

ATIVIDADE FÍSICA, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

**A Educação Física em múltiplas áreas
de atuação no Rio Grande do Norte**

Adalberto Veronese da Costa
(Organizador)



ATIVIDADE FÍSICA, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

**A Educação Física em múltiplas áreas
de atuação no Rio Grande do Norte**

Adalberto Veronese da Costa
(Organizador)



**Reitor**

Prof. Milton Marques de Medeiros

Vice-Reitor

Prof. Aécio Cândido de Souza

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação

Prof. Pedro Fernandes Ribeiro Neto

**Comissão Editorial do Programa Edições UERN:**

Prof. Pedro Fernandes Ribeiro Neto

Profª. Marcília Luzia Gomes da Costa (**Editora Chefe**)

Prof. João de Deus Lima

Prof. Eduardo José Guerra Seabra

Prof. Humberto Jefferson de Medeiros

Prof. Messias Holanda Died

Prof. Sérgio Alexandre de Moraes Braga Júnior

Prof. José Roberto Alves Barbosa

Revisão: TNS Eldio Pinto da Silva

Ilustração: TNS Fábio Bentes Tavares de Melo

Fotos: Luciano Lellis - AGECOM

Campus Universitário Central

BR 110, KM 48, Rua Prof. Antônio Campos,

Costa e Silva - 59610-090 - Mossoró-RN

Fone (84) 3315-2181 – E-mail: edicoesuern@uern.br

Catálogo da Publicação na Fonte.

U58 Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Atividade física, saúde e qualidade de vida: a educação física em múltiplas áreas de atuação no Rio Grande do Norte/ Adalberto Veronese da Costa(Org.) - Mossoró: UERN, 2012

Edições UERN

192 f.

ISBN: 978-85-7621-041-2

1. Saúde – Atividade Física. 2. Qualidade de Vida. 3. Educação física – Rio Grande do Norte. I. Costa, Adalberto Veronese da. II. Título.

UERN/BC

CDD 796

Bibliotecário: Sebastião Lopes Galvão Neto CRB 15 / 486

APRESENTAÇÃO

Fazer a apresentação do livro “Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida” organizado pelo professor Adalberto Veronese é motivo de muito orgulho e satisfação. Orgulho em virtude de ter participado, mesmo que de forma indireta, na formação acadêmica dos autores desta obra no momento que ministramos aulas no curso de especialização que originou este livro. Satisfação porque vemos que mesmo no semi-árido nordestino, quando as sementes são plantadas, frutos de alta qualidade acabam sendo colhidos.

Em nossas pesquisas detectamos que os problemas ocasionados a saúde da população decorrente da inatividade física aumentam o número de pessoas atendidas em hospitais de todo o país, onde políticas públicas voltadas à prevenção devem ser tomadas em benefício da população.

Este livro é uma iniciativa para que educadores físicos e demais profissionais da saúde conheçam a realidade local, com a premissa de estimular o leitor a também refletir alternativas preventivas através da prática salutar de atividades físicas.

Ao tempo que me congratulo com o professor Adalberto Veronese, organizador desta obra literária, e com os demais autores, recomendamos a leitura detalhada considerando que isto proporcionará uma melhor compreensão sobre a relação atividade física, saúde e qualidade de vida na região nordeste do Brasil.

Prof. Dr. Francisco Pitanga
Universidade Federal da Bahia

AUTORES

Alexandre Alves Sousa, Álvaro Fernando Souza do Couto, Aristóteles Marzille Queiroz, Diogo Eduardo Bezerra de Moraes, Disraeli Freire de Assis, Diva Gioconda de Medeiros Fernandes, Fábio Bentes Tavares de Melo, Gleidson Mendes Rebouças, Humberto Jefferson de Medeiros, Hunaway Albuquerque Galvão de Souza, Janaína Queiroz de Carvalho Teixeira, João Batista Medeiros da Silva, Kalline Costa Guimarães, Kellyzandro Oliveira Maia, Lauraline Kalhyane Silva Gaudêncio Medeiros, Lissa Melo Fernandes, Luana Fabrícia Gomes, Luis Marcos de Medeiros Guerra, Mararuth Martins Fernandes, Márcia Liana Nogueira Carlos, Maria do Carmo Guilherme Neta, Maria Eliana de Moraes Souza, Maria Irany Knackfuss, Priscila Silvana Bertevello, Stella Lira, Themis Cristina Mesquita Soares, Vagno Jesus Costa de Miranda, Viviane Benevides da Costa.

AGRADECIMENTOS

Aos Professores convidados do I Curso de especialização em Atividade Física Saúde e Qualidade de Vida: Dr. Francisco José Gondim Pitanga (UFBA), Ms. Luciano Alonso Valente dos Santos (UFRN), Dra. Maria do Socorro Cirilo (UFRN), Esp. Márcia Ortiz (UnP), Dr. Paulo Moreira da Silva Dantas (UFRN) e Ms. Ramon Cunha Montenegro (UNIPE).

Aos seguintes locais de pesquisa: Hospital Regional Tarcísio Maia, Prefeitura Municipal de Tibau, Prefeitura Municipal de Caraúbas, Universidade Potiguar, Secretaria de Segurança Pública do RN, Serviço Social da Indústria de Mossoró/RN, as Pró-Reitorias da UERN, Associação Mossoroense de Ciclismo, Núcleo de Atendimento do Hospital Giselda Trigueiro da Secretaria de Saúde do RN e ao Programa Mais Saúde da UERN.

A secretaria deste curso de especialização na pessoa do TNS Josias Caetano de Lima pelo bom atendimento nas atividades desta pós-graduação *Lato-Sensu*.

Agradecemos também a Sanny pela parceria com a Faculdade de Educação Física da UERN através dos seus equipamentos, de grande contribuição para as avaliações físicas e antropométricas.

ATIVIDADE FÍSICA, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA:

A Educação Física em múltiplas áreas de atuação no Rio Grande do Norte

PREFÁCIO

A sociedade acadêmica mundial vem ao longo dos anos buscando alternativas no combate a doenças decorrentes do sedentarismo e da vida agitada da sociedade moderna, as quais vêm recebendo medidas preventivas através da atividade física positivamente.

Não sendo diferente no Brasil, a adoção de um estilo de vida saudável reflete na mudança de comportamento que foge das atividades laborais excessivas fora da jornada de trabalho, da inatividade física e até mesmo de uma sensação equivocada de bem estar que em decorrência do *stress* do dia-a-dia nos faz pensar que é preciso apenas descansar, onde o fazer nada poderá resultar no sedentarismo, na baixa aptidão física e ao descontrole alimentar.

Outro fator interessante que se deve ter cautela é associar a beleza física a “todo custo” e o esporte de rendimento como sinônimos de saúde. Neste primeiro, encontram-se hoje casos de pessoas que têm a imagem do seu corpo distorcida de forma inversa a anorexia que as levam a uma excessiva prática de atividade física (vigorexia) ou em outros casos, observa-se pessoas trocando a atividade física pela busca de um “corpo perfeito” nas salas de cirurgia. Já no esporte de rendimento, crescemos valorizando o melhor resultado no esporte, mas esquecemos que um atleta de rendimento está sempre à mercê de altas pressões psicológicas que resultam em esforços excessivos que poderão acarretar lesões que podem ser irreversíveis. Estes são alguns dos vários problemas prejudiciais à saúde que em muitos casos são decorrentes de uma falta de orientação à sociedade por profissionais da saúde quanto aos limites que remetem aos benefícios da atividade física.

No nordeste brasileiro, especificamente no Rio Grande do Norte, que não difere aos outros estados desse país, uma prática regular de atividades físicas com um acompanhamento de um profissional de educação física torna-se necessário para a promoção da saúde do indivíduo, principalmente devido ao crescimento significativo do número de pessoas praticando algum tipo de atividade física nas horas livres, seja em locais públicos como praças e ciclovias ou particulares como clubes e academias.

Hoje, visando difundir novas alternativas de promoção da saúde observa-se que os educadores físicos estão presentes em múltiplos setores da sociedade, dos quais vale citar: na escola, na universidade, na indústria, nos hospitais, nas academias, nas equipes esportivas, nas repartições públicas, e desta forma, se destacam nestes locais com alternativas direcionadas para um estilo de vida salutar.

Focado em apresentar um diagnóstico de múltiplos setores onde a educação física costuma atuar, este livro destaca estudos científicos de professores concluintes do curso de especialização *Lato Sensu* em Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida no ano de 2010 da Faculdade de Educação Física da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – FAEF/UERN, tendo na orientação professores desta mesma universidade, onde uma parcela destes são estudantes dos cursos *Scripto Sensu* em Ciências da Saúde e de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – CCS/UFRN e em Ciências do Desporto da Universidade Trás-Os-Montes e Alto Douro – UTAD/Portugal, sendo este livro dividido em seis partes.

A primeira parte trata dos estudos voltados a atividade física, saúde e qualidade de vida de escolares em que se destaca a visão dos gestores que atuam no Programa Saúde na Escola - PSE e os indicadores de desenvolvimento infantil do município de Caraúbas - RN, bem como o nível de aptidão física de escolares de Tibau - RN. A parte dois apresenta o estilo de vida universitário, enfocando os cursos de graduação em Ciências da Saúde das universidades de Mossoró-RN e dos técnicos-administrativos da UERN, verificando se os futuros profissionais da saúde apresentam

mudanças significativas entre os períodos de formação acadêmica, e se existem diferenças significativas na qualidade de vida entre os técnicos administrativos que atuam nas pró-reitorias da UERN.

Na parte três, será enfocada a qualidade de vida no serviço público, destacando os funcionários divididos por área de atuação (assistencial, administrativo e de apoio) do Hospital Regional Tarcísio Maia em Mossoró-RN e dos agentes penitenciários deste mesmo Estado, identificando se existe a necessidade de medidas de intervenção e como está a saúde desses profissionais. Na parte quatro, será voltada para o idoso, destacando a autonomia funcional de praticantes de hidroginástica e a comparação de praticantes de musculação com não praticantes de atividades físicas, sensibilizando o leitor para uma melhor atenção aos programas de treinamento propostos a este grupo.

Já a parte cinco, será tratada em dois momentos: o esporte e a academia de ginástica. O primeiro destaca quais as diferenças do estilo de vida de praticantes e atletas de ciclismo de Mossoró, cidade que é uma referência no nordeste para a modalidade; o segundo como os praticantes de musculação de Natal – RN identificam sua imagem corporal. Na parte seis, finalizaremos com estudos realizados em programas de qualidade de vida, para portadores de HIV no Programa de Exercício Resistido – PER do Departamento de Educação Física da UFRN em Natal – RN e para a comunidade participante do Programa Mais Saúde em Mossoró da FAEF/UERN.

Como coordenador do Curso de Especialização em Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida e membro da base de pesquisa Cultura Corporal, Educação e Desenvolvimento Humano na linha de pesquisa Atividade Física, Saúde e Desenvolvimento Motor, preocupei-me em apresentar uma proposta atualizada sobre o ponto de vista da sociedade em que vivemos pela necessidade de novas pesquisas e profissionais que estudem a qualidade de vida da população Norte-Riograndense, principalmente na região do semi-árido potiguar. Nada mais interessante do que apresentar os estudos dos profissionais da Faculdade de Educação

Física da UERN em um livro, provocando a sociedade acadêmica para discussões sobre a necessidade de políticas públicas sobre o referido tema.

Enquanto professor universitário, firmo o compromisso de indissociar ensino, pesquisa e extensão, através de um curso de especialização, da divulgação dos estudos científicos de professores da FAEF e tornar público atividades destes profissionais, seja nas pesquisas como na participação em programas de qualidade de vida.

Que este livro estimule novos estudos!

Desejo a todos uma excelente leitura!

Prof. Ms. Adalberto Veronese da Costa
Coordenador do Curso de Especialização
em Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida.

SUMÁRIO

PREFÁCIO	9
PARTE 1	
ATIVIDADE FÍSICA, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NA ESCOLA	15
Aptidão física de escolares da rede pública de ensino do município de Tibau-RN	17
Programa Saúde na Escola e os indicadores de desenvolvimento em escolares no município de Caraúbas-RN	31
PARTE 2	
ESTILO DE VIDA NA UNIVERSIDADE	43
Qualidade de vida dos servidores técnicos-administrativos da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte	45
Estilo de vida de universitários dos cursos de ciências da saúde	61
PARTE 3	
INDICADORES DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NO SERVIÇO PÚBLICO DO RN	75
Indicadores de saúde e qualidade de vida de funcionários da unidade de saúde de Mossoró-RN	77
Qualidade de vida dos agentes penitenciários do estado do Rio Grande do Norte	89
PARTE 4	
AUTONOMIA FUNCIONAL DO IDOSO	101
Capacidade e autonomia funcional de idosas praticantes de hidroginástica	103
Autonomia funcional em idosos do semi-árido nordestino	119

PARTE 5	
ESTILO DE VIDA NO ESPORTE E NA ACADEMIA DE GINÁSTICA	129
Estilo de vida dos ciclistas do nordeste brasileiro	131
Imagem corporal real e desejada em praticantes de musculação de Natal – RN	143
PARTE 6	157
PROGRAMAS DE QUALIDADE DE VIDA	
Exercício físico, HIV e AIDS: uma relação possível entre terapia antiretroviral (HAART), saúde e qualidade de vida	159
Indicadores motivacionais a pratica regular de atividades físicas	173
SOBRE OS AUTORES	189



PARTE 1

Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida na Escola



APTIDÃO FÍSICA DE ESCOLARES DA REDE PÚBLICA DE ENSINO DO MUNICÍPIO DE TIBAU - RN

Disraeli Freire de Assis¹

Kellyzandro Oliveira Maia²

Humberto Jefferson de Medeiros³

RESUMO

Nos dias atuais, um dos problemas de saúde pública que vem afligindo a população mundial é o das doenças crônicas degenerativas. Com isso, tornam-se necessárias medidas de prevenção já nas fases infanto-juvenil, uma vez que no nordeste brasileiro se observa que as aulas de educação física são ministradas entre uma e duas vezes por semana, contrariando as recomendações mundiais. Este estudo objetiva analisar os indicadores de aptidão física de escolares da rede pública de ensino do município de Tibau/RN. A amostra foi composta por 200 alunos, de ambos os sexos, que participam das aulas de Educação Física entre 08 a 16 anos de idade divididos por faixas etárias: 08-10 anos, 11-13 anos e 14-16 anos. Foi utilizada para análise a bateria de testes do Projeto Esporte Brasil – PROESP/BR. Após a aplicação do teste de normalidade de Shapiro-Wilk, o teste t independente verificou as diferenças entre o grupo masculino e feminino, e a correlação de Pearson a associação entre as variáveis ($p \leq 0,05$). Os resultados apontaram diferenças significativas nos testes de resistência abdominal entre meninos e meninas (11-13 anos, $p = 0,002$ e 14-16 anos, $p = 0,036$) e no teste cardiorrespiratório (14-16 anos, $p = 0,013$) e uma correlação negativa entre peso e resistência cardiorrespiratória de meninos entre 14-16 anos ($r = -0,528$). Conclui-se que nos testes de aptidão física o grupo de meninos superaram o das meninas na resistência abdominal e cardiorrespiratória na faixa entre 14-16 anos. Desta forma, tornam-se necessárias alternativas educacionais com órgãos de saúde pública para estimular meninas para ingressarem em programas de atividades físicas.

Palavras-chave: Aptidão física, estilo de vida sedentária, escolares.

¹Especialista em Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida - UERN, Mossoró/RN.

²Especialista em Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida - UERN, Mossoró/RN.

³Professor Doutor da Faculdade de Educação Física - UERN, Mossoró/RN.

INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, um dos principais problemas de saúde pública que vem afligindo a população mundial é o das doenças crônicas degenerativas, doenças como a diabetes, obesidade e as cardiovasculares são responsáveis por cerca de 60% dos óbitos no mundo (OMS, 2008). Outro fato importante é a evolução dessas doenças em relação à faixa etária afetada, em que algumas décadas atrás só eram diagnosticadas com frequência em populações adultas. Atualmente são encontradas informações na literatura que demonstram que os fatores de risco relacionados aos Centros para o Controle e Prevenção de Doenças - CDC começam a se apresentarem já na infância e no decorrer da adolescência (SANTOS et al, 2008). Além do mais, a obesidade e o sobrepeso têm ligação direta com o surgimento desses fatores na fase infanto-juvenil, em um estudo realizado por Ferreira et al (2009). Para verificar a presença da síndrome metabólica e dos fatores de risco cardiovasculares em crianças, bem como verificar sua associação com o excesso de gordura corporal foi encontrado que o excesso de tecido adiposo no corpo tem um significativo papel no desenvolvimento dos fatores de riscos cardiovasculares e na síndrome metabólica nas crianças. Isto ocorre principalmente pelo estilo de vida em que a sociedade contemporânea vem adotando, com maus hábitos alimentares e um baixo nível de atividade física diária, contribuindo para o aparecimento dos vários fatores de risco (MALTA et al, 2010).

Diante deste fato, os órgãos de saúde começam a observar com apreensão o surgimento dos fatores de risco já na infância e adolescência e buscando por meio da prevenção inibir esses indicadores negativos. Uma das formas de prevenção que está em evidência na literatura das ciências da saúde é através do desenvolvimento da aptidão física de crianças e adolescentes (DUMITH et al, 2008; DUMITH et al, 2010) e para isso, será necessário um aumento no nível de atividade física dessa população. Em um estudo realizado por Farias et al. 2010 para analisar o efeito da atividade física programada sobre o desenvolvimento da aptidão física de escolares durante um período de um ano, foi diagnosticado um progresso

na aptidão física dos escolares submetidos ao programa. Porém, estudos recentes têm constatado que os níveis de aptidão física têm diminuído entre essa população (LUGUETI et al, 2010). Ainda mais que a baixa aptidão física, principalmente a cardiorrespiratória, está intimamente relacionada à incidência do sobrepeso e obesidade (BERGMANN et al, 2008). Outra constante que tem contribuído para essa diminuição no nível da condição física é o sedentarismo e que hoje é uma preocupação mundial. Em um estudo realizado no Brasil no Estado do Pernambuco para se conhecer a prevalência do sedentarismo em alunos das escolas públicas estaduais, foi encontrado um alto índice de alunos sedentários (TENÓRIO et al, 2010). Em outro estudo realizado também aqui no Brasil na Cidade de Fortaleza com alunos de escolas particulares, também foi constatado uma alta prevalência de alunos sedentários (FREITAS et al, 2010).

Assim, torna-se necessário a criação de alternativas para se desenvolver as capacidades físicas das crianças e adolescentes, tendo em vista seus benefícios para saúde. No contexto escolar, o profissional capacitado para desenvolver um trabalho preventivo contra os fatores de risco é o professor de Educação Física, que poderá oferecer, através de suas aulas, condições para a melhoria da condição física dos escolares. Porém, nas escolas brasileiras e principalmente nas do Nordeste, um dos problemas encontrado é o fato de que as aulas de Educação Física são ministradas apenas uma a duas vezes por semana, contrariando as recomendações dos órgãos de saúde sobre a quantidade adequada de atividade física para o desenvolvimento da condição física que coloca como uma frequência de três a cinco vezes por semana como ideal (CDC, 2009).

Este trabalho objetiva analisar os indicadores de aptidão física de escolares da rede pública de ensino do município de Tibau/RN e, desta forma, diagnosticar a situação em que se encontram os escolares em termos do condicionamento físico, podendo contribuir para promoção de políticas públicas de atividade física e de lazer dentro do contexto da educação física escolar.

MÉTODOS

A população escolhida para a pesquisa foram os alunos de duas escolas públicas do Município de Tibau/RN, sendo a Escola Estadual Rui Barbosa e a Escola Municipal Sagrado Coração de Jesus. As duas escolas foram escolhidas para pesquisa por serem as escolas com a maior representatividade de alunos do Município e também por se encontrarem localizadas na zona urbana da cidade. A amostra foi composta por 200 alunos (86 fem. e 114 masc.) que estão matriculados nas referidas escolas de ambos os sexos, que participam das aulas de Educação Física e estejam entre 08 a 16 anos de idade ($11,56 \pm 2,4$) subdivididos entre as seguintes faixas etárias: 08-10, 11-13 e 14-16 anos. A amostra foi probabilística aleatória e estratificada por sexo e idade. Os critérios de exclusão dos sujeitos da pesquisa se voltaram para a causa de algum problema de saúde em que os alunos não pudessem realizar os testes físicos ou que não estivessem dentro da faixa etária escolhida para a pesquisa.

O presente estudo foi realizado segundo a legislação em vigor, cumprindo as “Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos”, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte, Parecer-57/10.

Na pesquisa foi utilizada a bateria de testes do Projeto Esporte Brasil – PROESP/BR, que corresponde a uma bateria de testes elaborada para medir os indicadores de aptidão física de crianças e adolescentes em idade escolar. Os testes selecionados para a pesquisa serão os testes de aptidão física relacionados à saúde e também foram coletadas as medidas antropométricas de peso, estatura para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). Para as medidas de peso e estatura foram utilizados uma balança da marca Sanny com resolução de 100g e um estadiômetro da marca Sanny com 1mm de precisão.

A estatística utilizada para apresentação do trabalho foi a descritiva, através das medidas de tendência central e de dispersão, considerando para o teste de normalidade o de Shapiro-Wilk para

identificação dos dados paramétricos e não paramétricos. Para comparar os grupos masculino e feminino foi empregado o teste t de student e o teste de correlação de Pearson (r) para analisar a associação entre o peso corporal dos grupos com as variáveis de aptidão física, todos os testes estatísticos consideraram um nível de significância de $p \leq 0,05$. As informações foram processadas no programa SPSS 16.0.

RESULTADOS

As tabelas abaixo destacam o perfil dos sujeitos da pesquisa, comparando-os e correlacionando-os pelo sexo.

Tabela 1: Dados referentes à faixa etária dos sujeitos da pesquisa

Faixa Etária	Masculino			Feminino			Total		
	$x \pm dp$	n	%	$x \pm dp$	n	%	$x \pm dp$	n	%
08-10	$8,8 \pm 0,83$	34	17	$9,2 \pm 0,80$	39	19,5	$9,0 \pm 0,84$	73	36,5
11-13	$12,0 \pm 0,82$	41	20,5	$12 \pm 0,84$	35	17,5	$12,0 \pm 0,82$	76	38
14-16	$14,8 \pm 0,87$	39	19,5	$14,6 \pm 0,66$	12	6	$14,8 \pm 0,83$	51	25,5
Total	$12,0 \pm 2,55$	114	57	$11,1 \pm 2,06$	86	43	$11,6 \pm 2,39$	200	100

x: media, dp: desvio padrão, n: numero de sujeitos, %:percentuais realizados com base no numero total de sujeitos

Tabela 2: Dados referentes ao peso de escolares

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Sig.
08-10	$33,5 \pm 12$	$36,0 \pm 11$	0,276
11-13	$44,2 \pm 11$	$48,8 \pm 9,0$	0,134
14-16	$53,8 \pm 8,7$	$47,0 \pm 6,9$	0,020*

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

Tabela 3: Dados referentes à estatura de escolares

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Sig.
08-10	$135 \pm 9,5$	$138 \pm 9,9$	0,072*
11-13	152 ± 11	$154 \pm 6,1$	0,314
14-16	$164 \pm 9,2$	$158 \pm 8,1$	0,044*

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

Tabela 4: Dados referentes ao IMC de escolares

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Sig.
08-10	17,39±3,3	18,36±3,6	0,165
11-13	19,02±3,1	20,29±3,2	0,193
14-16	19,63±2,8	18,78±2,4	0,210

Na variável peso, foi encontrada diferença significativa entre as médias para o grupo de 14 a 16 anos com o grupo masculino apresentando maiores valores de peso corporal. Para as faixas etárias de 08 a 10 anos e de 11 a 13 anos não houve diferença significativa para os grupos. Para estatura também foi encontrado diferença entre as médias para o grupo de 08 a 10 anos com o sexo feminino com valores médios maiores que o sexo masculino. E o grupo de 14 a 16 anos, os meninos apresentaram maior estatura. Na variável do IMC não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos.

Nas tabelas 5, 6 e 7 mostram as médias, desvio padrão dos testes de aptidão física entre os grupos masculino e feminino .

Tabela 5: Teste de flexibilidade em escolares

Faixa etária	Masculino	Feminino	Sig.
08-10	27,5±8,4	28,7±9,1	0,507
11-13	29,4±8,1	28,6±9,6	0,749
14-16	28,9±7,9	28,2±11,2	0,781

Tabela 6 – Teste resistência cardiorrespiratória em escolares

Faixa etária	Masculino	Feminino	Sig.
08-10	732±30	757±30	0,675
11-13	1149±334	1079±187	0,379
14-16	1405±280	1161±299	0,013*

*diferenças significativas encontradas $P \leq 0,05$

Tabela 7: Dados referentes ao teste de resistência abdominal de escolares

Faixa etária	Masculino	Feminino	Sig.
08-10	22,2±8,2	19,6±8,5	0,145
11-13	29,4±9,2	21,1±7,4	0,002*
14-16	27,5±7,4	21,1±8,7	0,036*

*diferenças significativas encontradas $P \leq 0,05$

Na variável do teste de flexibilidade (sentar e alcançar) não houve diferenças significativas entre os grupos masculinos e femininos em nenhuma faixa etária. Já no teste de resistência abdominal houve diferença entre os grupos de 11 a 13 anos e de 14 a 16 anos, ficou evidenciado que os meninos têm maior resistência abdominal do que o grupo de meninas nos dois grupos. No teste cardiorrespiratório não foi encontrado diferenças entre os grupos de 8 a 10 anos e de 14 a 16 anos, já no grupo de faixa etária de 14 a 16 anos foi encontrado diferenças significativas com o sexo masculino com melhores resultados no teste cardiorrespiratório.

As tabelas 8 e 9 destacam o teste de correlação de Pearson para analisar a associação do peso corporal com as diferenças encontradas nas variáveis de resistência abdominal e resistência cardiorrespiratória para a faixa etária de 14 a 16 anos.

Tabela 8: Correlação de Pearson entre o peso x resistência abdominal e peso x resistência cardiorrespiratória de meninos escolares

Sexo: Masculino		Faixa etária: 14-16 anos
Peso	Resistência abdominal	Resistência cardiorrespiratória
Sig.	- 0,310	- 0,528*

* Nível de significância $P \leq 0,05$.

Tabela 9 - Correlação de Pearson entre o peso x resistência abdominal e peso x resistência cardiorrespiratória de meninas escolares

Sexo: Feminino		Faixa etária: 14-16 anos
Peso	Resistência abdominal	Resistência cardiorrespiratória
Sig.	- 0,265	0,321

* Nível de significância $P \leq 0,05$.

