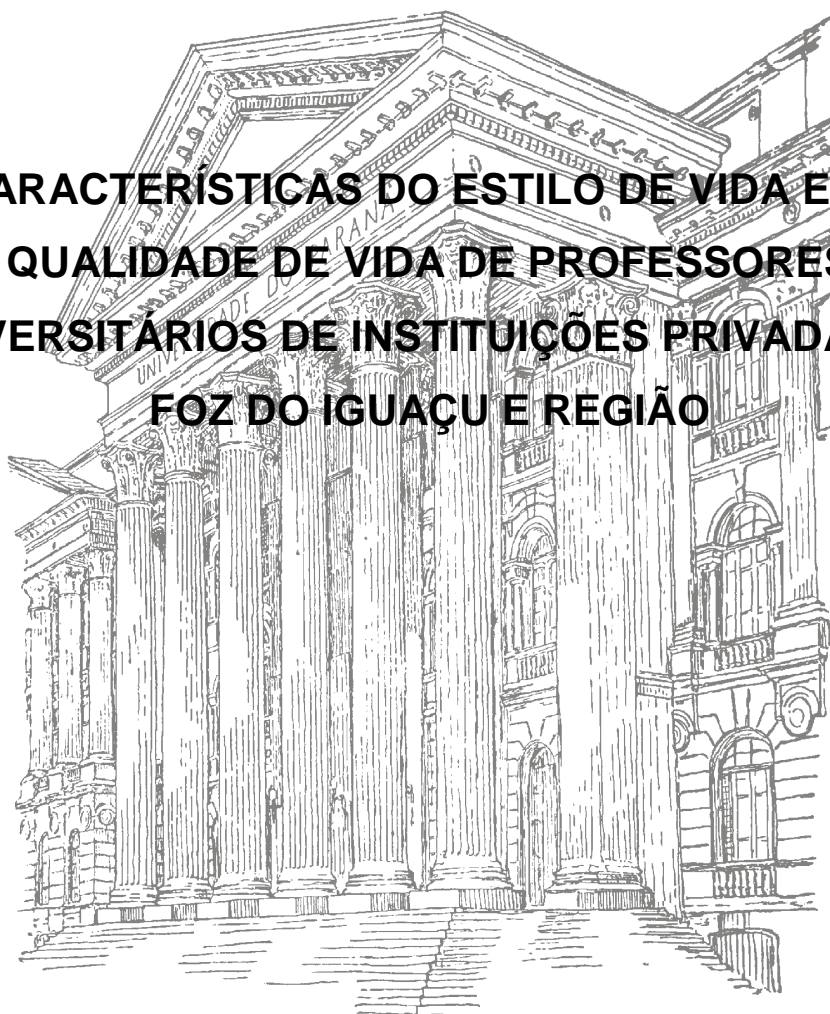


FERNANDO GUILHERME PRIESS

**SETOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA
CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

**CARACTERÍSTICAS DO ESTILO DE VIDA E DA
QUALIDADE DE VIDA DE PROFESSORES
UNIVERSITÁRIOS DE INSTITUIÇÕES PRIVADAS DE
FOZ DO IGUAÇU E REGIÃO**



CURITIBA

2011

FERNANDO GUILHERME PRIESS

**CARACTERÍSTICAS DO ESTILO DE VIDA E DA
QUALIDADE DE VIDA DE PROFESSORES
UNIVERSITÁRIOS DE INSTITUIÇÕES PRIVADAS DE
FOZ DO IGUAÇU E REGIÃO**



Dissertação de Mestrado defendida como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre em Educação Física, no Departamento de Educação Física, Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Renato Cavichioli

TERMO DE APROVAÇÃO

CARACTERÍSTICAS DO ESTILO DE VIDA E DA QUALIDADE DE VIDA DE PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS DE INSTITUIÇÕES PRIVADAS DE FOZ DO IGUAÇU E REGIÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Mestrado em Educação Física, da Universidade Federal do Paraná, como requisito à obtenção do título de Mestre.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Fernando Renato Cavichioli

Prof. Dr. Carlos da Fonseca Brandão

Prof^a. Dr^a. Neiva Leite

Prof^a. Dr^a. Joice Stefanello

DEDICATÓRIA

Em especial ao meu pai: Walter Erich Priess, que, foi o meu maior professor, inspirador e motivador. Sei que com certeza gostaria muito de estar presenciando esse momento, mas não tenho dúvidas que estás observando de um local privilegiado, junto a Deus, assistindo essa conquista, “obrigado pai”.

A minha esposa e meu filho: a Fernanda, minha esposa pela sua atenção, carinho, compreensão, amor e ajuda incondicional durante todo esse período e, ao meu filho, Pedro Henrique, que foi meu motivo de inspiração e motivação, que me passou energia através de sua alegria constante.

A minha mãe, meus irmãos(as) e família em geral: pelo carinho e apoio em todos os momentos da minha vida.

AGRADECIMENTOS

As instituições UFPR e UNIPAR pela oportunidade do MINTER, possibilitando a adesão a novos conhecimentos.

Ao meu orientador **Fernando Renato Cavichioli**, que me apoiou, auxiliou e foi extremamente compreensivo e amigo durante todo esse período de orientação.

Ao meu amigo e companheiro de estudos, **Jackson Vitorassi**, popular **CHESTER** que esteve presente em todos os momentos dessa jornada– bons e ruins – e mostrou realmente ser um grande e fiel amigo.

Ao professor **Ademar Pinezi Junior**, pela colaboração (essencial) durante o processo de construção da dissertação

A professora **Neiva Leite**, por toda sua atenção e orientações, que foram imprescindíveis para a conclusão do trabalho.

A **Luciana Timossi**, que não mediu esforços para auxiliar durante a finalização da dissertação.

Ao amigo que fiz durante o curso de Mestrado, **Cleber Mena Leão Junior**, que esteve sempre prestativo e deu dicas primordiais para a realização do trabalho.

Com carinho muito especial: ao **Professor Hélcio**, pelo seu apoio constante, em todos os momentos do curso. Além de um excelente professor, você foi um grande amigo. Meu MUITO OBRIGADO, com certeza aprendi muito com você.

A todos que de alguma forma somaram para que esse trabalho fosse concluído.

Muito obrigado!

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 OBJETIVOS.....	16
1.1.1 Objetivo Geral.....	16
1.1.2 Objetivos Específicos.....	17
2 REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 O ENSINO SUPERIOR A DOCÊNCIA E SUAS CARACTERÍSTICAS	18
2.1.1.A EDUCAÇÃO FÍSICA E O PROFESSOR DO ENSINO SUPERIOR	23
2.1.2 O Professor e a Saúde no Trabalho.....	26
2.1.3 O Professor de Educação Física e sua Importância na conscientização para a adoção de um estilo de vida ativo	27
2.2. CONCEITUANDO QUALIDADE DE VIDA (QV) E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO (QVT)	29
2.2.1. ESTUDOS SOBRE QUALIDADE DE VIDA E CARREIRA DOCENTE DESENVOLVIDOS NO BRASIL.....	32
2.3 ESTILO DE VIDA	34
2.3.1 Atividade Física relacionada à saúde	36
2.4 FATORES DE RISCO	37
2.4.1 Sedentarismo	38
2.4.2 Obesidade	40
2.4.3 Tabagismo.....	40
2.4.4 Consumo de álcool.....	41
2.4.5 Estresse no trabalho.....	42
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	43
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	43
3.2 PARTICIPANTES	43
3.3 INSTRUMENTOS.....	44
3.4PROCEDIMENTOS.....	46
3.5 TRATAMENTO ESTATÍSTICO.....	46

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	47
4.1 Características gerais dos indivíduos participantes do estudo	47
4.2 Características referentes ao estado de saúde geral.....	52
4.3 Características e aspectos do ambiente laboral	55
4.4 Aspectos e informações referentes aos hábitos de práticas de atividades Físicas.....	56
4.5 Impacto dos diferentes domínios na Qualidade de Vida.....	59
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	67
APÊNDICES	77
ANEXOS	83

RESUMO

O objetivo desse estudo foi caracterizar e analisar os principais aspectos do estilo de vida e da qualidade de vida de professores universitários do ensino superior privado do Paraná e comparar os principais resultados, principalmente os relacionados à prática regular de atividades físicas, entre professores da área de educação física e de outras áreas de graduação. O estudo foi classificado como de campo, exploratório e descritivo, sendo desenvolvidos através de procedimentos qualitativos e quantitativos de coleta e análise dos dados. A seleção dos participantes do estudo se deu através de critérios de intencionalidade próprias ao sujeito e à instituição, totalizando 88 indivíduos, sendo 36 do gênero masculino e 52 do gênero feminino. Os procedimentos foram submetidos e aprovados pelo CEPEH da Unipar/UFPR. Para a coleta de dados utilizou-se o questionário QVS 80 (Questionário de Qualidade de Vida e Saúde) para a avaliação dos dados sócio demográficos gerais e a análise dos domínios da saúde, da atividade física, do ambiente ocupacional e da percepção da qualidade de vida. Os resultados demonstraram que a faixa etária dos participantes com maior incidência encontra-se entre 30 a 39 anos, com 43,2%. Referente à titulação, verificou-se que a maioria dos participantes tem especialização, 52,3%, já 40,9% são mestres, 5,7% doutores e somente 1,1% tem somente graduação. Quanto ao tempo de trabalho no ensino superior, 46,6% atuam a menos de 5 anos, 39,8% de 6 a 10 anos, 12,5% de 11 a 20 anos e somente 1% a mais de 20 anos. Quando questionados sobre o estado de saúde atual, 18,2% consideram com excelente, 62,5% como boa, 17,0% como regular e 2,3% como ruim. Fazendo uma análise geral nos diferentes domínios da qualidade de vida obteve-se os seguintes resultados: o domínio do ambiente ocupacional representou o menor impacto na qualidade de vida, com 15%, seguindo do domínio da saúde com 17%, e do domínio da percepção da qualidade de vida com 18%. O domínio da atividade física representou o maior impacto na relação com a qualidade de vida, inclusive quando comparado entre áreas de formação, tendo um impacto de 50,6% nos professores nas diferentes áreas de formação e de 47,1% entre os professores de educação física. Diante desses dados, fica evidente um índice muito alto de indivíduos com tendência ao sedentarismo estando assim consequentemente mais propensos a doenças relacionadas a um estilo de vida pouco ativo, inclusive os profissionais da área da educação física.

Palavras-chave: Estilo de vida; Qualidade de Vida; Docência no Ensino Superior

ABSTRACT

The aim of this study was to characterize and analyze the main aspects of lifestyle and life quality of university teachers of private higher education in Paraná and compare the main results, especially those related to the practice of regular physical activity among academics from physical education and other areas of graduation. The study was classified as field, exploratory and descriptive, being developed through qualitative and quantitative procedures for collecting and analyzing data. The selection of study participants was through the criteria of intentionality and subject themselves to the institution, totaling 88 subjects, 36 males and 52 females. The procedures have been submitted and approved by CEPEH Unipar/UFPR. To collect data was used the questionnaire QVS 80 (Questionnaire for Life Quality and Health) for the assessment of sociodemographic data and analysis of general health, physical activity, the workplace and the perception of life quality. The results showed that the average age of participants with the highest incidence is between 30 to 39 years, with 43,2%. Concerning the degree, it was found that most participants have academic specialization, 52,3%, 40,9% have master's degree, doctorate 5,7%, and only 1,1% have just graduation. As the working time in higher education, 46,6% work less than 5 years, 39,8% from 6 to 10 years, 12,5% from 11 to 20 years and only 1% more than 20 years. When asked about the current health status, 18,2% considered as excellent, 62,5% good, 17,0% fair and 2,3% as poor. Making a general analysis of the different domains of life quality, obtained the following results: the domain of the workplace accounted for the least impact on life quality, with 15%, tracking the health domain with 17%, and the field of perception of life quality with 18%. The field of physical activity was the biggest impact in relation to life quality, even when compared between areas of graduation, taking impact on 50,6% teachers in different areas of graduation and 47,1% among teachers of physical education. Given these data, it is clear a very high rate of subjects with sedentary lifestyle being so consequently more prone to illnesses related to a less active lifestyle, including professionals in the field of physical education.

Palavras-chave: Lifestyle; Life Quality; Teaching in Higher Education

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Atividade Física
DCV	Doenças Cardiovasculares
D1	Domínio da Saúde
D2	Domínio da atividade Física no tempo livre
D3	Domínio do ambiente ocupacional
D4	Domínio da Percepção da Qualidade de Vida
DORT	Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho
EEFs	Escolas de Educação Física
IES	Instituições de Ensino Superior
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
MEC	Ministério da Educação e Cultura
QV	Qualidade de Vida
QVT	Qualidade de Vida no Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
SEEC	Secretaria de Estado da Educação e Cultura
QWL	Quality of Work Life
QVS	Questionário de avaliação da Qualidade de Vida e Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UNIPAR	Universidade Paranaense
SPSS	Statistical Package for Social Science

1. INTRODUÇÃO

A profissão é um dos aspectos que desempenha papel central na vida do homem, pois este dedica a maior parte de seu tempo ao trabalho e, as boas e más experiências aí vivenciadas, repercutem tanto no próprio trabalho como se estendem para outros aspectos de sua vida (OLIVEIRA FILHO, 2009).

De acordo com Rocha e Felli (2004), o trabalho sempre foi concebido desde os primórdios da humanidade como atividade humana voltada para um fim, que envolve exigências pessoais e sociais, além de condicionar sentido maior para a vida humana. Além desse fato, normalmente, dedicamos no mínimo um terço de nosso tempo para atividades relacionadas ao trabalho e, durante esse período, estamos expostos a diferentes tipos de experiências que podem repercutir tanto no próprio trabalho como se estender para outros aspectos de nossas vidas.

Devido às mudanças impostas pelo processo de globalização, o trabalho sofreu reestruturação em seus aspectos conceituais e organizacionais, que trouxe como consequência o surgimento do processo de precarização das condições de trabalho, que pode ser identificada pela intensificação e/ou aumento da jornada de atividades, acúmulo de funções, maior exposição a fatores de risco à saúde, diminuição dos ganhos salariais e aumento da instabilidade no emprego, provocando uma consequente exclusão social e deterioração das condições de saúde dos trabalhadores (FERNANDES; PORTO; ALMEIDA; ROCHA, 2009).

Considerando o tempo que o homem passa na organização de trabalho, o ideal seria que os locais fossem aprazíveis e saudáveis, em que se pudesse, de fato, passar as horas vivendo, criando e realizando-se plenamente enquanto desempenhasse suas atividades laborais, com qualidade de vida, satisfação e alegria (LIMONGI-FRANÇA, 2004).

Infelizmente esta condição de trabalho (utópica) está a uma distância considerável da realidade em que se vive. É inegável que houve melhoria das condições de trabalho (principalmente, referentes ao esforço físico) no último século. Entretanto, Fernandes (1996) comenta que é facilmente constatado que cada vez mais trabalhadores se queixam de maior rotina de trabalho, subutilização de suas potencialidades e talentos, além de condições de trabalho inadequadas. Reclamações quanto à inadequação das condições de trabalho existem em todas as

profissões, embora os motivos possam ser bastante distintos, até mesmo para os integrantes de uma mesma profissão. Os professores universitários se enquadram neste contexto.

O século XX foi marcado pela rapidez e intensidade nas mudanças sociais e tecnológicas. O fenômeno da globalização desencadeou modificações estruturais em diversos segmentos econômicos, sociais, políticos e, conseqüentemente essas mudanças contribuíram para a alteração da rotina e dos hábitos de vida das pessoas. Outro fator importante foi a revolução industrial ocorrida no século XVIII que deu início ao processo de exploração de mão de obra na produção de bens e serviços que se mantém até os dias atuais e também contribuiu para a modificação da rotina dos trabalhadores, houve grande mecanização das grandes empresas e a produção ficou cada vez mais técnica e especializada (ANTUNES, 1986). No campo educacional no Brasil, houve também mudanças decorrentes da globalização, passando por profundas transformações que abrangeram os objetivos e toda estrutura organizacional do trabalho docente. Decorrente desse novo cenário surgiu o quadro crônico de depreciação e desqualificação social, psicológica e biológica dos professores (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2005).

Analisando mais especificamente a carreira docente universitária, os professores têm funções variadas e diversificadas que transcendem o ensinar e produzir conhecimentos. São cobrados na produção e publicação de artigos científicos, na elaboração, desenvolvimento e participação em projetos de pesquisa, ensino e extensão, e também, da vida administrativa da universidade que envolve a participação em reuniões, comissões, atender e orientar alunos, planejar aulas, atividades de divulgação do curso e da instituição e outras funções burocráticas gerais. Todas essas atividades desempenhadas na função docente oportunizam situações positivas como o contato no ambiente de trabalho, sala de aula/instituição, com diferentes pessoas, em que é possível um amplo relacionamento social, proporcionando dessa forma oportunidades de situações diversas de aprendizado (ensinar e aprender), visão mais aprofundada da realidade profissional, dos campos de atuação profissional, entre outros aspectos que podem auxiliar de maneira positiva o crescimento profissional e pessoal do professor.

Esse alto nível de exigência no trabalho oportuniza também a exposição a fatores estressantes diversos. Segundo estudos de Silva (2006), é comum ouvir em discursos de professores universitários, reclamações sobre as condições de trabalho

do docente, que, segundo eles estão se tornando cada vez mais adversas, insalubres, produtivistas e estressantes.

Conforme citam Sallis e Owen (1999), o modo de produção pode trazer influências negativas sobre o estilo de vida dos indivíduos, demonstrada pela diminuição do tempo livre ao lazer e à família, da deterioração do poder econômico, das restrições às oportunidades de atividades físicas formais e não formais, da exposição às doenças crônico-degenerativas, entre outros. Nota-se, de maneira geral, que muitas pessoas, apesar das conquistas trabalhistas relacionadas a diminuição da jornada de trabalho semanal, têm trabalhado cada vez mais, e, por extensão, têm tido menos tempo para si mesmas e, nessa lógica, os professores universitários não são exceção.

Esses e outros fatores têm motivado diversos pesquisadores a discutirem o assunto Qualidade de Vida (QV) e conseqüentemente, Estilo de vida, que estão diretamente relacionados um com o outro. Apesar da concepção de qualidade de vida diferenciar-se de pessoa para pessoa e tender a mudar ao longo da vida de cada um, em decorrência da inserção do próprio indivíduo na sociedade, há “consenso em torno da idéia de que são múltiplos os fatores que determinam a QV de pessoas e comunidades” (NAHAS, 2003; ROCHA & FELLI, 2004). Esses fatores estão relacionados ao estado de saúde, longevidade, satisfação, salário, lazer, relações familiares, disposição, prazer e até espiritualidade. Desta forma, a QV pressupõe o atendimento das necessidades humanas fundamentais.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a QV pode ser concebida como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Esta definição da OMS destaca a visão de que a QV é termo subjetivo e multidimensional, que inclui tanto facetas positivas como negativas (WHO, 1995). É importante destacar que a terminologia QV é variável bastante complexa para ser definida. De fato, a sua conceituação, ponderação e valorização vêm sofrendo evolução nos últimos anos, acompanhando a dinâmica da humanidade, suas diferentes culturas, prioridades e crenças.

Em sua tese de doutorado, Petroski (2005) ressalta que muito se tem discutido sobre qualidade: de produtos, do ensino, da pesquisa, da extensão e da administração, mas, muito pouco se discute sobre a QV dos executores dessas atividades, mais especificamente, dos professores Universitários.

O estilo de vida atual, conseqüente do modelo produtivo vigente, tem provocado comprometimentos à saúde humana que refletem diretamente na qualidade de vida dos indivíduos. O modo de produção adotado pelas sociedades modernas determina o próprio modo de vida dos indivíduos, configurando assim, o trabalho humano como um dos alicerces sociais de relevância científica, tornando-o co-responsável por inúmeras mudanças no comportamento humano, afetando os indivíduos nos seus aspectos fisiológico, psicológico e sociológico (FORATTINI, 1992).

O interesse por estudos envolvendo o estilo de vida tem sido cada vez maior nas últimas décadas, principalmente por saber se um estilo de vida ativo e saudável, associado a cuidados com a saúde e a prática regular de atividades físicas, parece contribuir para promoção da saúde e da melhora da qualidade de vida dos indivíduos (ANDRADE, 2001).

Relacionados e preocupados com esta questão, diversas investigações (Andrade, 2001; Brandão & Duarte, 2003; De Bem, 2003; Madureira, Fonseca & Maia, 2003; Marinho & Nahas, 2003; Rosa & Nascimento, 2003; Santos & Venâncio, 2006; Silva, 2006) foram realizadas com bancários, estudantes, professores universitários, aposentados para caracterizar o perfil do estilo de vida bem como identificar possíveis associações com a aptidão física, ocorrência de estresse e capacidade motora.

