

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

LUCIANE VALÉRIO

**QUALIDADE DE VIDA E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DE
PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA REDE ESTADUAL DE
ENSINO DE SANTA CATARINA**

**Florianópolis
2009**

**QUALIDADE DE VIDA E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DE
PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA REDE ESTADUAL DE
ENSINO DE SANTA CATARINA**

Luciane Valério

**Dissertação Apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Educação Física
da Universidade Federal de Santa Catarina,
na Sub-área da Atividade Física Relacionada à Saúde,
como Requisito Parcial para Obtenção do Título de Mestre.**

**Florianópolis
2009**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

**A Dissertação: QUALIDADE DE VIDA E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DE
PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA REDE ESTADUAL DE ENSINO DE
SANTA CATARINA.**

Elaborada por Luciane Valério

**e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Centro de
Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial à
obtenção do título de**

MESTRE EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Data: _____.

**Prof. Dr. Luiz Guilherme Antonacci Guglielmo
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Educação Física**

Banca Examinadora:

**Prof. Dr. Adair da Silva Lopes
(Orientador)**

**Prof. Dr. Francisco José Gondim Pitanga
Membro**

**Prof. Dr. Sidney Ferreira Farias
Membro**

**Profa. Dra. Maria de Fátima da Silva Duarte
(Suplente)**

DEDICATÓRIA

Para os meus pais que me concederem o dom da vida e me ensinaram a amar, respeitar e lutar pela vida.

Para minhas filhas amadas, Marina e Mayra pela compreensão, paciência e amor demonstrados em todos os momentos das nossas vidas e por suportarem as minhas ausências e os meus compromissos durante o curso.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela disposição e força que tem dado para lutar pela vida.

Ao meu orientador Prof. Dr. Adair da Silva Lopes, pela atenção, compreensão e dedicação.

A todos os professores, por partilharem conosco a sabedoria, a amizade, a compreensão e os seus ensinamentos.

A todos os Profissionais de Educação Física da 25^a e 26^a GERED que voluntariamente colaboraram respondendo ao questionário-entrevista, tornando possível a realização deste trabalho.

A UFSC e a UnC – Mafra pela viabilização e oportunidade de aprendizado.

RESUMO

QUALIDADE DE VIDA E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DE PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA REDE ESTADUAL DE ENSINO DE SANTA CATARINA

Autora: Luciane Valério

Orientador: Adair da Silva Lopes

A qualidade de vida tem sido definida como o nível de satisfação com a vida, a qual depende da interrelação de múltiplos fatores, sendo que há fortes influências dos hábitos de vida de cada pessoa, da atividade física, da dieta, do comportamento preventivo, da percepção de bem estar, das condições físicas e ambientais, da renda, da percepção subjetiva de saúde, do relacionamento familiar, das amizades e dos aspectos espirituais religiosos. Este estudo objetivou analisar indicadores da qualidade de vida (domínios físico, psicológico, social e ambiental), o nível de atividade física, bem como, associá-los ao nível de atividade física habitual dos Profissionais de Educação Física da rede estadual de ensino, dos municípios vinculados a 25ª e 26ª GERED (Gerência Regional de Educação). Na coleta de dados, para avaliação da qualidade de vida foi utilizado o *WHOQOL* Abreviado. O questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) – Versão Curta – foi utilizado para avaliar o nível de atividade física. Os dados foram tabulados no pacote estatísticos SPSS – versão 13.0 for *Windows*. Na análise dos resultados utilizou-se a distribuição em frequências e percentuais, o teste de associação do Qui-quadrado, considerando o nível de significância $p < 0,05$. Para demonstrar a ligação hierárquica entre as variáveis utilizou-se a análise multivariada de Cluster (Método de Ward). Os resultados demonstraram que mais da metade (62,4%) dos Profissionais de Educação Física estavam com idade acima dos 34 anos, 53% eram do sexo feminino, 65% eram casados e a maioria (59%) possuía carga horária de 40 a 50 horas semanais. A percepção de qualidade de vida foi positiva (62,4% boa e 6% muito boa), assim como a percepção positiva de saúde (59,8%). Quanto ao NAF, 64,1% dos Profissionais de Educação Física eram ativos e 11,1% eram muito ativos, independente do gênero. Na caracterização do domínio físico, os valores dos subdomínios oscilaram de 51,3% (ter energia razoável) a 90,6% (satisfeitos com a mobilidade); no domínio psicológico de 56,4% (aproveitavam muito a vida) a 93,2% (possuíam bastante percepção do sentido da vida); no domínio social de 64,9% (satisfeitos ou muito satisfeitos com o apoio dos amigos) a 77,7% (satisfeitos ou muito satisfeitos com as relações pessoais); e, no domínio ambiental, de 42,7% (oportunidade de lazer) a 83,7% (satisfeitos ou muito satisfeitos com a moradia). Não foram detectadas associações entre o NAF e os subdomínios da qualidade da vida e entre o NAF e cada domínio e seus escores ($p > 0,05$). O domínio que obteve o maior número escores (> 15 , em uma escala de 4 a 20), para uma qualidade de vida positiva foi o Domínio 2 (psicológico), e o pior, foi o Domínio 4 (meio ambiente). Dentre os resultados da ligação hierárquica entre as variáveis destacaram-se, com forte ligação, a capacidade para desempenhar atividades e a capacidade para o trabalho, as quais se apresentaram interligadas à energia para enfrentar o dia-a-dia. Com “média força de hierarquia” de agrupamento estavam os subdomínios desempenho das atividades diárias, a energia, a mobilidade, a concentração e a segurança. Com “fraca ligação hierárquica” a satisfação pessoal estabeleceu ligação com a mobilidade, a energia para enfrentar o dia-a-dia, o desempenho das atividades e a capacidade para o trabalho. O mesmo aconteceu com os subdomínios sentido da vida com a moradia, as relações pessoais com o apoio dos amigos e também a dor com o tratamento médico. De modo geral, conclui-se que a qualidade de vida dos Profissionais de Educação Física da 25ª e 26ª GERED foi positiva. O Nível de AF foi considerado bom, onde a maioria eram ativos ou muito ativos, entretanto, os resultados poderiam ser melhores por se tratar de profissionais da área de atividade física e saúde.

Palavras-chave: qualidade de vida, nível de atividade física, docentes de Educação Física.

ABSTRACT

QUALITY OF LIFE AND PHYSICAL ACTIVITY LEVEL OF PROFESSIONAL PHYSICAL EDUCATION NETWORK OF EDUCATION STATE OF SANTA CATARINA

Author: Luciane Valério

Advisor: Adair da Silva Lopes

The quality of life has been defined as the level of satisfaction with life, which depends on the interplay of multiple factors, and there are strong influences of the habits of every person's life, physical activity, diet, preventive behavior, the perception of well being, physical conditions and environment, income, subjective perception of health, family relationships, friendships and spiritual aspects of religion. This study aimed to examine indicators of quality of life (the physical, psychological, social and environmental), the level of physical activity, as well as match them with the level of habitual physical activity in physical education professionals from state schools, the municipalities linked to 25th and 26th GERED (Regional Management Education). In collecting data to assess quality of life it was used the WHOQOL short. The International Questionnaire of Physical Activity (IPAQ) - Short Version - was used to evaluate the level of physical activity. The data were tabulated in the statistical package SPSS - version 13.0 for Windows. In the analysis of results it was used the distribution of frequencies and percentages, the association test Chi-square, considering the level of significance $p < 0.05$. To demonstrate the hierarchical link between the variables it was used the Cluster analysis (Ward method). The results showed that more than half (62.4%) of the Professional Physical Education were over the age of 34 years old, 53% were female, 65% were married and most (59%) had hours from 40 to 50 hours per week. The perception of quality of life was positive (62.4% good and 6% very good), as well as the positive perception of health (59.8%). About NAF, 64.1% of the Professionals of Physical Education were active and 11.1% were very active, regardless of gender. In the characterization of the physical domain, the values of the subdomains ranged from 51.3% (to have reasonable power) to 90.6% (satisfied with mobility), in the psychological domain of 56.4% (enjoy my life) to 93.2% (had enough sense of the meaning of life), in the social sphere of 64.9% (satisfied or very satisfied with the support of friends) to 77.7% (satisfied or very satisfied with personal relationships), and in the environmental field, 42.7% (leisure opportunities) to 83.7% (satisfied or very satisfied with the housing). No associations were found between the NAF and the domains of quality of life and between the NAF and each domain and their scores ($p > 0.05$). The area with the highest number scores (> 15 on a scale from 4 to 20) to a positive quality of life was the Domain 2 (psychological), and worse, was the Area 4 (environment). Among the results of the hierarchical link between the variables stood out, with a strong connection, the ability to perform activities and work ability, which they had linked to energy to meet the day-to-day. With medium strength hierarchy "of the sub group were carrying out daily activities, energy, mobility, concentration and safety. With "weak link hierarchical" personal satisfaction has liaised with the mobility, the energy to face the day-to-day performance of activities and capacity for work. The same happened with the subdomains meaning of life with housing, personal relationships with the support of friends and also the pain with medical treatment. In general, it is concluded that the quality of life of the Professional of Physical Education 25th and 26th GERED was positive. The level of AF was considered good, where most were active or very active, however, the results could be better because they are professionals in physical activity and health.

Keywords: quality of life, level of physical activity, physical education teachers.

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1</i> Dimensões da Saúde e Qualidade de Vida.....	5
<i>Figura 2</i> Modelo de Qualidade de Vida na Velhice.....	7
<i>Figura 3</i> Contínuo dos Comportamentos da Saúde Positiva e Negativa.....	12
<i>Figura 4</i> Domínios e Facetas do <i>WHOQOL-bref</i>	31
<i>Figura 5</i> Sintaxe SPSS – <i>WHOQOL</i> - Breve.....	32
<i>Figura 6</i> Dendrograma usando o Método de Ward.....	53

LISTA DE TABELAS

<i>Tabela 1</i> - Frequências (f) e Percentagens (%) dos Professores de acordo com as Variáveis Sócio-Demográficas	35
<i>Tabela 2</i> - Frequências (f) e Percentagens (%) das Questões da Qualidade de Vida Geral do <i>Whoqol-bref</i>	36
<i>Tabela 3</i> - Nível de Atividade Física	38
<i>Tabela 4</i> - Caracterização do Domínio Físico.....	39
<i>Tabela 5</i> - Caracterização do Domínio Psicológico	41
<i>Tabela 6</i> - Caracterização do Domínio Social.....	42
<i>Tabela 7</i> - Caracterização do Domínio Ambiental.....	44
<i>Tabela 8</i> - Associação entre o Gênero e o NAF.....	45
<i>Tabela 9</i> - Associação entre o Gênero e a Percepção da Qualidade de vida.....	46
<i>Tabela 10</i> - Associação entre o Domínio 1 (Físico) e o NAF.....	47
<i>Tabela 11</i> - Associação entre o Domínio 2 (Psicológico) e o NAF	48
<i>Tabela 12</i> - Associação entre o Domínio 3 (Relações Sociais) e o NAF	50
<i>Tabela 13</i> - Associação entre o Domínio 4 (Meio Ambiente) e o NAF.....	51

LISTA DE SIGLAS

AF – Atividade Física

AIVD – Atividades Instrumentais na Vida Diária

AVD – Atividades da Vida Diária

CELAFISCS – Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul

CONFED – Conselho Federal de Educação Física

DPM – Distúrbios Psíquicos Menores

GERED – Gerencia Regional de Educação

IPAQ – *International Physical Activity Questionnaire*

MBI – *Maslach Burnout Inventory*

NAF – Nível de Atividade Física

OMS – Organização Mundial da Saúde

QVTD – Qualidade de Vida no Trabalho Docente

SRQ – *Self-Report Questionnaire*

WHOQOL-bref – World Health Organization Quality of Life/bref

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética	65
Anexo 2 – Formulário Sócio Demográfico	68
Anexo 3 – <i>WHOQOL</i> – Abreviado	69
Anexo 4 – Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ Versão Curta	73
Anexo 5 – Declaração dos Pesquisadores	75
Anexo 6 – Declaração da 25ª e 26ª Gerência Regional de Educação do Estado de Santa Catarina	77
Anexo 7 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	80

SUMÁRIO

	Página
RESUMO	v
ABSTRACT	vi
LISTA DE FIGURAS	vii
LISTA DE TABELAS	viii
LISTA DE SIGLAS	ix
LISTA DE ANEXOS.....	x
CAPÍTULO I	1
INTRODUÇÃO.....	1
Objetivos	2
Objetivo Geral.....	2
Objetivos Específicos	3
CAPÍTULO II.....	4
REVISÃO DA LITERATURA.....	4
Qualidade de Vida	4
Domínio Físico.....	9
Domínio Psicológico	10
Dimensão Social	11
Domínio Ambiental.....	11
Pesquisas sobre Qualidade de Vida.....	12
Atividade Física.....	19
Saúde.....	23
O Profissional da Educação Física	26
CAPÍTULO III	28
MATERIAL E MÉTODOS	28
Modelo de Estudo.....	28
População e Amostra	28
Implementação do Estudo.....	29
Coleta de Dados.....	29
Variáveis do Estudo e Instrumentos de Coleta de Dados	29
Tratamento Estatístico	33
CAPÍTULO IV.....	34
RESULTADOS	34
Características Sócio-Demográficas dos Profissionais de Educação Física	
Participantes da Amostra	35
Caracterização da qualidade de vida geral.....	36
Caracterização do Nível de Atividade Física.....	37
Caracterização dos Domínios Físico, Psicológico, Social e Ambiental que Compõem a Qualidade de Vida dos Indivíduos.....	39
Caracterização do Domínio Físico	39
Caracterização do Domínio Psicológico	41
Caracterização do Domínio Social.....	42

Caracterização do Domínio Ambiental	44
Associação entre o Gênero e o NAF	45
Associação entre o Gênero e a Percepção da Qualidade de Vida	46
Associação entre o Nível de Atividade Física (NAF) e os Domínios Físico, Psicológico, Social e Ambiental da Qualidade de Vida	46
Força de Ligação entre os Subdomínios da Qualidade de Vida	52
Análise Hierárquica de Cluster	53
Análise dos Grupos de Variáveis com Forte Hierarquia de Agrupamento	53
CAPÍTULO V	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS.....	57
GLOSSÁRIO	63
ANEXOS	64

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Os professores formam uma categoria profissional especialmente sujeita a grandes riscos psicossociais. A prática docente pode ser uma atividade altamente estressante trazendo repercussões negativas para a saúde física e mental e para o desempenho profissional (Reis *et al.*, 2006). Embora os estudos relacionados à saúde dos professores sejam restritos e recentes, investigações realizadas no Brasil reportam a uma realidade de trabalho que parece influenciar negativamente à saúde e à qualidade de vida dos professores (Delcor *et al.*, 2004).

A prática de atividade física tem se mostrado benéfica na redução de diversos fatores de risco, propiciando melhora no metabolismo das gorduras e carboidratos, controle de peso corporal e, muitas vezes, controle da hipertensão (*American Heart Association*, 1992). Essa prática contribui também para a manutenção de ossos, músculos e articulações mais saudáveis; diminui os sintomas de depressão e ansiedade, e está associada à prevenção de enfermidades como *diabetes mellitus*, doenças cardiovasculares, osteoporose e alguns tipos de câncer, como os de cólon e mama (Brasil. Ministério da Saúde, 2002).

A capacidade de classificar um nível de atividade física habitual em estudos populacionais é de grande importância, por possibilitar identificação de relações com doenças crônicas, qualidade de vida e longevidade, especialmente quando as informações são padronizadas e administradas uniformemente (Nahas, 2003).

A qualidade de vida e o nível de atividade física de Profissionais de Educação Física ainda são pouco conhecidos na realidade das escolas brasileiras. Na região de abrangência da 25ª e 26ª Gerência Regional de Educação (GERED), nenhum estudo

envolvendo o nível de atividade física e a qualidade de vida de Profissionais de Educação Física, abrangendo especificamente esses profissionais, foi encontrado.

Um dos estudos mais importantes sobre a temática foi realizado por Codo (1999) que investigou a prevalência de síndrome *burnout*, numa amostra de 52000 professores, em 1440 escolas nos 27 estados brasileiros. A síndrome *burnout*, que dentre os sintomas inclui uma grande exaustão emocional, foi identificada em 69,38% dos professores investigados. A carga de trabalho, conflitos entre trabalho e família, problemas com cooperação no trabalho, relacionamento com a chefia e com os colegas, dentre outros fatores, foram apontados como possíveis causas da síndrome.

Além do estudo de Codo (1999), outras investigações com professores têm identificado altas prevalências de morbidades como disfonias, tensão emocional, problemas psiquiátricos, psicológicos, visuais, neurológicos e físicos, do sistema imunológico e cardiovascular (Fuess & Lorens, 2003; Delcor *et al.*, 2004; Giacone & Costa, 2004; Reis, Carvalho, Araújo, Porto & Neto, 2005; Reis *et al.*, 2006; Porto *et al.*, 2006; Gasparini, Barreto & Assunção, 2006; Chiu & Lam, 2007; Penteado & Pereira, 2007). Altas cargas horárias, número excessivo de alunos e turmas, pouco tempo para preparo das aulas, situações de estresse relacionado ao trabalho e a violência na escola são apontados como possíveis causas.

Dessa forma esta pesquisa pretendeu identificar e verificar a associação dos vários aspectos da qualidade de vida e do nível de atividade física de Profissionais de Educação Física, para que, posteriormente, possam modificar seus hábitos de vida, tornando-os indivíduos mais ativos e saudáveis.

Objetivos

Objetivo Geral

Identificar e verificar a associação entre o nível de atividade física e a qualidade de vida de Profissionais de Educação Física da rede estadual de ensino, vinculados a 25ª e 26ª Gerência Regional de Educação do Estado de Santa Catarina.

