

**PATRÍCIA LOVATEL ACIOLY**

**ESTILO DE VIDA E INSATISFAÇÃO REFERIDA QUANTO AO TRABALHO ENTRE  
PROFESSORES DE EDUCAÇÃO FÍSICA DE FLORIANÓPOLIS.**

**Dissertação apresentada como requisito  
parcial à obtenção do grau de Mestre em  
Saúde Pública, Curso de Pós-Graduação em  
Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde,  
Universidade Federal de Santa Catarina.**

**Orientador: Prof. Dr. Nelson Blank**

**FLORIANÓPOLIS**

**2005**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**“ESTILO DE VIDA E INSATISFAÇÃO REFERIDA QUANTO AO TRABALHO  
ENTRE PROFESSORES DE EDUCAÇÃO FÍSICA DE FLORIANÓPOLIS”.**

AUTOR: **Patrícia Lovatel Acioly**

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO  
DE:

**MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **EPIDEMIOLOGIA**

---

Prof. Dr. Sandra Caponi  
**COORDENADORA DO CURSO**

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof. Dr. Nelson Blank  
**(Orientador)**

---

Prof. Dr. Markus Víncius Nahas  
**(Membro)**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr. Vera Lúcia Guimarães Blank  
**(Membro)**

---

Prof. Dr. Sérgio Fernando Torres de Freitas  
**(Suplente)**

## **Agradecimentos**

Ao professor Nelson Blank, meu orientador, agradeço pela atenção e respeito que me dispensou.

Aos meus pais Dorilda e Francisco e irmãos Ana e Fran, pelo apoio e incentivo durante a realização deste trabalho.

Ao Álvaro, meu amor, sempre presente nos momentos mais difíceis com seus incentivos e carinho.

Aos queridos amigos, Giselle, Mário, Eliane, Mara e Isaura agradeço a força, ao carinho e aos conselhos que me deram durante esta jornada.

Enfim a todos que participaram de alguma forma para elaboração desta dissertação.

Especialmente aos professores de educação física, sem os quais este estudo não seria possível.

## SUMÁRIO

	Página
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	v
<b>RESUMO</b> .....	7
<b>ABSTRACT</b> .....	8
1 INTRODUÇÃO .....	9
2. OBJETIVOS .....	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
2.3 QUESTÕES A INVESTIGAR.....	14
3. MARCO TEÓRICO.....	15
3.1 ESTILO DE VIDA.....	15
3.2 ATIVIDADE FÍSICA .....	16
3.3 TEORIAS COMPORTAMENTAIS.....	19
3.4 SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO AO TRABALHO .....	22
4 METODOLOGIA.....	26
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	26
4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO E AMOSTRA.....	26
4.3 COLETA DE DADOS.....	26
4.4 VARIÁVEIS DE ESTUDO .....	27
4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	31
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	32
5. RESULTADOS .....	33
6. DISCUSSÃO .....	52
7. CONCLUSÕES .....	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	66

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1-</b> DISTRIBUIÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DE ACORDO COM O GÊNERO.....	33
<b>TABELA 2-</b> DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS OCUPACIONAIS DOS PROFESSORES DE EDUCAÇÃO FÍSICA DE ACORDO COM O GÊNERO.....	34
<b>TABELA 3-</b> DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DE ATIVIDADE FÍSICA DE ACORDO COM O GÊNERO.....	35
<b>TABELA 4-</b> DISTRIBUIÇÃO DAS VARIÁVEIS RELACIONADAS A SAÚDE DOS PROFESSORES DE EDUCAÇÃO FÍSICA DE ACORDO COM O SEXO.....	36
<b>TABELA 5-</b> DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS PSICOSSOCIAIS DOS PROFESSORES DE EDUCAÇÃO FÍSICA DE ACORDO COM O GÊNERO.....	37
<b>TABELA 6-</b> DISTRIBUIÇÃO DA SATISFAÇÃO REFERIDA QUANTO AO TRABALHO DE ACORDO COM O GÊNERO.....	38
<b>TABELA 7-</b> DISTRIBUIÇÃO DA SATISFAÇÃO REFERIDA QUANTO AO HABITO ALIMENTAR E DE ATIVIDADE FÍSICA, DE ACORDO COM O GÊNERO.....	39
<b>TABELA 8-</b> PREVALÊNCIA DE COMPORTAMENTO DE RISCO DE ACORDO COM O GÊNERO.....	40
<b>TABELA 9-</b> FATORES ASSOCIADOS À INSATISFAÇÃO GERAL REFERIDA COM O TRABALHO DE ACORDO COM CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS.....	41
<b>TABELA 10-</b> FATORES ASSOCIADOS À INSATISFAÇÃO GERAL REFERIDA COM O TRABALHO DE ACORDO COM AS CARACTERÍSTICAS OCUPACIONAIS.....	42

<b>TABELA 11-</b> FATORES ASSOCIADOS À INSATISFAÇÃO GERAL REFERIDA COM O TRABALHO DE ACORDO COM AS CARACTERÍSTICAS DE ATIVIDADE FÍSICA.....	43
<b>TABELA 12-</b> FATORES ASSOCIADOS À INSATISFAÇÃO GERAL REFERIDA COM O TRABALHO DE ACORDO COM AS VARIÁVEIS RELACIONADAS À SAÚDE.....	44
<b>TABELA 13-</b> FATORES ASSOCIADOS À INSATISFAÇÃO GERAL REFERIDA COM O TRABALHO DE ACORDO COM AS CARACTERÍSTICAS PSICOSSOCIAIS.....	45
<b>TABELA 14-</b> FATORES ASSOCIADOS À INSATISFAÇÃO GERAL REFERIDA COM O TRABALHO DE ACORDO COM AS COMPORTAMENTOS DE RISCO ADOTADOS. ....	46
<b>TABELA 15-</b> FATORES ASSOCIADOS AOS COMPORTAMENTOS DE RISCO DE ACORDO COM CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS, CONTROLANDO POR GÊNERO E IDADE.....	47
<b>TABELA 16-</b> FATORES ASSOCIADOS AOS COMPORTAMENTOS DE RISCO DE ACORDO COM CARACTERÍSTICAS OCUPACIONAIS, CONTROLANDO POR GÊNERO E IDADE.....	48
<b>TABELA 17-</b> FATORES ASSOCIADOS AOS COMPORTAMENTOS DE RISCO DE ACORDO COM CARACTERÍSTICAS DE ATIVIDADE FÍSICA, CONTROLANDO POR GÊNERO E IDADE.....	49
<b>TABELA 18-</b> FATORES ASSOCIADOS AOS COMPORTAMENTOS DE RISCO DE ACORDO COM AS VARIÁVEIS RELACIONADAS À SAÚDE, CONTROLANDO POR GÊNERO E IDADE.....	50
<b>TABELA 19-</b> FATORES ASSOCIADOS AOS COMPORTAMENTOS DE RISCO DE ACORDO COM CARACTERÍSTICAS PSICOSSOCIAIS, CONTROLANDO POR GÊNERO E IDADE.....	51

## RESUMO

Este trabalho objetivou descrever o estilo de vida, o comportamento em saúde e a insatisfação referida quanto ao trabalho entre professores de Educação Física de Florianópolis. Para o estudo transversal descritivo, foi utilizada amostragem aleatória considerando um erro amostral de 5% e intervalo de confiança 95%. A amostra ficou constituída por 299 professores. Foram coletadas informações sócio-demográficas, ocupacionais, características de saúde, psicossociais e de comportamentos de risco. A análise estatística dos dados foi realizada no Stata 6.0, para análise foram utilizados testes de hipóteses: Qui-quadrado, para variáveis categóricas; Qui-quadrado de tendência linear para variáveis ordinais; Teste *t de student* para variáveis quantitativas, Razões de prevalência com intervalos de confiança de 95% foram estimadas para avaliar diferenças entre os grupos, utilizando a regressão de Poisson. Os professores de educação física, são em sua maioria homens, com idade média de 34,1 anos, renda per capita média de 1.246 reais, tempo médio de formado de 9,1 anos, trabalham até 40 horas semanais. A maioria apresenta níveis adequados de atividade física (ocupacional e de lazer) sendo os homens mais ativos e auto-avaliando sua saúde positivamente. O sobrepeso foi maior entre os homens, assim como a adoção de hábitos alimentares menos saudáveis. A maioria se diz satisfeito com o trabalho e apresenta um ou mais comportamentos de risco a saúde. Entre os fatores associados à insatisfação com o trabalho e a adoção de mais de dois comportamentos de risco estão: tempo de formado, inatividade física, auto-avaliação negativa de saúde, necessidade de licença mais de uma vez no ano e insatisfação quanto ao hábito alimentar e de atividade física.

Palavras-chaves: Atividade física, Insatisfação com o trabalho, Professor, Comportamento de risco

## ABSTRACT

The goal of the present work is to describe the lifestyle, health risk behavior and referred working dissatisfaction among Physical Education professionals of Florianópolis. The descriptive transversal study was accomplished by a probabilistic sampling of 299 Physical Education professionals. Information on socio-demographic, occupational, health related, psychosocial aspects, and health risk behavior were collected. Data was analyzed by hypothesis tests of chi-squared, for categorical variables; linear tendency chi-squared for ordinal variables; Student *t* test for quantitative variables. Prevalence reasons with 95% interval were estimated to evaluate differences among groups using Poisson regression. The majority of the PE professionals are man, mean age 34,1 years, with mean annual income of 1.246 reais, mean graduated time of 9,1 years; work more than 20h per week e at night. Most professionals present adequate physical activity levels (occupational and leisure), being man more active, more satisfied e self evaluated health more positively. Overweight and less healthy eating habits were more present in man. The majority of professionals refer being satisfied with working. Among the factors cited as related to dissatisfaction with working are the electric energy consumption, being graduated for more than 16 years, referring being tired after working, physical inactivity, bad self-evaluated health, chronic disease/physical disability, headache, sleeping disorders, absence to work more than once per year, higher psychological pressure, reference to distress, anxiety/depression, low score of psychological load, physical activity dissatisfaction, consumption of 3 doses of alcoholic drink, bad eating habits or more than one risk behavior. The adoption of more negative health risk behavior among the Physical Education professionals is related to time of graduation, physical inactivity, negative self-evaluated health, necessity of absence to work more than once a year, headache dissatisfaction with eating and physical activity habits, working dissatisfaction.

Key words: Physical Activity, Working Dissatisfaction, Physical Education professionals, Risk behavior.



## 1 INTRODUÇÃO

No século XX, em que a expectativa de vida aumentou devido aos processos tecnológicos e principalmente à pesquisa científica, emergiu a consciência a respeito da necessidade de se manter níveis mínimos de saúde, ao mesmo tempo em que o conceito de saúde deixa de significar simplesmente “ausência de doenças e afecções”. Neste sentido define-se saúde como uma condição multidimensional resultante de uma complexa interação de fatores hereditários, ambientais e do estilo de vida (BOUCHARD et al., 1990) e ao considerar saúde com esta amplitude admite-se que vários fatores podem afetá-la.

Dentre os fatores coletivos estão a poluição ambiental e a infra-estrutura do local de trabalho e da moradia (água encanada, saneamento e coleta de lixo). Do ponto de vista individual, aparecem os diversos níveis de exigências da vida em sociedade e das relações com outros seres humanos, seja a nível comunitário ou no trabalho, capazes de gerar ansiedade e estresse. Neste nível, os fatores mais importantes relacionam-se ao estilo de vida pessoal, ou seja, a prática de atividades físicas regulares, a qualidade da alimentação, o controle do peso corporal, o tabagismo, alcoolismo e drogas em geral e a atitude frente à vida e seus agentes estressores (BOUCHARD et al., 1990; BRASIL, 1995; NIEMAN, 1990; ORNISH et al., 1990). É importante considerar também que a maioria dos adultos destina grande parte de suas vidas ao trabalho (KERR, GRIFFITHS e COX, 1996).

As formas mais comuns de atividade física do ser humano podem ser classificadas em atividades de trabalho e de lazer, distinção importante na medida em que as evidências atuais sugerem que diferentes formas de atividade física estão associadas a diferentes aspectos da saúde e do estilo de vida (NAHAS, 1997).

A falta de atividade física regular está associada a outros comportamentos

de risco à saúde, sendo um dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, a obesidade, a hipertensão e diabetes. Organizações científicas prestigiadas (Instituto Nacional de Saúde - NHI/US -, Centro de Controle e Prevenção de Doenças - CDS/US - e Colégio Americano de Medicina Esportiva), estabeleceram um consenso quanto à evidência de que os adultos podem reduzir o risco de doenças degenerativas à metade ao se tornarem mais ativos fisicamente. Entretanto, a grande maioria da população adulta continua extremamente sedentária (BERLIN & COLDITZ, 1990).

No Brasil, apesar de haver ainda poucas informações disponíveis, estima-se que 60% dos adultos não realizam atividades físicas regulares que possam promover a saúde, números similares aos dos demais países (NAHAS, 2003). Segundo ANJOS (1999), estudos brasileiros sugerem que a inatividade física é maior entre mulheres que entre homens, aumentando significativamente com a idade, nos sujeitos de menor nível de escolaridade e de menor nível socioeconômico

MATSUDO et al. (2002), em estudo conduzido no estado de São Paulo, observaram que 46,5% eram insuficientemente ativos, sendo o sedentarismo maior nas classes A (55,3%) e E (60%). Não houve diferença entre os gêneros e os moradores do litoral foram mais ativos (66,5%) que os do interior (53,4%) e do que os da área metropolitana (39,4%).

As principais barreiras para a prática de atividade física são a falta de tempo, inabilidade para exercícios vigorosos, falta de vontade, falta de recursos e a falta de oportunidades ou dificuldades de acesso as instalações (ANDERSEN et al., 1999; BARROS, 1999). Soma-se a estas barreiras o fato de que os aparelhos tecnológicos tornam-se cada vez mais atrativos, dificultando a aderência às atividades físicas de caráter recreativo e/ou programadas.

Alguns estudos, realizados nos EUA, referem-se também a diferenças étnicas que influenciam os padrões de prática de atividade física (CASPERSEN, POWEL & CHRISTENSON, 1985; U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND

HUMAN SERVICES et al, 1999); e estudos demográficos sobre inatividade física apontam que mulheres tendem a ser menos ativas que homens no lazer; a inatividade física aumenta em proporção a idade cronológica; e a prevalência de inatividade física no lazer, diminui conforme aumenta-se a instrução e o salário recebidos (CASPERSEN et al, 1985; LINDSTRÖM, HANSON, e ÖSTERGREEN, 2001). Os determinantes da atividade física diferem conforme os grupos populacionais o que pode ser justificado pelas diferenças encontradas entre gênero, idade ou mesmo profissão (DISHMAN, SALLIS & ORENSTEIN, 1985).

Associada aos baixos níveis de atividade física, a dieta inadequada também tem contribuído para o crescimento de índices de sobrepeso e obesidade de maneira expressiva nas últimas décadas. Levantamentos recentes, realizados em países industrializados, indicam que a prevalência de sobrepeso e obesidade na população jovem, dependendo da idade, do sexo e da etnia, aumentou cerca de 40% comparada há duas décadas atrás (KOPPLAN & DIETZ, 1999).

Estes fatos podem ser observados na população brasileira que vem apresentando uma importante alteração do estado nutricional, caracterizada tanto pelo crescimento da prevalência de obesidade, em todas as regiões do país e nas diferentes classes sociais (ANJOS, SILVA e SERRÃO, 1992; MONDINI & MONTEIRO, 1994; MONTEIRO, 1995) quanto pela inadequação do consumo alimentar (GALEAZZI, DOMENE e SICHIERI, 1997). A Pesquisa de Padrão de Vida (PPV) realizada no Brasil pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1996/97, revelou que a população acima do peso ideal é de 28,8% do total de adultos, com 9,8% de obesos e 4,6% considerados desnutridos. Curiosamente, o excesso de gordura corporal afeta mais grupos populacionais de classes sociais menos privilegiadas.

Em 2003, a partir da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002-2003, estimou-se que cerca de 40% dos indivíduos adultos do País apresentam excesso de peso, não havendo diferença substancial entre homens e mulheres. A obesidade afetava 8,9% dos homens e 13,1% das mulheres adultas do país, sendo que os obesos representavam 20% do total de homens e um terço das

mulheres com excesso de peso. O excesso de peso tende a aumentar com a idade, de modo mais rápido para os homens e, de modo mais lento, porém mais prolongado, para as mulheres (MP/IBGE, 2004). O acesso à alimentação farta, mas de baixa qualidade, aliada à desinformação e ao baixo nível de atividade física pode explicar este quadro.

Alguns autores (BUTTRISS, 1997; JOHANSSON e ANDERSEN, 1998), observaram um maior consumo de frutas e verduras entre indivíduos que praticam atividades físicas regulares, não fumantes e que possuem hábitos alimentares saudáveis. A frequência de consumo desses alimentos, independe do sexo, tende a aumentar com a idade, com a renda e com o nível de educação. Também se observou que sujeitos ativos no período de lazer (30 minutos ou mais por semana) apresentam menor frequência semanal de consumo de carne e doces, consumindo mais porções de frutas, verduras e produtos com pouca gordura (MATTHEWS et al. 1997). Ao contrário, indivíduos que fumam e consomem álcool diariamente têm uma ingestão mais frequente de carne, ovos, batata frita e alimentos ricos em gordura e com alto teor calóricos, assim como um menor nível de atividade física de lazer (FRENCH, HENNRİKUS & JEFFERY, 1996).

No entanto, o fato de possuir o conhecimento não implica necessariamente na prática de um comportamento, mas sem o conhecimento e percepção corretos sobre o tema é improvável que atitudes sejam tomadas no sentido de alterar um padrão comportamental. Além disso, maiores níveis de conhecimento sobre exercício podem fazer com que os níveis de sedentarismo não aumentem (VUORI, PARONEN & OJA, 1998).

Existe consenso entre os pesquisadores que componentes como a liberdade de escolha, o sentimento de competência e a percepção de prazer e satisfação são importantes para continuidade do comportamento (SALLIS, 1994). Fato reforçado por BIDDLE & SMITH (1991), que indivíduos adultos, ressaltam que é de fundamental importância o sentir-se bem, sentir-se capaz (auto-eficácia) e sentimento de controle (controle e confiança do que pratica). Portanto, são bastante claras as relações da percepção risco/benefício, eficácia ou

competência pessoal percebida para contornar os problemas e mesmo a intenção de realizar com adoção ou não do comportamento (DISHMAN et al, 1985).

Há que se considerar então, que o estilo de vida depende de um conjunto de padrões e atitudes que caracterizam o *modus vivendi* de um indivíduo ou de um grupo. Uma vez que estilo de vida é definido como o conjunto de ações cotidianas que reflete as atitudes e valores da pessoa. Estes hábitos e ações conscientes estão associados à percepção de qualidade de vida do indivíduo, sendo que os componentes podem mudar ao longo dos anos, mas isso só acontecerá se a pessoa conscientemente enxergar algum valor em algum comportamento que deva incluir ou excluir, além de perceber-se como capaz de realizar as mudanças pretendidas. (NAHAS, 2003). As pesquisas na área do comportamento humano indicam que a atitude de um indivíduo frente a uma determinada questão esta diretamente relacionada ao seu nível de conhecimento e informação frente à mesma (GUEDES & GUEDES, 1995) e também a motivação para adotá-los em seu dia a dia.

