabela 12 apontam para a ocorrência deste comportamento entre os professores participantes.

Tabela 12 – Hábito de tabagismo segundo padrões do INCA

| Uso de Tabaco | SEXO | | | | TOTAL | |
|-------------------|-----------|--------|----------|--------|-------|--------|
| | Masculino | | Feminino | | n | % |
| | n | % | n | % | | |
| Nunca Fumou | 81 | 65,85 | 114 | 69,09 | 195 | 67,71 |
| Parou há > 2 anos | 27 | 21,95 | 34 | 20,61 | 61 | 21,18 |
| Parou há < 2 anos | 03 | 02,44 | 02 | 01,21 | 05 | 01,74 |
| Fumante | 12 | 09,76 | 15 | 09,09 | 27 | 09,38 |
| TOTAL | 123 | 100,00 | 165 | 100,00 | 288 | 100,00 |

Pode-se observar que o hábito de fumar ocorreu em 9,38% da amostra, podendo ser considerado um valor relativamente baixo se comparado aos valores de prevalência encontrados no País. Monteiro et al. (2005) encontraram uma prevalência de 19,7% de fumantes na cidade de São Paulo, sendo mais freqüente em homens (23,8%) e 21,2% de ex-fumantes. De acordo com os resultados do sistema Vigitel (BRASIL, 2007b), observou-se freqüência de ex-fumantes com

valores de 17,5% (Aracaju) a 27,1% (Rio Branco). Destacamos ainda que a prevalência de tabagismo entre indivíduos com 12 ou mais anos de escolaridade, encontradas pelo sistema Vigitel foi de 14,4% para homens e 9,1% para mulheres. Vale ressaltar que os resultados do sistema Vigitel indicam que no Brasil a frequência de fumantes diminui com o aumento da Escolaridade, variável esta que pode explicar o valor encontrado no grupo de professores que participaram neste estudo. Considerando o impacto deste hábito sobre a QV do indivíduo, vale citar o estudo de Castro et al. (2007) sobre QV e dependência do tabaco, realizado com uma amostra de 276 dependentes de tabaco, sem doenças tabaco-relacionadas, utilizando-se do Whoqol-brief, os quais observaram uma associação inversa entre maior dependência de tabaco (maior número de cigarros) e menores escores em todos os domínios de QV.

A OMS e o Departamento de Agricultura dos Estados Unidos definem como consumo moderado de álcool a ingestão de uma dose/dia para as mulheres e duas doses/dia para os homens. A ingestão de doses diárias acima deste padrão é considerada prejudicial e representa algum risco associado a inúmeras conseqüências sociais e para a saúde dos indivíduos (BRASIL, 2004). Assim, a Tabela 13 permite estimar a proporção da amostra que normalmente pratica um consumo acima das recomendações (consumo de risco).

Tabela 13 - Consumo habitual de Álcool de acordo com os padrões estabelecidos pela World Health Organization

| | SEXO | | | | TOTAL | |
|------------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|
| | Masculino | | Feminino | | n | % |
| | n | % | n | % | | |
| Baixo Risco | 105 | 85,37 | 153 | 92,73 | 258 | 89,58 |
| Consumo de Risco | 18 | 14,63 | 12 | 07,27 | 30 | 10,42 |
| TOTAL | 123 | 100,00 | 165 | 100,00 | 288 | 100,00 |

De acordo com esses padrões, os valores da Tabela 13, indicam que a ocorrência do consumo de álcool, nos últimos 30 dias, considerado de risco entre os professores participantes é de 10,42%. Este valor pode ser considerado relativamente alto ao observarmos que a prevalência deste comportamento no Inquérito Domiciliar sobre comportamentos de risco (BRASIL, 2004) realizado em 15 capitais brasileiras e Distrito Federal alcançou valores de 4,7% (Florianópolis-SC) a 12,4% (Vitória-ES). Resultados do I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira indicam que a maior porcentagem de pessoas que bebem encontram-se nas classes A e B e que vivem na Região Sul do País (BRASIL, 2007a), características essas compatíveis com a amostra desse estudo. Observa-se também na Tabela 13 o consumo de risco em indivíduos do sexo masculino (14,63%) e duas vezes superior aquele observado em indivíduos do sexo feminino (07,27%), comportamento este também observado no Inquérito Domiciliar sobre comportamentos de risco (BRASIL, 2004), nos estudos de Monteiro et al (2005) e no I Levantamento Nacional sobre Consumo de Alcool (BRASIL, 2007a). No Brasil, cervejas e vinhos são muito populares, 61% e 25% das bebidas mais consumidas, principalmente na Região Sul (BRASIL, 2007a), o percentual de consumo no sexo masculino é praticamente o dobro do consumo no sexo feminino, podendo porém, variar conforme os hábitos culturais de cada região ou País (BRASIL, 2004).

Além da preocupação com os efeitos negativos do consumo habitual de álcool acima dos valores recomendados, existe também uma grande preocupação com o beber consumindo um volume excessivo de álcool em um único episódio, comportamento conhecido como "*Binge drinking*". Esse é considerado um tipo de beber mais perigoso por provocar importantes modificações neurofisiológicas como: desinibição comportamental, comprometimento cognitivo, diminuição da atenção, piora da capacidade de julgamento, diminuição da coordenação motora e outras (Brasil, 2007a), levando à disfunções como violência, suicídio e acidentes de trânsito, causar dependência química e outros problemas de saúde como cirrose, pancreatite, demência, polineuropatia, miocardite, desnutrição, hipertensão arterial, infarto e certos tipos de cânceres (BRASIL, 2004). Em todos os países em que esse fenômeno foi estudado, o "beber em binge", mesmo esporadicamente, causa maiores custos sociais e de saúde do que o uso contínuo e dependente (BRASIL, 2007a). No Brasil, resultados do Sistema Vigil, indicam uma prevalência de

consumo abusivo de álcool com valores que oscilam de 12,1% (Curitiba) a 22,1% (Salvador), e sendo um comportamento duas vezes mais frequente em homens (16,1%) do que nas mulheres (8,1%) na maioria das 27 cidades estudadas, não sendo observadas diferenças significantes em função do nível de escolaridade das pessoas (BRASIL, 2007b). Baseados na prevalência de consumo abusivo de álcool no Brasil, os valores apresentados na Tabela 14 apontam para um número alarmante, pois 67,01% dos professores participantes relatam grande adesão ao “beber em *Binge*”.

Tabela 14 - Consumo Excessivo de Álcool de acordo com os padrões estabelecidos pelo sistema Vigitel

| | SEXO | | | | TOTAL | |
|-------------------|-----------|--------|----------|--------|-------|--------|
| | Masculino | | Feminino | | n | % |
| | n | % | n | % | | |
| Abstêmio | 25 | 20,33 | 70 | 42,42 | 95 | 32,99 |
| Consumo Excessivo | 98 | 79,67 | 95 | 57,58 | 193 | 67,01 |
| TOTAL | 123 | 100,00 | 165 | 100,00 | 288 | 100,00 |

Assim como o consumo habitual, Os resultados da Tabela 14 demonstram que este comportamento também ocorre com mais frequência entre os homens (79,67%). Os resultados do sistema Vigitel indicam que este comportamento aumenta com a escolaridade nos homens. De qualquer maneira os valores observados são preocupantes considerando que a maioria dos homens (79,67%) e a maioria das mulheres (57,58%) são adeptos a essa prática. Estes valores superam até mesmo aqueles encontrados nas faixas etárias mais jovens, onde dados do sistema Vigitel indicam prevalência de 30% entre os homens e 10% entre as mulheres (BRASIL, 2007^b). Este resultado parece indicar que “ter conhecimento” por si só não é suficiente para inibir este comportamento. Dos problemas relacionados pelo “beber em *Binge*”, os acidentes e violência são os que mais se destacam. Dentre os acidentes destacam-se os acidentes automobilísticos, quedas e afogamentos. Quanto à violência são mais frequentes os homicídios, violência

doméstica, agressões físicas e violência sexual (BRASIL, 2007a). Segundo estudos populacionais brasileiros, o alcoolismo está negativamente associado com situação socioeconômica, educação, ocupação e renda (BRASIL, 2004).