DISCUSSÃO

Na variável peso, não foram encontradas diferenças entre as médias dos dois primeiros grupos, só no grupo de faixa etária de 14 a 16 anos foi observado um aumento de peso corporal para o grupo masculino. Em um estudo realizado por Silva et al (2010) sobre a curva de

crescimento de jovens brasileiros se verificou que nas faixas etárias de 10 a 12 anos de idade, houve um aumento de peso para as meninas. A partir dos 14 anos em diante, os valores se inverterem onde os meninos se encontraram mais pesados. Isso acontece principalmente pelo surgimento da menarca que aumenta a ação dos hormônios nas meninas que começam a agir mais cedo havendo um aumento das mamas e um acúmulo de tecido adiposo na região do quadril e coxas contribuindo para o aumento do peso corporal (MARTÍNEZ et al, 2010). Nos meninos, os hormônios começam a atuar com maior intensidade mais tarde, por volta dos 14 anos de idade e diferente das meninas que ganham tecido adiposo, os meninos aumentam em massa muscular (SILVA et al, 2010). Para Pasquarelli et al (2010), os fatores biológicos e maturacionais estão intimamente ligados ao processo de ganho de peso corporal, diferente do estudo de Silva et al. 2010. Bergmann et al (2009) realizou um estudo sobre crescimento somático de jovens brasileiros e observou que o aumento do peso corporal foi de forma crescente até os 17 anos de idade não tendo diferença entre os sexos, demonstrando que os jovens brasileiros tendem a aumentar de peso mesmo depois de estabilizar o crescimento em estatura. Outro aspecto se refere aos fatores ambientais, os quais podem interferir nas variáveis biológicas como uma excessiva ingestão calórica por ambos os sexos que pode ter contribuído para esse resultado (OLIVEIRA et al, 2008).

Na estatura, as diferenças encontradas foram nos grupos 08 a 10 anos e de 14 a 16 anos, sendo que no primeiro a diferença foi negativa com as meninas maiores que os meninos, para no grupo de 14 a 16 anos se inverte com o grupo masculino apresentando maiores valores de estatura. Para Silva et al (2010), isso ocorre em decorrência do estirão do crescimento que nas meninas começa mais cedo a partir dos 10 anos de idade e que se estende até os 12 anos, sendo o contrário com os meninos que a partir dos 14 anos de idade ultrapassam as meninas em estatura. No trabalho realizado por Bergmann et al (2009) foi verificado que tanto os meninos como as meninas apresentam valores crescentes de estatura até os 16 anos de idade para depois se estabilizar. A diferença entre os sexos se deu a partir dos 14 anos, o grupo dos meninos teve um aumento de

estatura de 3,5 a 6 cm por ano de idade e que as meninas tiveram um nível de crescimento de 1 cm por ano de idade. Desta forma, pode-se observar que a partir dos 10 anos de idade começa o estirão do crescimento, os meninos e as meninas começam a aumentar de estatura de forma crescente para ambos os sexos, tendo as meninas uma pequena vantagem sobre os meninos, para que depois dos 14 anos os meninos tenham um crescimento mais acentuado.

Para os valores de IMC não foram encontradas diferenças entre os grupos, isso pode ser explicado pelo aumento linear do peso e estatura em ambos os sexos como foi visto nas tabelas 1 e 2. Para Romero et al (2010), o IMC sofre alterações nos estágios maturacionais, sendo que no seu estudo foi notado que tanto os meninos como as meninas púberes tiveram maiores valores de IMC do que os pré-púberes. Observou-se também que no grupo das meninas foram encontradas diferenças entre as idades, onde meninas de 14 e 15 anos apresentaram maiores valores de IMC que as meninas 10 anos. Isso pode ser justificado pelo os estágios maturacionais em que as meninas de faixa etária de 10 anos de idade estão começando os processos da menarca que varia até os 13 anos, com isso se estabiliza a estatura, mas o peso corporal continua de forma crescente, incentivado principalmente pelos fatores nutricionais. No grupo de meninos, Romero et al (2010) não encontrou diferença entre as idades, isso pode acontecer pelo que os meninos ganham valores de peso e estatura de forma linear.

Na valência física, flexibilidade não foi encontrada diferenças entre os grupos masculino e feminino em nenhuma das faixas etárias. Corroborando com os achados do presente estudo, Dórea, et al (2008) realizou um estudo sobre aptidão física de escolares no interior do Estado da Bahia (Brasil), e também não foram achadas diferenças na variável flexibilidade entre os sexos. Porém, nos trabalhos de Dumith et al (2010) e Farias et al (2010) foram encontradas diferenças entre os sexos com as meninas tendo melhores valores. Essa diferença pode ocorrer principalmente pelos processos maturacionais onde na fase do estirão do crescimento, os meninos têm um alargamento dos ossos longos que não

são acompanhados pelos músculos, com isso causando encurtamento das articulações (SILVA et al, 2010).

Na resistência abdominal, as diferenças encontradas foram nos últimos dois grupos de faixa etária 11 a 13 anos e 14 a 16 anos de idade. Em alguns estudos realizados sobre aptidão física são encontradas diferenças na resistência abdominal entre os sexos em todas as idades, isso acontece pelas distintas formas de delineamento das pesquisas como a faixa etária estudada, a estatística utilizada e até mesmo a região geográfica, criando divergência entre os estudos. No estudo de Dórea et al (2008) sobre aptidão física de escolares no interior do Estado da Bahia (Brasil), não houve diferença entre as proporções encontradas entre os sexos nas faixas etárias estudadas. Já em um estudo realizado por Luguetti et al (2010), também sobre aptidão física de escolares foram encontradas diferenças na resistência abdominal entre ambos os sexos em todas as faixas etárias pesquisadas. Segundo o autor, na faixa etária 08 a 10 anos a diferença pode ser compreendida pelo que os meninos são mais ativos fisicamente que as meninas não tendo interferência dos estágios maturacionais, já na faixa etária depois dos 11 anos a diferença é atribuída ao estágio maturacional das meninas que esta próxima da menarca e com isso acontecem modificações morfológicas como o aumento de peso em gordura (LUGUETI et al, 2010). Por volta dos 14 anos de idade, essa diferença pode ser conferida o aumento de massa muscular que ocorre nos meninos aumentando também os níveis de força.

No teste de resistência cardiorrespiratório, a única diferença encontrada foi no grupo de faixa etária de 14 a 16 anos de idade com os meninos tendo uma melhor resistência cardiovascular em comparação ao grupo das meninas da mesma faixa etária. Para Silva apud Araujo (2001), Oliveira (2008), essa diferença encontrada entre os sexos na faixa etária entre 14 a 16 anos pode ser justificada pelos estágios maturacionais em que se encontram os escolares com as meninas tendo um ganho de peso corporal em gordura o que é contrariamente proporcional a aptidão cardiorrespiratória. Em estudos realizados por Luguetti et al (2010) e por Dumith et al (2010), foram encontradas diferenças entre os sexos em todas

as faixas etárias pesquisadas. Para os autores nas idades 08 aos 12 anos, isso se deve principalmente aos níveis de atividade física dos meninos que fazem atividades mais intensas que as meninas não tendo relação com os estágios maturacionais, mas que a partir dos 14 anos em diante, essa diferença ocorre pelo aumento nos níveis de testosterona nos meninos, acarretando um aumento de massa muscular, tornando-os mais fortes que as meninas. Outro fator que vale destacar é que além dos fatores maturacionais e biológicos deve-se levar em consideração os fatores culturais em que as meninas são mais sedentárias que os meninos (SILVA et al, 2010).

Na aplicação do teste Correlação de Pearson podemos observar na tabela 7 que o peso foi associado negativamente com a resistência cardiorrespiratória, podendo avaliar que os meninos com maior peso corporal têm uma baixa aptidão cardiorrespiratória em relação aos meninos com menor peso. Isso contraria a hipótese de que a diferença de peso corporal dos grupos masculino e feminino possa ser atribuída ao ganho de massa muscular dos meninos. Estes achados comprovam o que outros estudos já tinham evidenciado sobre a relação do excesso de peso ponderal com uma baixa aptidão cardiorrespiratória (BERGMANN et al, 2008; RODRIGUES et al, 2007). Porém, no grupo das meninas não foram encontradas relação significativa entre o peso corporal e a aptidão cardiorrespiratória. Com isso, pode se observar que o peso corporal não influenciou na diferença encontrada entre os grupos. Na variável resistência abdominal não foram encontradas associações significativas entre o peso corporal e a resistência abdominal de ambos os grupos, mostrando que a diferença encontrada entre o grupo masculino e feminino na faixa etária 14 a 16 anos possa não ter relação com o peso corporal, mas com o nível de atividade física dos meninos. Em um estudo realizado por Silva et al (2010), sobre aptidão cardiorrespiratória e composição corporal de crianças e adolescentes, verificou que a composição corporal se associou negativamente com a aptidão cardiorrespiratória em todas as faixas etárias estudadas e em ambos os sexos, quanto maior o peso corporal mais baixo será a aptidão cardiorrespiratória.

CONCLUSÃO

Através do exposto, pode-se concluir que os grupos dos meninos superaram o das meninas nos testes de resistência abdominal e resistência cardiorrespiratória na faixa de 14 a 16 anos. A superioridade masculina nos testes foi primeiramente atribuída ao ganho de peso corporal que os adolescentes possuem nesta faixa etária em ocasião dos processos hormonais. Porém, o fator que mais possa ter contribuído para o desempenho dos meninos está relacionado aos fatores ambientais tais como a práticas de atividades físicas com grandes intensidades que os meninos são submetidos. Quanto ao baixo desempenho das meninas, pode estar associado aos fatores biológicos como o aumento do peso gordo com o surgimento da menarca, mas principalmente ao baixo nível de atividade física que são expostas as meninas e que hoje pode ser considerado um problema cultural.

Assim, tornam-se necessárias alternativas educacionais com órgãos de saúde pública para que possam mudar esse quadro com medidas que venham estimular as meninas a ingressarem em práticas de atividades físicas e que possam melhorar suas capacidades físicas com o intuito de desenvolver um estilo de vida ativo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO S. et al. Aptidão física em escolares de Aracaju. **Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum.** v. 10, n. 3, p. 271-276, 2008.
- BERGMANN M. L. et al. Perfil Lipídico, de Aptidão Cardiorrespiratória, e de Composição Corporal de uma Amostra de Escolares de 8ª Série de Canoas/RS. **Rev. Bras. Med. Esporte.** v. 14, n. 1, 2008.
- BERGMANN G. G. et al. Crescimento somático de crianças e adolescentes brasileiros. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** v. 9, n. 1, p. 85-93, 2009.
- Centers for Disease Control and prevention (US), **Chronic Diseases and Health Promotion**, Division of Adolescent and School Health. 2009.
- DUMITH S. C. et al. Aptidão física relacionada ao desempenho motor em escolares de sete a 15 anos. **Rev. Bras. Educ. Fis. Esporte.** v. 24, n. 1, p. 5-14, 2010.

- _____. Aptidão Física Relacionada à Saúde de Alunos do Ensino Fundamental do Município de Rio Grande, RS, Brasil. **Rev. Bras. Med. Esporte.** v. 14, n. 5, 2008.
- SANTOS M. G. et al. Fatores de risco no desenvolvimento da aterosclerose na infância e adolescência. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 90, n. 4, p. 301-308, 2008.
- DÓREA V., Aptidão física relacionada à saúde em escolares Jequié, BA, Brasil. **Rev. Bras. Med. Esporte.** v. 14, n. 6, 2008.
- FERREIRA A. P. et al. Síndrome metabólica e fatores de risco cardiovascular associado à gordura corporal em crianças. **Rev. Bras. Ciên. e Moviment.** v. 1, n. 29, 2009.
- FARIAS E. S. et al. Efeito da atividade física programada sobre a aptidão física em escolares adolescentes. **Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum.** v. 12, n. 2, p. 98-105, 2010.
- FREITAS R. W. J. F. et al. Prática de atividade física por adolescentes de Fortaleza, CE, Brasil. **Rev. Bras. Enferm.** v. 63, n. 3, p. 410-5, 2010.
- LUGUETI C. L. et al. Indicadores de aptidão física de escolares da região centro-oeste da Cidade de São Paulo. **Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum.** v. 12, n. 5, p. 331-337, 2010.
- MALTA D. C. et al. Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE), Brasil, 2009. **Ciência e saúde coletiva.** v. 15, n. 2, p. 309-319, 2010.
- MARTÍNEZ J. et al. Padrões de crescimento na infância precoce e ocorrência de menarca antes de doze anos de idade. **Rev. Saúde Pública.** v. 44, n. 2, p. 249-60, 2010.
- OLIVEIRA A. C. et al. Obesidade infanto-juvenil: Uma epidemia contemporânea. **Simpósio internacional de ciências integradas da UNAERP Campus Guarujá**, 2008.
- PASQUARELLI B. N. et al. Estágio de maturação sexual e excesso de peso corporal em escolares do município de São José dos Campos, SP. **Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum.** v. 12, n. 5, p. 338-344, 2010.
- ROMERO A. et al. Determinantes do índice de massa corporal em adolescentes de escolas públicas de Piracicaba, São Paulo. **Ciência e saúde coletiva.** v. 15, n. 1, p. 141-149, 2010.
- RODRIGUES A. N. et al. Aptidão cardiorrespiratória e associações com fatores de risco cardiovascular em adolescentes. **J. Pediatr.** v. 83, n. 5, p. 429-435, 2007.
- SILVA S. P. et al. Aptidão cardiorrespiratória e composição corporal em crianças e adolescentes. **Motriz, Rio Claro.** v. 16, n. 3, p. 664-671, 2010.
- SILVA S. S. et al. Comparação do crescimento de crianças e adolescentes brasileiros com curvas de referência para crescimento físico: dados do Projeto Esporte Brasil. **J. Pediatr.** v. 86, n. 2, p. 115-120, 2010.
- TENÓRIO M. C. M. et al. Atividade física e comportamento sedentário em adolescentes estudantes do ensino médio. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 13, n. 1, p. 101-17, 2010.
- World Health Organization (US). **No communicable Diseases and Mental Health.** 2008.

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA E OS INDICADORES DE DESENVOLVIMENTO EM ESCOLARES NO MUNICÍPIO DE CARAÚBAS – RN

Márcia Liana Nogueira Carlos¹
Maria Irany Knackfuss²
Humberto Jefferson de Medeiros³

RESUMO

A saúde coletiva e atividade física são áreas que merecem atenção e que devemos intervir através de ações desenvolvidas por agentes comunitários da saúde voltada para o controle da obesidade, esporte, lazer, combate à violência, entre outros. O objetivo deste estudo foi analisar a relação do Programa Saúde na Escola e os indicadores de desenvolvimento infantil no Município de Caraúbas - RN. A amostra foi selecionada de forma não probabilística intencional composta de um prefeito, um secretário de saúde, um coordenador do PSE da área do Programa Saúde na Família - PSF, dois diretores de escola, dois professores de Educação Física, totalizando sete gestores do PSE; e 72 escolares (35 masculino e 37 feminino) matriculados no ensino fundamental dois (6º ao 9º ano) com idades entre 10 a 15 anos. Para os gestores, foi aplicado um questionário com perguntas abertas relacionados aos objetivos, recursos, benefícios e função no PSE. Em relação aos escolares, foram avaliados o peso, estatura e Índice de Massa Corpórea - IMC. A estatística utilizada foi descritiva, através das frequências simples e relativa, medidas de tendência central e de dispersão. Após o teste de normalidade de Shapiro-Wilk, utilizou-se o teste de t independente para comparar os grupos ($p \leq 0,05$). Nos resultados qualitativos, os gestores apontam positivamente aspectos sobre o PSE. No quantitativo, os escolares não apresentaram diferenças significativas nas variáveis estudadas, e na classificação do IMC, a maioria se apresentou na normalidade. Conclui-se que a política do programa saúde na escola vem sendo bem orientada pelos seus gestores, fato este demonstrado na articulação da equipe, o que possivelmente venha a colaborar com os indicadores de saúde apresentados pelos escolares.

Palavras-chave: Saúde, Qualidade de Vida, Estado Nutricional, Escola.

¹Especialista em Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida - UERN, Mossoró/RN.

²Professora Doutora da Faculdade de Educação Física - UERN, Mossoró/RN.

³Professor Doutor da Faculdade de Educação Física - UERN, Mossoró/RN.

INTRODUÇÃO

A saúde coletiva e atividade física são áreas que merecem atenção e que devemos intervir através de ações desenvolvidas por agentes comunitários da saúde voltada para o controle da obesidade, esporte, lazer, combate à violência, entre outros. (VICENTIN, GONÇALVES, 2009).

Em várias cidades brasileiras há predominância da obesidade e a escola é um importante espaço para desenvolver tais intervenções em relação ao estado nutricional dos escolares. (PEGOLO, SILVA, 2008). A obesidade infantil é um problema de saúde pública e se não for tratado a tempo poderá trazer agravos ao indivíduo na vida adulta. (RUIZ, KIRSTEN et al, 2009).

A não participação das aulas de Educação Física escolar representa 45% de chances do indivíduo se tornar obeso. (TASSITANO, BARROS, et al, 2009). O Ministério da Saúde, com o objetivo de reforçar a prevenção à saúde dos escolares, lançou em dezembro de 2008 em todo o Brasil o Programa Saúde na Escola (PSE), sendo uma parceria do Ministério da Saúde e Educação, programa esse que avalia as condições de saúde dos escolares com estado nutricional, incidência precoce de hipertensão, diabetes, saúde bucal, bem como, atividades de promoção à saúde, combate à violência, educação sexual, estímulo à atividade física e práticas corporais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Em um estudo feito em São Paulo nas escolas públicas de Piracicaba com uma amostra de 328 escolares de ambos os sexos, foi detectado que as meninas fisicamente ativas apresentaram IMC mais alto do que as inativas e comparando os meninos que praticam atividades e os que não praticam atividades não se encontrou diferença estatística para o IMC, acrescentando que ações que combatam esses distúrbios nutricionais são de fundamental importância identificar os fatores determinantes do IMC. (ROMERO, FLORINDO et al, 2010).

A importância de conhecermos o ambiente escolar, pois o mesmo pode constituir-se um importante espaço para o desenvolvimento de estratégias de intervenção. Assim, as políticas públicas devem levar em

consideração os contextos onde os escolares frequentam para um melhor diagnóstico da realidade e futura intervenção. (PEGOLO, SILVA, 2008).

Em escolas públicas no Estado de Santa Catarina, observaram prevalência de excesso de peso mais em rapazes do que em moças, mesmo sendo mais ativos do que as meninas. Quando analisado o excesso de peso corporal entre os rapazes e moças, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as idades. (SILVA et al, 2008).

Outro estudo acrescenta que conforme recomenda o PSE, as equipes de saúde da família deverão realizar visitas periódicas e permanentes às escolas, no sentido de avaliarem as condições de saúde dos educados proporcionando, dessa forma, o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, conforme as necessidades locais. (FIGUEIREDO et al, 2010).

A cidade de Caraúbas, localizada na Zona Oeste Potiguar, precisamente na microrregião da chapada do Apodi, possui uma área de 1.095,00 km² e sua população segundo o recenseamento de 2007 é de 20.471 habitantes, fazendo parte do Programa Saúde na Escola (PSE) desde o ano de 2009, onde os gestores (secretário de saúde, diretores das duas escolas, enfermeiros e agentes de saúde) estão engajados dentro deste programa de políticas públicas e melhoraria da saúde do educando. Assim, este estudo objetiva analisar o Programa Saúde na Escola e os indicadores de desenvolvimento infantil no Município de Caraúbas – RN.

MÉTODOS

Esta pesquisa caracterizou-se como um estudo com implicações ecológicas que analisou a política do Programa Saúde na Escola no Município de Caraúbas - RN. Consideramos também o contexto como sendo um ambiente ecológico em desenvolvimento em que o macrossistema (Rede Estadual de Saúde) ficou constituído como a política pública norteadora empregada pela Secretaria Municipal de Saúde de Caraúbas- RN

Nesta perspectiva, Bronfenbrenner (1992) entende que se pode analisar as pessoas em desenvolvimento e o contexto que as mesmas estão inseridas, pois este ambiente influenciado por vários fatores que podem alterar de forma significativa aspectos ligados ao desenvolvimento da criança em seus aspectos antropométricos. A amostra foi selecionada de forma não probabilística intencional sendo composta por: um prefeito, um secretário de saúde, um coordenador do PSE da área PSF (centro), dois diretores das escolas (Escola Estadual Antônio Carlos e Escola Estadual Professor Lourenço Gurgel de Oliveira), dois professores de Educação Física num total de sete gestores do programa saúde na escola (PSE); e 72 escolares (35 masculino e 37 feminino) matriculados nas séries do 6º ao 9º ano com faixa etária que variando entre 10 a 15 anos. Para os gestores, foi aplicado um questionário com perguntas abertas relacionados aos objetivos, recursos, benefícios e função no PSE. Em relação aos escolares, avaliou-se seu peso, estatura e IMC. Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram: um estadiômetro da marca Sanny (precisão de 1 cm) para determinar a estatura e para verificação do peso corporal foi utilizada uma balança digital da marca Sanny (precisão de 100 gr), onde os escolares se encontraram em suas respectivas salas em horário de aula, vestido com seu uniforme escolar, estando descalço. Para a estatística utilizou-se nos dados antropométricos a frequência simples, relativa, a média, o desvio padrão, o teste de normalidade de Shapiro-Wilk e para a comparação dos dados o teste t de student para amostras independentes com nível de significância $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

Para a análise qualitativa da pesquisa obteve-se os seguintes dados, quando os mesmos foram analisados as respostas dos entrevistados: Gestores.

GESTOR DO PSE: Prefeito.

Em relação **ao objetivo do PSE**, o mesmo coloca que é “*integrar a escola, família e saúde para melhorar a prevenção às doenças, drogas, etc.*”. Em relação **aos recursos** “*já foi adquirido um automóvel para atender melhor as escolas, kits de prevenção para ficarem nas escolas, como balanças, fitas métricas entre outras coisas*”. Em relação dos **benefícios** do programa, o mesmo afirma que “*o programa trouxe, através de palestras, o conhecimento aos estudantes para que eles aprendam a evitar doenças, saber se cuidar melhor*” e sua **função** é de ser parceiro, colaborador e incentivador do programa.

GESTOR DO PSE: Secretário de Saúde.

Afirma que o **objetivo do PSE** “*é avaliar a saúde dos escolares como um todo, criando um elo entre a saúde e a escola*”. **Os recursos** “*adquiridos ao longo desses dois anos em que o programa foi implantado foram: um carro para dar assistência profissional aos agentes de saúde, além de materiais esportivos em algumas escolas, camisetas, kit saúde bucal, data-show para palestras e fantoches, além de quem em breve irá chegar mais recursos e materiais nas escolas*”. E com relação aos **benefícios**, o mesmo afirmou que “*O PSE trouxe aos alunos orientações de higiene e saúde bucal, dieta e ainda falta trabalhar a parte preventiva*”. A sua **função junto ao PSE** é coordenar e ajudar nos projetos, exigir ações com os agentes de saúde do PSE verificando se realmente os objetivos estão sendo alcançados.

GESTOR DO PSE: Coordenadora/ enfermeira do PSE centro

Declara que o **objetivo do PSE**: “*é integrar a saúde com a educação, realizando atividades que previnam e promovam a saúde, identificar problemas e discutir estratégias para minimizar os problemas detectados*”. E sobre **os Recursos** que o programa já adquiriu foram: “*02 carros, 02 data show, 02 notebook, 02 telas, caixas de som e microfones que são utilizados nas palestras*”. E quanto aos **benefícios** em relação aos escolares, “*não foi possível avaliar por estarmos ainda realizando ações*”. E a sua **função junto ao PSE** “*é promover parceria entre a escola e o Programa Saúde da Família (PSF) para o desenvolvimento das ações do PSE.*”

GESTOR DO PSE: Diretor da Escola Estadual Professor Lourenço Gurgel de Oliveira.

No que se refere ao **objetivo do PSE**, o mesmo afirmou que: “É socializar as práticas de qualidade de vida a serem desenvolvidas pela escola”. E sobre os **recursos adquiridos** “Foram materiais didáticos como kit de materiais para ensinar maneiras corretas de higiene bucal. E que através do Governo Federal junto à Secretaria de Saúde também foram entregues uma balança digital e fita métrica”. **Os benefícios** segundo o diretor “foram palestras, kits para que melhorem as práticas de saúde física e mental dos educandos”. E sua **função** enquanto gestor é “estimular campanhas municipais, tais como: prevenção ao uso de drogas, doenças sexualmente transmissíveis entre outros”.

GESTOR DO PSE: Diretora da Escola Estadual Antônio Carlos.

Afirma que o **objetivo do PSE** é “atender as escolas de forma que atenda as demandas de cuidados com a saúde dos estudantes”. Em relação aos **recursos adquiridos**, a mesma afirma que foram: “balança digital, fita métrica, kit higiene bucal manual de alimentação saudável e algumas palestras, atendimento odontológico, bem como necessita que a equipe do PSE faça mais visitas em sua escola com mais palestras e não ficar só nas promessas”. Sobre **os Benefícios**, afirma que foram “principalmente o atendimento odontológico, pois muitos necessitam e evitaram até de perder o dente por falta de cuidados e condições financeiras e a cada mês são encaminhados vários alunos em situação crítica e esse tratamento tem continuidade com cada pessoa, sendo uma atividade contínua”. E sobre sua **função** “é incentivar, ajudar e agradecer a equipe de saúde, ficando a escola à disposição, além de estar sempre solicitando o PSE, que apesar dos benefícios ainda encontramos falhas havendo a necessidade de mais ações junto às escolas”.

GESTOR DO PSE: Professora de Educação Física da Escola Lourenço Gurgel

O professor afirma que o **objetivo do PSE**: “é proporcionar ao ambiente escolar condição básica de saúde, de forma preventiva e educativa, no tocante às necessidades individuais e coletivas da comunidade escolar, através de atividades

educacionais, recreativas e culturais”. **Os recursos adquiridos** através do PSE para a referida escola: *“foram de ordem material e recursos humanos: kit limpeza bucal, brindes para sorteio em eventos e panfletos educativos; já de recursos humanos fomos contemplados com palestras e aferição das medidas antropométricas a fim de conhecer o IMC*”. **Os benefícios** que já adquiriram *“foram proporcionar conhecimentos sobre a realidade nutricional através do IMC e conscientização sobre cuidados com a saúde, bem como consultas odontológicas durante todo o ano*”. E sobre sua **função junto ao PSE** é *“colaborar com a efetivação das ações desenvolvidas pelo PSE, pois o profissional de educação física também compreende como responsável e interessado na promoção da saúde dos alunos*”.