Baseado nestas informações, o presente estudo pretende traçar o perfil do estilo de vida e do comportamento em saúde, bem como avaliar a insatisfação referida quanto ao trabalho entre professores de Educação Física de Florianópolis.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Estudar o estilo de vida e a insatisfação referida quanto ao trabalho dos professores de Educação Física de Florianópolis.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever o estilo de vida adotado pelo professores de educação física de Florianópolis.
2. Determinar os fatores associados à insatisfação no trabalho referida pelos professores de educação física.
3. Determinar os fatores associados aos comportamentos de risco pelos professores de educação física.

### 2.3 QUESTÕES A INVESTIGAR

1. Quais as principais características do estilo de vida adotado pelos professores de educação física de Florianópolis?
2. Em que medida os fatores sócio-demográficos (sexo e idade), socioeconômicos e psicossociais se associam ao estilo de vida adotado pelos professores de educação física?
3. Em que medida os fatores sócio-demográficos (sexo e idade), socioeconômicos e psicossociais se associam ao nível de insatisfação no trabalho dos professores de educação física?

### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1 ESTILO DE VIDA

Existem inúmeros estudos demonstrando que a adoção de alguns comportamentos, como o excessivo consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, hábitos alimentares inadequados e outras atitudes que compõem o estilo de vida, afetam negativamente o estado de saúde do indivíduo.

Estilo de vida pode ser interpretado de diversas maneiras, ou seja, não existe um consenso ou uma única teoria a respeito do que o constitui. O conceito de estilo de vida tem sido empregado para explorar e comparar os padrões de atitude e comportamentos relacionados à saúde e por muito tempo tem sido empregado como variável descritiva e analítica para estudar questões relacionadas aos desfechos em saúde e a estratificação social (ABEL, 1991; DEAN, COLOMER & PERES-HOYOS, 1995).

Para o Regional Office of World Health Organization for Europe, estilo de vida é definido como “o modo de vida baseado na inter-relação entre as condições de vida e os padrões individuais de comportamento determinados por fatores sócio-culturais e características pessoais” (KICKBUSH, 1986). Observa-se nessa definição uma preocupação com o aspecto subjetivo do estilo de vida, enquanto que a maioria das pesquisas em estilo de vida, estuda somente os fatores de risco e seus efeitos (biológicos, fisiológicos) na saúde do indivíduo (WILEY & CAMACHO, 1980).

A definição de estilo de vida proposta por Max Weber em 1920, apresenta dois aspectos independentes que estão intimamente relacionados, que são as escolhas individuais e as condições estruturais oferecidas pelo meio e que atuam como os determinantes básicos para a adoção de um estilo de vida (COCKERHAM, ABEL & LUSCHEN, 1993).

As escolhas individuais referem-se as opções reais disponíveis para que o indivíduo adote determinado comportamento e estas estão relacionadas aos objetivos, necessidades e desejos individuais, bem como as reais circunstâncias de vida do indivíduo. Dentre elas pode-se exemplificar através das escolhas realizadas pelos indivíduos quanto aos hábitos alimentares, de atividade física entre outros. (COCKERHAM, RUTTEN & ABEL, 1997; ABEL, 1991).

Já as condições estruturais referem-se a possibilidade real de que as escolhas individuais sejam colocadas em prática na vida cotidiana, de modo que o indivíduo consiga satisfazer suas necessidades e objetivos. Entre elas encontram-se a renda e a educação, que estão associadas às atitudes e comportamentos em saúde, podendo ser utilizadas pelo indivíduo para adquirir ou manter certo status social, de maneira que o estilo de vida adotado geralmente segue às características do grupo a que o indivíduo pertence.

Sendo assim pode-se dizer que Weber contribui para o entendimento do conceito de estilo de vida da seguinte maneira (1) está associado ao grupo a que o indivíduo pertence (sendo principalmente um fenômeno coletivo); (2) representa padrões de consumo, e (3) é formado pela inter-relação entre as escolhas individuais e a estrutura social (COCKERHAM et al. 1997).

### 3.2 ATIVIDADE FÍSICA

A atividade física pode ser definida como qualquer movimento corporal com gasto energético acima dos níveis de repouso. Inclui atividades da vida diária (banhar-se, vestir-se), as atividades do trabalho (andar, levantar e carregar objetos) e de lazer (exercitar-se, praticar esportes, dançar entre outras).

É considerada como um componente chave para o equilíbrio energético e promove um comportamento positivo saudável (KOHL & HOBBS, 1998), sendo o componente mais variável do gasto energético e portanto o principal fator do equilíbrio energético.



Com o crescente desenvolvimento tecnológico e com o estilo de vida nem sempre adequado, muitos indivíduos expõem-se ao mínimo possível de esforços físicos e adotam uma vida sedentária, ficando mais vulneráveis a uma série de problemas físicos e orgânicos. A crescente urbanização, o desenvolvimento industrial acelerado e o ingresso na era tecnológica, induziram a uma drástica redução dos níveis de atividade física, paralelamente as mudanças do significado quanto as preferências da atividade de lazer (BARROS, 1999).

A inatividade física, reflete-se no estado de saúde dos indivíduos, sendo um fator de risco para o desenvolvimento de doenças coronarianas, diabetes, obesidade entre outras (POWELL & BLAIR, 1994; FLETCHER et al., 1996). As ações mecânicas do homem e suas possibilidades de movimento, chocam-se com as barreiras erguidas pela sociedade moderna, que limita o espaço de atividade física e coloca o homem a mercê dos problemas dela decorrente (PINHO & PETROSKI, 1997).

As principais barreiras para a prática de atividade física são a falta de tempo, inabilidade para exercícios vigorosos, falta de vontade, falta de recursos e a falta de oportunidades ou dificuldades de acesso as instalações (ANDERSON et al., 1999; BARROS, 1999). Somando-se a estas barreiras o fato de que os aparelhos tecnológicos tornam-se cada vez mais atrativos, dificultando a aderência as atividades físicas de caráter recreativo e/ou programadas.

BARROS (1999) observou entre industriários que o tempo dispendido em atividades de lazer passivo (jogar cartas, assistir televisão, ler) foi em média de 24,2 horas por semana, e que os homens dispendem mais tempo que as mulheres nestas atividades.

Evidências epidemiológicas indicam que 30 minutos diários de atividade física moderada (40 a 60% da frequência cardíaca máxima), de uma vez só ou dividida em vários momentos ao longo do dia, proporciona benefícios substanciais a saúde (PRATT, 1999). Apesar de não ser o estímulo ideal para promover alterações significativas nos níveis de aptidão física, tem-se mostrado benéfica na redução de diversos fatores de risco, além de trazer benefícios ligados ao

controle do estresse, percepção subjetiva de bem estar, nem sempre considerada, mas, igualmente relevantes para a qualidade de vida (FLETCHER et al., 1996).

Atividades físicas moderadas correspondem aquelas que promovem um gasto energético aproximado de 150-200 quilocalorias por dia, ou, no mínimo, 1000 quilocalorias por semana. Isto pode ser conseguido com atividades com duração de 15 a 60 minutos, dependendo da intensidade. São exemplos de atividades físicas consideradas moderadas: caminhar três quilômetros em 35 minutos, dançar durante 30 minutos, nadar por 20 minutos, andar de bicicleta por 30 minutos, jogar vôlei durante 45 minutos, trabalhar no jardim por 45-60 minutos, correr dois quilômetros em 15 minutos ou subir e descer escadas por 15 minutos.

Embora mesmo reconhecidamente importante, a aderência ao comportamento ativo, ou seja, a fixação e manutenção do hábito de praticar atividade física, mesmo que moderadamente, não tem sido adotada por grande parcela da população. Estudos norte-americanos relatam que somente 10% a 15% dos adultos declaram estar engajados em exercícios vigorosos regularmente, e verificou-se que 25% a 30% dos adultos em países industrializados como os EUA, Canadá, Inglaterra e Austrália podem ser caracterizados como sedentários em seu período de lazer (SALLIS & OWEN, 1999).

Há que se lembrar que o sedentário, após experimentar a prática de exercício, opta pela manutenção ou desistência da mesma. Metade dos indivíduos sedentários, que iniciam em programas de exercícios vigorosos, desiste nos primeiros 6 meses, enquanto que em programas de atividade física moderada o índice de desistência é menor (25% a 35%) (DISHMAN, 1982). FLETCHER et al. (1996) sugerem que os indivíduos sedentários sejam incentivados, de acordo com suas preferências, a incorporarem a atividade física moderada em seu dia a dia.

A prática de atividade física de lazer tem-se correlacionado a fatores sócio-demográficos, como renda, idade, escolaridade e sexo (LINDSTRÖM et al., 2001). Em geral, quanto maior o poder aquisitivo e a escolaridade de um indivíduo, maior será a sua chance de praticar atividades físicas no seu tempo destinado ao lazer (TROIANO et al., 2001).

Observa-se, também, que os padrões de atividade física de lazer diferem entre homens e mulheres, fato que pode ser, pelo menos parcialmente, explicado por outras características sócio-demográficas (BENNETT, 1998). Em geral, existe uma tendência de as mulheres praticarem menos atividade física de lazer quando comparadas aos homens (MANIOS et al., 1999), sendo este comportamento observado já na infância e na adolescência (GARCIA et al., 1998). No Brasil, resultados semelhantes também têm sido descritos (OLIVEIRA, 2000), no entanto ainda são pouco conhecidos os fatores associados a esta menor participação das mulheres em atividades físicas no seu tempo de lazer.

### 3.3 TEORIAS COMPORTAMENTAIS

Numerosas teorias e modelos têm sido empregados nas pesquisas do comportamento em atividade física. Uma vez que entender claramente o comportamento humano, as teorias comportamentais e os processos de mudança de comportamento são fundamentais para o sucesso de qualquer programa de promoção da saúde a nível individual ou coletivo (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES et al., 1999), principalmente porque a atividade física assim como outros comportamentos (exemplo perda de peso e tabagismo) são cíclicos ou episódicos (SHERWOOD & JEFFERY, 2000).

Atualmente o foco das pesquisas na área de educação física recai sobre as “teorias comportamentais” e “estratégias de mudança de comportamento”. Uma vez que o comportamento é algo observável, uma ação que pode ser descrita, caracterizada e definida (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES et. al., 1999) e não mais a motivação, que foi o foco dos primeiros estudos durante as décadas de 70 e 80, pois ela é um constructo relacionado à intencionalidade e não mensurável diretamente.

Entre as teorias formais e modelos teóricos que têm sido atualmente utilizados nas pesquisas sobre comportamentos em atividade física são as

mesmas aplicadas em outros comportamentos. Entre elas figuram: *Modelo de Crença em saúde*, estipula a probabilidade de um indivíduo envolver-se em comportamento de saúde preventivo, estando relacionado a sua percepção da gravidade da doença potencial, da sua avaliação dos custos e benefícios de tomar determinada atitude, sendo muito utilizada em estratégias de promoção da saúde através da educação/informação; *Teoria do comportamento planejado* é uma extensão da teoria da ação racional (AJZEN & FISHBEIN, 1980) estabelece que a adoção de um comportamento real está relacionada à intencionalidade do indivíduo, ou seja, a atitude é determinada por atitudes individuais e pela influência do meio ou norma subjetiva; *Modelo Transteórico ou Estágios de mudança* (PROCHASCKA & DiCLEMENTE, 1983; PROCHASCKA, DiCLEMENTE & NOCROSS, 1992) é um modelo integrativo, desenvolvido a partir de estudos em psicoterapia, especificamente sobre comportamento aditivos (vícios), estando organizado em cinco estágios de mudança de comportamento: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção; *Teoria Sociocognitiva* (BANDURA, 1986) que propõem que fatores pessoais, comportamentais e ambientais operam como determinantes reciprocamente interativos uns aos outros, sendo conhecido como modelos de determinismo recíproco e os *Modelos Ecológicos* que criticam as teorias e modelos voltados para mudança de comportamentos individual e a pequena atenção dispensada as influências sócio-culturais e do ambiente (McLEROY, BIBEAU, STECKLER & GLANZ, 1988).

Observa-se através das teorias comportamentais e dos modelos de mudança do comportamento que alguns constructos são constantemente citados e portanto podem ser considerados como os mais relevantes para mudanças efetivas estando entre eles os da auto-eficácia, da intenção e da prontidão para mudar, da rede de apoio social e do ambiente estimulante (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES et al., 1999).

A percepção da auto-eficácia pode ser definida pelo modo como o indivíduo percebe sua capacidade de realizar com sucesso o comportamento desejado. Diz respeito não às capacidades que alguém tem, mas aos julgamentos que pode

fazer com as habilidades que possui (BANDURA, 1986), sendo particularmente importante nas fases iniciais de mudança de comportamento. Ou seja, está centrada em fatores internos do indivíduo, pois não se volta para o produto do comportamento adotado, observando se é positivo ou negativo, apenas para a percepção de conseguir realizar a tarefa.

A intenção e prontidão para mudança, pressupõem que para haver uma mudança de comportamento o indivíduo deve ter a intenção de mudar e estar pronto para mudar (PROCHASKA et al, 1992).

A rede de suporte social (apoio dado pelo cônjuge, familiares, amigos, comunidade e governo) é citada em inúmeros estudos como fator importante tanto nos processos de tomada de decisão, aquisição de hábitos ou para mudança de comportamento (DISHMAN, & SALLIS, 1994; MORROW & BLAIR, 1999; U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES et al., 1999). Indivíduos que ingressam em programas de exercício físicos acompanhados de seu cônjuge tem uma aderência superior a 12 meses quando comparados aos que ingressam sozinhos (WALLACE, RAGLIN & JASTREMSKI, 1995).

Outro fator que parece determinar o grau de atividade física do indivíduo está relacionado à ocupação do indivíduo. Os trabalhadores com alta exigência de esforço físico, como os braçais, tendem a aderir menos a atividade física, mesmo que haja condições para prática nos locais de trabalho (DISHMAN, 1990).

Cada vez mais é ressaltada a importância de um ambiente estimulante, do ponto de vista emocional, físico e social para mudança de comportamento. Sendo considerado um ambiente capaz de promover mudança de comportamento aquele que é seguro, acessível e atraente para o indivíduo. A facilidade de acesso ao local de prática e a conveniência dos horários está estreitamente associada ao local de prática de exercícios supervisionados (DISHMAN, SALLIS & ORENSTEIN, 1985), assim como a percepção do tempo disponível.

O fato de que o conhecimento sobre os benefícios da atividade física aumenta os níveis de aderência apresenta controvérsias na literatura. Alguns autores concordam com esta afirmação (FRANKLIN, 1988; ROBERTSON &

MUTRIE,1989) outros discordam (DISHMAM et al., 1985) visto que a bagagem de informação não garante a mudança de comportamento.

No entanto o nível educacional tem apresentado associação positiva com a pratica de atividade física (DISHMAM et al., 1985). STEPHENS & CASPERSEN (1994) em estudos nos Estados Unidos, Canadá, Austrália e Inglaterra encontram que grupos com escolarização formal tendem a ser de 1,5 a 3,1 vezes mais ativos que aqueles com menor escolarização. Na mesma lógica, WANKEL (1993) descreveu que 59% dos norte-americanos com formação universitária praticam atividade física diariamente, no entanto somente 47% das pessoas com escolarização média e 30% com escolarização tem o mesmo comportamento.

### 3.4 SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO AO TRABALHO

O trabalho é o resultado de esforço, de dispêndio de energia física e mental, que produz bens e serviços e que, para além de satisfazer as necessidades individuais e o bem-estar pessoal, contribui ainda para a manutenção e desenvolvimento da sociedade como um todo. Nesse sentido, pode ser considerado, além de um mecanismo de equilíbrio que garante e facilita a integração harmoniosa das dimensões bio-psicosocial que compõem o homem em sua totalidade, também como um conjunto de ações que "garante uma firme articulação [do indivíduo] com a realidade e com o grupo humano a que pertence" (PICHÓN-RIVIÈRE et al., 1998; LAPO e BUENO, 2002), possibilitando o auto-desenvolvimento e a auto-realização, ou seja, parece ter um significado incontestável, já que, tradicionalmente, se constitui em um dos meios utilizados pelo homem para manter o equilíbrio e adaptar-se satisfatoriamente ao ambiente e à sociedade, e que, ao longo do tempo ocupou um lugar central no âmbito das atividades humanas.

De acordo com ARENDT (1989) o trabalho é uma das condições básicas para a vida humana. O trabalho produz um mundo artificial de coisas buscando

transcender as vidas individuais. Ao acrescentar objetos ao mundo, o trabalho possibilita a criação de um ambiente de coisas permanentes com as quais nos familiarizamos através do uso.

Por isso, o trabalho é visto como um dos componentes da felicidade humana, na qual a felicidade no trabalho é tida como resultante da satisfação de necessidades psicossociais, do sentimento de prazer e do sentido de contribuição no exercício da atividade profissional (ALBERTO, 2000).

Por outro lado, inúmeras situações no ambiente de trabalho podem gerar agressões ao trabalhador, e neste, sentido DEJOURS (1992) esclarece que a organização do trabalho pode estabelecer uma relação de dominação da vida psíquica do sujeito e a ocultação de seus desejos. De maneira que a satisfação no trabalho tem importância fundamental na relação “saúde-trabalho”, pois exerce sobre o homem uma ação específica, cujo impacto é o aparelho psíquico.

O homem é um ser que tem necessidades e que procura satisfazê-las, neste sentido Maslow, classificou-as em estado de importância. Na base colocou as necessidades fisiológicas (sobrevivência, alimentação); acima delas, as necessidades de segurança (estabilidade no emprego ou discriminação no trabalho) quando estas são satisfeitas, passam a ser importantes as necessidades sociais (aceitação pelo grupo, amizade) e acima desta as necessidades egocêntricas (auto-estima, auto-realização, confiança, independência, reputação, status, aprovação e respeito). No entanto inúmeras vezes o que se observa é que as necessidades sociais e egocêntricas dos trabalhadores são raramente satisfeitas.

Neste sentido, a satisfação no trabalho pode resultar da percepção do indivíduo sobre até que ponto as atividades que desenvolve em seu trabalho (percepção de algum aspecto do trabalho; padrão de valores implícito ou explícito; julgamento consciente ou inconsciente entre percepções e valores do indivíduo) atendem os valores considerados por ele como importantes (LOCKE apud CODA, 1990) e portanto, exercendo influência sobre o estado emocional do indivíduo,

manifestando-se na forma de alegria decorrente da satisfação, ou na forma de sofrimento decorrente da insatisfação (LOCKE A apud MARTINEZ, 2004).

Assim, os fatores psicossociais são centrais na determinação da satisfação no trabalho, pela maneira como o indivíduo percebe, valoriza e julga esses aspectos.