A prevalência de inatividade física no Brasil, segundo dados do Sistema Vigitel (BRASIL, 2007b), varia de 21,6% (Boa Vista) a 35,1% (Natal), sendo comportamento mais freqüente no sexo masculino. A Tabela 15 apresenta o resultado da ocorrência de sedentarismo entre os professores participantes, conforme os padrões propostos por Matsudo et al. (2002).

Tabela 15 - Nível de prática de Atividade Física

| NPAF (IPAQ) | SEXO | | | | TOTAL | |
|----------------------|-----------|--------|----------|--------|-------|--------|
| | Masculino | | Feminino | | n | % |
| | n | % | n | % | | |
| Muito Ativo | 32 | 26,02 | 25 | 15,15 | 57 | 19,79 |
| Ativo | 30 | 24,39 | 37 | 22,42 | 67 | 23,26 |
| Irregularmente Ativo | 30 | 24,39 | 53 | 32,12 | 83 | 28,82 |
| Sedentário | 31 | 25,20 | 50 | 30,30 | 81 | 28,13 |
| Total | 123 | 100,00 | 165 | 100,00 | 288 | 100,00 |

De acordo com os valores apresentados observa-se uma ocorrência de 28,13% de “sedentários” (aqueles que não realizam qualquer AF por 10 minutos contínuos na semana) ficando dentro dos valores de prevalência estimados em diversas cidades brasileiras. Entretanto é três vezes superior ao valor encontrado por Petroski (2005) numa amostra de 366 Professores da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, na qual apenas 8,2% dos professores foram classificados como Sedentários.

Em relação ao nível de escolaridade, os dados do sistema Vigitel indicam que a situação mais desfavorável nas 27 cidades estudadas é a do grupo de pessoas com 12 anos ou mais de escolaridade, no qual 50,7% dos homens e 41,4%

das mulheres não realizam qualquer AF relevante como forma de deslocamento, lazer, nas tarefas domésticas ou no trabalho (BRASIL, 2007b).

Baseando-se nesses valores pode-se considerar que a ocorrência de sedentarismo absoluto é baixa entre o grupo de professores participantes desse estudo, porém torna-se preocupante se agruparmos a eles o grupo de professores “irregularmente ativos”, totalizando 56,95% de indivíduos “insuficientemente ativos”, ou seja, que não alcançam as recomendações de 30 minutos de atividades físicas (deslocamento, lazer, tarefas domésticas ou trabalho) na maioria dos dias da semana. Em ambas as situações esse comportamento foi mais freqüente entre as mulheres. Estudos desenvolvidos em outras regiões do Brasil corroboram esses resultados indicando prevalência elevada de sedentarismo. Matsudo et al. (2002) encontraram uma prevalência de 54% de indivíduos insuficientemente ativos em estudo realizado em diversas cidades de São Paulo. Monteiro et al. (2005) encontraram uma prevalência de 47,4% de insuficientemente ativos na cidade de São Paulo, sendo mais freqüente entre as mulheres (57,9%). Martins (2000) também observou um nível de atividade física habitual baixo entre 190 Professores do Ensino Superior da UFSC, determinado principalmente por barreiras como falta de tempo, aspectos psicológicos e ambientais. Alguns anos depois, na mesma instituição, Petroski (2005) utilizando-se do IPAQ-versão curta e da classificação proposta pelo Celafiscs constatou que 40,5% dos professores da UFSC eram insuficientemente ativos, valor este que considerou preocupante. Em nosso estudo os valores indicam que menos da metade (43,05%) é composta por indivíduos classificados como ativos ou muito ativos.

Assim como no estudo de Petroski (2005) verifica-se, na Tabela 15, que os homens são maioria entre os fisicamente muito ativos e as mulheres são maioria entre os fisicamente ativos. O estudo de Martins (2000) também apontou que os homens preferem atividades mais vigorosas. Tanto os valores aqui relatados como aqueles apresentados na Tabela 14, reforçam a premissa de que realizar trabalhos de natureza pouco ativa pode estar associado à inatividade física tanto por implicar em baixo consumo energético (atividade pouco acima do gasto energético de repouso), como por propiciar uma atitude pouco ativa em grande parte do dia (USDHHS, 1999).

Os valores de ocorrência de comportamentos de risco encontrados nesse estudo estão sintetizados no Gráfico 1 e são comparados aos valores de prevalência de estudos nacionais. De maneira geral pode-se observar que os comportamentos Tabagismo, Consumo habitual de álcool e ocorrência de Excesso de peso (sobrepeso + obesidade), entre Professores apresentaram valores semelhantes aos encontrados em estudos de prevalência nacional. Entretanto a ocorrência dos comportamentos de consumir grandes quantidades de álcool em uma única ocasião (Binge drinking) e de Atividade Física Insuficiente alcançaram valores alarmantes entre Professores quando comparados aos valores de prevalência nacional.

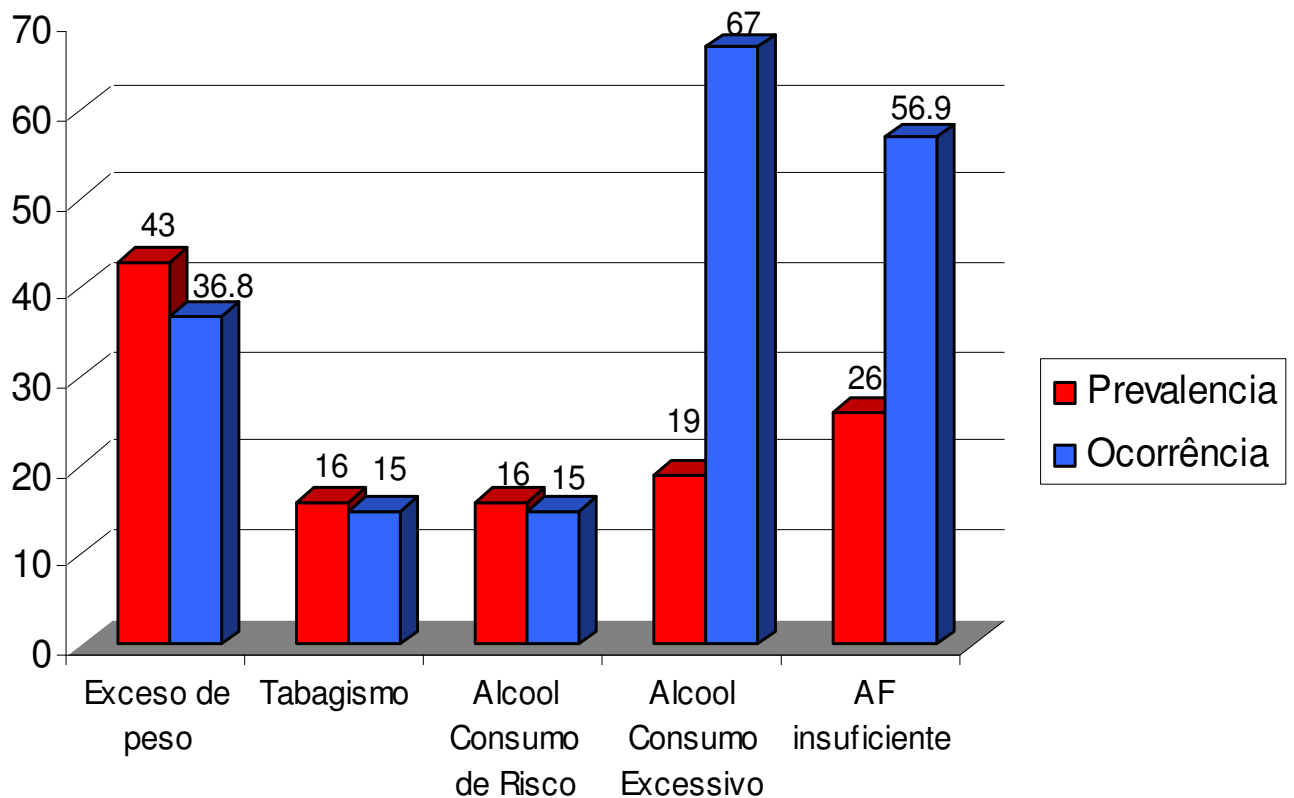


Gráfico 1 – Prevalência Nacional X Ocorrência local de fatores de risco

Fonte: O autor

A fim de investigar a influência ou não de outras variáveis independentes sobre o Nível de Prática de Atividades Físicas - NPAF desse grupo em particular, essas foram analisadas através do teste de Qui-quadrado para tendência linear. Os resultados são apresentados na Tabela 16.