GESTOR DO PSE: Professor de Educação física da Escola Antônio Carlos.

Em relação ao **objetivo do PSE** é *“um programa que visa através de ações teóricas e práticas, educando, prevenindo doenças e ajudando a melhorar a saúde dos educandos*”. Ainda sobre os **recursos adquiridos** pela escola, o mesmo não tem conhecimento. E a seu ver, os **benefícios adquiridos** são de *“um melhor acompanhamento do estado de saúde dos alunos, bem como através deste, possibilitar ações mais eficientes*”. Em relação a sua **função** junto ao programa é *“possibilitar atividades práticas – educativas que estejam de acordo com os objetivos do PSE, que é o de prevenir e melhorar a saúde da comunidade escolar, no meu caso, através do esporte*”.

Quanto à análise quantitativa dos dados antropométricos dos escolares foram obtidos os seguintes dados:

Tabela 1: Média e desvio padrão para variáveis antropométricas dos escolares.

Variáveis	Feminino	Masculino	Sig. Teste t
	Média $\pm$ Desvio Padrão	Média $\pm$ Desvio Padrão	
N	35	37	
Idade	13 $\pm$ 1,02	12 $\pm$ 1,62	0,31
Peso	43,1 $\pm$ 10,12	48,06 $\pm$ 10,61	0,18
Estatura	1,54 $\pm$ 0,09	1,52 $\pm$ 0,10	0,35
IMC	18,51 $\pm$ 3,39	19,37 $\pm$ 3,75	0,07

Tabela 2: Classificação do Índice de Massa Corporal por sexos*.

Grupos		Classificação							
	Total	Baixo Peso		Normal		Excesso de Peso		Obeso	
		Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Masc.	37	0	0	25	67,56	9	24,32	3	8,10
Fem.	35	3	8,57	26	74,28	2	5,71	4	11,42

* Critérios de referência para definição de Baixo Peso, Excesso de Peso e Obesidade para o sexo masculino e feminino (CONDE, MONTEIRO, 2006).

Na Tabela 1, observa-se que não se encontrou diferenças significativas entre os sexos para as variáveis da idade, peso, estatura e IMC. Porém, os valores de peso para o sexo masculino já demonstram tendência de aumento em relação às meninas. Elas apresentam índices para estatura superior aos meninos provavelmente pelos aspectos da influencia da maturação.

Na Tabela 2, analisando a classificação do Índice de Massa Corporal por sexos, podemos evidenciar que para o sexo masculino, 67,56% se encontram no nível de normalidade e 24,32% demonstram valores acima do esperado. Para o sexo feminino, se encontrou em relação à classificação do índice de massa corporal num total de 8,5% estão na faixa de valores abaixo do esperado, 74,28% estão na faixa de normalidade e 5,7% estão situados na faixa acima do estágio ideal.

Para a classificação do Índice de Massa Corporal, em relação ao sexo feminino no total de 35 meninas, 03 (8,57%) estavam com Baixo Peso; 26 (74,28%) com índices de IMC Normal; 02 (5,71%) com Excesso

de Peso; e 04 (5,71%) estavam Obesas. Em relação aos meninos dos 37 meninos avaliados, nenhum (0%) apresentou Baixo Peso; 25 (67,56%) no estágio Normal; 09 (24,32%) com Excesso de Peso e 03(8,10%) obesos.

DISCUSSÃO

Para a análise qualitativa da pesquisa, evidenciou-se nas entrevistas com os gestores do PSE que a partir de estudos dos determinantes do IMC torna-se possível criar estratégias que orientem aos adolescentes o desenvolvimento de um estilo de vida ativo e saudável, pois é na adolescência um período mais fácil de adquirir hábitos saudáveis, os quais deverão ser mantidos por toda vida (ROMERO et al, 2010). Surge a necessidade de políticas públicas de saúde no âmbito escolar como fator preventivo da obesidade e seus fatores de risco. Constata-se necessidade de implementação de Serviços Permanentes de Saúde, objetivando dar continuidade a ação educativa (CASTRO, 2009).

Ao entrevistar os gestores quanto aos **objetivos** do referido programa, todos estão de acordo que é integrar saúde e educação ajudando a resolver e prevenir males que possam afetar os estudantes, existindo clareza nas questões do programa. Acrescentam que uma vez que essas informações auxiliam no atendimento e acompanhamento de programas voltados à promoção da saúde dessas populações (HONORATO et al, 2010).

Em relação aos **recursos** adquiridos, a maioria dos entrevistados relataram pontos em comum como: automóvel, balanças digitais, fitas métricas, exceto um professor de Educação Física que desconhecia tais recursos em sua escola. Fica evidente que o programa recebe recursos do Governo Federal e os mesmos estão chegando até a escola. É de fundamental importância a questão da inserção de projetos relacionados à área de Saúde na proposta curricular da escola, bem como conhecer os temas que são abordados e que estão intimamente ligados a aspectos de educação em saúde. (GONÇALVES et al, 2008).

Quanto aos **benefícios** que o programa trouxe para os escolares, os mais citados foram os cuidados odontológicos, evitando que vários jovens perdessem o dente por falta de cuidados e ainda afirmaram que o programa trouxe mais conhecimento em relação à saúde de um modo geral. Reforçam a necessidade de estudos desta natureza bem como a importância da implementação de políticas de saúde pública no âmbito escolar. (HONORATO et al, 2010; SILVA et al, 2010).

Em última análise, fica evidenciado que todos os entrevistados estavam cientes de seu **papel** enquanto gestor do PSE, afirmando dar total apoio ao mesmo.

Para as análises quantitativas, pode-se evidenciar que para as médias e desvios padrões para variáveis antropométricas dos escolares, não se evidenciou diferenças significativas, para idade, peso, estatura e IMC, porém, mesmo o IMC sendo uma relação de peso e estatura.

No presente estudo, relacionado ao peso corporal, os resultados mostraram que os meninos estão ligeiramente mais pesados do que as meninas e conseqüentemente o IMC mais alto, porém, as meninas estão mais altas do que os meninos e IMC mais baixo. Os dados com superioridade para os meninos provavelmente estejam ocorrendo, pois os meninos estão mais pesados devido ao fato de possuir mais massa muscular.

Por outro lado, as meninas estão mais leves e mais altas devido ao estirão de crescimento que acontece na faixa dos 13 anos, fato que ainda não ocorreu provavelmente com a maioria dos meninos, reforçando assim, a idéia de que é fundamental levar em consideração a maturação sexual em estudos que avaliam o estado nutricional em adolescentes. (ROMERO et al, 2010).

Um estudo realizado em São José de Batatais/SP, com meninos e meninas na mesma faixa etária do nosso estudo, encontramos resultados diferentes aos nossos, onde se evidenciou que o nível da estatura dos meninos está um pouco mais elevado do que as meninas, porém os dados para o IMC encontram-se no mesmo nível (BORGES et al, 2010).

Em outro estudo realizado no noroeste do Paraná, com 92 adolescentes, com idade entre 10 a 17 anos, demonstraram que houve risco de sobrepeso em relação à faixa etária de 10 a 14 anos, demonstrando a importância da prática de atividade física como fator preventivo de obesidade. (HONORATO et al, 2010). Diferentemente deste estudo que não foi significativo a presença de jovens com sobrepeso e sim apresentaram IMC dentro das faixas da normalidade para ambos os sexos.

Em relação ao Índice de Massa Corporal, podemos observar que ambos os sexos, apresentam IMC dentro da faixa da normalidade. Em um estudo realizado em Fortaleza – CE, a desnutrição se mostrou mais presente do que o sobrepeso quando observadas a prevalência de sobrepeso e obesidade entre as crianças e afirmam que diante deste problema é muito importante haver estudos do diagnóstico do estado nutricional de crianças e adolescentes de diferentes regiões do Brasil. (BARBOSA FILHO et al, 2010).

CONCLUSÃO

Assim, podemos concluir que a política do Programa Saúde na Escola vem sendo bem orientada pelos seus gestores, fato este demonstrado na articulação da equipe, o que possivelmente venha a colaborar com os indicadores de saúde apresentados pelos escolares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BORGES, A. F.; BORIN, J. P.; MARCO, A. Avaliação de indicadores antropométricos e neuromusculares de jovens escolares do ensino fundamental do interior paulista. **Motriz**. Rio Claro, v. 16 n. 2 p. 326-337, abr./jun. 2010.
- BARBOSA FILHO, V. C. et al. A utilização do critério da Organização Mundial de Saúde para classificação do estado nutricional em crianças. **Motriz**. Rio Claro, v. 16 n. 4 p. 811-819, out./dez. 2010
- CASTRO, G. C.; GONÇALVES, A. Intervenção e formação em Educação Física com destaque à Saúde. **Motriz**. Rio Claro, v. 15, n. 2, p. 374-382, abr./jun. 2009.

FIGUEIREDO, T. A. M.; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. A Saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciência & Saúde Coletiva**. 15(2):397-402, 2010.

GONÇALVES, F. D. et al. A promoção da saúde na educação infantil. **Comunicação Saúde Educação**. v. 12, n. 24, p. 181-92, jan./mar. 2008.

HONORATO, A. S. et al. Perfis antropométrico, lipídico e glicêmico em adolescentes de uma instituição filantrópica no noroeste do Paraná. **Bras. Patol. Med. Lab.** v. 46, n. 1, p. 7-15, fev. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=29109&Janela, acesso em: 16 de junho de 2010.

PEGOLO, G. E.; SILVA, M. V. Estado Nutricional de Escolares da Rede Pública de Ensino de Piedade de Campinas- SP. **Segurança alimentar e Nutricional**. Campinas, v. 15 n. 91, p. 76-85. 2008.

RUIZ, E. N. F. et al. Estado Nutricional de escolares da rede pública de ensino de Santa Maria- RS. **Rev. Bras. Nutr. Clin.** v. 24, n. 2, p. 105-108, 2009.

ROMERO, A. et al. Determinantes do índice de massa corporal em adolescentes de escolas públicas de Piracicaba, São Paulo. **Ciência & saúde coletiva**. v. 15, n. 1, p. 141-149, 2010.

SILVA, K. L. et al. Formação do Enfermeiro: Desafios Para a Promoção da Saúde. **Esc. Anna. Nery. Rev. Enferm.** v. 14, n. 2, p. 368-376, 2010.

SILVA, K. S. et al. Associações entre atividade física, índice de massa corporal e comportamentos sedentários em adolescentes. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 11, n. 1, p. 159-68, 2008.

TASSITANO, M. R. et al. Prevalência e fatores associados ao sobrepeso e à obesidade em adolescentes, estudantes de escolas de ensino médio de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 25, n. 12, p. 2639-2652, dez, 2009.



PARTE 2

Estilo de Vida na Universidade



QUALIDADE DE VIDA DOS SERVIDORES TÉCNICOS-ADMINISTRATIVOS DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Fábio Bentes Tavares de Melo¹

Diogo Eduardo Bezerra de Moraes²

Luana Fabrícia Gomes³

Lissa Melo Fernandes⁴

Adalberto Veronese da Costa⁵

RESUMO

A avaliação da QVT justifica-se, para o indivíduo e para a organização de trabalho, pela importância de uma gestão da saúde que valorize fatores essenciais no ambiente laboral. Este estudo objetiva investigar o nível de satisfação e qualidade de vida no trabalho de funcionários do setor administrativo da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN. O Estudo caracteriza-se como descritivo comparativo de cunho transversal, realizado no Campus Central da UERN, entre agosto e setembro de 2010. A população estudada foi composta por 83 servidores técnico-administrativos. Foi utilizado como instrumento para este estudo o Medical Outcomes Study 36-Item Short Form (SF-36), traduzido e validado para o Brasil, composto por 36 questões, com o cunho de avaliar, de forma geral, a qualidade de vida diretamente relacionada à saúde, medindo, subjetivamente, a percepção do estado de saúde. Os resultados apontam que a qualidade de vida dos servidores administrativos da UERN não apresentou diferenças significativas na maioria dos resultados, porém alguns aspectos referentes à dor ($p=0,019$) e à vitalidade ($p=0,045$) apresentaram estas diferenças. Conclui-se que o nível de satisfação e da qualidade de vida dos funcionários dos setores administrativos da UERN é considerado satisfatório não apresentando diferenças significativas, considerando os aspectos relacionados a dores ocupacionais e disposição para suas atividades laborais necessitam de medidas de intervenção em alguns dos setores avaliados.

Palavras-Chave: Saúde, Qualidade de Vida, Trabalho.

¹Especialista em Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida - UERN, Mossoró/RN.

²Especialista em Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida - UERN, Mossoró/RN.

³Graduada em Enfermagem - UERN, Caicó/RN.

⁴Graduada em Nutrição - UnP, Natal/RN.

⁵Professor Mestre da Faculdade de Educação Física - UERN, Mossoró/RN.

INTRODUÇÃO

O trabalho edifica o homem. Dessa forma, é totalmente inconcebível tornar o ambiente de labuta um local susceptível a sensações perturbadoras ou até mesmos a doenças.

Atualmente as organizações, sejam elas privadas ou públicas, vêm se preocupando cada vez mais com a qualidade de vida de seus funcionários, isto porque sua eficácia depende da participação e comprometimento de todos os indivíduos envolvidos com a organização, de forma a alcançar suas metas. (FREITAS; SOUZA, 2009). Assim, justifica-se a busca pela Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), que tem sido uma alternativa que envolve desde a preocupação com a satisfação das necessidades das pessoas até a humanização das relações de trabalho.

A Qualidade de Vida é conceituada como “a percepção do 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.” (SEIDL, ZANNON, 2004), enquanto a QVT pode ser vista como “uma abordagem sócio-técnica em relação à organização do trabalho, tendo como base a satisfação do trabalhador no trabalho e em relação a ele” (RODRIGUES, 1998). Segundo Fernandes (1996), ela pode ainda ser considerada como uma gestão dinâmica e contingencial de fatores físicos, sociológicos, psicológicos e tecnológicos da organização do próprio trabalho, que afetam a cultura e interferem no clima organizacional refletindo na produtividade e na satisfação dos clientes internos.

De forma geral, observa-se que os conceitos de QVT têm como enfoques: grau de satisfação da pessoa com a empresa, condições ambientais gerais e promoção da saúde (LIMONGI-FRANÇA, 1996; MARQUES, PAIVA, 1999; OLIVEIRA, MORAES, 2001; TOLFO, PICCINI, 2001). Dessa forma, observamos que a Qualidade de Vida no Trabalho encontra-se diretamente relacionada à satisfação e ao bem-estar do indivíduo na execução de suas tarefas, sendo indispensável à

produtividade e à competitividade, sem as quais uma organização não sobrevive ao mercado.

A avaliação da QVT justifica-se, para o indivíduo e para a organização de trabalho, pela importância de uma gestão da saúde que valorize fatores essenciais no ambiente laboral. Pautado na necessidade de avaliar a QV de funcionários administrativos da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) quanto aos aspectos referentes à capacidade funcional, limite por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais e saúde mental é que se pretende realizar este estudo, visando a partir deste diagnóstico contribuir com novas alternativas para a saúde e segurança do trabalhador.

Portanto, este estudo objetiva investigar o nível de satisfação e qualidade de vida no trabalho de funcionários do setor administrativo da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN.

MÉTODOS

Este estudo caracteriza-se como descritivo comparativo de cunho transversal, realizado na Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN, Campus Central, entre agosto e setembro de 2010.

A população estudada foi composta por 83 servidores técnico-administrativos lotados na Reitoria e nas Pró-Reitorias de Ensino (PROEG); Recursos Humanos (PRORHAE); Administração (PROAD); Extensão (PROEX) e Planejamento (PROPLAN), escolhidos aleatoriamente durante a visita dos pesquisadores nos setores e pela espontaneidade dos sujeitos em participar da pesquisa.

Visando manter os padrões éticos da pesquisa, a Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PROPEG) não participou em virtude dos pesquisadores fazerem parte da mesma Pró-Reitoria.

Foi utilizado como instrumento para este estudo o *Medical Outcomes Study 36 - Item Short Form* (SF-36), desenvolvido por Ware e

Gandek, traduzido e validado para o Brasil (CICONELLI et al, 2007). O SF-36 é um questionário composto por 36 questões, com o cunho de avaliar, de forma geral, a Qualidade de Vida diretamente relacionada à saúde, medindo, subjetivamente, a percepção do estado de saúde, podendo ser aplicado para estudar inúmeras condições de saúde, ou até mesmo doenças, pois avalia aspectos tanto positivos quanto negativos do indivíduo. (BRILMANN, OLIVEIRA, THIERS, 2007; LIMA, 2009).

Seus 36 itens foram agrupados em oito domínios: *Capacidade funcional*, avaliando o efeito da doença na realização laboral e nas atividades cotidianas; *Aspectos físicos*, que avalia as barreiras encontradas com relação ao tempo e à quantidade de atividades executadas no dia a dia; *Dor*, que analisa a intensidade de dor percebida e as limitações por ela impostas nas atividades diárias; *Estado geral de saúde*, mensurando a subjetividade do indivíduo em relação à sua saúde em geral; *Vitalidade*, avaliando os fatores inerentes a sua diminuição e os níveis de energia, afetando a vida diária; *Aspectos sociais*, que pondera a integração do sujeito nas relações sociais; *Aspectos emocionais*, que relaciona as dificuldades cotidianas decorrentes de problemas emocionais; e *Saúde mental*, identificando fatores, como tristeza, nervosismo e cansaço, que possam interferir na vida do indivíduo. (LE MOS et al, 2006; HUANG, WU, FRANGAKIS, 2006; KIMURA, CARANDINA, 2009; HU, GRUBER, HSUEH, 2010).

Na fase de tabulação dos dados, transformamos os valores das questões em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. Sendo chamado de *rawscale*, porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida. Para isso foi aplicada a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

$$\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \frac{\text{Limite Inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}.$$

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados a seguir:

Quadro 1 – Cálculo para os domínios do SF-36

Domínio	Pontuação das Questões Correspondidas	Limite Inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Após serem realizados os cálculos para os outros domínios, temos como resultado oito notas no final que serão mantidas separadamente, não podendo somá-las para fazer uma média.

A questão número dois não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado há um ano antes. Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta estiver sido respondida em 50% dos seus itens.

As formas de aplicação foram tanto individuais como coletivas, variando de acordo com o setor e o espaço físico, sem limite de tempo para o seu preenchimento. O protocolo foi conduzido por três pesquisadores do grupo de pesquisa do referido estudo.

Vale salientar que a todos os participantes da pesquisa foram assegurados o direito à privacidade e à confidencialidade das informações por eles fornecidas. Este estudo seguiu as determinações que regem as leis que envolvem seres humanos conforme o Conselho Nacional de Saúde (CNS 196/96).

A estatística utilizada foi a descritiva comparativa através das medidas de tendência central mínimo, máximo, média e de dispersão e desvio padrão, bem como a frequência relativa para a descrição dos resultados. Para a normalidade dos dados foi utilizado o teste de normalidade de Shapiro-Wilk, para a comparação dos dados foi utilizado o teste de Mann-Whitney e teste de t independente para o sexo e a grau de estudo e o de Kruskal-Wallis para a lotação e tempo de serviço dos funcionários, considerando um nível de significâncias de $p \leq 0,05$. O pacote estatístico utilizado foi o SPSS 16.

RESULTADOS

Os resultados apontam valores referentes aos indicadores sócio-demográficos e de qualidade de vida quanto ao sexo, graduação, lotação do servidor e seu tempo de serviço.

Tabela 1 – Indicadores sócio-demográficos dos servidores administrativos da UERN

Classificação (n=83)	f	%
IDADE		
Até 25 anos	7	8,4
26 a 35 anos	22	26,5
36 a 45 anos	30	36,1
46 a 55 anos	19	22,9
56 em diante	5	6,0
SEXO		
Masculino	25	30,1
Feminino	58	69,9
TITULAÇÃO		
Não Graduado	50	60,2
Graduado	33	39,8
LOTAÇÃO		
Reitoria	20	24,1
PROEG	23	27,7

PROEX	9	10,8
PRORHAE	12	14,5
PROAD	8	9,6
PROPLAN	11	13,3
TEMPO DE SERVIÇO		
Até 3 anos	13	15,7
4 a 8 anos	43	51,8
9 a 13 anos	15	18,1
14 anos em diante	12	14,5

Ao compararmos homens e mulheres, não foram encontradas diferenças significativas, ambos se apresentaram praticamente iguais. Apesar de não haver praticamente diferenças, as mulheres se mostraram melhores no que se refere à Capacidade Funcional e a Dor.

Tabela 2 – Comparação dos indicadores da qualidade de vida dos servidores administrativos da UERN conforme o sexo, expressos nos valores da mediana (mínimo-máximo) através do teste Mann-Whitney e média $\pm$ desvio padrão pelo Teste de t Independente.

Classificação (n=83)	Feminino	Masculino	Sig.*
Capacidade Funcional	90 (40-100)	80 (35-100)	U=609,5; p=0,297
Limite por Aspectos Físicos	100 (75-100)	100 (25-100)	U=641,5; p=0,602
Dor	84 (51-100)	72 (30-100)	U= 572,5; p=0,186
Estado Geral de Saúde	69,9 $\pm$ 19,05	70,6 $\pm$ 16,85	t= -0,160; p=0,873
Vitalidade	67,5 (15-100)	70 (20-95)	U=687; p=0,786
Aspectos Sociais	87,5 (50-112,5)	87,5 (25-100)	U=717; p=0,935
Limitação por Aspectos Emocionais	100 (33,3-100)	100 (33-100)	U=543,5; p=0,750
Saúde Mental	80 (24-100)	80 (40-100)	U=653,5; p=0,551

*Diferenças significativas para $p \leq 0,05$

Houve valores idênticos nas médias entre homens e mulheres no que se referem a: Limite por Aspectos Físicos (100); Aspectos Sociais (87,5); e Limitação por Aspectos Emocionais (100). Os homens levaram leve vantagem nos quesitos: Estado Geral de Saúde (70,6 a 69,9); Vitalidade (70 a 67,5). As mulheres se mostraram superior na: Capacidade Funcional (90 a 80) e Dor (84 a 72).

Ao separarmos os sujeitos da pesquisa em Graduados e Não Graduados, o que nos surpreendeu, foi o fato que, ao contrário de outros estudos, os não graduados apresentaram melhor qualidade de vida, apresentando inclusive, diferença significativa, $p=0,019$, em relação aos graduados.

Tabela 3 – Comparação dos indicadores da qualidade de vida dos servidores administrativos da UERN conforme a graduação expressa nos valores da mediana (mínimo-máximo) através do teste Mann-Whitney e média $\pm$ desvio padrão pelo Teste de t Independente.

Classificação (n=83)	Não Graduado	Graduado	Sig.
Capacidade Funcional	85 (45-100)	82,5 (35-100)	U=701,5; $p=0,309$
Limite por Aspectos Físicos	100 (50-100)	100 (25-100)	U=732; $p=0,551$
Dor	79 (30-100)	62 (41-100)	U=545; $p=0,019^*$
Estado Geral de Saúde	71,4 $\pm$ 18,91	69,0 $\pm$ 15,07	$t=0,587$; $p=0,559$
Vitalidade	70 (15-100)	70 (30-90)	U=794; $p=0,890$
Aspectos Sociais	87,5 (25-112,5)	87,5 (50-100)	U=0,691; $p=0,199$
Limitação por Aspectos Emocionais	100 (33,3-100)	100 (33,3-100)	U=553,5; $p=0,130$
Saúde Mental	84 (24-100)	76 (48-92)	U=652,5; $p=0,139$

*Diferenças significativas para $p<0,05$

Ao analisarmos os resultados obtidos oriundos da separação dos sujeitos pelos seus setores/lotação, mesmo encontrando diferença

significativa apenas no Domínio Vitalidade, $p=0,045$, a PROEX ficou muito abaixo da média dos demais setores no que se refere à Limitação por Aspectos Emocionais.

Tabela 4 – Comparação dos Indicadores da qualidade de vida dos servidores administrativos da UERN conforme sua lotação de trabalho na universidade expressos nos valores mediana (mínimo-máximo) através do teste Kruskal-Wallis.

Classificação (n=83)	Reitoria	PROEG	PROEX	PRORHAE	PROAD	PROPLAN	Sig.
Capacidade Funcional	90 (45-100)	70 (35-100)	80 (55-100)	90 (4-100)	90 (55-100)	75 (45-95)	H=9,853 p=0,079
Limite por Aspectos Físicos	100 (50-100)	100 (25-100)	100 (50-100)	100 (75-100)	100 (75-100)	75 (50-100)	H=5,855 p=0,321
Dor	79 (41-100)	68 (41-100)	84 (51-100)	100 (51-100)	84 (62-100)	72 (30-100)	H=5,570 p=0,350
Estado Geral de Saúde	72 (32-92)	74,5 (32-92)	77 (57-97)	82 (62-100)	67 (42-87)	62 (27-82)	H=8,510 p=0,130
Vitalidade	70 (40-95)	72,5 (30-90)	65 (20-80)	80 (55-100)	50 (40-95)	60 (15-80)	H=10,711 p=0,045*
Aspectos Sociais	75 (50-100)	93,75 (50-100)	75 (50-100)	100 (50-100)	87,5 (62,5-100)	75 (25-112,5)	H=3,121 p=0,681
Limitação por Aspectos Emocionais	100 (33,3-100)	100 (33,3-100)	66,67 (33,3-100)	100 (66,7-100)	100 (33,3-100)	100 (33,3-100)	H=4,213 p=0,519
Saúde Mental	80 (56-96)	86 (48-92)	60 (48-96)	88 (56-100)	80 (40-96)	84 (24-96)	H=8,510 p=0,130

Se compararmos os indicadores levando-se em consideração a lotação, só houve diferença significativa no Domínio Vitalidade, onde a PROAD (50) ficou com valor mediano bem inferior a PRORHAE (80), que obteve a melhor média. Também obtiveram valores baixos a PROEX (65) e PROPLAN (62). Se analisarmos friamente todos os Domínios, a PRORHAE se apresenta como o setor que apresentou os maiores valores medianos, se tornando assim, o local com a melhor QVT. Por outro lado, o setor que apresentou os indicadores mais baixos foi a PROPLAN.

Quanto à tabela 5 destaca-se o resultado da comparação da qualidade de vida com o tempo de serviço.

Tabela 5 – Comparação dos Indicadores da qualidade de vida dos servidores administrativos da UERN conforme seu tempo de serviço na universidade expressos nos valores mediana (mínimo-máximo) através do teste Krukal-Wallis.