Segundo EROSA (2001) são condições estressantes no ambiente laboral: sobrecarga de trabalho; excesso ou falta de trabalho; rapidez em realizar a tarefa; tomada de decisão; fadiga por esforço físico importante; excessivo número de horas de trabalho e mudanças no trabalho.

O trabalho docente se constitui em um conjunto de ações específicas que são empreendidas pela pessoa do professor durante sua vida profissional. Essa vida não está, no entanto, despreendida da vida privada, nem da instituição onde se desenvolve e nem de um contexto mais global. Esse contexto exerce influência sobre a Educação, desencadeando uma crise que, embora venha se desenvolvendo já há algum tempo, tem se agravado nos dias de hoje (LAPO e BUENO, 2002).

Segundo NÓVOA (1991), essa crise provoca um mal-estar nos professores cujas conseqüências "estão à vista de todos: desmotivação pessoal e elevado índice de absenteísmo e de abandono, insatisfação profissional traduzida numa atitude de desinvestimento e de indisposição constante" (p. 20). De modo geral pode-se dizer que essa crise é resultado, principalmente, das transformações que ocorrem na sociedade e que alteram o sentido e o significado do trabalho docente (ESTEVE, 1991); e também do processo através do qual a profissão se desenvolveu (NÓVOA, 1991) e do modo como está organizada (DEJOURS, 1992). Aspectos esses que no seu conjunto interferem no envolvimento, na auto-realização e na satisfação do professor com o trabalho.

Além das condições físicas do ambiente de trabalho, a satisfação no trabalho também pode afetar a capacidade do trabalhador. A capacidade para o trabalho é uma pré-condição para uma satisfatória condição geral de saúde (POHJONEN,1999). E, por isso, pretende-se através deste estudo Identificar as



possíveis associações entre a satisfação no trabalho e aspectos do estilo de vida entre professores de educação física, e verificar se estas são influenciadas por características sócio-demográficas, nível de atividade física habitual e estilo de vida.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo transversal descritivo com um componente analítico.

### 4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO E AMOSTRA

A população deste estudo foi constituída por professores de educação física registrados no Conselho Regional de Educação Física – CREF no ano de 2004 e que atuam na região de Florianópolis.

O processo de amostragem foi realizado através de sorteio aleatório simples, através do número do registro dos profissionais no conselho de classe.

O tamanho da amostra foi calculado pelo *software* Epi-Info, com nível de confiança de 95% e poder estatístico de 80%, uma prevalência de atividade física de lazer de 40% na população geral conforme os dados encontrados na literatura. Por medida de segurança extrapolou-se o tamanho mínimo da amostra em 30% para não respostas e mais 20% para estratificação. Amostra ficou constituída por 320 sujeitos.

### 4.3 COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados foi um questionário estruturado auto-aplicável, composto de seis blocos de variáveis nas seguintes seções: variáveis sócio-demográficas, características ocupacionais, características de saúde, fatores relacionados a atividade física, fatores psicossociais e comportamento de risco.

A coleta de dados foi efetuada de junho a novembro de 2004. Após contato telefônico com o indivíduo selecionado, o questionário foi entregue no local de trabalho ou residência, juntamente com a carta de consentimento, apresentação do estudo e a garantia de anonimato das informações, tendo o sujeito o prazo de 15 dias para responder quando o mesmo seria recolhido pelo pesquisador em local previamente combinado. As informações eram registradas pelos sujeitos (auto-preenchimento). Não era obrigatório o preenchimento, dando-se a opção de devolvê-lo em branco.

O total de questionários aplicados foi de 320, obtendo-se retorno de 93,4%. A composição da amostra ficou, ao final da fase de tabulação, com 299 sujeitos (57,9% homens e 42,1% mulheres).

#### 4.4 VARIÁVEIS DE ESTUDO

**Variáveis sócio-demográficas:** sexo, idade, estado civil, consumo de energia elétrica, renda familiar mensal e densidade demográfica.

A idade referida em anos foi categorizada em três faixas (até 30 anos; 31 a 40 anos; 41 anos ou mais). As variáveis renda per capita e consumo de energia elétrica per capita por domicílio foram categorizadas em tercís.

A densidade demográfica foi determinada dividindo o número de moradores pelo número de cômodos, excluindo cozinha e banheiro, dividida em duas categorias: um morador por cômodo e mais de um por cômodo; e utilizada para determinar o consumo de energia e a renda per capita dos professores.

**Variáveis ocupacionais:** tempo de formado, turno e carga horária de trabalho e avaliação da condição física após o trabalho.

O tempo de formado foi dividido em três categorias; até 6 anos; 6 e 16 anos e mais de 16 anos. O turno de trabalho foi categorizado conforme o horário de

trabalho (matutino, vespertino e noturno) e a carga horária em número de horas semanais (até 40 horas e mais de 40 horas).

A avaliação da condição física após o trabalho foi categorizada de acordo com o estado referido pelos professores em muito cansado; levemente cansado e bem disposto.

**Variáveis referentes às características de saúde:** saúde auto-avaliada, incapacidade física/doença crônica, licença do trabalho de longa e curta duração, comportamento preventivo, dores de cabeça e problemas de sono.

A auto-avaliação do nível de saúde foi efetuada considerando uma escala de quatro pontos (1= ruim; 2=regular; 3= bom; 4=excelente), que foi agrupada em duas categorias. Foram considerados expostos a uma percepção negativa de saúde aqueles que a avaliaram como sendo “regular” ou “ruim”.

Foram considerados portadores de incapacidade física e/ou doença crônica, aqueles que referiram ser portadores de doenças crônicas não transmissíveis (diabetes melitus, doença coronariana, hipertensão arterial, problemas osteo-articulares ou musculares).

A utilização de licença de longa duração (superior a sete dias) e de curta duração (menos de sete dias) foi categorizada em não; uma vez e mais de uma vez no ano.

O comportamento preventivo com sua saúde foi avaliado, considerando o número de vezes que os professores foram ao médico/dentista independente de doença no último ano. Sendo classificado em ausência de prevenção (não ou esporadicamente visitam médico/dentista sem doença) e prevenção (ao menos uma vez no ano/mais de uma vez no ano).

Para avaliação da presença de dores de cabeça e de problemas de sono foram consideradas duas categorias, Não (1=ausência ou 2=raramente) e Sim (3=freqüentemente e 4= muito freqüentemente).

**Fatores relacionados à atividade física:** nível de atividade física habitual e atividade física de lazer.

A prática de atividade física habitual foi avaliada mediante utilização do “questionário de atividades físicas habituais”, desenvolvido por Pate e adaptado por Nahas (2001), este permite fazer uma estimativa do nível de atividade física habitual. A classificação do questionário de atividades físicas habituais é: de 0 a 5 pontos= inativo ou sedentário; de 6 a 11 pontos= moderadamente ativo; de 12 a 20 pontos= ativo e com 21 pontos ou mais= muito ativo. E neste estudo ficou categorizada em inativo/pouco ativo, moderadamente ativo e ativo/muito ativo.

Para a classificar a atividade física de lazer, foi utilizada a frequência da prática referida pelos professores, ficando categorizada em: Não pratica atividade física de lazer (1=Não); Raramente pratica (2=raramente) e Prática regularmente (3= freqüentemente e 4=regularmente).

**Fatores psicossociais:** Referência de nervosismo, angustia ou depressão; pressão psicológica, escore de sobrecarga psicológica, carga de trabalho, ambiente de trabalho, motivação para o trabalho, valorização no trabalho, satisfação com o trabalho e escore de satisfação geral com o trabalho, satisfação com a atividade física e satisfação com o hábito alimentar.

A presença referida de nervosismo, angustia ou depressão e da sensação de maior pressão psicológica nos últimos 30 dias, foi categorizada em dois grupos, Não (1=ausência ou 2=raramente) e Sim (3=freqüentemente e 4=muito freqüentemente) referem estes problemas.

Para determinação do escore de sobrecarga psicológica, foi efetuado um somatório dos escores das variáveis dores de cabeça, problemas de sono, referência de nervosismo, angustia ou depressão e pressão psicológica. O somatório variou de um mínimo de quatro pontos ao máximo de 16 pontos. O resultado obtido classificou em ausência de sobrecarga psicológica (somatório menor ou igual a seis) e presença de sobrecarga psicológica (somatório igual ou superior a sete) correspondendo à mediana do mesmo.

A satisfação referida quanto as variáveis: carga de trabalho, ambiente de trabalho, motivação para o trabalho, valorização no trabalho e satisfação com o trabalho, foi classificada em dois grupos: Insatisfeito (1=muito insatisfeito e 2=insatisfeito) e Satisfeito (3=satisfeito e 4=plenamente satisfeito). Que foram agrupadas para formar o escore de satisfação geral com o trabalho.

O escore de satisfação geral com o trabalho, é o resultado do somatório destas variáveis. O somatório variou de um mínimo de cinco pontos ao máximo de 20 pontos. O resultado obtido no somatório classificou em insatisfeito em relação ao trabalho (somatório menor que 14) e satisfeito em relação ao trabalho (somatório igual ou superior a 14).

O grau de satisfação referido quanto à atividade física e com o hábito alimentar, foi classificado em Insatisfeito (1=muito insatisfeito e 2=insatisfeito) e Satisfeito (3=satisfeito e 4=muito satisfeito).

**Variáveis de Comportamentos de risco:** estado nutricional, hábito de fumar, consumo de bebidas alcoólicas, hábito alimentar e número de comportamentos de risco adotados.

O estado nutricional foi determinado a partir do cálculo do índice de massa corporal - IMC considerando para diagnóstico de obesidade, indivíduos com IMC acima de  $25,0 \text{ kg/m}^2$ , definido pela OMS (1995).

Foram considerados fumantes, independentemente da regularidade e da quantidade, os sujeitos que referiram fumar.

Definiu-se que os sujeitos que consomem bebidas alcoólicas foram aqueles que referiram ingerir mais de três drinques (ou doses) por semana. Este ponto de corte foi adotado pois os professores apresentaram um consumo máximo de 5 doses semanais. Considerou-se um drink padrão (contendo aproximadamente 15 g de etanol) o equivalente a uma lata de cerveja (350 ml), a uma taça de vinho (120 ml) ou a uma dose de bebida destilada (45 ml).

O hábito alimentar foi classificado através da construção de um escore alimentar. Aos alimentos considerados de risco (ricos em gordura saturada e

carboidrato simples) atribuiu-se valores negativos que variaram de zero a vinte, indicado um hábito alimentar negativo. Para os alimentos considerados saudáveis (fontes de carboidratos complexos, fibras e com teor menor de gordura saturada) foram atribuídos valores positivos de zero a vinte, indicando um hábito alimentar positivo. O escore de hábito alimentar resultou da subtração do somatório dos alimentos de saudáveis em relação aos de risco. O valor obtido classificou em dois níveis, hábito alimentar saudável/positivo aqueles que obtiveram somatório igual ou superior a zero; e hábito alimentar de risco/negativo aqueles que obtiveram resultado negativo.

Todos os comportamentos de risco avaliados (estado nutricional, hábito de fumar, consumo de bebidas alcoólicas e hábito alimentar de risco/negativo) foram associados resultando em um escore de risco. Sendo este escore classificado em: adoção de um a dois comportamentos de risco ou mais de dois comportamentos de risco a saúde.

#### 4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para criação do banco de dados, utilizou-se o programa Excel (Premium 2000). Os dados de cada variável foram revisados procurando-se identificar potenciais *outliers*; para tanto, recorreu-se à revisão eletrônica e manual dos valores extremos (superiores e inferiores). Os erros identificados foram corrigidos.

A análise estatística dos dados foi realizada no Stata 6.0. Sendo empregado para análise testes de hipóteses: o Qui-quadrado, para variáveis categóricas; Q-quadrado de tendência linear para variáveis ordinais; Teste *t de student* para variáveis quantitativas. Os resultados foram considerados estatisticamente significantes para o valor de  $p \leq 0,05$ , ou seja, que a probabilidade de se rejeitar a hipótese nula de não associação quando ela for verdadeira (erro tipo 1) seja menor ou igual a 5%. Razões de prevalência com intervalos de confiança de 95%, foram estimadas para avaliar diferenças entre os grupos.

(KIRKWOOD,1988) utilizando a regressão de Poisson (BARROS e HIRAKATA, 2003).

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi previamente submetido e aprovado pelo Comitê de ética da Universidade Federal de Santa Catarina.

Foi solicitada a autorização escrita de cada entrevistado, após uma explicação de que as informações coletadas serão sigilosas. No banco de dados, não houve personalização dos registros de cada um dos entrevistados.



## 5. RESULTADOS

As características sócio-demográficas da amostra são apresentadas na Tabela 1. A idade média dos professores foi de 34,1 anos (dp=9,51), com homens apresentando uma média de idade (36,1 anos; dp=10,6) significativamente superior a das mulheres (31,3 anos; dp=6,9).

A renda média per capita foi de 1.246 reais (mediana=1.050 e moda=1.000), sendo que os valores variaram de um mínimo de 200,00 a um máximo de 6.000 reais. Para o consumo de energia elétrica, o valor per capita médio por domicílio foi de 75,67 KW/h (mediana=69kw/h e moda=50kw/h), variando entre um consumo mínimo de 16,67KW/h a um máximo de 240KW/h. Observou-se uma forte correlação (0,75746) entre a renda e o consumo de energia elétrica per capita.

De acordo com a tabela 1, a maioria dos professores eram casados. Não foram encontradas diferenças significativas entre as variáveis renda per capita, consumo de energia elétrica per capita, situação conjugal em relação ao gênero .

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DE ACORDO COM O GÊNERO.

Variáveis	Total (n=299)		Mulheres (n= 126)		Homens (n= 173)		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Idade (anos)</b>							0,00
22 a 30	153	51,2	79	62,7	74	42,8	
31 a 40	75	25,1	33	26,2	42	24,3	
> 40	71	23,7	14	11,1	57	32,9	
<b>Situação conjugal</b>							0,731
Solteiro	102	34,1	45	35,7	57	32,9	
Casado/união estável	169	56,5	68	53,9	101	58,4	
Divorciado/Viúvo	28	9,4	13	10,3	15	8,7	

As características ocupacionais dos professores estão apresentadas na Tabela 2. Entre os profissionais, o tempo médio de formado em educação física foi de 9,1 anos (IC95% 8,31 e 10,07), sendo que, a proporção de homens formados há mais de 7 anos foi significativamente maior do que entre as mulheres. Observa-se que quase a metade dos professores entrevistados, independentemente do gênero, referiu trabalhar à noite e aproximadamente 35 % disseram terminar o dia muito cansado.

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS OCUPACIONAIS DOS PROFESSORES DE EDUCAÇÃO FÍSICA DE ACORDO COM O GÊNERO.

Variáveis	Total		Mulheres		Homens		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Tempo de formado (anos)</b>							0,00
Até 6	162	54,2	84	66,7	78	45	
7 e 16 anos	81	27,1	29	23	52	30	
> 17 anos	56	18,7	13	10,3	43	25	
<b>Horas de trabalho semanais (298)</b>							0,823
Até 40 horas	270	90,6	111	88,8	159	92,0	
Acima de 40 horas	28	9,4	14	11,2	14	8,0	
<b>Turno de trabalho (298)</b>							0,864
Matutino e/ou Vespertino	167	56	69	55,2	98	56,6	
Noturno	131	44	56	44,8	75	43,4	
<b>Condição física após o trabalho</b>							0,393
Muito cansado	105	35,1	45	35,7	60	34,7	
Levemente cansado	128	42,8	49	38,9	79	45,7	
Bem disposto	66	22,1	34	25,4	32	19,7	

Observa-se na tabela 3 que a maioria dos professores (em torno de 70 %) apresenta níveis adequados de atividade física habitual (moderadamente ativos a muito ativos), sem diferenças significativas entre gênero, embora haja uma tendência dos homens serem classificados mais como “muito ativos” do que as mulheres. Em relação à atividade física de lazer, a maioria refere prática regular, sendo esta significativamente maior entre os homens.

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DE ATIVIDADE FÍSICA DE ACORDO COM O GÊNERO.

Variáveis	Total		Mulheres		Homens		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Atividade física habitual</b>							0,195
Pouco ativo	90	30,1	43	34,1	47	27,1	
Moderadamente ativo	114	38,1	49	38,9	65	36,7	
Muito Ativo	95	31,8	34	27	61	35,2	
<b>Atividade física de lazer</b>							0,00
Prática regular	202	67,6	71	56,3	131	75,7	
Raramente pratica	49	16,4	22	17,5	27	15,6	
Não pratica	48	16,1	33	26,2	15	8,7	

Conforme a tabela 4, a maioria dos profissionais auto-avaliaram seu estado de saúde atual de forma positiva. Igualmente, a maioria não referiu sofrer alguma incapacidade física/doença crônica, problemas de sono ou dores de cabeça.

Observa-se ainda na tabela 4, que as mulheres tiveram uma maior necessidade (quase 2 vezes mais) de se ausentar do trabalho por mais de sete dias (licença de longa duração) do que os homens. Em relação à adoção de um comportamento preventivo em relação à saúde chama a atenção que aproximadamente 76 % dos professores referiram positivamente.

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DAS VARIÁVEIS RELACIONADAS A SAÚDE DOS PROFESSORES DE EDUCAÇÃO FÍSICA DE ACORDO COM O SEXO.

Variáveis	Total		Mulheres		Homens		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Auto-avaliação de saúde</b>							0,124
Excelente/boa	264	88,3	107	84,9	157	90,7	
Regular/ruim	33	11,7	18	15,1	15	9,3	
<b>Incapacidade/Doença crônica</b>							0,111
Presente	65	21,7	33	26,2	32	18,5	
Ausente	234	78,3	93	73,8	141	81,5	
<b>Comportamento preventivo</b>							0,521
Ausência de prevenção	72	24,1	28	22,2	44	25,4	
Prevenção	227	75,9	98	77,8	129	74,6	
<b>Licença de longa duração</b>							0,03
Nenhuma vez	199	66,6	84	66,7	115	66,5	
Uma vez	51	17,1	15	11,9	36	20,8	
Mais de uma vez	49	16,4	27	21,4	22	12,7	
<b>Licença de curta duração</b>							0,101
Nenhuma vez	181	60,5	80	63,5	101	58,4	
Uma vez	57	19,1	17	13,5	40	23,1	
Mais de uma vez	61	20,4	29	23	32	18,5	
<b>Dores de cabeça</b>							0,457
Sim	49	16,4	23	18,3	26	15	
Não	250	83,6	103	81,7	147	85	
<b>Problemas do sono</b>							0,08
Sim	38	12,7	21	16,7	17	9,8	
Não	261	87,3	105	83,3	156	90,2	

A maioria dos profissionais não referiu problemas de psicossociais (tabela 5). No entanto ao estratificar por gênero, as mulheres demonstraram uma tendência maior para a sensação de angustia ou depressão que os homens.

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS PSICOSSOCIAIS DOS PROFESSORES DE EDUCAÇÃO FÍSICA DE ACORDO COM O GÊNERO.