Objetivos Específicos

Pretende-se atingir os seguintes objetivos específicos em relação ao nível de atividade física e a qualidade de vida de Profissionais de Educação Física da rede estadual de ensino, vinculados a 25ª e 26ª Gerência Regional de Educação, do Estado de Santa Catarina:

- 1 Caracterizar a amostra sócio demograficamente;
- 2 Caracterizar a qualidade de vida geral;
- 3 Identificar o nível de atividade física;
- 4 Caracterizar os domínios físico, psicológico, social e ambiental que compõem a qualidade de vida dos indivíduos;
- 5 Verificar as associações entre gênero e NAF;
- 6 Verificar possíveis associações entre o gênero e a percepção da qualidade de vida geral;
- 7 Verificar possíveis associações entre os domínios, físico, psicológico, social, ambiental;
- 8 Estabelecer a Hierarquia de Agrupamento – Força de ligação entre os subdomínios da Qualidade de Vida.

CAPÍTULO II

REVISÃO DA LITERATURA

Qualidade de Vida

Qualidade de vida é uma expressão de difícil conceituação, pois seu caráter é subjetivo, complexo e multidimensional. Ter qualidade de vida depende de fatores intrínsecos e extrínsecos. Há, assim, uma interpretação diferente de qualidade de vida para cada indivíduo, que depende da sua inserção na sociedade (Rocha; Felli, 2004).

Pode-se considerar a qualidade de vida tanto numa perspectiva individual quanto numa perspectiva social. Dentro de uma perspectiva individual, pode-se avaliar as condições de saúde e outros aspectos gerais da vida pessoal como satisfação com a vida, pois o nível de satisfação pode ser refletido em escalas que avaliam a auto-estima. Pessoas que têm um estilo de vida mais ativo tendem a ter uma auto-estima e uma percepção de bem estar psicológico positivos. De qualquer maneira, deve-se considerar como pré-requisito ou componente fundamental para edificar a qualidade de vida, o atendimento das necessidades humanas básicas como o alimento, a moradia, a educação e o trabalho. Qualidade de vida é algo que envolve bem-estar, felicidade, sonhos, dignidade e cidadania. Dentro de uma perspectiva social, utilizam-se indicadores estatísticos que caracterizam o grau de qualidade de vida ou nível de desenvolvimento humano. Alguns indicadores são: a expectativa de vida, os índices de mortalidade e morbidade, os níveis de escolaridade, alfabetização, renda per capita, desemprego, desnutrição e obesidade. A qualidade de vida também está presente no trabalho (Añez, 2003).

O conceito de qualidade de vida foi incrementado, na América do Norte, logo após a Segunda Guerra Mundial verificar que existiam mais possibilidades de uma boa vida

àqueles que tinham suporte financeiro. Desde a Segunda Guerra Mundial, o termo qualidade de vida tem sido usado para definir vários contextos, principalmente aos sistemas de cuidado à saúde (Silva, 2006).

Para obtenção e preservação da qualidade de vida, segundo Silva (1999), vincula-se ao estilo de vida da pessoa, a prática da atividade física, a não aderência a hábitos de vida nocivos, como o fumo, e a forma como lidar com o seu trabalho, com a sua família e com as tensões da vida moderna. O autor divide a qualidade de vida em seis dimensões ou domínios:

1. Dimensão física: engloba o quadro clínico de presença/ausência de doenças, cuidados com a alimentação, estilo de vida saudável, uso correto do sistema de saúde.
2. Dimensão emocional: envolve a capacidade de controlar as tensões, o estresse, entusiasmo com a vida e auto-estima.
3. Dimensão profissional: satisfação com o trabalho ou a função que ocupa, reconhecimento do valor daquilo que realiza.
4. Dimensão social: qualidade dos relacionamentos, equilíbrio familiar e com o ambiente.
5. Dimensão intelectual: significa utilizar a capacidade criativa, expandir os conhecimentos e partilhar o potencial interno com os outros.
6. Dimensão espiritual: traduzido nos propósitos da vida, crenças, pensamentos positivos e otimistas.

Todas as dimensões estão interligadas e se influenciam reciprocamente, formando o conjunto “qualidade de vida”, conforme a Figura 1 (Silva, 1999).

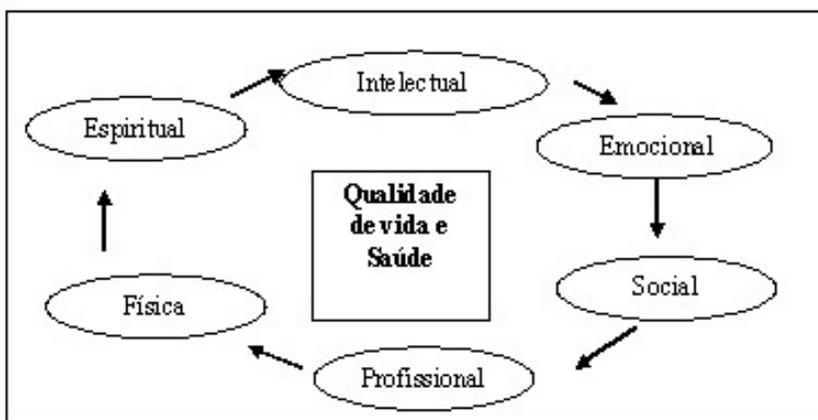


Figura 1 – Dimensões da Saúde e Qualidade de Vida.

Fonte: Silva, 1999

A qualidade de vida é com frequência estudada por diversas áreas do conhecimento humano, haja vista que ela é constituída de diversos aspectos. Os sociólogos ao analisarem o impacto de diferentes aspectos ao bem-estar, permitiram que o conceito de qualidade de vida entrasse na vanguarda do cuidado à saúde, demonstrando assim que o bem-estar dos indivíduos é tão significativo quanto a cura ou a preservação da vida (Silva, 2006).

A qualidade de vida foi definida pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Os domínios e subdomínios apresentados pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (*WHOQOL*, 2000) compreendem:

1. Domínio Físico: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividade da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, e capacidade de trabalho.
2. Domínio Psicológico: sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos.
3. Domínio Social: relações pessoais, suporte social, atividade sexual.
4. Domínio Ambiental: segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir informações no dia-a-dia, participação e oportunidades de recreação e lazer, ambiente físico e transporte.

Como se verifica, as definições apresentadas são similares e direcionam para uma variação de faces, que é mais bem descrita através de um construto multidimensional. Uma avaliação das características de seus vários domínios tem como referência critérios biológicos, sociais, psicológicos (acrescento os ambientais), aplicados às relações atuais, passadas e prospectivas dos indivíduos, onde são levados em consideração valores individuais e sociais do que é normal e do que é desejável ou ideal quanto ao bem-estar objetivo e subjetivo (Neri, 2001).

De acordo com a mesma autora, a qualidade de vida na sua conceituação multidimensional engloba três elementos centrais: primeiro é que a qualidade de vida na velhice depende da interação de muitos elementos. Segundo, que a qualidade de vida na velhice é produto de uma história de interação, sendo delineada à medida que os indivíduos e as sociedades se desenvolvem. O terceiro elemento é que a avaliação da qualidade de

vida envolve comparação de critérios objetivos e subjetivos, associados a normas e valores sociais e individuais, sujeitos a alterações no decorrer do tempo.

A qualidade de vida é também dividida em condições objetivas e condições subjetivas. As condições objetivas podem ser verificadas por observadores externos, mediante parâmetros conhecidos e replicáveis, como por exemplo, as competências comportamentais dos indivíduos, as condições físicas do ambiente, a disponibilidade de serviços de saúde, lazer e educação, o nível de renda, as características da rede de relações informais e o apoio proporcionado por seus membros, índices de urbanização e de alfabetização da sociedade, os padrões sociais de morbidade e mortalidade para as várias faixas de idade e as condições de trabalho (Neri, 2001).

As condições subjetivas são verificadas de modo indireto, com base em relatos dos indivíduos e nas opiniões que vigoram no grupo sobre as condições objetivas de que dispõe, sobre o grau em que lhes parecem satisfatória e sobre seus efeitos no bem-estar individual e coletivo (Neri, 2001).

Sobre a qualidade de vida na velhice, Lawton (1991), elaborou um modelo onde englobou quatro dimensões conceituais: competência comportamental, condições ambientais, qualidade de vida percebida e bem-estar subjetivo, representados na figura 2.

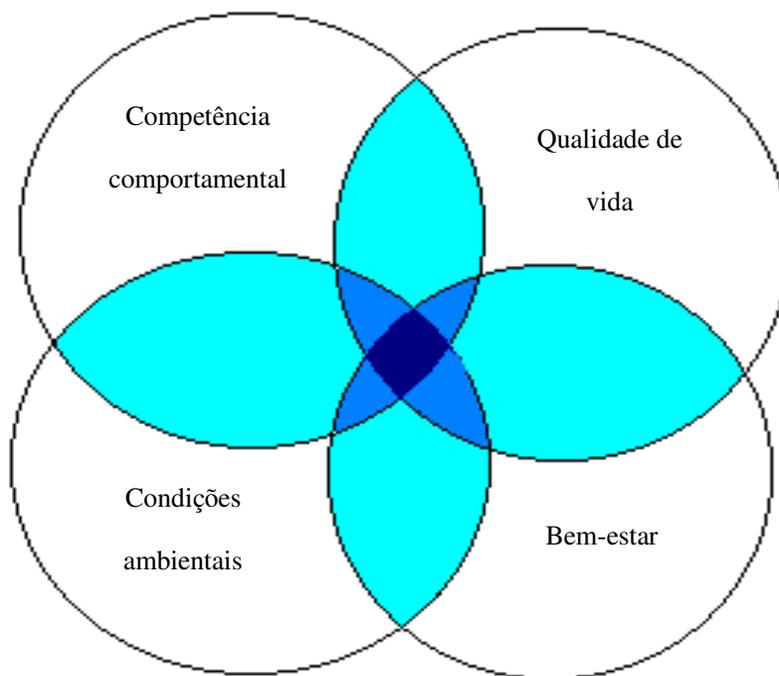


Figura 2 – Modelo de Qualidade de Vida na Velhice
Fonte: Lawton, 1983, *In*: Lawton, 1991.

Os componentes ou subdomínios de cada uma das dimensões está apresentado desta maneira por Lawton (1991).

- Competência comportamental: diz respeito à saúde, funcionalidade física, cognição, comportamento social e utilização do tempo.
- Condições ambientais: dizem respeito à adaptação e compatibilidade do idoso ao ambiente, por exemplo, a segurança do local, iluminação, disposição dos objetos, de forma que ele se sinta bem no local onde vive.
- Qualidade de vida percebida: diz respeito à percepção de saúde, doenças relatadas, consumo relatado de medicamentos, dor e desconforto relatados, alterações percebidas na cognição e auto-eficácia nos domínio físico e cognitivo.
- Bem-estar subjetivo: diz respeito ao domínio das percepções, das expectativas, dos sentimentos e dos valores (Lawton, 1991).

Como se verifica as definições dos três modelos de qualidade de vida apresentados são semelhantes, a primeira e a segunda definição apresentam os domínios e subdomínios de forma mais abrangente, aplicável a população de modo geral. O terceiro modelo, embora apresente sua estrutura bastante semelhante, apresenta características que mais interessam a qualidade de vida na velhice.

Os domínios da qualidade de vida apresentados pelo *WHOQOL Group* (2000), serão apresentados de forma mais detalhada a seguir pelo fato de se ter adotado o instrumento *WHOQOL*-breve

O primeiro estudo de validação do *WHOQOL*-breve, desenvolvido na versão português, foi realizado no ano de 1998, através do Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck, do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Para o estudo de validação, o *WHOQOL*-breve foi aplicado numa amostra de 300 indivíduos na cidade de Porto Alegre. O instrumento apresentou boa consistência interna, validade concorrente, validade discriminante, validade de critério, validade de conteúdo e confiabilidade de teste-reteste, utilizando uma amostra heterogênea de pacientes com diferentes doenças e tratados tanto em regime ambulatorial como hospitalar. O *WHOQOL*-breve alia um bom desempenho psicométrico com praticidade de uso, o que o coloca como uma alternativa útil para ser usado em estudos que se propõe a avaliar a qualidade de vida no Brasil (Fleck *et al.* 2000). A consistência interna do *WHOQOL*-breve, medida pelo

coeficiente de Cronbach, foi boa, quer se tomem as 26 questões, os 4 domínios ou cada um dos domínios, que estão apresentados na Figura 4.

Domínio Físico

O domínio físico diz respeito à funcionalidade física e da saúde, seus subdomínios são: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividade da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, e capacidade de trabalho (Fleck *et al*, 2000).

Um fator importante para a discussão dentro do domínio físico é a capacidade funcional, que é definida como sendo a condição de um indivíduo realizar as atividades associadas ao seu bem estar. Podendo ser definida como o grau de facilidade com que um indivíduo pensa, sente, age ou se comporta em relação ao seu ambiente e ao gasto de energia. São incluídos na capacidade funcional as atividades de deslocamento, atividades de autocuidado, sono adequado e participação em atividades ocupacionais e recreativas (Heikkinen, 1998; Ueno, 1999).

Consideram-se componentes da capacidade funcional as atividades da vida diária (AVD) que incluem as atividades de comer e beber, lavar o rosto e as mãos, ir ao banheiro, levantar da cadeira, deitar e levantar-se da cama, movimentar-se dentro de casa, vestir-se, mover-se fora de casa em terreno plano, subir e descer escadas, arrumar a cama e fazer compras. As atividades instrumentais na vida diária (AIVD) incluem atividades como tomar banho, cuidar dos pés e das unhas, atividades leves de limpeza da casa, preparar as refeições, lavar e passar roupas, atividades pesadas de limpeza da casa e de jardinagem (Andreotti & Okuma, 1999; Rosa, Benício, Latorre & Ramos, 2003).

Outro subdomínio importante a ser discutido dentro do domínio físico é a dor e o desconforto, que muitas vezes acompanha o processo de envelhecimento, embora a dor não seja normal neste processo, os idosos são mais susceptíveis de sentirem dor, tendo em vista que a incidência de doenças crônicas pode aumentar com a idade. A dor ocasiona severa fadiga física e emocional, e apesar desse desconforto, ela tem sido subestimada e subtratada (Pimenta & Campedelli, 1993).

Domínio Psicológico

O domínio psicológico diz respeito as emoções (positivas e negativas), a auto-estima, percepção da imagem e aparência corporal, capacidade de pensar e aprender, espiritualidade e crenças pessoais.

A auto-estima positiva significa gostar de nos mesmo, nos apreciarmos como somos de forma realista, gostar daquilo que realmente somos, aceitando nossas habilidades e limitações. A auto-estima vai sendo construídas durante a vida, é uma avaliação e programação positiva de nós mesmos e a programação positiva da vida. Se o auto julgamento que as pessoas fazem de si mesmas for positivo, considerando-se competentes, inteligentes, capazes de atingir os objetivos de vida, de viver de acordo com os princípios (nos quais acreditam), dignos de ser amados, os relacionamentos com as outras pessoas será bom, e a capacidade de lidar com os acontecimentos da vida será mais efetiva. O sentimento de “auto-eficácia” é um fator psicológico importante nos idosos, através dele a pessoa acredita e confia na sua capacidade de gerenciar e determinar o rumo de sua vida, e de suas ações (Erbolato, 2000).

Da auto-estima faz parte a aceitação da aparência física ou corporal (exageradamente valorizada principalmente pelos meios de comunicação). É sabido que durante o envelhecimento, todas as pessoas sofrem mudanças físicas que resultam de alterações de órgãos e sistemas do corpo que ocorrem em ritmos diferentes nas pessoas. A mais visível e talvez mais perturbadora seja a mudança na aparência física: rugas, flacidez, cabelos brancos ou mais ralos. Porém a busca de relacionamentos significativos, deixa em segundo plano o fator da beleza física, pois as qualidades, os valores, a capacidade de ouvir e de compreender os outros são mais atraentes do que a perfeição do invólucro (Erbolato, 2000).

Uma pessoa cujo corpo funciona bem e sente-se bem consigo mesmo e com o que faz, tende a se relacionar melhor com as outras pessoas, e a produzir mais intelectualmente. O melhor relacionamento com as pessoas aumenta o grau de satisfação consigo próprio e reforça a auto-estima (Devide, 2000; Silva, 1999).

Outro aspecto importante é o efeito dos sentimentos positivos sobre a saúde das pessoas. Os pesquisadores atribuem grande importância ao bom humor, a alegria, de estar feliz com a vida, do pensamento positivo e do amor (McAuley & Rudolph, 1995).

As capacidades de amar e pensar, citadas pelo neurologista Rodolfo Manricola estão estritamente associadas. As pessoas que alcançam tal nível de felicidade e satisfação

consigo próprias tendem a uma visão positiva e otimista da vida, do mundo e das pessoas, beneficiando a dimensão espiritual de sua vida (Silva, 1999).

Dimensão Social

A dimensão social da qualidade de vida envolve as relações pessoais com parentes e amigos e o suporte social que compreende o apoio que recebem a partir destas relações pessoais.

A relação familiar é outro aspecto importante na dimensão social. A família é considerada como lugar de cuidados, proteção, afetividade, socialização e formação de personalidades. Quando se refere aos idosos, a função de proteção é uma das mais necessárias, pois a família é um importante suporte para o idoso, independentemente das tradições culturais e econômicas de cada sociedade (Neri, 1993).

Domínio Ambiental

O domínio ambiental envolve os cuidados consigo e a relação do idoso com o ambiente em que vive. O domínio ambiental envolve os subdomínios de segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir informações no dia a dia, participação e oportunidades de recreação e lazer, ambiente físico e transporte.

Há evidências de que o estado de vida é um fator que influencia a qualidade de vida das pessoas sendo determinante, também, para a saúde individual, de grupos e comunidades. Também as condições ambientais são importantes para a qualidade de vida, como as condições sanitárias básicas (água tratada, esgoto), condições de moradia, alimentação, emprego.

Apesar dos recursos disponíveis na medicina, das condições de vida ter melhorado, da expectativa de vida ter aumentado e das pessoas viverem com mais saúde, coletivamente, a saúde poderia ser melhor. Existem alguns fatores do estilo de vida que são negativos e que podem ser modificados, pois tem ação prejudicial na saúde. São eles: fumo, álcool, drogas, estresse, isolamento social e esforços intensos e repetitivos (Nahas 2001).