Classificação (n=83)	Até 3 anos	4 a 8 anos	9 a13 anos	14 anos em diante	Sig.*
Capacidade Funcional	82,5 (45-100)	85 (35-100)	80 (55-95)	72,5 (45-100)	H=1,595 p=0,661
Limite por Aspectos Físicos	100 (75-100)	100 (25-100)	100 (50-100)	100 (50-100)	H=0,304 p=0,959
Dor	92 (51-100)	72 (41-100)	62 (41-100)	84 (30-100)	H=5,218 p=0,156
Estado Geral de Saúde	67 (42-100)	77 (32-100)	67 (27-92)	69,5 (62-100)	H=4,194 p=0,241
Vitalidade	67,5 (35-100)	70 (15-95)	70 (30-95)	80 (50-100)	H=0,561 p=0,905
Aspectos Sociais	87,5 (37,5-100)	87,5 (50-100)	75 (50-112,5)	93,8 (25-100)	H=2,184 p=0,535
Limitação por Aspectos Emocionais	83,3 (33,3-100)	100 (33,3-100)	100 (33,3-100)	100 (33,3-100)	H=0,654 p=0,884
Saúde Mental	80 (52-100)	80 (24-100)	84 (48-96)	80 (68-96)	H=0,347 p=0,951

*Diferenças significativas para $p < 0,05$

Ao analisarmos os servidores por Tempo de Serviço, não foi encontrada diferença significativa entre os domínios. Mas é importante destacar que ao passar dos anos, a Capacidade Funcional vai apresentando valores decrescentes. Por outro lado, nos Domínios Vitalidade e Aspectos Sociais, as médias apresentadas são melhores no grupo de 14 anos em diante, 80 e 93,8 respectivamente.

DISCUSSÃO

Os resultados apontam que a qualidade de vida dos servidores técnicos administrativos da UERN não apresenta diferenças significativas na maioria dos resultados, porém, alguns aspectos referentes à dor e à vitalidade apresentaram estas diferenças.

Vale observar que em todos os parâmetros de classificação apresentados nas tabelas de indicadores, os domínios Dor, Estado Geral de Saúde e Vitalidade sempre acomodaram as médias mais baixas. O mesmo pode ser observado nos estudos de Silva, et al (2010), que utilizou o SF-36 na sua pesquisa sobre a qualidade de vida associada à saúde e às condições de trabalho entre profissionais de enfermagem, e nos de Mahdi et al (2008), que aplicou o questionário na sua pesquisa com doentes cardíacos. Provavelmente, este fato tenha ocorrido em decorrência destes três domínios estarem diretamente ligado a doenças por esforço repetitivo, devido a uma rotina de trabalho muitas vezes estressante e sem políticas de prevenção e de qualidade de vida por parte das instituições (QUEIROZ, SÁ, ASSIS, 2004; GRAZIANO, BIANCHI, 2010).

No que se refere ao sexo, a quantidade de mulheres participantes deste estudo comprova o aumento do sexo feminino atuando no serviço público e em especial na UERN. Por outro lado, no setor privado, ainda predomina a presença masculina, informações estas corroboradas em estudos apresentados por Melo et al (2009) e Machado et al (2003). A predominância feminina se deve aos concursos públicos que não apresentam especificações de cargo administrativo específico para cada

sexo, e desta forma na UERN estas mulheres estão ocupando cargos nas maiores instâncias da universidade, as Pró-Reitorias.

Seguindo o mesmo raciocínio, ao analisarmos a Tabela 4, foram encontradas diferenças significativas, no Domínio Vitalidade ($p=0,045$), a PROAD com média 50 foi o valor mais baixo encontrado em todas as classificações, seguida da PROPLAN (60). Para demonstrar a disparidade nesse mesmo domínio, a PRORHAE (80) apresentou a melhor média. No que se refere à Classificação por Lotação, nos Domínios Estado Geral de Saúde e Vitalidade a PROAD e a PROPLAN, são detentoras das piores médias, e a PRORHAE das melhores, não só nesses dois domínios, mas em todos os domínios, sempre alcançou os melhores resultados. Coincidentemente, a PROAD e a PROPLAN cuidam da parte financeira, orçamentário e administração geral da Instituição. E a PRORHAE é o setor responsável por implementar e apoiar políticas de melhoria e intervenção na Qualidade de Vida no Trabalho da Instituição.

Outra diferença significativa encontrada foi quando separamos os sujeitos da pesquisa por Graduados e Não Graduados, onde no Domínio Dor ($p=0,019$), os Graduados possui a média menor (62) que a dos Não Graduados (79). O mesmo não ocorreu na pesquisa de Lima (2009), onde ficou claro que quanto mais anos de estudo, melhor é o nível de qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o nível de satisfação e da qualidade de vida dos funcionários dos setores administrativos da UERN é considerado satisfatório e não apresentaram diferenças significativas, considerando que os aspectos relacionados a dores ocupacionais e disposição para suas atividades laborais necessitam de medidas de intervenção em alguns dos setores avaliados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRILMANN, M.; OLIVEIRA, M. S.; THIERS, V. O. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde na obesidade. **Cad. Saúde Colet.** v. 15, n. 1, p. 39-54, 2007.
- CICONELLI, R. et al. Tradução para português brasileiro e validação de um questionário de avaliação de produtividade. **Rev. Panam. Salud Publica.** v. 22, n. 1, p. 21-28, 2007.
- FERNANDES, E. **Qualidade de vida no trabalho: como medir para melhorar.** 2. ed. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 1996.
- FREITAS, A. L. P.; SOUZA, R. G. B. Um modelo para avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho em universidades públicas. **Sistemas & Gestão.** v. 4, n. 2, p. 136-154, 2009.
- GRAZIANO, E. S.; BIANCHI, E. R. F. Impacto do stress ocupacional e burnout para enfermeiros. **Enfermería Global.** n. 18, p. 1-20, 2010.
- HU, J.; GRUBER, K. J.; HSUEH, K. H. Psychometric properties of the Chinese version of the SF-36 in older adults with diabetes in Beijing, China. **Diabetes Research and Clinical Practice.** v. 88, p. 273-281, 2010.
- HUANG, I. C.; WU, A. W.; FRANGAKIS, C. D. The SF-36 and WHOQOL-BREF measure the same constructs? Evidence from the Taiwan population. **Qual. Life Res.** v. 15, p. 15-24, 2006.
- KIMURA, M.; CARANDINA, D. M. Desenvolvimento e validação de uma versão reduzida do instrumento para avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho de enfermeiros em hospitais. **Rev. Esc. Enferm.** v. 43, n. spe, p. 1044-1054, 2009.
- LEMOS, M. C. D. et al. Qualidade de vida em pacientes com osteoporose: correlação entre OPAQ e SF-36. **Rev. Bras. Reumatol.** v. 46, n. 5, p. 323-328, 2006.
- LIMA, M. G. et al. Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. **Cad. Saúde Pública.** v. 25, n. 10, p. 2159-2167, 2009.
- LIMONGI-FRANÇA, A. C. **Indicadores Empresariais de Qualidade de Vida no Trabalho:** esforço empresarial e satisfação dos empregados no ambiente de manufaturas com certificação ISO 9000. Tese (Doutorado em Administração) – Departamento de Administração da Faculdade de Economia, Administração e Ciências Contábeis, USP, São Paulo, 1996.
- MACHADO, H. V. et al. O Processo de Criação de empresas por Mulheres. **RAE-eletrônica.** v. 2 n. 2, p. 1-22, 2003.
- MAHDI, N. et al. Quality of Life in Coronary Artery Disease: SF-36 Compared to WHOQOL-BREF. **J. Teh. Univ. Heart.** v. 3, n. 2, p. 101-106, 2008.
- MARQUES, A.; PAIVA, K. M. Público x Privado: qualidade de vida, estresse e situação de trabalho de professores de Instituições de Ensino Superior. In: XXIII ENANPAD. **Anais em CD**, 1999.
- MELO, K. S. et al. Desenvolvimento da Carreira: o papel da mulher nas organizações. **Revista Cadernos de Administração.** v. 1, n. 3, 2009.

- OLIVEIRA, R. C. M.; MORAES, L. F. R. Qualidade de Vida no Trabalho: uma análise no contexto de trabalho dos detetives da Polícia Civil Metropolitana de Belo Horizonte. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 25., 2001, Campinas. **Anais...** Campinas: ANPAD, 2001.
- QUEIROZ, C. M. B.; SÁ, E. N. C.; ASSIS, M. M. A. Qualidade de vida e políticas públicas no município de Feira de Santana. **Ciências & Saúde**. v. 9, n. 2, p. 411-421, 2004.
- SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. L. M. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**. v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.
- RODRIGUES, M. V. C. **Qualidade de Vida no Trabalho: Evolução e Análise no Nível Gerencial**. 4. ed. Vozes, Petrópolis, RJ, 1998.
- SILVA, A. A. et al. Health-related quality of life and working conditions among nursing providers. **Rev. Saúde Pública**. v. 44, n. 4, p. 718-725, 2010.
- TOLFO, S. R.; PICCININI, V. C. As melhores empresas para trabalhar no Brasil e a qualidade de vida no trabalho: disjunções entre a teoria e a prática. **Revista de Administração Contemporânea**. v. 5, n. 1, p. 165-193, 2001.

ESTILO DE VIDA DE UNIVERSITÁRIOS DOS CURSOS DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Maria Eliana de Moraes Souza¹

Lauraline Kalhyane Silva Gaudêncio Medeiros²

Adalberto Veronese da Costa³

RESUMO

O objetivo deste estudo descritivo comparativo foi analisar o estilo de vida de estudantes de universidades públicas e particulares de ensino das faculdades na área de Ciências da Saúde. Participaram da pesquisa 439 acadêmicos, sendo 217 da universidade particular e 222 da universidade pública. O instrumento utilizado foi o questionário do Perfil do Estilo Individual – PEVI, proposto por Nahas, que identifica o estilo de vida das pessoas, seguindo parâmetros nutricionais, atividade física habitual, comportamentos preventivos, relacionamentos e nível de estresse. Foi também incluído na pesquisa perguntas sobre o nível sócio econômico, sexo, data de nascimento, curso e o seu respectivo período ou turma. Para análise estatística foi utilizado os teste de Kolmogorov Smirnov para avaliar a normalidade dos dados, quanto à comparação dos resultados foram utilizados os testes não paramétrico de Man-Witney para comparar as universidades e de Kruskal-Wallis para comparar as faculdades por períodos de ensino (início, meio e final) exceto para o resultado total sendo utilizado a ANOVA – *one way* seguida do Post-Hoc de Scheffé, todos considerando um nível de significância de $p < 0,05$. Os resultados demonstraram que o PEVI dos grupos estudado encontra-se bom, com diferenças significativas para o comportamento preventivo ($p=0,008$) e controle de estresse ($p=0,009$). Conclui-se que apesar das etapas dos cursos revelarem características próprias nos componentes dos estilos de vida, foram evidenciadas, que a adoção de um estilo de vida saudável não depende dos períodos avançados a cada semestre da graduação.

Palavras chaves: saúde, universidade, qualidade de vida.

¹Especialista em Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida - UERN, Mossoró/RN.

²Especialista em Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida - UERN, Mossoró/RN.

³Professor Mestre da Faculdade de Educação Física - UERN, Mossoró/RN.

INTRODUÇÃO

A saúde de um indivíduo, principalmente quando se refere à população adulta jovem pode ser alterada e influenciada pelo estilo de vida que ela possui. “A saúde é o maior e melhor recurso para o desenvolvimento, social, econômico e pessoal, assim como uma das mais importantes dimensões da Qualidade de Vida” (BUSS, 2008).

Na juventude, muitos hábitos cultivados pelos jovens podem afetar de maneira significativa sua saúde futura, novos relacionamentos, vida sexual ativa, ingestão de bebida alcoólica, uso do tabaco, drogas, alimentação não balanceada, inatividade física, fator sócio econômico, enfim esse é o período que eles abusam da sua condição de jovens saudáveis extrapolando todos os limites do bom senso. Pode se apontar como possíveis causas para esses comportamentos à saída de casa, a vivência de comportamentos adultos, problemas familiares e a aceitação para pertencerem a um determinado grupo o que acontece muito entre jovens que para serem aceitos por seus pares o uso de álcool é incentivado. (MATOS, 2006; CAVALCANTE, 2007; OLIVEIRA, SOILBEMANN, RIGONI, 2007).

No âmbito universitário, a busca de um melhor desenvolvimento das atividades propostas pelas faculdades por parte dos alunos provoca uma série de fatores que contribuem para o crescimento acadêmico, bem como, neste processo, ocorrer momentos que podem ou não prejudicar no seu estilo de vida. Timossi et al (2008) confirmam que “o estilo de vida sofre influências dos hábitos diários das pessoas. Esses hábitos geram fatores positivos e negativos, que por sua vez influênciam na qualidade e longevidade da vida das pessoas”. Neste contexto, quando se trata de estudantes universitários que atuam em faculdades na área de ciências da saúde, subentende-se que são conhecedores dos benefícios de um estilo de vida saudável. Porém, identificar se na sua vida cotidiana de fato isto ocorre, caberá avaliar vários fatores que proporcionem melhorias na qualidade de vida como aspectos físicos, nutricionais, controle de stress,

comportamento preventivo e relacionamento. (NAHAS, FRANCALACCI, 2000).

Conhecer o estilo de vida dos estudantes universitários ainda é passivo de novas pesquisas, principalmente no que se refere à regionalização de estudos sobre esta temática. Desta forma, a região oeste do Estado do Rio Grande do Norte - Brasil, que possui quatro universidades, necessita de estudos sobre o estilo de vida de universitários, em especial das faculdades na área de Ciências da Saúde, onde requer atenção aos cuidados que esses futuros profissionais deverão apresentar nas suas ações cotidianas.

Sabendo-se que esses fatores podem agir no desenvolvimento da qualidade de vida das pessoas esta pesquisa objetiva analisar o estilo de vida de estudantes de universidades pública e particulares das faculdades na área das Ciências da Saúde, a fim de possibilitar com este estudo alternativo direcionado aos Programas de Qualidade de Vida no âmbito universitário.

MÉTODOS

A pesquisa de corte transversal caracteriza-se como uma pesquisa de campo, descritiva comparativa. Para Rudio (2003), “a pesquisa é descritiva quando busca conhecer o fenômeno analisá-lo, interpretá-lo e descrevê-lo sem interferir na sua realidade”.

Instrumentos de medida

Para a determinação do perfil do estilo de vida dos universitários da Universidade do Rio Grande do Norte; Universidade Potiguar; foi utilizado o PEVI validado por Nahas, Francalacci (2000), o instrumento aborda na forma de questionário cinco aspectos. Ao todo são quinze itens que representam características do estilo de vida relacionado ao bem estar individual, nas quais são apontadas através de componentes como:

nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamento e controle do stress. Com uma escala de pontos de zero (0) a três (3) que devem ser respondido. Quanto mais preenchido estiver o pentágulo mais adequado está o estilo de vida da pessoa. Considerando os cinco fatores individuais relacionados à qualidade de vida. Acreditando que outros fatores também podem influenciar no estilo de vida das pessoas, foi acrescentado ao questionário perguntas sobre sexo, nível sócio econômico, estado civil e data de nascimento.

Campo de Pesquisa, População, Amostra e Coleta de Dados

O campo de pesquisa foi a Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) e a Universidade Potiguar (UNP), universidade pública e particular respectivamente, ambas situadas em Mossoró-RN, selecionadas pela tradição dos cursos de graduação na área de Ciências da Saúde. A população e amostra obedeceram a critérios previamente estabelecidos pelos autores, sendo estes alunos que estivessem no início, meio e final de curso. Esta pesquisa segue as diretrizes de lei 196/96 do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (protocolo nº 030/2010). A amostra foi composta de 439 universitários de ambos os sexos, sendo 217 da universidade pública e 222 da universidade particular. Participaram da pesquisa, as Faculdades de Ciências Biológicas (n=52), Educação Física (n=62), Fisioterapia (n=101) e Enfermagem (n=166).

A coleta de dados foi realizada em sala de aula em horário liberado pelo professor ou no momento do intervalo das aulas. Antes da aplicação do questionário e do termo de consentimento livre e esclarecido os estudantes foram informados e orientados sobre a pesquisa, objetivo e sua relevância para a vida do estudante. Durante a aplicação do questionário foram esclarecidas dúvidas de alguns graduandos, o questionário e o termo foram entregues e recolhidos no mesmo dia.

Para o tratamento estatístico dos dados, foi utilizado os teste de Kolmogorov Smirnov para avaliar a normalidade dos dados, quanto à

comparação dos resultados foram utilizados os testes não paramétrico de Man Whitney para comparar as universidades e de Kruskal Wallis para comparar as faculdades por períodos de ensino (início, meio e final), exceto para o resultado total sendo utilizado a ANOVA- oneway seguida do Post-Hoc de Scheffé, todos considerando um nível de significância de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

De acordo com as respostas apresentadas pelos participantes do estudo, foi feita uma representação visual do estilo de vida atual das duas universidades que atuam em faculdades na área de Ciências da Saúde, sendo os resultados analisados através de tabelas e figuras.

Tabela 1 – Perfil da amostra quanto à idade, sexo, faculdades, fase do curso e nível socioeconômico de alunos das universidades participantes (n=439).

Indicadores	Pública (n=222)		Particular (n=217)	
	F	%	F	%
IDADE				
16 a 20 anos	78	17,77%	81	18,45%
21 a 25 anos	118	26,88%	81	18,45%
26 a 30 anos	21	4,78%	24	5,47%
31 a 35 anos	4	0,91%	12	2,73%
36 a 40 anos	0	0,00%	14	3,19%
41 anos em diante	1	0,23%	5	1,14%
SEXO				
Feminino	140	31,89%	178	40,55%
Masculino	82	18,68%	39	8,88%
CURSOS				
Ciências Biológicas	52	11,85%	-	-
Educação Física	67	15,26%	-	-
Enfermagem	50	11,39%	101	23,01%

Fisioterapia	-	-	116	26,42%
Medicina	53	12,07%	-	-
FASES DO CURSO	F	%	F	%
Início	84	19,13%	113	25,74%
Meio	70	15,95%	57	12,98%
Final	68	15,49%	47	10,71%
NÍVEL SÓCIO-ECONÔMICO*	F	%	F	%
1 a 3 salários mínimos	132	30,07%	97	22,10%
4 a 6 salários mínimos	58	13,21%	65	14,81%
7 a 9 salários mínimos	20	4,56%	34	7,74%
+ de 10 salários mínimos	12	2,73%	21	4,78%

*Nível Sócio Econômico baseado no salário mínimo vigente no ano de 2010 de R\$ 510,00).

F = frequência, % = frequência relativa.

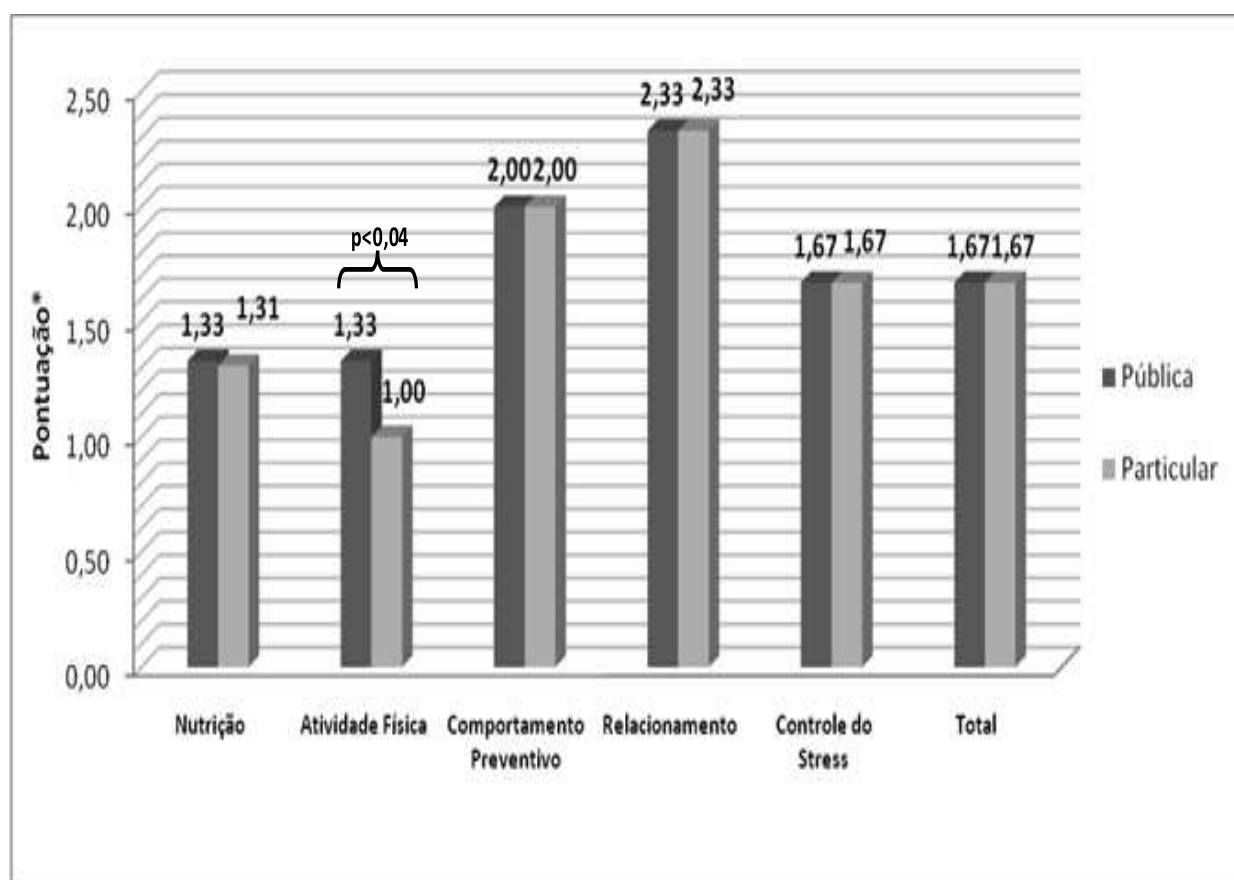
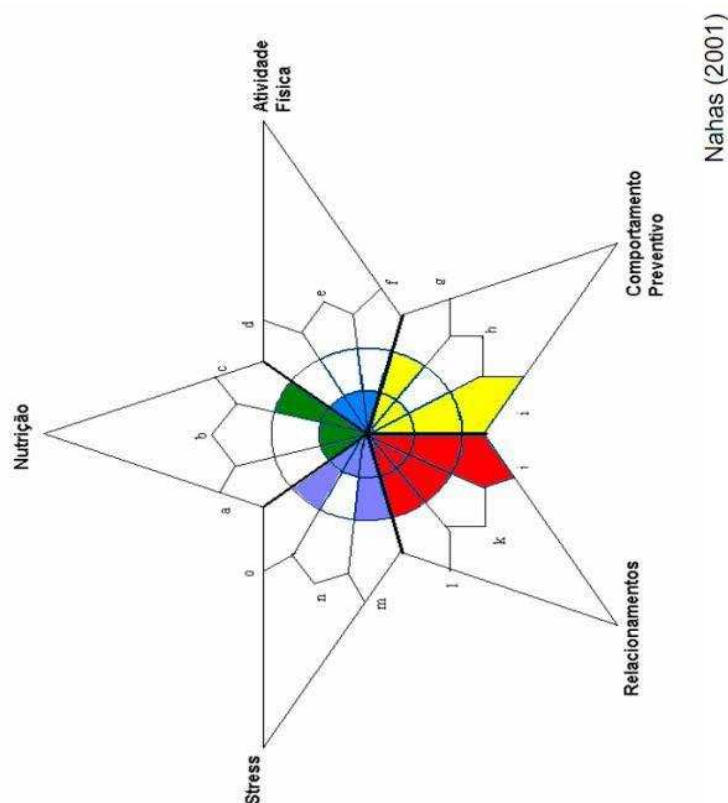


Gráfico 1- Comparação dos indicadores de bem estar de alunos universitários na área de Ciências da Saúde.

Tabela 2: Comparação dos indicadores de bem-estar de alunos universitários das faculdades na área de Ciências da Saúde referente às etapas de ensino de graduação.

Indicadores	Pública				Particular			
	Início n=84	Meio n=70	Final n=68	Sig. p	Início n=113	Meio n=57	Final n=47	Sig. p
Nutrição	1,33 (0,00-2,33)	1,33 (0,00-2,33)	1,33 (0,00-2,33)	0,953	1,33 (0,00-3,00)	1,33 (0,00-3,00)	1,33 (0,00-3,00)	0,139
Atividade Física	1,33 (0,00-3,00)	1,17 (0,00-3,00)	1,00 (0,00-3,00)	0,399	1,00 (0,00-3,00)	0,67 (0,00-3,00)	1,00 (0,00-3,00)	0,895
Comp.				0,009*				0,119
Preventivo	1,84 (0,00-3,00)	2,00 (0,33-3,00)	2,33 (0,33-3,00)		2,00 (0,33-3,00)	2,00 (0,00-3,00)	2,33 (0,67-3,00)	
Relacionamento	2,33 (0,33-3,00)	1,84 (0,33-3,00)	2,33 (0,67-3,00)	0,280	2,33 (0,67-3,00)	2,33 (0,00-3,00)	2,33 (1,00-3,00)	0,283
Contr. do Stress	2,00 (0,33-3,00)	1,67 (0,00-3,00)	1,67 (0,00-3,00)	0,008*	1,67 (0,00-3,00)	1,67 (0,33-3,00)	1,33 (0,00-3,00)	0,072
Total	1,69±0,44	1,59±0,41	1,66±0,46	0,303	1,64±0,40	1,59±0,47	1,65±0,38	0,684

Pentáculo Bem Estar – Universidade Particular



Pentáculo Bem Estar – Universidade Pública

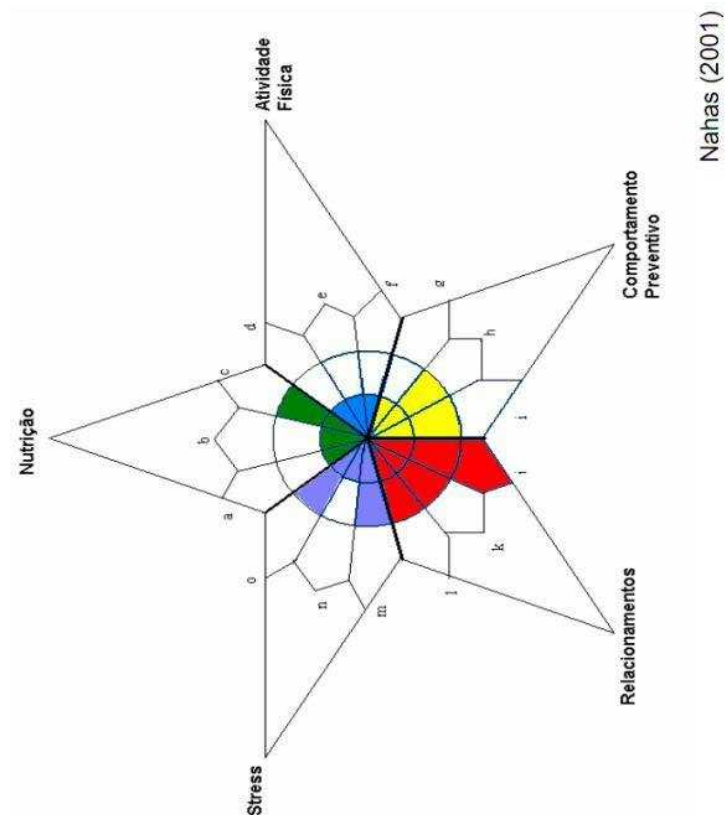


Figura 1 - Representação do Pentáculo do bem estar para universidades públicas e particulares do oeste do Estado do Rio Grande do Norte - Brasil

DISCUSSÃO

Os frequentadores que se encontram entre 21 a 25 anos da universidade pública estão relacionados com a fase em que a maioria dos jovens ingressa nas universidades, considerando que os sujeitos abaixo desta faixa etária também mostraram um quantitativo significativo no acesso universitário na área de Ciências da Saúde, entre 16 a 20 anos.