Variáveis	Total		Mulheres		Homens		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Pressão psicológica</b>							0,738
Não	240	80,3	100	79,4	140	80,9	
Sim	59	19,7	26	20,6	33	19,1	
<b>Referência de angustia, nervosismo e/ou depressão</b>							0,09
Não	233	77,9	89	70,6	144	83,2	
Sim	66	33,1	37	29,4	29	16,8	
<b>Escore de sobrecarga psicológica</b>							0,99
Acima da mediana	166	55,5	70	55,6	96	55,5	
Abaixo da mediana	133	44,5	56	44,4	77	44,5	

Quanto às características referidas relativas ao trabalho (Tabela 6), a maioria se diz satisfeita, embora se pode observar que a metade dos professores igualmente se sente insatisfeito com o trabalho de modo geral. Não foram observadas diferenças significativas entre as variáveis carga horária, ambiente, motivação, valorização e satisfação no trabalho em relação ao gênero.

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DA SATISFAÇÃO REFERIDA QUANTO AO TRABALHO DE ACORDO COM O GÊNERO.

Variáveis	Total		Mulheres		Homens		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Carga horária de trabalho</b>							0,069
Insatisfeito	88	29,4	30	23,8	58	33,5	
Satisfeito	211	70,6	96	76,2	115	66,5	
<b>Ambiente de trabalho</b>							0,153
Insatisfeito	73	24,4	36	28,6	37	21,4	
Satisfeito	226	75,6	90	71,4	136	78,6	
<b>Motivação para o trabalho</b>							0,243
Insatisfeito	82	27,4	39	31	43	24,9	
Satisfeito	217	72,6	87	69	130	75,1	
<b>Valorização no trabalho</b>							0,351
Insatisfeito	128	42,8	50	39,1	78	45,1	
Satisfeito	171	57,2	76	60,3	95	54,9	
<b>Satisfação com o trabalho</b>							0,353
Insatisfeito	91	30,4	42	33,3	49	28,3	
Satisfeito	208	69,6	84	66,7	124	71,7	
<b>Satisfação de modo geral com o trabalho</b>							0,675
Insatisfeito	149	49,8	61	48,4	88	50,9	
Satisfeito	150	50,2	65	51,6	85	49,1	

Quando questionados quanto ao grau de satisfação com o hábito alimentar e de atividade física, a maioria se declara satisfeito. Sendo que os homens se declaram significativamente mais satisfeitos quanto a sua atividade física que as mulheres.

TABELA 7 - DISTRIBUIÇÃO DA SATISFAÇÃO REFERIDA QUANTO AO HABITO ALIMENTAR E DE ATIVIDADE FÍSICA, DE ACORDO COM O GÊNERO.

Variáveis	Total		Mulheres		Homens		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Satisfação com o hábito alimentar</b>							0,387
Insatisfeito	64	21,4	30	23,8	34	19,7	
Satisfeito	235	78,6	96	76,2	139	80,3	
<b>Satisfação com a atividade física</b>							0,002
Insatisfeito	90	30,1	50	39,7	40	23,1	
Satisfeito	209	69,9	76	60,3	133	76,9	

As características dos comportamentos de risco abordados são apresentadas na Tabela 8.

O IMC médio foi de 24,52 kg/m<sup>2</sup> (DP=2,88), com homens apresentando um IMC médio (23,37 kg/m<sup>2</sup>; DP=2,91) inferior ao das mulheres (25,36 kg/m<sup>2</sup>; DP=2,55). Quanto ao peso corporal e estatura referida, o valor médio para os homens foi de 79 kg (DP=9,81) e 1,76 m (DP=0,08) e para as mulheres foi de 63,6kg (DP=9,65) e 1,65 (DP=0,07).

Foi observada associação significativa entre gênero e estado nutricional, uma vez que, a proporção de homens com excesso de peso corporal foi maior do que entre as mulheres. O hábito alimentar também apresentou diferença significativa quanto ao gênero, observando-se que as mulheres tendem a se alimentar de forma mais positiva (saudável) do que os homens. Quando

associados, observa-se que a presença de um ou mais comportamentos de risco é significativamente maior entre os homens.

TABELA 8 - PREVALÊNCIA DE COMPORTAMENTO DE RISCO DE ACORDO COM O GÊNERO.

Variáveis	Total		Mulheres		Homens		p
	N	%	n	%	n	%	
<b>Estado nutricional</b>							0,001
> 25	155	51,8	80	63,5	75	43,4	
25 ou mais	144	48,1	46	36,5	98	56,6	
<b>Hábito de fumar</b>							0,707
Não	238	79,6	99	78,6	139	80,3	
Sim	61	20,4	27	21,4	34	19,7	
<b>Hábito de beber</b>							0,55
Até três doses semanais	210	70,2	96	76,2	114	65,9	
Acima de três doses semanais	89	29,8	30	23,8	59	34,1	
<b>Escore do Hábito alimentar</b>							0,002
Positivo	187	68	93	77,5	94	60,6	
Negativo	88	32	27	22,5	61	39,4	
<b>Presença de Comportamento de risco (273)</b>							0,00
Nenhum comportamento de risco	64	23,4	44	36,7	20	13,1	
Um a 2 comportamentos de risco	173	63,4	64	53,3	109	71,2	
Mais de 2 comportamentos de	36	13,2	12	10	24	15,7	

Para análise dos fatores associados à insatisfação geral referida com o trabalho, todas as variáveis foram controladas por gênero e idade.

O gênero apresentou efeito “confounder” para as variáveis tempo de formado e presença de dor de cabeça (apresentadas nas tabelas 10, 12), e a idade apresentou efeito “confounder” para as variáveis condição física após o trabalho, atividade física de lazer e satisfação com a atividade física de lazer (apresentadas nas tabelas 10, 11 e 13). Sendo que ambas (gênero e idade) apresentaram efeito confounder para a adoção de mais de dois comportamentos



de risco a saúde. Assim, o resultado das demais variáveis foram apresentados sem o controle para gênero e idade.

Na a tabela 9, são apresentadas as características sócio-demográfica que estão associadas à insatisfação geral referida com o trabalho. Entre os professores, a chance de referir-se insatisfeito com o trabalho é maior (1,5 vezes) entre aqueles que apresentaram um menor consumo per capita de energia.

TABELA 9 - FATORES ASSOCIADOS À INSATISFAÇÃO GERAL REFERIDA COM O TRABALHO DE ACORDO COM CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS.

Variáveis	Insatisfação geral referida com o trabalho	
	RP	IC 95%
<b>Idade (anos)</b>		
22 a 40	1,00	
> 40	1,20	0,94; 1,54
<b>Gênero</b>		
Feminino	1,00	
Masculino	1,05	0,83; 1,33
<b>Estado civil</b>		
Casado/União estável	1,00	
Solteiro	0,96	0,74; 1,23
Divorciado ou viúvo	1,07	0,73; 1,55
<b>Renda per capita</b>		
> 1333,4	1,00	
862,6 a 1.333,4	1,14	0,86; 1,51
até 862,5	1,08	0,81; 1,43
<b>Consumo per capita energia elétrica</b>		
mais 83,5	1,00	
55 a 83,4	1,21	0,88; 1,65
16 a 55	1,52	1,15; 2,03

As características ocupacionais associadas à insatisfação geral com o trabalho estão apresentadas na tabela 10. Os indivíduos formados a mais de 16 anos independentemente do sexo e os que refeririam cansaço físico após o trabalho independentemente da idade, foram os que apresentaram maior chance julgarem-se insatisfeitos com o trabalho.

TABELA 10 - FATORES ASSOCIADOS À INSATISFAÇÃO GERAL REFERIDA COM O TRABALHO DE ACORDO COM AS CARACTERÍSTICAS OCUPACIONAIS.

Variáveis	Insatisfação geral referida com o trabalho	
	RP	IC 95%
<b>Tempo de formatura*</b>		
Até 6 anos	1,00	
6 a 16 anos	1,00	0,75; 1,33
Superior a 16 anos	1,33	1,03; 1,73
<b>Condição física após o trabalho**</b>		
Bem disposto	1,00	
Levemente cansado	3,38	1,79; 6,39
Muito cansado	5,71	3,08; 10,59
<b>Horas de trabalho semanais</b>		
Até 40 horas	1,00	
Acima de 40 horas	0,77	(0,48-1,24)
<b>Turno de trabalho</b>		
Matutino e/ou Vespertino	1,00	
Noturno	0,83	0,65; 1,05

\*controlado pelo gênero

\*\*controlado pela idade

As características de atividade física associada à insatisfação geral com o trabalho estão apresentadas na tabela 11. Observa-se que os professores menos ativos fisicamente são aqueles que referem maior insatisfação com relação ao trabalho.

TABELA 11: FATORES ASSOCIADOS À INSATISFAÇÃO GERAL REFERIDA COM O TRABALHO DE ACORDO COM AS CARACTERÍSTICAS DE ATIVIDADE FÍSICA.

Variáveis	Insatisfação geral referida com o trabalho	
	RP	IC 95%
<b>Atividade física de lazer **</b>		
Prática regular	1,00	
Raramente pratica	1,47	1,12; 1,94
Não pratica	1,75	1,38; 2,22
<b>Atividade física habitual</b>		
Moderadamente ativo/ Muito Ativo	1,00	
Pouco ativo	1,80	1,46; 2,22

\*\*controlado pela idade

As variáveis relacionadas à saúde associadas a insatisfação com o trabalho, são apresentadas na tabela 12. Os indivíduos que tem uma auto-avaliação negativa de saúde, apresentam dor de cabeça, problemas de sono, incapacidade/doença crônica ou que necessitam se ausentar do trabalho por mais de uma vez por ano, foram os que se apresentaram mais insatisfação com o trabalho. O comportamento preventivo apresenta uma relação inversa com a satisfação no trabalho, ou seja, quanto mais o indivíduo preocupa-se com a saúde mais insatisfeito com o trabalho ele refere.

TABELA 12 - FATORES ASSOCIADOS À INSATISFAÇÃO GERAL REFERIDA COM O TRABALHO DE ACORDO COM AS VARIÁVEIS RELACIONADAS À SAÚDE.

Variáveis	Insatisfação geral referida com o trabalho	
	RP	IC 95%
<b>Auto-avaliação de saúde</b>		
Excelente/boa	1,00	
Regular/ruim	2,03	1,71; 2,42
<b>Incapacidade/Doença crônica</b>		
Ausente	1,00	
Presente	1,48	1,19; 1,85
<b>Comportamento preventivo</b>		
Prevenção	1,00	
Ausência de prevenção	0,64	0,45; 0,89
<b>Licença de longa duração</b>		
Nenhuma vez/	1,00	
Uma vez	1,27	0,93; 1,73
Mais de uma vez	1,91	1,54; 2,37
<b>Licença de curta duração</b>		
Nenhuma vez	1,00	
Uma vez	1,26	0,92; 1,72
Mais de uma vez	1,91	1,53; 2,39
<b>Dores de cabeça*</b>		
Não	1,00	
Sim	1,51	1,20; 1,90
<b>Problemas do sono</b>		
Não	1,00	
Sim	1,80	1,47; 2,21

\*controlado pelo gênero

Os indivíduos que referiram maior pressão psicológica, angústia, nervosismo e/ou depressão, um escore negativo para a sobrecarga psicológica e estavam insatisfeitos com sua atividade física, apresentaram maiores chances de insatisfação geral com o trabalho, conforme tabela 13.

TABELA 13 - FATORES ASSOCIADOS À INSATISFAÇÃO GERAL REFERIDA COM O TRABALHO DE ACORDO COM AS CARACTERÍSTICAS PSICOSSOCIAIS.

Variáveis	Insatisfação geral referida com o trabalho	
	RP	IC 95%
<b>Pressão psicológica</b>		
Não	1,00	
Sim	1,65	1,34; 2,04
<b>Referência de angustia, nervosismo e/ou depressão</b>		
Não	1,00	
Sim	1,53	1,23; 1,90
<b>Escore de sobrecarga psicológica</b>		
Acima da mediana	1,00	
Abaixo da mediana	1,53	1,22; 1,92
<b>Satisfação com o hábito alimentar</b>		
Satisfeito	1,00	
Insatisfeito	1,26	0,98; 1,6
<b>Satisfação com a atividade física**</b>		
Satisfeito	1,00	
Insatisfeito	2,35	1,92; 2,89

\*\* controlado pela idade

A tabela 14, apresenta os comportamentos de risco associados à insatisfação com o trabalho. Os professores que apresentaram um escore do hábito alimentar negativo, consomem até três doses de bebidas alcoólicas ou referem mais de dois comportamentos de risco, apresentam maiores chances de insatisfação com o trabalho.

TABELA 14 - FATORES ASSOCIADOS À INSATISFAÇÃO GERAL REFERIDA COM O TRABALHO DE ACORDO COM OS COMPORTAMENTOS DE RISCO ADOTADOS.

Variáveis	Insatisfação geral referida com o trabalho	
	RP	IC 95%
<b>Estado nutricional</b>		
> 25	1,00	
25 ou mais	1,15	0,92; 1,45
<b>Hábito de fumar</b>		
Não	1,00	
Sim	1,24	0,97; 1,59
<b>Hábito de beber</b>		
até três doses semanais	1,00	
Acima de três doses semanais	0,72	0,54; 0,97
<b>Escore do Hábito alimentar</b>		
Positivo	1,00	
Negativo	1,92	1,54; 2,40
<b>Presença de Comportamento de risco<sup>***</sup></b>		
Nenhum comportamento de risco	1,00	
Um a 2 comportamentos de risco	1,37	0,97; 1,90
Mais de 2 comportamentos de risco	1,70	1,14; 2,55

<sup>\*\*\*</sup> controlado por gênero e idade

Para determinar os fatores associados aos comportamentos de risco adotados pelos professores de educação física, todas as variáveis analisadas neste estudo, foram controladas por gênero e idade.

Na tabela 15, estão apresentadas as características sócio-demográficas associadas aos comportamentos de risco, sendo que estas não influenciaram os professores de educação física quanto à adoção de comportamentos de risco.

TABELA 15 - FATORES ASSOCIADOS AOS COMPORTAMENTOS DE RISCO DE ACORDO COM CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS, CONTROLANDO POR GÊNERO E IDADE.

<b>Variáveis</b>	<b>Um a dois comportamentos de risco RP (IC 95%)</b>	<b>Mais de dois comportamentos de risco RP (IC 95%)</b>
<b>Estado civil</b>		
Casado/União estável	1,00	1,00
Solteiro	0,89 (0,75;1,05)	0,65 (0,30;1,44)
Divorciado ou viúvo	1,01 (0,76;1,35)	1,44 (0,82; 2,52)
<b>Renda per capita</b>		
> 1333,4	1,00	
862,6 a 1.333,4	0,95 (0,78;1,16)	1,06 (0,62;1,82)
até 862,5	0,95 (0,80;1,13)	0,81 (0,44;1,52)
<b>Consumo per capita energia elétrica</b>		
mais 83,5	1,00	1,00
55 a 83,4	1,09 (0,89;1,34)	0,87 (0,41;1,86)
16 a 55	1,2 (0,99;1,45)	1,27 (0,76;2,13)

As características ocupacionais associadas aos comportamentos de risco apresentadas tabela 16, demonstram que quanto maior o tempo de formatura, aumenta as chances destes professores adotarem um número maior de comportamentos de risco para a saúde, independentemente de sexo e idade.

TABELA 16 - FATORES ASSOCIADOS AOS COMPORTAMENTOS DE RISCO DE ACORDO COM CARACTERÍSTICAS OCUPACIONAIS, CONTROLANDO POR GÊNERO E IDADE.

<b>Variáveis</b>	<b>Um a dois comportamentos de risco RP (IC 95%)</b>	<b>Mais de dois comportamentos de risco RP (IC 95%)</b>
<b>Tempo de formatura</b>		
ate 6 anos	1,00	1,00
6 a 16 anos	1,29 (1,08; 1,54)	2,65 (1,32; 5,32)
> 16	1,77 (1,28; 2,43)	2,48 (1,27; 4,85)
<b>Condição física após o trabalho</b>		
Bem disposto	1,00	1,00
Levemente cansado	0,90 (0,72; 1,12)	0,41 (0,18; 0,96)
Muito cansado	1,07 (0,86; 1,33)	1,04 (0,58; 1,87)
<b>Horas de trabalho semanais</b>		
Até 40 horas	1,00	1,00
Acima de 40 horas	1,21 (1,0; 1,46)	1,66 (0,82-3,36)
<b>Turno de trabalho</b>		
Matutino e/ou Vespertino	1,00	1,00
Noturno	0,99 (0,85; 1,51)	0,70 (0,39;1,24)



Na tabela 17, estão apresentados os comportamentos de risco associado à atividade física. Não praticar atividade física de lazer ou ter um baixo nível atividade física habitual aumenta as chances do indivíduo adotar um maior número de comportamentos de risco a saúde, independentemente do gênero e da idade .

TABELA 17 - FATORES ASSOCIADOS AOS COMPORTAMENTOS DE RISCO DE ACORDO COM CARACTERÍSTICAS DE ATIVIDADE FÍSICA, CONTROLANDO POR GÊNERO E IDADE.

<b>Variáveis</b>	<b>Um a dois comportamentos de risco RP (IC 95%)</b>	<b>Mais de dois comportamentos de risco RP (IC 95%)</b>
<b>Atividade física de lazer</b>		
Prática regular	1,00	1,00
Raramente pratica	1,37 (1,12; 1,67)	1,25 (0,61; 2,55)
Não pratica	1,26 (0,97; 1,62)	1,59 (0,96; 2,62)
<b>Atividade física habitual</b>		
Moderadamente ativo/	1,00	1,00
Muito Ativo		
Pouco ativo	1,28 (1,10; 1,48)	2,93 (1,77; 4,85)

Auto-avaliar a saúde de forma negativa, ter que se ausentar do trabalho por mais de um vez no ano e referir dor de cabeça, aumentam as chances para que os indivíduos adotem um maior número de comportamentos de risco a saúde, conforme esta apresentado na tabela 18.

TABELA 18 - FATORES ASSOCIADOS AOS COMPORTAMENTOS DE RISCO DE ACORDO COM AS VARIÁVEIS RELACIONADAS À SAÚDE, CONTROLANDO POR GÊNERO E IDADE.