O cuidado com a saúde é outro subdomínio a ser considerado. A saúde é um dos atributos mais preciosos, mas as pessoas passam a preocuparem-se em melhorar sua saúde

quando se sentem ameaçados ou os sintomas de doença, são evidentes. Numa perspectiva holística, a saúde é considerada uma condição humana com dimensões física, social e psicológica, envolvendo, conceitos mais amplos do que somente a ausência de doenças. A saúde pode ser caracterizada num contínuo, com pólos positivo e negativo, representado na figura 3 adaptada de Nahas (2001).

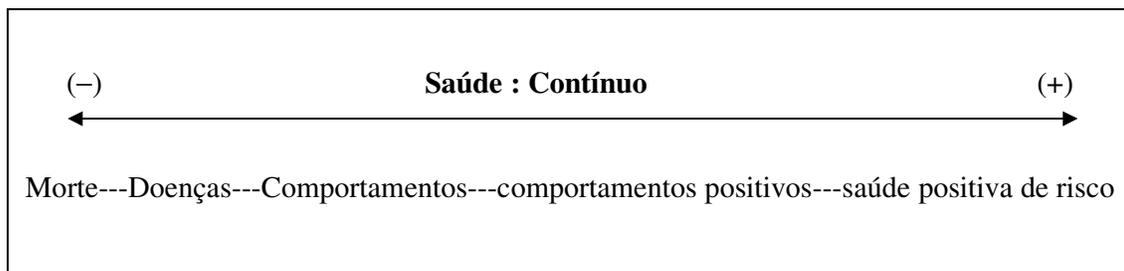


Figura 3 – Contínuo dos Comportamentos da Saúde Positiva e Negativa
Fonte: Nahas, 2001

O organismo humano foi construído para ser ativo, mas a era contemporânea conspira contra a natureza, quando são construídos cada vez mais e melhores equipamentos eletrônicos que buscam o conforto das pessoas, tornando o homem mais passivo em seu lazer ou tempo livre, sem contar com a violência urbana, que amedronta a pessoas, impedindo-as de sair às ruas (Nahas, 2001).

Neste sentido, chama-se atenção para a falta de planejamento dos grandes centros urbanos, o espaço físico para a prática segura de atividades físicas é praticamente inexistente, as calçadas não permitem a realização de caminhadas, não existem ciclovias. E o idoso como se adapta a estes problemas ambientais?

As oportunidades de participar em programas de atividades físicas devem ser valorizadas, quando estas estiverem planejadas com o objetivo de oferecer desenvolvimento educativo ao ser humano, porém tendo claro que a construção do conhecimento se dá durante toda a vida, sendo que esta busca é um eterno processo de desenvolvimento, pois se sabe que o homem é um ser aperfeiçoável e flexível (Filipetto, 1999)

Pesquisas sobre Qualidade de Vida

Both *et al.* (2006), realizaram estudos sobre o nível de satisfação dos professores nos componentes da QVTD, na qual se constatou que apenas a dimensão “Remuneração e

compensação” obteve uma predominância de insatisfação (54,0%), seguida de uma percepção de indecisão (31,9%). Na dimensão “Condições de trabalho”, houve uma distribuição mais equilibrada das respostas, na qual 35,7% dos professores estão satisfeitos, 33,1% insatisfeitos e 31,2% dos docentes indecisos. Nas demais dimensões e no cômputo geral da QVTD, os professores revelaram níveis elevados de satisfação (entre 62,3% a 82,8%). Apesar de a maioria dos professores estar satisfeita com as dimensões “Integração social na organização do trabalho”, “Trabalho e espaço total de vida” e “Oportunidade futura de crescimento e segurança”, constatou-se que os percentuais de indecisão foram altos (36,6%, 30,9% e 24,3%, respectivamente), assim como o percentual de insatisfeitos no componente “Trabalho e espaço total de vida” (26,2%). Ao observar o número de dimensões nas quais os professores revelaram estar insatisfeitos ou satisfeitos, verificou-se que 52,8% dos docentes estão insatisfeitos em uma ou duas dimensões, sendo que 28,3% dos docentes não demonstraram insatisfação com a QVTD. Por outro lado, observou-se uma distribuição mais regular das porcentagens de dimensões com satisfação, em que apenas 5,8% dos docentes não demonstraram satisfação com a QVTD. Embora somente 24,6% dos docentes responderam estar satisfeitos em uma a três dimensões, constatou-se que sete de cada dez professores investigados estão satisfeitos em mais da metade das dimensões da QVTD.

Ao considerar a ponderação de todas as dimensões da QVTD com o CDP, constatou-se que os docentes da entrada na carreira estão mais satisfeitos (79,2%) que os professores dos ciclos de consolidação (59,8%, OR=0,35, IC95%: 0,17-0,74), diversificação (59,8%, OR=0,39, IC95%: 0,19-0,78) e estabilização (59,9%, OR=0,44, IC95%: 0,22-0,87). Ademais, os professores do ciclo da consolidação (4,5%, OR=0,33, IC95%: 0,11-0,93) estão menos insatisfeitos que os docentes do ciclo de estabilização (11,1%). O baixo número de professores insatisfeitos, principalmente no ciclo de entrada, comprometeu a análise da regressão logística multinomial.

Na investigação de Lemos *et al.* (2007), realizada com Profissionais de Educação Física do Rio Grande do Sul, foi encontrada associação entre a “Relevância social na vida no trabalho” e o CDP ($p=0,04$). Ao passo que os professores novatos estavam mais insatisfeitos, os professores mais experientes revelaram maior satisfação sobre a importância do trabalho realizado para a sociedade, destacando a responsabilidade social dos serviços prestados. Em Santa Catarina, observou-se uma tendência contrária, nesse estado, os professores mais experientes demonstraram maior nível de insatisfação que os professores novatos. Além do descontentamento com a carreira docente no magistério

público, os investigados apontam a freqüente desvalorização do seu trabalho frente às demais disciplinas na escola.

Fuess e Lorenz (2003) em um estudo sobre Disfonia em professores do ensino municipal a prevalência e fatores de risco, com o objetivo de observar e avaliar fatores e sintomas associados, em uma amostra de 451 professores (pré-escola e quatro primeiras séries do ensino fundamental), de 66 escolas municipais de Mogi das Cruzes. O estudo utilizou um questionário próprio para o estudo e exame de telescopia laríngea para os profissionais com problemas constantes de voz. Os resultados evidenciaram que 80,7% dos professores referiram algum grau de disfonia. Não houve relação entre idade, tempo de profissão e classe atendida e freqüência referida de disfonia. Observaram relação direta entre a freqüência de disfonia e a carga horária semanal ($p < 0,01$) e o número de alunos por classe ($p < 0,02$), além de associação significativa com presença de sintomas de rinite alérgica ($p < 0,001$).

Fisher e Kettl (2003) realizaram um estudo com objetivo de analisar a percepção de violência na escola em professores, sendo utilizada uma amostra de 393 professores de educação básica da *Pennsylvania*, Estados Unidos, tendo como principal resultado que 56% dos professores consideram que a violência na escola interfere de forma significativa na prática pedagógica tanto de alunos como de pais. 76% acreditam haver a necessidade de intervenções na escola para conter a violência. 24% dos professores já foram assaltados por alunos. 52% foram ameaçados por alunos. A falta de supervisão familiar, o uso de drogas e a formação de grupos foram apontados como as principais causas.

Araújo, Graça e Araújo (2003), analisaram o Estresse ocupacional e saúde, objetivando investigar a adequação do *Job Content Questionnaire* para uso em estudos de estresse ocupacional de grupos de trabalhadores no contexto brasileiro. A amostra utilizada foi de 314 professores da Universidade Estadual de Feira de Santana, para verificação dos resultados foi utilizado o *Job Content Questionnaire* e o *Self Reporting Questionnaire – 20*. Apresentado os seguintes resultados: a prevalência de distúrbios psíquicos menores (DPM) foi de 19,1%. A demanda psicológica do trabalho mostrou forte associação com a ocorrência de DPM. Os professores que referiram alta demanda apresentaram 3 vezes mais DPM do que aqueles com baixa demanda. Conforme os quadrantes do Modelo Demanda-Controle, o quadrante de alta exigência concentrou as mais elevadas prevalências de distúrbios psíquicos menores. Elevadas prevalências de DPM no quadrante de trabalho ativo, revelam que o trabalho realizado em alta demanda, ainda que em situação de alto

controle, pode ser prejudicial à saúde psíquica dos indivíduos. Entre os professores não houve nenhum caso suspeito de DPM no quadrante de baixa exigência.

Em 2004, Delcor *et al.* realizaram estudo relacionado às condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. O objetivo do estudo foi descrever as condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino da cidade de Vitória da Conquista BA. A amostra selecionada foi de 250 professores de educação básica de Vitória da Conquista na Bahia, utilizando como instrumento de pesquisa o *Job Content Questionnaire* e o *Self Reporting Questionnaire* – 20. Apresentando como resultados: pontos negativos apontados pelos professores: ritmo acelerado de trabalho (67,9%); posição inadequada e incômoda do corpo (65,4%); atividade física rápida e contínua (63,8%); ritmo frenético de trabalho (54,9%); posições da cabeça e braços inadequadas e incômodas (53,4%) e longos períodos de intensa concentração em uma mesma tarefa (51,9%). As principais queixas de saúde foram relacionadas à postura: dor nos braços/ombro (52,1%), dor nas costas (51,4%) e dor nas pernas/formigamento (47,5%); problemas psicossomáticos ou relacionados à saúde mental: cansaço mental (59,2%) e problemas relacionados ao uso intensivo da voz: dor na garganta (45,7%). Incidência, em 41,5% dos professores, de distúrbios psíquicos menores como cansaço mental, esquecimentos, nervosismo e insônia.

Gasparini, Barreto e Assunção (2005) verificaram as condições de trabalho e os efeitos sobre a saúde dos professores. Objetivando analisar o perfil dos afastamentos do trabalho por motivos de saúde de uma população de profissionais da educação. Esta pesquisa documental foi realizada tendo como texto base o Relatório da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte de 2003. A análise dos dados de 16.556 atendimentos de servidores da educação no período de maio de 2001 a abril de 2002. 92% dos atendimentos provocaram afastamento do trabalho. Os transtornos psíquicos ocuparam o primeiro lugar entre os diagnósticos que provocaram os afastamentos (15%). Em segundo lugar, estão os afastamentos por doenças do aparelho respiratório (12%) e, em terceiro, as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (11%).

Reis *et al.* (2005) estudaram o trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia. Investigaram a associação entre conteúdo do trabalho (demanda psicológica e controle sobre o trabalho) e a ocorrência de distúrbios psíquicos menores (DPM) entre professores utilizando-se por base o modelo demanda-controle. A amostra do estudo foi de 808 educadores da rede municipal de ensino de Vitória da Conquista BA. O instrumento de coleta de dados foi o *Job Content*

Questionnaire e o *Self-Report Questionnaire*. As questões do SRQ-20 com maior frequência de respostas afirmativas foram: “sente-se nervoso, tenso ou preocupado” (78,1%), “você se cansa com facilidade” (59,8%), “assusta-se com facilidade” (59,2%), “tem sensações desagradáveis no estômago” (51,8%), “tem dores de cabeça frequentemente” (51,6%) e “tem se sentido triste ultimamente” (49,1%). Professores com distúrbios psíquicos menores apresentaram carga horária semanal em sala de aula significativamente maior ($p < 0,0001$) que aqueles sem DPM: $29,6 \pm 10,6$ versus $26,7 \pm 10,5$, respectivamente. A prevalência de DPM foi significativamente mais elevada nos professores com alta demanda (RP=1,39; IC95%: 1,21-1,59), baixo controle (RP=1,22; IC95%: 1,06-1,41) e baixo suporte social (RP=1,27; IC95%: 1,13-1,44).

Porto *et al.* (2006) estudaram a associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores. Tendo como objetivo investigar a associação entre aspectos psicossociais do trabalho e prevalência de distúrbios psíquicos em professores da educação básica. Foram investigados 1024 professores das escolas públicas municipais e das 10 maiores escolas particulares de Vitória da Conquista, Estado da Bahia, em 2001. Obtendo como resultados a prevalência de distúrbios psíquicos em 44% dos professores. Associação entre sua presença de distúrbios e as condições de demanda e controle no trabalho. A prevalência estava associada com as exigências do trabalho. Os professores com trabalho de alta exigência apresentaram prevalência 1,5 vezes maior que os com trabalho de baixa exigência.

Reis *et al.* (2006) estudaram a exaustão emocional na docência, com o objetivo de determinar a prevalência e fatores de risco de cansaço mental e de nervosismo em professores. A amostra foi constituída de 808 professores da rede municipal de ensino de Vitória da Conquista BA. O instrumento de pesquisa utilizado foi o *Job Content Questionnaire* e um questionário próprio para o estudo e indicador de sobrecarga doméstica. Obtendo como resultados: 79,9% dos professores apresentaram alto controle na realização das tarefas e 50,6% tinham trabalho de alta demanda psicológica. Alto suporte social no trabalho foi referido por 59,4% dos professores. A prevalência global da queixa de cansaço mental foi extremamente elevada: 70,1% e esteve associada às seguintes características sociodemográficas: ser mulher, ter idade 27 anos e renda de R\$ 360,00. Quanto às características próprias do trabalho docente houve associação significativa com: lecionar há mais de 5 anos, vínculo empregatício estável, trabalhar na zona urbana, ter carga horária semanal de 35h ou mais. A prevalência de cansaço mental foi mais elevada entre os professores com alta demanda (77,4%) e baixo controle (79,6%).

Carlotto e Palazzo (2006) realizaram um estudo epidemiológico com professores sobre a Síndrome de *burnout* e fatores associados, procurando identificar o nível da síndrome de *burnout* e verificando possíveis associações com variáveis demográficas, laborais e fatores de estresse percebidos no trabalho. Como amostra foram selecionados 190 professores de escolas particulares de uma cidade da região metropolitana de Porto Alegre RS. Os instrumentos de pesquisa foram o *Maslach Burnout Inventory* – MBI 12: para avaliar a síndrome de *burnout* e questionário próprio para o estudo. Em relação aos índices de *burnout* (considerando uma escala de 1 a 5) a exaustão emocional foi a dimensão que atingiu maior índice médio (2,30), seguida pela dimensão da diminuição da realização pessoal no trabalho (1,63), e a despersonalização (1,49). Foi encontrada associação entre a exaustão emocional e o número de alunos e a carga horária docente, indicando que quanto maior o número de alunos ($r = 0,195$) e o número de horas trabalhadas ($r = 0,157$) por um professor, maior tende a ser o seu escore dessa dimensão. Mau comportamento dos alunos, expectativas familiares e pouca participação nas decisões institucionais foram os fatores de estresse que apresentaram associação com as dimensões de *burnout*.

Carvalho e Alexandre (2006) verificaram sintomas osteomusculares em professores do ensino fundamental, objetivando identificar a ocorrência de sintomas osteomusculares em professores do Ensino Fundamental. Utilizaram como amostra 150 professores municipais e estaduais do ensino fundamental de uma cidade do interior do estado de São Paulo. O questionário Nórdico (para avaliar os sintomas musculoesqueléticos) e o questionário próprio para o estudo com inventário sobre dados gerais e ocupacionais foram utilizados como instrumentos de pesquisa. Verificaram que 90,4% dos professores apresentaram sintomas osteomusculares, principalmente nas regiões lombar (63,1%), torácica (62,4%), cervical (59,2%), ombros (58,0%) e punhos e mãos (43,9%). Em relação à prevalência nos últimos 7 dias, as áreas corporais mais citadas foram ombros (29,9%), cervical (28,7%), lombar (27,4%), torácica (27,4%) e punhos e mãos (14,6%). Constatou-se que a chance de apresentar sintomas musculoesqueléticos mostrou também associação significativa com o tempo de atuação profissional inferior ou igual a 15 anos (OR = 3,7, IC à 95% = 1,01 - 13,7).

Bauer *et al.* (2006), estudaram as relações entre a síndrome de *burnout* e sintomas psicológicos e características do trabalho de professores 408 professores de educação básica da cidade *Freiburg* Alemanha. Tendo como instrumento de pesquisa o inventário de identificação de *burnout* traduzido para o alemão e o *SLC 90 R questionnaire* para carga e

sintomas psicomáticos. Obtiveram como resultados a Prevalência de *burnout* em 32.5% da amostra, principalmente entre mulheres, professores divorciados e que trabalham meio período. 20% apresentaram grau elevado de tensão psicológica e sintomas psicossomáticos. O Número de alunos e os comportamentos agressivos foram apontados pelos professores com as principais causas de desconforto psicológico.

Penteado e Pereira (2007) avaliaram aspectos associados à qualidade de vida de professores e buscaram relações com questões de saúde vocal. Foram pesquisados 128 professores de ensino médio de quatro escolas estaduais de Rio Claro SP, em 2002. Utilizaram como instrumento de pesquisa o *World Health Organization Quality of Life/bref Qualidade de Vida e Voz*. Os professores apresentaram escore médio de 66 pontos na avaliação da qualidade de vida (*Whoqol-bref*), tendo sido considerada pela maioria (65,6%) como “boa” e pela minoria (4,7%) “ruim” ou “muito ruim” (maiores valores do domínio relações sociais e menores do meio ambiente). Quanto à satisfação com a saúde, 60,2% disseram estar “satisfeitos”, enquanto 14,9% consideravam-se “insatisfeitos” ou “muito insatisfeitos”. 54,7% dos professores consideraram o local de trabalho nada ou pouco saudável. 42,2% avaliaram sua voz como boa. Os aspectos associados a qualidade de vida foram oportunidades de lazer, condições financeiras, ambiente de trabalho e acesso à informação. O número de períodos lecionados apresentou correlação positiva e significativa com a auto-avaliação vocal.

Chiu e Lam (2007) investigaram a prevalência e fatores de risco dores no pescoço e membros superiores entre professores. Foram pesquisados 3100 professores de 460 escolas de diferentes regiões de Hong Kong. Utilizaram o *Northwick Park Neck Pain Questionnaire* para identificação de dores no pescoço e membros superiores e um questionário próprio para o estudo. Obtiveram como resultado a prevalência de dor de pescoço em 69.3% e de dores nos membros superiores em 35.8%. Rotinas como escrever no quadro, correção de tarefas e uso do computador foram apontadas como principais causas. Os fatores de risco que se apresentaram significativos para as dores foram idade, postura, carga de trabalho e ser do sexo feminino.