Estas faixas etárias são mais presentes nas faculdades, devido estar ainda na dependência financeira dos pais, tendo ainda bastante tempo para estudarem e não precisarem dividir o seu tempo entre estudo e trabalho, o que confirma a pesquisa. Cavalcante et al (2007) onde 76,7% da amostra explorada ainda mora com os pais ou responsáveis. Diferente destes os alunos com idade mais avançadas de 31 a 35 anos, 36 a 40 e mais de 40 anos por necessidade ou por falta de oportunidades tiveram que optar primeiramente pela independência financeira para então somente depois ingressarem em uma universidade. Conforme estudo realizado em uma organização federal, constatou-se que 100% das pessoas pesquisadas com idade média de 35 anos, já concluíram ou ainda frequentam o ensino superior (TIMOSSI et al, 2007), fato este contrário à realidade detectada neste estudo em que parte significativa dos sujeitos avaliados possivelmente concluirão os respectivos cursos abaixo dos 35 anos.

No que se refere ao sexo dos sujeitos da pesquisa, observou-se uma porcentagem significativa de mulheres entre as universidades, tanto pública quanto particular, porém vale salientar que a universidade particular apresentou uma diferença de 8,66% a mais que a pública, de forma contrária ocorreu com os alunos de medicina em que o sexo masculino preencheu a maioria das vagas.

O fato da grande maioria dos estudantes outrora analisados serem do sexo feminino pode estar arrolada aos cursos da área da Saúde, conforme aponta estudos 76,37%⁸ e 69,05% (FRANÇA, COLARES, 2008). Considerando as Faculdades de Enfermagem, Ciências Biológicas e Fisioterapia, notou-se maior número de mulheres 82,05%. O que pode explicar o número elevado de mulheres na universidade particular é a

facilidade que elas encontram em trancar a matrícula e depois retornarem a universidade caso precisem se ausentar do seu curso de graduação por um período ou mais tempo, até resolverem seus problemas (GUIMARÃES, 2006).

Na universidade pública, o número de alunos matriculados não mostrou diferenças significativas entre as fases dos cursos, o que não aconteceu com a particular onde os alunos que estão no início do curso obtiveram uma maior porcentagem, tendo vasta evasão de estudantes ao longo dos períodos 12,76% entre o início e meio do curso e 15,03% entre início e final do curso, entretanto, a diferença entre os graduando das instituições de ensino que estão no meio e final do curso foi um pouco mais que 2%.

Em relação ao ocorrido durante os períodos dos cursos, pode-se apontar alguns fatores, um deles seria a renda familiar que não dá para custear a mensalidade do curso e ao mesmo tempo os gastos com material didático e transporte, o desemprego, as migrações para as universidades públicas, seleção natural dos cursos de graduação, ou seja, através de vestibulares e insatisfação com o curso escolhido. Como também o fato logo acima citado referente à matrícula nas universidades particular.

Mesmo tendo uma renda familiar de até R\$1.530,00 mensais, boa porcentagem de pessoas frequenta e está regularmente matriculado na universidade particular. Assim como também, quase 15% das pessoas com renda familiar mensal entre 1 a 3 e 4 a 6 salários mínimos.

O que pode explicar esse valor tão expressivo de sujeitos com renda familiar mensal mais baixa com acesso às universidades particulares é proveniente dos programas do Governo Federal a exemplo do PROUNI (Programa de Universidade para Todos), Projeto Lei 11.096 de 13 de janeiro de 2005 (ANDRES, 2008), como também a parceria da Prefeitura local com as universidades da cidade inclusive a instituição de ensino estudada, onde a instituição de ensino superior destina parte das vagas com 50% de descontos nas mensalidades para alunos que se enquadram nos requisitos exigidos pela mesma e a prefeitura.

Na comparação dos indicadores de bem estar, entre os alunos das duas universidades, o perfil do estilo de vida apresenta os seguintes resultados: perfil com tendência negativa para nutrição e atividade física. Esse alto nível de sedentarismo e a inadequação de hábitos alimentares também foram encontrados em outros estudantes da área da Saúde (Santos e Venâncio, 2006), porém essa afirmação não se aplica aos estudantes de Educação Física que se destacaram por serem mais fisicamente ativos (MARCONDELLI, 2008). Quanto ao comportamento preventivo, relacionamento e controle de estresse apresentaram-se com tendência positiva. Embora o comportamento para atividade física para universidade pública tenha obtido valor de maior significância em relação à universidade particular, acredita-se que esta diferença esteja relacionada aos alunos matriculados no curso de Educação Física, cuja grade curricular contém disciplinas compostas por aulas práticas, como por exemplo, a disciplina de Voleibol e Futsal. Outro fator que pode contribuir para este comportamento é que muitos alunos que não tem veículo para sua locomoção ou até pouca ou nenhuma condição financeira de pagar ônibus ou outro tipo de transporte e por isso, acabam indo para universidade a pé, ou de bicicleta. O que difere dos alunos da universidade particular que por terem um maior poder aquisitivo vão à faculdade em transporte próprio, de carona com amigos ou de ônibus.

Quando se analisou os indicadores de bem estar nas fases dos seus respectivos cursos, início, meio e final, obteve-se diferenças significativas para o comportamento preventivo e controle de estresse para os universitários do ensino público em todas as etapas do curso. Cada etapa também apresentou perfil negativo para o comportamento nutrição e atividade física nas duas amostras das universidades. No comportamento preventivo, relacionamento e controle de estresse, todas as etapas apresentaram perfil positivo. Sendo comportamento negativo apenas no controle de estresse para os últimos períodos dos cursos da universidade particular.

Os resultados que apresentaram tendência e perfil negativo sugerem uma necessidade de mudança no estilo do comportamento, o que

tornam esses dados preocupantes, já que futuramente esses indivíduos serão inseridos no mercado de trabalho, visando à promoção da saúde, qualidade de vida e bem estar e os mesmos estão sendo descuidados com sua própria saúde. Estes resultados corroboram com estudos de Celich, Spadory (2008), que mesmo com a quantidade de informações sobre o estilo de vida e suas consequências para a saúde, percebe-se que muitas pessoas insistem em negligenciar alguns ou muitos aspectos de seu estilo de vida com comportamentos altamente prejudiciais.

Os valores expressos no pentagrama não apresentaram nenhum item que requeira extrema preocupação, entretanto, demonstram o cuidado que os universitários devem ter com relação à prática de atividade física, já que o resultado obtido foi negativo para tal prática. Quanto mais os escores se aproximarem do zero mais atenção os indivíduos deve vir a ter, pois se tratando de qualidade de vida, comportamentos negativos podem produzir ou potencializar riscos e malefícios a saúde, a médio e longo prazo. (PAULINO, 2009).

O PEVI dos grupos estudados encontra-se bom, levando em consideração os valores obtidos no perfil de relacionamento e comportamentos preventivos que atingiram completa realização nos comportamentos indicadores de um bom estilo de vida. Mas vale ressaltar que por ser estudantes na área de Ciências da Saúde este perfil poderia estar pelo menos classificado como muito bom. Esperava-se que a área de formação acadêmica pudesse influenciar de maneira positiva a adquirir um estilo de vida saudável, principalmente para aqueles que estão prestes a sair da universidade, pois os mesmos têm um melhor embasamento teórico e prático de métodos saudáveis no cotidiano, considerando que os mesmos quanto profissionais promotores da qualidade de vida terão importante papel com relação à promoção da saúde, educação e prevenção de doenças contribuindo para hábitos de vida mais saudável.

CONCLUSÃO

Conclui-se que apesar das etapas dos cursos revelarem características próprias nos componentes dos estilos de vida, foi evidenciado que a adoção de um estilo de vida saudável não depende dos períodos avançados a cada semestre da graduação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRÉS, A. **O Programa Universidade para Todos (PROUNI)** - 2008. Disponível em:
<http://apache.camara.gov.br/portalarquivos/camara/internet/publicacoes/estnottec/tema11/2008_124.pdf> Acesso em agosto de 2010.
- BUSS, P. M. **Saúde, Sociedade e Qualidade de Vida** – 2008. Disponível em:
<<http://www.invivo.fiocruz.br/cqi/cgilua.exe/sys/start.htm>> Acesso em agosto de 2010.
- CAVALCANTE, B. S. et al. **Perfil do Estilo de Vida de Acadêmicos Recém Ingressados no Curso de educação Física da Universidade Federal do Ceará** - 2007. Disponível em: <http://www.revistajopef.com.br/artigos_revista_2007.pdf> Acesso em agosto de 2010.
- CELICH, K. L. S.; SPADORY, G. **Estilo de Vida e Saúde: Condicionantes de um Envelhecimento Saudável** - 2008. Disponível em:
<<http://www.ufpe.br/revista/article/download/102/102>> Acesso em junho de 2010.
- FRANCA, C.; COLARES, V. **Estudo comparativo das condutas de saúde entre universitários no início e final do curso**. 2008. Disponível em:
<<http://pesquisa.bvsalud.org/portuguese/resources/lil-482352>> Acesso em agosto de 2010.
- GUIMARÃES, A. L. **Diferentes Mulheres, Diferentes Socializações: Educação, Família, Relacionamentos; O Que Pensam as Universitárias** - 2006. Disponível em:
<http://www.fazendogenero.ufsc.br/7/artigos/A/Ana_Lucia_Guimaraes_23.pdf> Acesso em outubro de 2010.
- MARCONDELLI, P.; COSTA, T. H. M.; SCHMITZ, B. A. S. **Nível de atividade física e hábitos alimentares de universitários do 3º ao 5º semestre da área da saúde** - 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arteset&pid=s1415-52732008000100005> Acesso em outubro de 2010.
- MATOS, A. P. S.; ALBUQUERQUE, C. M. S. **Estilo de Vida, Percepção de Saúde em Estudantes Universitários Portugueses: Influência na área de formação** - 2006. Disponível em: <http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijch-197.pdf> Acesso em outubro de 2010.

NAHAS, V. M.; BARROS, M. V. G.; FRANCALACCI, V. **O Pentágulo do Bem-estar, base conceitual para avaliação do Estilo de Vida de indivíduos ou grupos** - 2000.

Disponível em:

<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe.iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILAC&lang=p&nextAction=Lnk&expr.search=283942&indxsearch=ID>>

Acesso em junho de 2010.

OLIVEIRA, M.; SOILBEMANN, M.; RIGONI, M. **Estudos de Crença e Expectativas a cerca do Álcool em estudantes universitários** - 2007. Disponível em:

<<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/337/33770211.html>> Acesso em setembro de 2010.

PAULINO, C. P. et al. **Condições do Estilo de Vida dos acadêmicos dos cursos de Engenharia da UTFPR utilizando o PEVI**. Disponível em:

<<http://www.cp.utfpr.edu.br/pafe/pevi>> Acesso em setembro de 2010.

RUDIO, F. V. **Introdução ao Projeto de Pesquisa Científica**. 31ª Edição, Petrópolis: Vozes, 2003.

SANTOS, G. L. A.; VENÂNCIO, S. E. **Perfil do Estilo de Vida de Acadêmicos Concluintes em Educação Física do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais**

– MG – 2006. Disponível em:

<http://unilestmg.br/movimentum/artigos_V1N1empdf/movimentum_santos_glayce.pdf> Acesso em setembro de 2010.

TIMOSSI, L. S. et al. **Análise das Relações e Influências entre o Estilo de Vida e a Qualidade de Vida no Trabalho de Colaboradores**. Encontro de engenharia e tendência

dos Campos Gerais-2007. Disponível em:

<<http://pg.utfpr.edu.br/dirppg/ppgep/ebook/2008/2008%20-%20PERIODICO/17.pdf>> Acesso em setembro de 2010.



PARTE 3

Indicadores de Saúde e Qualidade de Vida no Serviço Público do RN



INDICADORES DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE FUNCIONÁRIOS DA UNIDADE DE SAÚDE DE MOSSORÓ – RN

Stella Lira¹

Mararuth Martins Fernandes²

Adalberto Veronese da Costa³

RESUMO

Na área de Saúde, a preocupação com a qualidade de vida dos funcionários é eminente. Diante de uma rotina hospitalar dinâmica que não se limita apenas a médicos e enfermeiros, cabe um diagnóstico deste público visando contribuir na melhoria de sua saúde e em uma melhor prestação de serviços a comunidade. Desta forma, este estudo objetiva identificar os indicadores de saúde e qualidade de vida de funcionários da Unidade de Saúde de Mossoró - RN. A amostra foi composta por 71 funcionários do Hospital Regional Tarcísio Maia, dividida em três equipes baseado nas funções dos funcionários: Equipe Assistencial, Equipe Administrativa e Equipe de Apoio. O instrumento de coleta utilizado foi o questionário abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-Bref”, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A estatística utilizada foi a descritiva comparativa utilizando-se do teste de normalidade de Shapiro-Wilk e para comparação dos dados a ANOVA- one way seguido do teste de Post-Hoc de Scheffé, considerando um nível de significância de $p \leq 0,05$. Os resultados apontaram não ocorrer diferenças significativas em todos os domínios da qualidade de vida, considerando os resultados da Equipe Assistencial abaixo das demais equipes. Conclui-se que o nível de qualidade de vida dos funcionários do referido hospital não sofrem grandes diferenças, porém os profissionais que atuam diretamente com o público apresentaram resultados inferiores perante aqueles que atuam em setores de apoio e administrativos.

Palavras-Chave: Saúde, Qualidade de Vida, Trabalho.

¹Especialista em Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida - UERN, Mossoró/RN.

²Especialista em Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida - UERN, Mossoró/RN.

³Professor Mestre da Faculdade de Educação Física - UERN, Mossoró/RN.

INTRODUÇÃO

Desde a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em 1986, as demais conferências internacionais têm difundido conceitos básicos que exigem um reposicionamento da saúde coletiva em torno do compromisso de saúde para todos (PIMENTEL, CARDOSO, 2009). Moysés, Moysés, Krempel (2004) entendem a Promoção da Saúde como um aspecto social que engloba o campo conceitual, político e metodológico, necessitando uma análise crítica da população para a melhoria de sua saúde e qualidade de vida.

A Qualidade de Vida é um tema que vem sendo estudado ao longo do tempo, porém, com os avanços da sociedade, as mudanças nesse conceito vão sofrendo adequações. O Grupo de Qualidade de Vida da divisão de Saúde Mental da OMS definiu Qualidade de Vida como: "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações." (OMS, 1998).

Devido às tribulações e a correria do dia-a-dia, há uma maior preocupação em avaliar e promover melhorias que tenham influência direta na qualidade de vida, principalmente quando ela está vinculada a qualidade de vida no trabalho (QVT). Alguns conceitos da QVT são: a participação do empregado nas decisões que afetam o desempenho de suas funções; reestruturação de tarefas, estruturas e sistemas para que estas ofereçam maior liberdade e satisfação no trabalho; sistemas de compensações que valorizem o trabalho de modo justo e de acordo com o desempenho; adequação do ambiente de trabalho às necessidades individuais do trabalhador; satisfação com o trabalho. (PILATTI, BEJARANO, 2005). O conceito de Qualidade de Vida no Trabalho é um conjunto de ações de uma empresa que envolve diagnóstico e implantação de melhorias e inovações gerenciais tecnológicas e estruturais, dentro e fora do ambiente de trabalho, visando proporcionar condições plenas de desenvolvimento humano para e durante a realização do trabalho. (ALBUQUERQUE, LIMONGI-FRANÇA, 2003). Para Furtado (2007), com a jornada de

trabalho cada vez mais extensa, as tribulações da vida cotidiana, são poucos os profissionais que conseguem dedicar um tempo do seu dia a prática regular de atividade física.

Na área de Saúde, a preocupação com a qualidade de vida dos funcionários é eminente. Como não se preocupar com o estado emocional e psicológico de quem lida diariamente com a morte, doenças e enfermidades de todo tipo? E toda essa tensão não se limita somente a médicos e enfermeiros. Todos, desde o administrativo a funcionários da limpeza, fazem parte da corrida diária pela vida. Várias situações emergentes e complexas fazem parte deste cotidiano hospitalizar o que poderá ocasionar em decorrência de um ambiente estressante, mudanças de comportamento que comprometerá emocionalmente os profissionais da saúde envolvidos, pacientes e os seus familiares. (PRETO, PEDRÃO, 2009).

Na cidade de Mossoró, no Estado do Rio Grande do Norte, o Hospital Regional Tarcísio Maia é uma unidade de saúde de grande porte, referência para toda a região Oeste do Estado, tem a função de atendimento de Urgência e Emergência pelo SUS (Sistema Único de Saúde). Para Leite, Vila (2005), na Unidade de Saúde, a equipe multiprofissional convive com outros fatores desencadeadores de estresse, tais como: a dificuldade de aceitação da morte, a escassez de recursos materiais (leitos e equipamentos) e de recursos humanos e a tomada de decisões conflitantes relacionadas com a seleção dos pacientes que serão atendidos. Outro fator de desgaste físico e mental para os trabalhadores da área da saúde é o acúmulo de dois ou mais vínculos empregatícios, submetendo-os a uma sobrecarga excessiva de trabalho. (PADILHA, KIMURA, 2000; BÓGUS, 2002; ARAUJO et al, 2003).

Estas são algumas das situações existentes vivenciadas cotidianamente por equipe que atua em terapias intensivas e em todo o ambiente hospitalar. Estes momentos criam tensão entre os profissionais e, em geral, influenciam, negativamente, a qualidade da assistência prestada aos clientes.

Devido a essa constante preocupação com o estado mental e físico dos funcionários da Unidade de Saúde, foi necessário um estudo que trace o perfil de qualidade de vida e atividade física dessa população, a fim de contribuir para futuras intervenções nesses aspectos. Portanto este estudo objetiva analisar os indicadores de saúde e qualidade de vida de funcionários atuantes em unidades de saúde de Mossoró.

MÉTODOS

Caracterização da Pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo comparativo, que tem como objetivo determinar características de uma população ou fenômeno, bem como o estabelecimento entre as variáveis, considerando como técnicas de coleta de dados questionários e observações sistemáticas. (GIL, 2007).

População e Amostra

A população foi composta por 710 funcionários do Hospital Regional Tarcísio Maia, localizado em Mossoró, região Oeste do Estado do Rio Grande do Norte (Brasil), sendo a amostra composta por 71 funcionários, atendendo a sugestão de cálculo da amostra pelo percentual da população de Marino (2003) no que se refere ao percentual representativo da população (10% entre 501 a 1000 sujeitos o que corresponde o número da amostra entre 50 a 100 sujeitos).

Instrumentos e Procedimentos de Coleta

Foi aplicado instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-Bref”, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a fim de aferir a qualidade de vida dos funcionários do referido hospital. (OMS, 1998; NAHAS, 2006). Este questionário é composto por

26 questões relativas aos últimos 15 dias anteriores à avaliação. Duas questões referem-se à percepção individual da qualidade de vida e as demais estão subdivididas em quatro domínios, sendo elas: (a) Domínio I Físico: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou tratamentos e capacidade de trabalho; (b) Domínio II - Psicológico: sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religião e crenças pessoais; (c) Domínio III - Relações Sociais: relações pessoais, suporte (apoio) social, atividade sexual; (d) Domínio IV - Meio Ambiente: segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais (disponibilidade e qualidade), oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de recreação e lazer, ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima e transporte).

Após a aplicação do questionário aos funcionários do Hospital Regional Tarcísio Maia, classificamos suas funções em equipes de atuação: Equipe Assistencial (Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem, Nutricionista, Assistente Social e Setor Laboratorial), Equipe Administrativa (Recursos Humanos, Administração, Escrituraria, Setor Financeiro, Saúde do Trabalhador e Informática) e Equipe de Apoio (Copa, Lavanderia, Auxiliar de Serviços Gerais, Almoxarifado, e Manutenção). Todos os Funcionários foram informados sobre os procedimentos utilizados, possíveis benefícios e riscos referentes à execução do estudo, condicionando posteriormente a sua participação.

Este estudo segue as determinações do Conselho Nacional de Saúde através da Lei 196/96 aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do norte através do protocolo 046/2010.

Tratamento Estatístico

A estatística utilizada será descritiva através das frequências simples e relativa, da média e do desvio padrão, considerado para normalidade dos dados o teste Shapiro-Wilk e para comparação dos dados utilizou-se o teste de ANOVA – *one way* seguido do teste Post Hoc de Scheffé com nível de significância de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1 demonstra que, dentre as características dos entrevistados houve prevalência quase absoluta de mulheres, somando 80% da população entrevistada. A prevalência feminina nas profissões estuda provavelmente pode ser explicado pela história da profissão, na qual os cuidados diretos aos doentes eram prestados somente por mulheres. (CARVALHO et al, 2004).

Tabela 1 - Perfil da amostra enquanto faixa etária e categoria

SEXO	f	%
Fem.	57	80
Masc.	14	20
FAIXA ETÁRIA	f	%
20 a 30 anos	6	8
31 a 40 anos	8	11
41 a 50 anos	34	48
51 acima	23	32
GRUPOS	f	%
Equipe Assistencial	41	58
Equipe Administrativa	13	18
Equipe de Apoio	17	24
FATOR SÓCIO-ECONÔMICO	f	%

1 a 3 salários	50	70
4 a 6 salários	16	23
7 a 9 salários	4	6
10 acima	1	1

Através dos movimentos feministas e formação intelectual, ocorreu uma profunda modificação no contexto das trabalhadoras, tornando-as progressivamente participantes do mercado de trabalho (SPINDOLA, SANTOS, 2003; PADILHA, VAGHETTI, BRODERSEN, 2006).

Na faixa etária, observa-se com mais clareza que a idade está relacionada com o tempo de serviço na profissão. O grupo com idade entre 41 a 50 anos tem a maior incidência, chegando a contar 48% da população total, e os acima de 51 anos de idade, 32%. Este fato se deve pela experiência na profissão de grande relevância neste âmbito hospitalar. Vale ressaltar que neste estudo não foram incluídos alunos residentes de Medicina, o que enfatiza o nível de stress associado ao tempo de serviço na profissão. Este estresse também poderá estar relacionado à insatisfação pela remuneração e à longa jornada de trabalho, fatores que se articulam, pois uma remuneração aquém das necessidades materiais do trabalhador o impele a adquirir duplo e até triplo vínculo empregatício, situação que contribui de forma significativa para o desenvolvimento do estresse ocupacional. (MENZANI, BIANCHI, 2009).

Os dados demonstram que a Equipe Assistencial (58%), por ser composta por indivíduos que trabalham normalmente pelo sistema de escala, teve uma boa parcela na frequência de 70% o que provavelmente está relacionado ao teto máximo de R\$ 1.500,00 correspondente de 1 a 3 salários mínimos. O único indivíduo representado na tabela 1, com a renda acima de 10 salários mínimos faz parte da Eq. Assistencial e possui um cargo de chefia, o que sugere que, quanto maior a titulação/instrução, maior a renda. (O presente estudo foi feito levando em consideração o salário mínimo de R\$ 510,00 em vigência no ano de 2010).

De acordo com a tabela 2, em relação ao domínio físico, não houve diferença significativa entre os grupos, já que esse domínio tem relação com algumas necessidades humanas básicas quando relaciona dor física, energia para o dia a dia, locomoção, sono e desempenho de atividades diárias. (SPILLER, DYNIEWICZ, SLOMP, 2008). Desta forma, os agravos físicos estão possivelmente interferindo na qualidade de vida da maioria dos funcionários do Hospital, especificamente sobre a falta de energia, satisfação com o sono, capacidade para as atividades diárias e de trabalho.

Tabela 2 – Indicadores de qualidade de vida dos funcionários do Hospital Regional Tarcísio Maia, Mossoró, RN – Brasil, conforme as equipes atuantes.

Indicadores	Equipe Assistencial		Equipe Administrativa		Equipe de Apoio		Sig.
	x	s	x	s	x	s	
Domínios							p
Domínio 1 (Físico)	13,4	1,24	13,6	1,60	13,6	1,52	0,755
Domínio 2 (Psicológico)	13	1,65	14,0	1,68	13,3	1,52	0,152
Domínio 3 (Relações Sociais)	15,4	2,91	15,9	2,46	16,0	2,91	0,754
Domínio 4 (Meio Ambiente)	13,1	1,85	13,9	1,62	13,1	1,65	0,310
Domínio 5 (Global)	13,7	2,95	15,4	3,10	14,4	2,15	0,172

x = média aritmética; s = desvio padrão; $p \leq 0,05$

O domínio psicológico corresponde a aspectos de dar sentido e aproveitar a vida, concentração, aparência física, satisfação consigo mesmo e frequência de sentimentos negativos. O resultado superior às demais equipes obtido neste domínio pelos profissionais da Equipe Administrativa, provavelmente pode estar relacionado ao fato de ser uma população que não lida tão diretamente com as enfermidades, complicações e pressão psicológica que o ambiente hospitalar expõe os outros grupos.

As relações sociais englobam fatos como, obter apoio de amigos, vida sexual e relacionamento com as pessoas, próximo ou não. Os valores muito próximos das Equipes Assistencial (15,4), Equipe Administrativa (15,9) e a Equipe de Apoio (16,0) podem estar associado a bom relacionamento entre si, sugerindo na medida do possível um ambiente de relações amenas.