Tabela 16 – NPAF e associações com variáveis independentes

| Variáveis | X ² | P |
|-------------------|----------------|--------|
| Grupos etários | 0,370 | 0,542 |
| Situação conjugal | 0,255 | 0,614 |
| Nível econômico | 4,90 | 0,027* |
| Titulação | 2,95 | 0,086 |
| Tempo de carreira | 0,427 | 0,513 |
| Área de atuação | 0,820 | 0,365 |

* associação significativa ($p \leq 0,05$)

Os valores da Tabela 16 demonstram que dentre todas as variáveis investigadas apenas a variável nível econômico – NE, apresentou associação linear com o NPAF do grupo aqui avaliado, ou seja, a medida que aumenta o NE, aumenta também o NPAF dos Professores. Assim, apesar de os professores dessa amostra fazerem parte de um grupo de NE elevado (A e B), conforme valores apresentados na Tabela 1, quando analisados por categorias específicas (A1, A2, B1 e B2) aqueles com maior poder econômico demonstram maior envolvimento em atividades físicas de maior duração e intensidades.

A fim de verificar possíveis associações do NPAF e da percepção dos Professores nos diferentes domínios que compõem a QV, os resultados obtidos foram organizados de acordo com as categorias propostas para o NPAF e as categorias adotadas neste estudo para a análise de cada domínio. Assim, a partir da categorização proposta no Quadro 2, foi possível verificar a existência ou não de associações entre o NPAF para cada domínio da QV. Os valores que representam os pontos de corte em cada quartil estão apresentados na Tabela 5.

De maneira geral pode-se observar na Tabela 17 que a maioria dos professores (64,90%) demonstra uma percepção mais positiva no domínio Físico, o

qual envolve a percepção dos indivíduos em relação à dor física, à energia para o dia a dia, o sono, à locomoção, as atividades da vida diária, ao tratamento médico e ao trabalho.

Tabela 17 - Percepção do domínio Físico e nível de prática de Atividade Física

| Físico | Sedentário | | Irregularmente Ativo | | Ativo | | Muito Ativo | | TOTAL | |
|-----------|------------|-------|----------------------|-------|-------|-------|-------------|-------|-------|-------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| | Muito Ruim | 19 | 6,60 | 22 | 7,60 | 06 | 2,10 | 11 | 3,80 | 58 |
| Ruim | 13 | 4,50 | 13 | 4,50 | 15 | 5,20 | 02 | 0,70 | 43 | 14,90 |
| Boa | 31 | 10,80 | 37 | 12,80 | 34 | 11,80 | 25 | 8,70 | 127 | 44,10 |
| Muito Boa | 18 | 6,30 | 11 | 3,80 | 12 | 4,20 | 19 | 6,60 | 60 | 20,80 |
| TOTAL | 81 | 28,10 | 83 | 28,80 | 67 | 23,30 | 57 | 19,80 | 288 | 100,0 |

O teste de Qui-Quadrado para tendência revela uma associação linear entre o NPAF ($X^2= 5,01$ $p=0,025$) e uma percepção mais positiva no domínio físico, ou seja, quanto maior o nível de prática de atividades físicas mais positiva é a percepção do indivíduo sobre as questões que caracterizam o domínio físico. Esse resultado corrobora os resultados de Silva (2007), que também encontrou associações positivas entre os aspectos do domínio físico e o nível de prática de atividade física habitual independente de gênero e idade.

Quanto ao domínio Psicológico (Tabela 18), a maioria dos Professores (61,10%) apresentou-se prejudicada nesse aspecto, que envolve a percepção dos indivíduos quanto aos sentimentos positivos, à concentração, à auto-estima, à auto-imagem, aos sentimentos negativos e às crenças pessoais.

Tabela 18 - Percepção do domínio Psicológico e nível de prática de AF

| Psicológico | Sedentário | | Irregularmente Ativo | | Ativo | | Muito Ativo | | TOTAL | |
|-------------|------------|-------|----------------------|-------|-------|-------|-------------|-------|-------|-------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Muito Ruim | 17 | 5,90 | 12 | 4,20 | 13 | 4,50 | 09 | 3,10 | 51 | 17,7 |
| Ruim | 38 | 13,20 | 42 | 14,60 | 26 | 9,00 | 19 | 6,60 | 125 | 43,40 |
| Boa | 00 | 0,00 | 00 | 0,00 | 00 | 0,00 | 00 | 0,00 | 00 | 0,00 |
| Muito Boa | 26 | 9,00 | 29 | 10,10 | 28 | 9,70 | 29 | 10,10 | 112 | 38,90 |
| TOTAL | 81 | 28,1 | 83 | 28,8 | 67 | 23,30 | 57 | 19,80 | 288 | 100,0 |

Apesar destes resultados, o teste de Qui-Quadrado para tendência demonstrou associação linear entre os fatores NPAF e domínio psicológico ($X^2= 4,49$ $p=0,034$), demonstrando que indivíduos mais ativos apresentaram percepção mais positiva em relação aos itens que compõem esse domínio. Estes resultados também corroboram os resultados de Silva (2007) que encontrou associação positiva entre esses aspectos e o nível de prática de atividade física habitual independente de gênero e idade. Shephard (1996) já apontava estudos que demonstravam associação moderada entre a prática regular de AF e um melhor estado de humor, notadamente em indivíduos mais velhos e ou com tendências depressivas. Os resultados das Tabelas 17 e 18 que indicam associação linear com o NPAF dos Professores coincidem com os benefícios da prática de atividades físicas apresentados por Matos e Loureiro (1999), permitindo inferir que estratégias que incentivem a adesão a um estilo de vida mais ativo seriam fundamentais para esses professores a fim de promover melhoras nos aspectos relacionados ao domínio Psicológico do grupo, assim como sugerem a realização de estudos mais detalhados desses aspectos a fim de se criarem estratégias que possam favorecer a adesão a um estilo de vida mais ativo.

Quanto ao domínio relações sociais (Tabela 19), 81,90% dos Professores apresentaram uma percepção mais positiva em relação aos aspectos que compõem esse domínio, os quais demonstram a percepção do indivíduo quanto às satisfações dessas relações, ao suporte social e à atividade social.

Tabela 19 - Percepção do domínio Relações Sociais e nível de prática de Atividade Física

| Relações Sociais | Sedentário | | Irregularmente Ativo | | Ativo | | Muito Ativo | | TOTAL | |
|------------------|------------|--------------|----------------------|--------------|-----------|--------------|-------------|--------------|------------|--------------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Muito Ruim | 15 | 5,20 | 14 | 4,90 | 10 | 3,50 | 13 | 4,50 | 52 | 18,10 |
| Ruim | 00 | 0,00 | 00 | 0,00 | 00 | 0,00 | 00 | 0,00 | 00 | 0,00 |
| Boa | 24 | 8,30 | 28 | 9,70 | 16 | 5,60 | 19 | 6,60 | 87 | 30,20 |
| Muito Boa | 42 | 14,60 | 41 | 14,20 | 41 | 14,20 | 25 | 8,70 | 149 | 51,70 |
| TOTAL | 81 | 28,10 | 83 | 28,80 | 67 | 23,30 | 57 | 19,80 | 288 | 100,0 |

O teste de Qui-Quadrado para tendência não indicou associação entre o NPAF ($X^2= 0,179$ $p=0,672$) e percepções mais positivas ou negativas nesse domínio.

O domínio Meio Ambiente envolve a percepção do indivíduo quanto à segurança física, à habitação, aos recursos financeiros, aos serviços de saúde, ao acesso as informações, ao lazer, ao ambiente físico e ao transporte. A Tabela 20 apresenta a percepção dos Professores participantes sobre estes aspectos.