Virtanen *et al.* (2007) investigaram a associação do nível socioeconômico da vizinhança da escola e condições de trabalho com a saúde de professores. Foram avaliados 1862 professores de educação básica da Finlândia. Professores que trabalham nas escolas das vizinhanças com o nível econômico mais baixo apresentaram consumo de álcool e probabilidade de desordens mentais significativamente mais elevadas que aqueles que trabalham nas escolas situadas nas vizinhanças as mais ricas. Após controlar o nível

socioeconômico da própria área residencial do professor, somente o consumo pesado do álcool permaneceu significativo. Os professores que trabalham nas escolas com *status* socioeconômico mais baixo relataram também uma frequência mais baixa de reuniões de trabalho e de treinamento.

Atividade Física

A aptidão física é considerada como a habilidade de realizar as tarefas diárias com vigor e prontidão, sem fadiga, e com energia para desfrutar dos desafios do tempo de lazer e enfrentar as emergências. A aptidão física inclui a resistência cardiorrespiratória, resistência muscular, força muscular, potência muscular, velocidade, flexibilidade, agilidade, equilíbrio, tempo de reação e composição corporal (Añez, 2003).

A atividade física regular é considerada um componente importante para um estilo de vida saudável. Recentemente, esta constatação foi reforçada através de novas evidências científicas a cerca de que a atividade física regular pode trazer benefícios para a saúde física e mental. No entanto, milhões de adultos ainda se encontram sedentários (Pate *et al.*, 1995).

Além de a atividade física ser um fator importante na qualidade de vida das pessoas, há evidências de que a população que mais se beneficia são os idosos (Nieman, 1999).

Estudos epidemiológicos demonstram que baixos níveis de atividade física e de condicionamento físico estão associados com o aumento de doenças e mortes por todas as causas. Nos Estados Unidos são estimadas 250.000 mortes por ano, e aproximadamente 12% são atribuídas à falta de uma atividade física regular (Sharkey, 2001).

O sedentarismo ocorre em todas as faixas etárias, mas na velhice ele pode ser mais acentuado, devido à crença popular de que com o processo de envelhecimento deve-se diminuir a intensidade e a quantidade de atividades físicas. Esta redução também pode ocorrer pelo receio de prejudicar a saúde e pelo medo de morte durante a atividade (Mazzo *et al.*, 2001).

Existe uma forte relação entre a atividade física e a saúde. Estudos epidemiológicos têm demonstrado os efeitos de proteção entre a atividade física e o risco de diversas doenças crônicas, incluindo a doença coronariana, hipertensão, diabetes *melittus*, osteoporose, câncer de colon, ansiedade e depressão (Pate *et al.*, 1995; Sharkey, 2001).

A relação da atividade física com a saúde e a qualidade de vida começou a receber atenção especial pela comunidade científica na década de 30, quando foi constatado que as doenças cardiovasculares representavam a principal causa de morte nos países desenvolvidos.

A atividade física passou a ser recomendada e a ter impacto significativo sobre as doenças cardiovasculares e a mortalidade, passando a ser uma dimensão constitutiva do estilo de vida, influenciando no risco de doenças crônicas e mortes prematuras. As mudanças do estilo de vida promovem melhor saúde e longevidade (Paffembarger *et al.*, 1996).

A importância da atividade física para a saúde das pessoas é de reconhecimento de grande magnitude, e uma das 22 áreas anunciadas como prioritárias do projeto governamental americano intitulada: “Povo saudável para o ano 2000”, tem a atividade física e o condicionamento físico encabeçando a lista do referido projeto (Silva, 1999).

A adoção de um estilo de vida ativo, onde esteja presente a prática da atividade física, de forma contínua durante 30 minutos, ou de forma acumulada em pequenas doses diárias é recomendada para as pessoas acima de 6 (seis) anos (Pate *et al.*, 1995).

As recomendações de atividade física têm adotado a abordagem do estilo de vida para aumentar a atividade física. Este método envolve atividades comuns como caminhada, subir escadas (em vez de utilizar o elevador), realizar mais trabalho de casa e jardinagem e procurar atividades recreacionais ativas. Benefícios adicionais para a saúde podem ser obtidos pelo aumento do tempo da sessão de atividade de moderada intensidade ou pela substituição por atividades mais vigorosas (Añez, 2003).

A adoção de um estilo de vida ativo, onde esteja presente a prática da atividade física, de forma contínua durante 30 minutos, ou de forma acumulada em pequenas doses diárias foi recomendada para as pessoas acima de 6 (seis) anos (Pate *et al.* 1995).

A recomendação e orientação sobre o nível de prática da atividade física para adultos e idosos são apresentadas como uma das formas de prevenção secundária das doenças crônicas, bem como, de prevenção secundária em pacientes com doenças cardiovasculares e outras doenças (Yusuf, *et al.*, 1996).

Os cuidados com a saúde e a prática de atividades físicas atuam como mecanismos preventivos. Pesquisas sugerem que, aproximadamente, 50% do declínio, freqüentemente atribuído ao envelhecimento fisiológico, na realidade é provocado pela atrofia do desuso, como consequência da inatividade, onde é destacada a diminuição da resistência física, fraqueza generalizada e as quedas. A prática de atividades físicas leva a maior

independência, autonomia e melhor condição de saúde, aumentando o senso de bem-estar, a crença de auto-eficácia e a capacidade do indivíduo atuar sobre o meio ambiente ou sobre si mesmo (Vitta, 2000).

A atividade física tanto melhora a capacidade muscular como pode melhorar a resistência, o equilíbrio, a mobilidade articular, a agilidade, a velocidade da caminhada e a coordenação em geral. Assim, a atividade física tem efeitos positivos no metabolismo, na regulação da pressão arterial e no controle da massa corporal (Heikkinen, 1998).

Em estudo realizado por Shephard (1994) apresentou uma extensiva discussão sobre quais os obstáculos percebidos pela população de diferentes faixas etárias, para a não realização de exercícios físicos no Canadá e nos EUA. As barreiras mais comuns apresentadas foram as pressões do trabalho, cansaço e falta de tempo. Os participantes da pesquisa relataram ainda que se houvesse mais tempo, aumentariam sua participação em atividades físicas. Para as pessoas com idade superior a 65 anos, o trabalho foi citado apenas por 15% dos homens e mulheres como fator limitante para a prática de atividades físicas.

A constatação de inúmeras pesquisas sobre a característica sedentária de grande parte da população norte americana e as revisões epidemiológicas e fisiológicas realizadas por Pate *et al.* (1995) e outros autores, permitiram ao *American College of Sports Medicine* (2000) apresentar a recomendação que todos os americanos deveriam acumular, pelo menos, 30 minutos de atividade física moderada, contínua ou não, preferencialmente todos os dias da semana.

O gasto calórico sugerido situa-se entre 150 e 400 kcals por dia, para poder se beneficiar dos efeitos adaptativos da atividade física. Os exemplos de atividades físicas que podem ser incluídas durante o dia para o cômputo dos 30 minutos foram: subir escadas ao invés de usar o elevador, caminhar distâncias curtas ao invés de usar o carro, pedalar uma bicicleta estacionária enquanto assiste televisão, serviços domésticos, jardinagem, dançar e brincar com crianças (Pate *et al.*, 1995).

A atividade física é recomendada como meio de proporcionar maior vigor físico, integração social e liberação das energias, aparecendo como aliada na melhora da saúde e do bem-estar, da integração social e fortalecimento da auto-estima, do autoconceito, da motivação, melhorando sua qualidade de vida (Furtado, 1997; Shephard, 1997).

As baixas taxas de atividade física continuam sendo um importante problema de saúde pública em inúmeros países desenvolvidos (Bauman *et al.*, 2005) e países em

desenvolvimento (Monteiro *et al.*, 2003; Hallal *et al.*, 2005). No Brasil, em estudo conduzido por Monteiro *et al.* (2003), envolvendo 11033 sujeitos adultos com idade superior a 20 anos, verificou que somente 13% da população investigada reportou realizar um mínimo de 30 minutos de atividade física contínua em um ou mais dias da semana. Além disso, somente 3,3% desses indivíduos informaram realizar o mínimo recomendado de 30 minutos em 5 ou mais dias da semana.

Diversos fatores podem influenciar negativamente o comportamento relacionado à prática regular de atividade física, sendo estes denominados "barreiras" (Dishman, 1995). A identificação dessas barreiras, nos diferentes grupos populacionais, poderia contribuir para a estruturação de programas de atividades físicas mais específicos, aumentando, conseqüentemente, a sua efetividade.

Com intuito de proporcionar investigações consistentes e viáveis, a Organização Mundial de Saúde vem buscando estimular diversos centros de pesquisa a realizarem a validação de um questionário internacional que permita a padronização das coletas transculturais sobre atividade física com a devida reprodutibilidade científica. Este Instrumento é denominado IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*) e tem como objetivo determinar o nível de atividades de vida diárias, incluindo àquelas de transporte e trabalho, de lazer e de atividade física, além das tarefas domésticas (Pardini *et al.*, 2001).

No Brasil, a validação do IPAQ foi realizada pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul – CELAFISCS. Para tanto, os pesquisadores deste centro estudaram 22 homens e 21 mulheres, na faixa etária de 20 a 34 anos, considerando o peso e a estatura auto-relatadas pelos indivíduos. Foi determinado o gasto energético em quilocalorias durante sete dias utilizando um diário de campo recordando as atividades físicas diárias dos últimos sete dias, e um sensor de movimentos que quantificou os movimentos realizados a partir dos três planos espaciais (Pardini *et al.*, 2001). Os pesquisadores apontam que ainda existem dificuldades que prejudicam os dados como: não inclusão de atividades com água; não diferenciação da intensidade das atividades que acontecem sentadas, das atividades de carregamento de peso, ou atividades conjugais; e o impacto cultural.

Contudo, os dados permitem concluir que o IPAQ se associa significativamente com o registro de gasto energético, mas não com o sensor de movimentos, requerendo estudos mais profundos relacionados com o sensor de movimento. A reprodutibilidade foi

alta e significativa na versão longa e de auto-administração, indicando que os resultados são promissores a futuras investigações científicas (Silva, 2006).

Saúde

Considera-se saúde como uma condição humana com dimensões física, social e psicológica, caracterizada num contínuo com pólos positivos e negativos. A saúde positiva seria caracterizada com a capacidade de ter uma vida satisfatória e proveitosa, confirmada geralmente pela percepção de bem estar geral; a saúde negativa estaria associada com morbidade e, no extremo, com mortalidade prematura (Nahas, 2003).

Os fenômenos relacionados à saúde humana sempre sofreram influência de diversos aspectos, variando conforme o clima, a região, o modo de produção de bens e serviços, a cultura, as políticas públicas, entre outros. O próprio conceito de saúde provoca polêmicas que muitas vezes confundem-se com a própria busca pelo bem estar humano (Silva, 2006).

A promoção da saúde, como vem sendo entendida nos últimos 20-25 anos, representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos neste final de século. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução.

A promoção da saúde vem sendo interpretada, de um lado, como reação à acentuada medicalização da vida social e, de outro, como uma resposta setorial articuladora de diversos recursos técnicos e posições ideológicas. Embora o termo tenha sido usado a princípio para caracterizar um nível de atenção da medicina preventiva (Leavell; Clark, 1976), seu significado foi mudando, passando a representar, mais recentemente, um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado.

O conceito moderno de promoção da saúde (e a prática conseqüente) surgiu e se desenvolveu, de forma mais vigorosa nos últimos vinte anos, nos países em desenvolvimento, particularmente no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental. Quatro importantes Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, realizadas nos últimos 12 anos - em Ottawa (*WHO*, 1986), Adelaide (*WHO*, 1988), Sundsvall (*WHO*, 1991) e Jacarta (*WHO*, 1997) -, desenvolveram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde. Na América Latina, em 1992, realizou-se a Conferência

Internacional de Promoção da Saúde (OPAS, 1992), trazendo formalmente o tema para o contexto sub-regional.

Sigerist (1946, *apud* Rosen, 1979) foi um dos primeiros autores a referir o termo, quando definiu as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação, e afirmou que a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso, para o que pediu o esforço coordenado de políticos, setores sindicais e empresariais, educadores e médicos. A estes, como especialistas em saúde, caberia definir normas e fixar padrões.

Leavell e Clark (1976) utilizam o conceito de promoção da saúde ao desenvolverem o modelo da história natural da doença, que comportaria três níveis de prevenção. Dentro dessas três fases de prevenção existiriam pelo menos cinco níveis distintos, nos quais se poderia aplicar medidas preventivas, dependendo do grau de conhecimento da história natural de cada doença.

A prevenção primária, a ser desenvolvida no período de pré-patogênese, consta de medidas destinadas a desenvolver uma saúde geral melhor, pela proteção específica do homem contra agentes patológicos ou pelo estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente. A educação em saúde é elemento importante para esse objetivo. Os autores destacam que os procedimentos para a promoção da saúde incluem um bom padrão de nutrição, ajustado às várias fases do desenvolvimento humano; o atendimento das necessidades para o desenvolvimento ótimo da personalidade, incluindo o aconselhamento e educação adequados dos pais, em atividades individuais ou de grupos; educação sexual e aconselhamento pré-nupcial; moradia adequada; recreação e condições agradáveis no lar e no trabalho. A orientação sanitária nos exames de saúde periódicos e o aconselhamento para a saúde em qualquer oportunidade de contato entre o médico e o paciente, com extensão ao resto da família, estão entre os componentes da promoção.

Trata-se, portanto, de um enfoque da promoção da saúde centrado no indivíduo, com uma projeção para a família ou grupos, dentro de certos limites. De outro lado, verificou-se que a extensão dos conceitos de Leavell e Clark é inapropriada para o caso das doenças crônicas não-transmissíveis. De fato, com a segunda revolução epidemiológica (Terris, 1992) - o movimento de prevenção das doenças crônicas -, a promoção da saúde passou a associar-se a medidas preventivas sobre o ambiente físico e sobre os estilos de vida, e não mais voltadas exclusivamente para indivíduos e famílias.

As diversas conceituações disponíveis para a promoção da saúde podem ser reunidas em dois grandes grupos (Sutherland; Fulton, 1992). No primeiro deles, a promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das culturas da comunidade em que se encontram. Neste caso, os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a concentrar-se em componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças, que estariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos. Por exemplo, o hábito de fumar, a dieta, as atividades físicas, a direção perigosa no trânsito. Nessa abordagem, fugiriam do âmbito da promoção da saúde todos os fatores que estivessem fora do controle dos indivíduos.

Entretanto, o que caracteriza a promoção da saúde, modernamente, é a constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, em torno da qual se reúnem os conceitos do segundo grupo. Este se sustenta no entendimento que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde. Suas atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde (as escolhas saudáveis serão as mais fáceis) e do reforço (*empowerment*) da capacidade dos indivíduos e das comunidades.

Nesse sentido, como já apresentado anteriormente, a promoção da saúde moderna vai resgatar, ainda que com qualidade distinta, as proposições de sanitaristas do século XIX, como Villermé, na França; Chadwick, na Inglaterra e Virchow e Neumann, na Alemanha, para quem as causas das epidemias eram tanto sociais e econômicas como físicas, e os remédios para as mesmas eram prosperidade, educação e liberdade (Terris, 1992).

A Carta de Ottawa define promoção da saúde como *o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo* (WHO, 1986). Inscreve-se, desta forma, no grupo de conceitos mais amplos, reforçando a responsabilidade e os direitos dos indivíduos e da comunidade pela sua própria saúde.

Para Gutierrez (1994, *apud* Gutierrez. *et al.*, 1997), promoção da saúde é o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a níveis individual e coletivo. Neste conceito, mais apropriado à realidade latino-americana, agrega-se ao papel da comunidade a responsabilidade indelegável do Estado na promoção da saúde de indivíduos e populações.

Na realidade, o conceito de promoção da saúde vem sendo elaborado por diferentes atores técnicos e sociais, em diferentes conjunturas e formações sociais, ao longo dos últimos 25 anos. Inúmeros eventos internacionais, publicações de caráter conceitual e resultados de pesquisas têm contribuído para aproximações a conceitos e práticas mais precisas para este campo.

A nova concepção de saúde importa uma visão afirmativa, que a identifica com bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente com ausência de doença. A saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido. Nesse marco, a intervenção visa não apenas diminuir o risco de doenças, mas aumentar as chances de saúde e de vida, acarretando uma intervenção multi e intersetorial sobre os chamados determinantes do processo saúde-enfermidade: eis a essência das políticas públicas saudáveis.

Proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade da vida "vívida", ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar que, por sua vez, são valores socialmente definidos, importando em valores e escolhas. Nessa perspectiva, a intervenção sanitária refere-se não apenas à dimensão objetiva dos agravos e dos fatores de risco, mas aos aspectos subjetivos, relativos, portanto, às representações sociais de saúde e doença.

O Profissional da Educação Física

A História da regulamentação da profissão de Educação Física no Brasil, pode ser dividida em três fases: a primeira relacionada aos profissionais que manifestavam e/ou escreviam a respeito desta necessidade, sem contudo desenvolver ação nesse sentido; a segunda na década de 80 quando tramitou o projeto de lei relativo à regulamentação sendo

vetado pelo Presidente da República. E a terceira vinculada ao processo de regulamentação aprovado pelo Congresso e promulgado pelo Presidente da República em 01/09/98, publicado no Diário Oficial de 02/09/98 (CONFEEF, 2008).

Segundo a Resolução 056/2003/CONFEEF, que dispõe sobre o código de ética da Educação Física, em seu inciso I, do artigo 6º, o profissional desta área tem a responsabilidade e o dever de “[...] promover uma Educação Física no sentido de que a mesma se constitua em meio efetivo para a conquista de um estilo de vida ativo dos seus beneficiários, através de uma educação efetiva, para promoção da saúde e ocupação saudável do tempo de lazer” (CONFEEF, 2008)

A promoção da saúde e a busca da qualidade de vida do ser humano atualmente tornaram-se exigências da sociedade industrializada. Quanto ao aspecto econômico, os gastos oriundos da exploração de mão-de-obra e os desgastes sociais produzidos pelas doenças crônico-degenerativas superam os ganhos sociais destas práticas. Quanto ao aspecto humano, é eticamente impossível contabilizar gastos em detrimento à vida humana. A partir da aceitação das responsabilidades dos profissionais em Educação Física na promoção da saúde, na melhoria da qualidade de vida e na adoção de um estilo de vida ativo é possível demonstrar que as funções sociais da Educação Física podem ser consideradas positivas à atual realidade social (Silva, 2006).