O domínio Meio Ambiente compreende satisfação com: o local onde mora, o acesso aos serviços de saúde, o meio de transporte; também inclui segurança na vida diária, salubridade no ambiente físico, oportunidades de lazer, disponibilidade de informações e satisfação monetária. Pode-se considerar que nesse domínio, os aspectos de remuneração, condições de trabalho e ambiente harmonioso foram os aspectos que influenciou o resultado na satisfação dos entrevistados (SPINDOLA, SANTOS, 2003).

Já o domínio global, não apresentou diferença significativa quanto a auto-avaliação da qualidade de vida e a satisfação referente a sua saúde, o que leva a crer que os profissionais que atuam diretamente com o público do hospital possui uma condição de qualidade de vida abaixo das demais equipes nesse estudo, o que desta forma, necessita de atenção para políticas públicas de saúde quanto a melhoria da qualidade de vida deste grupo.

Assim, a representação os valores expressos na satisfação da qualidade de vida em todos os domínios, é preocupante em decorrência das características próprias do trabalho destes profissionais, como: contato com sofrimento humano, com o processo de morte, pelas relações hierarquizadas, pela divisão técnica e social do trabalho e pelas grandes jornadas. (BARROS, 2003).

CONCLUSÃO

Conclui-se que o nível de qualidade de vida dos funcionários do referido hospital não sofrem grandes diferenças, porém os profissionais

que atuam diretamente com o público apresentaram resultados inferiores perante aqueles que atuam em setores de apoio e administrativos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ALBUQUERQUE, L. G.; LIMONGI-FRANÇA, A. C. Estratégias de recursos humanos e gestão da qualidade de vida no trabalho: o stress e a expansão do conceito de qualidade total. In: **Curso Avançado de Gestão Empresarial em Qualidade de Vida**. FEA/USP, São Paulo, 2003.
- ARAÚJO, T. M. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. 424-33, 2003.
- BÓGUS, C. M. A promoção da saúde e a pesquisa avaliativa. In: VILLELA, W.; KALCKMANN, S.; PESSOTO, U. C. **Investigar para o SUS: construindo linhas de pesquisa**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2002. p. 49-53.
- BARROS, A. L. B. L. et al. Situações geradoras de ansiedade e estratégias para seu controle entre enfermeiras: estudo preliminar. **Rev. Latino-Am. Enferm.** v. 11, n. 5, p. 585-592, 2003.
- CARVALHO, D. V. et al. Enfermagem em setor fechado: estresse ocupacional. **Rev Min Enferm.** v. 8, n. 2, p. 290-294, 2004.
- FURTADO, N. Qualidade de Vida. **Scientia Medica**, v. 17, n. 1, p. 2, 2007.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- LEITE, M. A.; VILA, V. S. C. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enferm.** v. 13, n. 2, p. 145-150, 2005.
- MOYSES, S. J.; MOYSES, S. T.; KREMPEL, M. C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**. v. 9, n. 3, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v9n3/a10v09n3.pdf>. Acesso em 16/07/2011.
- MENZANI, G.; BIANCHI, E. R. F. Stress dos enfermeiros de pronto socorro dos hospitais brasileiros. **Rev. Eletr. Enf. [online]**. v. 11, n. 2, p. 327-333, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a13.htm>. Acesso em 16/07/2011.
- NAHAS, M. V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida , conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 4. ed. Londrina: Midigraf, 2006.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Divisão de Saúde Mental. Grupo WHOQOL. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)**, 1998.
- PILATTI, L. A.; BEJARANO, V. C. Qualidade de vida no trabalho: leitura e possibilidades no entorno. In: GONÇALVES, A.; GUTIERREZ, G. L.; VILARTA, R. (Orgs). **Gestão da qualidade de vida na empresa**. Campinas: IPES, p. 85-104, 2005.

- PADILHA, KG, KIMURA M. Aspectos éticos da prática de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Sobeti em Revista**, v. 1, n. 1, p. 8-11, 2000.
- PADILHA, M. I. C. S.; VAGHETTI, H.; BRODERSEN, G. Gênero e enfermagem: uma análise reflexiva. **Rev. Enferm. UERJ**. v. 14, n. 2, p. 292-300, 2006.
- PRETO, V. A.; PEDRÃO, L. J. O estresse entre enfermeiros que atuam em unidade de terapia intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 43, n. 4, p. 841-848, 2009.
- PIMENTEL, V. R. M.; CARDOSO, G. T. Estratégia saúde da família: uma análise das ações de alimentação e nutrição sob a ótica da política nacional de atenção básica e da política nacional da promoção da saúde. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**. v. 3, n. 2, p. 55-63, 2009.
- SPINDOLA, T.; SANTOS, R. S. Mulher e trabalho – a história de vida de mães trabalhadoras de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enferm.** v. 11, n. 5, p. 593-600, 2003.
- SPILLER, A. P. M.; DYNIEWICZ, A. M.; SLOMP, M. G. F. S. Qualidade de vida de profissionais da saúde em hospital universitário. **Cogitare Enferm.** v. 13, n. 1, p. 88-95, 2008.

QUALIDADE DE VIDA DOS AGENTES PENITENCIÁRIOS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

João Batista Medeiros da Silva¹
Diva Gioconda de Medeiros Fernandes²
Adalberto Veronese da Costa³

RESUMO

O presente estudo tem o objetivo de avaliar a qualidade de vida dos agentes penitenciários do Estado Rio Grande do Norte. Decorre de um estudo descritivo comparativo de corte transversal, realizado com 112 agentes com idade entre 22 a 44 anos, em sete unidades carcerárias: Natal (UC1), Nísia Floresta (UC2), Parnamirim (UC3), Mossoró (UC4), Caraúbas (UC5), Pau dos Ferros (UC6) e Caicó (UC7). O instrumento utilizado no estudo foi o WHOQOL-Bref - versão brasileira. Os resultados apontam um maior quantitativo de agentes na faixa etária entre 36 a 40 anos (39%); para os domínios quando estudados por Mesorregião - Leste, Oeste e Agreste potiguar, respectivamente: domínio físico $14,45 \pm 2,53$, $15,26 \pm 2,39$ e $14,95 \pm 2,00$; domínio psicológico mediana de 15,20; 16,00 e 15,20; domínio de relações sociais mediana de 16,00; 16,00 e 14,67; domínio de meio ambiente $11,79 \pm 2,33$, $15,02 \pm 2,60$ e $15,23 \pm 2,65$; e domínio global mediana de 16,00, 14,00 e 16,00. Quando os domínios foram analisados por unidade carcerária, houve diferenças significativas nos domínios de meio ambiente em relação a UC2 e UC6, respectivamente com $p=0,009$, e no domínio global, com $p=0,004$. Conclui-se que os fatores ligados a saúde dos agentes penitenciários são comparáveis ou abaixo da média com aqueles identificados na população brasileira.

Palavras-chave: Qualidade de vida, Agentes Penitenciários, Saúde.

¹Especialista em Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida - UERN, Mossoró/RN.

²Especialista em Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida - UERN, Mossoró/RN.

³Professor Mestre da Faculdade de Educação Física - UERN, Mossoró/RN.

INTRODUÇÃO

Atualmente a vida moderna depara-se com os mais diversos compromissos, tendo características muito agitadas, favorecendo com isso o aparecimento de fatores como estresse, fadiga, sedentarismo, dentre outros. Havendo nos últimos anos, uma preocupação em ter-se uma avaliação da saúde com base no estabelecimento de parâmetros mais amplos do que a simples ausência de doenças, se faz presente um crescente interesse no desenvolvimento de medidas que retratem a qualidade de vida das pessoas. (VELARDE-JURADO, E.; ÁVILA-FIGUEROA, 2002; NAHAS, 2006). A qualidade de vida representa a soma de sensações subjetivas relacionadas ao bem-estar em que duas ou mais pessoas no mesmo estado de saúde podem ter percepções diferentes sobre a sua qualidade de vida. (FLECK et al, 2008).

As pessoas mais afetadas por esse estilo de vida são os trabalhadores, que passam, em geral, 8h por dia no ambiente de trabalho, podendo eles se deparar em algum momento de suas vidas, seja no meio ocupacional ou familiar, com situações de tensão, de alto nível de responsabilidades e de cobranças, que podem impactar negativamente na sua qualidade de vida. (VELARDE-JURADO, ÁVILA-FIGUEROA, 2002). Desse modo, acredita-se que na entidade de trabalho, seja ela pública ou particular, é importante que haja uma conciliação de interesses entre o empregador e funcionários. Nesse sentido, já é possível perceber que muitas das entidades têm demonstrado interesse em conceber uma melhor qualidade de vida aos seus funcionários, onde a forma como as empresas efetivamente concebem a qualidade de vida pode ser mais bem verificada nas práticas de recursos humanos. (TOLFO, PICCININI, 2001).

Não distante da realidade de um trabalho que exige tempo, tensão e grande nível de responsabilidade, estão os Agentes Penitenciários (AP), que são trabalhadores encarregados de revistar presos, celas, visitantes, conduzir presos, realizar a vigilância interna da Unidade e disciplinar a refeição dos presos. Por terem contato direto com os internos e sendo vistos por estes como um dos responsáveis pela manutenção do

seu confinamento, estão frequentemente expostos a diversas situações geradoras de estresse, tais como intimidações, agressões e ameaças, possibilidade de rebeliões nas quais, correm o risco de serem mortos ou se tornarem reféns (GHADDAR, MATEO, SANCHES, 2008; LAVINE, 2010). Assim, devido a todas essas situações, torna-se evidente que as funções exercidas pelos agentes penitenciários são desgastantes, tanto fisicamente quanto emocionalmente. Desse modo, um estilo de vida saudável, que preze por uma melhor qualidade de vida, poderá contribuir para um melhor desenvolvimento das obrigações desses agentes, que são profissionais submetidos a um alto risco para a doença relatada como estresse debilitante. Tartaglini, Safran (1997) encontraram prevalências de ansiedade, distúrbios de comportamento e abuso de álcool mais alto entre os AP do que na população em geral. Relataram entre esses trabalhadores, uma prevalência de distúrbios emocionais de 18,6%, abuso de álcool de 4,5% e distúrbios da ansiedade de 7,9%.

Para Silva (2007), não existe uma preocupação com a qualidade de vida dos agentes penitenciários da Cidade do Natal, bem como existe certo comodismo entre eles, acarretando problemas como sobrepeso, doenças relacionadas com a obesidade e problemas psicológicos, como resultado uma deficiência no serviço.

Dessa maneira, o presente estudo objetiva avaliar a qualidade de vida dos agentes penitenciários do Estado Rio Grande do Norte. Sua relevância volta-se para a possibilidade de compreender a situação atual em que se encontram os servidores desta área, bem como alertar os gestores públicos a necessidade de uma intervenção para uma melhoria da qualidade de vida desses profissionais da segurança pública.

MÉTODOS

O estudo foi realizado seguindo o método descritivo comparativo desenvolvimental de corte transversal, por explicar fatos e características de uma determinada população ou área de interesse através

de análise de eventos pré-definidos, assim tentando explicar e analisar suas respostas (GIL, 2007). A população estudada foi constituída por 112 agentes penitenciários do estado do Rio Grande do Norte subdivididos em sete municípios: Pau dos Ferros, Mossoró, Caicó, Caraúbas, Natal, Parnamirim e Nísia Floresta.

Instrumentos e procedimentos de coleta

O presente trabalho utilizou como instrumento o questionário proposto pela Organização Mundial de Saúde – WHOQOL-Bref, versão em português que contém 26 questões, sendo 24 questões referentes aos aspectos físicos (sete perguntas), psicológicos (seis perguntas), relações sociais (três perguntas) e ambiente (oito perguntas), e duas questões que se referem à qualidade de vida como um todo e sobre a saúde do indivíduo respectivamente, este instrumento. (FLECK, 1999; FLECK et al, 2000). O procedimento utilizado para a aplicação do questionário foi inicialmente uma prévia explicação dos pesquisadores, seguido da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecimento para que fosse assegurado ao pesquisador o uso dos dados coletados. O preenchimento do questionário ocorreu em espaço reservado nas dependências das unidades penais (sala de repouso dos agentes), sendo aproximadamente 10 minutos a média de tempo gasto pelos participantes da amostra para responderem o questionário.

Tratamento Estatístico

A estatística utilizada foi a descritiva através da frequência simples e relativa, bem como as medidas de tendência central (mínimo, máximo, média e mediana) e de dispersão (desvio padrão). Para a normalidade dos dados foram utilizados os testes de normalidade de Kolmogorov-Smirnov para unidades carcerárias quando analisada por mesorregiões (mais de 50 sujeitos) e de Shapiro-Wilk quando analisadas pelas unidades carcerárias (menor que 50 sujeitos). Na comparação dos

dados, utilizou-se o Teste “t” Independente (paramétricos) e de Mann-Whitney “U” (não paramétricos) ao avaliar as unidades carcerárias por mesorregiões; quando avaliadas apenas pelas unidades optou-se pelos testes de ANOVA- one way (paramétricos) e Kruskal-Wallis (não paramétricos), todos considerando um nível de significância de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

Os participantes deste estudo foram subdivididos por unidades carcerárias situadas em sete municípios: Natal (UC1), Nísia Floresta (UC2), Parnamirim (UC3), Mossoró (UC4), Caraúbas (UC5), Pau dos Ferros (UC6) e Caicó (UC7).

Com relação à idade da amostra, podemos perceber que em universo de 112 agentes participantes a faixa etária classificada de 36 a 40 anos teve maior incidência, apresentando uma frequência de 44 agentes e correspondendo a 39% do total. Bem próxima a essa média de idade tem-se os agentes entre 31 a 35 anos, com 32% do total. O que nos permite identificar que grande parte dos agentes do estado estaria na faixa etária dos 31 aos 40 anos de idade.

Ao observar a amostra carcerária individualmente, nota-se que a maior frequência de agentes foi de 20, representando assim 18% do total, onde esse total foi obtido tanto na UC1 quanto na UC2 (Natal e Parnamirim, respectivamente). Seguido pela UC7 (Caicó), fazendo parte da amostra 17 agentes, que corresponderam a 15% da amostra geral. Na UC3 (Parnamirim) fizeram parte da amostragem 16 pessoas, sendo 14% do total geral dos participantes da pesquisa. Com a representação de 13%, observa-se 14 agentes participantes, na UC6 (Pau dos Ferros). A UC5 (Caraúbas) e a UC4 (Mossoró) foram às unidades carcerárias com menor porcentagem e frequência de agentes (12% e 11%; 13 e 12 agentes, respectivamente).

Tabela 1: Perfil da amostra enquanto faixa etária, unidade carcerária individualmente e por mesorregião dos agentes penitenciários do Rio Grande do Norte – Brasil

	f	%
Faixa Etária		
≤30 ANOS	17	15
31 A 35 ANOS	36	32
36 A 40 ANOS	44	39
≥41 ANOS	15	13
Unidade Carcerária		
UC1	20	18
UC2	20	18
UC3	16	14
UC4	12	11
UC5	13	12
UC6	14	13
UC7	17	15
Unidade Carcerária por Mesorregião		
Leste Potiguar	56	50
Oeste Potiguar	43	38
Agreste Potiguar	13	12

Em relação à unidade carcerária por Mesorregião, o Leste Potiguar obteve maior participação na amostragem total, tendo uma frequência de 56 agentes penitenciários, representando 50% dos participantes da pesquisa. O Oeste Potiguar teve 43 e 38% (frequência e porcentagem, respectivamente), e o Agreste Potiguar, 13 agentes participantes, correspondendo a 12% da amostra geral.

Tabela 2: Comparação do nível de qualidade de vida dos agentes penitenciários do Rio Grande do Norte –Brasil

Indicadores	Leste Potiguar	Oeste Potiguar	Agreste Potiguar	Sig. P
Domínio 1 (Físico)	14,45±2,53	15,26±2,39	14,95±2,00	0,259
Domínio 2 (Psicológico)	15,20 (10,40-18,40)	16,00 (8,00-19,20)	15,20 (12,80-17,60)	0,887
Domínio 3 (Relações Sociais)	16,00 (10,67-20,00)	16,00 (10,67-20,00)	14,67 (12,00-18,67)	0,342
Domínio 4 (Meio Ambiente)	11,79±2,33	15,02±2,60	15,23±2,65	0,268
Domínio 5 (Global)	16,00 (8,00-18,00)	14,00 (8,00-20,00)	16,00 (10,00-20,00)	0,752

p≤0,05

Na tabela 02 encontram-se a média para comparação do nível de qualidade de vida dos agentes penitenciários por Mesorregião. De acordo com a mesma não foram encontradas diferenças significativas entre as regiões comparadas em nenhum dos domínios (físico, psicológico, social, ambiental e global).

Quanto a comparação do nível de qualidade de vida dos agentes penitenciários por unidade carcerária, podemos perceber na tabela 03 que não há discrepâncias quantos aos valores obtidos para os domínios físico, psicológico e social em nenhuma das UC's. No entanto, ao observamos os domínios ambiental e global encontramos diferenças significativas. No domínio ambiental, a discrepância ocorreu na UC2 e UC6, tendo uma diferença significativa (p=0,009) em relação as demais unidades carcerárias. Já no domínio global, essa diferença ocorreu nos valores de média de todas as unidades, encontrando-se valor estatístico para sustentar tal diferença (p=0,004).

Tabela 3 – Comparação do nível de qualidade de vida dos agentes penitenciários do Rio Grande do Norte - Brasil

Indicadores	UC1	UC2	UC3	UC4	UC5	UC6	UC7	Sig.
Domínio 1 (Físico)	14,31±2,96 (10,40-17,60)	14,57±1,95 (11,20-17,60)	14,46±2,75 (12,80-18,40)	16,05±1,66 (11,20-17,60)	14,95±2,00 (12,80-17,60)	16,24±2,11 (12,80-19,20)	13,88±2,47 (8,00-16,80)	0,060
Domínio 2 (Psicológico)	15,20 (10,40-17,60)	15,20 (11,20-17,60)	15,60 (12,80-18,40)	15,60 (11,20-17,60)	15,20 (12,80-17,60)	16,40 (12,80-19,20)	14,40 (8,00-16,80)	0,217
Domínio 3 (Rel.Sociais)	16,00 (12,00-20,00)	16,00 (12,00-20,00)	16,00 (10,67-20,00)	14,67 (10,67-17,33)	14,67 (12,00-18,67)	16,00 (13,33-20,00)	16,00 (10,67-17,33)	0,093
Domínio 4 (M.Ambiente)	12,62±2,22 (10,00-18,00)	10,92±1,86* (8,00-18,00)	11,81±2,14 (12,00-18,00)	11,58±2,12 (14,00-18,00)	11,77±1,47 (10,00-20,00)	13,68±2,03* (14,00-20,00)	12,05±2,10 (8,00-16,00)	0,009*
Domínio 5 (Global)	14,00 (10,00-18,00)	16,00 (8,00-18,00)	16,00 (12,00-18,00)	16,00 (14,00-18,00)	16,00 (10,00-20,00)	16,00 (14,00-20,00)	14,00 (8,00-16,00)	0,004*

*Diferenças significativas $p < 0,05$

DISCUSSÃO

Tratando-se do domínio físico, estudos feitos por Beraquet (2005) com 36 jornalistas do gênero masculino obtiveram média de $14,5 \pm 2,54$, valor que se assemelha aos encontrados nesse estudo, onde o Leste Potiguar obteve uma média de $14,45 \pm 2,53$, o Oeste Potiguar de $15,26 \pm 2,39$ e o Agreste Potiguar $14,95 \pm 2,00$. A mesma semelhança ocorreu no estudo de Custódio et al (2004), com 95 universitárias do curso de Psicologia e 55 de Nutrição, tendo-se uma média de $14,16 \pm 2,04$ (Psicologia) e $15,26 \pm 2,27$ (Nutrição). Os valores encontrados nesses estudos são semelhantes não só quando comparados as médias por mesorregião, mas também por unidade carcerária. O fato dos resultados está bem próximo aos encontrados no presente trabalho, nos permite considerar que os agentes penitenciários estariam bem classificados quanto a este domínio (físico) quando comparados a profissões de jornalistas, psicólogos e nutricionistas.

Quanto ao domínio psicológico, Oliveira, Guimarães (2010) em seus estudos com estudantes do curso de educação física obtiveram uma média de 15,1, valor próximo aos encontrados neste estudo: 15,20; 16,00; 14,67 (Leste, Oeste e Agreste Potiguar, respectivamente). A mesma semelhança se deu com os resultados obtidos por Fleck et al (1999) na validação do instrumento Whoqol para o Brasil, onde a média encontrada foi de 15,2. Desse modo, com os valores encontrados nos estudos citados, pode-se observar que no domínio psicológico os agentes estariam dentro dos níveis das demais populações.

No domínio das relações sociais, Custódio et al (2004) encontrou em seus estudos com estudantes de Psicologia uma média de 14,67, valor que se assemelham a região do Agreste Potiguar e das unidades carcerárias UC4 e UC5, porém difere ao encontrado no presente estudo quando comparados ao Leste e Oeste potiguar, já que essas regiões obtiveram uma mediana de 16,00 na maioria das unidades carcerárias (UC1, UC2, UC3, UC6 e UC7). Já Beraquet (2005) apresentou em estudos com jornalistas a média de $11,5 \pm 2,15$, valor inferior aos nossos estudos.

Em estudos realizados por Guimarães, Martins, Beraquet (2004), para o domínio de meio ambiente obteve-se uma média de $13,4 \pm 2,6$, valor que difere do nosso quando comparado por mesorregião, tendo-se neste estudo uma média inferior ao de Guimarães, no Leste Potiguar ($11,79 \pm 2,33$), e superior no Oeste e Agreste Potiguar ($15,02 \pm 2,60$ e $15,23 \pm 2,65$, respectivamente). Esta diferença ocorreu ainda quando as unidades carcerárias foram analisadas individualmente, onde todas elas, exceto a UC6 ($13,68 \pm 2,03$), foram classificadas abaixo da média em comparação com estudo citado. Custódio et al (2004) apresentou a média de $13,70 \pm 2,04$ para estudantes de Psicologia e $13,80 \pm 2,49$ para os de Nutrição, diferindo também dos nossos estudos. Ainda relacionado ao domínio do meio ambiente, o fato de ocorrer diferenças significativas em duas unidades carcerárias, UC2 ($10,92 \pm 1,86$) e UC6 ($13,68 \pm 2,03$), provavelmente possam ter ocorrido pelo fato da UC2 ser o presídio de Alcaçuz, localizado no município de Nísia Floresta, classificado como de alta periculosidade, além da dificuldade de locomoção, por se tratar de uma unidade fora da cidade, em uma área rural, como também ser uma unidade de segurança máxima, enquanto que a UC6 localiza-se na região de Pau dos Ferros, sendo uma unidade com poucos apenados e um grau de periculosidade menor, por se tratar de pessoas de uma cidade de menor porte populacional.

Referentes ao domínio global, para Fayers, Machin (2000), a avaliação global de qualidade de vida permite ao indivíduo definir o conceito de uma maneira significativa para si mesmo, além de poder ser responsiva às diferenças individuais. Neste sentido, foram encontradas, em nossos estudos, diferenças significativas em todas as unidades carcerárias quanto a este domínio, demonstrando assim o quão diferente é o modo do indivíduo perceber a si próprio, fazendo com que o mesmo considere ou ignore aspectos em determinadas situações, e ainda ponderem outros seguindo seus respectivos valores e objetivos.

CONCLUSÃO

O vasto conceito sobre qualidade de vida permitiu observar e discutir alguns fatos que interferem na vida dos agentes penitenciários. A partir dos dados apresentados, pode-se concluir que os fatores ligados a saúde dos agentes penitenciários do Estado do Rio Grande do Norte são compatíveis ou abaixo da média com aqueles identificados na população brasileira.

Nos domínios físico e psicológico, os valores obtidos foram semelhantes ao de populações compostas por estudantes de Psicologia, Nutrição e Educação Física. No entanto, nos domínios de relações sociais e ambiente, foram encontrados médias inferiores quando comparados a demais estudos, além desses dois domínios terem apresentados diferenças significativas quando comparados de forma individual, por unidade carcerária.

No sentido de reiterar mais informações para uma compreensão mais profunda do tema proposto, outros estudos devem ser realizados com populações maiores e com delineamentos longitudinais, buscando garantir mais informações para melhorar a condição e satisfação do profissional e desse modo refletir diretamente na sua qualidade de vida e trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERAQUET, M. I. G. **Qualidade de vida de jornalistas da macro região de Campins/SP**. Dissertação de mestrado do programa de mestrado em psicologia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), Campo Grande/MS, 2005.
- CUSTÓDIO, E. M. et al. Qualidade de vida entre universitárias: estudos preliminares com o whoqol – bref. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, Set-Dez, v. 24, n. 3, 2004.
- FAYERS, P. M.; MACHIN, D. Principles of measurement scales. In: Fayers PM, Machin D. **Quality of life: assessment, analysis and interpretation**. New York: John Wiley; 2000.
- FLECK, M. P. A. et al. **A avaliação da qualidade de vida, Guia para Profissionais da saúde**. Porto Alegre, Artmed, 2008.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação a versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “ WHOQOL-bref. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-83, 2000.

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

GHADDAR, A.; MATEO, I.; SANCHES, P. **Occupational stress and mental health among correction correctional officers: A cross-sectional study**, Escola Andaluz de Salud Pública, Department of Community Preventive Medicine and Public Health and History of Science, University of Olicante, Spain, 2008.

GUIMARÃES, L. A. M.; MARTINS, D. A; BERAQUET, M. I. G. **XXII Jornada Sul Riograndense de psiquiatria dinâmica e II Encontro Ibero-Americano de qualidade de vida**. Centro de eventos da AMRIGS, Porto Alegre – RS, 2004.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

LAVINE, E. et al. Psychosocial work environment, interpersonal violence at work and psychotropic drug use among correctional officers. **International journal of law and psychiatry**. v. 33, p. 122-129, 2010.

NAHAS, M. V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida , conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 4. ed. Londrina: Midigraf, 2006.

OLIVEIRA, J. A. C.; GUIMARÃES, L. A. M. **Qualidade de Vida de Estudantes Universitários de Educação Física**. Disponível em: <<http://www.esef.br/revista/index.php/pulsar/article/download/14/29>> [2010 Out 22].

SILVA, J. B. M. **Estilo de vida de agentes penitenciários da cidade do Natal**. Monografia (graduação em educação Física), Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, 2008.