Tabela 20 - Percepção do domínio Meio Ambiente e nível de prática de Atividade Física

| Meio Ambiente | Sedentário | | Irregularmente Ativo | | Ativo | | Muito Ativo | | TOTAL | |
|---------------|------------|--------------|----------------------|--------------|-----------|--------------|-------------|--------------|------------|--------------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Muito Ruim | 18 | 6,30 | 15 | 5,20 | 15 | 5,20 | 15 | 5,20 | 63 | 21,90 |
| Ruim | 21 | 7,30 | 20 | 6,90 | 11 | 3,80 | 15 | 5,20 | 67 | 23,30 |
| Boa | 22 | 7,60 | 37 | 12,80 | 23 | 8,00 | 16 | 5,60 | 98 | 34,00 |
| Muito Boa | 20 | 6,90 | 11 | 3,80 | 18 | 6,30 | 11 | 3,80 | 60 | 20,80 |
| TOTAL | 81 | 28,10 | 83 | 28,80 | 67 | 23,30 | 57 | 19,80 | 288 | 100,0 |

Apesar de não ter sido observada associação entre o NPAF ($X^2=0,162$ $p=0,687$) e uma percepção mais positiva ou negativa no domínio Meio ambiente, um pouco mais da metade dos professores (54,80%) demonstrou uma percepção mais positiva nesse domínio.

6 CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Em relação a análise dos indicadores da Qualidade de Vida pode-se concluir que:

- a maioria dos professores percebeu sua Qualidade de Vida como Boa ou Muito Boa, assim como consideram-se satisfeitos ou muito satisfeitos com sua Saúde, sendo estas percepções mais positivas entre os homens para a QV geral e mais positivas entre as mulheres na avaliação da Saúde;
- a análise de cada domínio em função do gênero indicou uma percepção mais positiva a favor dos homens nos domínios Físico, Psicológico e Meio Ambiente;
- percepções mais positivas ocorreram nos aspectos do domínio Relações Sociais e as mais negativas ocorreram nos aspectos relacionados ao domínio Psicológico;

Em relação a análise da QV com variáveis independentes:

- houve diferenças significativas em função do nível econômico nos domínios Psicológico e Meio ambiente, havendo percepção mais positiva a favor dos professores com maior nível econômico;
- houve associação linear entre níveis econômicos mais elevados e percepções mais positivas nos domínios Psicológico, Relações sociais e Meio ambiente.

Quanto a ocorrência de fatores de risco para doenças crônico-degenerativas:

- a maioria dos homens apresentaram-se acima do peso enquanto as mulheres mantiveram-se dentro dos padrões de normalidade;
- a ocorrência de tabagismo foi relativamente baixa se comparado as prevalências encontradas em diversas cidades do País, não sendo observadas diferenças importantes entre homens e mulheres;
- tanto o consumo habitual de álcool como os episódios de consumo excessivo foram relativamente altos e mais frequentes entre os homens;
- mais da metade do grupo apresentou comportamento sedentário ou irregularmente ativo, sendo mais frequente entre as mulheres;

Em relação a análise das relações do nível de prática de atividades físicas com variáveis independentes:

- os homens foram maioria entre os fisicamente muito ativos e ativos;
- houve associação linear apenas com o nível econômico, sendo que professores que pertencem a classes de maior poder aquisitivo demonstram maior envolvimento em atividades físicas de maior duração e intensidades;

Em relação a análise de associações do NPAF com os domínios de QV:

- quanto maior o nível de prática de atividades físicas mais positiva foi a percepção do indivíduo sobre as questões que caracterizam o domínio Físico e o domínio Psicológico;

SUGESTÕES

Os resultados referentes ao domínio psicológico e sua associação com o NPAF indicam tanto a necessidade de estudos mais detalhados sobre o fenômeno como também sugerem a adoção de estratégias que incentivem os professores a um estilo de vida fisicamente mais ativo.

Assim, podemos inferir que projetos que incentivem a adoção de um estilo de vida mais ativo e ou a prática de atividades físicas regulares, preferencialmente utilizando-se das estruturas disponíveis no Campus, podem se constituir numa intervenção de baixo custo para a promoção da saúde e QV dos professores, principalmente relacionados aos aspectos Psicológicos e Físicos. Sugere-se ainda a elaboração de projetos com ênfase nas necessidades do público feminino que vem aumentando entre os docentes da UEM e por terem demonstrado ser mais suscetíveis ao sedentarismo e mais sensíveis nos aspectos relacionados aos aspectos dos domínios Físico, Psicológico e Meio Ambiente

Os resultados do consumo excessivo de álcool em uma única ocasião indicam maior exposição dos professores às conseqüências relacionadas a acidentes e violência, podendo culminar em prejuízos à carreira docente e à QV.

Este comportamento merece investigações mais detalhadas a fim de se buscarem estratégias de intervenção que o minimizem.

Sugerimos a realização de novos estudos relacionados a Qualidade de Vida na carreira docente, utilizando-se de instrumentos mais elaborados, possibilitando compreender e incentivar estilos de vida mais saudáveis e compatíveis com o dia a dia dos docentes de Instituições Públicas de Ensino Superior.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE SPORTS OF MEDICINE. *Manual para teste de esforço e prescrição de exercício*. 4. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

ANDRADE, Alexandro. *Ocorrência e controle subjetivo do stress na percepção de bancários ativos e sedentários: a importância do sujeito na relação "atividade física e saúde"*. 2001. Tese (Doutorado)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. Critério de Classificação Econômica Brasil (2008). Disponível em: <[http:// www.abep.org](http://www.abep.org)>. Acesso em: 2 abr. 2008.

BARGER, Steven D; DONOHO, Carrie J; WAYMENT, Heidi A. The relative contributions of race-ethnicity, socioeconomic status, health, and social relationships to life satisfaction in the United States. *Qual Life Res*, Oxford, v.18, p. 179-189, 2009.

BARROS, Mauro Virgilio G; NAHAS, Markus V. Reprodutibilidade (teste-reteste) do questionário internacional de atividade física (QIAF-versão 6): um estudo piloto com adultos no Brasil. *R. bras ci. e mov*. Brasília,DF, v.8, n.1, p. 23-26, jan 2000.

BARROS, Mauro Virgilio G; REIS, Rodrigo S. *Análise de dados em atividade física e saúde: demonstrando a utilização do SPSS*. Londrina: Midiograf, 2003.

BAUMAN, Adrian; MILLER, Yvette. The public health potential of health enhancing physical activity. In: OJA, P.; BORMS, J. (Ed). *Health enhancing physical activity: perspectives*. v. 6, n. 1, p. 125-142, 2004.

BENEDETTI, Tânia B; MAZO, Giovana Z.; BARROS, Mauro Virgilio G. Aplicação do questionário internacional de atividades físicas para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. *R. bras Ci. e Mov*, Brasília,DF, v.12, n. 1, p. 25-34, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Tabagismo*. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=dadosnum&link=brasil.htm>>. Acesso em: 5 jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer . *Fatores de risco*. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=13>. Acesso em: 12 jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *I Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis. 2002-2003*. Rio de Janeiro: INCA, 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 9 abr. 2008.

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. *I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira*. Brasília, DF, 2007a. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2008.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília, DF, 2007b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 9 abr. 2008.

BOTH, Jorge; NASCIMENTO, Juarez V.; BORGATO, Adriano F. Percepção da qualidade de vida no trabalho e perfil do estilo de vida dos docentes de educação física do estado de Santa Catarina. *Rev Educação Física da UEM*, Maringá, v.19, n.13, p. 313-471, 2008.

BOTH, Jorge et al. Qualidade de Vida no trabalho percebida por professores de educação física. *Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum*. Florianópolis, v.8, n.2, p. 45-52, 2006.

CASPERSEN, Carl J.; POWELL, Kenneth E.; CHRISTENSON, Gregory M. Physical Activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*. Rockville, Md, v.100, n.2, p. 172-179, 1985.