Se por um lado a Educação Física tem sido desvalorizada enquanto disciplina curricular no seio do projeto dominante de formação humana pelas políticas educacionais, por outro lado, desde o final do século XX, no Brasil, as práticas corporais realizadas fora do meio escolar vêm recebendo uma carga valorativa positiva, sendo identificadas com a perspectiva da promoção da saúde e da obtenção da qualidade de vida, num viés liberal. A proliferação das práticas nas academias de ginásticas, clubes, condomínios e nos espaços de lazer fez com que a própria formação profissional da Educação Física fosse insistentemente questionada, sob o ponto de vista do preparo do professor para a atuação nos vários campos de trabalho, assim vislumbrados no horizonte daquela área (Nozaki, 2004).

CAPÍTULO III

MATERIAL E MÉTODOS

Modelo de Estudo

O presente estudo teve por objetivo identificar e associar o nível de atividade física e o perfil de qualidade de vida de Profissionais de Educação Física da rede estadual de ensino vinculados a 25ª e 26ª GERED (Gerência Regional de Educação) de Santa Catarina. Caracterizou-se, segundo Thomas e Nelson (2002), como um estudo descritiva-correlacional, do tipo transversal, no qual foi realizado um levantamento de informações ainda não identificadas nessa população.

População e Amostra

A população alvo do estudo foram os Profissionais de Educação Física da rede estadual de ensino, vinculados a 25ª e 26ª GERED, que abrangem os municípios de São Bento do Sul, Rio Negrinho, Campo Alegre, Mafra, Papanduva, Itaiópolis e Monte Castelo, Canoinhas, Major Vieira, Três Barras, Bela Vista, Irineópolis, Porto União, totalizando 164 professores, de acordo com dados da 25ª e 26ª GERED (2009).

A amostra foi constituída de toda a população (164 Profissionais de Educação Física da rede estadual de ensino, vinculados a 25ª e 26ª GERED), dos quais 3 estavam afastados para tratamento de saúde e 40 profissionais se recusaram a responder aos questionários, dizendo que não tinham tempo ou por medo do comprometimento. A amostra final foi constituída de 117 Profissionais de Educação Física, sendo 62 do sexo feminino, 54 masculino e 1 entrevistado não respondeu.

Implementação do Estudo

Inicialmente, foram encaminhados ofícios à 25ª e 26ª GERED, localizadas no município de São Bento do Sul e Canoinhas respectivamente, contendo informações sobre os objetivos e procedimentos metodológicos da pesquisa, buscando autorização para a coleta de dados junto aos estabelecimentos de ensino.

Em um segundo momento, por meio das informações obtidas pela 25ª e 26ª GERED, foram localizados os Profissionais de Educação Física da rede estadual de ensino dos municípios envolvidos, para o posterior contato.

Após esta etapa, o projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC e aprovado sob nº 329, em 24 de novembro de 2008 (Anexo 1).

Coleta de Dados

A coleta de dados iniciou-se após a qualificação do projeto junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da UFSC e foi realizada no período de dois meses (julho/agosto 2009).

Todos os Profissionais de Educação Física da rede estadual de ensino, dos municípios vinculados a 25ª e 26ª GERED, foram convidados a responder os questionários e a participar do estudo. Os questionários foram entregues pessoalmente pela pesquisadora principal, conforme endereços fornecidos pela 25ª e 26ª GERED, juntamente com as orientações sobre seu preenchimento e informações esclarecedoras sobre a pesquisa

Variáveis do Estudo e Instrumentos de Coleta de Dados

As variáveis independentes do estudo foram: idade, gênero, estado civil, escolaridade, tempo de magistério e carga horária semanal. Os domínios/subdomínios da qualidade de vida e o nível de atividade física foram as variáveis dependentes.

Para a coleta de dados foi utilizado um formulário sócio-demográfico (Anexo 2), o instrumento para avaliação da qualidade de vida o *WHOQOL* Abreviado (Anexo 3) e o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) – Versão Curta (Anexo 4)

Formulário Sócio-demográfico

Abordou questões que tiveram por objetivo obter informações gerais da amostra: idade, gênero, estado civil, escolaridade, tempo de magistério e carga horária semanal (Anexo 2).

***WHOQOL* Abreviado**

Para análise geral da percepção de qualidade de vida dos professores foi utilizado o *WHOQOL-bref* (*The World Health Organization Quality of life Assessment*). Instrumento criado pelo “*World Health Organization Quality of Life*” e traduzido e validado para o Brasil por Fleck *et al.* (2000). A OMS desenvolveu o *Whoqol* buscando um instrumento que avaliasse a qualidade de vida de forma global e que pudesse ser utilizado por diferentes culturas considerando o conceito de qualidade de vida da Organização, o qual é subjetivo, multidimensional e inclui elementos de avaliação tanto positivos quanto negativos (Fleck *et al.*, 1999).

O *WHOQOL-bref* é formado por 26 questões, incluindo os domínios físico, psicológico, social e ambiental, sendo cada domínio formado por facetas específicas (Figura 4). O instrumento considera informações das duas últimas semanas dos avaliados. É composto por duas questões gerais (uma referente à qualidade de vida e outra à saúde) e não estão incluídas nas equações estabelecidas para análise dos resultados e mais vinte e quatro questões relativas a quatro domínios e suas respectivas facetas (Anexo 3).

Domínio 1 - Domínio físico

1. Dor e desconforto
2. Energia e fadiga
3. Sono e repouso
9. Mobilidade
10. Atividades da vida cotidiana
11. Dependência de medicação ou de tratamentos
12. Capacidade de trabalho

Domínio 2 - Domínio psicológico

4. Sentimentos positivos
5. Pensar, aprender, memória e concentração
6. Auto estima
7. Imagem corporal e aparência
8. Sentimentos negativos
24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

Domínio 3 - Relações sociais

13. Relações pessoais
14. Suporte (Apoio) social
15. Atividade sexual

Domínio 4 - Meio ambiente

16. Segurança física e proteção
17. Ambiente no lar
18. Recursos financeiros
19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
23. Transporte

Figura 4 Domínios e Facetas do WHOQOL-bref.

Fonte: Fleck *et al.*, 2000.

A avaliação da qualidade de vida pelo *WHOQOL-bref* foi realizada seguindo os procedimentos sugeridos na sua validação para a língua portuguesa e utilizando-se de sua sintaxe própria (Fleck, 2000). Foram utilizados os seguintes parâmetros: intensidade (nada – extremamente), capacidade (nada – completamente), frequência (nunca – sempre) e avaliação (muito insatisfeito – muito satisfeito; muito ruim – muito bom).

A qualidade de vida geral refere-se à média das duas questões gerais do *WHOQOL-bref* (Q1 e Q2) e é avaliada independente das outras questões e domínios. Por se tratar de um constructo multidimensional, não existe um único escore como resultado, mas um escore para cada domínio e outro para a qualidade de vida geral.

Todas as questões foram medidas na direção positiva, ou seja, quanto maior for o escore melhor é a avaliação da qualidade de vida. As questões Q3, Q4 e Q26 possuem direção reversa e foram transformadas no momento da avaliação dos domínios. Os escores finais da avaliação da qualidade de vida podem ser transformados em duas escalas, uma de 4 a 20, e outra de zero a 100 (*Whoqol Group*, 1998). Nas análises gerais os resultados foram apresentados na escala de 4 a 20 para facilitar as classificações de qualidade de vida e a comparação dos estudos.

A metodologia de avaliação proposta pela OMS para o *Whoqol-bref* não propõe critérios de classificação, e, além disso, no Brasil ainda não existem dados normativos para avaliação da qualidade de vida (Fleck *et al.* 1999).

Sintaxe SPSS - WHOQOL - BREVE

Registro ou protocolo q3 q4 q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).

(escore baseados em escala de 4-20)

COMPUTE dominio1 = (MEAN(q9,q10,q16,q21,q22,q23,q24))*4 .

COMPUTE dominio2 = (MEAN(q11,q12,q13,q17,q25,q32))*4 .

COMPUTE dominio3 = (MEAN(q26,q27,q28))*4 .

COMPUTE dominio4 = (MEAN(q14,q15,q18,q19,q20,q29,q30,q31))*4 .

*Figura 5 – Sintaxe SPSS – WHOQOL - Breve
Fleck et al. 1999*

Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ – Versão Curta

Para avaliação do nível de atividade física foi utilizado o Questionário Internacional de Atividade Física, Versão Curta, validado pelo IPAQ (2001) denominado “Questionário Internacional de Atividades Físicas” para adultos, versão curta formado por 6 questões dentro de uma classificação determinada como: insuficientemente ativo, ativo e muito ativo (Anexo 4).

O questionário internacional de atividade física é um instrumento destinado a obtenção de medidas que permitam estimar a quantidade total de atividade física realizada e, também, parcialmente em quatro contextos da vida diária (trabalho, transporte, lazer e atividades domésticas) (Barros; Nahas, 2003)

A avaliação da atividade física pelo Questionário Internacional de Atividade Física – Versão Curta foi realizada seguindo os procedimentos sugeridos pela Classificação do Nível de Atividade Física IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*).

Na análise do nível de atividade física os indivíduos foram classificados como muito ativo, ativo, insuficientemente ativo ou sedentário.

Tratamento Estatístico

Os dados foram digitados e revisados no programa *Microsoft Office Excel 2007*. As análises estatísticas foram realizadas com o auxílio dos programas estatísticos *SPSS – versão 13.0 for Windows*.

Para o objetivo de caracterização sociodemográfica (idade, estado civil, escolaridade, gênero, tempo de magistério e carga horária semanal) e caracterização dos domínios (físico, psicológico, social e ambiental) utilizou-se a estatística descritiva por meio de frequências e percentuais.

Para o reconhecimento da associação entre os domínios, subdomínios e o nível de atividade física, foi realizado o teste do Qui-quadrado e, para a caracterização do tipo de agrupamento dos subdomínios (variáveis), foi utilizada a análise de Clusters (método de Ward), que teve o objetivo de demonstrar a força hierárquica de ligação entre os mesmos.

No teste do Qui-quadrado foram apresentadas as medidas de frequências absolutas e relativas correspondentes às categorias de análise, a proporção de referência e a probabilidade de associação, adotando-se o nível de significância igual ou inferior a 0,05 (Barros & Reis, 2003).

A análise multivariada de Cluster tem como objetivo principal o agrupamento de casos com base no conjunto de subdomínios (variáveis). A técnica forma grupos de casos (Clusters). Os casos dentro de um Cluster são semelhantes entre si em termos de valores num conjunto de variáveis e são mais semelhantes do que qualquer um dos casos pertencentes a outro Cluster (Hill & Hill, 2000).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

O foco principal deste estudo foi analisar o nível de atividade física e a qualidade de vida. A apresentação dos resultados do estudo foi estruturada de forma seqüencial de acordo com os objetivos específicos:

1. Caracterizar a amostra sócio demograficamente;
2. Caracterizar a qualidade de vida geral;
3. Identificar o nível de atividade física;
4. Caracterizar os domínios físico, psicológico, social e ambiental que compõem a qualidade de vida dos indivíduos;
5. Verificar associações entre o gênero e o NAF;
6. Verificar possíveis associações entre o gênero e a percepção da qualidade de vida geral;
7. Verificar possíveis associações entre os domínios (físico, psicológico, social, ambiental) e seus respectivos subdomínios com o nível de atividade física;
8. Estabelecer a Hierarquia de Agrupamento – Força de ligação entre os subdomínios da Qualidade de Vida.

**Características Sócio-Demográficas dos Profissionais de Educação Física
Participantes da Amostra**

Tabela 1
Frequências e Percentagens dos Professores de acordo com as Variáveis Sócio-Demográficas

Variáveis	Categoria	f	%
Estado Civil	Casado	76	65%
	Viúvo	5	4,3%
	Solteiro	25	21,4%
	Divorciado	11	9,4%
	Outros	0	0%
Idade	Menos de 24	2	1,7%
	De 24 a 26	1	0,9%
	De 26 a 28	9	7,7%
	De 28 a 30	5	4,3%
	De 30 a 32	15	12,8%
	De 32 a 34	12	10,3%
	Mais de 34	73	62,4%
Gênero	Feminino	62	53%
	Masculino	55	47%
Escolaridade	Graduação	18	15,4%
	Especialização	95	81,2%
	Mestrado	3	2,6%
	Doutorado	1	0,9%
	Outro	0	0%
Carga horária semanal	Menos de 20	2	1,7%
	De 20 a 30	10	8,5%
	De 30 a 40	9	7,7%
	De 40 a 50	69	59%
	De 50 a 60	14	12%
	De 60 a 70	12	10,3%
Tempo de magistério	Mais de 70	1	0,9%
	Menos de 2 anos	4	3,4%
	De 2 a 4 anos	5	4,3%
	De 4 a 6 anos	5	4,3%
	De 6 a 8 anos	4	3,4%
	De 8 a 10 anos	11	9,4%
	De 10 a 12 anos	13	11,1%
Mais de 12 anos	75	64,1%	

(f) = Frequência; (%) = Percentagem

Foram entregues 164 questionários, dos quais 117 foram devolvidos (71,3%). Dos profissionais que participaram da pesquisa, 62,4%, tinham mais de 34 anos, 53% eram mulheres, 65% eram casados e 81,2% tinham especialização.

A maioria dos profissionais tinha carga horária de trabalho acima de 40 horas semanais, representando o percentual de 59%. Quanto o tempo de magistério 64% dos profissionais tem mais de 12 anos.

Caracterização da qualidade de vida geral

A avaliação de qualidade de vida e satisfação com a saúde são duas questões que compõe o *WHOQOL bref*, e estão analisadas separadas dos outros domínios, estando apresentadas na tabela 2.

Tabela 2

Frequências e Percentagens das Questões da Qualidade de Vida Geral do *Whoqol-bref*.

Questão	Opção de resposta	f	%
Q1 “Como você avalia sua qualidade de vida?”	Não resposta	1	0,9%
	1 – muito ruim	0	0,0%
	2 – ruim	4	3,4%
	3 – nem ruim nem boa	32	27,4%
	4 – boa	73	62,4%
	5 – muito boa	7	6%
Q2 “Quão satisfeito(a) você está com sua a saúde?”	Não resposta	2	1,7%
	1 – muito insatisfeito	1	0,9%
	2 – insatisfeito	6	5,1%
	3 – nem satisfeito nem insatisfeito	28	23,9%
	4 – satisfeito	70	59,8%
	5 – muito satisfeito	10	8,5%

(f) = Frequência; (%) = Percentagem

A percepção de qualidade de vida foi positiva onde 68,4% dos profissionais de Educação Física responderam que é boa ou muito boa, o que demonstrou que os profissionais estão satisfeitos com suas condições de vida.

Os resultados positivos na avaliação da qualidade de vida são justificados através das respostas obtidas nos quatro domínios, dentre os indicadores destaca-se a satisfação com a funcionalidade e energia para a realização de tarefas do dia-a-dia, a satisfação pessoal, os sentimentos positivos, o sentido da vida, a satisfação com os relacionamentos e o apoio pessoal de amigos e parentes, a satisfação com a moradia, com o acesso aos serviços de saúde, a proteção e as oportunidades de lazer.

Em relação à saúde, 68,3% os profissionais estavam satisfeitos ou muito satisfeitos, mostrando uma percepção positiva da sua saúde.

A percepção positiva de saúde é influenciada pelo sentido pessoal na vida e representa importante papel para superar as crises e perdas ao longo da vida, fator importante na percepção de qualidade de vida (Freire & Resende, 2001). Esta afirmação é comprovada com os resultados obtidos na pesquisa onde 51,3% responderam encontrar

bastante sentido na vida e 41,9% responderam encontrar extremo sentido, o que representa importante indicador de saúde.

Outros fatores também contribuíram para a percepção positiva de saúde, dentre eles a satisfação com a atividade sexual, onde 76,9% dos Profissionais responderam estarem satisfeitos ou muito satisfeitos. Outro fator foi a satisfação pessoal positiva relatada em 76,9% satisfeitos ou muito satisfeitos.

Both (2006) não constatou associação significativa igual ou menor que 5% nas regiões do estado de Santa Catarina ($p=0,194$) na avaliação geral da Qualidade de Vida no Trabalho dos Profissionais de Educação Física das escolas públicas do estado de SC. Mas, verificou que os docentes das regiões Grande Florianópolis, Planalto e Norte são os mais insatisfeitos (entre 8,9% e 16,4%), e os professores do Sul, 66 Vale do Itajaí e Oeste os menos insatisfeitos (entre 5,1% e 7,1%). Em relação à satisfação, os professores demonstraram percentuais em sentido inverso, ou seja, os maiores níveis de satisfação (entre 70,2% e 64,6%) foram encontrados nos docentes do Sul, Vale do Itajaí e Oeste, enquanto que os professores das regiões Grande Florianópolis, Norte e Planalto demonstraram os menores valores de satisfação (entre 58,2% e 52,9%). Entretanto, no cômputo geral observou-se que a maioria dos professores (62,3%) relatou estar satisfeita com a Qualidade de Vida no Trabalho, o que é semelhante aos resultados encontrados por Petroski (2005), Lemos, Nascimento e Both (2006) e Lemos (2007).

Os professores catarinenses que se encontravam no início da carreira docente apresentaram um perfil mais positivo do estilo de vida (Both, 2006). De fato, o início da carreira docente é marcado pelos problemas decorrentes da inserção no mercado de trabalho, da socialização profissional com a cultura docente instalada nas escolas e as inseguranças e incertezas na prática pedagógica. Com o passar dos anos, há a tendência dos docentes estabilizarem suas competências pedagógicas e buscarem uma estrutura mais estável de vida, principalmente a partir de estabilidade econômica, da segurança na prática pedagógica, entre outros fatores (Garcia, 1995; Silva, 1997; Nascimento; Graça, 1998; Cavaco, 1999).