Diante de todos os fatos descritos anteriormente, acredita-se que as temáticas Qualidade de vida e estilo de vida, sejam bastante atuais e importantes, visto que, apesar do aumento crescente das tecnologias voltadas para melhoria do nível de vida dos seres humanos, ainda se observa aumento crescente nas doenças ocupacionais, relacionadas ao trabalho e a rotina diária. O estresse, a depressão a fadiga mental e muscular, entre outros, são problemas que estão cada vez mais freqüentes nos ambientes de trabalho.

Observa-se também que atualmente, o número de Instituições de Ensino Superior (IES) vem crescendo ano a ano de maneira bastante significativa, sendo que o acesso ficou muito mais fácil e menos concorrido, especialmente em instituições privadas. Essa crescente constante, que será demonstrada e melhor detalhada no decorrer do trabalho, ocasionou um aumento na oferta de vagas para a docência no ensino superior e conseqüentemente de professores universitários.

Diante desses fatos, a pesquisa foi desenvolvida com o objetivo de analisar e avaliar o estilo de vida e aspectos relacionados a qualidade de vida de professores universitários da rede privada, procurando dar ênfase ao professor de Educação Física e buscando alguns comparativos com professores de outras áreas em aspectos diretamente relacionados ao estilo de vida ativo (prática de atividades físicas e de lazer).

O professor de Educação Física é o profissional que trabalha diretamente com temas diversos relacionado a saúde e a adoção de um estilo de vida saudável e ativo e, esse, deveria ser fator importante para que o mesmo tivesse estilo de vida saudável e conseqüentemente boa qualidade de vida. Essa relação direta entre professores de educação física e “saúde”, Qualidade de vida, foi um dos fatores primordiais que motivou o estudo.

Outro fator que motiva e justifica a realização do estudo é o fato de que a temática relacionada à qualidade de vida, apesar de estar sendo bastante estudada no campo da Educação Física e em outras áreas da saúde, ainda não apresentam muitos estudos buscando identificar a qualidade de vida dos professores universitários. Segundo Nogueira (2005), o professor de educação física é considerado e reconhecido culturalmente como um dos agentes que pode contribuir para a promoção da saúde e qualidade de vida da população em geral e, talvez devido ao fato de trabalhar diretamente com aspectos relacionados à saúde, tenha aprimorado seus conhecimentos sobre a qualidade de vida, e, não seja alvo de pesquisas sobre sua própria condição de trabalho. Dessa forma, um dos aspectos importantes e relevantes do estudo, é, poder conhecer de forma mais detalhada, diversos aspectos relacionados a estilo de vida e qualidade de vida dos professores de Educação Física e de outras áreas, e, conseqüentemente poder verificar se existe diferença significativa com relação a o estilo de vida – saudável ou não – nos profissionais da área da Educação Física, já, que os mesmos, têm como uma de suas funções, propagar a prática de atividades físicas e esportivas como hábitos diários de vida.

A importância do tema é justificada para melhor compreender o relacionamento existente entre as condições de trabalho e o trabalho docente, como também doenças pré existentes e relacionadas ao estilo de vida dos professores universitários e também, acreditando que os resultados possuam aplicação prática,

podendo assim fornecer indicativos consistentes para a elaboração de estratégias de intervenção e promoção da saúde, como programas de ginástica laboral e, ainda, agregar novos conhecimentos sobre as características e comportamentos deste grupo de profissionais, podendo os mesmos, após acesso aos resultados, identificarem possíveis riscos à saúde e, adotarem estilo de vida mais ativo e saudável.

A estrutura da pesquisa está disposta da seguinte forma: na introdução, é feita uma exposição do tema da pesquisa, relacionando-o com a teoria e fazendo uma contextualização com a atualidade. Apresenta-se também a problemática da pesquisa, justificativa, objetivos e relevância do estudo.

No capítulo 2 é apresentado o referencial teórico onde é dado maior ênfase a temas relacionados a qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho, estilo de vida e sobre ensino superior, docência universitária e suas características.

No capítulo 3 estão descritos os procedimentos metodológicos utilizado no estudo, sendo os mesmos especificados e detalhados.

O quarto capítulo contém os resultados da pesquisa e discussão, que serão apresentados estatisticamente através de gráficos, tabelas e quadros.

No quinto e último capítulo, são apresentadas as considerações finais e a conclusões gerais do estudo. Por fim, encontram-se as referências utilizadas, anexos e apêndices.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

- Identificar e avaliar as principais características de estilo de vida e qualidade de vida dos docentes universitários segundo os domínios da saúde; domínio da atividade física; domínio do ambiente ocupacional e domínio da percepção da Qualidade de Vida

1.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar as principais características demográficas e de trabalho dos professores pesquisados (gênero, idade, renda familiar, tempo de carreira, titulação, entre outras)
- Analisar especificamente o estilo de vida dos professores de educação física nas questões relacionada à prática de atividades físicas regulares e comparar com os professores das demais áreas

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. O ensino superior a docência e suas características

O número de Instituições de Ensino Superior (IES), tanto privadas como públicas, aumentou de forma considerável nos últimos anos, sendo que posteriormente serão apresentados dados que demonstram esse crescimento. Com esse crescimento constante, automaticamente aumentaram o número de professores universitários.

No presente capítulo, será abordado o tema sobre a docência no ensino superior, buscando ressaltar os principais aspectos relacionados as IES e aos docentes universitários, desde a construção da identidade universitária até os principais aspectos referentes a docência.

Segundo Lemos e Cruz (2005), a docência constitui uma das mais antigas profissões, que foi se modificando ao longo dos séculos na tentativa de acompanhar a evolução cultural e tecnológica. No entanto, a exigência dos professores de se adaptarem a esse processo, na maioria das vezes, não foi acompanhada pela melhoria das condições possibilitadas para o pleno exercício profissional.

São inúmeros os profissionais que atuam no ensino superior, entre eles podemos citar: advogados, médicos, administradores, engenheiros, entre outros. Muitos desses profissionais de outras áreas atuam como professores para terem complementação salarial, sendo que em alguns casos, se identificam de tal forma com a profissão que acabam deixando em segundo plano a profissão inicialmente tida como principal (PIMENTA e ANASTASIOU, 2002). As autoras ainda complementam que no campo da educação superior existe consenso que não se é necessário formação específica no campo do ensinar e, partindo dessa afirmação, para se ensinar seria suficiente o domínio dos conhecimentos específicos. Nesse conceito o professor é simplesmente aquele que ensina, isto é, dispõe os conhecimentos aos alunos. Se estes aprendem ou não, não é problema do professor, especialmente do universitário, que muitas vezes está ali como concessão, como favor, como forma de complementar salário, vendo o ensino superior como algo para complementação de renda.

O sistema de ensino atual, embora ainda precise de muitas modificações para chegar aos níveis reais de uma educação de excelência, procura formar alunos com

consciência crítica e, dessa forma, que apresentam certa desaprovação a professores que trabalham de forma muito tradicionais, técnicas, sem se utilizar estratégias didáticas e metodológicas diversificadas. Sendo assim, é praticamente imprescindível que profissionais de outras áreas, ao se inserirem no campo da educação, busquem estratégias e formas de aprimoramento metodológico e didático para melhorarem a sua atuação docente.

Lacaz (2005) ainda coloca que a demanda contínua de adaptações dos professores com a realidade, tem provocado mudanças na natureza e na abrangência das atividades docentes, fazendo que em muitas vezes o professor não seja apenas o educador, mas também um administrador, gerenciador entre outras, sendo cobradas funções e ações além da simples docência em sala de aula. Em IES privadas, ainda existe a cobrança do professor para o controle da evasão acadêmica, também da realização de ações que divulguem a instituição e tragam novos alunos, e, muitas outras ações que exigem muito mais que habilidades docentes.

Na atualidade, o papel do professor extrapolou a mediação do processo de conhecimento do aluno, o que era comumente esperado. Ampliou-se a missão profissional para além da sala de aula, a fim de garantir a articulação entre a escola, IES e a comunidade. O professor além de ensinar, deve participar da gestão e do planejamento escolar e acadêmico, o que significa a dedicação mais ampla, a qual se estende às famílias e a comunidade em geral (GASPARINI; BARRETO e ASSUNÇÃO, 2005).

Na última década, o trabalho docente tornou-se tema de diversos estudos e investigações, incentivando a formação de grupos e de redes de pesquisadores organizados para esse fim. Souza *et al* (2003) resumem sete projetos de pesquisa com resultados consistentes e abrangentes que dão visibilidade, às precárias condições do trabalho docente e mostram sua associação com sintomas mórbidos e a elevada prevalência de afastamentos por motivos de doenças na categoria.

De acordo com Lemos (2007), as condições e o sentido do trabalho docente mudaram no decorrer dos tempos, acompanhando também a evolução humana. Tais mudanças implicam tanto na busca por melhorias na qualidade de vida no trabalho docente, quanto no redimensionado dos seus deveres e direitos.

Analisando os dados coletados pelo Censo do Ensino Superior de 1998 (MEC/Inep/Seec), nas IES particulares existe a prevalência muito significativa de

professores horistas, ou seja, que não tem regularidade na carga horária de trabalho semestral, sendo a mesma oscilante de semestre para semestre, totalizando o percentual de 44,24% nas universidades e de 43,35% nas não-universidades, ambas da rede privada de ensino. Conclui-se que grande maioria dos professores “horistas” é contratada para executar ações em períodos específicos, ou seja, determinado número de horas/aula, sem tempo remunerado para a preparação de aulas, por exemplo.

Baseando-se nesses dados, Pimenta e Anastasiou (2002) acrescentam que, nesses casos, o papel docente centra-se na hora/aula, pois é esse o tempo para o qual é pago. Como esse valor obtido por esse trabalho geralmente costuma ser insuficiente para a sobrevivência, o professor obriga-se a ampliar os turnos e trabalhar em mais de uma instituição para obter a renda mensal básica, ficando todo o seu tempo disponível utilizado para deslocamento e sala de aula.

As autoras ainda colocam que existe grande deterioração da imagem, do *status* social e do estatuto profissional da profissão docente, resultado de uma construção histórica, é fato presente de modo difuso, mas significativo na consciência social e nas determinações efetivas das políticas educacionais, das administrações públicas e privadas, das políticas de financiamento e da universidade, manifestando-se, outrossim, no sentimento dos próprios docentes. Tal fato se expressa nos baixos salários dos professores, na desqualificação do ensino em favor do prestígio à pesquisa – como se ambos constituíssem atividades dicotômicas – , na identificação da profissão docente com o sexo feminino e suas pseudocaracterísticas próprias e na baixa auto-estima manifestada por professores dos diferentes níveis de ensino (PIMENTA ; ANASTASIOU, 2002).

Neste contexto, observa-se que a profissão de docente, gera grandes discussões nos seus mais variados aspectos, sendo dessa forma a área que oportuniza estudos com diferentes aspectos e objetivos.

De acordo com os dados do Censo da Educação Superior de 2008, existem 2.252 IES no país, sendo que desde 1997 o número vem crescendo e somente no ano de 2008 houve a diminuição de 29 instituições, principalmente as faculdades federais. Tal diminuição pode ser explicada pela integração de instituições, por fusão ou compra, observada nos últimos anos.

O censo ainda demonstrou que 90% das IES são instituições privadas e somente 10% públicas. Esses dados podem ser observados com maiores detalhes

na tabela 1.

Tabela 1: Evolução do Número de Instituições, segundo a Categoria Administrativa – Brasil – 2002 a 2008

Ano	Total	%Δ	PÚBLICA								PRIVADA	
			Total	%Δ	Federal	%Δ	Estadual	%Δ	Munic.	%Δ	Total	%Δ
2002	1.637	—	195	—	73	----	65	—	57	—	1.442	—
2003	1.859	13,6	207	6,2	83	13,7	65	0,0	59	3,5	1.652	14,6
2004	2.013	8,3	224	8,2	87	4,8	75	15,4	62	5,1	1.789	8,3
2005	2.165	7,6	231	3,1	97	11,5	75	0,0	59	- 4,8	1.934	8,1
2006	2.270	4,8	248	7,4	105	8,2	83	10,7	60	1,7	2.022	4,6
2007	2.281	0,5	249	0,4	106	1,0	82	- 1,2	61	1,7q	2.032	0,5
2008	2.252	- 1,3	236	- 5,2	93	- 12,3	82	0,0	61	0,0	2.016	- 0,8

FONTE: MEC/INEP/DEED

Observa-se na tabela acima que existe um crescimento constante nos últimos anos na quantidade de IES, tanto públicas, como privadas, sendo que nas privadas o crescimento é bastante significativo entre os anos de 2002 a 2007, havendo somente no ano de 2008 pequeno decréscimo, conforme já foi relatado.

Acredita-se que a tendência para os próximos anos é ocorrer fusões de outras instituições, tanto públicas como privadas, havendo assim pequena desaceleração no aumento de instituições, chegando a um momento com pequenas oscilações no crescimento.

Quanto à função docente no ensino superior, o censo da educação superior de 2008 divulgou aumento crescente no número de docentes em exercício no ensino superior. Cabe destacar que a categoria “funções docentes” está relacionada aos docentes declarados pelas IES às quais estão vinculados. Portanto, é importante destacar que o número de funções docentes não corresponde, necessariamente, ao número de docentes, já que profissionais que trabalham em mais de uma instituição são declarados no censo por todas as IES nas quais exercem alguma função e, dessa forma, há a possibilidade de múltipla contagem de um mesmo docente.

A quantidade de funções docentes em exercício no Brasil cresceu em 2008. Nesse ano foram observadas 321.493 funções docentes no ensino superior, um acréscimo de 4.452 em comparação com 2007, ou seja, de 1,4%.

Quanto ao tipo de qualificação observada, verificou-se redução de 1% nas funções docentes com titulação até especialização, enquanto nas de mestres foi

registrado aumento de 1,4%. O maior crescimento foi registrado entre doutores, com 5,5% a mais que 2007 (tabela 2). Decorrente desse aumento, o percentual de doutores em relação ao total de funções docentes no ensino superior brasileiro subiu de 23% no ano de 2007 para 24% no ano seguinte.

Tabela 2: Evolução do Número de Docentes em Exercício, por Titulação – Brasil – 2002 a 2008

Ano	Total	%Δ	TITULAÇÃO					
			Até especialização	%Δ	Mestrado	%Δ	Doutorado	%Δ
2002	227.844	—	101.153	—	77.404	—	49.287	—
2003	254.153	10,4	110.378	9,1	89.288	13,3	54.487	9,5
2004	279.058	8,9	121.963	10,5	98.664	9,5	58.431	6,7
2005	292.504	4,6	124.096	1,7	105.114	6,1	63.294	7,7
2006	302.006	3,1	125.458	1,1	108.965	3,5	67.583	6,3
2007	317.041	4,7	131.123	4,5	112.987	3,6	72.931	7,3
2008	321.493	1,4	129.792	- 1,0	114.537	1,4	77.164	5,5

FONTE: MEC/INEP/DEED

Na tabela 3, é apresentado o número de docentes em exercícios, por titulação, em IES privadas. Observa-se que ainda predomina o número de especialistas em relação a mestres e doutores, havendo aumento ainda pouco significativo, proporcionalmente, no número de mestres e doutores, no período de 2002 a 2008.

Analisando outros dados oferecidos pelo censo, em que é verificada a predominância na contratação de professores “horistas”, quase 50% em instituições da rede privada, observa-se que esse fator pode ser dificultador na questão da formação continuada, ou seja, no acesso a cursos de pós graduação em nível de mestrado e doutorado, pois os mesmos exigem geralmente uma maior disponibilidade de tempo para o cumprimento das atividades mínimas exigidas pelos cursos.

Entretanto, nas instituições públicas, existe uma política mais efetiva de apoio a pesquisa, extensão e a especialização, tendo assim os professores da rede pública o acesso mais fácil aos programas de mestrado e doutorado.

Abaixo, na tabela 3, são apresentados os dados com relação a quantidade de docentes e sua titulação nas IES privadas.

Tabela 3: Número de Docentes em exercício - por Titulação –segundo a Categoria Administrativa – Brasil – 2002 a 2008

Ano	Titulação	Total		Privada	
		Nº	%	Nº	%
2002	Total	227.844	100	143.838	100
	Até Especialização	101.153	44,4	72.259	50,2
	Mestrado	77.404	34,0	54.390	37,8
	Doutorado	49.287	21,6	17.189	12,0
2003	Total	254.153	100	165.358	100
	Até Especialização	110.378	43,4	80.842	48,9
	Mestrado	89.288	35,2	65.059	39,3
	Doutorado	54.487	21,4	19.457	11,8
2004	Total	279.058	100	185.258	100
	Até Especialização	121.963	43,7	90.401	48,8
	Mestrado	98.664	35,3	72.948	39,4
	Doutorado	58.431	21,0	21.909	11,8
2005	Total	292.504	100	194.471	100
	Até Especialização	124.096	42,4	92.411	47,5
	Mestrado	105.114	36,0	78.091	40,2
	Doutorado	63.294	21,6	23.969	12,3
2006	Total	302.006	100	201.280	100
	Até Especialização	125.458	41,5	95.847	47,6
	Mestrado	108.965	36,1	80.486	40,0
	Doutorado	67.583	22,4	24.947	12,4
2007	Total	317.041	100	208.213	100
	Até Especialização	131.123	41,3	99.517	47,8
	Mestrado	112.987	35,7	82.808	39,8
	Doutorado	72.931	23,0	25.888	12,4
2008	Total	321.493	100	209.599	100
	Até Especialização	129.792	40,4	98.296	46,9
	Mestrado	114.537	35,6	83.754	40,0
	Doutorado	77.164	24,0	27.549	13,1

FONTE: MEC/INEP/DEED

2.1.1 A Educação Física e o profissional do ensino superior

Para melhor entender o presente estudo, será dado ênfase e atenção especial ao profissional de educação física, já que o mesmo estará sendo utilizado como referência para as comparações entre as outras diferentes áreas de formação. A escolha desses profissionais se deu pela inquietação de se conhecer um pouco mais sobre essa área, que vem tendo maior valorização e reconhecimento nos dias atuais e, que, têm em seus principais conteúdos, aspectos diretamente ligados a fatores que propõem um estilo de vida saudável, voltado para a prática de atividades físicas e esportes.

Na sequencia, será feita uma abordagem geral sobre a educação física e alguns aspectos de sua história e conceitos, para se ter uma visão mais aprofundada e ampla sobre a profissão e seus profissionais.

A compreensão do conceito “Educação Física” se faz necessária para que se possa verificar que cada área, ou subárea, de intervenção profissional guarda características próprias que interferem no perfil de seus profissionais. Entretanto, o estabelecimento de um conceito de Educação Física acabado é tarefa que ainda não pode ser realizada plenamente.

Silva (2002) define a Educação Física como a arte ou ciência do movimento humano que através das atividades específicas, auxilia o desenvolvimento integral dos seres humanos, renovando e transformando a sua auto-realização e em conformidade com a própria realização de uma sociedade mais justa. A partir desta definição, é possível destacar dois pontos básicos: a) O desenvolvimento integral dos indivíduos, que exige a consideração dos três aspectos do ser humano (físico, psíquico, social); b) A atuação frente às demandas sociais atuais, que exige o conhecimento da prevenção e combate ao sedentarismo que atinge as sociedades industrializadas.

No decorrer dos anos, a educação física passou por várias transformações referentes a seus currículos, buscando a melhora e maior especificidade na formação dos profissionais. A mudança do caráter e da orientação dos currículos das Escolas de Educação Física (EEFs) não é resultado da transformação repentina no perfil profissional dos professores de educação física. Ao longo do tempo, observa-se que essas transformações refletem os sentidos e significados que a educação física vem assumindo socialmente.

Isso fica evidenciado na própria criação dos cursos, que, segundo Bracht (1992), visava, inicialmente, “formar professores-instrutores” em decorrência da forte influência militar e médico-higienista nos anos 30 e do caráter esportivizado e biomédico da formação do “professor-treinador”, que se acentuou após o golpe de 1964, ampliando o número de EEFs no Brasil, bem como promovendo a instalação de laboratórios de fisiologia do esforço e desenvolvimento motor.

O mesmo autor ainda coloca que referente à habilitação do profissional de educação física, esta era diferenciada das demais licenciaturas. A terminalidade dos cursos de educação física era definida segundo os objetivos da instituição formadora e variava de acordo com o nível escolar do aluno ingressante no curso. Formavam-

se profissionais nos seguintes níveis: técnicos, especialistas, monitores e professores, sendo que estes últimos eram procedentes de escolas militares, do ensino médio, licenciaturas curtas e programas de treinamentos para leigos.

O docente que atua nas instituições de ensino superior em Educação Física enfrenta obstáculos que apresentam diferentes origens. A primeira barreira reside nas dificuldades que essas instituições sofrem para manter seu tripé de atuação, ou seja, ensino, pesquisa, extensão, e está diretamente relacionada à produção e transferência dos conhecimentos produzidos na academia e repassados ao sistema de produção de bens e serviços. Outro obstáculo diz respeito às discussões inerentes a qualquer área de atuação e está relacionado com a pluralidade de vinculações teóricas e empíricas.