<b>Variáveis</b>	<b>Um a dois comportamentos de risco RP (IC 95%)</b>	<b>Mais de dois comportamentos de risco RP (IC 95%)</b>
<b>Auto-avaliação de saúde</b>		
Excelente/boa	1,00	1,00
Regular/ruim	1,20 (0,97; 1,49)	2,03 (1,33; 3,1)
<b>Incapacidade/Doença crônica</b>		
Ausente	1,00	1,00
Presente	0,97 (0,80; 1,32)	1,33 (0,78; 2,27)
<b>Comportamento preventivo</b>		
Prevenção	1,00	1,00
Ausência de prevenção	1,04 (0,88; 1,19)	1,07 (0,58; 1,96)
<b>Licença de longa duração</b>		
Nenhuma vez	1,00	1,00
Uma vez	1,09 (0,89; 1,32)	1,95 (0,91; 4,21)
Mais de uma vez	1,43 (1,19; 1,71)	2,93 (1,60; 5,33)
<b>Licença de curta duração</b>		
Nenhuma vez	1,00	1,00
Uma vez	1,15 (0,95; 1,41)	1,63 (0,76; 3,50)
Mais de uma vez	1,44 (1,24; 1,66)	2,80 (1,57; 5,00)
<b>Dores de cabeça</b>		
Não	1,00	1,00
Sim	0,98 (0,80; 1,19)	1,72 (1,23; 2,62)
<b>Problemas do sono</b>		
Não	1,00	1,00
Sim	0,98 (0,76; 1,28)	1,10 (0,71; 1,7)

As características psicossociais associadas aos comportamentos de risco apresentadas na tabela 19, demonstram que o indivíduo referir insatisfação com o hábito alimentar, com a atividade física e com o trabalho de modo geral aumenta as chances de adotar alguns comportamentos de risco à saúde .

TABELA 19 - FATORES ASSOCIADOS AOS COMPORTAMENTOS DE RISCO DE ACORDO COM CARACTERÍSTICAS PSICOSSOCIAIS, CONTROLANDO POR GÊNERO E IDADE.

<b>Variáveis</b>	<b>Um a dois comportamentos de risco RP (IC 95%)</b>	<b>Mais de dois comportamentos de risco RP (IC 95%)</b>
<b>Pressão psicológica</b>		
Não	1,00	1,00
Sim	0,84 (0,68; 1,04)	0,94 (0,57; 1,53)
<b>Escore de sobrecarga psicológica</b>		
Acima da mediana	1,00	1,00
Abaixo da mediana	1,12 (0,96; 1,31)	1,46 (0,89; 2,4)
<b>Satisfação com o hábito alimentar</b>		
Satisfeito	1,00	1,00
Insatisfeito	1,20 (1,03; 1,4)	1,66 (0,98; 2,81)
<b>Satisfação com a atividade física</b>		
Satisfeito	1,00	1,00
Insatisfeito	1,30 (1,11; 1,52)	1,20 (1,02; 1,41)
<b>Satisfação geral com o trabalho</b>		
Satisfeito	1,00	1,00
Insatisfeito	1,15 (1,00; 1,33)	1,65 (1,00; 2,79)

## 6 DISCUSSÃO

Este capítulo destina-se a discussão dos resultados deste estudo que objetivou descrever as características de estilo de vida e a satisfação referida quanto ao trabalho dos professores de Educação Física de Florianópolis. Para facilitar a discussão, os resultados são apresentados de acordo com os objetivos específicos.

No presente estudo pode se afirmar que a validade é alta, não houve viés de seleção ou de amostragem, pois a seleção amostral foi aleatória e probabilística. Na análise das perdas, não houve diferença em relação à população de estudo, sendo esta representativa dos professores de educação física.

As limitações do estudo estão, particularmente, no fato de se utilizar como instrumento um questionário e de se reduzir a uma ou duas questões (como o caso do consumo de cigarros e bebidas alcoólicas) a fonte de informação de algumas variáveis, e também ao fato de que o comportamento relacionado à saúde tende a apresentar uma variação sazonal.

As principais características do estilo de vida adotado pelos professores, primeiro objetivo deste trabalho, demonstraram que de maneira geral os professores de educação física adotam um estilo de vida considerado saudável.

Os dados sobre as características de atividade física da população têm sido alvo de muitos estudos ao redor do mundo, procurando identificar o impacto do sedentarismo no estilo de vida do ser humano (CDC, 1996).

A atividade física é o fator do estilo de vida que afeta mais positivamente a saúde, contribuindo como fator independente positivo na auto-avaliação de saúde (FYLKESNES e FORDE, 1992), e que está associada a outros comportamentos de risco e portanto não pode ser negligenciado pelos profissionais da saúde, neste caso, representados pelos professores de educação física, seja para beneficiar sua saúde como para dispor de maior credibilidade em suas recomendações

sobre um estilo de vida ativo (PATE et al., 1995).

Alguns levantamentos mais informais realizados por empresas de pesquisa de opinião pública no Brasil, tais como DATA FOLHA e IBOPE têm incluído o perfil de atividade física. Em 1997, o DATA FOLHA realizou um levantamento em 98 municípios do Brasil, envolvendo 2.504 indivíduos, encontrando um prevalência no Brasil de 60% de sedentarismo; considerado quando o interrogado não referia qualquer prática de atividade física (DATA FOLHA, 1997). Sendo que os diagnósticos feitos por pesquisadores brasileiros mostram dados sobre o perfil de atividade física variados, principalmente pelas diferenças metodológicas e de análise utilizadas (MATSUDO et al, 2002).

REGO (1990) realizou um estudo no município de São Paulo com uma amostra de 1.479 pessoas adultas e verificou que 57% dos homens e 80% das mulheres não praticavam atividades físicas dando um total de 69,3% da população totalmente sedentária. BARROS (1999) desenvolveu um estudo nas indústrias de Santa Catarina e mostrou que 46,4% dos trabalhadores não realizavam atividade física de lazer, sendo que as mulheres e os mais velhos realizavam ainda menos.

No município de Novo Hamburgo-RS, PEREIRA et al (1999), com 398 indivíduos com idade variando de 30 a 60 anos de ambos os sexos mostraram que 13,8% cumpriam o critério estabelecido pelos autores como fisicamente ativos. Quando compararam entre os sexos, evidenciaram que as mulheres tiveram uma tendência a uma maior participação nas atividades físicas regulares do que os homens (14,8% vs 12,8%).

No município do Rio de Janeiro, GOMES et al (2001) avaliaram a atividade física (ocupacional e de lazer) em uma amostra de 4.331 indivíduos maiores de 12 anos de idade em inquérito domiciliar. Os dados indicaram que os homens são mais ativos no lazer (18,4% referiram praticar atividade física contra 9,1% das mulheres) para todas as faixas etárias, e que o nível de grau de escolaridade esta diretamente relacionado a frequência de atividade física de lazer para ambos os sexos.

Os resultados observados neste estudo, corroboram com a literatura uma vez que todos os entrevistados possuem nível de superior completo e apresentam um nível de atividade física adequada, e os homens referiram maior frequência de satisfação quanto a prática de atividade física do que as mulheres.

SHARKEY (1998) afirma que o estilo de vida ativo é um importante determinante para a saúde das pessoas uma vez que funciona como um ímã atraindo comportamentos saudáveis e eliminando comportamentos negativos tais como: hábito de fumar, consumo de bebidas alcoólicas, alimentação inadequada e sobrepeso/obesidade.

Quanto aos aspectos de saúde entre os professores de educação física a percepção de saúde positiva foi semelhante à observada na Pesquisa de Padrão de vida – PPV (1998), segundo a qual 80,6% da população da região sudeste e nordeste do país consideram seu estado de saúde atual como sendo bom ou muito bom. Índice semelhante (85,2%) também foi observado por BARROS e NAHAS (2001) entre os industriários de SC. Neste estudo, a percepção positiva de saúde foi maior entre os professores não fumantes, praticantes atividade física e sem histórico de incapacidade física ou doença crônica.

Para PEGADO (1990), é o estado de plena realização do potencial do ser humano que depende das condições de vida a que as pessoas estão expostas. BLAIR et al (1996), mencionam que a saúde não é apenas a ausência de doenças, é a capacidade de desenvolver as atividades da vida diária desfrutando-as sem fadiga.

Segundo SANCHS (1998) em estudo das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil, a autopercepção do estado de saúde varia de acordo com região do país e se distribuem desigualmente de acordo com a escolaridade, a raça ou cor da pele das pessoas, e de acordo com a área urbana ou rural do país. Sendo que o determinante mais importante do estado de saúde auto-percebido foi a idade, mas ainda assim os níveis de educação e de rendimento apresentaram contribuições adicionais. Este comportamento da autopercepção do estado geral de saúde no caso da população brasileira está

muito próximo do que se conhece de outros estudos (SADANA et al., 2000; SADANA et al., 2002).

As mulheres tendem a auto-avaliar sua saúde mais pobremente que os homens até atingirem a idade avançada, relatando mais sintomas de estresse, depressão, angústia (O'BRIEN e VERTINSKY, 1991). No estudo de REINHOLD (1984), foi verificado os fatores estressantes (de pressão psicológica) que o professor brasileiro enfrenta em seu trabalho. Participaram da pesquisa 72 professoras, às 40 horas semanais em sala de aula, mais o tempo despendido em casa com preparação de aulas, aliados aos afazeres domésticos, realmente deixariam essas professoras com pouco tempo para descanso e lazer, o que aumentaria seu nível de estresse. Sugerindo que a situação doméstica e os cuidados com os filhos constituam fatores estressantes (de pressão psicológica) não-ocupacionais relevantes. O que concorda com os resultados obtidos neste estudo, com as mulheres demonstrando uma tendência maior para a sensação de angústia ou depressão que os homens.

É importante salientar que existem diferenças para o exercício profissional entre homens e mulheres, além de ser comum a sobrecarga de trabalho das mulheres, pois muitas vezes, conciliam atividades domésticas com o exercício profissional, o que representa desgaste físico e mental que pode repercutir em agravos à saúde (KNIBBE et al,1996; GLYNN,1996) Vários autores têm demonstrado que, em geral, mulheres se afastam do trabalho mais dos que os homens (BRENNER et al,2000; CHEVALIER et al, 1987). Conforme KNIBBE et al (1996) isso só é observado em relação as licenças de longa duração (maiores do que sete dias), pois para os afastamentos de curta duração (até sete dias) são maiores entre os homens. Demonstrando que os dados obtidos quando aos afastamentos de longa duração estão de acordo com a literatura. Contrariando estes achados, REIS et al (2003) estudando 965 profissionais de enfermagem de um hospital Universitário quanto aos afastamentos do trabalho por doença, não encontrando diferenças para gênero e idade.

A referência a dores de cabeça e problemas de sono não apresentou diferença significativa entre os professores de educação física, sendo que a prevalência encontrada esta próxima do obtido por ALVAREZ (2002) nos funcionários do CIASC encontrou que os distúrbios mais freqüentes eram dor na coluna (42,9%) seguido por dor de cabeça (24,2%) e MILITÃO (2001) onde 19% dos funcionários de empresas com programa de ginástica laboral referiam dor de cabeça.

Quanto às características de comportamentos de risco abordados no trabalho, observou-se que a proporção de homens que apresentaram sobrepeso e obesidade é maior comparado com as mulheres. Tais resultados divergem de vários estudos (REGO et al., 1990; MENDONÇA e ANJOS, 2004) que apontam maior índice de sobrepeso e obesidade entre as mulheres e corroboram os resultados de BARROS (1999) e ALVAREZ (2002) os quais demonstraram maior índice de sobrepeso entre os homens.

Embora valores de IMC acima de  $30\text{kg/m}^2$  sirvam como critério para definir obesidade em populações, seu emprego deve ser cauteloso, pois esse índice, na verdade, não mede o excesso de massa gorda. Entretanto, motivos suficientes são apresentados pelo IMC para ser utilizado em pesquisas epidemiológicas como indicador do estado nutricional (CASTRO et al, 2004).

No Brasil, estima-se que cerca de 200.000 mortes/ano são decorrentes do tabagismo (OPAS, 2002). A exposição ao fumo foi semelhante à prevalência nacional (12,9 a 25,2%) conforme os dados do Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não transmissíveis, realizado entre 2002 e 2003, com pessoas com idades superiores a 15 anos, residentes em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, (INCA, 2004), assim como foi semelhante a prevalência encontrada por BARROS e NAHAS (2001) junto aos industriários de SC, onde 20,6% eram fumantes e por SABRY et al (1999) junto aos de funcionários da Universidade Estadual do Ceará, em Fortaleza, que abrangeu 317 funcionários, dos quais 26,2% eram fumantes.



A literatura científica relacionada com o etilismo, contrariamente ao que se observa no tocante ao tabagismo, não preconiza exclusão do consumo de bebidas alcoólicas e, sim, o controle de sua ingestão, embora não haja total consenso quanto aos teores aceitáveis (SABRY et al, 1999). A avaliação do consumo de bebidas alcoólicas é bastante complexa e, possivelmente, bastante imprecisa, devido às técnicas empregadas e a dificuldade do etilista admitir que tem um consumo exagerado de álcool (BARROS, 1999).

O alcoolismo aumenta o risco de mortalidade de duas a três vezes mais se comparados com os não-alcoólicos (BUNN et al., 1994), e ainda reduzir a expectativa de vida em quinze anos para estas pessoas (HABERMAN e NATARAJAN, 1989); o álcool é a terceira causa de morte nos Estados Unidos (NIEMAN, 1999).

Os dados relativos ao consumo de álcool no Brasil são escassos, principalmente pela diversidade geográfica, socioeconômica e cultural. Segundo os dados do MINISTÉRIO DA SAÚDE (1988), no Brasil, o consumo de álcool em excesso parece ser maior entre homens e nas pessoas com idade entre 18 e 34 anos.

ALMEIDA e COUTINHO (1993), investigaram o consumo de álcool na Ilha do Governador, no Rio de Janeiro, detectando 52% dos entrevistados faziam uso de bebida alcoólica. BARROS (1999) em estudo realizado com industriários catarinenses, encontrou que 45,4% da amostra faziam uso de bebida alcoólica.

No presente estudo, a proporção de sujeitos que referiram consumo semanal de álcool foi menor do que a encontrada em outros estudos e não apresentou diferenças entre os sexos. Sendo que, os indivíduos mais insatisfeitos com o trabalho de modo geral têm maiores chances de consumir mais bebidas alcoólicas.

Os problemas decorrentes do consumo inadequado de alimentos já são conhecidos há muito tempo, expondo a população a graves e flagrantes danos à saúde, principalmente se considerarmos os diferenciais regionais existentes

dentro e entre países (DREWNOWSKI e POPKIN, 1997; FUNG et al., 2001; GALEAZZI et al., 1997; MONTEIRO et al., 2000; PRYER et al., 2001).

O perfil alimentar da população está fortemente associado a aspectos culturais, nutricionais, sócio-econômicos e demográficos, tornando necessário um melhor entendimento destes aspectos e seus mecanismos no entendimento das mudanças de comportamento alimentar e suas conseqüências (KUSHI et al., 1988; MARTINS et al., 1994; MONTEIRO et al., 2000; SHIMAKAWA et al., 1994; THOMPSON et al., 1992; VAN HORN et al., 1991).

No Brasil, nas últimas décadas, vêm ocorrendo modificações expressivas no padrão alimentar da população urbana. Particularmente no que se refere à redução no consumo de cereais, leguminosas, raízes e tubérculos, à substituição da gordura animal pelos óleos vegetais, bem como ao aumento no consumo de ovos e de leite e derivados (MONDINI e MONTEIRO, 1994; MONTEIRO et al., 2000). Essas mudanças no consumo alimentar, em conjunto com outras alterações no estilo de vida – especialmente aquelas relacionadas ao nível de atividade física – podem ter contribuído para a elevação das taxas de prevalência do excesso de peso (SICHIERI, 1998)

FONSECA et al (1999) observaram entre bancários do Rio de Janeiro, que os homens, especialmente os mais jovens, apresentaram a dieta mais rica em colesterol, gordura saturada, sal e açúcar.

Neste estudo, apesar da maioria apresentar, de forma geral, bons hábitos alimentares, os homens tendem a adotar um alimentação menos saudável (escore negativo). Resultado que confirma as diferenças de hábitos alimentares segundo o sexo, já identificados em outras investigações (BLAXTER, 1990; RAITAKARI et al., 1995; FARCHI et al., 1994).

Todos os comportamentos de risco a saúde avaliados (estado nutricional, habito de fumar, consumo de bebidas alcoólicas e hábito alimentar negativo) quando associados, demonstram que os homens adotam mais comportamentos de risco a saúde que as mulheres.

O segundo objetivo deste trabalho, foi determinar os fatores associados à satisfação referida quanto ao trabalho pelos professores. A satisfação no trabalho é um fenômeno complexo e de difícil definição, por se tratar de um estado subjetivo, podendo variar de pessoa para pessoa, de circunstância para circunstância e ao longo do tempo para a mesma pessoa. A satisfação está sujeita a influências de forças internas e externas ao ambiente de trabalho imediato (FRASER,1983), podendo afetar a saúde física e mental do trabalhador, interferindo em seu comportamento profissional e/ou social. Sendo muito importante pois reflete como a pessoa se sente com relação a ela mesma e com a sua função dentro do conjunto maior que é o ambiente de trabalho. Está diretamente relacionado com a aceitação pelos outros, maior entrosamento social e a alta auto-estima.

Neste estudo, a insatisfação em relação ao trabalho foi maior entre os professores formados a mais de 16 anos. Existem duas explicações possíveis, a primeira reside no fato de que estes profissionais ingressaram na profissão antes de sua regulamentação, fato que não aconteceu aos professores com menos de seis anos de formados e que poderia explicar os níveis de satisfação mais elevados destes em relação aos demais. Outro ponto, é o fato de que os profissionais de educação físicos têm se inserido em outros ambientes de trabalho que não o escolar.

A condição física referida após o dia de trabalho também foi um fator para a insatisfação entre os professores, que pode ser explicado pelas longas jornadas de trabalho ou pelo trabalho desenvolvido pelo profissional que depende muito da condição física para ministrar boas aulas. GRANDJEAN (1998) explica que longas jornadas de trabalho, superiores a 8 horas diárias, acabam tornando-se improdutivas, pois o individuo tende a reduzir seu ritmo de trabalho a fim de acumular reservas para suportar as horas-extras e ainda traz um aumento do absenteísmo, acompanhado de doenças e acidentes.

MARTINEZ et al (2004) estudando 224 empregados de uma empresa de auto-gestão de planos de previdência privada e de saúde na cidade de São

Paulo, encontrou que a satisfação no trabalho apareceu associada ao tempo na empresa e cargo, onde maiores níveis de satisfação foram observados entre os trabalhadores com menor tempo na empresa e aqueles com cargos de direção.

A satisfação no trabalho esteve associada às dimensões da saúde mental e à capacidade para o trabalho. ROSA e RIBEIRO (2001) avaliando 553 analistas de sistemas sobre as repercussões do trabalho na saúde, de empresas da região metropolitana de São Paulo, observou que os fatores de incômodo, com frequência semelhante entre homens e mulheres, foram: sobrecarga de trabalho devido a prazos curtos; alto grau de responsabilidade; exigência mental do trabalho; e complexidade da tarefa. As mulheres relataram maior frequência de sintomas visuais, musculares e relacionados a estresse; maior insatisfação com o trabalho; maior fadiga física e mental.

Concordando com o que diz a literatura (PETERSON e DUNNAGAN 1998; ROCHA, 1996; MARQUES, 1993), no presente estudo, a insatisfação com o trabalho apareceu associada a alguns aspectos relacionados à saúde, entre eles a auto-avaliação negativa de saúde, presença de incapacidade física ou doença crônica, dores de cabeça, problemas de sono e ausência de comportamento preventivo. É possível que, por trabalharem com aspectos relacionados à saúde (atividade física), os professores busquem assistência médica nas fases iniciais de queixas ou de manifestação de sintomas, evitando o seu agravamento e eventuais afastamentos por doença.