Caracterização do Nível de Atividade Física

Para facilitar a discussão, dividiu-se a variável nível de atividade física em três categorias, os professores foram classificados como muito ativos, ativos e insuficientemente ativos ou sedentários.

Tabela 3
Nível de Atividade Física

Nível de atividade física	Qt. Cit.	f
Muito ativo	13	11,1%
Ativo	75	64,1%
Insuficientemente Ativo ou Sedentário	29	24,8%
TOTAL OBS.	117	100%

(f) = Frequência

Média = 2,14, Desvio padrão = 0,59

De acordo com os resultados, 75,2% dos Profissionais de Educação Física foram considerados ativos ou muito ativos e 24,8% foram considerados insuficientemente ativos ou sedentários.

No estudo realizado por Both (2006) com os Profissionais de Educação da rede estadual de SC, os indicadores de Atividade física, que indagaram sobre a realização de 30 minutos de atividades físicas moderadas, pelo menos, em cinco dias da semana; realização de exercícios que envolvam força e alongamento muscular, pelo menos, duas vezes por semana; e a utilização no dia-a-dia de transporte ativo (uso da bicicleta ou a caminhada como meio de deslocamento), constatou-se que os professores do ciclo de entrada apresentaram os maiores percentuais de comportamentos positivos (65,3%), enquanto que no ciclo de diversificação concentrou-se a maior porcentagem de comportamento negativo (22,2%).

**Caracterização dos Domínios Físico, Psicológico, Social e Ambiental que Compõem a
Qualidade de Vida dos Indivíduos**

Caracterização do Domínio Físico

Tabela 4

Caracterização do Domínio Físico

Subdomínios e variáveis	f	%
Dor e desconforto		
Nada	24	20,5%
Muito pouco	49	41,9%
Mais ou menos	30	25,6%
Bastante	14	12,0%
Extremamente	0	0%
Energia		
Nada	0	0%
Muito pouco	3	2,6%
Médio	60	51,3%
Muito	42	35,9%
Completamente	12	10,3%
Satisfação com o sono		
Muito insatisfeito	5	4,3%
Insatisfeito	19	16,2%
Nem satisfeito nem insatisfeito	23	19,7%
Satisfeito	57	48,7%
Muito satisfeito	13	11,1%
Funcionalidade e mobilidade		
Muito ruim	0	0%
Ruim	1	0,9%
Nem ruim nem bom	10	8,5%
Bom	56	47,9%
Muito bom	50	42,7%
Capacidade para o trabalho		
Muito insatisfeito	0	0%
Insatisfeito	6	5,1%
Nem satisfeito nem insatisfeito	30	25,6%
Satisfeito	63	53,8%
Muito satisfeito	18	15,4%
Satisfação com o desempenho de atividade do cotidiano		
Muito insatisfeito	0	0%
Insatisfeito	8	6,8%
Nem satisfeito nem insatisfeito	32	27,4%
Satisfeito	62	53,0%
Muito satisfeito	15	12,8%
Tratamento médico		
Nada	29	24,8%
Muito pouco	45	38,5%
Mais ou menos	34	29,1%
Bastante	9	7,7%
Extremamente	0	0%

(f) = Frequência; (%) = Percentagem

No subdomínio dor e desconforto, como impedimentos para realização das tarefas diárias, 62,4% Profissionais de Educação Física relataram que a mesma atrapalha pouco ou muito pouco, no entanto 12% relataram ter bastante dor/desconforto.

A satisfação com a disposição (energia) foi percebida como média por 51,3% e com o sono foi relatada por 59,8% dos profissionais.

No subdomínio tratamento médico, 38,5% dos profissionais relataram que precisam muito pouco de tratamentos médicos e 24,8% não precisam de nenhuma intervenção médica para enfrentar o dia-a-dia.

Tais preposições justificam os resultados obtidos junto aos profissionais da amostra, onde as respostas positivas se sobressaíram em todos os subdomínios.

Nos subdomínios físicos houve a predominância de resultados positivos, que parecem ter influenciado de forma positiva na satisfação da qualidade de vida onde 68,4% dos Profissionais de Educação Física classificaram como boa ou muito boa.

Caracterização do Domínio Psicológico

Tabela 5

Caracterização do Domínio Psicológico

Subdomínios e variáveis	f	%
Satisfação pessoal		
Muito insatisfeito	0	0%
Insatisfeito	3	2,6%
Nem satisfeito nem insatisfeito	27	23,1%
Satisfeito	61	52,1%
Muito satisfeito	26	22,2%
Capacidade de memória e concentração		
Nada	0	0%
Muito pouco	7	6%
Mais ou menos	36	30,8%
Bastante	65	55,6%
Extremamente	9	7,7%
Satisfação com a Aparência Física		
Nada	0	0%
Muito pouco	7	6%
Médio	30	25,6%
Muito	39	33,3%
Completamente	41	35,0%
O quanto aproveita a vida		
Nada	0	0%
Muito pouco	11	9,4%
Mais ou menos	40	34,2%
Bastante	57	48,7%
Extremamente	9	7,7%
Percepção do sentido da vida		
Nada	0	0%
Muito pouco	0	0%
Mais ou menos	8	6,8%
Bastante	60	51,3%
Extremamente	49	41,9%
Presença de sentimentos negativos		
Nunca	7	6%
Algumas vezes	81	69,2%
Frequentemente	21	17,9%
Muito frequentemente	6	5,1%
Sempre	2	1,7%

(f) = Frequência; (%) = Percentagem

Dos profissionais entrevistados 74,3% relataram que estavam satisfeitos ou muito satisfeitos consigo mesmo e 68,3% com a sua aparência física (muito ou completamente).

Quanto ao subdomínio o quanto aproveita a vida (sentimentos positivos), 56,4% aproveitavam bastante ou extremamente a vida.

A boa capacidade de concentração foi relatada por 63,3% dos profissionais percebendo resultados positivos (bastante ou extremamente).

A presença de sentimentos negativos (mau humor, nervosismo, ansiedade, depressão), foi percebida por algumas vezes por 69,2%, e, freqüentemente, por 24,7% manifestando, assim, resultados negativos.

Ter propósito positivo na vida, tanto pode acrescentar anos a vida como vida aos anos. Sem os componentes de significado pessoal a longevidade pode vir a se tornar um fardo insuportável (Wong, 1999).

A afirmação de Wong (1999) retrata-se, quando se relacionam os resultados positivos no domínio psicológico à satisfação com a saúde. O percentual foi expressivo, onde 68,4% dos profissionais entrevistados responderam ter boa ou muita saúde, o que reforça a importância do sentido e a satisfação pessoal.

Os resultados positivos apresentados no domínio psicológico (77,7% positivos) mostraram que as características dos Profissionais de Educação Física em relação a satisfação com vida (alegria, energia) satisfação pessoal, justificam os resultados das relações sociais.

Caracterização do Domínio Social

Tabela 6
Caracterização do Domínio Social

Subdomínios e Variáveis	f	%
Satisfação as relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)		
Muito insatisfeito	1	0,9%
Insatisfeito	3	2,6%
Nem satisfeito nem insatisfeito	22	18,8%
Satisfeito	72	61,5%
Muito satisfeito	19	16,2%
Satisfação com o apoio dos amigos e parentes		
Muito insatisfeito	0	0%
Insatisfeito	1	0,9%
Nem satisfeito nem insatisfeito	40	34,2%
Satisfeito	63	53,8%
Muito satisfeito	13	11,1%
Satisfação com a vida sexual		
Muito insatisfeito	2	1,7%
Insatisfeito	7	6,0%
Nem satisfeito nem insatisfeito	18	15,4%
Satisfeito	61	52,1%
Muito satisfeito	29	24,8%

(f) = Frequência; (%) = Percentagem

A satisfação dos Profissionais de Educação Física com as relações sociais foi positiva, com 77,7% satisfeitos ou muito satisfeitos, podendo associar a satisfação com apoio dos amigos e parentes, onde 64,9% relataram estarem satisfeitos ou muito satisfeitos.

Quanto a satisfação com a vida sexual os percentuais de 76,9% demonstraram que os professores estão satisfeitos ou muito satisfeitos com o desempenho.

As relações pessoais e o suporte pessoal apareceram como importantes indicadores de qualidade de vida dos professores as quais são características predominantes nos profissionais da Educação Física.

Apesar dos docentes vivenciarem frequentemente situações adversas no ambiente de trabalho, como baixos salários e condições de trabalho cada vez mais precárias, os professores têm demonstrado bom relacionamento social com as pessoas que convivem em sua volta. Esta conduta positiva é muito importante na carreira docente, pelo fato de que problemas de relacionamentos pessoais podem provocar desgastes na comunidade escolar, resultando em insatisfação (Cruz; Lemos, 2005; Lemos; Cruz, 2005) e afastamento do trabalho docente (Santini, 2004; Santini; Molina Neto, 2005).

Caracterização do Domínio Ambiental

Tabela 7

Caracterização do Domínio Ambiental

Subdomínios e variáveis	f	%
Segurança física e proteção		
Nada	1	0,9%
Muito pouco	3	2,6%
Mais ou menos	35	29,9%
Bastante	64	54,7%
Extremamente	14	12,0%
Satisfação com o ambiente físico		
Nada	0	0%
Muito pouco	33	28,2%
Mais ou menos	61	52,1%
Bastante	20	17,1%
Extremamente	3	2,6%
Satisfação com a moradia		
Muito insatisfeito	0	0%
Insatisfeito	2	1,7%
Nem satisfeito nem insatisfeito	17	14,5%
Satisfeito	57	48,7%
Muito satisfeito	41	35,0%
Acesso aos serviços de saúde		
Muito insatisfeito	0	0%
Insatisfeito	13	11,1%
Nem satisfeito nem insatisfeito	34	29,1%
Satisfeito	55	47,0%
Muito satisfeito	15	12,8%
Recursos financeiros para as necessidades básicas		
Nada	2	1,7%
Muito pouco	34	29,1%
Médio	68	58,1%
Muito	8	6,8%
Completamente	5	4,3%
Oportunidades de adquirir informações		
Nada	0	0%
Muito pouco	14	12%
Médio	47	40,2%
Muito	45	38,5%
Completamente	11	9,4%
Oportunidades de lazer		
Nada	2	1,7%
Muito pouco	38	32,5%
Médio	50	42,7%
Muito	18	15,4%
Completamente	9	7,7%
Satisfação com o meio de transporte		
Muito insatisfeito	0	0%
Insatisfeito	6	5,1%
Nem satisfeito nem insatisfeito	20	17,1%
Satisfeito	49	41,9%
Muito satisfeito	42	35,9%

(f) = Frequência; (%) = Percentagem

Os domínios ambientais são evidenciados na literatura como parte das condições objetivas da qualidade de vida, onde são apontados ainda as condições físicas do ambiente, a disponibilidade de serviços de saúde, lazer e educação e o nível de renda (Neri, 2001).

Na caracterização do domínio ambiental, verificou-se que a maioria dos Profissionais de Educação Física estavam satisfeitos 66,7% com a segurança na vida diária.

Em relação as condições do local onde moram 83,7% estavam satisfeitos ou muito satisfeitos. Quanto às condições financeiras 58,1% declararam média satisfação e 30,8% pouca satisfação.

Com relação o acesso aos serviços de saúde, 59,8% profissionais, estavam satisfeitos ou muito satisfeitos e as oportunidades de lazer, 42,7% demonstram média satisfação e 34,2% pouca satisfação. Os profissionais relataram que estavam satisfeitos 77,8% ou muito satisfeitos com o meio de transporte e o nível de satisfação com as oportunidades de adquirir informações foi de 47,9%.

Associação entre o Gênero e o NAF

Tabela 8

Associação entre o Gênero e o NAF

Gênero	Atividade Física			Total
	Muito Ativo	Ativo	Insuficientemente Ativo ou sedentário	
Feminino	7	37	18	62
Masculino	6	38	11	55
Total	13	75	29	117

$\chi^2_{1,36}$; p = 0,50

O nível de atividade física em relação ao gênero não apresentou significância (p>0,05.) Desta forma, os resultados deste estudo, considerando as diferenças metodológicas, demonstram que os Profissionais de Educação Física são considerados ativos.

Associação entre o Gênero e a Percepção da Qualidade de Vida

Tabela 9

Associação entre o Gênero e a Percepção da Qualidade de vida

		Percepção da Qualidade de Vida							Total
		2,0	2,5	3,0	3,5	4,0	4,5	5,0	
q3	Feminino	2	4	8	16	29	1	2	62
	Masculino	0	1	8	13	24	4	4	54
Total		2	5	16	29	53	5	6	116

$\chi^2_{6,52}$; p = 0,36

Dentre os 117 Profissionais de Educação Física entrevistados, 62 são do sexo feminino, 54 masculino e 1 entrevistado não respondeu.

Ao estabelecer a associação entre a QVG e o gênero, notou-se que dos 53 Profissionais de Educação Física que declararam ter boa percepção de qualidade de vida geral, 29 são do sexo feminino e 24 do masculino.

Ao analisar os resultados verificou-se que não houve associação entre o gênero e a qualidade de vida geral dos Profissionais de Educação Física entrevistados. ($\chi^2_{6,52}$; p = 0,36).

Associação entre o Nível de Atividade Física (NAF) e os Domínios Físico, Psicológico, Social e Ambiental da Qualidade de Vida

Neste item estarão sendo caracterizadas as associações entre o nível de atividade física e os domínios físico, social, psicológico e ambiental da qualidade de vida dos Profissionais de Educação Física. A associação entre as variáveis foi determinada através da análise do Qui-quadrado adotando o índice de significância $p < 0,05$.

Tabela 10

Associação entre o Domínio 1 (Físico) e o NAF

Domínio 1	NAF			Total
	Muito Ativo	Ativo	Sedentário	
9,14	0	3	0	3
9,71	0	1	1	2
10,86	1	2	1	4
11,43	0	2	1	3
12,00	2	2	1	5
12,57	0	4	0	4
13,14	0	3	4	7
13,71	2	2	2	6
14,29	3	7	2	12
14,86	1	9	2	12
15,43	2	8	2	12
16,00	0	6	3	9
16,57	0	5	3	8
17,14	1	10	2	13
17,71	0	4	4	8
19,43	1	4	1	6
20,00	0	3	0	3
Total	13	75	29	117

 χ^2 5,79; p = 0,44

Ao associar os subdomínios do domínio 1 (Físico) da qualidade de vida ao NAF, notou-se que não houve associação significativa, onde $p > 0,05$: dor funcional (χ^2 0,64; p = 0,99), energia para a dia-a-dia (χ^2 2,69; p = 0,84), satisfação com o sono (χ^2 7,94 ; p = 0,43), capacidade de locomoção (χ^2 4,22; p = 0,64), satisfação com o desempenho de atividades (χ^2 6,76; p = 0,34), satisfação com a capacidade de trabalho (χ^2 1,67; p = 0,94), satisfação com o desempenho de atividades do dia-a-dia (χ^2 2,69; p = 0,84) e necessidade de tratamento médico (χ^2 3,11; p = 0,79),

Analisando a Tabela 10 os escores 15,43 e 16,57 demonstraram que 29 Profissionais de Educação Física estão dentro dos parâmetros de qualidade de vida satisfatória, dos quais 20 são ativos ou muito ativos e 8 sedentários. Dos 21 profissionais que obtiveram escores entre 17,14 e 17,71 apresentando uma boa qualidade de vida, 15 eram ativos ou muito ativos e 6 sedentários. Dentre os 9 profissionais com excelente qualidade de vida (escores entre 19,43 e 20,00), 8 eram ativos ou muito ativos e 1 sedentário.

Verificou-se com os resultados do domínio 1 (Físico), que dentre os profissionais com escores acima de 15 considerados como qualidade de vida positiva, a maioria eram

ativos ou muito ativos, mas não houve associação estatisticamente significativa com o NAF ($p > 0,05$).

De acordo com Coury (1993), nas últimas décadas a relação entre qualidade de vida e a satisfação no trabalho tem sido objeto de grande número de estudos e revisões teóricas.

A força de relação entre a satisfação no trabalho e na vida foi estudada por Tait *et al.* (1989) *apud* Coury (1993) em uma extensa revisão bibliográfica aplicando o método de meta-análise, integrando resultados de 34 estudos, após eliminar a variância entre eles. A conclusão era de que havia relação positiva entre a satisfação no trabalho e na vida.

Neste estudo observou-se também uma alta associação entre a satisfação com a capacidade de trabalho e de realização das tarefas do cotidiano com a satisfação pessoal, o que demonstra a importância dada à capacidade de autogerenciamento.

Tabela 11
Associação entre o Domínio 2 (Psicológico) e o NAF

Domínio 2	NAF			Total
	Muito Ativo	Ativo	Sedentário	
10,67	0	0	1	1
11,33	0	2	0	2
12,00	1	5	0	6
12,67	1	4	0	5
13,33	2	2	5	9
14,00	1	7	2	10
14,67	1	8	3	12
15,33	2	11	1	14
16,00	2	9	4	15
16,67	2	10	5	17
17,33	0	10	4	14
18,00	0	3	1	4
18,67	0	3	3	6
19,33	1	0	0	1
20,00	0	1	0	1
Total	13	75	29	117

χ^2 31,02; $p = 0,31$

Ao realizar a associação dos subdomínios do domínio 2 (Psicológico) da qualidade de vida com o NAF, notou-se que não houve associação significativa, onde: capacidade de concentração (χ^2 4,37; $p = 0,62$), satisfação com a aparência física (χ^2 4,43; $p = 0,61$), sentido da vida (χ^2 4,21; $p = 0,37$), satisfação pessoal (χ^2 2,47; $p = 0,87$) e a presença de sentimentos negativos (χ^2 7,97; $p = 0,43$).

Os escores do domínio 2 (Psicológico), 46 Profissionais de Educação Física ficaram entre 15,33 e 16,67 demonstraram uma qualidade de vida satisfatória, dos quais 26 eram ativos ou muito ativos e 10 sedentários. Dos 24 profissionais com os escores entre 17,33 e 18,00, que apresentaram boa qualidade de vida, 13 são ativos e 5 sedentários. Dos 8 profissionais com escores entre 18,67 e 20,00 que foram considerados com excelente qualidade de vida, 5 eram ativos ou muito ativos e 3 sedentários.