TOLFO, S. R.; PICCININI, V. C. As melhores empresas para trabalhar no Brasil e a qualidade de vida no trabalho: disjunções entre a teoria e a prática. **Rev. Adm. Contemp.** v. 5 n. 1, 2001.

TARTAGLINI, A. J.; SAFRAN, D. A. A topography of psychiatric disorders among correction officers. **Journal of Occupation Aland Environmental Medicine**. v. 39, p. 569-573, 1997.

VELARDE-JURADO, E.; ÁVILA-FIGUEROA, C. Evaluación de la calidad de vida. **Salud Pública de México**. v. 44, n. 4, p. 349-61, 2002.



PARTE 4

Autonomia Funcional do Idoso



CAPACIDADE E AUTONOMIA FUNCIONAL DE IDOSAS PRATICANTES DE HIDROGINÁSTICA

Aristóteles Marzille Queiroz¹

Alexandre Alves Sousa²

Priscila Silvana Bertevello³

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi avaliar a capacidade e autonomia funcional de idosas praticantes de hidroginástica. A amostra foi constituída por 50 idosas com idade ≥ 60 anos. Os protocolos utilizados: Questionário de Auto-Avaliação da Capacidade Funcional proposto por Matsudo (2005); bateria de testes do Grupo de Desenvolvimento Latino-Americano para Maturidade (GDLAM); e avaliação do Índice de Massa Corporal (IMC). A análise dos dados para classificação de autonomia e capacidade funcional foi comparada e analisados à tabela padrão. Pela análise dos resultados, os níveis de autonomia funcional foram fracos de acordo com GDLAM. Já do Questionário de Auto-Avaliação da Capacidade Funcional, 98% das idosas foram classificadas como avançado. A média do IMC foi normal, de 25,4. Sugerimos ao professor de hidroginástica que reveja seu planejamento de aulas devido os dados fracos de autonomia funcional, todavia, os resultados do questionário deixam claro que as idosas estão se sentindo bem fisicamente e apresentam IMC condizente com peso normal para idade.

Palavras-chave: Capacidade Funcional, Autonomia, Exercício, Idoso

¹Especialista em Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida - UERN, Mossoró/RN.

²Especialista em Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida - UERN, Mossoró/RN.

³Professora Mestra em Nutrição da Faculdade de Medicina – UERN, Mossoró/RN.

INTRODUÇÃO

O crescimento da população de idosos, em números absolutos e relativos, é um fenômeno mundial e está ocorrendo a um nível sem precedentes. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007) em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo e, já em 1998, quase cinco décadas depois, este contingente alcançava 579 milhões de pessoas, um crescimento de quase oito milhões de pessoas idosas por ano. Indica ainda que por volta de 2025, pela primeira vez na história, haverá mais idosos do que crianças no planeta. As projeções indicam ainda que, em 2050, a população idosa será de 1.900 milhões de pessoas montante equivalente à população infantil de zero a 14 anos de idade uma das explicações para esse fenômeno é o aumento, verificado desde 1950, de 19 anos na esperança de vida ao nascer em todo o mundo.

Em 2002, o Brasil tinha 16.022.231 de pessoas com 60 anos ou mais representando 9,3% da população. Parece pouco, mas segundo projeções populacionais realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), em 2020, os idosos chegarão a 25 milhões de pessoas, que irão compor 11,4% da população. Já em 2030, acredita-se que cerca de 40% dos brasileiros deverão ter entre 30 a 60 anos.

O envelhecimento representa o conjunto de consequências ou os efeitos da passagem do tempo. Pode ser considerado biologicamente como a involução morfofuncional que afeta todos os sistemas fisiológicos principais, de forma variável. Essa involução não impede, entretanto, que a pessoa se mantenha ativa, independente e feliz (MORAES, MORAES, LIMA, 2010).

Esse aumento gera maior probabilidade de ocorrência de doenças crônicas e o desenvolvimento de incapacidades associadas ao envelhecimento (ROSA et al., 2003) Um aumento das limitações das atividades de vida diária está diretamente associado ao aumento de comorbidades nos idosos (CALASANS, ALOUCHE, 2004). Essa ‘capacidade funcional’, definida como o potencial que os idosos

apresentam para decidir e atuar em suas vidas de forma independente no seu cotidiano (MATSUDO, 2001).

Um dos elementos que determina a expectativa de vida com qualidade é a autonomia funcional para a realização das atividades da vida diária – AVD (PEREIRA et al, 2005). Com o avançar da idade, as pessoas tendem a se tornarem menos ativas (PITANGA, LESSA, 2005) o que aumenta a incidência de doenças crônico-degenerativas, comprometendo sua autonomia funcional (HEIKKINEN, 1998). O envelhecimento acarreta prejuízos ao desempenho motor e, por conseguinte, à realização das AVD's, o que exerce impacto negativo nas condições de saúde destas pessoas (ANDREOTTI, OKUMA, 1999).

Um estilo de vida fisicamente inativo pode ser causa primária da incapacidade para realizar as AVD's, porém de acordo com seu estudo, um programa de exercícios físicos regulares pode promover mais mudanças qualitativas do que quantitativas, como por exemplo, alteração na forma de realização do movimento, aumento na velocidade de execução da tarefa e adoção de medidas de segurança para realizar a tarefa (OKUMA, 2002).

A qualidade de vida é um fator diretamente ligado a esse contexto, sendo um dos responsáveis pelo aumento ou pelo decréscimo na longevidade da população. A preocupação em manter hábitos que garantam uma velhice saudável marca uma nova etapa de conscientização. As atividades físicas são importantes para que se atinja o padrão desejado em certos aspectos da qualidade de vida e autonomia funcional nesses indivíduos. (MATSUDO, 2001).

Recentes investigações constataram que os idosos podem se beneficiar, substancialmente, de exercícios físicos, tais como a caminhada, o treinamento de força e alguns tipos de esporte, como a hidroginástica, aumentando os níveis de força, de resistência, de equilíbrio e, principalmente, de mobilidade, prolongando sua independência funcional, permitindo-lhes viver de maneira autossuficiente e digna. (BELLONI, 2008).

A preservação da autonomia funcional das pessoas idosas parece estar relacionada com o padrão de atividade física exercida ao longo da

vida (RAMOS, 1993). Os transtornos causados pela perda progressiva da autonomia refletem-se nos diversos domínios na vida do idoso, provocando consequências, como uma motricidade desequilibrada e precária (ARAGÃO, DANTAS, DANTAS, 2002).

A contribuição da atividade física para a saúde está associada a uma redução do nível de risco ao qual cada pessoa está sujeita durante a vida, sendo necessárias algumas recomendações, a fim de melhorar a condição física e desenvolver atitudes favoráveis a esse tipo de atividade (PIERON, 2004).

Assim, o declínio das capacidades funcionais durante os últimos anos, proporciona crescimento substancial pela procura de atividades físicas no meio líquido. Os exercícios aquáticos permitem melhor controle no equilíbrio e diminuem as possibilidades de quedas durante as atividades (POYHONEN et al., 2002; NAGLE et al., 2007; WANG et al., 2007), além de gerar efeitos positivos ao sistema músculo-esquelético²⁰ e contribuir para a manutenção no desempenho das AVD (ALVES et al., 2004; PEREIRA, 2005). Isto pode gerar melhorias na qualidade de vida, entretanto, poucos estudos têm investigado as relações entre as AVD e a qualidade de vida em idosos que realizam exercícios físicos regulares no meio aquático.

Acredita-se que a hidroginástica pode ser uma atividade física utilizada para prevenir o declínio funcional e ainda conservar a autonomia funcional das mulheres idosas, na qual possa influenciar de maneira positiva no estilo de vida saudável, pois terá importante papel com relação à promoção a saúde na velhice, contribuindo para hábitos de vida mais saudáveis.

Sabendo-se que esses fatores podem agir no desenvolvimento da qualidade de vida das pessoas, esta pesquisa objetiva avaliar os níveis de capacidade e autonomia funcional de idosas praticantes de hidroginástica, a fim de estabelecer alternativas direcionadas a programas de qualidade de vida.

MÉTODOS

O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN/RN, sob a numeração CAAE nº 0061.0.428.000.10 e Protocolo nº063/10 que foi devidamente aprovado, de acordo com o parecer daquele órgão. Essa aprovação levou em conta os princípios éticos de respeito à autonomia das pessoas. Os sujeitos entrevistados e pesquisados assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, onde constavam todas as informações relevantes sobre o estudo e sua participação no mesmo, de acordo com a resolução CNS 196/96 MS.

O estudo caracteriza-se como uma pesquisa de campo, descritiva e comparativa. Realizada com idosas que praticam hidroginástica no Serviço Social da Indústria – SESI Mossoró/RN, no período de Fevereiro a Outubro de 2010.

A amostra foi constituída por 50 idosas, com 60 anos ou mais, que praticavam regularmente as aulas de hidroginástica no Serviço Social da Indústria – SESI Mossoró/RN. A escolha foi efetuada de forma voluntária.

Para determinar o índice de massa corporal (IMC), as idosas foram pesadas e medidas em uma balança com capacidade de 150kg x 50g, plataforma com piso de borracha antiderrapante e régua para medida de altura (2,5m), marca Filizola. As mulheres foram colocadas na plataforma de costa para a balança, em posição anatômica, ereta e com os pés unidos e alinhados, para assim aferir peso e estatura. Depois foi aplicada a fórmula de peso/(altura)², com base no IMC (kg/m²) considera-se magreza o IMC < que 22 e sobrepeso o IMC ≥ 27 kg/m² (LIPSCHITZ,1994; NORMA TÉCNICA DA VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2004).

Para a determinação da capacidade funcional, foi usado o questionário de Auto-Avaliação da Capacidade Funcional (MATSUDO, 2000), o avaliado é solicitado a responder uma ficha (descrita abaixo), assinalando para cada uma das atividades da vida diária e atividades instrumentais colocadas em ordem crescente de dificuldade, o número (1,2

ou 3) que melhor expresse a capacidade de realizar essas atividades independentemente de o indivíduo realizá-las ou não, as atividades instrumentais da vida diária são: comer e beber; lavar o rosto e as mãos; ir ao banheiro; levantar da cadeira; entrar e sair da cama; movimentar-se dentro da casa; vestir-se; tomar banho; mover-se fora da casa em terreno plano; subir e descer escadas; cuidar dos pés e das mãos; atividades leves de limpeza da casa; preparar jantar; preparar café da manhã e almoço; arrumar a cama; lavar e passar roupa; fazer compras; atividades pesadas de limpeza da casa.

Para a avaliação da autonomia funcional foram utilizados os testes do protocolo de avaliação da autonomia funcional do Grupo de Desenvolvimento Latino-Americano para a Maturidade (GDLAM), constituídos de caminhar 10m (C10m), levantar-se da posição sentada (LPS), levantar-se da posição decúbito ventral (LPDV), levantar-se da cadeira e locomover-se pela casa (LCLC) e vestir e tirar uma camiseta (VTC). O tratamento estatístico será feito por meio da Tabela de GDLAM, onde será possibilitado estabelecer índice de Média e Desvio Padrão e o índice de GDLAM de autonomia (IG).

Estes testes estão descritos a seguir:

- Caminhar 10 metros (C10m) – o propósito deste teste é avaliar a velocidade que o indivíduo leva para percorrer a distância de 10 metros (SIPILÄ et al, 1996).
- Levantar-se da posição sentada (LPS) – o teste visa avaliar a capacidade funcional da extremidade inferior e consiste em: o indivíduo, partindo da posição sentada em uma cadeira, sem apoio dos braços, estando o assento a uma distância do solo de 50 cm, levanta-se e senta-se cinco vezes, consecutivamente (GURALNIK et al, 2000).
- Levantar-se da posição decúbito ventral (LPDV) – o propósito deste teste é avaliar a habilidade do indivíduo para levantar-se do chão. O teste consiste em: partindo da posição inicial em decúbito ventral, com os braços ao longo do corpo, ao comando de “já”, o indivíduo deve levantar-se, ficando de pé o mais rápido possível (ALEXANDER et al, 1997).

- Levantar-se da cadeira e locomover-se pela casa (LCLC) – o objetivo é avaliar a capacidade do idoso na sua agilidade e equilíbrio, em situações da vida. Com uma cadeira fixa no solo, deve-se demarcar dois cones diagonalmente à cadeira, a uma distância de quatro metros para trás e três metros para os lados direito e esquerdo da mesma. O indivíduo inicia o teste sentado na cadeira, com os pés fora do chão, e ao sinal de “já”, ele se levanta, move-se para direita, circula o cone, retorna para a cadeira, senta-se e retira ambos os pés do chão. Sem hesitar, faz o mesmo movimento para a esquerda. Imediatamente, realiza novo percurso, para a direita e para a esquerda, assim perfazendo todo o percurso e circulando cada cone duas vezes, em menor tempo possível (ANDREOTTI, OKUMA, 1999).

- Teste de vestir e tirar uma camiseta (VTC) – O objetivo deste teste é avaliar a agilidade e a coordenação dos membros superiores. O tempo de realização do mesmo será marcado em segundos. Quanto menor o tempo de execução, melhor será o resultado. O indivíduo deve estar de pé, com os braços ao longo do corpo e com uma camiseta de tamanho “G” (Hering, Brasil) em uma das mãos. Ao sinal de “já”, ele deve vestir a camiseta e, imediatamente, retirá-la, retornando à posição inicial (DANTAS, VALE, 2004).

Todos esses testes são utilizados para o cálculo do Índice de GDLAM (IG). O tempo desses testes é calculado em segundos. Escores menores, nesse instrumento, representam melhor nível de autonomia funcional e vice-versa. O IG é calculado da seguinte forma:

$$IG = [(C10m + LPS + LPDV) \times 2] \times LCLC / 3$$

Na Tabela 1 são apresentadas as classificações da avaliação da autonomia, por meio do protocolo GDLAM, obtido por quartis (VALE, NOVAES, DANTAS, 2005).

Tabela 1: Padrão de Avaliação da Autonomia Funcional do Protocolo GDLAM

Teste	C10m	LPS	LPDV	LCLC	IG
Classificação	(seg)	(seg)	(seg)	(seg)	(escores)
Fraco	+ 6,89	+ 11,47	+ 4,51	+ 43,00	+ 28,54
Regular	6,89-6,23	11,47-9,86	4,51-3,48	43,00-38,69	28,54-25,25
Bom	6,22-5,58	9,85-8,35	3,47-2,78	38,68-34,78	25,24-22,18
Muito Bom	-5,58	-8,35	- 2,78	- 34,78	- 22,18

Legenda: C10m = caminhar 10 metros; LPS = levantar da posição sentada; LPDV = levantar da posição de decúbito ventral; LCLC = levantar da cadeira e locomover-se pela casa; IG = índice GDLAM.

A análise dos dados para classificação de autonomia e capacidade funcionais foi comparada à tabela padrão e analisados a luz da literatura pertinente. A estatística utilizada foi a descritiva através da média, desvio padrão, coeficiente de variação e frequência simples e relativa.

RESULTADOS

As tabelas a seguir apresentam resultados descritivos e inferenciais na comparação do protocolo de GDLAM, da auto-avaliação da capacidade funcional e, também da classificação do IMC do grupo de idosas.

A Tabela 2 apresenta os resultados do teste em segundos de avaliação da autonomia funcional da amostra. Para avaliarmos a autonomia funcional, entendemos que a valência é inversamente proporcional aos resultados dos testes, ou seja, à medida que os valores dos testes em segundos crescem, a classificação da autonomia diminui e vice-versa.

Tabela 2: Avaliação descritiva e inferencial da autonomia funcional, segundo GDLAM:

Testes	x	s	Classificação
C10m	8,52	2,39	FRACO
LPS	19,97	10,73	FRACO
LPDV	8,43	7,63	FRACO
VTC	15,13	6,71	FRACO
LCLC	47,11	9,20	FRACO
IG	37,80	8,97	FRACO
Classificação Geral da População			FRACO

x= média, s= desvio padrão

Para avaliar a auto-avaliação da capacidade funcional, deve somar os valores, entendendo que a valência é diretamente proporcional à sua respectiva classificação, isto é, à medida que o valor de pontuação (escore) cresce para a opção (I) a classificação aproxima-se de avançado, opção (II) moderado e opção (III) baixo. (Tabela 3).

Tabela 3: Auto-avaliação da capacidade funcional de idosas

Nível da Capacidade Funcional	Numero de Idosas (%)
Avançado	48 (98%)
Moderado	1 (1%)
Baixo	1 (1%)

n= 50 sujeitos

O IMC foi classificado em normal para idade, segundo Lipschitz (1994). A tabela 4 apresenta os dados sobre as condições de massa corpórea dos indivíduos.

Tabela 4: Índice de massa corporal

	Peso (Kg)	Estatura (cm)	IMC (kg/m ²)
x	66,67	162,12	25,37
dp	9,37	6,87	3,24
CV (%)	14%	4%	13%

x=media, s=desvio padrão, CV=coeficiente de variação

DISCUSSÃO

A prática frequente de hidroginástica na terceira idade é capaz de promover modificações morfológicas, sociais e fisiológicas, melhorando as funções orgânicas e psíquicas do indivíduo (BONACHELA, 1994, ROCHA, 2007).

De acordo com os dados encontrados, podemos verificar dados fracos de autonomia funcional, esses resultados vêm corroborar com vários estudos os quais apresentaram os mesmos resultados. Cader et al (2006), utilizando o protocolo GDLAM, analisaram o perfil (I) da autonomia funcional de idosos asilados e encontraram em seus resultados: C10m (13,39 seg), LPS (13,07 seg), VTC (15,70 seg), LPDV (6,15 seg), LCLC (76,60 seg) e IG (47,32 seg). Tais resultados denotam segundo Vale (2005), um valor fraco de autonomia funcional.

Pereira et al (2003) realizaram um estudo em duas entidades filantrópicas e em ambos asilos, os testes de autonomia funcional apresentaram valores fracos: C10m (13,71 seg e 29,57 seg); LPDV (6,36 seg e 10,00 seg) e LPS (18,86 seg e 20,21 seg), respectivamente. Estes dados apontam a mesma tendência para a pesquisa em questão.

O fator mais importante para se avaliar a dependência e também o risco de mortalidade do indivíduo idoso é sua capacidade para desempenhar as atividades da vida diária (AVD), que está associada à autonomia funcional (GUIMARÃES et al. 2008). Segundo Ramos et al (1993) e Ramos, Simies, Albert (2001), idosos com dependência para sete ou mais têm três vezes mais risco de mortalidade do que indivíduos independentes, sendo que a dependência nas AVD é um fator que pode ser mutável com prevenção e reabilitação. Além disso, os transtornos causados pela perda progressiva da autonomia refletem em diversos domínios na vida dos idosos, provocando consequências, como uma motricidade desequilibrada e precária. (ARAGÃO, DANTAS, DANTAS, 2002).

Além desse teste foi utilizado um questionário de auto-avaliação da capacidade funcional, com a escala do questionário da Auto-Avaliação

da Capacidade Funcional (MATSUDO, 2000) para avaliar a auto-percepção de desempenho de atividades da vida diária dos idosos, incluindo as atividades básicas da vida diária e as atividades instrumentais da vida. Os resultados desse questionário não condizem com os resultados do teste de autonomia funcional. Pois 98% foram classificadas como avançado. Esses resultados provam que elas se sentem bastante ativas no seu dia-a-dia e que a atividade física praticada (hidroginástica) tem para sua própria percepção: alcance de seus objetivos.

Monteiro et al (MONTEIRO et al, 2008) ao analisar os resultados da capacidade funcional e atividade física de idosos com diabetes tipo 2 observou que aqueles que praticavam alguma atividade física apresentaram um nível de capacidade funcional, moderado e avançado, segundo o questionário da Auto-Avaliação da Capacidade Funcional (MATSUDO, 2000).

Em São Paulo, estudo realizado em amostra representativa do município, 53% dos idosos (≥ 60 anos) referiu autonomia total nas atividades da vida diária, enquanto 29% dos entrevistados necessitavam de ajuda parcial ou total para realizar até três atividades. (RAMOS, 2003). Já em um estudo realizado na periferia de Goiânia ($n = 107$), com idosos atendidos por uma equipe de saúde da família mostrou que 40,9% destes eram dependentes na realização das atividades da vida diária (NAKATANI et al, 2003).

Em mulheres maiores de 50 anos, residentes no Estado de São Paulo, utilizando como método para a avaliação da capacidade funcional a auto-avaliação da capacidade de realizar 18 tipos diferentes de atividades, constatou que a maioria das mulheres realizou as atividades da vida diária de forma independente, e que o envolvimento em programas de atividade física contribuiu para a manutenção da capacidade funcional, independentemente da idade cronológica. (MATSUDO, MATSUDO, BARROS NETO, 2000).

Ao verificar a prática regular e orientada de hidroginástica sob a influencia na autonomia funcional de mulheres na terceira idade observada nesta pesquisa foi comprovado que a hidroginástica é benéfica para o bem

estar de todos, todavia sua prática não foi suficiente para melhorar a autonomia funcional dos idosos praticantes de hidroginástica dessa pesquisa.

Poderíamos agora sugerir ao professor de hidroginástica que reveja seu planejamento devido os dados fracos de autonomia funcional encontrados nessa pesquisa, todavia, os resultados do questionário deixam claro que as idosas estão se sentindo bem fisicamente e apresentam IMC condizente com peso normal para idade.

Já vimos que a hidroginástica promove ao idoso, mudanças sociais e psíquicas, contribuindo para o bem estar do idoso. Paralelo a isso percebemos que as aulas de hidroginástica apresentam atividades recreacionais e de bem convivência, e não preconiza outro tipo de objetivo como, por exemplo, desempenho ou estética.

Estudos sobre auto-avaliação ou auto-percepção têm sido bastante relatados na literatura (LEE, 2000; LIMA-COSTA, FIRMO, UCHÔA, 2004), sugerindo que o idoso percebe sua saúde conforme as possibilidades que tem para enfrentar seus problemas. A forma como o idoso percebe sua vida, suas expectativas e suas preocupações podem influenciar sua saúde e sua autonomia.

Fabício, Rodrigues, Costa Junior (2004), ao analisar os resultados de estudos de causas e consequências de quedas em idosos residentes em Ribeirão Preto, São Paulo, observou uma frequência de quedas maior em mulheres do que em homens, citando como consequências destas quedas a redução na capacidade funcional. No mesmo estudo, os autores observam a ocorrência de fraturas como resultado agravante da queda, sugerindo uma relação desta condição com a presença de osteoporose prevalente no sexo feminino. As mulheres possuem maior perda de massa muscular e massa óssea com o envelhecimento, caracterizando-se como potenciais fatores responsáveis pela diminuição da capacidade funcional, que devem ser explorados em futuros estudos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o peso corporal tende a aumentar até a faixa de 60 anos. O aumento de peso do homem alcança

seu ápice aos 65 anos, e a partir dessa fase a uma diminuição do peso. Já as mulheres atingem esse ápice aos 75 anos (MENEZES, MARUCCI, 2005; OMS, 2007). A diminuição do peso a partir dos 65 anos, principalmente entre os homens, pode estar associada à perda de massa muscular (OMS, 2007).

Além desses testes verificamos também o IMC das idosas. Os resultados mantiveram média de 25,4, condição esta classificada como “Peso Normal”, provando ainda mais o quanto a prática de atividade física tem sido benéfica para a saúde e o bem estar dessas idosas.

A atividade física regular vem sendo considerada como forma de manutenção da aptidão física em indivíduos idosos, citada na literatura como forma de atenuar e reverter a perda de massa muscular, contribuindo para preservar a autonomia funcional e o envelhecimento saudável (SHEPPARD, 2003).

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo demonstraram que os dados encontrados para a autonomia funcional permitem concluir que os idosos estão classificados como fracos de acordo com o protocolo GDLAM da avaliação funcional, contudo se declararam independentes nas AVD's, estando ainda com o IMC normal.

Programas de orientações e incentivo sobre os benefícios da atividade física são recomendados para que os idosos mantenham sua capacidade funcional e, conseqüentemente, tenham melhor qualidade de vida, pois idosas que permanecem inativas fisicamente ao longo da vida sofrerão os efeitos do envelhecimento com maior impacto; em oposição, as que se mantiverem ativas fisicamente tenderão a prolongar a sua autonomia funcional e qualidade de vida.

Verificar a prática regular e orientada de hidroginástica sob a influência na autonomia funcional de mulheres na terceira idade foi observada nesta pesquisa. Já foi comprovado que a hidroginástica é

benéfica para o bem estar de todos, todavia sua prática não foi suficiente para melhorar a autonomia funcional dos idosos praticantes de hidroginástica dessa pesquisa.

Sugerimos que seja elaborado um trabalho de treinamento com maior frequência e intensidade, aumentado assim o nível de atividade física, tendo em vista que os resultados não foram satisfatórios. Apesar de entendemos que se houverem mudanças radicais nesta metodologia (aulas de hidroginástica) poderá afetar diretamente todo um processo a qual elas já estão acostumadas, pois o mais importante é que elas se sintam bem no que estão fazendo e sejam felizes, visando o benefício de melhorar a qualidade de vida.

Portanto, mais estudos devem ser realizados na perspectiva de se verificar e identificar quais seriam os potenciais benefícios da atividade física para indivíduos idosos que procuram manter seus níveis de autonomia funcional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDREOTTI R. A.; OKUMA, S. S. Validação de uma bateria de testes de atividades da vida diária para idosos fisicamente independentes. **Ver. Paul. Educ. Fis.** v. 13, n. 1, p. 46-66, 1999.
- ARAGÃO, J. C. B.; DANTAS, E. H. M.; DANTAS, B.H.A. Efeitos da resistência muscular localizada visando a autonomia funcional e a qualidade de vida do idoso. **Fitness & Performance Journal.** v. 1, n. 3, p. 29-37, 2002.
- ALVES, R. V. et al. Aptidão física relacionada à saúde de idosos: influência da hidroginástica. **Rev. Bras. Med. Esporte.** v. 10, n. 1, p. 31-37, 2004.
- ALEXANDER, N. B. et al.. Rising from the floors in older adults. **Journal of the American Geriatrics Society.** v. 45, n. 5, p. 564–569, 1997.
- BELLONI, D. et al. Estudo comparativo entre a autonomia funcional de mulheres idosas praticantes e não praticantes de hidroginástica. **Revista de Educação Física.** Rio de Janeiro, n. 3, p. 20-26, 2008.
- BONACHELA, V. **Manual Básico de Hidroginástica.** Rio de Janeiro: Sprint, 1994.
- CALASANS P. A.; ALOUCHE, S.R. Correlação entre o nível cognitivo e a independência funcional após AVE. **Rev. Bras. Fisioter.** v. 8, p. 105-109, 2004.