Quanto a estas discussões centrais da Educação Física, muitos autores têm realizado tentativas de delimitá-la à área da Educação ou à área da Saúde (TAFFAREL, 1997; OLIVEIRA, 1997; DARIDO, 1998). A relação do profissional de educação física como o profissional da área da saúde e, a visão tecnicista que ainda está bastante relacionada aos profissionais, faz com que se tenha forte associação entre o professor e o atleta-professor e, o esporte-saúde.

Diante desse fatos, observa-se que ainda existe a forte relação entre o profissional de educação física com o esporte e conseqüentemente com saúde. De forma geral, no senso comum, ainda se faz a forte associação entre o esporte e a saúde, em que, inclusive já foram criados até jargão da área como: *esporte é saúde*, estes dizeres inclusive podiam ser observados em camisetas utilizadas por acadêmicos e até professores da área.

Sabe-se que atualmente a educação física vem passando por transformação constante, “em busca de uma identidade”, ou seja, tentando se afastar da forte influência tecnicista, voltada somente aos esportes. Busca-se a visão mais aprofundada e abrangente da área, em que, conteúdos e objetos de estudo, vão muito além da simples prática de atividades esportivas.

De acordo com Nahas (2001), uma das responsabilidades fundamentais dos profissionais da saúde, principalmente os da Educação Física, deveria ser informar bem as pessoas sobre fatores como a associação entre atividade física, aptidão física e saúde, os princípios para uma alimentação saudável, as formas de prevenção de doenças cardiovasculares ou o papel das atividades físicas no controle do estresse.

Considerando as oportunidades e barreiras que as pessoas enfrentam em seu dia a dia é preciso que: se conscientizem da importância da atividade física regular para a saúde e qualidade de vida (informação); desenvolvam o desejo de aplicar tais conhecimentos (atitudes favoráveis); se motivem para realizar tais intenções de forma continuada - ação e manutenção (NAHAS, 2001).

A Educação Física, junto com outras profissões da saúde, tem importante papel social neste processo educativo para o estilo de vida saudável e para a vida com mais qualidade, independente da idade, do sexo ou nível sócio-econômico da pessoa.

Na sequência, serão abordados temas como qualidade de vida (QV), qualidade de vida no trabalho (QVT) e estilo de vida e saúde.

2.1.2. Os professores e a saúde no trabalho

Com as modificações tecnológicas ocorrendo de forma constante, a informatização, mecanização e o surgimento de diferentes tecnologias no mercado de trabalho, os níveis de exigência, preparação, cobrança entre outros, modificaram. Falando mais especificamente da carreira docente, observa-se que a escola e as instituições de ensino de modo geral, em todos os níveis, estão buscando formas diversificadas de melhor preparar seus professores e, as instituições como um todo, para atender de forma mais significativa e atraente seus alunos.

As metodologias de ensino, centradas no professor, muito comuns há tempos atrás, na atualidade estão perdendo espaço, praticamente se extinguindo, devido a exigências do “novo público”, ou seja, atualmente temos - alunos, acadêmicos – que nasceram no mundo globalizado, com as tecnologias de informática, eletrônica entre outras, de fácil acesso a boa parte da população. Dessa forma, o acesso à informação ficou mais dinâmico, atualizado e facilitado. Um exemplo: qualquer aluno que tenha acesso a internet hoje, pode “navegar” em *sites* de Universidades do mundo inteiro, ter acesso a revistas eletrônicas, sites informativos entre outros.

Com essa maior facilidade e acesso à informação, aumenta as exigências para que os professores estejam melhores preparados, atualizados para atuarem na docência. É imprescindível que os professores tenham estratégias didáticas e metodológicas criativas e motivadoras para “conquistarem” seus alunos a participar de suas aulas sem perder a motivação.

Essas mudanças e as exigências, geram maior “pressão” e aumentam as responsabilidades dos professores e, conseqüentemente os níveis de estresse. Segundo Cury (2003), pesquisas realizadas na Espanha demonstraram que 80% dos professores estavam estressados. Na Inglaterra, há certa dificuldade na formação de professores, principalmente do ensino fundamental e médio, por poucos quererem essa profissão. O autor ainda destaca os resultados de pesquisas do instituto Academia de Inteligência, no Brasil, em que foi observado que 92% dos professores estão com três ou mais sintomas de estresse e, 41% com dez ou mais.

São números bastante expressivos, indicando que quase a metade dos professores não deveria estar em sala de aula, mas fazendo tratamento e/ou internado em clínicas antiestresse. Esses dados comparados com a população geral de São Paulo, considerada dramaticamente estressada, têm o índice de 22,9% das pessoas com dez ou mais sintomas de estresse, muito abaixo dos 41% dos professores (CURY, 2003).

Mendes e Leite (2008) ainda destacam que nessa nova era do conhecimento, os professores são os profissionais que sofrem diretamente as conseqüências negativas do querer saber e do se apropriar de todas as novas informações reproduzidas nas mídias digital, falada e escrita. Fonseca (2001) demonstra dados de seu estudo onde observou que os distúrbios psiquiátricos, como o estresse e a depressão, são os mais freqüentes no adoecimento, alcançando níveis de 68,5% das causas de afastamento do trabalho em professores.

No meio dos professores, existe grande incidência da *síndrome de Bournout*¹, pois além de serem submetidos às suas pressões internas, dependem das condições físicas, sociais e emocionais dos estudantes, dos colegas de trabalho e do ambiente (MENDES e LEITE, 2008).

2.1.3. O Profissional de Educação Física e sua importância na conscientização para a adoção de um estilo de vida ativo

É inegável, que o profissional da área da Educação Física, devido sua estreita aproximação com conteúdos relacionados às práticas físicas, esportivas e temas gerais relacionados à saúde e, a adoção de um estilo de vida ativo, tem grande

¹ A síndrome de Bournout, (do Inglês *to burn out*, queimar por completo) , também é conhecida como a síndrome do esgotamento profissional.

importância como propagador e estimulador de hábitos saudáveis de vida, voltados à prática regular de exercícios físicos.

O estilo de vida não ativo, considerado inadequado, e hábitos não saudáveis de vida, tem reconhecidamente efeitos diretos na saúde geral do indivíduo, podendo causar danos à saúde e até o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Como alguns exemplos, podemos citar o sedentarismo, tabagismo, consumo excessivo de álcool, a alimentação inadequada, entre outros. De acordo com Lessa (2004), após longo tempo de exposição aos fatores de risco e da convivência assintomática do indivíduo com a doença não diagnosticada, mesmo quando os fatores de risco são perceptíveis, as evidências clínicas das DCTN tornam-se claras.

A Educação Física tem acompanhado a tendência mundial de promoção e manutenção da saúde através de seus profissionais, que servem como divulgadores e promotores da prática regular de atividades físicas, levando em consideração que, muito mais importante que o alto desempenho na prática de atividades físicas gerais, é a obtenção de níveis satisfatórios de aptidão física para as tarefas diárias que, conseqüentemente vão influenciar de maneira significativa para a prevenção geral de doenças. Esta totalmente comprovado e evidenciado que a adoção do estilo de vida ativo contribui de maneira significativa para uma vida mais saudável e para a melhora geral da qualidade de vida.

Estudos de diferentes partes do mundo demonstram a necessidade de se combater o sedentarismo, o qual passou a figurar indiscutivelmente como um dos fatores comprometedores da qualidade de vida humana (MATSUDO, 2005; DUPERLY, 2005).

Em um de seus estudos, Vales (2006), comentando sobre questões relacionadas à saúde, afirma que a mudança de foco, ocasionada pelo entendimento multidimensional da saúde, permite conceber a mudança de hábitos de vida como um dos primeiros passos no combate ao sedentarismo. A adoção do estilo de vida fisicamente ativo constitui-se na prática eficiente de intervenção ou minimização de conseqüências indesejáveis do sedentarismo, considerando que este é, em si mesmo, fator de risco à saúde. Portanto, passa a ser fundamental aos profissionais da área da saúde, incluído os da Educação Física, promover à prática de atividades físicas na rotina dos indivíduos, independente de sexo, idade ou necessidades pessoais, a fim de minimizar os riscos que o sedentarismo pode causar.

2.2. CONCEITUANDO QUALIDADE DE VIDA (QV) E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO (QVT)

Existe certo consenso sobre a importância de avaliar qualidade de vida (Nahas, 2003; Guedes, 2006; Timossi, 2009), mas, seu conceito ainda é um campo de debate. Alguns autores reconhecem a complexidade e a impossibilidade de conceituar de forma adequada a qualidade de vida, tratando-a como uma variável “emergente”. Da mesma forma que construtos como “traços de personalidade” ou “emoções. Para esse tipo de construto, os psicólogos preferem atribuir características ou indicadores que não merecem o *status* de definição. Dessa forma, a existência de diferentes definições decorreria, na verdade, justamente do peso dado a cada uma dessas características ou indicadores (LIMONGI-FRANÇA, 2004).

Mendes e Leite (2008) colocam que a QV é subjetiva e individual, pois depende das expectativas, das perspectivas e do projeto de vida de cada um. Assim, o que é considerado uma vida com boa qualidade para uma pessoa, poderá não ser para outra, por possuírem diferentes projetos de vida e diferentes sensações de felicidade.

Em estudos realizados por Timossi (2009), a autora coloca que inicialmente a Qualidade de Vida (QV), através dos seus conceitos, preocupava-se com questões materiais na vida dos indivíduos como: salário, bens conseguidos, sucesso na área profissional, ou seja, priorizavam fatores externos.

Atualmente, percebe-se uma abordagem pouco diferenciada, apontando a valorização de fatores inerentes ao ser humano como grau de satisfação, realização tanto profissional como pessoal, bom relacionamento com a sociedade e acesso a cultura e ao lazer, como exemplos reais de bem estar, oportunizando dessa forma melhores condições para a abordagem bem mais ampla e significativa da temática.

A ausência de consenso a respeito do conceito no campo novo de conhecimento é algo comum e perfeitamente compreensível, embora crie problemas por vezes insolúveis. O que é o único nessa área de pesquisa é que os instrumentos que se propõem a avaliar a qualidade de vida se multiplicam exponencialmente, trazendo grande quantidade de dados e, por vezes, influenciando políticas de saúde, sem, no entanto, saber-se ao certo o que, de fato, estão medindo. Sem uma base

conceitual clara não há como correlacionar o que está sendo medido com o que deveria estar sendo medido (FLECK, 2008).

O conceito de qualidade de vida sofre algumas variações de acordo com a abordagem dada por cada estudioso do assunto. Nadler e Lawer (1983) fornecem uma definição de qualidade de vida, focalizando o impacto do trabalho sobre a vida das pessoas, a efetividade organizacional, bem como, a idéia de participação, segundo uma definição operacional que identifica quatro tipos de atividades representativas do esforço de qualidade de vida no trabalho, tais como: a participação na resolução dos problemas; reestruturação do trabalho; inovação no sistema de recompensas e aperfeiçoamento no ambiente de trabalho.

No entanto, ao analisar a qualidade de vida, verificam-se dois aspectos relevantes: a subjetividade e a multidimensionalidade. No que se refere ao primeiro aspecto, considera a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde atual e seus aspectos do seu contexto de vida, No segundo, inclui seis domínios como saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (WHO, 1995)

De acordo com Roeder (2003) são muitos os fatores que influenciam a qualidade de vida de um indivíduo, incluindo tanto os aspectos mais objetivos como a condição de saúde, salário, moradia, quanto os aspectos mais subjetivos como: o humor, auto estima, auto imagem. Entretanto, independente do enfoque global (QV) ou específico (qualidade de vida relacionada à saúde) os fatores sócio ambientais e mais especialmente o conceito onde se estabelecem as relações e as vivencias de trabalho, parecem ter impacto significativo na qualidade de vida.

Numa compreensão mais abrangente, considerando aspectos integrais dos indivíduos, encontramos a partir de duas abordagens da Organização Mundial de Saúde (OMS), a qualidade de vida enquanto estado dinâmico de completo bem estar físico, mental, espiritual e social e, percebido pelo indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores, nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (FLECK, 2008).

A QV também é tratada e estudada nos ambientes de trabalho e, sobre a temática, Mendes e Leite (2008) destacam que na década de 1950, alguns pesquisadores estudaram um modelo macro para agrupar o trinômio: indivíduo,

trabalho e organização. Essa nova técnica foi denominada de qualidade de vida no trabalho (QVT).

Para Fernandes et. al.(2009), QVT consiste na aplicação concreta de uma filosofia humanista, pela introdução de métodos participativos, visando modificar um ou vários aspectos do meio ambiente de trabalho, a fim de criar uma nova situação, mais favorável à satisfação dos empregados da empresa. Engloba dois fatores: a preocupação com o bem-estar do trabalhador e com a eficácia organizacional; e a participação dos trabalhadores nas decisões e problemas de trabalho. Destaca ainda que a ênfase da qualidade de vida no trabalho é na substituição do sedentarismo e do *stress* por um maior equilíbrio entre o trabalho e o lazer que resulte em melhor qualidade de vida. Numa visão institucional, a QVT deve monitorar todas as variáveis que determinam o ambiente tecnológico, político e econômico do trabalho.

Limongi-França (2004) conceitua a QVT como melhorias nas condições de trabalho, envolvendo as variáveis comportamentais, ambientais e organizacionais, além das práticas de recursos humanos, de forma a humanizar o trabalho, satisfazendo, assim, não só a organização, como também os trabalhadores.

Por qualidade de vida no trabalho queremos dizer os pontos favoráveis e desfavoráveis de um ambiente de trabalho para as pessoas, a proposta básica é desenvolver um ambiente de trabalho que seja bom para as pessoas como para a saúde e economia da organização. Os elementos da QVT incluem: “comunicações abertas, sistema de recompensa justo, preocupação com a saúde e segurança do trabalhador, participação e planejamento de trabalho, entre outros” (ROSSI; QUICK; PERREWÉ, 2009).

Um local de trabalho, seja um escritório, uma oficina ou uma Universidade, deve ser sadio e agradável. O homem precisa encontrar aí condições capazes de lhe proporcionar um máximo de proteção e, ao mesmo tempo, satisfação no trabalho. Mais ainda, o ambiente deve poder cumprir uma finalidade social de educar, criando no homem hábitos de higiene e de ordem que venha a estender ao seu lar. Um ambiente de trabalho é o resultado de um complexo de fatores, materiais ou subjetivos, todos importante e que, tantas vezes, são mais fáceis de serem atendidos (LIMA,2001).

Ainda referente à QVT, Vredenburgh e Sheridan (1979) citados por Mendes e Leite (2008), verificaram as relações existentes entre os aspectos individuais

(pessoais) e de trabalho na qualidade de vida do indivíduo. Os resultados da pesquisa, além de fornecerem subsídios para afirmar que as atitudes gerais das pessoas em relação à vida e ao seu trabalho estão intimamente ligadas, mostraram a importância da satisfação com o trabalho para a satisfação com a vida. Dessa forma, observando os resultados do estudo acima relatado, podemos afirmar que a QVT é extremamente importante e vital, não somente para a realização do homem no trabalho, mas também em toda a sua existência.

Desde os filósofos gregos, buscam-se razões que levam o homem a agir, não apenas no sentido de se movimentar na direção de alguma coisa desejada, mas também na procura da ampliação de seu conhecimento. Para Martins (2000), a verdadeira motivação é aquela gerada por necessidades intrínsecas ao ser humano, causadas por carências internas, que são reflexos individuais e únicos de uma história herdada e vivida.

Podemos observar que todo comportamento humano é motivado. A motivação, no sentido psicológico, é a tensão persistente que leva o indivíduo a alguma forma de comportamento, visando à satisfação de uma ou mais necessidade (MARTINS, 2000). Daí advém o conceito de ciclo motivacional. O funcionário pode buscar além do salário, estabilidade, desafio, possibilidade de crescimento e de aprendizado, convivência, amizade, status. Por sua vez, a empresa procura manter aqueles que além de assíduos e pontuais, mostrem lealdade, empenho na redução de custos, capacidade produtiva e compromisso com os objetivos.

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

São diversos os estudos sobre questões com qualidade de vida e estilo de vida no Brasil. Optou-se por fazer o levantamento de alguns estudos que mais se aproximavam da temática e objetivos da pesquisa em questão, para assim, haver possibilidades de ter um melhor aprofundamento sobre o assunto.

Petroski (2005) desenvolveu um estudo com professores universitários da Universidade Federal de Santa Catarina, onde participaram 366 professores de ambos os sexos que atuavam na graduação e pós graduação. Os dados foram coletados através da aplicação da Escala de Avaliação da Qualidade de Vida Percebida no Trabalho, a Escala de Percepção de Estresse e o Questionário

Internacional de Atividade Física, além da tabela de Escores de Risco de Framingham. Nas suas conclusões o autor destaca que houve entre os participantes uma diferença na percepção sobre a qualidade no trabalho, sendo que quase a metade dos participantes demonstrou não estar satisfeita com suas vidas no trabalho e, pouco mais de um terço demonstrou estar satisfeita. Outro dado constatado foi que a maioria dos professores são ativos e com estimativa de baixo risco de doenças coronarianas para os próximos 10 anos..

Em seus estudos com 16 professores de Educação Física do Ensino Superior em duas instituições de Santa Catarina, Silva (2006) constatou através da aplicação do Whoqol-brief que, 75% dos professores consideraram sua QV como boa ou muito boa e, por meio do IPAQ – versão longa, verificou-se que a maioria era ativa ou muito ativa fisicamente, apesar de apresentarem algum tipo de comprometimento nos aspectos relacionados ao estresse, principalmente ligados às condições e relações do trabalho.

Oliveira Filho (2009) em recente pesquisa com professores da Universidade Estadual de Maringá, totalizando 288 participantes, através da aplicação do Whoqol-brief e do IPAQ, obteve os seguintes resultados: praticamente metade da amostra, 49,3% tem idade entre 45 e 54 anos, demonstrando ser um grupo bastante “amadurecido”, sendo que, as mulheres são a maioria em todas as faixas etárias com exceção as superiores a 55 anos. Referente à titulação, a maioria tem doutorado (67,7%) e o segundo maior índice foi de professores com mestrado (21,1%). No quesito percepção da qualidade de vida, 63,1% avaliou como “boa” e 21,1% como “muito boa”. E, quanto à satisfação com a saúde pessoal, os resultados demonstraram que 57,9% demonstraram estar satisfeitos e somente 10,0% insatisfeitos.

Os resultados dos estudos de Martins (2000), ao investigar sobre os fatores determinantes da prática de atividades físicas de professores de uma Universidade Pública Federal de Santa Catarina, demonstraram que o nível de atividade física habitual dos professores universitários é reduzido e irregular. Quanto aos determinantes para a ausência de prática de atividades físicas, predominavam as barreiras de ordem pessoal (falta de tempo), psíquicas e ambientais e, entre outros fatores facilitadores, estavam as crenças normativas, os benefícios da prática de atividade física, o ambiente físico favorável e a elevada auto eficácia.

Souza (2007) realizou estudos com fim de verificar o nível de qualidade de vida de professores universitários que se encontravam cursando o mestrado. Através da aplicação do questionário sobre indicadores de hábitos de vida, nível afetivo, social e profissional e, concluiu que: todos os indivíduos pesquisados não tinham a qualidade de vida ideal, com falhas em diversos aspectos, em especial nos altos níveis de estresse.

2.3 ESTILO DE VIDA

Nas diferentes esferas em que se abordam temas como qualidade de vida e saúde, o estilo de vida é tratado com um dos fatores de maior importância e relevância nas mais diversas situações. Em seus estudos, Silva (2006) afirma que o estilo de vida atual inclui diversos contextos, do trabalho braçal até o intelectual, afetando tanto homens e mulheres em idades predisponentes, quanto crianças e jovens que supostamente estariam fora dos tradicionais grupos de risco.

Delimitar o estilo de vida a uma definição precisa não é uma tarefa fácil, pois existem diversas condicionantes que interferem neste conceito. Contudo, existem diversas tentativas de definir esse termo, as quais buscam prioritariamente relacioná-lo ao atual conceito de saúde, abrangendo as esferas fisiológicas, psicológicas e sociológicas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o estilo de vida como um modo de viver baseado em padrões identificáveis de comportamento que é determinado pela relação entre as características pessoais, sociais, de interações, condições socioeconômicas e ambientais (WHO, 1995). Já Nahas (2003) considera o estilo de vida como o conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas.

Segundo Vilela Junior (2004) a complexidade inerente à conceituação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta a subjetividade de estudos e pesquisas nesta área.

Na atualidade, os indivíduos parecem estar mais preocupados com seu desenvolvimento técnico, profissional, cultural do que com seu bem estar, lazer e outros fatores diretamente ligados à qualidade de vida. Essas características também são bastante observáveis na carreira docente, onde, através de relatos e observando o dia-a-dia de muitos professores, verifica-se que muitos professores

tem uma jornada de trabalho extenuante, muitas vezes trabalhando em 3 turnos e dessa forma, tendo o tempo para práticas de lazer, esportivas, culturais e sociais muito limitadas.