CASTRO, Maria G.; OLIVEIRA, Margareth S.; MORAES, João Feliz D.; MIGUEL, Alessandra C.; ARAUJO, Renata B. Qualidade de vida e gravidade da dependência do tabaco. *Rev. Psiq. Clín.*, Porto Alegre, v.34, n.2, p. 61-67, 2007.

CENTRO DE ESTUDOS DO LABORATÓRIO DE APTIDÃO FÍSICA DE SÃO CAETANO DO SUL. *Questionário Internacional de atividade física: versão curta*. Disponível em: <<http://www.celafiscs.com.br>>. Acesso em: 10 mar. 2007.

CHOR, Dora. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 423-425, abr/jun, 1999.

COQUEIRO, Raildo Silva.; BORGES, Lucélia Justino.; ARAUJO, Valbério Cândido; PELEGRINI, Andréia.; BARBOSA, Aline Rodrigues. Medidas auto-referidas são válidas para avaliação do estado nutricional na população brasileira?. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*. Florianópolis, v.11, n.1, p. 113-119, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA – BRASIL. *Resolução 025/2000. Dispõe sobre o Código de Ética e Deontologia dos Profissionais em Educação Física*. 2000. Disponível em: <<http://www.confef.org.br>>. Acesso em: 12 mar. 2006.

_____. *Resolução 046/2002. Dispõe sobre a Intervenção do Profissional de Educação Física*. 2002. Disponível em: <<http://www.confef.org.br>>. Acesso em: 12 mar. 2006.

_____. *Resolução 056/2003. Dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais de Educação Física registrados no Sistema CONFEF/CREF, 2003*. Disponível: <<http://www.confef.org.br>>. Acesso em: 12 mar. 2008.

CURTY, Marlene G.; CRUZ, Anamaria da C.; MENDES, Maria Tereza R. *Apresentação de trabalhos acadêmicos, dissertações e teses*: (NBR 14724/2005). 2. ed. Maringá: Dental Press, 2006.

DANTAS, Rosana A. S.; SAWADA, Namie O.; MALERBO, Maria B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do estado de São Paulo. *Rev Latino-am Enfermagem*. São Paulo, v.11, n.4, p. 532-538, jul-ago, 2003.

FARIAS, Gelcemar O.; LEMOS, Carlos Augusto F.; BOTH, Jorge; NASCIMENTO, Juarez V.; FOLLE, Alexandra. Carreira docente em educação física: uma abordagem sobre a qualidade de vida no trabalho de professores da rede estadual de ensino do Rio Grande do Sul. *Rev Educação Física da UEM*, Maringá, v.19, n.1, p.11-22, 2008.

FARIA JÚNIOR, Alfredo G.; FARINATTI, Paulo (Org.). et al. *Pesquisa e produção do conhecimento em Educação Física*. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico, 1992.

FARIAS JÚNIOR, José C. Validade das medidas auto-referidas de peso e estatura para o diagnóstico do estado nutricional de adolescentes. *Rev Bras Saúde Mater. Infant*. Recife, v.7, n.2, p. 167-174, abr/jun, 2007.

FERNANDES, Rogério. Ofício de professor: o fim e o começo dos paradigmas. In: SOUSA, Cynthia P.; CATANI, Denise B. (Org.). *Práticas educativas, culturas escolares, profissão docente*. São Paulo: Escrituras, 1998.

FLECK, Marcelo Pio A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS -WHOQOL-100. *Rev Bras Psiquiatr*. São Paulo, v.21, n.1, p. 19-28, 1999.

FLECK, Marcelo Pio A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida - WHOQOL/breve. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, n.34, p. 178-83, 2000.

FONSECA, Maria de Jesus M.; FAERSTEIN, Eduardo; CHOR, Dora; LOPES, Claudia S. Validade de peso e estatura informados e índice de massa corporal: estudo pró-saúde. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v.38, n.3, p. 392-398. 2004.

FOX, Edward L.; BOWERS, Richard W.; FOSS, Merle L. *Bases fisiológicas da Educação Física e dos desportos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

GILL, Thomas M.; FEINSTEIN, Alvan R. A Critical Appraisal of the Quality Of Quality-of-Life Measurements. *Journal American Medical Association*, Chicago, v. 272, no. 8, p. 619-626, 1994. Disponível em: <<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/272/8/619>>. Acesso em: 10 nov. 2008.

GOMES, Marcius A.; BORGES, Lucélia J.; GOMES, Manuela Barreto A.; SANTOS, Siane S.; PEREIRA, Jacemile S. *Qualidade de vida de professores de Educação Física da região sudoeste da Bahia*. In: FORUM INTERNACIONAL DE ESPORTES, 6., 2007, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis: Unesporte, 2007. p. 100.

GUEDES, Dartagnan P.; LOPES Cynthia C.; GUEDES, Joana Elizabeth R. P. Reprodutibilidade e validade do questionário internacional de atividade física em adolescentes. *Rev Bras Med Esporte*, São Paulo, v.11, n.2, p. 151-158, 2005.

GUEDES, Dartagnan P.; GUEDES, Joana E.R.P.; BARBOSA, Décio S.; OLIVEIRA, Jair A.; STANGANELLI, Luiz Cláudio R. Fatores de risco cardiovasculares em adolescentes: Indicadores biológicos e comportamentais. *Arq Bras Cardiol*. São Paulo, v.86, n.6, p. 439-450, 2006.

HALLAL, Pedro C.; VICTORA, Cesar G.; WELLS, Jonathan C.; LIMA, Rosangela C. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Med Sci Sports Exerc*, São Paulo, v.35, n.11, p. 1894-1900, 2003.

HARPER, Alison; POWER Mike. Development of the World Health Organization WHOQOL - BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*. v.28, n.3, p. 551-558, 1998. Disponível em: <<http://www.capes.gov.br>>. Acesso em: 12 nov. 2008.

HASKELL, William. General dose response issues concerning physical activity and health. In: OJA, Pekka; BORMS, Jan. (Ed.). *Health enhancing physical activity – Perspectives*. Oxford: Meyer & Meyer Sport. 2004. v.6, p. 149-164.

INTERNATIONAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE. Short last 7 days self-administered format. 2002. Disponível em: <<http://www.ipaq.ki.se/downloads.htm>>. Acesso em: 1 jul. 2008.

JURADO, Elizabeth V.; FIGUEROA, Carlos A. Evaluación la calidad de vida. *Salud pública de México*, México, DF, v. 44, n. 4, p. 349-361, jul-ago 2002¹.

JURADO, Elizabeth V.; FIGUEROA, Carlos A. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud pública de México*. México, DF, v. 44, n. 5, p. 448-463. sept-cct, 2002².

KLUTHCOVSKY, Ana Claudia G. C.; TAKAYANAGUI, Ângela Maria M. Qualidade de vida – aspectos conceituais. *Revista Salus*. Guarapuava, v. 1, n. 1, p. 13-15, jan/jun, 2007.

LEGNANI, Elto et al. Perception of the quality of life in the work of teachers university students of physical education of different eixos curriculares. FIEP Bulletin, New World: Foz do Iguacu, n.75, p. 423-427, 2005.

LEMOS, Carlos Augusto F.; NASCIMENTO, Juarez V.; BORGATTO, Antonio F. Parâmetros individuais e sócio-ambientais da qualidade de vida percebida na carreira docente em educação física. *Rev Bras Educ Fis*. São Paulo, v. 21, n. 2, p. 81-93, abr-jun, 2007;.

LEMOS, Carlos Augusto F.; NASCIMENTO, Juarez V.; BOTH, Jorge. Qualidade de vida no trabalho percebida por professores de Educação Física. FORUM INTERNACIONAL INTEGRADO DE CIDADANIA. 1., 2006, Santo Ângelo. *Anais...* Santo Ângelo-RS: 2006, p.10.

LUIZ, Ronir R.; MAGNANINI, Mônica Maria F. O tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. In: MEDRONHO, Roberto A.; CARVALHO, Diana M.; BLOCH, Kátia V.; LUIZ, Ronir R.; WERNECK, Guilherme L. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu, p. 295-308, 2006.

MAGRI, Cláudio.; KLUTHCOVSKY, Ana Claudia GC. Qualidade de vida no trabalho: uma revisão da produção científica. *Revista Salus*, Guarapuava, v. 1, n. 1, p. 87-94, jan/jun, 2007.