A insatisfação no trabalho também foi maior entre os professores que praticam pouca ou nenhuma atividade física, ocupacional ou de lazer.

As características psicossociais referidas pelos professores, sensação de pressão psicológica, referência de angústia, nervosismo e/ou depressão e um escore negativo de sobrecarga psicológica, apareceram associados a uma maior insatisfação com o trabalho. A possível explicação para esta relação considera que o trabalho é uma das mais importantes maneiras do homem se posicionar como indivíduo; é algo que complementa e dá sentido à vida (LUNNARDI FILHO, 1997; ALBERTO, 2000). Por isso, o trabalho é visto como um dos

componentes da felicidade humana, na qual a felicidade no trabalho é tida como resultante da satisfação de necessidades psicossociais, do sentimento de prazer e do sentido de contribuição no exercício da atividade profissional (ALBERTO, 2000). A satisfação no trabalho tem sido identificada como exercendo influência sobre o estado emocional do indivíduo, manifestando-se na forma de alegria decorrente da satisfação, ou na forma de sofrimento decorrente da insatisfação (LOCKE, 1984). Segundo WARR (1994) e PARKER et al (1997) os fatores psicossociais são centrais na determinação da satisfação no trabalho, pela maneira como o indivíduo percebe, valoriza e julga esses aspectos.

O que poderia justificar que os indivíduos que referiram hábito de consumir bebidas alcoólicas, escore negativo do hábito alimentar e dois ou mais comportamentos de risco, independentemente do gênero e da idade, apresentem-se mais insatisfeitos com o trabalho.

A adoção de comportamentos de risco a saúde (obesidade, hábito de fumar, abuso de bebidas alcoólicas e dieta inadequada) é responsável por uma parcela significativa de mortes prematuras. A literatura relata que características sócio-demográficas (KIM et al, 1998; SALLES-COSTAS et al, 2003) e psicossociais (HAVAS et al, 1998; PATTERSON et al, 1994) estão associadas a adoção destes comportamentos. Contrariando a literatura, as variáveis sócio-demográficas não foram fatores determinantes na adoção de comportamentos de risco entre os professores estudados.

O estilo de vida é caracterizado por padrões de comportamento identificáveis que podem ter um efeito profundo na saúde dos seres humanos e está relacionado com diversos aspectos que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas (WHO, 1998). A atividade física e os hábitos alimentares são dois elementos do estilo de vida que desempenham um papel significativo na promoção da saúde e na prevenção de doenças (BLAIR et al. 1996). Além disso, outros elementos do estilo de vida são também importantes para a saúde e o bem-estar, tais como evitar o uso de cigarros, possuir um bom relacionamento com a família e amigos, evitar o consumo de álcool, controle do

estresse, além da necessidade de se ter uma visão otimista e positiva da vida (CSEF, 1998), influenciam diretamente a saúde e o bem-estar das pessoas (CORBIN, LINDSEY e WELK, 2000).

Dentre as características ocupacionais estudadas, o tempo de formatura aumentou a chance dos professores adotarem os comportamentos de risco, sendo que este risco aumenta proporcionalmente ao tempo de formado independentemente do sexo e da idade.

A atividade física é o fator do estilo de vida que afeta mais positivamente a saúde, contribuindo como fator independente positivo na auto-avaliação de saúde (FYLKESNES e FORDE, 1992), e que está associada a outros comportamentos de risco e portanto não pode ser negligenciado pelos profissionais da saúde, neste caso, representados pelos professores de educação física, seja para beneficiar sua saúde como para dispor de maior credibilidade em suas recomendações sobre um estilo de vida ativo (PATE et al., 1995). Concordando com a literatura, os indivíduos que possuíam um baixo nível de atividade física apresentaram uma maior predisposição para adoção dos comportamentos de risco estudados.

SEGOVIA et al., (1989); JOHANSSON e SUNDQUIST (1999), sugerem que os comportamentos de risco estão associados ao nível de saúde referida pelos sujeitos. Neste estudo, independentemente do gênero e da idade, avaliar a saúde de forma negativa, necessitar se ausentar do trabalho por motivo de doença, referir dor de cabeça e problemas de sono aumentou as chances dos indivíduos adotarem comportamentos de risco a saúde.

É plenamente reconhecido na literatura que o estilo de vida das pessoas está relacionado à qualidade da saúde e da vida em geral. O estilo de vida está associado aos diversos hábitos e opções que a pessoa realiza em seu dia a dia. Para SHEPHARD (1994), deve ser considerado com relação ao estilo de vida das pessoas, o comportamento nas diferentes opções de vida incluindo o exercício, o tempo de lazer, a atividade física, e num sentido mais completo o trabalho.

Os fatores que estão relacionados a insatisfação como: o habito alimentar,

a atividade física e o trabalho de um modo geral, aumentaram as chances dos professores adotarem comportamentos de risco.

Visto que o estilo de vida, se traduz concretamente em ações e hábitos que a mesma realiza em seu dia a dia, associado ao que ela come, a seus hábitos de atividade física, a seu comportamento com relação ao consumo de drogas, bebida alcoólica (JANISSEK, 1995), a qualidade de seu repouso e lazer e a qualidade de seu ambiente de trabalho, todas estas variáveis e comportamentos terão repercussões na saúde geral (PAFFENBARGER, 1988; FEDÉRATION INTERNATIONALE DE MEDECINE SPORTIVE, 1998), existindo fatores positivos e negativos em nosso comportamento, em nosso estilo de vida que podem manter, promover ou melhorar a saúde, como também prejudicá-la ou diminuí-la, afetando-a a curto, médio e longo prazo.

## 7 CONCLUSÕES

A modernização e as alterações econômicas e políticas produziram mudanças não só no tipo das atividades ocupacionais como também no comportamento das pessoas alterando os padrões de atividade física, alimentação, consumo de bebidas alcoólicas e da satisfação com o trabalho. Este conjunto de comportamentos constitui o estilo de vida sendo que este possui uma estreita relação com a saúde e com o bem-estar das pessoas, com reflexos diretos nos âmbitos da qualidade de vida pessoal e do trabalho.

De acordo com os objetivos propostos e os resultados apresentados as seguintes conclusões são estabelecidas.

Os professores de educação física, avaliados neste estudo são em sua maioria do sexo masculino (57,9%), com idade média de 34,1 anos, renda per capita média de 1.246 reais, tempo médio de formado de 9,1 anos. A maioria deles trabalha mais de 20 horas semanais e no período noturno.

A maioria dos professores apresenta níveis adequados de atividade física, ocupacional e de lazer, sendo os homens mais ativos e satisfeito com sua atividade física que as mulheres. Também auto-avaliam sua saúde positivamente, não referem incapacidade física/doença crônica, dores de cabeça ou problemas de sono, angustia, nervosismo ou depressão. O número de homens que apresentam sobrepeso é maior do que entre as mulheres, assim como estes adotam hábitos alimentares menos saudáveis. Quando associados os homens tendem a apresentar mais de um comportamento de risco.

Quanto ao trabalho a maioria se diz satisfeito, não sendo significativas as diferenças para as variáveis carga horária, ambiente, motivação, valorização e satisfação no trabalho em relação ao gênero

Entre os fatores associados à insatisfação geral com o trabalho, o consumo de energia elétrica, estar formado a mais de 16 anos, referir cansaço após o



trabalho, inatividade física, auto-avaliação negativa de saúde, presença de incapacidade física/doença crônica, dor de cabeça, problemas de sono, necessidade de se ausentar por mais de uma vez no ano do trabalho, maior pressão psicológica, referencia a angustia, nervosismo e/ou depressão, escore abaixo da mediana de sobrecarga psicológica e a insatisfação com a atividade física, consumir ate três doses de bebidas alcoólicas, adotar um hábito alimentar negativo ou apresentar mais de um comportamento de risco influenciam na insatisfação com o trabalho referido pelos professores. Sendo que os indivíduos que adotam comportamento preventivo em saúde apresentam uma relação inversa, ou seja, quanto mais ele se preocupa com a saúde mais insatisfeito esta.

Dentre as variáveis analisadas que parecem influenciar na adoção de mais comportamentos de risco a saúde estão: o tempo de formado, a inatividade física habitual e de lazer, auto-avaliação de saúde negativa, necessidade de licença mais de uma vez no ano, dor de cabeça e referir insatisfação quanto ao habito alimentar, de atividade física e com o trabalho.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEL, T. Measuring health lifestyles in a comparative analysis: Theoretical issues and empirical findings. **Social Science and Medicine**, v.32,n.8, p.899-908,1991.

AJZEN, I & FISHBEIN,M. **Understanding attitudes and predicting social behavior**. Englewood Cliffs. Prentice-Hall, 1980.

ALBERTO, L.C.F.R. **Os determinantes da felicidade no trabalho: um estudo sobre a diversidade nas trajetórias profissionais de engenheiros**. Dissertação (Mestrado em Psicologia), São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2000.

ALMEIDA LM, COUTINHO ESF. Prevalência de consumo de bebidas alcoólicas e de alcoolismo em uma Região Metropolitana do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, n.27:23-9. 1993

ALVAREZ, B.R. **Estilo de vida e hábitos de lazer de trabalhadores, após dois anos de aplicação de um programa de ginástica laboral e saúde**. Tese (Doutorado em Ergonomia), Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

ANDERSEN, R. Exercise, an active lifestyle, and obesity. **The Physician And Sports Medicine**, v.27,n.10, p. 41-51, 1999.

ANDERSEN, R.E.; WADDEN, T.A.; BARTLETT, S.J.; ZEMEL, B.; VERDE, T.J. & FRANCKOWIAK, S.C. Effects of lifestyle activity vs structured aerobic exercise in obese women: a randomized trial. **JAMA**, v.281,p. 335-340, 1999.

ANJOS, L. A. Prevalência da inatividade física no Brasil. **Anais do 2º Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde**, Florianópolis. 1999: 58-63.

ANJOS, L.A.; SILVA, D.O. & SERRÃO, S.A. Vigilância Nutricional em adultos: experiência em uma unidade atendendo população favelada. **Cadernos de Saúde Pública**, 8(1), 50-56, 1992.

ARENDT, H. **A condição humana**. 4.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1989.

BANDURA, A. **Social Foundations of Thought and Action**. Englewood Cliffs. Prentice-Hall, 1986.

BARROS, M.V.G. **Estilo de vida e hábitos de lazer dos trabalhadores da indústria catarinense**. Florianópolis: Núcleo de Pesquisa em Atividade Física & Saúde. Serviço Social da Indústria, 1999.

BARROS, M.V.G. e NAHAS, M.V. Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. **Revista de Saúde Pública**. v.35, n.6, 554-63, 2001.

BARROS AJD, HIRAKATA, V. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: na empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Medical Research Methodology**, 2003.

BENNETT, K. M., 1998. Customary physical activity and gender as precursors for late life personal disturbance. **British Journal of Clinical Psychology**, 37:189-197.

BERLIN, J.A. & COLDITZ, N.M. A meta analysis of physical activity in healthy normotensive men and women. **American Journal of Epidemiology**, v.132, p. 612-628, 1990.

BIDDLE, S. & SMITH, A.R. Motivating adults for physical activity: towards a healthier present. **Journal of Physical Education, Recreation and Dance**. september, p.39-43, 1991.

BLAIR, S. N. et al. Physical activity, nutrition, and chronic disease. **Medicine. Science Sports Exercise**, v.28, n.3, p.335-349, 1996.

BLAXTER, M. **Health & Lifestyles**. New York: Routledge Publication. 1990.

BOUCHARD, C.; SHEPARD, R.J.; STEPHENS, T.; SUTTON, J.R. & McPHERSON, B.D. **Exercise, Fitness and Health: The consensus Statement**. Champaign, IL, Human Kinetics, 1990.

BRENNER H. e AHERN W. Sickness absence and early retirement on health grounds in the construction industry in Ireland. **Occupaccional Environmental Medical**. n.57, p.615-20, 2000.

BUTTRISS, J.L. Food and nutrition: attitudes, beliefs, and knowledge in the United Kingdom. **American Journal of Nutrition**, v.65, p.1985-1995, 1997.

CASPERSEN, C.J.; POWELL, K.E.; CHRISTENSON, G.M. Physical Activity, exercise, and physical fitness: definition and distinctions for health-related research. **Public Health Reports**. v.100, n.2, p.172-179, 1985.

CASTRO,L.C.V.; FRANCESCHINI,S.C.C., PRIORE,A.D. Nutrição e doenças cardiovasculares: os marcadores de risco em adultos. **Revista de Nutrição**. V.17, n.3, p.369-377, 2004.

CHEVALIER, A.; LUCE D.; BLANC, C. e GOLDBERG, M. Sickness absence at the French National Electric and Gas Company. **British Journal Industrial Medicine**. n.44,p. 101-10, 1987.

COCKERHAM, W.C.; ABEL,T. & LUSCHEN, G. Max Weber, formal rationality, and health lifestyles. **The Sociological Quarterly**, v.34, n.3, p.413-435, 1993.

COCKERHAM, W.C.; RUTTEN, A. & ABEL,T. Conceptualizing contemporary health lifestyles: moving beyond Weber. **The Sociological Quarterly**, v.38, n.2, p.321-444, 1997.

CODA, R. Relação entre motivação, satisfação no trabalho e administração de rh. In: Bergamini, C W; Coda, R, Orgs. **Psicodinâmica da Vida Organizacional: Motivação e Liderança**. São Paulo: Pioneira, 1990.

CORBIN, C. B.; LINDSEY, R.; WELK, G. **Concepts of physical fitness: active lifestyles for wellness**. 10th. ed. New York, NY: McGraw Hill, 2000.

CSEF - Canadian Society for Exercise Physiology. **The Canadian Physical Activity, fitness and Lifestyle Appraisal: CSEP's guide to health active living**. 2<sup>nd</sup> ed. Ottawa: CSEF, 1998.

DATA FOLHA. **Pesquisa de pratica de atividades física no Brasil**. Relatório Data Folha, Novembro, 1997.

DEAN, K.; COLOMER, C. & PEREZ-HOYOS, S. Research on lifestyles and health: Searching for meaning. **Social Science and Medicine**, v. 41, p.845-855, 1995.

DEJOURS,C. **A loucura do trabalho**. 5.ed. São Paulo; Cortez, 1992.

DISHMAN, R.K Determinants of participation in physical activity. In BOUCHARD, C.; SHEPARD, R.J.; STEPHENS, T.; SUTTON, J.R. & McPHERSON, B.D. **Exercise, Fitness and Health: The consensus Statement**. Champaign, IL, Human Kinetics, 1990.

DISHMAN, R.K. & SALLIS, J.F. Determinants and interventions for physical activity and exercise. In BOUCHARD, C.; SHEPARD, R.J.& STEVENS, T. **Physical activity, fitness and health: international proceedings and consensus statement**. Champaign, Human Kinetics, 1994.

DISHMAN, R.K. Compliance/adherence in health-related exercise. **Health Psychology**, v.1, p.237-267, 1982.

DISHMAN, R.K.; SALLIS, J.F. & ORENSTEIN, D.R. The determinants of physical activity and exercise. **Public Health Reports**, v.100, p.100-158, 1985.

DREWNOWSKI, A. & POPKIN, B. M. The nutrition transition: New trends in the global diet. **Nutrition Reviews**, n 55;31-43,1997.

EROSA, Mario. **El stress**. Disponível em: URL:<http://www.monografias.com> [ 2001 set 22]

ESTEVE, J.M. Mudanças sociais e função docente. In: A. NOVOA (Org), **Profissão professor** (p. 93-124), Porto: Porto, 1991.

FARCHI, G.; FIDANZA, F.; MARIOTTI, S. & MENOTTI, A. Is diet an independent risk factor for mortality? 20 year mortality in the Italian rural cohorts of the Seven Countries Study. **European Journal of Clinical Nutrition**, 48:19-29,1994.

FEDERATION INTERNATIONALE DE MEDICINE SPORTIVE. A inatividade física aumenta os fatores de risco para a saúde e a capacidade física (posicionamento oficial) **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. n. 2, v. 4, mar. /abr,1998.

FILKESNESS, K. E FORDE, O.H. Determinants and dimensions involved in self-evaluation of health. **Sociology Science medicine**. V.35, n.3, 271-279, 1992.

FLETCHER, G.F.; BALADY, G.; BLAIR, S.N.; BLUMENTHAL, J.; CASPERSEN, C.; CHAITMAN, B.; EPSTEIN, S.; SIVARAJAN, E.S.; FROELICHER, V.F.; PINA, I.L. & POLLOCK, M.L. A statement for health professionals by the Committee on exercise and cardiac rehabilitation of the council on clinical cardiology, American Heart Association. **Circulation**, v. 94, 857-862, 1996.

FONSECA, M.J M., CHOR, D. E VALENTE, J.G. Hábitos alimentares entre funcionários de banco estatal: padrão de consumo alimentar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.1;29-39, 1999.

FRANKLIN, B.A. Program factors that influence exercise adherence: practical adherence skills for the clinical staff. In DISHMAN, R.K. **Exercise adherence: Its impact on Public Health**. Champaign, Human Kinetics, 1988, p.237-257.

FRENCH, S.A.; HENNRİKUS, D.J. & JEFFERY, R.W. Smoking status, dietary intake, and physical activity in a sample of working adults. **Health Psychology**, v.15, n.6, p. 448-454, 1996.

FUNG, T. T.; RIMM, E. B.; SPIEGELMAN, D.; RIFAI, N.; TOFLER, G. H.; WILLETT, W. C. & HU, F. B.. Association between dietary patterns and plasma biomarkers of obesity and cardiovascular disease risk. **American Journal of Clinical Nutrition**, n.73:61-67, 2001.

GALEAZZI, M.A.M.; DOMENE, S.M.A. & SICHIERI, R. Estudo multicêntrico sobre consumo alimentar. **Cadernos de debate**, (volume especial), 1997.

GARCIA, A. W.; PENDER, N. J.; ANTONAKOS, C. L. & RONIS, D. L. Changes in physical activity beliefs and behaviors of boys and girls across the transition to junior high school. **Journal of Adolescents Health**, n.22, p.394-402. 1998

GLANZ, K. & ERIKSEN, M.P. Individual and community models for dietary behavior change. **Journal of Nutrition Education**, 1993.

GLYNN RJ, BURING JE. Ways of measuring rates of recurrent events. **British Medical Journal**, v.312, n.7027, p.364-7, 1996.

GOMES, V. B.; SIQUEIRA, K. S. & SICHIERI, R. Atividade física em uma amostra probabilística do Município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, n.17, p.969-976, 2001.

GUEDES, D. P.; GUEDES, J. E. R.. **Exercício físico na promoção da saúde**. Londrina: Midiograf, 1995

HABERMAN P. W. & NATARAJAN, G. Premature mortality and chronic alcoholism: medical examiner cases, New Jersey. **Society Sciences Medicine**. n.29, p. 729-732, 1989.