Dumazedier (2001) critica o posicionamento sobre as práticas de lazer como um produto secundário, pois o considera prioritário para as sociedades contemporâneas. Mas tenta encontrar justificativas para que o lazer receba menos importância quando consideradas as grandes desigualdades sociais existentes entre os indivíduos e os meios sociais, tais como os índices de analfabetismo, fome e outros aspectos, que tendem a levar os indivíduos e os governantes ao estabelecimento de prioridades: as pessoas primeiro procuram saciar suas necessidades, para depois pensar no lazer.

Nahas (2003, p.14) diz que:

Muita coisa tem sido dita e escrita sobre a importância de um estilo de vida saudável para as pessoas de todas as idades. Entretanto, apesar de todas as evidências científicas acumuladas, um grande número de pessoas ainda parece desinformado ou desinteressado nos efeitos a médio e longo prazo da prática de atividades físicas regulares, de uma nutrição equilibrada e de outros comportamentos relacionados à saúde.

Associados à percepção de qualidade de vida do indivíduo, Nahas (2003) considera que os hábitos e comportamentos do estilo de vida podem mudar ao longo dos anos. Mas isso só irá ocorrer se a pessoa, conscientemente, enxergar algum valor em determinado comportamento que deva incluir ou excluir, além de perceber-se como capaz de realizar as mudanças pretendidas.

Embora existam muitos aspectos que podem influenciar e dificultar a adoção de um estilo de vida saudável sabe-se que quanto antes os bons hábitos referentes a um estilo de vida saudável forem adotados, maiores serão as possibilidades de uma melhora nos aspectos referentes a qualidade de vida em geral e conseqüentemente uma maior expectativa de vida. Guiselini (2004) aponta que o estilo de vida representa 50% dos fatores envolvidos nesse objetivo, já os outros 50% estão divididos entre meio ambiente, hereditariedade e condições de assistência médica.

Ainda comentando sobre questões relacionadas ao estilo de vida, Timossi (2009) coloca que mesmo com a grande quantidade de informações disponíveis sobre o estilo de vida e suas conseqüências para a saúde, percebe-se que um

número considerável de pessoas insiste em negligenciar alguns ou muitos aspectos do seu estilo de vida.

Um estilo de vida saudável se faz uma necessidade porque é o principal fator que influencia na QV e conseqüentemente na saúde das pessoas. Com muita freqüência se observa que o ser humano vem agindo contra si mesmo, em questões referentes à qualidade de vida e saúde pois, normalmente estipula diversas prioridades na sua vida as quais geralmente não incluem levar uma vida saudável. Comumente as pessoas só costumam prestar mais atenção em seu estado de saúde quando algo não vai bem e o corpo mostra sintomas disso.

Referente à prática de atividade física regular, não existem dúvidas de sua contribuição positiva para a promoção da saúde, porém, existem algumas polêmicas quanto ao grau de interferência no fatores de risco (FOX et. al, 1991). De acordo com Silva (2006) é possível citar inúmeros benefícios da atividade física, destacando-se o combate à obesidade, à diabetes, osteoporose, asma e as doenças cardiovasculares, principais responsáveis pelas mortes nos países desenvolvidos e em desenvolvimento.

A atividade física não deve ser considerada isoladamente na promoção da saúde e da qualidade de vida. Os benefícios que a atividade física oferece ao estilo de vida atual são multifatoriais, ou seja, dependendo das ações sociais desenvolvidas, pode levar a melhoria da saúde coletiva frente a diversos tipos de doenças causadas pela inatividade física.

2.3.1 Atividade Física relacionada à saúde

Inicialmente, para conceituar atividade física, iremos utilizar um conceito de Pitanga (2004) que define como: qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulte em gasto energético maior que os níveis de repouso, tendo componentes e determinantes de ordem biopsicossocial, cultural e comportamental, enquanto que exercício físico é toda atividade física planejada, estruturada e repetitiva que tem por objetivo a melhoria e a manutenção de um ou mais componentes da aptidão física (CASPERSEN et. al., 1985).

Diversos estudos demonstram os benefícios da pratica regular de atividades físicas. Segundo dados do Centers for Disease Control and Prevention – CDC (2001), a cada ano no mundo, ocorrem mais de dois milhões de mortes atribuídas à

inatividade física. O estilo de vida ativo seria responsável por prevenir 54% do risco de morte por cardiopatia, 50% do risco de morte por acidente vascular cerebral e de 37% nos casos de câncer, totalizando o índice de 51% para qualquer causa de morte por doenças não-transmissíveis. Dados que demonstram claramente a grande influência que um estilo de vida saudável e ativo pode ter na prevenção de diversos tipos de doenças.

É preciso mudar o estilo de vida e adquirir hábitos saudáveis para uma melhor qualidade de vida, seja ela no trabalho, em casa ou mesmo nos momentos de lazer. Uma das mudanças é incluir a atividade física diária. Para Guiselini (2006, p. 79),

O corpo humano foi feito para o exercício. Quando nos tornamos inativos, as articulações incham, os músculos enfraquecem, o aumento de gordura afeta o sistema circulatório, o coração perde a força e, conseqüentemente, ficamos mais expostos a doenças. A falta de atividade física é atualmente considerada um fator de risco para doenças do coração, tanto quanto o colesterol alto, a pressão arterial alta e o fumo, não porque a atividade física seja potente, mas porque a grande maioria das pessoas é inativa ou sedentária, isto é, não se exercitam o suficiente.

A alimentação equilibrada é outro fator de grande valor para uma qualidade de vida saudável. Uma má alimentação vem a acarretar inúmeros problemas à saúde. Obesidade, doenças cardíacas, diabetes, câncer e outros problemas como depressão, estão ligados à alimentação pobre.

2. 4 FATORES DE RISCO

Em um de seus estudos, Oliveira Filho (2009) comenta que o termo risco refere-se à probabilidade de um evento indesejado ocorrer. Do ponto de vista epidemiológico, o termo é utilizado para definir a probabilidade de que indivíduos sem uma certa doença, mas expostos a determinados fatores, adquiram essa moléstia. Os fatores que se associam ao aumento do risco de se contrair uma doença são chamados de fatores de risco.

Com relação aos fatores de risco, os mesmos podem ser divididos em fatores de risco fixos e fatores de risco modificáveis. Os fatores de risco fixos ou não modificáveis são aqueles que permitem intervenções ou alterações, como idade, hereditariedade e sexo. Já os fatores de risco modificáveis permitem que os

indivíduos alterem seus comportamentos relacionados ao estilo de vida que afetem sua saúde individual, entre eles destacam-se o sedentarismo, o tabagismo, a obesidade, o estresse e a hipertensão arterial, entre outros

Serão apresentados na sequência alguns fatores de riscos modificáveis e que são comumente observados nas diferentes classes de trabalhadores e que interferem diretamente em questões relacionadas a qualidade de vida, são eles: o sedentarismo; obesidade; o tabagismo, o consumo de álcool e o estresse no trabalho.

2.4.1 Sedentarismo

Os grandes avanços tecnológicos, facilmente observados nas últimas décadas podem influenciar de maneira significativa o estilo de vida das pessoas de uma forma geral, podendo assim influenciar no nível de atividade física diário, geralmente havendo uma diminuição no nível de atividade física.

Das situações que podem influenciar na diminuição do nível de atividade física das pessoas no dia a dia, destacam-se o aumento e avanço nas tecnologias dos meios de transporte e a automação de muitos serviços e empresas, com diversos recursos eletrônicos e mecânicos que diminuem rotina de atividades físicas de muitas pessoas. Alguns exemplos que podemos citar são os veículos modernos que temos nos dias atuais, quase todos com vidros elétricos, direção hidráulica, câmbio automático, entre outras mudanças que, de certa forma, diminuem algumas ações físicas que em outras épocas eram realizadas mecanicamente, como: abaixar e levantar vidros manualmente, exercer uma força maior no volante para fazer manobras (sem direção hidráulica) entre outras.

De acordo com Mendes e Leite (2008, p.75):

A tecnologia desenvolvida através dos tempos, muitas vezes corrobora com a inatividade física. A partir do advento da Revolução Industrial, os avanços tecnológicos ficaram mais frequentes e começaram potencializar o nível de sedentarismo, principalmente, na vida do homem urbano-ocidental.

Portanto, são inúmeras as situações do mundo moderno que possibilitam uma diminuição no ritmo diário de atividades físicas e, muitas vezes, a grande concorrência e exigência do mercado de trabalho, faz com que as pessoas

coloquem a prática de atividades físicas em um segundo ou terceiro plano, dando prioridades para outras situações antes de se preocupar com a prática regular de atividades físicas na busca de uma melhor qualidade de vida.

Oliveira (1991, p. 45) faz um resgate histórico da evolução da humanidade e das práticas corporais onde cita que:

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

Com relação ao estilo de vida atual, Oliveira Filho (2009) afirma que provavelmente pela primeira vez na história humana, milhões de pessoas podem apresentar estilos de vida extremamente sedentários. Comenta ainda que já não se tem mais que ser ativo para obter comida, viver ou se locomover. Porém, estes estilos de vida extraem um grande custo da quantidade e “Qualidade de Vida”.

Portanto o estilo de vida apresenta-se para os indivíduos como um fator determinante para a saúde pública, pois os estudos atuais demonstram que suas conseqüências, refletem diretamente na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Na carreira docente, mais especificamente na docência no ensino superior, que é o foco da pesquisa, observa-se que o dia-a-dia de um professor não requer muito esforço de ordem física, ficando limitado a algum tipo de caminhada, movimentação nos próprios ambientes de trabalho e algumas rotinas de atividades em pé. Dessa forma, para não terem um estilo de vida sedentário, os professores dessas áreas, deveriam complementar suas rotinas de atividades físicas com atividades físicas fora do horário de trabalho.

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

Mendes e Leite (2008) complementam afirmando que o sedentarismo é considerado um importante fator de risco alterável para as doenças cardiovasculares (DVC). Para evitar o sedentarismo e outros fatores de risco de DVC, como o

estresse, o tabagismo, a hipertensão, a obesidade e o aumento do colesterol, é necessária a prática regular de atividade física aeróbia.

2.4.2 Obesidade

Silva (2006) cita em seus estudos que a obesidade pode ser definida como um estado no qual o peso do corpo é excessivo, devido à acumulação do tecido adiposo. Este comprometimento está diretamente relacionado à saúde do indivíduo, e tem como origem na maioria das vezes a nutrição inadequada e a falta de atividade física regular.

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

Em um de seus estudos sobre qualidade de vida e fatores de risco de professores universitários, Silva (2006) cita que os fatores ambientais e estilos de vida não saudáveis relacionados à alimentação inadequada e a atividade física insuficiente, são preponderantes para sua a incidência e prevalência da obesidade.

Segundo Guedes et al. (2006) o uso do IMC para identificar adultos com sobrepeso e obesidade é consensual e, seus pontos de corte (25 kg/m^2 para sobrepeso e 30 kg/m^2 para obesidade) permitem comparações entre e intra-populações.

2.4.3. Tabagismo

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

Oliveira Filho (2009) apresenta em seus estudos que o tabagismo é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo.

A OMS estima que um terço da população mundial adulta, isto é, 1 bilhão e 200 milhões de pessoas (entre as quais 200 milhões de mulheres), sejam fumantes. Pesquisas comprovam que aproximadamente 47% de toda a população masculina e 12% da população feminina no mundo todo fumam. Enquanto nos países em desenvolvimento os fumantes constituem 48% da população masculina e 7% da população feminina, nos países desenvolvidos a participação das mulheres mais do que triplica: 42% dos homens e 24% das mulheres têm o comportamento de fumar (WORD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

De acordo com Rosemberg (1981) os indivíduos que fumam vinte ou mais cigarros diários, apresentam um incremento de duas vezes e meia na incidência da doença cardiovascular. O risco originado no tabagismo é “alto” quando relacionado à obesidade e ao diabetes e, “muito alto” quando conjugado a hipertensão arterial. Portanto, o tabagismo não tem apenas um efeito aditivo, mas sinérgico e multiplicador dos outros fatores de risco.

2.4.4 Consumo de Álcool

Dados de diferentes pesquisas pelo país e no mundo, vem demonstrando que o consumo de álcool tem aumentado de maneira significativa nas últimas décadas, sendo mais evidente nos países em desenvolvimento. Cerca de 1,8 milhões de mortes no mundo todo podem ser atribuídas direta ou indiretamente ao uso de álcool (OLIVEIRA FILHO, 2009). No Brasil, a prevalência de adultos que referiram ingerir pelo menos uma dose de bebidas alcoólicas por mês variou entre 32,4% (João Pessoa) e 58,6% (Florianópolis). Em Curitiba 4,6% dos entrevistados e 12,4% em Vitória apresentam um consumo classificado como de risco, ou seja, mais do que 2 doses/dia para homens e mais do que 1 dose/dia para mulheres (BRASIL, 2004).

O Consumo excessivo de bebidas alcoólicas repercute diretamente na saúde física e mental dos indivíduos, podendo agravar e potencializar outros problemas de saúde, causar problemas cardiovasculares, neoplasias, absenteísmo, acidentes de trânsito, de trabalho, problemas de depressão entre outros.

2.4.5 Estresse no Trabalho

O estresse pode ser entendido segundo Forattini (1992, p. 14) como:

Um conjunto de reações orgânicas inespecíficas, como resposta a estímulos ambientais, e capazes de se oporem às ameaças, daí decorrentes, ao balanço homeostático. Assim, a maneira como o organismo do indivíduo reage a um estímulo, e que altera seu equilíbrio pode gerar fatores de risco agudos ou crônicos.

Quanto ao estresse ocupacional Cooper et al (1996) propõem uma síntese em torno da questão do conceito de estresse ocupacional na qual afirmam que os pesquisadores da área focalizam um dos três aspectos a seguir:

- a) Estresse como variável dependente – uma resposta a um estímulo perturbador;
- b) Estresse como variável independente – um estímulo externo;
- c) Estresse como variável interveniente – uma abordagem interacionista que enfatiza a forma como os indivíduos percebem e reagem às situações.

Mendes e Leite (2008) ainda colocam que o estresse é uma reação fisiológica associada ao estilo de vida atual, mas que não é uma característica nova e exclusiva dos tempos modernos, pois sempre esteve presente no ser humano como uma forma de garantir a sobrevivência.

Referente ao fenômeno do estresse ocupacional, Moraes e Kilimnik (1994) afirmam que pode ser avaliado em termos de, basicamente, quatro variáveis: fontes de pressão no trabalho; personalidade do indivíduo; “estratégias de combate ao estresse desenvolvidas pelas pessoas”; e, sintomas físicos e mentais manifestos no processo. Para os autores, as duas primeiras variáveis afetam sensivelmente as duas últimas.

Ainda referente a questões relacionadas ao estresse, Silva (2006) reforça que considerando os diversos aspectos relacionados aos fatores de risco, é aceitável inferir que as análises sobre estes fatores, principalmente os modificáveis, estão associadas a fatores fisiológicos, psicológicos e sociológicos, inclusive aqueles patológicos. Deste modo, as intervenções em saúde coletiva exigem ações multidisciplinares, o que poderá permitir o entendimento de que os mecanismos das doenças crônico-degenerativas podem ser resultantes do estilo de vida atual.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Caracterização do estudo

O presente estudo pode ser caracterizado como uma pesquisa de campo, do tipo exploratório e descritivo. Como o fenômeno ocorre diretamente na realidade dos indivíduos, explica-se seu procedimento de campo. Como se obteve pouco conhecimento sobre a temática em foco, justifica-se o seu caráter exploratório. Como a pesquisa busca caracterizar e analisar as percepções de indivíduos envolvidos fica evidente o propósito de descrevê-las. (RAUEN, 2002).

De acordo com Lakatos e Marconi (1991), a pesquisa de campo é aquela que utilizada com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema, para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese, que se queira comprovar, ou ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles.

3.2 Participantes

Os participantes do estudo são professores das Instituições privadas de Ensino Superior, uma população de 138 professores, sendo representados por uma amostra de 88 sujeitos, sendo 36 do gênero masculino e 52 do gênero feminino. Os docentes foram selecionados segundo critérios de intencionalidade.

Os critérios de intencionalidade possibilitaram selecionar os participantes, através do conjunto de características que permitiram a inclusão e a exclusão dos sujeitos de acordo com as necessidades do problema da pesquisa. Para esta escolha foram utilizados os seguintes critérios:

- A instituição teve que: ser privada; oferecer o curso de Educação Física e de outras áreas do conhecimento; permitir livre acesso às informações;
- O Participante teve que: apresentar intenção de participar do estudo; aceitar responder integralmente o questionário proposto para o estudo (apêndice 1); estar atuando (ativo) no 2º semestre de 2010;

Os participantes basicamente foram divididos em dois grupos, sendo um dos grupos formados por professores da área de educação física, totalizando 19 participantes e, um segundo grupos por professores formados em outras áreas

de graduação (Pedagogia; História; Ciências Biológicas: Administração; Enfermagem; Farmácia/Biomedicina; Nutrição; Engenharia Ambiental; Geografia, Serviço Social, Secretariado Executivo e Psicologia), totalizando 69 professores. O total geral de participantes foi de 88 professores.

3.3 Instrumentos

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado o questionário de Avaliação da Qualidade de Vida e Saúde (QVS-80) que foi elaborado por Leite; Vilela Junior; Cieslak; Albuquerque (2007) e foi publicado em livro de ginástica laboral como instrumento para avaliação de trabalhadores (MENDES e LEITE, 2008).

O instrumento é composto por oitenta questões, das quais 67 foram estruturadas na Escala Lickert. No QVS-80 são identificados quatro domínios, são eles: Domínio da saúde (D1), Domínio da atividade física (D2), Domínio do ambiente ocupacional (D3) e Domínio da percepção da QV (D4). O Domínio da saúde (D1) é composto por 30 questões, sendo as treze iniciais uma anamnese relativa à existência de doenças crônicas, como a hipertensão, diabetes, obesidade, dislipidemias, bronquite, rinite alérgica e câncer; as 17 questões restantes desse domínio referem-se aos estilos e hábitos de vida, tais como qualidade do sono, tabagismo e consumo de álcool (MENDES e LEITE, 2008).

O Domínio da atividade física (D2) é composto por 15 questões sobre a atividade física no tempo livre, ou seja, fora do espaço e tempo de trabalho. O Domínio do ambiente ocupacional (D3) é composto por 11 questões relativas à atividade física no trabalho e ao ambiente ocupacional. O Domínio da percepção da QV (D4) é composto por 24 questões. A consistência interna das respostas relativas às 67 questões do QVS-80 estruturadas na escala de Lickert é aferida através do coeficiente de Cronbach. As treze questões iniciais (anamnese), devido à sua natureza, apresentam a possibilidade de subestimar a ocorrência de doenças uma vez que os sujeitos podem ignorar sua existência em decorrência da não realização regular de exames específicos. Nesse sentido, faltam pesquisas clínicas para melhor conhecermos a prevalência das doenças crônicas junto aos trabalhadores. Apesar dessa limitação, o D1, ao questionar em suas questões abertas a presença ou não dos fatores de risco cardiovasculares, traça um diagnóstico da prevalência das doenças crônicas e de suas inter-relações com o ambiente ocupacional. Ao mesmo

tempo em que uma baixa proporção dessas doenças em relação à população em geral revela a deficiência da avaliação preventiva e sistemática dos exames periódicos de saúde, que muitas vezes servem somente para cumprir a obrigatoriedade das leis trabalhistas (MENDES e LEITE, 2008).

Os fatores de risco são classificados de acordo com a presença ou não de interferências externas ao desenvolvimento ou regressão das DCV. Existem os fatores de risco não-modificáveis, que incluem a hereditariedade (fatores genéticos), o sexo e a idade, e os fatores de risco modificáveis, que geralmente são adquiridos com o passar do tempo e estão relacionados aos hábitos de vida, como a hipertensão, o diabetes mellitus, as dislipidemias, o tabagismo, a obesidade, o estresse e o sedentarismo (MENDES e LEITE, 2008).

Os fatores de risco mais encontrados em pesquisas com trabalhadores foram, em ordem decrescente, o sexo, hereditariedade, sedentarismo, excesso de peso, dislipidemias e hipertensão arterial (MATOS, SILVA e PIMENTA et al., 2004; MEIRA, 2004; NASCIMENTO e MENDES, 2002).

A utilização do QVS-80 para avaliar a presença de fatores de risco de DCV em trabalhadores em empresa de Curitiba (PR) detectou como mais prevalentes o sedentarismo em 54,2% dos indivíduos, excesso de peso em 40,9% e o tabagismo em 14,4% (Albuquerque et al., 2007). Resultados que confirmaram os percentuais divulgados pelo último relatório do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/ Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF, 2004), em que o percentual de brasileiros com excesso de peso atingiu 40,6% dos indivíduos acima de 18 anos e 16,7% dos adolescentes.