MARTINS, Marcelle O. *Estudo dos fatores determinantes da pratica de atividades físicas de professores universitários*. 2000. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

MATOS, Margarida G.; LOUREIRO, Isabel. Estilos de vida activos e qualidade de vida. In: SARDINHA, Luis B.; MATOS, Margarida G.; LOUREIRO, Isabel. (Ed.). *Promoção da saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo*. Lisboa: FMH edições, p. _____, 1999.

MATSUDO, Sandra et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutividade no Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 05-18, 2001.

MATSUDO, Sandra et al. Nível de atividade física da população do estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. *R. Bras Ci. e Mov.* Brasília, DF, n. 10, p. 41-50, 2002.

MAZO, Giovana Z. *Atividade física e qualidade de vida de mulheres idosas*. 2003. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências do Desporto e da Educação Física, Universidade do Porto, Porto, 2003.

MAZO, Giovana Z. *Atividade física, qualidade de vida e envelhecimento*. Porto Alegre: Sulina, 2008.

MENDES, Luciano; CHAVES, Carlos Jaelso A.; SANTOS, Maria C.; MELLO NETO, Gustavo A. R. Da arte ao ofício: vivências de sofrimento e significado do trabalho de professor universitário. *Rev Mal-estar e Subjetividade*, Fortaleza, v. 7, n. 2, p. 527-556. set, 2007.

MINAYO, Maria Cecília S. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1992.

MINAYO, Maria Cecília S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 239-262, 1993.

MINAYO, Maria Cecília S.; HARTZ, Zulmira Maria A.; BUSS, Paulo M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MONTEIRO, Carlos Augusto et al. Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v.39, n. 1, p. 47-57, 2005.

NAHAS, Markus V. *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. 2 ed. Londrina: Midiograf, 2001.

NATIONAL HEALTH AND NUTRITION EXAMINATION SURVEY. *Alcohol use questionnaire(ALQ_D)*. March 2008. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhanes/nhanes_05_06/alq_d.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2008.

OJA, Pekka. Frequency, duration, intensity and total volume of physical activity as determinants of health outcomes. In: OJA, Pekka, & BORMS, Jan (Ed.). *Health enhancing physical activity: perspectives*. Oxford: Meyer & Meyer Sport. 2004. v.6 , p. 169-98.

OLIVEIRA, Vitor M. *O que é Educação Física*. São Paulo: Brasiliense, 1991.

OLIVEIRA, Lídia S.; OLIVEIRA, Adriele P.; OLIVEIRA, Adriana L. *Viver para estudar: análise da qualidade de vida de professores universitários*. VIII ENCONTRO LATINO AMERICANO DE PÓS GRADUAÇÃO, 8., 2008, Vale do Paraíba. *Anais...* São Paulo: Univap, 2008, p.15.

ORGANIZAÇÃO MUNICIPAL DA SAÚDE. Divisão de Saúde Mental. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida –WHOQOL. 1998. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol4.html#4>>. Acesso em: 1 jul. 2008.

PAFFENBARGER, Ralph S. et al. The association of changes in physical-activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. *The New England Journal of Medicine*, Waltham, MA, v. 328, n. 8, p. 538-545, 1993.

PARDINI, Renato et al. Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ – versão 6): estudo piloto em adultos jovens brasileiros. *R. Bras. Ci. e Mov.* Brasília, DF, v. 9, n. 3, p. 45-51, 2001.

PATE, Russell R. et al. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Journal of American Medical Association*. Waltham, MA, v. 273, n. 5, 402-07, 1996. Disponível em: <<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/273/5/402>>. Acesso em: 10 jul 2008.

PEIXOTO, Maria do Rosário G.; BENICIO, Maria Helena D.; JARDIM, Paulo César B.V. Validade do peso e da altura auto-referidos: o estudo de Goiânia. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 6, p. 1065-1072, 2006.

PENTEADO, Regina Z.; PEREIRA, Isabel Maria T.B. Qualidade de vida e saúde vocal de professores. *Rev Saúde Pública*. São Paulo, v. 41, n. 2, p. 236-43, 2007.

PEREIRA, Alexandre. *Guia prático de utilização do SPSS*. 6ª ed. Lisboa: Silabo, 2006.

PEREIRA, Orcione Aparecida V. *Qualidade de vida no trabalho de docentes universitários de uma instituição pública e outra privada do leste de Minas Gerais*. 2006, Dissertação (Mestrado)-Centro Universitário de Caratinga, Caratinga, 2006.

PESTANA, Maria H.; GAGEIRO, João N. *Análise de dados para ciências sociais – a complementaridade do SPSS*. 4 ed. Lisboa: Silabo, 2005.

PETROSKI, Elio Carlos. *Qualidade de vida no trabalho e suas relações com estresse, nível de atividade física e risco coronariano de professores universitários*. 2005.173 f. Tese (Doutorado)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

PITANGA, Francisco José G. Epidemiologia, atividade física e saúde. *R. Bras Ci. e Mov Brasília, DF*, v.10, n. 3, p. 49-54, 2002.

PITANGA, Francisco José G. *Epidemiologia da Atividade Física, exercício físico e saúde*. 2. ed. São Paulo: Phorte, 2004.

PROCHASKA, James O.; Marcus B. The transteoretical model: applications to exercise. In DISHMANN, Rod K. (Ed.). *Advances in exercise adherence*. Champaign: Human Kinetics. p. 161-180, 1995.

REIS, Rodrigo S.; PETROSKI, Edio Luiz.; LOPES, Adair S. Medidas da atividade física: revisão de métodos. *Rev Bras Cineantropometria & Desempenho Humano*. Florianópolis, v. 2, n.1, p. 89-96, 2000.

ROCHA, Vera M.; FERNANDES, Marcos H. Qualidade de vida de professores do ensino fundamental: uma perspectiva para a promoção da saúde do trabalhador. *J Bras Psiquiatr*. Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 23-27, 2008.

ROMANZINI, Marcelo; LEGANANI Elto; FONSECA, Silvio A.; NASCIMENTO, Juarez V. Quality of life perception at work by physical education university teachers according with the professional development cycle. *FIEP Bulletin, New World: Foz do Iguaçu*: n. 75, p. 565-569, 2005.

SALLIS, James F.; OWEN, Neville. *Physical activity and behavioral medicine*. Thousands Oaks: Sage, 1999.

SEIDL, Eliane Maria F.; ZANNON, Célia Maria L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, mar-abr, 2004;

SHEPHARD, Roy J. Habitual Physical Activity and Quality of Life. *Quest*, Toronto, CA, n. 48, p. 354-365, 1998.

SERRANO-AGUIILLAR, P.; MUÑOZ NAVARRO, S. R.; Navarro, RAMALLO-FARINÃ, Y.; TRUJILLO-MARTIN, M. M. Obesity and health related quality of life in the general adult population of the Canary Islands. *Qual Life Res*, Springer: Netherlands, n.18, p. 171-177, 2009.

SILQUEIRA, Salete Maria de Fátima. *O questionário genérico SF-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes hipertensos*. 2005. 117 f. Tese (Doutorado)-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

SILVA, Rudney da. *Características do estilo de vida e da qualidade de vida de professores do ensino superior público em educação física*. 2006. Tese (Dissertação)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SILVA, Rodrigo S.; SILVA, Ivelissa; SILVA, Ricardo A.; SOUZA, Luciano.; TOMASI Elaine. Atividade física e Qualidade de Vida. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1045>. Acesso em: 10 Abr. 2008.

SOUZA, Sandra D. *Qualidade de vida de professores universitários em fase de mestrado*. 2001. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

SOUZA, José C.; CARDOSO, Wilma L.; DAMASCENO, Cátia.; SOUZA, Neomar, SIQUEIRA, Adriano F. Qualidade de vida de professores universitários. *J.bras.psiquiatr*. Rio de Janeiro, v.53, n. 4, p. 263-266, jul-ago, 2004.