Analisando os resultados do domínio 2 (Psicológico), dentre os profissionais com escores acima de 15 considerados com qualidade de vida positiva, a maioria eram ativos ou muito ativos, mas não houve associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

Os benefícios da atividade física a partir da meia idade na perspectiva individual podem ser fisiológicos, psicológicos e sociais. Dentre os benefícios psicológicos está a melhoria cognitiva, que inclui a capacidade de concentração (Nahas, 2001).

Ao associar a auto estima com o NAF, os resultados demonstram que os profissionais ativos apresentaram resultados mais positivos na auto estima em relação aos sedentários.

Os dados da caracterização da amostra a satisfação com o aproveitar a vida apresentaram resultados positivos, entretanto sabemos que os fatores que contribuem para que as pessoas possam aproveitar as suas vidas são múltiplos e dependem da percepção individual.

Como indicadores importantes aponta-se a boa funcionalidade, as oportunidades de lazer, o meio de transporte e a renda. Os resultados do subdomínio satisfação com a renda familiar, não foram positivos, demonstrando dessa forma a associação com os subdomínios aproveitar a vida e oportunidades de lazer.

O auto julgamento positivo, considerando-se competente, inteligente, capaz de atingir objetivos de vida, de viver de acordo com os princípios nos quais a pessoa acredita, dignos de ser amados, trazem para a pessoa a capacidade de bons relacionamentos interpessoais. A auto-estima está relacionada com a capacidade de resolução dos problemas com os quais o ser humano se defronta, o que leva a um sentimento de auto-eficácia, que significa que a pessoa acredita e confia na capacidade para gerenciar a própria vida (Erbolato, 2000).

Tabela 12

Associação entre o Domínio 3 (Relações Sociais) e o NAF

Domínio 3	NAF			Total
	Muito Ativo	Ativo	Sedentário	
10,67	0	1	1	2
12,00	1	8	4	13
13,33	1	8	4	13
14,67	4	18	5	27
16,00	6	21	7	34
17,33	0	9	5	14
18,67	0	4	2	6
20,00	1	6	1	8
Total	13	75	29	117

χ^2 7,56; p = 0,91

Os resultados da associação dos subdomínios do Domínio 3 (Relações Sociais) com o NAF, não foram estatisticamente significativos onde: relações pessoais (χ^2 2,32; p = 0,97), apoio social (χ^2 1,93; p = 0,92), atividade sexual (χ^2 3,54; p = 0,89).

Quando se associou o domínio3 (relações sociais) com o NAF, notou-se que dos 34 Profissionais de Educação Física com escore 16,00 que caracterizou uma qualidade de vida satisfatória, 27 eram ativos ou muito ativos e 7 sedentários. Os 14 profissionais com escore 17,33 considerados com boa qualidade de vida, 9 eram ativos e 5 sedentários. Dos 14 profissionais com excelente qualidade de vida, 11 eram ativos ou muito ativos e 3 sedentários.

Tabela 13

Associação entre o Domínio 4 (Meio Ambiente) e o NAF

Domínio 4	NAF			Total
	Muito Ativo	Ativo	Sedentário	
9,00	1	0	0	1
10,00	1	3	0	4
10,50	0	0	1	1
11,00	0	2	1	3
11,50	2	5	0	7
12,00	1	4	4	9
12,50	1	6	3	10
13,00	0	6	2	8
13,50	1	8	3	12
14,00	1	12	2	15
14,50	2	6	4	12
15,00	0	3	2	5
15,50	0	6	3	9
16,00	1	2	2	5
16,50	1	4	0	5
17,00	1	4	1	6
17,50	0	2	1	3
18,00	0	1	0	1
20,00	0	1	0	1
Total	13	75	29	117

χ^2 30,12; p = 0,74

Ao associar os subdomínios do Domínio 4 (Meio Ambiente), com o NAF, notou-se que a associação não foi significativa como mostram os resultados: segurança e proteção (χ^2 4,24; p = 0,83), moradia (χ^2 9,76; p = 0,13), recursos financeiros (χ^2 8,72; p = 0,36), serviços de saúde (χ^2 5,15; p = 0,52), oportunidades de adquirir informações (χ^2 2,15; p = 0,90), oportunidades de recreação e lazer (χ^2 7,01; p = 0,53), transporte (χ^2 5,79; p = 0,44).

A percepção de segurança é um aspecto positivo na vida das pessoas, a violência encontrada nos locais públicos das grandes cidades é um forte motivo de afastamento das pessoas de contatos diretos com ambientes que venham a favorecer a prática de atividades físicas no tempo livre (Reis, 2001).

As cidades onde moram os profissionais entrevistados são de pequeno porte e estão localizadas na região norte do estado de Santa Catarina, não apresentando os problemas de segurança dos grandes centros. Desta forma os resultados positivos na percepção de segurança são justificáveis pelas características apresentadas pelas cidades.

A satisfação com a casa onde se vive favorece a melhor qualidade de vida e de bem-estar, onde as pessoas se sentem confortáveis, seguras e abrigadas. A casa tem uma

história, cada objeto trás lembranças e significa, muitas vezes, o resultado da luta de uma vida inteira (Farias *et al.* 2003).

Analisando a variável recursos financeiros com o resultado do subdomínio e oportunidades de lazer, notou-se que as mesmas apresentaram associação (χ^2 159,39; $p = 0,00$)

Verificando os resultados do subdomínio recursos financeiros com os resultados do subdomínio aproveitar a vida, notou-se que as mesmas têm associação (χ^2 29,87; $p = 0,003$).

As condições econômicas exercem um fator importante na qualidade de vida das pessoas, a partir da renda se estabelece a independência, a estabilidade, a qualidade da habitação e dos serviços de saúde (Veras, 1995).

Na caracterização da satisfação com a renda os resultados não foram positivos, mas verificou-se que a insatisfação apresentada, não interferiu no NAF e na avaliação positiva de qualidade de vida.

Com relação ao Domínio 4 (Meio Ambiente), notou-se que dos 30 Profissionais de Educação Física com os escores entre 15,00 a 17,00, que foram considerados com qualidade de vida satisfatória, 22 eram ativos ou muito ativos e 8 sedentários. Dos 4 profissionais considerados com boa qualidade de vida com escores entre 17,00 a 17,50, 3 eram ativos e 1 sedentário. Somente 1 profissional foi considerado com excelente qualidade de vida e era ativo.

Analisando os resultados do domínio 4, dentre os profissionais com escores acima de 15 considerados com qualidade de vida positiva, a maioria eram ativos, mas não houve associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

Força de Ligação entre os Subdomínios da Qualidade de Vida

De acordo com a análise multivariada de caráter exploratório, utilizando-se a Combinação de Cluster (Método de Ward), o dendrograma a seguir apresenta as ligações ou a hierarquia do agrupamento dos subdomínios que compõe os domínios da qualidade de vida.

Utilizou-se a nomenclatura de “forte hierarquia de agrupamento”, “média força de hierarquia de agrupamento” e “fraca hierarquia de agrupamento”.

Análise Hierárquica de Cluster

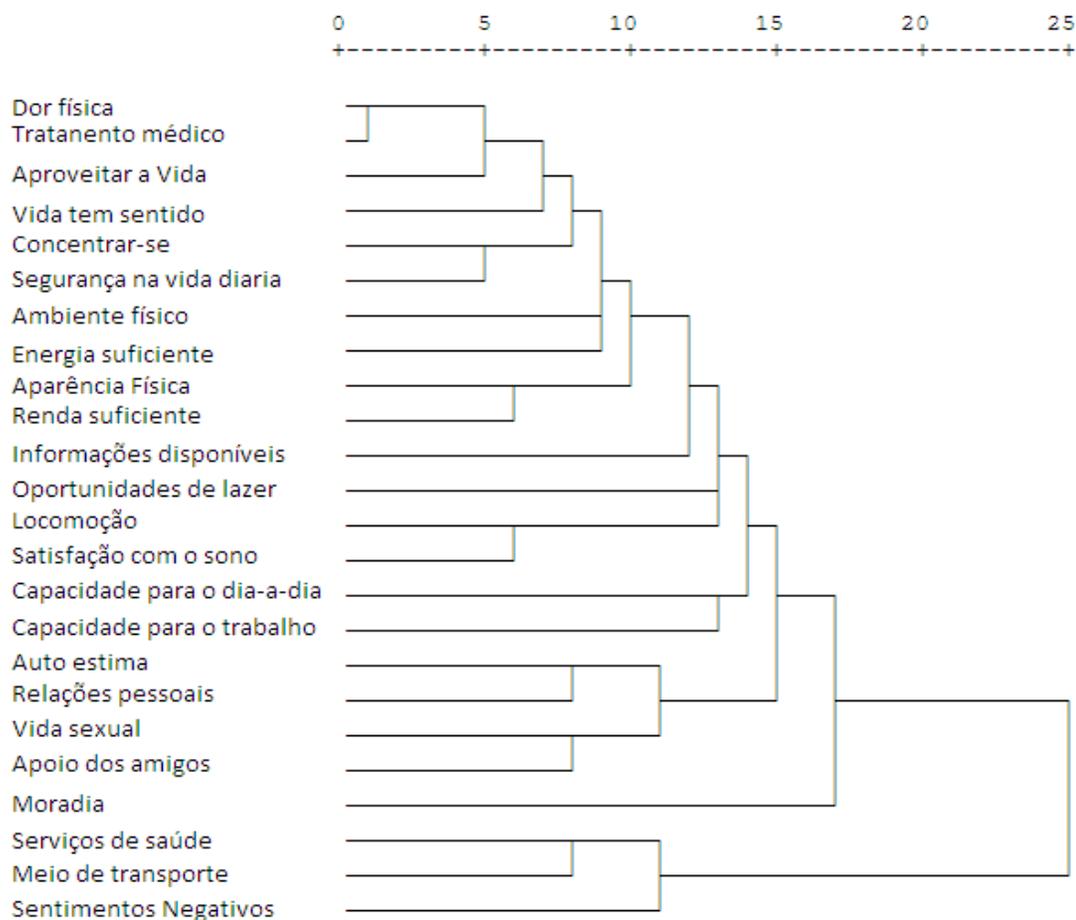


Figura 6 – Dendrograma usando o Método de Ward

Análise dos Grupos de Variáveis com Forte Hierarquia de Agrupamento

As variáveis de capacidade para desempenhar atividades e a capacidade para o trabalho apresentaram forte ligação, sendo que energia para enfrentar o dia-a-dia, também mostrou-se interligada.

As ligações entre o desempenho das atividades diárias, a energia, a mobilidade, a concentração e a segurança, apresentaram média ligação hierárquica.

Os grupos a seguir analisados apresentaram “fraca hierarquia de agrupamento” entre os subdomínios, mostrando que não houve ligação entre as variáveis e que as respostas dos Profissionais de Educação Física nos subdomínios não interferiram na avaliação da percepção da qualidade de vida.

O subdomínio, satisfação pessoal estabeleceu fraca ligação com a mobilidade, a energia para enfrentar o dia-a-dia, o desempenho das atividades e a capacidade para o trabalho. O mesmo aconteceu com os subdomínios sentido da vida com a moradia, as relações pessoais com o apoio dos amigos e também fraca ligação da dor com o tratamento médico.

Outros subdomínios que obtiveram fraca força hierárquica foram a concentração com a satisfação pessoal, com a mobilidade, com a energia, com o desempenho de atividades e com a capacidade para o trabalho. O sentido da vida também obteve fraca ligação com o subdomínio relações pessoais e com aproveitar a vida. Houve também fraca ligação entre informações com o transporte.

No subdomínio sentimentos negativos houve fraca ligação com aproveitar a vida, com as relações pessoais, com o sentido da vida, com a concentração e com a satisfação pessoal. O lazer e a renda ligação mostraram fraca ligação.

Os subdomínios, aparência física com acesso as informações, o ambiente físico com sentimentos negativos, com aproveitar a vida, com as relações pessoais, com o sentido da vida, com a concentração e a satisfação pessoal também apresentaram fraca força hierárquica.

Os subdomínios serviços de saúde obtiveram fraca ligação com a satisfação sexual, com a aparência física, com as informações, com o ambiente físico e com os sentimentos negativos. A renda familiar obteve fraca ligação com o lazer e com a dor. O sono teve fraca ligação com a renda familiar e com a dor, porém o subdomínio sono estava dissociado dos demais.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados demonstraram que mais da metade (62,4%) dos Profissionais de Educação Física estavam com idade acima dos 34 anos, 53% eram do sexo feminino, 65% eram casados e a maioria (59%) possuía carga horária de 40 a 50 horas semanais.

A percepção de qualidade de vida foi positiva (62,4% boa e 6% muito boa), assim como a percepção de saúde (59,8%). Quanto ao NAF, 64,1% dos Profissionais de Educação Física eram ativos e 11,1% eram muito ativos, independente do gênero.

Na caracterização dos subdomínios os valores oscilaram de 51,3% (ter energia razoável) a 90,6% (satisfeitos com a mobilidade), no domínio físico; 56,4% (aproveitavam muito a vida) a 93,2% (possuíam bastante percepção do sentido da vida), no domínio psicológico; 64,9% (satisfeitos ou muito satisfeitos com o apoio dos amigos) a 77,7% (satisfeitos ou muito satisfeitos com as relações pessoais), no domínio social; 42,7% (oportunidade de lazer) a 83,7% (satisfeitos ou muito satisfeitos com a moradia), no domínio ambiental.

Não foram detectadas associações entre o NAF e os subdomínios da qualidade da vida e entre o NAF e cada domínio e seus escores ($p>0,05$). O domínio que obteve o maior número de escores (> 15) para uma qualidade de vida positiva foi o Domínio 2 (Psicológico), e o pior foi o Domínio 4 (Meio Ambiente).

Quanto aos resultados da ligação hierárquica, constatou-se que entre os subdomínios que apresentaram “forte hierarquia” de agrupamento estavam a capacidade para desempenhar atividades e a capacidade para o trabalho, e energia para enfrentar o dia-a-dia, também mostrou-se interligada.

Com “média força de hierarquia” de agrupamento estavam os subdomínios desempenho das atividades diárias, a energia, a mobilidade, a concentração e a segurança.

As demais variáveis apresentaram-se interligadas ou não, porém com “fraca ligação hierárquica” (a satisfação pessoal, a mobilidade, a energia para enfrentar o dia-a-dia, o desempenho das atividades e a capacidade para o trabalho, o sentido da vida a moradia, as relações pessoais, o apoio dos amigos e também a dor e o tratamento médico).

De modo geral, conclui-se que a percepção de qualidade de vida dos Profissionais de Educação Física da 25 e 26 GERED (Gerência Regional de Educação) foi positiva e o NAF foi considerado bom. Entretanto, verificou-se que um em cada quatro Profissionais de Educação Física eram insuficientemente ativos.

Diante dos resultados analisados, recomenda-se a realização de investigações semelhantes a este estudo, utilizando os mesmos instrumentos, com profissionais de Educação Física de outras Gerências de Educação do Estado, e também em outros estados, para que possíveis comparações possam ser realizadas.

REFERÊNCIAS

American Heart Association. Statement on exercise. (1992). **Circulation**, (86): 2726-2739.

Andreotti, R. A. & Okuma S. S. (1999 jan./jun). Validação de uma bateria de testes de atividades da vida diária para idosos fisicamente independentes. **Revista Paulista de Educação Física**. São Paulo, 13 (1): 46-66.

Aães, Ciro Romelio Rodrigues (2003). **Sistema de avaliação para a promoção e gestão do estilo de vida saudável e da aptidão física relacionada à saúde de policiais militares**. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Antunes, K. B., Lula, M. T. ; Tonani, P.C. F.(2004). **Lesões Bucais X Estresse**. (Tese de Mestrado). Disponível em:<<http://www.aonp.org.br/fso/bibli05.htm>>. Acesso em 8 jun. 2004.

Araújo, T. M., Graça, T. M.; Araújo, E. (2003). Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Controlle. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8(4): 991-1003.

Barros, Mauro Virgilio Gomes de; Nahas, Markus Vinicius.(2003). **Medidas da atividade física**: teoria e aplicação em diversos grupos populacionais. Londrina: Midiograf.

Bauman, A.; Craig, C.L. (2005).The place of physical activity in the WHO Global Strategy on Diet and Physical Activity. **Int J Behav Nutr Phys Act**. 24: 2-10.

Bauer, J. *et al.* (2006). Correlation between burnout syndrome and psychological and psychosomatic symptoms among teachers. **International Archives of Occupational Environmental Health**, 79:199–204.

Blair, S.N.; Kohl Iii, H.W.; Barlow, C.E.; Paffenbarger, R.S.; Gibbons, L.W.; Macera, C.A. (1995). Changes in physical fitness and all-cause mortality. **JAMA**, 273:1093-1098.

Blair, S.N.; Kohl Iii, H.W.; Paffenbarger, R.S.; Clark, D.G.; Cooper, K.H.; Gibbons, L.W. (1989). *Physical fitness and all-cause mortality*. **JAMA**. 262: 2395-2401.

Both J, Nascimento JV, Lemos CAF, Donegá AL, Ramos MHKP, Petroski EC, *et al.* (2006) Qualidade de vida no trabalho percebida por Profissionais de Educação Física. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum**; 8(2):45-52.

Brasil. Ministério da Saúde. (2002). Programa Nacional de Promoção da Atividade Física "Agita Brasil": atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. **Revista Saúde Pública**, (36): 254-256.