HARNACK, L.; STORY, M. E ROCK, B. H. **Diet and physical activity patterns of Lacota indians adults**. Journal American Dietetic Association, 99: 829-835, 1999.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Padrão de Vida**, Disponível em URL: <http://www.ibge.com.br> [1998 dez 18].

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**, 2004. Disponível em URL: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=dadosnum&link=brasil.htm> [2005 jan 01]

JOHANSSON, L. & ANDERSEN, L.F. Who eats 5 a day?: Intaque of fruits and vegetables among Norwegians in relation to gender and lifestyle. **American Journal Public Health**, 1998, 98(6): 689-691.

KERR, J.; GRIFFITHS, A. & COX, T. **Workplace Health, Employee Fitness and Exercise**. London: Taylor & Francis, 1996.

KICKBUSH, I. Life-styles and health. **Social Science and Medicine**, v.22, p.117-124, 1986.

KIRKWOOD, B. **Essentials of medical statistics**. Oxford Blackwell; 1988.

KNIBBE JJ, FRIELE D. Prevalence of back pain and characteristics of the physical workload of community nurses. **Ergonomics**;n.39:186-98,1996.

KOHL, H.W. & HOBBS, K. Development of physical activity behaviours among children and adolescents. **Pediatrics**, v.101, n.3, p.554-569, 1998.

KOPLAN, J. P.; DIETZ, W. H. Caloric imbalance and public health policy. **Journal of American Medical Association**. v.282, n.16, p.1579-1581, 1999.

KUSHI, L. H.; FOLSOM, A. R.; JACOBS, D. R.; LUEPKER, R. V.; ELMER, P. J. & BLACKBURN, H. Educational attainment and nutrient consumption patterns: The Minnesota Heart Survey. **Journal of the American Dietetic Association**, n.88, p.1230-1236, 1988.

LAPO, F.R. e BUENO, B.O. O abandono do magistério: Vínculos e rupturas com o trabalho docente. **Psicologia**, USP, v.13, n.2, São Paulo, 2002.

LINDSTRÖM, M.; HANSON, B.S. & ÖSTERGREEN, P. Socioeconomic differences in leisure-time physical activity: the role of social participation and social capital in shaping health related behavior. **Social Science and Medicine**, v.52, p. 441-451, 2001.

LOCKE, E.A. Job satisfaction. In: Gruneberg M, Wall T, editors. **Social psychology and organizational behaviour**. New York: John Wiley and Sons; 1984. p. 93-117.

LOCKE, J. G. Stretching Away for Back Pain, Injury. **Occupational Health Safety**, V. 52, n. 7, p.15 – 18, 1983.

LUNNARDI FILHO. Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo do trabalho da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n.50(1):77-92,1997.

MANIOS, Y.; KAFATOS, A. & CODRINGTON, C. Gender differences in physical activity and physical fitness in young children in Crete. **Journal of Sports Medicine and Physical Fitness**, n.39:24-30,1999.

MARTINEZ, M.C., PARAGUAY, A.I.B.B. E LATORRE, M.R.D.O. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. **Revista de Saúde Pública**. v.38, n.1, 55-61, 2004.

MARTINS, I. S.; MAZZILLI, R. N.; ALONSO NIETO, R.;ALVARES, E. D.; OSHIRO, R.; MARUCCI, M. F. N. & CAJASUS, M. I. Hábitos alimentares aterogêncios de grupos populacionais em área metropolitana da região sudeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 28:349-356, 1994.

MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.R.; ARAÚJO, T.; ANDRADE, D.; ANDRADE, E.; OLIVEIRA, L. & BRAGGION, G. Nível de atividade física da população do estado de São Paulo: Análise de acordo com o gênero, idade, nível sócio-econômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**.v.10,n.4, p.41-50, 2002.

MATTHEWS, C.E.; HEBERT, J.R.; OCKENE, I.S.; SPERIA, G. & MERRIAM, P.A. Relationship between leisure-time physical activity and selected dietary variables in the Worcester Area Trial for Counseling in hyperlipidemia. **Medicine and Science in Sports and Exercise**. v.29,n.9, p.1199-1207, 1997.

McLEROY,K.R.; BIBEAU,D; STECKLER,A. & GLANZ,K. An ecological perspective on health promotions programs. **Health Education Quarterly**, 1988, n.15, p.351-377.

MEC/MS. Ministério da Educação e do Desporto/ Ministério da Saúde. **Doenças Crônicas Degenerativas no Brasil. Educação a distância – Atividade física e saúde**. p.15-22, Brasília, 1995.

MENDONÇA, C.P. e ANJOS, L.A. Determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cadernos de Saúd Pública**, v.20, n.3, p.698-709, 2004.

MILITAO, A.G. A influencia da ginástica laboral para a saúde dos trabalhadores e sua relação com os profissionais que a orientam. Dissertação de mestrado, UFSC, 2001.

MONDINI, L.& MONTEIRO, C.A. Mudanças no padrão da alimentação da população brasileira urbana. **Revista de Saúde Pública**, v.28, n.6, p. 433-439,1994.

MONTEIRO, C. A.; MONDINI, L. & COSTA, R. B. L.Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). **Revista de Saúde Pública**,34:251-258, 2000.



MONTEIRO, C.A. **Velhos e novos males da saúde no Brasil – A evolução do país e de suas doenças.** São Paulo:Hucitec NUPENS/USP, 1995.

MP/IBGE. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003:** Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Disponível em URL: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002analise/pof2002analise.pdf> [2005 Jan 25]

MS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas: evolução e tendências atuais.** Caderno I, 1988.

MS. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** Brasília:1998.

NAHAS, M. V. **Obesidade, controle de peso e atividade física.** Londrina: Midiograf, 1999.

NAHAS, M.V. Atividade física como fator de qualidade de vida. **Revista Artus.** v.13, n.1, p.21-27, 1997.

NAHAS, M.V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida:** Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf, 2001.

NAHAS, M.V.; DUARTE, M.F.S.; FRANCALACCI, V.L.; ALVAREZ, B.R.; DUARTE, C.R.; DE BEM, M.F.L. & MARTINS, D.M. Physical activity and health – related fitness of Brazilian public service employees ages 20 to 69. **Proceedings of the 13<sup>th</sup> triennial Congress International Ergonomics Association.** Tampere, Finlândia,1997.

NIEMAN, D.C. **Fitness and Sports Medicine An Introduction.** Bull Publishing Company, 1990.

NOVOA, A. O passado e o presente dos professores. In: A. NOVOA (Org), **Profissão professor** (p. 9-32), Porto: Porto.

O'BRIEN,S.J. e VERTINSKY,P.A. Unfit Survivors: Exercise as a Resource for Aging Women. **The gerontologist.**v.31,n.3,p.347-357,1991.

OLIVEIRA, C. C. M. **Atividade Física de Lazer e sua Associação com Variáveis Demográficas e Outros Hábitos Relacionados à Saúde em Funcionários de Banco Estatal.** Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2000.

OPAS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Las condiciones de salud en las américas**. Washington, DC: OPS, publicación científica, n.223, p.280, 1994.

ORNISH, D.; BROWN, S.E.; SCHERWITZ, L.W.; BILLINGS, J.H.; ARMSRONG, W.R.; PORTS, T.A.; McLANAHAN, S.M.; KIRKEEIDE, R.L.; BRAND, R.J. & GOULD, K.L. Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? **The Lancet**, v.336, p.129-133, 1990.

PAFFENBARGER, J.R.S. Contributions of epidemiology to exercise science and cardiovascular health. *Medicine Sciences*, **Sports and Exercise**. n. 20, v. 5, p. 426- 438, 1988.

PATE, R.R; PRATT, M.; BLAIR, S.N.; HASKELL, W.L.; MACERA, C.A.; BOUCHARD, C.; BUCHNER, D.; ETTINGER, W.; HEATH, G.W.; KING, A.; KRISKA, A.; LEON, A.S.; MARCUS, B.H.; MORRIS, J.; PAFFENBARGER Jr., R.S.; PATRICK, K.; POLLOCK, M.L.; RIPPE, J.M.; SALLIS, J. And WILMORE, J.H. Physical Activity and Public Health – A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. **JAMA**, v.273, n.5, 1995.

PEGADO, P. **Saúde e atividade física na empresa. Esporte e lazer na empresa**. Brasília: MEC – SEED, 1990.

PEREIRA, F.P.; REICHERT, C.L.; COSTA, T.K.; DALSSASSO, L. e LOPES, L. Análise quantitativa de indivíduos adultos que praticam atividade física regular por norma (ACMS, 1998) em Novo Pereira – RS. **In Anais do XXII Simpósio Internacional de Ciências do Esporte: Atividade física da comunidade ao alto rendimento**. 7 a 10 de outubro de 1999, São Paulo, Brasil, p.148, 1999.

PICHON-RIVIÈRE, E. **Teoria do vínculo**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

PINHO, R.A. & PETROSKI, E. Nível de atividade física em crianças. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. v.2, n.3, p. 67-79, 1997.

POHJONEN, J. **Constructing strategic framework for implementing new learning environments**. University of Oulu – publications of the open university. Oulu, p.36, 1999.

POWELL, K.E. & BLAIR, S.N. The public health burdens of sedentary living habits: theoretical but realistic estimates. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v.26, n.7, p.851-856, 1994.

PRATT, M. Benefits of lifestyle activity vs structured exercise. **JAMA**. 1999.

PROCHASCKA, J.O, DiCLEMENTE, C.C. & NORCROSS, J.C. In search of how people change: Applications to addictive behavior. **American Psychologist**, 1992, n.47, p.1102-1114.

PROCHASCKA, J.O. & DiCLEMENTE, C.C. Stages and processes of self-change of smoking: Toward and integrative model of change. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 1983, n.51,p.390-395.

PRYER, J. A.; COOK, A. & SHETTY, P. Identification of groups who report similar patterns of diet among a representative national sample of British adults aged 65 years of age or more. **Public Health Nutrition**, n.4, p.787-795, 2001.

RAITAKARI, O. T.; LEINO, M.; RÄIKKÖNEN, K.; PORKKA, K. V. K.; TAIMELA, S.; RÄSÄNEN, L. & VIIKARI, J. S. A.. Clustering of risk habits in young adults: the cardiovascular risk in young finns study. **American Journal of Epidemiology**, 142:36-44,1995.

REGO, A; BERARDO,F e RODRIGUES,S. Fatores de risco para doenças crônico-não transmissíveis: inquérito domiciliar no município de São Paulo,SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares. **Revista Brasileira de Saúde Pública**. N.24, 277-285, 1990.

REINHOLD, H.H. Stress ocupacional do professor. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Campinas, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 1984.

REIS, R.J.; ROCCA, P.F.; SILVEIRA, A.M.; BONILLA, I.M.L.; GINÉ,A.N. e MARTÍN,M. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**. V.37,n.5,p.616-23, 2003.

ROBERTSON,J. & MUTRIE, N. Factors in adherence to exercise. **Physical Education Review**, v.12,n.2, p.138-146, 1989.

ROCHA, LE. **Estresse ocupacional em profissionais de processamento de dados: condições de trabalho e repercussões na vida e saúde dos analistas de sistemas**. Tese de Doutorado. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1996.

SABRY, M.O.D.; SAMPAIO, H.A.C. e CARLOS DA SILVA,,M G. Tabagismo e etilismo em funcionários da Universidade Estadual do Ceará. **Jornal de Pneumologia**. v.25,n.6,1999.

SADANA,R.; MATHERS, C.D.; LOPEZ, A.D.; MURRAY, C.J.L. e IBURG, K. Comparative analyses of more than 50 household surveys on health status. **GPE Discussion Paper Series**: n.15, 2000. Disponível em URL: [http://www.who.int/whosis/statistics/discussion\\_papers/pdf/paper15.pdf](http://www.who.int/whosis/statistics/discussion_papers/pdf/paper15.pdf) [2005 Mar 5].

SADANA,R.; MATHERS, C.D.; LOPEZ, A.D.; MURRAY, C.J.L. e IBURG, K. Describing population health in six domains: comparable results from 66 households surveys. **Organização Mundial da Saúde, GPE Discussion Paper Series**: n.43, 2000. Disponível em URL: [http://www.who.int/whosis/discussion\\_papers/pdf/paper43.pdf](http://www.who.int/whosis/discussion_papers/pdf/paper43.pdf) [2005 Mar 5].

SALLES-COSTA, R.; WERNECK,G.L.; LOPES,C.S e FAERSTEIN, E. Associação entre fatores sócio-demográficos e prática de atividade física de lazer no Estudo pró-Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v.19, n.4; p.1095-1105, 2003.

SALLIS, J.F & OWEN, N. **Physical activity & Behavioral medicine**. California: Sage Publications, 1999.

SALLIS, J.F. Influence on Physical Activity of Children, Adolescents, and Adults or Determinants of Active Living. **Physical Activity and Fitness Reserch Digest**, v.1, n.7, p.1-8, 1994.

SANCHES, O. Princípios básicos de procedimentos estatísticos aplicados na análise de dados de vigilância em saúde pública: uma revisão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.2; p.317-333, abr-jun, 2000.

SHARKEY, B. J. **Condicionamento Físico e Saúde**, 4a edição, tradução de Dornelles, M.; Petersen, R. D. S. Porto Alegre: Artmed, 1998.

SHEPHARD, R. J. Custos y beneficios de una sociedad deportiva activa v/s una sociedad sedentaria. **Resúmenes**, 3o Simposio Internacional de Actualización en Ciencias Aplicadas al Desporte. Rosário, p.127-135, Maio, 1994.

SHERWOOD, N.E & JEFFERY, R.W. The Behavioral Determinants of Exercise: Implications for Physical Activity Interventions. **Annual Reviews Nutri**, v.21, p.21-44, 2000.

SHIMAKAWA, T.; SORIIIE, P.; CARPENTER, M. A.; CAN, B.; DENNIS, B.; TELL, G. S.; WATSON, R. & WILLIAMS, O. D. Dietary patterns and sociodemographic factors in the atherosclerosis risk in communities study. **Preventive Medicine**, 23:769-780. 1994.

SICHERI, R.. **Epidemiologia da Obesidade**. Rio de Janeiro: Eduerj, 1998

STEPHENS, T. & CARPERSEN, C.J. The demography of physical activity. In BOUCHARD, C.; SHEPARD, R.J.& STEVENS, T. **Physical activity, fitness and health: international proceedings and consensus statement**. Champaign, Human Kinetics, 1994.

THOMPSON, F. E.; SOWERS, M. F.; FRONGILLO, E. A. & PARPIA, B. J. Sources of fiber and fat in diets of US women aged 19 to 50: Implications for nutrition education and policy. **American Journal of Public Health**, 82:695-702, 1992.

TRIVINOS, A.N.S. **Introdução em pesquisa em Ciências Sociais: A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo, Editora Atlas, 1997.

TROIANO, R. P.; MACERA, C. A. & BALLARD-BARBASH, R., 2001. Be physically active each day. How can we know? **Journal of Nutrition**, 131:451S-460S.

USDHHS – U.S. Department of Health and Human Services. **Promoting physical activity: a guide for community action**. Champaign, Illinois: Human Kinetics, 1999.

USDHHS - U.S. 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, Center for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.

van HORN, V. L.; BALLEW, C.; LIU, K.; RUTH, K.; Mc-DONALD, A.; HILNER, J. E.; BURK, G. L.; SAVAGE, P. J.; BRAGG, C. & CAN, B.. Diet, body, size, and plasma lipids-lipoproteins in young adults: Differences by race and sex. **American Journal of Epidemiology**, 133:9-23, 1991.

VUORI, I.; PARONEN, O. & OJA, P., 1998. UKK Institute for Health Promotion Research. **How to develop local physical activity promotion programmes with national support: the Finnish experience**. Patient Education and Counseling, April 33 1 Suppl:S111-9.

WALLACE, J.P.; RAGLIN, J.S. & JASTREMSKI, C.A. Twelve month adherence of adults who joined a fitness program with a spouse vs without a spouse. **The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness**, v.35, p.206-13, 1995.

WANKEL, L.M. The importance of enjoyment to adherence and psychological benefits from physical activity. **International Journal of Sport Psychology**, v.24, p.151-159, 1993.

WAR, P. A conceptual framework for the study of work and mental health. **Work Stress**, v.8, n.2, p.84-97, 1994.

WHO - World Health Organization. **Health promotion glossary**. Geneva, 1998.

WILEY, J.A. & CAMACHO, T.C. Life-style and future health: evidence from Alameda County. **Study Preventive Medicine**, v. 9, p.1-21.

**ANEXO 01**

**TERMO DE CONSENTIMENTO E**

**CARTA DE APRESENTAÇÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**Prezado Colega:**

Estou realizando uma pesquisa sobre o estilo de vida, comportamento em saúde e insatisfação quanto ao trabalho dos professores de Educação Física do município de Florianópolis. Os resultados obtidos constituirão uma dissertação de Mestrado em Saúde Pública.

Na etapa de amostragem, você foi selecionado aleatoriamente para responder a um questionário que envio em anexo. Gostaria de contar com sua contribuição no sentido de responder o instrumento para que possa ser recolhido por mim, o mais brevemente possível.

Caso necessite de algum esclarecimento, estou a disposição para atendê-lo. Você pode fazer contato por telefone comigo por telefone, 238 1235, preferencialmente no horário das 18 às 21 horas.

Sua participação e opiniões verdadeiras são fundamentais para desenvolver este trabalho. Sua contribuição é muito importante! Obrigada.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
Patrícia Lovatel Acioly  
Mestranda em Saúde Pública – UFSC

**AUTORIZAÇÃO**

Tendo sido convidado (a) a participar da pesquisa, eu, \_\_\_\_\_,  
RG \_\_\_\_\_, diante do que me foi explicado, concordo em responder às  
questões sobre estilo de vida, comportamento em saúde e insatisfação quanto ao trabalho  
dos professores de educação física.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2004.



**ANEXO 02**

**QUESTIONÁRIO**

### Questionário de auto-avaliação do estilo de vida

Esta pesquisa objetiva identificar o seu comportamento em saúde e estilo de vida. Estando garantido o absoluto *sigilo da identidade dos participantes desta pesquisa* e os resultados constituirão uma *dissertação de Mestrado* em Saúde Pública.

Sua participação e opiniões verdadeiras são fundamentais para desenvolver este trabalho. Sua contribuição é muito importante! Obrigada.