THOMAS, Jerry R.; NELSON, Jack K. *Métodos de Pesquisa em Atividade Física*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

TORRES, Tânia Z.G. Amostragem. In: MEDRONHO, Roberto A.; CARVALHO, Diana M.; BLOCH, Kátia ; LUIZ, Ronir R.; WERNECK, Guilherme L. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2006, p. 283-294.

UNITED STATE DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Physical Activity and Health :A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.

VUORI, Ilkka. Physical inactivity as a disease risk and health benefits of increased physical activity. In: OJA, Pekka, & BORMS, Jan (Ed.). *Health enhancing physical activity: perspectives*. Oxford: Meyer & Meyer Sport. V.6, p. 29-71, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Report of a WHO expert committee. Geneva, 1995. Disponível em: <http://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/en/index.html>. Acesso em: 22 jan.2008.

_____. *The World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global strategy on diet, physical activity and health*. 2003. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsf_s_obesity.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2008.

_____. *Building blocks for tobacco control: tools for advancing tobacco control in the 21st century (2004a)*. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=dadosnum&link=brasil.htm>>. Acesso em: 5 jan. 2009.

_____. *Global status report on alcohol (2004b)*. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2008.

_____. *Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic*. Disponível em: <http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3867/is_199905/ai_n8844815>. Acesso em: 8 ago. 2008.

APENDICES

APENDICE A: QUESTIONÁRIO

QUALIDADE DE VIDA E ASPECTOS RELACIONADOS À PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS DE PROFESSORES DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ - PR

Prezado (a) Professor (a), por gentileza preencha as lacunas abaixo com os dados solicitados ou simplesmente marcando com um "X" junto aos quesitos solicitados, conforme cada caso.

| Informações Sócio-Demográficas | |
|--|--|
| 01 – Sexo: () 1 – Masculino | () 2 - Feminino |
| 02 – Data Nascimento: / / | |
| 03 – Qual o seu peso: _____kg / 04 - Qual a sua Altura: _____m | |
| 05 – Unidade de Lotação (Siglas): Centro () Departamento () | |
| 07 – Qual a sua situação conjugal? | |
| () 1 – Solteiro (a) | () 2 – Casado (a)/ Vivendo com parceiro (a) |
| () 3 – Separado(a), desquitado(a), divorciado(a) | () 4 – Viúvo (a) |
| 08 – Qual sua formação? | |
| () 1 – Especialização | () 2 – Mestrado |
| () 3 – Doutorado | () 4 – Pós Doutorado |
| 09 – Qual o seu tempo total de Serviço no 3º Grau em IES públicas (em anos)? | |

| Número de itens de utensílios domésticos que possui em casa que reside com a família – ABEP 2008 | | | | | |
|---|---------|-----|-----|-----|-----|
| | Não Tem | 1 | 2 | 3 | ≥ 4 |
| 1 – Televisão em cores | () | () | () | () | () |
| 2 – Videocassete ou DVD | () | () | () | () | () |
| 3 – Rádio | () | () | () | () | () |
| 4 – Máquina de lavar roupa | () | () | () | () | () |
| 5 – Banheiros | () | () | () | () | () |
| 6 – Automóvel | () | () | () | () | () |
| 7 – Empregada(o) mensalista | () | () | () | () | () |
| 8 – Geladeira | () | () | () | () | () |
| 9 – Freezer (*) | () | () | () | () | () |

*(Freezer Independente ou 2ª porta da geladeira)

VIDE-VERSO

| |
|---|
| INFORMAÇÕES QUANTO À INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA E USO DE TABACO (INCA) |
|---|

1 – Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você tomou no mínimo uma dose de bebida alcoólica (1 dose = ½ garrafa de cerveja, ou 1 copo de vinho, ou 1 dose de uísque/conhaque/cachaça)?

- 1 – Nenhum dia
- 2 – 1 ou 2 dias
- 3 – 3 a 5 dias
- 4 – 6 a 9 dias
- 5 – 10 a 19 dias
- 6 – ≥ 20 dias

2 – Nos últimos 30 dias você tomou 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião?

- 1 – Nenhum dia
- 2 – 1 ou 2 dias
- 3 – 3 a 5 dias
- 4 – 6 a 9 dias
- 5 – 10 a 19 dias
- 6 – ≥ 20 dias

3 – Se você NÃO FUMA, escolha a sua situação:

- 1 – Nunca fumei
- 2 – Parei de fumar há menos de 2 anos
- 3 – Parei de fumar há mais de 2 anos

4 – Se você é FUMANTE, durante os últimos 30 dias, em quantos dias você fumou cigarros?

- 1 – Nenhum dia
- 2 – 1 ou 2 dias
- 3 – 3 a 5 dias
- 4 – 6 a 9 dias
- 5 – 10 a 19 dias
- 6 – ≥ 20 dias

5 – Durante os últimos 30 dias, nos dias em que fumou, quantos cigarros você fumou por dia?

- 1 – Eu não fumei cigarros durante os últimos 30 dias
- 2 – Menos que 1 cigarro por dia
- 3 – 1 cigarro por dia
- 4 – 2 a 5 cigarros por dia
- 5 – 6 a 10 cigarros por dia
- 6 – 11 a 20 cigarros por dia
- 7 – ≥ 20 cigarros por dia

| |
|---|
| INFORMAÇÕES QUANTO À PRÁTICA HABITUAL DE ATIVIDADE FÍSICA – IPAQ |
|---|

Para responder as questões lembre que:

> atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal.

> atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você fez **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez. **(NA ULTIMA SEMANA)**

1a – Em quantos dias de uma semana **NORMAL** ou **HABITUAL**, você realiza atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo: correr, fazer exercício físico, praticar esporte, pedalar rápido na bicicleta, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer outra atividade física que faça você suar **BASTANTE** e aumentar **MUITO** sua respiração ou seus batimentos cardíacos.

() () () () () () () ()
 Nenhum 1 Dia 2 Dias 3 Dias 4 Dias 5 Dias 6 Dias 7 Dias

1b – Nos dias em que você faz essas atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gasta fazendo essas atividades **por dia**? Horas: _____ Minutos: _____

2ª – Em quantos dias de uma semana **NORMAL** ou **HABITUAL**, você realiza atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo: pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer outra atividade similar que faça você suar **LEVE** ou aumente **MODERADAMENTE** sua respiração ou seus batimentos cardíacos **(NÃO INCLUA AS CAMINHADAS)**.

() () () () () () () ()
 Nenhum 1 Dia 2 Dias 3 Dias 4 Dias 5 Dias 6 Dias 7 Dias

2b – Nos dias em que você faz essas atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gasta fazendo essas atividades **por dia**? Horas: _____ Minutos: _____

3ª – Em quantos dias de uma semana **NORMAL** ou **HABITUAL** você **CAMINHA** por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício físico?

| | | | | | | | |
|--------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| () | () | () | () | () | () | () | () |
| Nenhum | 1 Dia | 2 Dias | 3 Dias | 4 Dias | 5 Dias | 6 Dias | 7 Dias |

3b – Nos dias em que você **CAMINHA** por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gasta caminhando **por dia**?

Horas: _____ Minutos: _____

WHOQOL – ABREVIADO (Versão em Português)

INSTRUÇÕES

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **ÚLTIMAS DUAS SEMANAS**.

Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

| | | | | | |
|--|------|-------------|-------|-------|---------------|
| Você recebe dos outros o apoio de que necessita? | Nada | Muito Pouco | Médio | Muito | Completamente |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Você deve **circular** o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve **circular** o número 4 se você recebeu “muito” apoio como demonstrado abaixo.

| | | | | | |
|--|------|-------------|-------|-------|---------------|
| Você recebe dos outros o apoio de que necessita? | Nada | Muito Pouco | Médio | Muito | Completamente |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

VIDE-VERSO

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

| 01 – Como você avaliaria sua qualidade de vida? | | | | |
|---|------|-------------------|-----|-----------|
| Muito ruim | ruim | nem ruim, nem boa | boa | Muito boa |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| 02 – Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? | | | | |
|--|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| Muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | Muito satisfeito |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

| | nada | muito pouco | mais ou menos | bastante | Extremamente |
|--|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| 03 – Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 04 – O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 05 – O quanto você aproveita a vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 06 – Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 07 – O quanto você consegue se concentrar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 08 – Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 09 – Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

| | nada | muito pouco | médio | muito | completamente |
|--|------|-------------|-------|-------|---------------|
| 10 – Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 – Você é capaz de aceitar sua aparência física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 – Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 – Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 – Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

| 15 – Quão bem você é capaz de se locomover? | | | | |
|---|------|------------------|-----|-----------|
| Muito ruim | ruim | nem ruim nem bom | bom | muito bom |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | Muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
|---|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| 16 – Quão satisfeito(a) você está com o seu sono? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 – Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 – Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 – Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 – Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 – Quão satisfeito(a) você está | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| com sua vida sexual? | | | | | |
| 22 – Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 – Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 – Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 – Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |

A questão seguinte refere-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

| | | | | |
|--|---------------|----------------|----------------------|--------|
| 26 – Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? | | | | |
| nunca | algumas vezes | freqüentemente | muito freqüentemente | sempre |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? _____ minutos

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

APENDICE B



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Qualidade de vida e aspectos relacionados a prática de atividades físicas de professores da Universidade Estadual de Maringá-Pr.

Prezado (a) Professor (a):

O presente estudo tem como objetivo analisar aspectos relacionados a qualidade de vida percebida, fatores de risco e prática de atividades físicas dos Professores da Universidade Estadual de Maringá. O instrumento contém questões relacionadas a variáveis sócio-demográficas, ao uso de tabaco e do consumo de bebidas alcoólicas, a prática habitual de atividades físicas e a qualidade de vida percebida.

O questionário será aplicado sem que haja identificação dos docentes, preservando a privacidade das respostas de acordo com os procedimentos aceitos internacionalmente para estudos com essas características e no período em que os docentes estiverem na Instituição sem acarretar nenhuma despesa financeira decorrente da participação no estudo.

Lembramos que a participação do docente é inteiramente voluntária e, a qualquer momento, se assim desejar, poderá deixar o estudo. A eventual recusa em participar não provocará qualquer prejuízo ao mesmo.

Desde já somos gratos por sua compreensão e valiosa colaboração.

Eu, _____, após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com o Professor Dr. Amauri Aparecido B de Oliveira, **CONCORDO VOLUNTARIAMENTE**, em participar da pesquisa.

_____ Data: ____/____/2008
Assinatura

Eu, Prof. Dr. Amauri Aparecido Bássoli de Oliveira, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao participante.

_____ Data: ____/____/ 2008
Assinatura

Equipe:

- 1- Nome: Amauri Aparecido Bássoli de Oliveira - Fone: 3261 4315 - aaboliveira@uem.br
- 2- Nome: Albertino de Oliveira Filho - Fone: 3263 6363 / 9902 0789 - beto.action@gmail.com

Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos procurar um dos membros da equipe do projeto ou o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá – Sala 01 – Bloco 010 – Campus Central – Telefone: (44) 3261-4444.

APENDICE C – Questões agrupadas por domínios da Qualidade de Vida WHOQOL-brief - Resposta mais freqüente em cada questão

| DOMÍNIO FÍSICO | | | | | | |
|---|---------------|------|--------------|------|-------------|------|
| Questão – Resposta na Escala Likert | TOTAL (n=288) | | MASC (n=123) | | FEM (n=165) | |
| | n | % | n | % | n | % |
| 15 – Muito Bom | 174 | 60,4 | 72 | 41,4 | 102 | 58,6 |
| 18 – Satisfeito | 171 | 59,4 | 74 | 43,3 | 97 | 56,7 |
| 17 – Satisfeito | 169 | 58,7 | 74 | 43,8 | 95 | 56,2 |
| 03 – Nada* | 138 | 47,9 | 56 | 40,6 | 82 | 59,4 |
| 16 – Satisfeito | 136 | 47,2 | 61 | 44,9 | 75 | 55,1 |
| 10 – Muito | 134 | 46,5 | 66 | 49,3 | 68 | 50,7 |
| 04 – Muito Pouco* | 126 | 43,8 | 55 | 43,7 | 71 | 56,3 |

| DOMÍNIO PSICOLÓGICO | | | | | | |
|---|---------------|------|--------------|------|-------------|------|
| Questão – Resposta na Escala Likert | TOTAL (n=288) | | MASC (n=123) | | FEM (n=165) | |
| | n | % | n | % | n | % |
| 26 – Algumas Veze* | 192 | 66,7 | 79 | 41,1 | 113 | 58,9 |
| 07 – Bastante | 169 | 58,7 | 78 | 46,2 | 91 | 53,8 |
| 19 – Satisfeito | 155 | 53,8 | 62 | 40,0 | 93 | 60,0 |
| 05 – Bastante | 140 | 48,6 | 63 | 45,0 | 77 | 55,0 |
| 06 – Bastante | 133 | 46,2 | 55 | 41,4 | 78 | 58,6 |
| 11 – Muito | 123 | 42,7 | 60 | 48,8 | 63 | 51,2 |

| DOMÍNIO RELAÇÕES SOCIAIS | | | | | | |
|---|---------------|------|--------------|------|-------------|------|
| Questão – Resposta na Escala Likert | TOTAL (n=288) | | MASC (n=123) | | FEM (n=165) | |
| | n | % | n | % | n | % |
| 20 – Satisfeito | 155 | 53,8 | 68 | 43,9 | 87 | 56,1 |
| 21 – Satisfeito | 147 | 51,0 | 69 | 46,9 | 78 | 53,1 |
| 22 – Satisfeito | 136 | 47,2 | 54 | 39,7 | 82 | 60,3 |

| DOMÍNIO MEIO AMBIENTE | | | | | | |
|---|---------------|------|--------------|------|-------------|------|
| Questão – Resposta na Escala Likert | TOTAL (n=288) | | MASC (n=123) | | FEM (n=165) | |
| | n | % | n | % | n | % |
| 13 – Muito | 180 | 62,5 | 78 | 43,3 | 102 | 56,7 |
| 08 – Bastante | 172 | 59,7 | 78 | 45,3 | 94 | 54,7 |
| 23 – Satisfeito | 150 | 52,1 | 62 | 41,3 | 88 | 58,7 |
| 24 – Satisfeito | 146 | 50,7 | 55 | 37,7 | 91 | 62,3 |
| 25 – Satisfeito | 139 | 48,3 | 50 | 36,0 | 89 | 64,0 |
| 12 – Médio* | 138 | 47,9 | 56 | 40,6 | 82 | 59,4 |
| 14 – Médio* | 129 | 44,8 | 52 | 40,3 | 77 | 59,7 |
| 09 – Bastante | 129 | 44,8 | 62 | 48,1 | 67 | 51,9 |

APENDICE D

Maringá, 05 de Setembro de 2008

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Neusa Altoé

DD. Pró-Reitora de Recursos Humanos

Universidade Estadual de Maringá

Prezada Professora,

Considerando que sou integrante efetivo do Programa de Mestrado em Educação Física do Departamento de Educação Física da UEM, na qualidade de mestrando;

Considerando que estarei desenvolvendo um trabalho de dissertação na área da Atividade Física e Saúde, com enfoque relacionado à qualidade de vida dos professores da Universidade Estadual de Maringá, sob a orientação do Prof. Dr. Amauri Aparecido Bássoli de Oliveira - DEF;

Considerando que esta temática é de interesse desta Pró-Reitoria, pois poderá fornecer subsídios para a adoção de estratégias administrativas em relação aos docentes e seus estilos de vida, com vistas a potencializar a força de trabalho da instituição no quesito saúde;

Considerando que para essa pesquisa estaremos aplicando um questionário para a coleta de dados (em anexo), solicitamos desta Pró-Reitoria uma autorização por escrito para realizarmos esta pesquisa junto aos Professores desta Universidade, e assim atender também as normas do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa-UEM.

Certos de Vossa compreensão e colaboração, desde já nos comprometemos a disponibilizar todos os dados da pesquisa, assim como nos colocamos à disposição para o esclarecimento de qualquer dúvida.

Atenciosamente.

Prof. Albertino de Oliveira Filho

Mestrando

Prof. Dr. Amauri Aparecido Bássoli de Oliveira

Orientador – Dep. de Educação Física

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)