- Carlotto, M. S.; Palazzo, L. S. (2006). Síndrome de *burnout* e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. **Cadernos de Saúde Pública**, 22(5): 1017-26.
- Carvalho, A. J. F. P.; Alexandre, N. M. C. (2006). Sintomas osteomusculares em professores do ensino fundamental. **Revista Brasileira Fisioterapia**, 10(1): 35-41.
- Caspersen, Carl J., Powell, Kenneth E., Christerson, Gregory M. (1985). *Physical Activity, Exercise and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research*. **Public Health Reports**, 100(2):126-131.
- Cavaco, M.H. (1999). Ofício do professor: o tempo e as mudanças. In: NÓVOA, A. **Profissão professor**. 2.ed. Porto: Porto Editora.
- Chiu, T. T. W.; LAM, P. K. W. (2007). *The Prevalence of and Risk Factors for Neck Pain and Upper Limb Pain among Secondary School Teachers in Hong Kong*. **Journal of Occupational Rehabilitation**, 17: 19-32.
- CONFED (Conselho Federal de Educação Física. **Regulamentação da Educação Física no Brasil**. Disponível em: <<http://www.confef.org.br/extra/conteudo/default.asp?id=16>>. Acesso em: 05 out. 2008.
- Cruz, R.M.; Lemos, J.C. (2005). Atividade docente, condições de trabalho e processos de saúde. **Motrivivência**, Florianópolis, 17(24):59-80.
- Delcor, Núria Serre *et al.* (2004). Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 20(1): 187-196, 2004.
- Dishman, R.K.(1995). **Advances in exercise adherence**. Champaign: Human Kinetics.
- Erbolato, R. M. P. L. (2000). Gostando de si mesmo: a auto-estima. In: Néri, A.L. & Freire, S. A. (Orgs.). *E por falar em boa velhice*. Campinas, SP. Papirus.
- Filipetto, M. C. (1999). Novas dimensões da velhice: despertar pela ludicidade. **Caderno Adulto**, (3), 121-124.
- Fischer, K.; Kettl, P. (2003). *Teachers' perceptions of school violence*. **Journal of Pediatric Health Care**, 17(2): 79-83.
- Fleck, M.P.A. *et al.* (2000). Aplicação da versão em português de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista Saúde Pública**, 34(2).

Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português de avaliação da qualidade de vida “*WHOQOL-bref*”. **Revista de Saúde Pública**, 34 (2).

Fuess, V. L. R.; Lorenz, M. C. (2003). Disfonia em professores do ensino municipal: prevalência e fatores de risco. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, 69(6): 807-12, 2003.

Furtado, E.S. (1997). Terceira idade: enfoques múltiplos. **Motus Corporis**, 4(2): 121-147.

Garcia, C.M. (1995). **Desarrollo profesional e iniciación a la enseñanza**. Barcelona: PPU.

Gasparini, S. M.; Barreto, S. M.; Assunção, A. A. (2005). O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. **Educação e Pesquisa**, 31(2): 189-99.

Gill, T.M.; Feinstein, A.R. (1994). *A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements*. **JAMA**, (272): 619-626.

Heikkinen, R.L. (1998). **The role of physical activity in healthy aging**. Geneva, Switzerland: *World Health Organization, Agein and Health Programme*.

Heikkinen, R. L. (1998) **O papel da atividade física no envelhecimento saudável**. Tradução de Maria de Fátima Duarte e Markus Vinícius Nahas.

HILL, M.M.; HILL, A. (2000). **Investigação por questionário**. Lisboa: Síbalo.

Lawton, P.M. (1991). *A multidimensional view of quality of life in frail elderly*. In: Birren, J.E.; Lubben, J.E.; Rowe, J.C. e Deutchmann, D.E. (Orgs.) **The concept and measurement of quality of life in the frail elderly**. San Diego, CA: Academic Press.

Lemos C.A.F., Nascimento, J.V., Borgatto, A.F. (2007). Parâmetros individuais e sócio-ambientais da qualidade de vida na carreira docente em Educação Física. **Rev. Bras. Educação Fís Esp**; 21(2):81-93

Lemos, C.A.F.(2007). **Qualidade de vida na carreira profissional de professores de Educação Física do magistério público estadual/RS**. 2007. Dissertação (Mestrando em Educação Física), Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Lemos, J.; Cruz, R.M. (2005 Jun). Condições e cargas de trabalho da atividade docente. **Revista Plural**, Florianópolis, , p.20-27.

McAuley, E. & Rudolph D. (1995). *Physical Activity, Aging, and Psychological Well-being*. **Journal of Aging and Physical Activity**, 3(1):76-96.

Mazo, G.Z.; Lopes, M.A.; Benedetti, T.B. (2001). **Atividade física e o idoso: concepção gerontológica**. Porto Alegre: Sulina.

Nahas, M. V. (2003). **Atividade física, Saúde e Qualidade de Vida**. Londrina: Midiograf.

Nahas, M. V. (2001) **A atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 2 ed. Londrina: Midiograf.

Nascimento, J.V.; Graça, A. (1998). A evolução da percepção de competência profissional de professores de Educação Física ao longo de sua carreira docente. **Anais do 6º Congresso de Educação Física e Ciências do Desporto de Língua Portuguesa e 7º Congresso Galego de Educacion Física**. [CD ROM].

Neri, A. L. (1993). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas, SP: Papirus.

Nieman, D.C. **Exercise testing and prescription: a health-related approach**. 4.ed. Champaign, IL: Human Kinetics, 1999.

Nogueira, Leandro. (2005 jan./jun.). Qualidade de Vida no trabalho do Professor de Educação Física: reflexões sobre as possibilidades de um novo campo de investigação acadêmica. **Arquivos em Movimento**, Rio de Janeiro, 1(1): 75-86.

Nozaki, Hajime Takeuchi.(2004). **Educação física e reordenamento no mundo do trabalho**: Mediações da regulamentação da profissão. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Federal Fluminense, Niterói.

Paffembarger Junior, R.S.; Lee, I.M. (1996). Physical activity and fitness for health and longevity. **Research Quarterly for Exercise and Sport**, 67(3): 11-28.

Pardini, R. *et al.* (2001). Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ – versão 6): Estudo piloto em adultos jovens brasileiros. **Revista Brasileira Ciência e Movimento**, 9(3): 45-51.

Pate, R.R. *et al.* (1995). *Physical activity and public health: a recommendation from the centers for disease control and prevention and the American College of Sports Medicine*. **American Medical Association. JAMA**, 273(5): 402-407.

Pentado, R. Z.; Pereira, I. M. T. P. (2007). Qualidade de vida e saúde vocal de professores. **Revista de Saúde Pública**, 41(2): 236-43.

Pimenta, C. A. de M. & Campedelli, M. C. (1993). **A dor no idoso: a terceira idade**, 5(7): 15-19.

Porto, L. A. *et al.* (2006). Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores. **Revista de Saúde Pública**, 40(5): 818-26.

Reis, E. J. E. B. *et al.* (2006). Docência e exaustão emocional. **Educação & Sociedade**, 27(94): 229-53.

Reis, E. J. F. B. *et al.* (2005). Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 21(5): 1480-90.

Rocha, Sandra de Souza Lima; Felli, Vanda Elisa Andres. (2004 jan./fev.). Qualidade de vida no trabalho docente em enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 12(1): 28-35.

Santini, J.; Molina Neto, V. (2005). A síndrome do esgotamento profissional em professores de Educação Física: um estudo na rede municipal de ensino de Porto Alegre. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, 19(3):209-222.

Santini, J. (2004). Síndrome do esgotamento profissional: revisão bibliográfica. **Revista Movimento**, Porto Alegre, 10(1):183-209.

Sharkey, B.J.(2001). **Fitness and health**. 5.ed. Champaign, IL: Human Kinetics.

Shephard, R.J. (1997). **Aging physical activity, and health**. Champaign, IL: Human Kinetics.

_____. (1994). *Determinants of exercise in people aged 65 years and older*. In: Dishman, R.K. **Advances in exercises adherence**. Champaign, IL: Human Kinetics.

Silva, M. A. da. (1999). Exercício e qualidade de vida. In Ghorayeb, N. & Barros, T. **O exercício: preparação fisiológica, avaliação médica, aspectos especiais e preventivos**. São Paulo: Atheneu.

Silva, M.C.M. (1997). O primeiro ano de docência: o choque com a realidade. In: Estrela, M.T. (Org.). **Viver e construir a profissão docente**. Porto: Porto Editora.

Silva, Rudney da (2006). **Características do estilo de vida e da qualidade de vida de professores do ensino superior público em Educação Física**. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção – Ergonomia) - Centro Tecnológico, da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Departamento de Psiquiatria(1998). **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) 1998**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol84.html>>. Acesso em: 03 out. 2008.

Virddnen, M., et al. (2007). Neighbourhood socioeconomic status, health and working conditions of school teachers. **Journal of Epidemiology and Community Health**, 61(4):326-30.

Vitta, A. de. (2000). Atividade física e bem-estar na velhice. In: NERI, A.L.; FREIRE, S.A. (Orgs). **E por falar em boa velhice**. Campinas, SP: Papyrus.

Ueno, L. M. (1999). A influência da atividade física na capacidade funcional: Envelhecimento. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, 4(2): 57-68.

Yusuf, H. R., Croft, J. B., Giles W. H., Anda, R. F., Casper, M. L., Caspersen, C.J., Jones, D. A. (1996). *Leisure-time physical activity among older adults*. **Arquivo Internacional de Medicina**, 156:1321-6.

GLOSSÁRIO

Atividade Física: qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulta em gasto energético maior do que os níveis de repouso. (Caspersen; Powell; Christerson, 1985).

Qualidade de vida: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (*WHOQOL GROUP*, 1994). Operacionalmente, neste estudo, a qualidade de vida será analisada segundo os domínios físico, psicológico, social e ambiental.

Saúde: modernamente, não se entende saúde apenas como o estado “ausência de doenças”. Nessa perspectiva mais holística, a saúde é considerada como uma condição humana com dimensões física, social e psicológica, caracterizadas num contínuo, com pólos positivo e negativo. (Nahas, 2003).

Stress: tendência ao desgaste organo-funcional gerado por estímulos excitantes (agradáveis ou desagradáveis) minando a imunidade, extenuando a ação neuro-hormonal e depauperando o psiquismo mental e/ou emocional. (Antunes *et al.*, 2004, p. 2)

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEP SH

Campus Prof. João David Ferreira Lima - CEP 88040-900
Trindade - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil | www.cep.ufsc.br / +55 (48) 3721-9206

Parecer Consubstanciado Projeto nº 329/08

I – Identificação:

Data de entrada no CEP SH: 06/11/2008

Título do Projeto: Qualidade de vida e nível de atividade física de profissionais de Educação Física da Rede Estadual de Ensino da Santa Catarina.

Pesquisador Responsável: Adair da Silva Lopes.

Pesquisador Principal: Luciane Valério.

Propósito: Pesquisa vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da UFSC.

Instituição onde se realizará: Escolas Estaduais de abrangência da 25ª e 26ª GERED/SC.

II - Objetivos:

- Identificar o nível de atividade física e a qualidade de vida de profissionais de Educação Física da Rede Estadual de Ensino, vinculados a 25ª e a 26ª Gerência Regional de Educação do Estado de Santa Catarina.

III - Sumário do Projeto:

O estudo em questão caracteriza-se como uma pesquisa descritiva-exploratória de corte transversal. A população alvo da pesquisa será composta por todos os profissionais de Educação Física da Rede Estadual de Ensino, vinculados a 25ª e 26ª Gered de Santa Catarina, com um total de 162 profissionais. Os sujeitos serão àqueles profissionais que aceitarem fazer parte do estudo, responderem aos questionários e assinarem o TCL. Como instrumentos para coleta de dados serão utilizados os questionários: Formulário Sócio-Demográfico (informações sobre idade, escolaridade, gênero, dentre outras); Questionário Internacional de Atividades Físicas – IPAQ – (destinado a obter medidas para avaliar a quantidade de atividade física desenvolvida pelo sujeito); WOQOL abreviado (instrumento para avaliar a percepção da qualidade de vida dos professores). Os dados serão digitados e revisados no programa Microsoft Excel 2007. As análises serão realizadas com o auxílio do Programa Estatístico SPSS – versão 13.0 for windows, utilizando os recursos da estatística descritiva e análises de associação.

IV - Comentários:

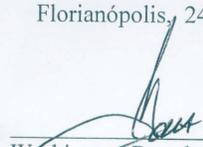
Os proponentes da pesquisa em questão se comprometem a aceitar a Resolução número 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será apresentado a todos os sujeitos, os quais poderão considerar a possibilidade de participar ou não da pesquisa. Os resultados podem trazer maiores informações sobre a qualidade de vida e o nível de atividade física dos profissionais de Educação Física, para que posteriormente, possam ser modificados seus hábitos de vida, possibilitando-lhes vida mais ativa e saudável. Os dados obtidos serão arquivados e permanecerão na posse dos pesquisadores. Dessa forma, considerando as questões apresentadas somos de parecer favorável a aprovação da pesquisa.

V - Parecer:

Aprovado (X)

VI - Data da Reunião:

Florianópolis, 24 de novembro de 2008.


Washington Portela de Souza
Coordenador do CEPESH

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/ 96 e 251/ 97 do CNS.

Anexo 2 – Formulário Sócio Demográfico

Formulário sócio-demográfico

- 1) Estado civil: () casado () viúvo () solteiro () divorciado () outros
- 2) Qual sua idade? _____ anos
- 3) Feminino () Masculino ()
- 4) Grau de escolaridade:
() Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado
() Outro, Qual?
- 5) Carga horária semanal: _____ horas
- 6) Tempo de magistério: _____ anos

Anexo 3 – WHOQOL – Abreviado
Versão em Português

Instruções					
<p>Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.</p> <p>Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:</p>					
	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

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

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

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

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

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

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

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

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

Anexo 4 – Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ Versão Curta

As perguntas a seguir estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na ÚLTIMA semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes. Por favor, responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação!

Para responder as questões lembre que:

- atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal
- atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez.

1a Em quantos dias da última semana você CAMINHOU por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

dias _____ por SEMANA () Nenhum

1b Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando por dia?

horas: _____ Minutos: _____

2a. Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA)

dias _____ por SEMANA () Nenhum

2b. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

horas: _____ Minutos: _____

3a Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração.

dias _____ por SEMANA () Nenhum

3b Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia?

horas: _____ Minutos: _____

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

4a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana?

_____ horas ____ minutos

4b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um dia de final de semana?

_____ horas ____ minutos

Anexo 5 – Declaração dos Pesquisadores



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
Coordenadoria de Pós-Graduação em Educação

Física - Campus Universitário - Trindade - Florianópolis/SC - CEP 88040-900
Fone (048) 3721-9926 Fax (048) 3721-9792 - E-MAIL ppgef@cds.ufsc.br



DECLARAÇÃO

Declaro que no desenvolvimento do projeto de pesquisa: "QUALIDADE DE VIDA E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DE PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA REDE ESTADUAL DE ENSINO DE SANTA CATARINA", cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Declaro, ainda, que não há conflitos de interesses entre o/a (os/as) pesquisador/a (es/as) e participantes da pesquisa. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto em questão.

Florianópolis, 05 de novembro 2008

ASSINATURA

Dr. Adair da Silva Lopes

ASSINATURA

Mestranda Luciane Valério

**Anexo 6 – Declaração da 25ª e 26ª Gerência Regional de Educação do
Estado de Santa Catarina**



ESTADO DE SANTA CATARINA

25ª SECRETARIA DE ESTADO DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL - MAFRA
GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO
MAFRA - SC

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: "QUALIDADE DE VIDA E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DE PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA REDE ESTADUAL DE ENSINO DE SANTA CATARINA", e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

São Bento do Sul, 24 /..10../2008.

Assinatura

Maria Alcione Neves Batista

Maria Alcione Neves Batista
Gerente de Educação
Ato n.º. 353 de 07-05-2007





**ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DE DESENVOLVIMENTO REGIONAL/CANOINHAS
GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO**

GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO CANOINHAS
82.951.328/0001-58
Rua Barão do Rio Branco, 101
Centro - CEP 89460-000
Canoinhas - SC

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: "QUALIDADE DE VIDA E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DE PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA REDE ESTADUAL DE ENSINO DE SANTA CATARINA", e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Canoinhas, 23 /..10...../2008.....


Francisca de Fátima Maiorki
Gerente de Educação

Francisca de Fátima Stocker Maiorki
Gerente de Educação
Matricula 171.576-3-01

Anexo 7 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
Coordenadoria de Pós-Graduação em Educação Física
Campus Universitário - Trindade - Florianópolis/SC - CEP 88040-900
Fone (048)3720-9926 Fax (048)37231-9792E-mail/ppgef@cds.ufsc.br



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Professor:

Estamos desenvolvendo um estudo intitulado "Qualidade de Vida e Nível de Atividade Física de Profissionais de Educação Física da Rede Estadual de Ensino de Santa Catarina. Esta pesquisa está sendo desenvolvida junto ao curso de mestrado em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina e tem como autor principal a mestranda Luciane Valério e como orientador o Professor Doutor Adair da Silva Lopes. Em termos gerais, pretende-se investigar a Qualidade de Vida e o Nível de Atividade Física de Profissionais de Educação Física da Rede Estadual de Ensino, 25ª e 26ª Gerência Regional de Educação de Santa Catarina.

A pesquisa surgiu a partir de alguns estudos que verificaram que, apesar do trabalho ser um importante fator no crescimento e realização pessoal, muitos trabalhadores, especialmente os professores, vem tendo sua qualidade de vida e saúde deterioradas em função das condições de trabalho a que estão expostos.

Mesmo sabendo da preciosidade de seu tempo, pedimos alguns minutos de sua atenção para responder um questionário, o qual é dividido em três partes (Características sócio-demográficas; Qualidade de Vida e Nível de Atividade Física). Os resultados do estudo serão encaminhados à 25ª e 26ª Gerência Regional de Educação de Santa Catarina e para os órgãos representativos da classe. Os resultados poderão fornecer subsídios para criação de novas políticas administrativas bem como gerar discussão sobre o tema e buscar uma melhor compreensão sobre a relação entre a realidade do trabalho do professor e o reflexo na qualidade de vida

Asseguramos desde já total sigilo e privacidade da identidade dos participantes e destacamos mais uma vez a importância de sua participação e solicitamos que assine os campos abaixo declarando que está ciente dos procedimentos e autoriza a utilização das respostas para a análise científica do tema.

Agradecemos antecipadamente a atenção dispensada e colocamo-nos a sua disposição para quaisquer esclarecimentos (e-mail: luciane@mfa.unc.br ou fone 4799761617).

Nome: _____ RG: _____

Data: ____ / ____ / ____ Assinatura _____