Em avaliações preliminares em trabalhadores com a aplicação do QVS-80, encontramos o coeficiente de Cronbach de 0,88, o que demonstra uma boa consistência interna das respostas relativas às 67 questões do mesmo. O impacto de cada um dos domínios do QVS-80 dos sujeitos foi obtido através de uma sintaxe que possibilitou constatar que o domínio da saúde (D1) foi responsável por 54,0% da QV dos trabalhadores, ao passo que o domínio da percepção da QV (D4) o foi por 25%, seguido pelo domínio da atividade física no tempo livre (D2) com 16,3% e o domínio do ambiente ocupacional (D4) 4,5%; tais resultados mostram a importância dos indicadores da saúde clínica na QV desta população. (VILELA JUNIOR, LEITE et al., 2007).

O QVS-80 é um instrumento que possibilita o diagnóstico do estilo de vida, focalizando a presença de doenças crônicas não-transmissíveis, bem como a avaliação dos hábitos de sono, prática de atividades físicas, atividades laborais e qualidade de vida dos trabalhadores.

Para utilização no estudo, fez-se necessário uma adaptação nas questões referentes às informações pessoais, sendo às mesmas adequadas ao perfil do público pesquisado, no caso os professores universitários. A partir da questão 14 até a questão 80, são avaliados os diferentes domínios (domínio da saúde; domínio da atividade física; domínio do ambiente ocupacional; domínio da percepção da Qualidade de vida) sendo as mesmas aplicadas na íntegra, conforme orientações dos idealizadores do instrumento.

3.4 Procedimentos

Após a aprovação do projeto de pesquisa nº 16895 pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Humanos – CEPEH, o mesmo foi apresentado aos coordenadores pedagógicos das instituições participantes. Após autorização dos coordenadores pedagógicos houve um encontro com os coordenadores de curso para apresentação do projeto de pesquisa e do instrumento a ser aplicado (QVS – 80).

Foi agendado uma data em que foram entregues os questionários aos professores, esclarecidas as dúvidas quanto ao preenchimento. Os questionários foram preenchidos individualmente e entregues diretamente ao pesquisador e, em alguns casos, entregues aos coordenadores de curso.

O processo de aplicação e recolhimento dos questionários durou 15 dias, sendo que a média de tempo para responder aos mesmos foi de 12 minutos.

3.5 Tratamento estatístico

Os resultados foram apresentados por meio de estatísticas descritivas, tabelas e figuras.

As análises foram realizadas por meio do *Statistical Package for a Social Science* (SPSS), versão 19.0 . Em todas as análises, considerou-se um nível de significância igual a 5% ($p < 0,05$).

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 – Características gerais dos indivíduos participantes do estudo

Na tabela 4 são apresentados características pessoais dos participantes com a faixa etária de idade e aspectos relacionados a formação acadêmica, o grau de instrução e também o tempo de trabalho em IES.

Participaram do estudo 88 professores universitários sendo que 36 (40,9%) eram homens e 52 (59,1%) do gênero feminino. Os resultados da pesquisa demonstram que os homens participantes nesse estudo situam-se principalmente faixa de idade média entre 30 e 49 anos (72,2%), nas mulheres a predominância está entre 30 e 39 anos (48,1%), faixa etária que também é predominante entre os dois grupos pesquisados, totalizando o percentual de 43,2%.

Referente ao grau de instrução dos participantes observa-se que no gênero feminino nenhum participante tinha maior titulação a graduação em curso superior, no masculino um participante (2,8%) tem somente o curso superior. Com pós graduação temos 58,3% no gênero masculino e 48,1% no feminino, com mestrado, 33,3% são mestres e 46,2% das mulheres. Com a titulação de doutor temos 5,6% dos homens e 5,8% das mulheres.

No aspecto titulação verifica-se que a maioria dos participantes tem especialização 52,3% (pós graduação), valores esses que estão acima da média nacional encontradas no Censo da Educação Superior de 2008 (tabela 3). Já com a titulação de mestre temos 40,9% dos professores, praticamente a mesma média nacional do censo de 2008 que foi de 40,0%. Com doutorado, 5,7% dos participantes sendo que os valores são bem abaixo da média nacional que foi de 13,1% para as IES privadas e de 24% entre públicas e privadas (total).

Quanto ao tempo de trabalho no ensino superior, 46,6% dos participantes estão atuando a menos de 5 anos na área, já 39,8% atuam entre 6 e 10 anos. Atuando entre 11 e 20 anos estão 12,5% dos participantes e com mais de 20 anos na docência do ensino superior estão 1,1%.

As informações acima descritas estão detalhadas e podem ser melhor visualizadas na tabela 4.

Tabela 4 – Informações gerais dos participantes referentes à faixa etária, grau de instrução e tempo de atuação no Ensino Superior classificadas por gênero

INFORMAÇÕES SÓCIODEMOGRÁFICAS	Masculino		Feminino		Total
	N	%	n	%	%
Gênero	36	40,9	52	59,1	100,0
Faixa Etária					
20 a 29 anos	7	19,4	7	13,5	15,9
30 a 39 anos	13	36,1	25	48,1	43,2
40 a 49 anos	13	36,1	14	26,9	30,7
50 a 59 anos	3	8,3	5	9,6	9,1
≥ 60 anos	0	0	1	1,9	1,1
Grau de Instrução					
Superior	1	2,8	0	0,0	1,1
Pós Graduação	21	58,3	25	48,1	52,3
Mestrado	12	33,3	24	46,2	40,9
Doutorado	2	5,6	3	5,8	5,7
Tempo de trabalho no Ensino Superior					
até 5 anos	17	47,2	24	46,2	46,6
6 a 10 anos	14	38,9	21	40,4	39,8
11 a 20 anos	5	13,9	6	11,5	12,5
≥ 20 anos	0	0,0	1	1,9	1,1

Na tabela 5 estão apresentadas outras informações sociodemográficas e laborais dos participantes. Quanto ao estado civil, 20,5% são solteiros, 71,6% casados ou com união estável e 8% divorciados ou separados.

Referente à carga horária média de trabalho semanal foi observado que 21,6% dos professores atuam entre uma a 10 horas semanais. Já 26,1% atuam entre 11 a 20 horas. A maioria dos professores participantes do estudo tem carga horária de trabalho semanal entre 21 e 40 horas.

Quanto à quantidade de IES em que os participantes atuam, a maioria dos professores, 64,8%, atuam somente em uma instituição. Já 27,3% atuam em duas instituições. Somente 1,1% atuam em cinco instituições.

No aspecto referente ao período em que trabalha, a maioria dos professores atua em dois períodos (43,2%), já 26,1% trabalham somente à noite e outros 25% em três períodos.

O último item descrito na tabela 5 refere-se a quantidade de disciplinas ministradas pelos professores durante o período da realização da pesquisa. Os resultados nos mostram que a maioria dos professores, 45,5%, ministra entre 3 e 5

disciplinas. Já outros 39,8% ministram de uma a duas disciplinas e, somente 14,8% ministram mais que 5 disciplinas.

Tabela 5 – Informações sociodemográficas e laborais gerais classificadas por frequência e percentual

INFORMAÇÕES SÓCIODEMOGRÁFICAS E LABORAIS GERAIS	Total Geral	
	n	%
Estado Civil		
Solteiro	18	20,5
Casado(a) ou vivendo com o parceiro(a)	63	71,6
Divorciado ou separado	7	8,0
Carga Horária Semanal Média		
Uma a 10 horas	19	21,6
11 a 20 horas	23	26,1
21 a 40 horas	31	35,2
Mais que 40 horas	17,0	
Quantidade de IES em que atualmente		
Uma	57	64,8
Duas	24	27,3
Três	4	4,5
Quatro	2	2,3
Cinco ou mais	1	1,1
Período(s) que trabalha		
Somente pela manhã	4	4,5
Somente pela tarde	1	1,1
Somente a noite	23	26,1
Dois períodos	38	43,2
Três períodos	22	25,0
Quantidade de disciplinas que ministra		
De uma a duas	35	39,8
De 3 a 5	40	45,5
Mais que 5	13	14,8

Na tabela 6 são apresentados valores médios encontrados entre os participantes relacionados ao peso, altura e o IMC (Índice de massa corporal). No gênero masculino, a média do IMC dos indivíduos entre 20 e 29 anos foi de 24,0, e, de acordo com a classificação da OMS (1997), a média de peso é considerada normal. Índice aproximado foi apresentado pelos indivíduos entre 50 e 59, com uma média de 24,7 ficando classificado igualmente ao grupo anteriormente citado. Entre os grupos de 30 a 39 anos e 40 a 49 anos, a média do IMC ficou de 27,5 para o

primeiro grupo e 27,2 para o segundo grupo, ficando ambos classificados como sobrepeso.

No gênero feminino, a média do IMC em todas as faixas etárias ficou entre 21,6, para o grupo de idades entre 20 a 29 anos e 23,7 para as idades entre 50 e 59 anos. Em todas as faixas etárias a média do IMC foi classificada como peso normal.

Tabela 6 – Valores de peso, altura e IMC de acordo com o gênero e a idade

Gênero	Grupo Etário		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	
Masculino	20 a 29 anos	Peso Kg	7	61	90	75,71	11,772	
		Altura Cm	7	1,68	1,90	1,77	,08386	
		IMC	7	21,1	27,7	24,0	2,29998	
	30 a 39 anos	Peso Kg	13	70	105	88,7	9,266	
		Altura Cm	13	1,73	1,91	1,79	,05060	
		IMC	13	22,0	33,9	27,5	3,24509	
	40 a 49 anos	Peso Kg	13	59	95	83,6	10,395	
		Altura Cm	13	1,56	1,87	1,75	,10367	
		IMC	13	23,9	32,9	27,2	2,79007	
	50 a 59 anos	Peso Kg	3	59	82	71,0	11,533	
		Altura Cm	3	1,61	1,73	1,69	,06928	
		IMC	3	22,7	27,4	24,7	2,39239	
	Feminino	20 a 29 anos	Peso Kg	7	45	65	56,0	8,042
			Altura Cm	7	1,52	1,68	1,60	,05219
			IMC	7	17,9	26,0	21,6	2,64365
30 a 39 anos		Peso Kg	25	49	86	60,0	8,615	
		Altura Cm	25	1,52	1,78	1,63	,07297	
		IMC	25	18,1	34,4	22,5	3,60673	
40 a 49 anos		Peso Kg	14	46	75	64,2	8,781	
		Altura Cm	14	1,55	1,75	1,65	,05401	
		IMC	14	18,6	28,2	23,4	3,15834	
50 a 59 anos		Peso Kg	5	50	71	58,4	10,644	
		Altura Cm	5	1,49	1,68	1,57	,07021	
		IMC	5	17,7	31,9	23,7	5,68152	
60 ou mais		Peso Kg	1	54	54	54,0	.	
		Altura Cm	1	1,64	1,64	1,64	.	
		IMC	1	20,0	20,0	20,0	.	

Na figura 1 estão apresentados os dados referentes a renda familiar média entre os gêneros. No gênero masculino, a faixa salarial entre R\$ 4.501,00 e R\$ 5.500,00 é predominante entre os indivíduos, representando 33,33%. Já no gênero

feminino, a faixa salarial entre R\$ 3.501,00 a R\$ 4.500,00 é predominante, totalizando 23,08% das mulheres.

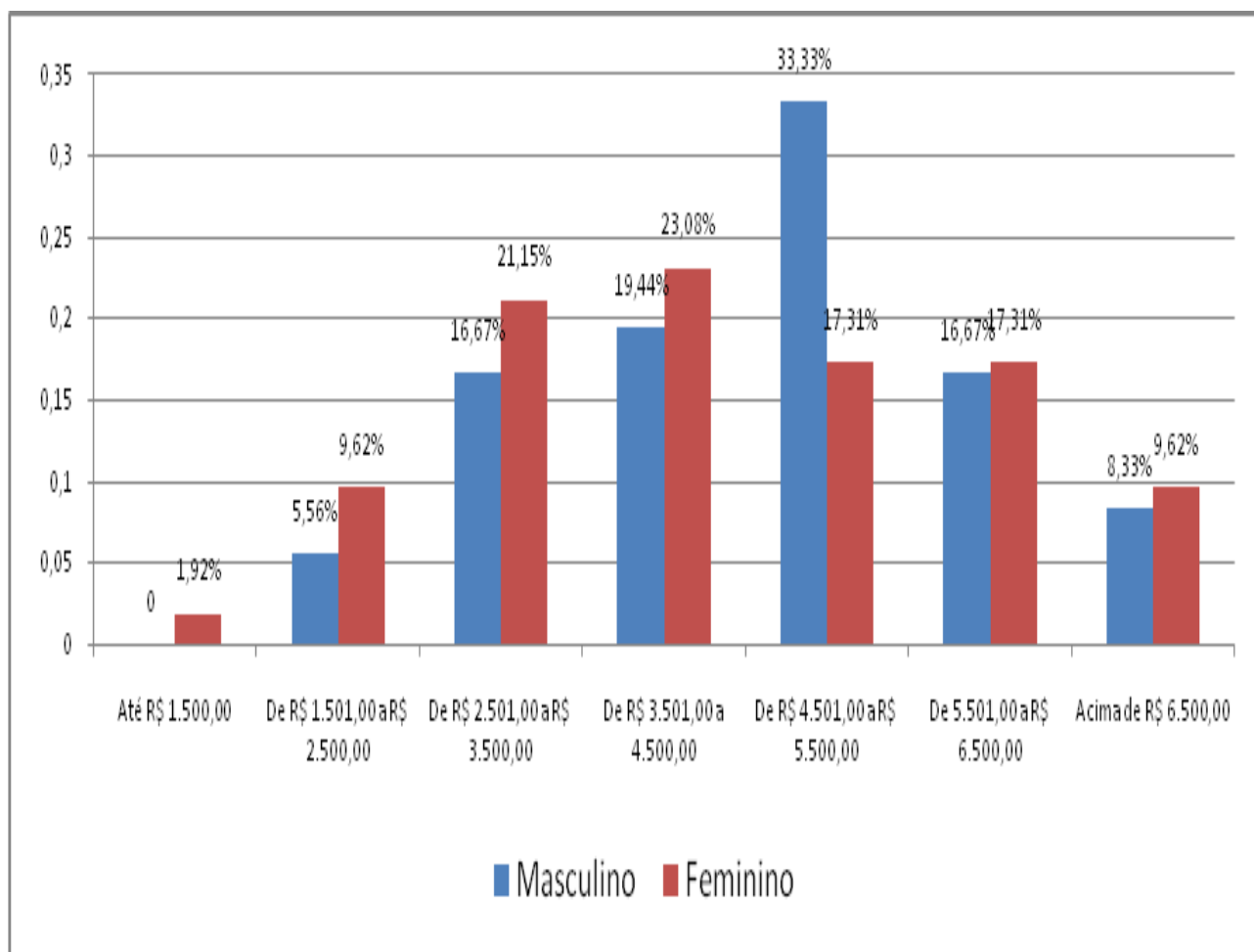


Figura 1 – CLASSIFICAÇÃO DA RENDA FAMILIAR DE ACORDO COM OS GÊNEROS

Na tabela 7, são apresentados dados referentes aos hábitos referentes ao fumo e consumo regular de bebidas alcoólicas. Um dado importante é que somente 4,5% são fumantes ativos. Já a grande maioria, 78,4% nunca fumaram e 15,9% pararam de fumar a mais de 2 anos.

Quanto ao consumo regular de bebidas alcoólicas, mais da metade, 51,1% responderam que não bebem, outros 35,2% afirmam que tem o hábito moderado de ingestão de bebidas alcoólicas, bebendo de uma a 4 doses por semana. Outras informações com maiores detalhes são apresentadas na tabela 7.

Tabela 7 - Informações referentes aos hábitos de consumo de álcool e ao fumo, apresentados através de frequência e percentual

HÁBITOS REFERENTES AO FUMO E ÁLCOOL	Total Geral	
	N	%
Em relação ao cigarro		
Nunca fumei	69	78,4
Parei a mais de 2 anos	14	15,9
Parei a menos de 2 anos	1	1,1
Sou fumante	4	4,5
Quantidade de cigarros que fuma por dia		
Não sou fumante	83	94,3
Menos de 5 cigarros	1	1,1
De 5 a 14 cigarros	3	3,4
De 15 a 20 cigarros	1	1,1
Quantidade de doses de bebidas alcoólicas semanal		
Não bebo	45	51,1
Uma a 4 doses	31	35,2
De 5 a 9 doses	9	10,2
De 10 a 13 doses	2	2,3
14 doses ou mais	1	1,1

4.2 – Características referentes ao estado de saúde geral

Na sequência serão abordados aspectos relacionados ao estado de saúde geral dos participantes e de seus familiares.

Quando questionados referente ao estado de saúde atual, 16,7% dos homens consideraram sua saúde como excelente. Já 61,1% como boa e outros 22,2% como regular. Nas mulheres, um índice maior considera o estado de saúde como excelente, 19,2% e, 63,5% como boa. Como regular e ruim, o índice foi de 13,5% e 3,8% respectivamente.

O total entre os gêneros demonstra que a maioria, 62,5% considera seu estado de saúde como bom. Outros 18,2% como excelente, 17,0% como regular e 2,3% como ruim.

Tabela 8: Estado de saúde atual distribuído através de percentual e frequência de acordo com o gênero

			Estado da saúde atual				Total
			Excelente	Boa	Regular	Ruim	
Gênero	Masculino	Frequência	6	22	8	0	36
		% Gênero	16,7%	61,1%	22,2%	,0%	100,0%
	Feminino	Frequência	10	33	7	2	52
		% Gênero	19,2%	63,5%	13,5%	3,8%	100,0%
Total		Frequência	16	55	15	2	88
		% Gênero	18,2%	62,5%	17,0%	2,3%	100,0%

Nos aspectos referentes aos possíveis problemas de saúde apresentados na atualidade, doenças como diabetes, colesterol alto, asma, bronquite, rinite e pressão alta, 73,9% responderam não apresentarem sintomas de nenhuma das doenças. O índice mais alto encontrado entre as doenças foi de 11,4% que responderam ter colesterol elevado de acordo com os índices considerados normais.

Quando questionados sobre doenças como triglicerídeos altos, doenças da tireóide, cardíacas e circulatórias, 79% afirmam não apresentarem no momento nenhuma das doenças relacionadas. Já outros 5,7% demonstraram estar com os triglicerídeos elevados e outros 3,4% com doenças cardíacas e circulatórias.

Ainda no aspecto de doenças, quando questionados sobre o estado de saúde dos familiares, somente 43,2% responderam que não apresentam nenhum tipo de doença. As doenças que aparecem com maiores índices de incidência são o diabetes, com 25% e as doenças cardíacas e circulatórias.

Diante desses dados, observa-se que um índice significativo de professores podem apresentar pré disposição genética para doenças como diabetes e doenças cardíacas.

Questionados sobre algum tipo de dor ou desconforto que poderiam ter no seu dia a dia, somente 25% demonstrou não ter nenhum problema aparente. Já 34,1% demonstraram estar apresentando dores ou situações de desconforto na coluna. Outros 19,3% afirmam que as maiores incidências de dor são nos braços e ombros. Os demais citam que o maior problema são dores na cabeça e/ou olhos, 9,1%, nos punhos e/ou mãos 4,5% e finalmente nas pernas e ou pés, 8,0% dos professores relataram ter dores com frequência.

Observa-se com a apresentação desses dados que um número significativo de professores, 75% já apresentam algum tipo de dor ou desconforto. Problemas esses que se não forem diagnosticados ou tratados de maneira adequada, podem se agravar e acarretar no aparecimento de futuras doenças

Na tabela 9 que está apresentada abaixo, os dados descritos detalhadamente quanto a frequência e o percentual e podem ser melhor observados e analisados.

Tabela 9 – Tipos de doenças e problemas de saúde apresentados na atualidade representados através da frequência e percentual

TIPOS DE DOENÇAS E PROBLEMAS ATUAIS	Total Geral	
	N	%
Tipos de doenças apresentadas no momento		
Nenhuma doença	65	73,9
Diabetes	2	2,3
Colesterol Alto	10	11,4
Asma/bronquite/rinite	7	8,0
Pressão alta	4	4,5
Outros tipos de doenças apresentadas		
Nenhuma doença	79	89,8
Triglicerídeos altos	5	5,7
Doenças da tireóide	1	1,1
Doenças cardíacas e circulatórias	3	3,4
Tipos de doenças apresentadas por familiares		
Nenhuma doença	38	43,2
Diabetes	22	25,0
Colesterol Alto	7	8,0
Asma/bronquite/rinite	3	3,4
Pressão alta	18	20,5
Outros tipos de doenças apresentadas por familiares		
Nenhuma doença	31	35,2
Triglicerídeos altos	3	3,4
Doenças da tireóide	2	2,3
Câncer	21	23,9
Doenças cardíacas e circulatórias	31	35,2
Locais onde apresenta dores e desconforto		
Nenhuma dor	22	25,0
Cabeça, olhos	8	9,1
Coluna	30	34,1
Braços, ombros	17	19,3
Punhos, mãos	4	4,5
Pernas, pés	7	8,0

4.3 – Características e aspectos do ambiente laboral

Na tabela 11 são apresentados dados gerais sobre questões nos ambientes laborais. Questionados sobre a satisfação na realização de suas atividades regulares na empresa, 22,7% demonstraram ter um nível de satisfação excelente. A maioria como bom, 54,5. Já outros 15,9%, 1,1% e 5,7% consideram a como regular, ruim e muito ruim, respectivamente. Referente ao volume de serviços, somente 10,2% considera como excelente. Um índice maior, 12,5% considera como ruim o volume de serviços e outros 29,5% como regular.