**Prof<sup>a</sup>. Patrícia Lovatel Acioly – Mestrado em Saúde Pública – UFSC**

Nº _____	Data: ____/____/2004	<b>Não preencher esta coluna</b>
<b>Características socioeconômicas</b>		
1. Sexo:		SE1 _____
(1) Masculino (2) Feminino		
2. Idade: _____ anos completos		SE2 _____
3. Peso: _____ Kg		SE3 _____
4. Altura: _____ m		SE4 _____
5. Estado civil:		SE5 _____
(1) Casado ou com relação estável (2) Solteiro ou sem relação estável (3) Separado (4) Viúvo		
6. Número de filhos? _____		SE6 _____
7. Número de moradores no domicílio, incluindo você: _____		SE7 _____
8. Número de cômodos no domicílio, excluindo cozinha e banheiro: _____		SE8 _____
9. Renda familiar mensal: R\$ _____		SE9 _____
10. Consumo médio de energia elétrica nos últimos 3 meses ( <b>Procurar na sua última conta de luz onde está escrito ‘Média dos Últimos 3 meses (KWh)’</b> ) _____ KWh.		SE10 _____
11. CEP: _____		SE11 _____
<b>Características ocupacionais</b>		
12. Ano de formatura: _____		OC1 _____
13. Atividade ocupacional:		
Atividade Ocupacional	Nº de horas/semana na atividade	Turno de trabalho (1) Matutino (2) Vespertino (3) Noturno
13a. Musculação		OC2 _____ OC3 _____
13b. Ginástica		OC4 _____ OC5 _____
13c. Personal Trainer		OC6 _____ OC7 _____
13d. Professor em escola		OC8 _____ OC9 _____
13e. Outras:		OC10 _____ OC11 _____

<b>Aspectos psicossociais e condições de saúde</b>	
14. Como você avalia a sua saúde atual:	
(1) Ruim (2) Regular (3) Boa (4) Excelente	HS1_____
15. Em comparação com os últimos 5 anos, você diria que sua saúde atual está:	HS2_____
(1) Igual (2) Pior (3) Melhor	
16. Você apresenta alguma incapacidade física ou doença crônica (Por exemplo, Diabetes mellitus; Doença Cardiovascular; Hipertensão arterial; Problemas osteoarticulares ou musculares)?	HS3_____
(1) Sim (2) Não	
17. Você já precisou se afastar do trabalho, por motivo de saúde, por mais de 7 dias no último ano?	HS4_____
(1) Não (2) Uma vez (3) Duas a três vezes (4) Mais de três vezes	
18. Já precisou ficar sem ir ao trabalho por menos de 7 dias no último ano por motivo de saúde?	HS5_____
(1) Não (2) Uma vez (3) Duas a três vezes (4) Mais de três vezes	
19. Você costuma ir ao médico ou dentista independentemente de apresentar alguma doença?	HS6_____
(1) Não (2) Esporadicamente (3) Ao menos uma vez/ano (4) Mais de uma vez/ano	
<b>Ambiente de trabalho e familiar</b>	
20. Com relação a sua carga horária de trabalho, você se sente:	HS7_____
(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Satisfeito (4) Plenamente satisfeito	
21. Com relação ao seu ambiente de trabalho de trabalho, você se sente:	HS8_____
(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Satisfeito (4) Plenamente satisfeito	

22. Com relação a sua motivação para o trabalho, você se sente:	HS9_____
(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Satisfeito (4) Plenamente satisfeito	
23. Com relação à valorização do trabalho e dos funcionários pela empresa, você se sente:	HS10_____
(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Satisfeito (4) Plenamente satisfeito	
24. Com relação à satisfação com o trabalho de modo geral, você se sente:	HS11_____
(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Satisfeito (4) Plenamente satisfeito	
25. Qual sua avaliação em relação a sua condição física ao fim de um dia de trabalho?	HS12_____
(1) Muito cansado (2) Levemente cansado (3) Bem disposto	
26. Como você avalia o seu relacionamento familiar?	HS13_____
(1) Não tenho família (2) Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Excelente	
27. Nos últimos 15 dias, você tem sentido dores de cabeça?	HS14_____
(1) Não (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Muito frequentemente	
28. Nos últimos 30 dias, você tem tido problemas de sono?	HS15_____
(1) Não (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Muito frequentemente	
29. Nos últimos 30 dias, você tem se sentido nervoso, angustiado ou depressivo?	HS16_____
(1) Não (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Muito frequentemente	
30. Nos últimos 30 dias, você sente que está submetido a uma maior pressão psicológica no trabalho ou em casa?	HS17_____

(1) Não (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Muito frequentemente						
<b>Hábitos alimentares e consumo de drogas</b>						
31. Você fuma diariamente?						HA1_____
(1) Sim (2) Não						
32. Você já fez tentativas para parar de fumar?						HA2_____
(1) Nunca fumei (2) Sim, mas voltei a fumar (3) Sim, e parei de fumar (4) Estou atualmente tentando parar (5) Fumo, e nunca tentei parar						
33. Quantos “drinques” você toma / semana (1 drink = ½ garrafa de cerveja, um copo de vinho, uma dose uísque):						HA3_____
(1) Não bebo (2) Menos de 3 doses (3) De 3 a 5 doses (4) De 6 a 10 doses (5) Mais de 10 doses						
34. Com relação a sua dieta alimentar, com que frequência semanal você consome os seguintes alimentos:						
Alimento consumido	4 ou mais vezes/semana	1 a 3 vezes/semana	Menos de 1 vez/semana	Não consome	Não sabe informar	
Embutidos (ex. lingüiça, salame, patês, fiambres)	(1)	(2)	(3)	(4)	(9)	HA4_____
Manteiga, margarina, maionese, leite/iogurte integral, queijos amarelos, sorvete	(1)	(2)	(3)	(4)	(9)	HA5_____
Hambúrguer, pizza, cachorro-quente, pastel, empanadas	(1)	(2)	(3)	(4)	(9)	HA6_____
Carne vermelha, pernil de porco ou carneiro, coxa e sobrecoxa de frango	(1)	(2)	(3)	(4)	(9)	HA7_____
Doces, chocolate, refrigerantes e sucos não dietéticos	(1)	(2)	(3)	(4)	(9)	HA8_____
Frutas	(1)	(2)	(3)	(4)	(9)	HA9_____
Verduras	(1)	(2)	(3)	(4)	(9)	HA10_____
Leite/ iogurte, desnatado/semi-desnatado, queijos brancos (ricota, cottage)	(1)	(2)	(3)	(4)	(9)	HA11_____

Carne branca (peito de frango, lombo suíno), peixes	(1)	(2)	(3)	(4)	(9)	HA12_____
Alimentos integrais	(1)	(2)	(3)	(4)	(9)	HA13_____
35. Você utiliza complementação alimentar (vitaminas, minerais)?						HA14_____
(1) Não (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Muito frequentemente						
36. Como você se sente em relação a sua alimentação?						HA15_____
(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Satisfeito (4) Plenamente satisfeito						

<b>Atividade física e lazer</b>		
37. Você se considera fisicamente ativo?		AF1_____
(1) Não (2) Sim		
<i>Atividades ocupacionais diárias</i>		
38. Eu geralmente vou e volto do trabalho (ou escola) caminhando ou de bicicleta (ao menos 800 m cada percurso):		AF2_____
(1) Não (2) Sim		
39. Eu geralmente uso as escadas ao invés do elevador:		AF3_____
(1) Não (2) Sim		
40. Minhas atividades diárias podem ser descritas como:		
40a. Passo a maior parte do tempo sentado e, quando muito, caminho distâncias curtas:		AF4_____
(1) Não (2) Sim		
40b. Na maior parte do dia, realizo atividades físicas moderadas, como caminhar rápido ou executar tarefas manuais:		AF5_____
(1) Não (2) Sim		
40c. Diariamente realizo atividades físicas intensas (trabalho pesado):		AF6_____
(1) Não (2) Sim		
<i>Atividades de lazer</i>		
41. Meu lazer inclui atividades físicas leves, como passear de bicicleta ou caminhar (duas ou mais vezes por semana):		AF7_____
(1) Não (2) Sim		
42. Ao menos uma vez por semana participo de algum tipo de dança		AF8_____
(1) Não (2) Sim		

43. Quando sob tensão, faço exercícios para relaxar:	AF9_____
(1) Não (2) Sim	
44. Ao menos duas vezes por semana faço ginástica localizada:	AF10_____
(1) Não (2) Sim	
45. Participo de aulas de ioga ou tai-chi-chuan regularmente:	AF11_____
(1) Não (2) Sim	
46. Faço musculação duas ou mais vezes por semana:	AF12_____
(1) Não (2) Sim	
47. Jogo tênis, basquete, futebol ou outro esporte recreacional, 30 minutos ou mais por jogo:	AF13_____
(1) Uma vez/semana (2) Duas a três vezes/semana (3) Três ou mais vezes/semana	
48. Participo de exercícios aeróbicos fortes (correr, pedalar, remar, nadar), 20 minutos ou mais por seção:	AF14_____
(1) Uma vez/semana (2) Duas a três vezes/semana (3) Três ou mais vezes/semana	
49. Antes de ingressar na Universidade, você praticava atividade física ou esporte regularmente?	AF15_____
(1) Não (2) Uma a duas vezes/semana (3) Três a quatro vezes/semana (4) Quatro ou mais vezes/semana	
50. Você pratica alguma atividade física de lazer?	AF16_____
(1) Não (2) Raramente (3) Frequentemente (4) Regularmente	
51. Você está satisfeito com a intensidade com que pratica atividade física de lazer?	AF17_____
(1) Não pratico (2) Não (3) Sim	
52. Como você se sente em relação a sua atividade física em geral?	AF18_____
(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Satisfeito (4) Plenamente satisfeito	

Obrigada.

**ANEXO 03**

**QUADRO DE CONSTRUÇÃO DAS VARIÁVEIS**



## CONSTRUÇÃO DAS VARIÁVEIS

### Características Sócio-econômico-demográficas

Variáveis	Indicadores	Escalas
Idade	Anos completos	Quantitativa Contínua; Categorizada em duas faixas etárias (até 40 anos e 41 anos ou mais)
Sexo	Masculino/feminino	Qualitativa Dicotômica
Energia elétrica per capita	Consumo de energia elétrica/per capita	Quantitativa Contínua; Categorizada em tercis de consumo de energia elétrica (16 a 55; 55 a 83,4 e superior a 83,5 kwh)
Renda per capita	Renda per capita	Quantitativa Contínua; Categorizada em tercis de renda (200 a 862,5; 862,6 a 1333,4; e superior a 1333,5 reais)
Situação conjugal	Solteiro/casado/separado/viúvo	Qualitativa não dicotômica
Densidade demográfica	Número de moradores por cômodo no domicílio	Quantitativa continua

### Características ocupacionais

Variáveis	Indicadores	Escalas
Tempo de formatura	Anos completos	Quantitativa Contínua; Categorizada em três faixas (Até 6 anos; 6 e 16 anos e mais de 16 anos)
Turno de trabalho	Matutino/vespertino/noturno	Qualitativa não dicotômica
Horas de trabalho	Horas semanais de trabalho	Quantitativa Contínua; Categorizada em até 40 horas/semanais e superior a 40 horas/semanais
Condição física após o trabalho	Escala de percepção da condição física após o trabalho	Qualitativa Ordinal; Escala de percepção condição física após o trabalho, constituída por três pontos (1=Muito cansado; 2= Levemente cansado e 3= Bem disposto)

## Saúde

Auto-avaliação de saúde	Escala de avaliação de saúde	Qualitativa Ordinal; Escala de auto-avaliação de saúde, constituída por três pontos que foram agrupados em duas categorias: Auto-avaliação negativa (1=Ruim; 2= Regular) ou Auto-avaliação positiva (3=Boa; 4= Excelente)
Incapacidade	Existência de doença crônica	Qualitativa Dicotômica; Presença ou ausência de doença crônica
Licença de longa duração	Afastamento por mais de 7 dias no mês	Qualitativa Ordinal; Numero de afastamentos no ultimo mês, constituída por quatro pontos que foram agrupados em três categorias: Nenhum (1=Não); Uma vez (2=uma vez) ou Mais de uma vez (3=duas vezes; 4= mais de três vezes)
Licença de curta duração	Afastamento por menos de 7 dias no mês	Qualitativa Ordinal; Numero de afastamentos no ultimo mês, constituída por quatro pontos que foram agrupados em três categorias: Nenhum (1=Não); Uma vez (2=uma vez) ou Mais de uma vez (3=duas vezes; 4= mais de três vezes)
Comportamento preventivo	Freqüências de visitas médicas ou odontológicas independentes de doença	Qualitativa; Escala de avaliação quanto à freqüência de visita médica/odontológica independente de doença, constituída de quatro pontos que foram agrupados em duas categorias: Ausência de Prevenção (1=Não; 2= Esporadicamente) e Prevenção (3=ao menos uma vez ao ano; 4 = mais de uma vez ao ano)
Dores de cabeça	Escala de avaliação quanto à presença de dor de cabeça	Qualitativa Ordinal; Escala de avaliação de dor de cabeça, constituída de quatro pontos que foram agrupados em duas categorias: ausência dor de cabeça (1=Não; 2= Raramente) e Presença dor de cabeça (3=freqüentemente; 4= muito freqüentemente)
Repouso	Escala de avaliação quanto aos problemas com o sono	Qualitativa Ordinal; Escala de avaliação do sono, constituída de quatro pontos que foram agrupados em duas categorias: Ausência de problemas (1=Não; 2= Raramente) e Presença de problemas do sono (3=freqüentemente; 4 = muito freqüentemente)

### Fatores relacionados à atividade física

Variáveis	Indicadores	Escalas
Atividade Física	Nível de atividade física habitual - “Questionário de atividades físicas habituais”, desenvolvido por Pate e adaptado por Nahas (2001)	A classifica o nível de atividades físicas habituais em quatro categorias que foram agrupadas em Inativo/pouco ativo (0 a 5 pontos= inativo ou sedentário; 6 a 11 pontos= moderadamente ativo); e Ativo/Muito ativo (12 a 20 pontos= ativo e com 21 pontos ou mais= muito ativo)
Atividade física de lazer	Escala de frequência quanto ao nível de atividade física de lazer	Qualitativa Ordinal; Escala de satisfação constituída de quatro pontos que foram agrupados em três categorias: Não pratica atividade física de lazer (1=Não); Raramente (2=raramente) e Pratica regular (3= freqüentemente e 4=regularmente)

### Fatores psicossociais

Variáveis	Indicadores	Escalas
Referencia de nervosismo, angustia ou depressão	Escala de avaliação quanto ao nervosismo, angustia e depressão	Qualitativa Ordinal; Escala de avaliação quanto ao nervosismo, angustia e depressão, constituída de quatro pontos que foram agrupados em duas categorias: Ausência (1=Não; 2= Raramente) e Presença de sensação de nervosismo, angustia e depressão (3=freqüentemente; 4 = muito freqüentemente)
Pressão psicológica	Escala de avaliação quanto à sobrecarga psicológica no trabalho	Qualitativa Ordinal; Escala de avaliação quanto à sobrecarga psicológica no trabalho, constituída de quatro pontos que foram agrupados em duas categorias: Ausência de pressão psicológica (1=Não; 2= Raramente) e Presença de pressão psicológica (3=freqüentemente; 4 = muito freqüentemente)

Escore de sobrecarga psicológica	Escore de fatores psicossociais	Quantitativa Discreta; O somatório da escala de fatores psico-sociais, foi avaliado considerando o somatório das variáveis numa escala de quatro pontos (1= não; 2=raramente; 3=Freqüentemente; 4= Muito freqüentemente). O valor do somatório obtido classificou em dois níveis, sendo considerando com problemas psicossociais aqueles que obtiveram somatório superior a seis pontos.
Carga horária de trabalho	Escala de satisfação no trabalho quanto à carga horária	Qualitativa Ordinal; Escala de satisfação constituída de quatro pontos que foram agrupados em duas categorias: Insatisfeito (1=Muito insatisfeito; 2= insatisfeito) e Satisfeito (3= satisfeito e 4=plenamente satisfeito)
Ambiente de trabalho	Escala de satisfação quanto ao ambiente de trabalho	Qualitativa Ordinal; Escala de satisfação constituída de quatro pontos que foram agrupados em duas categorias: Insatisfeito (1=Muito insatisfeito; 2= insatisfeito) e Satisfeito (3= satisfeito e 4=plenamente satisfeito)
Motivação para o trabalho	Escala de satisfação quanto à motivação para o trabalho	Qualitativa Ordinal; Escala de satisfação constituída de quatro pontos que foram agrupados em duas categorias: Insatisfeito (1=Muito insatisfeito; 2= insatisfeito) e Satisfeito (3= satisfeito e 4=plenamente satisfeito)
Valorização no trabalho	Escala de satisfação quanto à valorização no trabalho	Qualitativa Ordinal; Escala de satisfação constituída de quatro pontos que foram agrupados em duas categorias: Insatisfeito (1=Muito insatisfeito; 2= insatisfeito) e Satisfeito (3= satisfeito e 4=plenamente satisfeito)
Satisfação geral com o trabalho	Escala de satisfação quanto ao trabalho	Qualitativa Ordinal; Escala de satisfação constituída de quatro pontos que foram agrupados em duas categorias: Insatisfeito (1=Muito insatisfeito; 2= insatisfeito) e Satisfeito (3= satisfeito e 4=plenamente satisfeito)

Escore de Satisfação geral com o trabalho	Escala de satisfação no trabalho quanto à carga horária; ambiente, motivação e valorização do trabalho	Qualitativa Ordinal; Escala de satisfação constituída pelo somatório das cinco variáveis que avaliam o trabalho (carga horária; ambiente, motivação, valorização e satisfação). Somatório obtido menor que 14 pontos, classifica o individuo como insatisfeito quanto ao trabalho
Hábito alimentar	Escala de satisfação com o hábito alimentar	Qualitativa Ordinal; Escala de satisfação constituída de quatro pontos que foram agrupados em duas categorias: Insatisfeito (1=Muito insatisfeito; 2= insatisfeito) e Satisfeito (3= satisfeito e 4=plenamente satisfeito)
Atividade física	Escala de satisfação com a atividade física	Qualitativa Ordinal; Escala de satisfação constituída de quatro pontos que foram agrupados em duas categorias: Insatisfeito (1=Muito insatisfeito; 2= insatisfeito) e Satisfeito (3= satisfeito e 4=plenamente satisfeito)

### Risco

Estado nutricional	IMC	Qualitativa Dicotômica; considerando para diagnóstico de obesidade, IMC acima de 25,0 kg/m <sup>2</sup> (OMS,1995).
Tabagismo	Hábito	Qualitativa Dicotômica; considerando fumantes aqueles que referiram fumar independentemente da quantidade
Alcoolismo	Número de drinques semanais	Qualitativa Dicotômica; Considerando como sujeitos que consomem regularmente bebidas alcoólicas (alcoolistas em potencial) aqueles que referiram ingerir mais de três drinques por semana. Este ponto de corte foi adotado pois o número máximo de doses consumidas foi 5.

Hábito alimentar	Somatório da Freqüência de consumo semanal de alimentos	Quantitativa Discreta; A freqüência de consumo semanal foi avaliada considerando uma escala de quatro pontos (1= não consome; 2=menos de uma vez; 3=entre uma e três vezes; 4= quatro vezes ou mais na semana). O valor do somatório obtido classificou em dois níveis, sendo considerando um hábito alimentar positivo aquele que obtiveram somatório superior a zero.
Comportamento de risco	Escore de comportamentos de risco	Qualitativa categórica; considerando como indivíduos com risco para saúde, aqueles que referiram o ter um ou mais dos fatores de risco avaliados (fumo, álcool, hábito alimentar inadequado e obesidade).