Outras informações são apresentadas de maneira mais detalhadas e podem ser melhor visualizadas na tabela 11, demonstrada abaixo.

Tabela 10 – Características gerais observadas e apresentadas nos ambientes laborais, apresentadas através de frequência e percentual

ASPECTOS NO AMBIENTE LABORAL	Total Geral	
	N	%
Satisfação as realizar as atividades na empresa		
Excelente	20	22,7
Bom	48	54,5
Regular	14	15,9
Ruim	1	1,1
Muito ruim	5	5,7
Clima de trabalho na empresa		
Excelente	20	22,7
Bom	49	55,7
Regular	14	15,9
Ruim	1	1,1
Muito ruim	4	4,5
Avaliação do volume de serviço		
Excelente	9	10,2
Bom	41	46,6
Regular	26	29,5
Ruim	11	12,5
Tempo que fica sentado em um dia de trabalho		
Não fico sentado	16	18,2
Entre meia e 2 horas	16	18,2
Entre 2 e 4 horas	27	30,7
Entre 4 a 7 horas	22	25,0
Mais que 7 horas	7	8,0
Frequência de deslocamentos em um dia de trabalho		
Muito frequentemente	22	25,0

Frequentemente	37	42,0
As vezes	18	20,5
Muito raramente	8	9,1
Nunca	3	3,4
Avaliação do posto de trabalho		
Excelente	14	15,9
Bom	59	67,0
Regular	12	13,6
Ruim	3	3,4
Quanto é saudável o ambiente físico da empresa		
Extremamente	7	8,0
Bastante	45	51,1
Mais ou menos	33	37,5
Muito pouco	3	3,4

4.4 – Aspectos e informações referentes a hábitos de práticas de atividades físicas e esportivas

Na tabela 11 são apresentados valores referente a prática habitual de atividades físicas gerais, tais como: caminhada, corrida, musculação, atividades aquáticas e esportes coletivos.

Um dado importante apresentado são os índices referentes à prática regular de exercícios físicos. Somente 4,5% dos participantes responderam que praticam exercícios físicos de forma regular muito frequentemente. Outros 20,5% praticam de forma freqüente. A maioria dos professores, 30,7% responderam que as vezes e, um número bastante significativo e importante, 15,9% afirmam nunca praticar exercícios físicos de forma regular.

A caminhada é o exercício físico mais praticado pelos professores participantes da pesquisa, sendo que 54,5% responderam que praticam entre meia hora até 4 horas ou mais por semana. Já as atividades aquáticas, são praticadas por uma pequena parcela dos participantes, somente 7,2%. Quanto a carga horária média semanal da prática de atividades físicas e esportivas, existe uma variação entre 1 hora de prática até mais de 4 horas por semana.

A prática de esportes coletivos também é pouco freqüente entre os participantes, sendo que 83,0% demonstraram não praticar nenhum tipo de esportes coletivos de maneira regular.

Infelizmente observa-se que um número muito baixo de professores pratica algum tipo de exercícios físicos de forma regular e freqüente. Dados mais detalhados são apresentados e podem ser melhor visualizados abaixo na tabela 11.

Tabela 11 – Informações gerais referente a pratica regular de exercícios físicos apresentados através da freqüência e percentual entre as classes profissionais

INFORMAÇÕES SOBRE PRÁTICAS DE ATIV. FÍSICAS	Educação Física		Outras áreas		Total
	F	%	f	%	%
Prática Regular de Exercícios Físicos					
Muito Frequentemente	3	15,8	1	1,4	4,5
Frequentemente	4	21,1	15	21,7	20,5
Às Vezes	5	26,3	24	34,8	30,7
Muito Raramente	4	21,1	18	26,1	23,9
Nunca	3	15,8	11	15,9	15,9
Quantidade de horas que pratica caminhada					
Mais de 4 horas	1	5,3	1	1,4	2,3
Entre duas e 4 horas	3	15,8	13	18,8	18,2
Entre uma e duas horas	1	5,3	15	21,7	18,2
Entre meia hora e 1 hora	4	21,1	10	14,5	15,9
Não pratico	10	52,6	30	43,5	45,5
Quantidade de horas que pratica corrida					
Mais de 4 horas	1	5,3	0	0	1,1
Entre duas e 4 horas	2	10,5	7	10,1	10,2
Entre uma e duas horas	1	5,3	1	1,4	2,3
Entre meia hora e 1 hora	2	10,5	5	7,2	8,0
Não pratico	13	68,4	56	81,2	78,4
Quantidade de horas que pratica Musculação					
Mais de 4 horas	1	5,3	1	1,4	2,3
Entre duas e 4 horas	3	15,8	5	7,2	9,1
Entre uma e duas horas	0	0	7	10,1	8,0
Entre meia hora e 1 hora	2	10,5	0	0	2,3
Não pratico	13	68,4	56	81,2	78,4
Quantidade de horas que pratica Ativ. Aquaticas					
Mais de 4 horas	0	0	0	0	0,0
Entre duas e 4 horas	0	0	2	2,9	2,3
Entre uma e duas horas	1	5,3	1	1,4	2,3
Entre meia hora e 1 hora	0	0	2	2,9	2,3
Não pratico	18	94,7	64	92,8	93,2
Quantidade de horas que pratica Esp. Coletivos					
Mais de 4 horas	0	0	1	1,4	1,1
Entre duas e 4 horas	1	5,3	0	0	1,1
Entre uma e duas horas	2	10,5	1	1,4	3,4
Entre meia hora e 1 hora	1	5,3	9	13	11,4
Não pratico	15	78,9	58	84,1	83,0

Tempo que pratica atividades Físicas regulares

Mais de 2 anos	5	26,3	21	30,4	29,5
De 1 a 2 anos	2	10,5	6	8,7	9,1
De 3 a 12 meses	0	0	7	10,1	8,0
Menos de 3 meses	1	5,3	5	7,2	6,8
Não pratico	11	57,9	30	43,5	46,6

Dados referentes aos motivos de realização das práticas de atividades físicas são apresentados na tabela 12. Verifica-se que 26,3% dos professores da área de Educação Física relataram praticar com muita frequência atividades físicas pelo prazer. Entre os professores de outras áreas esse índice foi de 14,5%. Também na área de Ed. Física, 15,8% responderam que nunca praticam atividades físicas por prazer e, com professores de outras áreas esse índice foi menor, 14,5%. Entre os professores de Ed. Física esse índice pode ser considerado até como elevados, considerando que a área trabalha diretamente com conteúdos gerais que estão diretamente ligados a um estilo de vida ativo e a pratica de atividades físicas regulares.

Outros dados referentes aos motivos da realização das práticas de atividades físicas são apresentados de maneira mais detalhada na tabela 12 que é apresentada abaixo.

Tabela 12 – Valores referente aos motivos da realização de práticas de atividades físicas representados através da frequência e percentual entre as classes profissionais.

FREQUÊNCIA DE REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES FÍSICAS	Educação Física		Outras áreas		Total
	f	%	f	%	%
Realização pelo prazer					
Muito Frequentemente	5	26,3	10	14,5	17,0
Frequentemente	7	36,8	22	31,9	33,0
Às Vezes	2	10,5	17	24,6	21,6
Muito Raramente	2	10,5	10	14,5	13,6
Nunca	3	15,8	10	14,5	14,8
Pelas realizações sociais					
Muito Frequentemente	4	21,1	1	1,4	5,7
Frequentemente	4	21,1	16	23,2	22,7
Às Vezes	2	10,5	14	20,3	18,2
Muito Raramente	5	26,3	18	26,1	26,1
Nunca	4	21,1	20	29	27,3

Por motivos médicos					
Muito Frequentemente	0	0	7	10,1	8,0
Frequentemente	3	15,8	13	18,8	18,2
Às Vezes	3	15,8	15	21,7	20,5
Muito Raramente	2	10,5	12	17,4	15,9
Nunca	11	57,9	22	31,9	37,5
Para melhora na condição física					
Muito Frequentemente	5	26,3	10	14,5	17,0
Frequentemente	3	15,8	21	30,4	27,3
Às Vezes	3	15,8	16	23,2	21,6
Muito Raramente	4	21,1	10	14,5	15,9
Nunca	4	21,1	12	17,4	18,2
Por motivos estéticos					
Muito Frequentemente	1	5,3	2	2,9	3,4
Frequentemente	3	15,8	15	21,7	20,5
Às Vezes	2	10,5	17	24,6	21,6
Muito Raramente	5	26,3	18	26,1	26,1
Nunca	8	42,1	17	24,6	28,4

4.5 Impacto dos diferentes domínios na qualidade de vida

Na figura 2 são apresentados através de gráficos o impacto dos diferentes domínios na qualidade de vida geral dos participantes.

Com menor impacto, 15%, aparece o domínio do ambiente ocupacional, e, comparado com os demais domínios é o domínio em que apresenta condições mais adequadas para o bom nível geral de qualidade de vida. No domínio da saúde apresenta impacto de 17% sobre aspectos gerais da qualidade de vida. Verifica-se que as condições gerais de saúde dos professores na atualidade na sua maioria são entre boas a excelentes. No domínio da percepção da qualidade de vida representa 18% de impacto, valor bastante aproximado dos domínios anteriores que foram descritos.

Referente ao domínio da atividade física, o mesmo é o que representa maior impacto sobre os níveis gerais de qualidade de vida dos indivíduos, com 50%. Esses valores de certa forma preocupam pois demonstram que são raros os hábitos relacionados à prática de atividade física regular e, esse aspecto pode comprometer de forma significativa os demais domínios, podendo assim com o tempo surgirem problemas e doenças decorrentes do sedentarismo. Os dados podem ser melhor visualizados na figura 2.

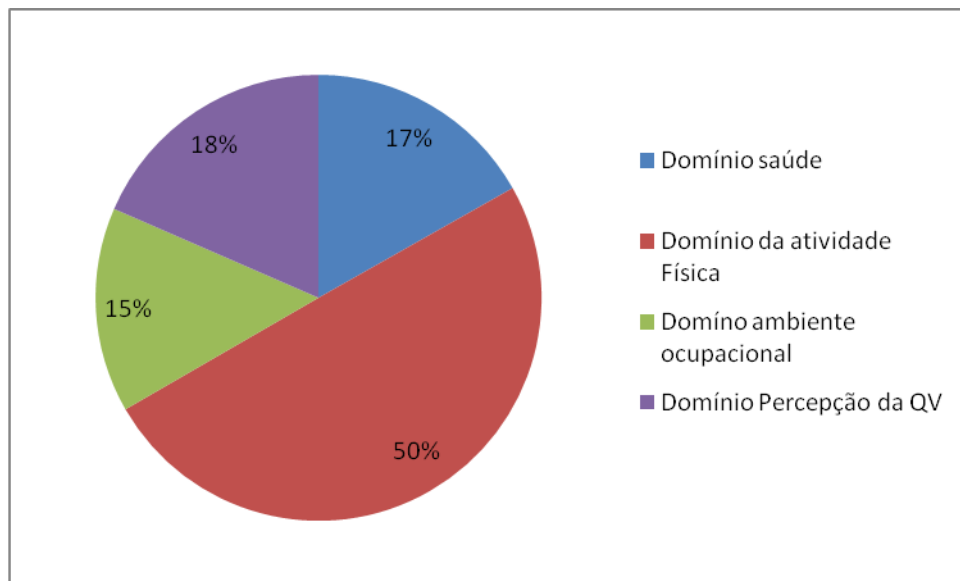


FIGURA 2: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DO IMPACTO DE CADA DOMÍNIO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DOS PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS DE FOZ DO IGUAÇU E REGIÃO

Na figura 3 os impactos dos domínios são apresentados de acordo com os gêneros. Observa-se que os valores entre os gêneros são bastante aproximados, não havendo uma diferença significativa entre os mesmos. No domínio da saúde, o impacto entre os homens é de 18,62%, entre as mulheres é menor, de 15,55%. No domínio da atividade física, para os homens o impacto é de 47,46% e entre as mulheres de 51,52%. Já nos ambiente ocupacional os valores são de 15,19% para os homens e de 14,64% para as mulheres. O último domínio, o da percepção da QV, os valores encontrados foram de 18,72% para os homens e de 18,29% para as mulheres.

Esses dados descritos estão apresentados na figura 3, e podem ser melhor observados, verificados e analisados.

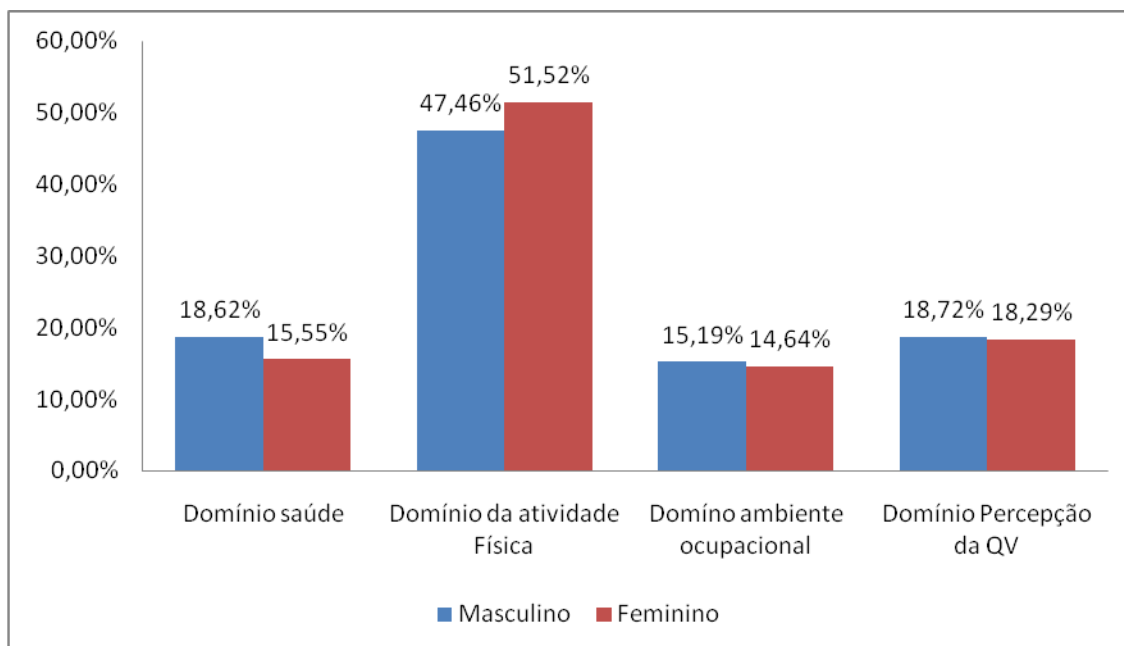


FIGURA 3: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DO IMPACTO DE CADA DOMÍNIO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DOS PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS DE FOZ DO IGUAÇU E REGIÃO DE ACORDO COM OS GÊNEROS

Na figura 4 estão apresentados os valores percentuais do impacto de cada domínio, referente a qualidade de vida geral, entre as áreas de atuação. Assim como entre os gêneros, não houve diferenças com grande significância entre as áreas de atuação, ficando os valores percentuais bastante parecidos entre os professores com formação em Educação Física e das demais áreas.

No domínio da saúde o impacto para os professores da área da E.F. foi de 17,77%, já entre os professores das demais áreas foi de 16,64%. No ambiente ocupacional o impacto para os professores de E.F. foi de 15,71% e de 14,64% para professores de outras áreas. Já no quesito percepção da qualidade de vida os valores encontrados foram de 19,34% para professores de EF e de 18,22% para professores das demais áreas.

O último domínio, o da atividade física e, talvez o domínio onde poderia, “teoricamente” haver uma diferença maior entre as áreas, por se tratar de professores de educação física, uma área que lida diretamente com as atividades físicas e os principais aspectos referentes aos seus benefícios e suas práticas. Mesmo nesse domínio, os valores foram muito próximos, representando 47,17% para os professores da área da EF e 50,60% para os professores das demais áreas. Os valores aqui descritos estão apresentados através de gráficos na figura 4 abaixo.

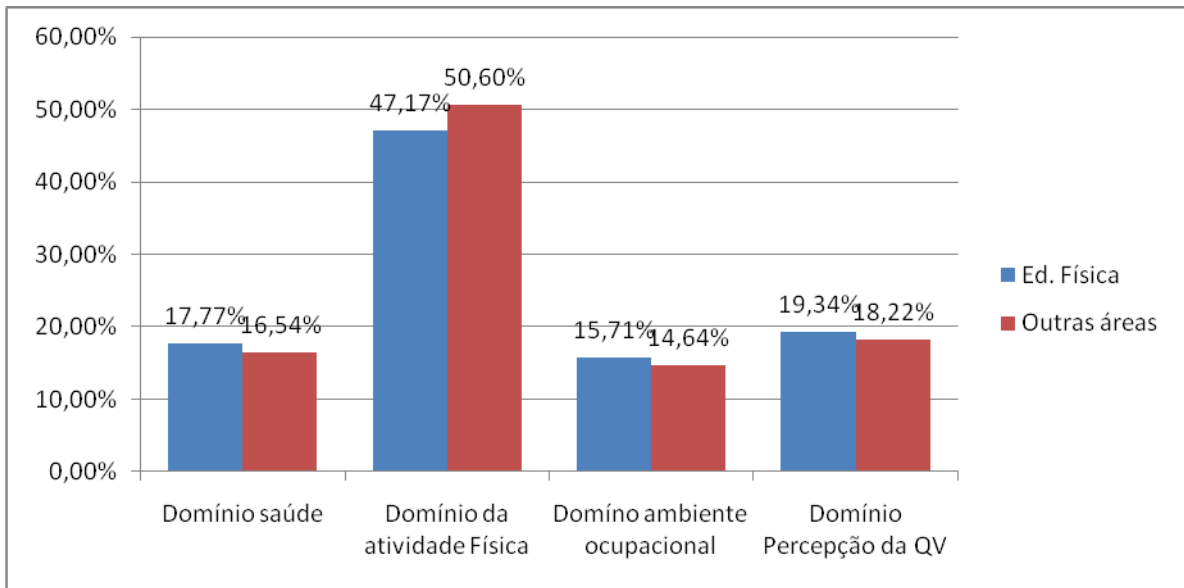


FIGURA 4: DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DO IMPACTO DE CADA DOMÍNIO SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DOS PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS DE FOZ DO IGUAÇU DE ACORDO COM AS ÁREAS DE FORMAÇÃO

Outros gráficos e tabelas estão disponíveis nos anexos e demonstram de uma forma mais detalhada todos os aspectos que foram pesquisados e podem ser utilizados para ter uma visão mais aprofundada da temática pesquisada e os resultados que foram atingidos de uma forma geral.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os objetivos gerais estipulados no início desse estudo e as evidências encontradas através do levantamento bibliográfico geral e da pesquisa de campo realizada, foi possível elaborar as seguintes conclusões e considerações:

São várias as pesquisas voltadas aos estudos de temas relacionados à QV e Estilo de Vida, com diferentes grupos de pessoas e profissionais. Embora existam diferentes instrumentos para o desenvolvimento das mesmas, todas são de grande importância e podem contribuir de forma significativa para o melhor conhecimento das temáticas descritas e dos diversos fatores que podem influenciar no estilo de vida e na qualidade de vida das pessoas. Os diferentes instrumentos utilizados para avaliar e diagnosticar aspectos relacionados à QV tem muitas semelhanças entre si na base e essência de sua composição mas, cada um tem de certa forma alguma particularidade que o torna mais interessante para aplicação com grupos distintos, dependendo do objetivo que se tem com a pesquisa/estudo.

Acredita-se que os temas relacionados à QV e Estilo de Vida, dificilmente vão se tornar temas “saturados” para a realização de estudos, visto que os mesmos são temas que interessam direta ou indiretamente “ todos nós”, independente da área de atuação, grau de instrução, nível socioeconômico entre outros. Dessa forma, estudos relacionados às temáticas em questão sempre serão importantes pois, proporcionam uma visão geral – panorama – das temáticas em questão, em diferentes esferas, podendo assim, gerar resultados e dados importantes que poderão auxiliar profissionais, estudiosos das mais diversas áreas e interessados sobre temas de QV .

Em relação ao ensino superior, seus professores e as IES de maneira geral, observa-se que nas últimas décadas, houve avanço bastante significativo no número de instituições, cursos, vagas e conseqüentemente de professores universitários. O setor de ensino superior no Brasil passou por grandes mudanças nos últimos anos, mais especificamente e de maneira mais significativa a partir de 1990, com aumento gradativo, principalmente nas IES privadas, que representam 90% do número total de instituições de acordo com dados do Censo da Educação Superior de 2008 (MEC/INEP/DEED). Esses números demonstram a importância das instituições privadas no panorama geral do ensino superior.

Dessa forma, algumas informações do presente estudo são importantes para conhecermos o perfil geral de uma parcela dos professores atuantes nessas instituições, os professores de instituições privadas, e, são várias as possibilidades de estudos com esse público – professores universitários – sendo cada uma delas relevantes para que possamos conhecer os profissionais nos mais diversos aspectos.

Referente ao perfil geral dos participantes, os dados demonstraram que a faixa etária dos professores das instituições pesquisadas é relativamente baixa, ficando a maioria com idade entre 20 a 39 anos, totalizando 59,1% da amostra. E, também uma grande parcela, 46,6%, está atuando a um tempo relativamente pequeno no ensino superior, a menos de 5 anos e, outros 39,8% a menos de 10 anos, sendo assim, podemos afirmar que temos uma “nova safra” de professores no ensino superior.

Quando questionados sobre o estado de saúde atual, 18,2% alegaram considerar seu estado de saúde como excelente, 62,5% como bom, 17,0% como regular e 2,3% como ruim

Fazendo uma análise geral dos dados acima descritos, podemos afirmar que a avaliação geral do estado de saúde dos participantes é boa, mas, como a faixa etária média dos participantes é de 20 a 39 anos, os mesmos estão propensos a um número limitado de doenças. Uma limitação do estudo para uma análise mais aprofundada e detalhada sobre o estado de saúde, é o fato de não sabermos se os indivíduos pesquisados fazem frequentemente exames e consultas de rotina para avaliar seu estado de saúde atual, pois esses dados não foram identificados no questionário aplicado. Identificou-se que boa parte dos participantes no estudo tem histórico familiar de algumas doenças como diabetes, hipertensão, colesterol alto e, sendo assim se tornam-se mais propensos a apresentarem futuramente doenças similares.

Fator bastante importante, e positivo que foi observado com os resultados, foi referente aos hábitos relacionados ao fumo. Entre os pesquisados, 78,4% alegaram que nunca fumaram e outros 15,9% que foram fumantes mais pararam a mais de 2 anos. Somente 4,5% responderam ser fumantes.

No quesito referente à renda familiar, observa-se que os valores de uma forma geral ainda estão longe de índice considerado excelente, inclusive se comparado com algumas outras profissões que exigem grau de instrução similar aos

dos professores do ensino superior. A maioria, 56,4% alegou ter renda familiar entre R\$ 4.500,00 e R\$ 5.500,00 e somente 17,9% com uma renda acima de R\$ 6.500,00.

Quando questionados sobre quanto tinham dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades pessoais, 64,8% consideraram “médio” o nível de satisfação e 11,4% responderam que os valores recebidos eram “muito pouco” para a satisfação das suas necessidades pessoais, sendo demonstrado dessa forma certa insatisfação por grande parte dos professores no quesito remuneração com a profissão. Outro fato já destacado: nem todos são professores universitários no tempo integral, e, portanto, a renda pode ser para algum complemento ou a maior parte da renda mensal, mas para ambos os casos é aumento do tempo de trabalho.

Referente ao impacto de cada domínio pesquisado, na qualidade de vida dos professores, observa-se que o domínio da atividade física tem o índice, mais alto, 50%, o domínio da percepção de QV com 18%, o domínio da saúde 17% e do ambiente ocupacional com 15%. Analisando esses dados, verifica-se que o domínio da atividade física é o que tem maior influência na qualidade de vida dos professores. Esse dado demonstra um índice alto de sedentarismo entre os participantes, inclusive entre os professores de educação física. Esse resultado é de certa forma preocupante, pois a falta de atividades físicas regulares pode proporcionar o aparecimento de diversas doenças com o decorrer dos anos, tais como diabetes, colesterol alto, hipertensão entre outras.

Quanto aos profissionais de educação física, eram esperados hipoteticamente índices mais altos de prática de atividade física regular, já que, os exercícios físicos e esportes normalmente fazem parte dos conteúdos que são trabalhados durante as aulas por esses profissionais. A profissão de educação física, ainda está passando pela fase de “afirmação de identidade”, por ser regulamentada relativamente a pouco tempo, em 1998, ainda pode ser observado diferentes tipos de tendências na área como: tecnicista, militarista e a competitivista. Essas diferentes vertentes que ocasionam objetivos diferentes na atuação, criam uma certa “confusão” quanto ao entendimento de qual realmente seria a função do profissional da área e o foco de atuação no âmbito educacional.

Observa-se ainda nos resultados dos estudos de Lima (2005, p. 26) realizado pela clínica *Cooper*, que as pessoas gastavam, no início do século XX, cerca de 5.000 kcal/dia. Esse gasto caiu para menos de 2.500 Kcal, o que representa uma diminuição de cerca de 500 kcal em relação ao que se gastava há cem anos. Isso

representa um acúmulo de cerca de 180.000 kcal ao ano a mais do que no início do século XX.

Nas IES, seria importante o investimento em programas, estimulando a prática de atividades físicas regulares (ginástica laboral), alimentação saudável, postura correta, hábitos de atividades saudáveis de lazer, ou seja, um projeto interdisciplinar envolvendo professores de diferentes áreas tendo como objetivo final, a saúde do trabalhador. A promoção da saúde na empresa não deve se limitar apenas ao atendimento médico mas sim em programas que estimulem e promovam uma melhor qualidade de vida geral.

Diferentes estudos sobre programas de promoção da saúde em empresa demonstram diversos resultados positivos como: diminuição do absenteísmo, melhor produtividade dos funcionários, melhora na qualidade de vida geral dos trabalhadores, diminuição do nível de estresse, diminuição dos afastamentos por DORT, melhora no clima organizacional entre outros.

Espera-se que através dos dados coletados com esse estudo e de outros similares, os profissionais das mais diferentes áreas tenham melhor consciência da importância de adotarem um estilo de vida mais saudável e ativo para que assim possam ter uma maior qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A.M; CIESLAK, F.; MATINES, I.C; VILELA JUNIOR, G. B.; LEITE, N. 2007. **“Fatores de risco cardiovasculares em trabalhadores de uma empresa de Curitiba (PR)”**. Anais do 6º Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde, p.108

ANDRADADE, A. **Ocorrência e controle subjetivo do stress na percepção de bancários ativos e sedentários: a importância do sujeito na relação “atividade física e saúde”**. Tese de Doutorado, Faculdade de Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, (2001).

ANTUNES, R. **Crise e Poder**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 1986.

BAPTISTA, M. R; DANTAS, E. H. M. Yoga no Controle do Stress. **Revista Fitness & Performance**. V. 1, n.1, Janeiro/Fevereiro, 2002.

BARRETO, M.L. & CARMO, E.I. Tendências recentes das doenças crônicas no Brasil. In I. Lessa (Org.) **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis** (PP. 15-27). São Paulo: Hucitec, 2001.

BARROS, M.G.V; SANTOS, S.G. **A Atividade Física como fator de qualidade de vida e saúde do trabalhador**. UFSC, 1997

BATTISON, T. **Vença o Estresse – O homem moderno**. 1 ed. São Paulo: Manole, 1998.

BRANDÃO, J.S. & DUARTE, M.F.S. **Perfil do estilo de vida do professores de Educação Física aposentados no Vale do Itajai/SC**. In J.V. Nascimento & A.S. Lopes (Org.). **Investigação em Educação Física: primeiros passos, novos horizontes**. (pp 91-106). Londrina: Midiograf, (2003)

BRASIL. Lei 9.698/98. Dispõe sobre o regulamentação do Profissional em Educação Física. 1998. Acessado em 20/01/2010. Extraído de: www.crefpr.org.br

BRASIL. **Vigitel Brasil 2010**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011

BRACHT, Valter. **Educação Física e aprendizagem social**. Porto alegre: Magister, 1992

BOURDIEU, P. Como é possível ser esportivo? In: **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero. 136-153, 1983.

BOURDIEU, P. **Coisas Ditas**. Tradução: Cássia R. da Silveira e Denise M. Pegorim. São Paulo: Editora Brasiliense, 1990.

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

CDC. **Physical Activity for Everyone**: recommendations. News release, JAMA/Arquivos. 2001. Disponível em:
<http://www.cdc.gov/physicalactivity/everyone/guidelines/index.html>. Acesso em: 15 dez. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA – CONFEF. Resolução 025/2000. Dispõe sobre o Código de Ética e Deontologia dos Profissionais em Educação Física. 2000. Acessado em: 24/01/2010. Extraído de: www.confef.org.br

COOPER, C. L. et al. **Teachers under preassure: stress in profission**. Routledge, 1996.

CURY, A. **Pais brilhantes professores fascinantes**. Rio de Janeiro: Sextante, 2003

DANTAS, R.A.S., Sawada, N.O. & Malerbo, M.B. (2003). **Pesquisas sobre qualidade de vida**: revisao da producao cientifica das Universidades Publicas do Estado de Sao Paulo. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 11 (4), 532-538.

DARREN, D.; CORBIN,C.B. E CUDDIHY, T.F. Can conceptual physical education promote physically active lifestyles? **Pediatric Exercise Science**, v. 10, p. 97-109, 1998.

DARIDO, S. C. Apresentação e análise das principais abordagens da Educação Física escolar. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 20, n. 1, p.58-66, 1998.

DE BEM, M.F.L. (2003). **Estilo de vida e comportamento de risco de estudantes trabalhadores do ensino médio de Santa Catarina**. Tese de Doutorado. Faculdade de Engenharia de Producao, Universidade Federal de Santa Catarina.

DUMAZEDIER, J. **Lazer e Cultura Popular**. 3ª. Ed. São Paulo: Perspectiva, 2001

DUPERLY, J. **Sedentarismo vs.ejercicio em el síndrome metabólico**. Acta Médica Colombiana, v.30, n. 3, jul.-sep., 2005. p. 133-136

FERNANDES, E.C. **Qualidade de vida no trabalho**: como medir para melhorar. Salvador/Bahia: Editora Casa da Qualidade, 1996.

FERNANDES, Marcos Henrique; GOMES PORTO, Gleyton; DIAS DE ALMEIDA, Leila Grazielle y ROCHA, Vera Maria da. **Estilo de vida de professores universitários: uma estratégia para a promoção da saúde do trabalhador**. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, 2009.

FLECK, M. P. A. **A avaliação da qualidade de vida**: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FONSECA, C.C.O.P. **O adoecer psíquico no trabalho do professor do ensino fundamental e médio da rede pública do estado de Minas Gerais**. Florianópolis, 2001. Dissertação. (Mestrado em Engenharia de Produção) Universidade Federal de Santa Catarina.

FORATTINI, O. P. **Ecologia, epidemiologia e sociedade**. São Paulo: Artes Médicas, 1992.

FOSS, M.L.; KETEVIAN, S.J. **Bases Fisiológicas do Exercício e do Esporte**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

FOX, E.L.; BOWERS,R.W; FOSS, M.L. et al. **Bases fisiológicas da Educação Física e dos desportos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

GASPARINI, S.M, BARRETO, S.M, ASSUNÇÃO, A.A. **O Professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde**. Educação Pesquisa. 2005;31(2):189-99.

GUEDES, D. P; GUEDES, J.E.R.P.; BARBOSA, D.S.; OLIVEIRA, J. A.; STANGANELLI, L.C.R. **Fatores de risco cardiovasculares em adolescentes** : Indicadores biológicos e comportamentais. Arq. Bras. Cardiol. São Paulo, v.86, n.6, 2006.

GHORAYEB, N.; BARROS NETO, T. L. **O Exercício: Preparação fisiológica – Avaliação Médica – Aspectos Especiais e Preventivos**. São Paulo: Atheneu, 1999.

GUISELINI, M.A. **Aptidão Física, saúde, bem-estar: fundamentos teóricos e exercícios práticos**. São Paulo: Phorte editora, 2004.

JOHSON, A. **Dicionário de Sociologia: Guia prático da linguagem sociológica**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

KOCHE, J.C. **Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e iniciação à pesquisa**. 21 ed. Petropolis: editora vozes, 2003

LACAZ, F. (2005). Trabalho e saúde do professor. *Plural*. Especial Saúde do Professor.

LAKATOS, E.M; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991

LEMOS, C.A.F. **Qualidade de vida na carreira profissional de professores de educação física do magistério público estadual – RS.** Florianópolis, SC. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina).

LEMOS, J & CRUZ, R.M.. (2005). Condições e cargas de trabalho da atividade docente. *Plural*. Especial Saúde do Professor.

LESSA, I. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil:** um desafio para a complexa tarefa da vigilância. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.9, n.4, 2004.

LIMA, V. de. **Ginástica Laboral:** atividade física no ambiente de trabalho. 2. ed. São Paulo: Phorte, 2005.

LIMA, M.G. de. **Qualidade de vida no trabalho:** um estudo quantitativo e qualitativo na universidade do oeste de Santa Catarina p Campus Chapecó. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração, do Centro Sócio-Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

LIMONGI-FRANÇA, A.C. **Qualidade de Vida no Trabalho:** QVT. 2. Ed. São Paulo: Atlas, 2004.

MADUREIRA, A.S., FONSECA, S.A. & MAIA, M.F. (2003). **Estilo de vida e atividade física habitual de professores de Educação Física.** *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*. 5(1), 54-62.

MARINHO, C. B. S. & NAHAS, M.V. (2003). **Estilo de vida e indicadores de saúde de estudantes universitários da UNIPLAC.** In J.V. Nascimento & A.S. Lopes (Org.). *Investigação em Educação Física: primeiros passos, novos horizontes.* (pp 27-42). Londrina: Midiograf.

MARTINS, M. de O. **Estudos dos fatores determinantes da prática de atividades físicas de professores universitários**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Educação Física, do Centro de Desportos, da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2000.

MATSUDO, V. K. R. **Sedentarismo**: como diagnosticar e combater a epidemia. Diagn Tratamento. V.10,n.2, 2005.

MELO, Victor Andrade de. **Lazer e Minorias Sociais**. São Paulo: IBRASA, 2003.

MENDES, R. A; LEITE, N. **Ginástica Laboral** – princípios e aplicações práticas. 2 ed. rev.e ampl. – Barueri, SP: Manole, 2008

MORAES, L.F.R. e KILIMNIK, Z. **Comprometimento organizacional, qualidade de vida e stress no trabalho**: uma abordagem de diagnóstico comparativo. Belo Horizonte: UFMG/FACE, 1994

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1992.

NADLER, D.A.; LAWER,E.E. **Quality of work life**: perspectives and directions. Organ Din, 1983

NAHAS, M.V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de vida**. 3 ed. Londrina: Midiograf, 2003

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

NAHAS, M.V., BARROS, M.G. & FRACALACCI, V. **O Pentágulo do Bem Estar – base conceitual para a avaliação do estilo de vida em indivíduos ou grupos**. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, 2000.

NIEMAN, D. C. **Exercício e Saúde**. 1 ed. São Paulo: Manole, 1999.

NOGUEIRA, L. (2005). **Qualidade de vida no trabalho do professor de Educação Física: reflexões sobre as possibilidades de um novo campo de investigação acadêmica.** Arquivos em Movimento. 1(1), 75-86.

OLIVEIRA FILHO, Albertino de. **Indicadores relacionados à Qualidade de Vida e fatores de risco de professores da Universidade Estadual de Maringá-PR.** Dissertação (mestrado) - Programa Associado de Pós- Graduação em Educação Física - UEM/UEL, Área de Concentração: Estudos do Movimento Humano. Universidade Estadual de Maringá, 2009.

OLIVEIRA, A. A. B. Metodologias emergentes no ensino da Educação Física. **Revista da Educação Física/UEM**, p. 21-27, 1997.

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

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

POLLOCK, M. L.; WILMORE, J.H. **Exercício na saúde e na Doença – Avaliação e Prescrição para prevenção e reabilitação.** São Paulo: Medsi, 1993.

POWERS, S. K.; HOWLEY, E. T. **Exercício na Saúde e na Doença.** Avaliação e prescrição para Prevenção e Reabilitação. São Paulo: Medsi, 1993.

RAUEN, F.J. **Roteiros de investigação científica.** Tubarão: Ed. Unisul, 2002.

ROCHA, S.S.L. & FELLI, V.E.A. (2004). **Qualidade de vida no trabalho docente em enfermagem.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. 12(1), 28-35.

ROEDER, M.A. **Atividade Física, saúde mental e qualidade de vida.** São Paulo: Shape, 2003

ROSA, A.J. & NASCIMENTO, J.V. (2003). **Estilo de vida e atitude de estudantes da UNIVILLE (Joinville/SC)**. In J.V. Nascimento & A.S. Lopes (Org.). *Investigação em Educação Física: primeiros passos, novos horizontes*. (pp 43-59) Londrina: Midiograf.

ROSEMBERG, J. **Tabagismo: sério problema de saúde pública**. Almed, 1981.

ROSSI, A. M.; QUICK, J. C.; PERREWÉ, P.L. Org. **Stress e Qualidade de Vida no Trabalho**. O positivo e o negativo. São Paulo: Atlas, 2009.

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

SANTOS G.L.A. & VENANCIO, S.E. (2006). **Perfil do estilo de vida de acadêmicos concluintes em Educação Física do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais Unileste-MG**. *Movimentum - Revista Digital de Educação Física*. 1, 1-18.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON C. M. L. C. 2005. **“Qualidade de Vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos”**. *Caderno Saúde Pública* v. 20, f. 2, p. 580-588, 2004.

PIMENTA, S. G.; ANASTASIOU, L.das G. C. **Docência no Ensino Superior**. São Paulo: Cortez, 2002.

PITANGA, F.J..G. **Epidemiologia da atividade física, exercício físico e saúde**. 2 ed. São Paulo: Phorte, 2004

SHARKEY, B. J. **Condicionamento Físico e Saúde**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

SILVA, M. A. L. da. **Qualidade de vida no trabalho, estresse e saúde mental dos professores universitários: Um estudo comparativo entre instituições públicas e privadas em belo horizonte**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa

de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, do Centro Tecnológico, da Universidade Federal de Santa Catarina. 2002.

SILVA, R. **Características do estilo de vida e da qualidade de vida de professores do ensino superior público em Educação Física.** Tese de Doutorado, Faculdade de Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, (2006).

SOUZA, E. F. **Cultura e Juventude:** Análise das práticas esportivas e de Lazer de adolescentes da cidade de Curitiba – PR. Curitiba, 2007. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Paraná – UFPR.

SOUZA, K.R. et al. Trajetória do Sindicato Estadual dos Profissionais da Educação do Rio de Janeiro (SEPE-RJ) na luta pela saúde no trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.8, n.4, p.1057 -1068, 2003.

TAFFAREL, C. Z. Formação profissional inicial e continuada e produção de conhecimento científicos na área de Educação Física e esportes no nordeste do Brasil: Um estudo a partir da UFPE. In: **Anais do X Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte.** Goiás: [s.e], 1997. vol II.

THOMAS, J. R. & NELSON, N. K. (2002). **Métodos de pesquisa em Atividade Física.** 3 ed. Porto Alegre: Artmed.

TIMOSSO, L. S. **Correlações entre a qualidade de vida e a qualidade de vida no trabalho em colaboradores das indústrias de laticínios.** Ponta Grossa, 2009. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR

VALES, F.C. **A relação entre estilo de vida e saúde:** análise da percepção dos usuários de uma unidade de saúde de São José dos Campos. Dissertação de Mestrado. UVP, 2006

VILELA JUNIOR, G. B. **Modelo de inclusão digital para construção do conhecimento em qualidade de vida e atividade física.** Tese (Doutorado em Educação Física) Faculdade de Educação Física – UNICAMP, Campinas – SP, 2004

VILELA JUNIOR, G. B.; LEITE, N.; CIESLAK, F.; SILVA, T. ALBUQUERQUE, A.M.
Qualidade de vida e saúde no trabalho: ganhos para a empresa e o trabalhador in
Revista Metrocamp Pesquisa, v.1, supl.1, 2007

World Health Organization (WHO). **The World Health Organization Quality of Life
Assessement (WHOQOL):** position paper from the World Health Organization.
Soc.Sci. Med., 1995.

Apêndices

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E DA SAÚDE (QVS-80)

Este é um questionário sobre sua **QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE**, **ATENÇÃO:** Você não precisa escrever seu nome neste questionário. As suas respostas são anônimas e serão mantidas em sigilo. Por favor, responda todas as questões. Em caso de dúvida pergunte ao instrutor.

INFORMAÇÕES PESSOAIS

<ul style="list-style-type: none"> • Idade (anos): _____ • Peso (kg): _____ • Altura (cm): _____ 	Renda familiar (1) Até R\$ 1.500,00 (2) de R\$ 1.500,00 a 2.500,00 (3) de R\$ 2.500,00 a 3.500,00 (4) de R\$ 3.500,00 a 4.500,00 (5) de R\$ 4.500,00 a 5.500,00 (6) de R\$ 5.500,00 a 6.500,00 (7) acima de R\$ 6.500,00
---	--

1. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

2. Qual o seu Estado Civil:
 (1) Solteiro (2) Casado(a) Vivendo com o parceiro (3) Divorciado(a)/Separado(a) (4) Viúvo

3. Qual seu grau de instrução?
 (1) Superior (2) Pós-graduação (3) Mestrado (4) Doutorado (5) Pós-doutorado

4. A quanto tempo trabalha no Ensino Superior?
 (1) 0 a 5 anos (2) 6 a 10 anos (3) 11 a 20 anos (4) Mais de 20 anos

5. Qual a carga horária semanal média que está trabalhando no semestre?
 (1) 1 a 10 horas (2) 11 a 20 horas (3) 21 a 40 horas (4) Mais que 40 horas

6. Em quantas IES está lecionando atualmente? (1) Uma (2) Duas (3) Três (4) Mais que três

7. Em Qual(ais) período(s) você trabalha?
 (1) Somente Manhã (2) Somente Tarde (3) Somente Noite (4) 2 períodos (5) 3 períodos

8. Quantas disciplinas está ministrando na graduação atualmente?
 (1) De uma a duas disciplinas (2) De 3 a 5 disciplinas (3) Mais que 5 disciplinas

9. Marque abaixo qual(is) doença(s) você apresenta atualmente:
 (1) Nenhuma doença (2) Diabetes (3) Colesterol alto (4) Asma/bronquite/rinite (5) Pressão alta

10. Além das doenças citadas você apresenta alguma dessas outras doenças:
 (1) Nenhuma doença (2) Triglicérides altos (3) Doenças da tireóide (4) Câncer (5) Doenças cardíacas e circulatórias

11. Seus familiares (pai, mãe, irmãos, avós) apresentam ou faleceram por alguma das doenças abaixo:
 (1) Nenhuma doença (2) Diabetes (3) Colesterol alto (4) Asma/Bronquite/Rinite (5) Pressão alta

12. Seus familiares (pai, mãe, irmãos, avós) apresentam ou faleceram por alguma das doenças abaixo:

- (1) Nenhuma doença (2) Triglicérides altos (3) Doenças da tireóide (4) Câncer
(5) Doenças cardíacas e circulatórias

13. Marque abaixo qual(is) locais você apresenta desconforto/dor:

- (1) Nenhuma dor (2) Cabeça/olhos (3) Coluna (4) Braços/ombro (5) Punhos/mãos
(6) Pernas/Pés

ESTILO DE VIDA E SAÚDE

14. Como está sua saúde atualmente?

- (1) Excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim

15. Como você considera a qualidade de seu sono?

- (1) Excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim

16. Qual a duração média de seu sono?

- (1) Mais de 8 horas (2) 7 a 8 horas (3) 6 a 7 horas (4) 5 a 6 horas (5) Menos de 5 horas

17. Você dorme lendo sentado?

- (1) Nunca (2) Muito raramente (3) Às Vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente

18. Você dorme assistindo televisão?

- (1) Nunca (2) Muito raramente (3) Às Vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente

19. Você costuma dormir sentado em um local público, por exemplo, aguardando na sala de espera de um consultório médico:

- (1) Nunca (2) Muito raramente (3) Às Vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente

20. Você dorme como passageiro de um automóvel, durante uma hora de viagem sem parada do carro:

- (1) Nunca (2) Muito raramente (3) Às Vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente

21. Você dorme quando está deitado descansando durante a tarde:

- (1) Nunca (2) Muito raramente (3) Às Vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente

22. Você dorme quando está sentado conversando com alguém?

- (1) Nunca (2) Muito raramente (3) Às Vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente

23. Você dorme quando está sentado tranquilamente após o almoço (sem ter consumido álcool):

- (1) Nunca (2) Muito raramente (3) Às Vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente

24. Você dorme ao volante se o seu carro ficar parado no trânsito por alguns minutos:

- (1) Nunca (2) Muito raramente (3) Às Vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente

25. Você considera sua vida em família:

(1) Excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim

26. Como você se sente quando está no trabalho:

(1) Excelente (2) Bem (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim

27. Como você se sente em seu horário de lazer:

(1) Excelente (2) Bem (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim

28. Em relação ao cigarro:

(1) Nunca fumei (2) Parei a mais de 2 anos (3) Parei de 1 ano a menos de 2 anos (4) Parei a menos de 1 ano (5) Sou fumante

29. Se você é fumante, quantos cigarros você fuma por dia?

(1) Não sou fumante (2) Menos de 5 cigarros (3) 5 a 14 cigarros (4) 15 a 20 cigarros (5) Mais de 20 cigarros

30. Em uma semana normal, quantas “doses” de bebidas alcoólicas você bebe?

(1 dose = ½ garrafa de cerveja, 1 copo de vinho ou 1 dose de uísque/conhaque/cachaça):

(1) Não bebo (2) 1 a 4 doses (3) 5 a 9 doses (4) 10 a 13 doses (5) 14 doses ou mais

31. Você pratica exercícios físicos regularmente?

(1) Muito frequentemente (2) Frequentemente (3) Às vezes (4) Muito raramente (5) Nunca

32. Quantas horas por semana você pratica caminhada?

(1) Mais de 4 h. (2) Entre 2 e 4 h. (3) Entre 1 e 2 h. (4) Entre meia hora e 1 hora (5) Não pratico

33. Quantas horas por semana você pratica corrida?

(1) Mais de 4 h. (2) Entre 2 e 4 h. (3) Entre 1 e 2 h. (4) Entre meia hora e 1 hora (5) Não pratico

34. Quantas horas por semana você pratica musculação ou artes marciais?

(1) Mais de 4 h. (2) Entre 2 e 4 h. (3) Entre 1 e 2 h. (4) Entre meia hora e 1 hora (5) Não pratico

35. Quantas horas por semana você pratica atividades aquáticas (natação/hidroginástica)?

(1) Mais de 4 h. (2) Entre 2 e 4 h. (3) Entre 1 e 2 h. (4) Entre meia hora e 1 hora (5) Não pratico

36. Quantas horas por semana você pratica atividades esportivas (futebol, vôlei, basquete, futsal)?

(1) Mais de 4 h. (2) Entre 2 e 4 h. (3) Entre 1 e 2 h. (4) Entre meia hora e 1 hora (5) Não pratico

37. Quantas horas por semana você pratica dança ou ginástica?

(1) Mais de 4 h. (2) Entre 2 e 4 h. (3) Entre 1 e 2 h. (4) Entre meia hora e 1 hora (5) Não pratico

38. A quanto tempo você pratica atividades físicas regulares?

(1) Mais de 2 anos (2) De 1 a 2 anos (3) De 3 a 12 meses (4) Menos de 3 meses (5) Não pratico

39. Quando você faz atividades físicas, em que medida você as realiza pelo prazer da atividade?

(1) Muito frequentemente (2) Frequentemente (3) Às vezes (4) Muito raramente (5) Nunca

40. Em que medida você realiza as atividades físicas regulares pelas relações sociais que a atividade proporciona?

- (1) Muito frequentemente (2) Frequentemente (3) Às vezes (4) Muito raramente (5) Nunca

41. Em que medida você realiza as atividades físicas regulares por motivos médicos?

- (1) Nunca (2) Muito raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente

42. Em que medida você realiza as atividades físicas regulares para melhorar a condição física?

- (1) Muito frequentemente (2) Frequentemente (3) Às vezes (4) Muito raramente (5) Nunca

43. Em que medida você realiza as atividades físicas regulares por motivos estéticos?

- (1) Nunca (2) Muito raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente

44. Quanto tempo você fica sentado durante um dia de seu trabalho:

- (1) Não fico sentado (2) Entre meia hora e 2 horas (3) Entre 2 h. e 4 h. (4) Entre 4 h. e 7 h.
(5) Mais de 7 h.

45. No trabalho você se desloca (caminha, sobe escadas):

- (1) Muito frequentemente (2) Frequentemente (3) Às vezes (4) Muito raramente (5) Nunca

ATIVIDADE FÍSICA NA EMPRESA

46. A empresa que você trabalha oferece Ginástica Laboral?

- (1) SIM, com instrutores próprios (2) SIM, com instrutores de outra empresa (3) NÃO

47. Você participa da Ginástica Laboral?

- (1) Muito frequentemente (2) Frequentemente (3) Às vezes (4) Muito raramente (5) Nunca

48. Em que medida a Ginástica Laboral trouxe benefícios para você?

- (1) Muito frequentemente (2) Frequentemente (3) Às vezes (4) Muito raramente (5) Nunca

49. Em sua opinião a Ginástica Laboral tem influenciado a sua hora de lazer (tempo livre)

- (1) Muito frequentemente (2) Frequentemente (3) Às vezes (4) Muito raramente (5) Nunca

AVALIAÇÃO DO AMBIENTE OCUPACIONAL

50. Como você se sente quanto à satisfação de realizar sua atividade na empresa:

- (1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim

51. Como você considera o clima de trabalho na sua empresa:

- (1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim

52. Como você avalia o seu volume de serviço:

- (1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim

53. Durante sua jornada de trabalho você classifica sua concentração como:

- (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim

54. Como você avalia o seu posto de trabalho:

(1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim

55. Como você avalia o seu conhecimento sobre as adaptações necessárias para uma pessoa com deficiência trabalhar na empresa:

(1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim

56. Como você avalia os acessos e as adaptações no ambiente da empresa para as pessoas com deficiência:

(1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

57. Como você avalia a sua qualidade de vida?

(1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido alguma coisa nas últimas 2 semanas:

58. Em que medida você acha que uma eventual ou persistente dor física impede você de fazer o que você precisa?

(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente

59. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

(1) Nada (2) Muito pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente

60. O quanto você aproveita a vida?

(1) Extremamente (2) Bastante (3) Mais ou menos (4) Muito pouco (5) Nada

61. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?

(1) Extremamente (2) Bastante (3) Mais ou menos (4) Muito pouco (5) Nada

62. O quanto você consegue se concentrar?

(1) Extremamente (2) Bastante (3) Mais ou menos (4) Muito pouco (5) Nada

63. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?

(1) Extremamente (2) Bastante (3) Mais ou menos (4) Muito pouco (5) Nada

64. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?

(1) Extremamente (2) Bastante (3) Mais ou menos (4) Muito pouco (5) Nada

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas últimas 2 semanas:

65. Você tem energia suficiente para ao seu dia-a-dia?

(1) Completamente (2) Muito (3) Médio (4) Muito Pouco (5) Nada

66. Você é capaz de aceitar sua aparência física?

(1) Completamente (2) Muito (3) Médio (4) Muito Pouco (5) Nada

67. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

(1) Completamente (2) Muito (3) Médio (4) Muito Pouco (5) Nada

68. Quão disponíveis para você estão as informações que você precisa no seu dia-a-dia?

(1) Completamente (2) Muito (3) Médio (4) Muito Pouco (5) Nada

69. Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?

(1) Completamente (2) Muito (3) Médio (4) Muito Pouco (5) Nada

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas 2 semanas:

70. Você é capaz de se locomover?

(1) Muito bem (2) Bem (3) Nem mal/nem bem (4) Mal (5) Muito mal

71. Você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?

(1) Muito satisfeito (2) Satisfeito (3) Nem insatisfeito/nem satisfeito (4) Insatisfeito (5) Muito insatisfeito

72. Você está com sua capacidade para o trabalho?

(1) Muito satisfeito (2) Satisfeito (3) Nem insatisfeito/nem satisfeito (4) Insatisfeito (5) Muito insatisfeito

73. Você está consigo mesmo?

(1) Muito satisfeito (2) Satisfeito (3) Nem insatisfeito/nem satisfeito (4) Insatisfeito (5) Muito insatisfeito

74. Você está em suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

(1) Muito satisfeito (2) Satisfeito (3) Nem insatisfeito/nem satisfeito (4) Insatisfeito (5) Muito insatisfeito

75. Você está com sua vida sexual?

(1) Muito satisfeito (2) Satisfeito (3) Nem insatisfeito/nem satisfeito (4) Insatisfeito (5) Muito insatisfeito

76. Você está com o apoio que você recebe de seus amigos?

(1) Muito satisfeito (2) Satisfeito (3) Nem insatisfeito/nem satisfeito (4) Insatisfeito (5) Muito insatisfeito

77. Você está com as condições do local onde mora?

(1) Muito satisfeito (2) Satisfeito (3) Nem insatisfeito/nem satisfeito (4) Insatisfeito (5) Muito insatisfeito

78. Você está com o seu acesso aos serviços de saúde?

(1) Muito satisfeito (2) Satisfeito (3) Nem insatisfeito/nem satisfeito (4) Insatisfeito (5) Muito insatisfeito

79. Você está com o seu meio de transporte?

(1) Muito satisfeito (2) Satisfeito (3) Nem insatisfeito/nem satisfeito (4) Insatisfeito (5) Muito insatisfeito

80. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade e depressão nas últimas 2 semanas?

(1) Nunca (2) Muito raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Muito frequentemente

Autores: Leite, Neiva; Vilela Junior, Guanis de Barros; Louzada, Fernando Mazzilli; Cieslak, Fabrício; Albuquerque, André Martines – Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida e da Saúde – QVS 80. In: Mendes, Ricardo Alves e Leite, Neiva. *Ginástica Laboral: princípios e aplicações prática*. Barueri, Manole, Cap.3, 2008.

ANEXOS

TABELAS COMPLEMENTARES COM DADOS GERAIS DA PESQUISA

Tabela 13: Locais onde apresenta desconforto e dor

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nenhuma dor	22	25,0	25,0	25,0
	Cabeça, olhos	8	9,1	9,1	34,1
	Coluna	30	34,1	34,1	68,2
	Braços, ombros	17	19,3	19,3	87,5
	Punhos, mãos	4	4,5	4,5	92,0
	Pernas, pés	7	8,0	8,0	100,0
	Total	88	100,0	100,0	

Tabela 14: Qualidade do sono

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Excelente	11	12,5	12,5	12,5
	Boa	43	48,9	48,9	61,4
	Regular	28	31,8	31,8	93,2
	Ruim	4	4,5	4,5	97,7
	Muito ruim	2	2,3	2,3	100,0
	Total	88	100,0	100,0	

Tabela 15: Duração média do sono

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mais de 8 horas	7	8,0	8,0	8,0
	De 7 a 8 horas	27	30,7	30,7	38,6
	De 6 a 7 horas	38	43,2	43,2	81,8
	De 5 a 6 horas	16	18,2	18,2	100,0
	Total	88	100,0	100,0	

Tabela 16: Como considera a vida em família

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Excelente	39	44,3	44,3	44,3
	Boa	39	44,3	44,3	88,6
	Regular	9	10,2	10,2	98,9
	Ruim	1	1,1	1,1	100,0
	Total	88	100,0	100,0	

Tabela 17: Como se sente no trabalho

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Excelente	17	19,3	19,3	19,3
	Bem	64	72,7	72,7	92,0
	Regular	5	5,7	5,7	97,7
	Ruim	2	2,3	2,3	100,0
	Total	88	100,0	100,0	

Tabela 18: Como se sente no horário de lazer

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Excelente	28	31,8	31,8	31,8
	Bem	50	56,8	56,8	88,6
	Regular	8	9,1	9,1	97,7
	Ruim	1	1,1	1,1	98,9
	Muito ruim	1	1,1	1,1	100,0
	Total	88	100,0	100,0	

Tabela 19: Satisfação ao realizar as atividades na empresa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Excelente	20	22,7	22,7	22,7
	Bom	48	54,5	54,5	77,3
	Regular	14	15,9	15,9	93,2
	Ruim	1	1,1	1,1	94,3
	Muito ruim	5	5,7	5,7	100,0
	Total	88	100,0	100,0	

Tabela 20: Avaliação do volume de serviço

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Excelente	9	10,2	10,2	10,2
	Bom	41	46,6	46,6	56,8
	Regular	26	29,5	29,5	86,4
	Ruim	11	12,5	12,5	98,9
	Muito ruim	1	1,1	1,1	100,0
	Total	88	100,0	100,0	

Tabela 21: Impedimento da realização do trabalho causado por dor física

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nada	28	31,8	31,8	31,8
	Muito pouco	37	42,0	42,0	73,9
	Mais ou menos	16	18,2	18,2	92,0
	Bastante	7	8,0	8,0	100,0
	Total	88	100,0	100,0	

Tabela 22: Necessidade de tratamento médico para levar a vida diária

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nada	34	38,6	38,6	38,6
	Muito pouco	35	39,8	39,8	78,4
	Mais ou menos	15	17,0	17,0	95,5
	Bastante	3	3,4	3,4	98,9
	Extremamente	1	1,1	1,1	100,0
	Total	88	100,0	100,0	

Tabela 23: Oportunidades de práticas de atividades de lazer

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Completamente	2	2,3	2,3	2,3
	Muito	33	37,5	37,5	39,8
	Médio	27	30,7	30,7	70,5
	33	1	1,1	1,1	71,6
	Muito pouco	22	25,0	25,0	96,6
	Nada	3	3,4	3,4	100,0
	Total	88	100,0	100,0	

Tabela 24: Sensação de satisfação ao desempenhar as atividades do dia-a-dia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito satisfeito	37	42,0	42,0	42,0
	Satisfeito	44	50,0	50,0	92,0
	Nem insatisfeito, nem satisfeito	5	5,7	5,7	97,7
	Insatisfeito	2	2,3	2,3	100,0
	Total	88	100,0	100,0	

Tabela 25: Frequência de sentimentos negativos (mal humor, ansiedade, depressão)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca	11	12,5	12,5	12,5
	Muito raramente	36	40,9	40,9	53,4
	Às vezes	32	36,4	36,4	89,8
	Frequentemente	7	8,0	8,0	97,7
	Muito frequentemente	2	2,3	2,3	100,0
	Total	88	100,0	100,0	

TABELAS COMPARATIVAS POR ÁREAS DE FORMAÇÃO

Tabela 26: Estado da saúde atual por área de formação

		Estado da saúde atual				Total
		Excelente	Boa	Regular	Ruim	
Área de formação	Educação física	2	14	3	0	19
	Outras	14	41	12	2	69
Total		16	55	15	2	88

Chi-Square Tests

		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
					Sig.	99% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	1,839 ^a	3	,606	,609 ^b	,596	,621	
Likelihood Ratio	2,347	3	,504	,528 ^b	,515	,541	
Fisher's Exact Test	1,359			,758 ^b	,747	,769	
N of Valid Cases		88					

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,43.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 163113147.

Tabela 27: Qualidade do sono por área de formação

		Excelente	Boa	Regular	Ruim	Muito ruim	Total
	Outras	8	32	24	3	2	69
Total		11	43	28	4	2	88

Chi-Square Tests

		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
					Sig.	99% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,075 ^a	4	,722	,781 ^b	,770	,791	
Likelihood Ratio	2,557	4	,634	,783 ^b	,773	,794	
Fisher's Exact Test	2,143			,759 ^b	,747	,770	
N of Valid Cases		88					

a. 5 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,43.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 163113147.

Tabela 28: Prática regular de exercícios físicos por área de formação

Área de formação	de Educação física	Muito frequentemente	Frequentemente	Às vezes	Muito raramente	Nunca	
		3	4	5	4	3	19
	Outras	1	15	24	18	11	69
Total		4	19	29	22	14	88

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	7,218 ^a	4	,125	,126 ^b	,117	,134
Likelihood Ratio	5,688	4	,224	,255 ^b	,243	,266
Fisher's Exact Test	5,813			,182 ^b	,172	,192
N of Valid Cases	88					

a. 5 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,86.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 163113147.

Tabela 29: Tempo que pratica atividades físicas regulares

Área de formação	de Educação física	Mais de 2 anos	De 1 a 2 anos	De 3 a 12 meses	Menos de 3 meses	Não pratico	
		5	2	0	1	11	19
	Outras	21	6	7	5	30	69
Total		26	8	7	6	41	88

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	2,819 ^a	4	,589	,625 ^b	,613	,638
Likelihood Ratio	4,268	4	,371	,505 ^b	,492	,518
Fisher's Exact Test	2,526			,658 ^b	,646	,670
N of Valid Cases	88					

a. 4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,30.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 163113147.

Tabela 30: Frequência da realização de atividades físicas pelo prazer

		Muito frequentemente		Frequentemente	Às vezes	Muito raramente		Nunca	
		0	5	7	2	2	3		
Área de Educação	física	0	5	7	2	2	3	19	
	Outras	1	10	21	17	10	10	69	
Total		1	15	28	19	12	13	88	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		
				Sig.	99% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Pearson Chi-Square	3,252 ^a	5	,661	,675 ^b	,663	,687
Likelihood Ratio	3,584	5	,611	,667 ^b	,655	,679
Fisher's Exact Test	3,443			,662 ^b	,650	,674
N of Valid Cases	88					

a. 6 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,22.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 163113147.