- CADER, S. A. et al. Perfil da qualidade de vida e da autonomia funcional de idosos asilados em uma instituição filantrópica no município do Rio de Janeiro. **Fitness & Performance Journal**. v. 5, n. 4, p. 256- 261, 2006.
- DANTAS, E. H. M.; VALE, R. G. S. Protocolo GDLAM de avaliação da autonomia funcional. **Fitness & Performance Journal**, v. 3, n. 3, p. 169-180, 2004.
- FABRÍCIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P.; COSTA JUNIOR, M. L. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Rev Saúde Pública**. v. 38, p. 93-9, 2004.
- GURALNIK, J. M. et al. Lower extremity function and subsequent disability consistency across studies, predictive models and value of gait speed alone compared with the short physical performance battery. **Journal of Gerontology**. v. 55, n. 4, p. M221-M231, 2000.
- GUIMARÃES, A. C. et al. Efeitos de um programa de atividade física sobre o nível de autonomia de idosos participantes do programa de saúde da família. **Fitness & Performance Journal**. v. 7, n. 1, p. 5-9, 2008.
- HEIKKINEN, R. L. **O papel da atividade física no envelhecimento saudável**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 1998.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Base de dados, Censo 2004**. Disponível na Internet em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em 16 de Agosto de 2010.
- LEE Y. The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults. **J. Epidemiol. Community Health**. v. 54, p. 123-129, 2000.
- LIMA-COSTA M. F., FIRMO J. O. A., UCHÔA E. Estrutura da auto-avaliação da saúde em idosos: Projeto Bambuí. **Rev. Saúde Pública**. v. 38, p. 827-34. 2004.
- LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutrition status in the elderly. **Prim. Care**. v. 21, p. 55-67, 1994.
- MENEZES, T. N.; MARUCCI, M. F. N. Antropometria de idosos residentes em instituições pediátricas. Fortaleza, CE. **Rev. Saúde Pub**. v. 39, n. 2, p. 169-175, 2005.
- MORAES, E. N.; MORAES, F. L.; LIMA, S. P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Rev. Med. Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 67-73, 2010.
- MATSUDO, S. M. M. **Avaliação do idoso: física e funcional**. Londrina: Midiograf, 2000.
- _____. **Envelhecimento & atividade física**. Londrina: Midiograf, 2001.
- MATSUDO, S. M. M.; MATSUDO, V. K. R.; BARROS NETO T. L. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. **Rev. Bras. Ciên. Mov**. v. 8, n. 4, p. 21-32, 2000.
- MONTEIRO, Z. L. et al. Capacidade funcional e atividade física de Idosos com diabetes tipo 2. **Rev. Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 13, n. 3, 2008.
- NAGLE, E. F. et al. Effects of Aquatic Exercise and Walking in Sedentary Obese Women Undergoing a Behavioral Weight-Loss Intervention. **Int. J. Aquat. Res. Educ**. v.1, p. 43-56, 2007.

NORMA TÉCNICA DA VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL – SISVAN/MS – 2004.

NAKATANI, A. Y. K. et al. Perfil sócio-demográfico e avaliação funcional de idosos atendidos por uma equipe de saúde da família na periferia de Goiânia, Goiás. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.** v. 1, p. 131-136, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Growth reference data for 5-19 years.** 2007.

OKUMA, S. S. **O idoso e a atividade física: fundamentos e pesquisa.** 2. ed. Campinas SP: Papirus, 2002

PEREIRA, I. C. et al. Perfil da autonomia funcional de idosos institucionalizados na cidade de Barbacena. **Fitness & Performance Journal.** v. 2, n. 5, p. 285-288, 2003.

PEREIRA, F. F. et al. Perfil de um grupo de mulheres idosas residentes no condomínio Rio 2, no município do Rio de Janeiro. **Fitness & Performance Journal.** v. 4, n. 6, p. 352-6, 2005.

PITANGA, F. G.; LESSA, I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. **Cad. Saúde Pública.** v. 21, n. 3, p. 870-877, 2005.

PIERON, M. Estilo de vida, prática de atividades físicas e esportivas, qualidade de vida. **Fitness & Performance Journal.** v. 3, n. 1, p. 10-18, 2004.

POYHONEN, T. et al. Effects of aquatic resistance training on neuromuscular performance in healthy women. **Med. Sci. Sports Exerc.** v. 34, n. 12, p. 2103–2109, 2002.

ROSA, T. E. C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev. Saúde Pública.** n. 37, p. 40-48, 2003.

RAMOS, L. R.; SIMIÉS, E.; ALBERT, M. S. Dependence on daily living and cognitive impairment strongly predicted mortality among urban elderly residents in Brazil: a two-year follow up. **J. Am. Geriatr. Soc.** v. 49, p. 1168-75, 2001.

RAMOS, L. R. et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública.** v. 27, p. 87-94, 1993.

_____. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. São Paulo: **Cad. Saúde pública.** v. 19, n. 3, p. 793-798, 2003.

ROCHA, A. C. et al. Alterações morfofuncionais causadas pelo treinamento de força no meio líquido. **Fitness & Performance Journal.** v. 6, n. 3, p. 188-194, 2007.

SHEPPARD, R. J. **Envelhecimento, atividade física e saúde.** São Paulo: Phorte Editora, 2003.

VALE, R. G. S.; NOVAES, J. S.; DANTAS, E. H. M. Efeitos do treinamento de força e de flexibilidade sobre a autonomia de mulheres senescentes. **Rev. Bras. Ciênc. Mov.** v. 13, p. 33-40, 2005.

VALE, R. G. S. Avaliação da autonomia funcional do idoso. **Fitness & Performance Journal.** v. 4, n. 1, p. 4, 2005.

WANG, T. J. et al. Effects of aquatic exercise on flexibility, strength and aerobic fitness in adults with osteoarthritis of the hip or knee. **J. Adv. Nurs.** v. 57, n. 2, p. 141–152, 2007.

AUTONOMIA FUNCIONAL EM IDOSOS DO SEMI-ÁRIDO NORDESTINO

Gleidson Mendes Rebouças¹

RESUMO

Este estudo objetiva avaliar a autonomia funcional em idosos praticantes e não-praticantes de atividade física regular. Escolhida de forma intencional e não probabilística, a amostra foi composta por 24 indivíduos (n=24) do sexo feminino, com idades entre 65 a 75 anos (inclusive), todas residentes na cidade de Mossoró-RN, sendo 12 não-praticantes de atividade física (G1 = 12), e 12 praticantes de treino resistido em academia de musculação (G2 = 12). O instrumento utilizado para quantificarmos a autonomia funcional foi o protocolo de GDLAM de autonomia, que visa medir a capacidade funcional de membros inferiores e superiores. O Índice Geral (IG) pode ser utilizado como parâmetro de avaliação da autonomia funcional das Atividades da Vida Diária (AVD). O teste t de *Student* para amostras independentes foi utilizado para comparação entre os índices de autonomia geral encontrado adotando-se um nível de significância de $P < 0,05$. Os dados foram analisados com o auxílio do pacote estatístico SPSS 18.0. Os resultados comparativos dos grupos foram os seguintes: C10 ($p=0,017$), LPS ($p=0,037$), LPDV ($p=0,009$), LCLC ($p=0,045$), VTC ($p=0,267$) e o IG ($p=0,004$). Tendo em vista o método e as restrições observadas para a seleção dos grupos de acordo com os aspectos de treinabilidade, pode-se concluir que o treinamento resistido de força pôde proporcionar maiores incrementos dos níveis de autonomia funcional. Pode-se acreditar que pessoas que praticam uma atividade física regular apresentam melhor condicionamento físico e melhor desempenho nas atividades que requerem força muscular, principalmente de membros inferiores, influenciando diretamente a autonomia funcional nas atividades da vida diária de idosos.

Palavras-Chave: Avaliação Física, idoso, saúde.

¹Professor Especialista do Curso de Educação Física da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do RN, Natal/RN.

INTRODUÇÃO

O conceito de autonomia pode ser definido como sendo uma relação de independência que o indivíduo estabelece com o meio ambiente em que vive, onde o sujeito assume completamente o poder de suas decisões. Ao se organizarem, criam sua própria identidade, isto é um sistema autônomo. Assim a autonomia pressupõe que se seja capaz de identificar, e assim, se diferencia dos outros. (SENIN , CHERUBINI, 1996; HEBERT, 1997; CÉSAR, et al., 2004; DE MENESES, et al., 2007; BELLONI, et al., 2008; GONCALVES, et al., 2010).

Na terceira idade, os indivíduos perdem parte de sua capacidade funcional, ou seja, de realizar tarefas simples do cotidiano. Esta perda implicará para ele um grande número de problemas, tais como; queda, impossibilidade de locomover-se sozinho, dentre outros. Hoje em dia sabe-se que a força é uma Valência física essencial para a vida e vital para a saúde, a fraqueza dos músculos pode fazer com que uma pessoa idosa deixe de realizar suas atividades (HEBERT, 1997; TARTARUGA, et al. 2005; PEREIRA, et al., 2006; BELLONI, et al., 2008; FONSECA, et al., 2010).

O sedentarismo está ligado diretamente a problemas de saúde entre idosos e literalmente causa o desuso dos sistemas funcionais. Desta forma, o aparelho locomotor e os demais órgãos e sistemas solicitados durante as diferentes formas de atividade física entram em processo de regressão funcional, caracterizando, no caso dos músculos esqueléticos, um fenômeno associado à atrofia muscular, a perda da flexibilidade, além de haver um comprometimento das funções de vários órgãos e com isso contribuindo significativamente para a perda da capacidade funcional no indivíduo (KRAEMER, et al., 1999; KRAEMER, et al., 1999; MONTEIRO, et al., 2004; TARTARUGA, et al., 2005; PEREIRA, et al., 2006).

Com base no exposto acima, um dos meios para se evitar tais complicações é a prática regular de alguma atividade física. Esta prática é

recomendada para manter e/ou melhorar a densidade mineral óssea e prevenir a perda de massa óssea exercendo um efeito positivo na preservação da massa óssea. Entretanto, ela não deve ser considerada como substituto da terapia de reposição hormonal. A associação entre tratamento medicamentoso e exercícios físicos é uma excelente maneira de prevenir fraturas e, desta forma, evitar perdas funcionais (BOCALINI, et al., 2008; DE VOS, et al., 2008; HANSON, et al., 2009; MARSH, et al., 2009; STUDINGER, et al., 2009; WILLIAMS, 2009; STEIB, et al., 2010; WEBBER, PORTER, 2010).

Assim, o objetivo do presente estudo foi avaliar a autonomia funcional em idosos praticantes e não-praticantes de atividade física regular.

MÉTODOS

Escolhida de forma intencional e não probabilística, a amostra foi composta por 24 indivíduos ($n=24$) do sexo feminino com idades entre 65 a 75 anos (inclusive), todas residentes na cidade de Mossoró-RN, sendo 12 não-praticantes de atividade física ($G1 = 12$), e 12 praticantes de treino resistido em academia de musculação ($G2 = 12$). Adotamos dois critérios de inclusão para o $G2$ que consistiu em um mínimo de 6 (seis) meses de prática regular e uma frequência mínima de 3 vezes por semana.

O instrumento utilizado para quantificarmos a autonomia funcional foi o protocolo de GDLAM de autonomia (CÉSAR et al., 2004; DANTAS, VALE, 2004), que visa medir a capacidade funcional de membros inferiores e superiores. O Índice Geral (IG) pode ser utilizado como parâmetro de avaliação da autonomia funcional das Atividades da Vida Diária (AVD). O protocolo é constituído de cinco testes realizados individualmente.

1. C10 (Caminhar 10 metros): O indivíduo percorre uma distância de 10 metros e sua velocidade é medida em

segundos;

2. LPS (Levantar-se da Posição Sentado): O indivíduo parte da posição sentado em uma cadeira (a 50cm do solo), sem o apoio dos braços, levanta-se e senta-se, cinco vezes consecutivas;
3. LPDV (Levantar-se da Posição de Decúbito Ventral): Consiste no indivíduo partir da posição deitado e ao sinal de “pronto” levantar-se o mais rápido possível;
4. LCLC (Levantar-se e Locomover-se Pela Casa): O indivíduo inicia o teste sentado em uma cadeira (à 50cm do solo) e ao sinal verbal de “pronto” levanta-se e locomove-se pela casa circundando os cones (que estão separados por quatro metros) localizados atrás da cadeira por duas vezes, uma pelo lado direito e outra pelo lado esquerdo, e retornando assim ao ponto de partida;
5. VTC (Vestir e Tirar uma Camisa): Posicionado de pé com uma camiseta em uma das mãos, espera por um sinal verbal de “pronto” para vestir e imediatamente tirar a camisa no menor espaço de tempo possível, a fim de medir a agilidade de membros superiores.

Portanto, os materiais foram: um cronômetro da marca polar; uma cadeira de plástico com assento a 50cm do solo; dois cones de sinalização e uma camiseta regata tamanho G confeccionada em algodão. O escore do Índice Geral (IG) de autonomia funcional é obtido segundo a equação proposta abaixo:

Quadro 1 - Obtenção do escore do IG.

$$IG = \frac{[(C10 + LPS + LPVD + VTC) \times 2] + LCLC}{4}$$

O teste t de *Student* para amostras independentes foi utilizado

para comparação entre os índices de autonomia geral encontrado adotando-se um nível de significância de $P < 0,05$. Os dados foram analisados com o auxílio do pacote estatístico SPSS 18.0.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os valores na tabela 1 descrevem os resultados quanto à aplicação do protocolo de autonomia funcional GDLAM na amostra de idosas praticantes e não praticantes de atividade física. Os resultados demonstram diferenças estatísticas em todas as comparações exceto para a tarefa de vestir e tirar uma camisa (VTC). Mesmo assim, os valores encontrados nesta variável não alteraram a configuração do IG para não encontrarmos diferenças estatísticas.

Tabela 1 – Medidas descritivas e comparações estatísticas entre os grupos para as variáveis investigadas.

	C10	LPS	LPDV	LCLC	VTC	IG
Não-Praticantes	9,9 + 2,4	13,3 + 2,7	6,7 + 2,1	26,2 + 4,0	14,5 + 3,2	28,7 + 4,6
Praticantes	7,8 + 1,6	11,3 + 1,5	4,7 + 1,2	21,5 + 6,5	12,7 + 4,5	23,5 + 3,2
t test (G1 x G2)	0,017*	0,037*	0,009**	0,045*	0,267	0,004**

* Diferença significativa ($p < 0,05$).

** Diferença significativa ($p < 0,01$).

O quadro 2 mostra uma sequência de estudos que investigaram a autonomia funcional com desenhos experimentais de treinamento físico variados.

Quadro 2 - Estudo da autonomia nas Atividades da Vida Diária, através do protocolo GDLM (DANTAS, VALE, 2004).

Estudo (ano)	Treinamento	C10m	LPS	LPDV	LCIC
Amorim, 2002	Aeróbico	6,78	10,68	3,88	-
Aragão, 2002	RWL	7,0	11,0	4,5	-
Baptista et al., 2003	Yoga	6,26	7,55	2,92	-
Baptista, 2004	Yoga	6,97	7,34	2,71	-
Geraldes, 2000	Força	5,6	11,4	4,1*	-
Pernambuco et al., 2003	Shiatsu	7,46	12,95	5,73	54,12
Pernambuco, 2004	Shiatsu	6,07	10,11	3,21	39,17
Vale et al., 2003a	Flex. Dinâmico	5,93	8,35	3,35	38,72
Vale et al., 2003b	Flex. Dinâmico	5,44	7,70	2,90	-
Vale, 2004	Força	5,35	8,30	2,54	-
	Força 75-85%	5,65	7,16	3,28	35,76
	Flex. Dinâmico	5,93	8,35	3,32	38,35
	Controle	7,11	13,23	4,99	46,31
Varejão et al., 2004	Flex. Estático	5,35	9,43	3,43	-
	Alongamento	5,99	9,44	3,53	-

Considerando que a tarefa de vestir e tirar uma camisa não tem uma relação exclusiva com os aspectos associados ao tônus muscular tais como força e resistência e sim mais com aspectos de mobilidade articular, podemos especular que as diferenças não foram evidenciadas, pois provavelmente o programa de atividade física ao qual estão inseridas (treino resistido) não prioriza alongamentos e nem ganho de flexibilidade (VALE, et al., 2008). Esta pesquisa apresenta resultados semelhantes a outros estudos (SCHOT et al., 2003; VALE et al., 2005) com a utilização destes testes. O treinamento contra resistência vem apresentando alterações significativas ($p < 0,05$) nas Atividades da Vida Diária em diversas populações.

Em estudos com treinamento de flexionamento dinâmico (VALE, et al., 2003) os pesquisadores alcançaram respostas satisfatórias para a tarefa LPDV ($3,28 \pm 1,72$ e $3,32 \pm 1,10$ segundos) entre um grupo que treinou força e o que treinou flexibilidade respectivamente, apontando que os indivíduos destes grupos conseguem deitar e levantar da cama ou do chão sozinhos.

Diversos outros estudos também apontam uma redução do tempo de execução de tarefas associa à autonomia funcional tanto em atividades anaeróbias como aeróbias (KING et al., 2000; SCHLICHT et al., 2001; AMORIM, 2002; VALE et al., 2005). O resultado do teste de caminhar 10 metros (C10m) é corroborado pelas pesquisas supracitadas que realizaram treinamento de força com suas amostras. Com resultados menores a oito segundos para o grupo praticante de atividade de força. Já podemos perceber que mesmo com um tempo razoavelmente pequeno de prática sistemática de exercícios com pesos, a amostra já se destaca quando comparada a indivíduos sedentários para a mesma faixa etária.

No teste de levantar da cadeira e locomover-se pela casa (LCLC), os grupos divergiram e estes achados são corroborados por outras pesquisas que, como esta, também encontrou respostas similares (OURANIA et al., 2003; DANTAS, VALE, 2004; MELO et al., 2004; TARTARUGA et al., 2005; VALE et al., 2005; PEREIRA et al., 2006).

Estudos não tão recentes (RASO et al., 1997; KRAEMER et al., 1999) já apontavam que a participação regular de idosos em programas de atividade física pode reduzir o impacto negativo da idade sobre as variáveis de aptidão física e sobre as atividades da vida diária. Dentre elas, diversos autores citam a diminuição da flexibilidade, da força muscular e do desempenho motor como os principais fatores de prevalência de incapacidade, dependência e fraqueza (SCHOT et al., 2003; ANTON et al., 2004; HANSON et al., 2009; MARSH et al., 2009; GONCALVES et al., 2010; WEBBER, PORTER 2010)

Portanto, os efeitos do treinamento da força e da flexibilidade proporcionam impactos significativos na vida do idoso, pois os benefícios adquiridos na função musculoesquelética sustentam a manutenção da autonomia e da qualidade de vida (VALE et al., 2004).

CONCLUSÃO

Tendo em vista o método e as restrições observadas para a seleção dos grupos de acordo com os aspectos de treinabilidade, os achados indicam que o treinamento resistido de força pôde proporcionar maiores incrementos dos níveis de autonomia funcional. Podemos acreditar que pessoas que praticam uma atividade física regular apresentam melhor condicionamento físico e melhor desempenho nas atividades que requerem força muscular, principalmente de membros inferiores, influenciando diretamente a autonomia funcional nas atividades da vida diária de idosos. Contudo, se no programa de atividade física não tiver incluído exercícios específicos de equilíbrio e flexibilidade, pouco se terá êxito em tarefas que requerem além de força, uma amplitude maior de movimento. Atentamos para o fato de que uma maior autonomia na realização de atividades cotidianas trará conseqüentemente uma melhor qualidade de vida para o idoso quando comparados com aqueles que não são praticantes de atividade física.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMORIM, F. Efeitos do treinamento da capacidade aeróbica sobre a qualidade de vida e autonomia de idosos. **Fitness & Performance Journal**, v. 1, n. 3, p. 47-55, 2002.
- ANTON, M. et al. Age-related declines in anaerobic muscular performance: weightlifting and powerlifting. **Medicine and science in sports and exercise**. v. 36, n. 1, p. 143, 2004.
- BELLONI, D. et al. Estudo comparativo entre a autonomia funcional de mulheres idosas praticantes e não praticantes de hidroginástica. **Revista de Educação Física**. v. 140, p. 20-25, 2008.
- BOCALINI, D. S. et al. Water- versus land-based exercise effects on physical fitness in older women. **Geriatr Gerontol Int**. v. 8,n. 4, p. 265-271, 2008.
- CÉSAR, E. P. et al. Aplicação de quatro testes do protocolo GDLAM-Grupo de desenvolvimento latino-americano para maturidade. **Rev Min Educ Fís**. v. 12, n. 1, p. 18-37, 2008.
- DANTAS, E. H. M.; VALE, R. G. S. Protocolo GDLAM de avaliação da autonomia funcional. **Fitness & performance journal**, v. 3, p. 175, 2004.
- DE MENESES, Y. P.; et al. Correlation between the carotid resistance and functional autonomy of old women. **Rev Bras Enferm**. v. 60, n. 4, p. 382-386, 2007.
- DE VOS, N. J. et al. Effect of power-training intensity on the contribution of force and velocity to peak power in older adults. **J Aging Phys Act**. v. 16, n. 4, p. 393-407, 2008.
- FONSECA, M. D. E. et al. Respiratory muscle training programs: impact on the functional autonomy of the elderly. **Rev Assoc Med Bras**. v. 56, n. 6, p. 642-648, 2010.
- GONCALVES, L. C. et al. Flexibility, functional autonomy and quality of life (QoL) in elderly yoga practitioners. **Arch Gerontol Geriatr**, 2010.
- HANSON, E. D. et al. Effects of strength training on physical function: influence of power, strength, and body composition. **J Strength Cond Res**. v. 23, n. 9, p. 2627-2637, 2009.
- HEBERT, R. Functional decline in old age. **CMAJ**. v. 157, n. 8, p. 1037-1045, 1997.
- KING, A. et al. Comparative effects of two physical activity programs on measured and perceived physical functioning and other health-related quality of life outcomes in older adults. **The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences**. v. 55, n. 2, M74, 2000.
- KRAMER, W. J. et al. Acute hormonal responses to a single bout of heavy resistance exercise in trained power lifters and untrained men. **Can J Appl Physiol**. v. 24, n. 6, p. 524-537, 1999.
- KRAMER, W. J. et al. Effects of heavy-resistance training on hormonal response patterns in younger vs. older men. **J Appl Physiol**. v. 87, n. 3, p. 982-992, 1999.
- MARSH, A. P. et al. Lower extremity muscle function after strength or power training in older adults. **J Aging Phys Act**. v. 17, n. 4, p. 416-443, 2009.

- MELO, R. et al. Comparação do Grau de Flexibilidade e Autonomia Entre Idosas Praticantes de Tai Chi e Sedentárias. **Fitness & performance journal**. v. 4, p. 194, 2004.
- MONTEIRO, N. et al. Efeitos de um programa de atividade física regular sobre os níveis séricos basais de IGF-1 em idosas. **Fitness & performance journal**. v. 3, p. 130, 2004.
- OURANIA, M. H. et al. Effects of a physical activity program. The study of selected physical abilities among elderly women. **Journal of gerontological nursing**. v. 29, n. 7, p. 50, 2003.
- PEREIRA F. F. et al. Efeito do treinamento de força na qualidade de vida de mulheres idosas. **Fitness & performance journal**. v. 6, p. 383, 2006.
- RASO, V. et al. Exercícios com pesos para mulheres idosas. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. v. 2, n. 4, p. 17-26, 1997.
- SCHILICHT, J. et al. Effect of intense strength training on standing balance, walking speed, and sit-to-stand performance in older adults. **The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences**. v. 56, n. 5, M281, 2001.
- SCHOT, P. K. et al. Sit-to-stand performance of older adults following strength training. **Research quarterly for exercise and sport**. v. 74, n. 1, p. 1-8, 2003.
- SENIN, U.; CHERUBINI, A. Functional status and quality of life as main outcome measures of therapeutic efficacy in the elderly. **Arch Gerontol Geriatr**. v. 22, Suppl 1, p. 567-572, 1996.
- STEIB, S. et al. Dose-response relationship of resistance training in older adults: a meta-analysis. **Med. Sci. Sports Exerc**. v. 42, n. 5, p. 902-914, 2010.
- STUDINGER P. et al. Age-and fitness-related alterations in vascular sympathetic control. **J Physiol**. v. 587, Pt 9, p. 2049-2057, 2009.
- TARTARUGA, M. P. et al. Treinamento de força para idosos: uma perspectiva de trabalho multidisciplinar. **EFDeportes. com-Rev Digital (Buenos Aires)**. v. 10, n. 82, 2005.
- VALE, R.G. S. et al. A flexibilidade na autonomia funcional de idosas independentes. **Fitness & Performance Journal**. v. 2, n. 1, p. 23-29, 2003.
- VALE, R. G. S. et al. Effects of strength and flexibility training on autonomy of older women. **Rev. Bras. Ciênc. Mov**. v. 13, n. 2, p. 33-40, 2005.
- VALE, R.G.S. et al. Teste de autonomia funcional: vestir e tirar uma camiseta (VTC). **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. v. 14, n. 3, p. 71-78, 2008.
- VALE, R.G.S. et al. Efeitos do treinamento de força na flexibilidade de mulheres idosas. **Fitness & Performance Journal**. v. 5, p. 266, 2004.
- WEBBER, S. C.; PORTER, M. M. Effects of ankle power training on movement time in mobility-impaired older women. **Med Sci Sports Exerc**. v. 42, n. 7, p. 1233-1240, 2010.
- WILLIAMS, M. A.; STEWART, K. J. Impact of strength and resistance training on cardiovascular disease risk factors and outcomes in older adults. **Clin Geriatr Med**. v. 25, n. 4, p. 703-714, 2009.



PARTE 5

Estilo de Vida no Esporte e na Academia de Ginástica



ESTILO DE VIDA DOS CICLISTAS DO NORDESTE BRASILEIRO

Vagno Jesus Costa de Miranda¹
Álvaro Fernando Souza do Couto²
Adalberto Veronese da Costa³

RESUMO

O estilo de vida é um dos mais importantes determinantes da Saúde dos indivíduos. Este estudo objetiva identificar o perfil do estilo de vida de ciclistas do Nordeste Brasileiro nas categorias competidores e não competidores. Esta pesquisa de corte transversal caracteriza-se como descritiva comparativa, possuindo como amostra 90 ciclistas do sexo masculino, na faixa etária entre 18 a 50 anos (30 competidores e 60 não competidores), escolhidos aleatoriamente na cidade de Mossoró, Rio Grande do Norte (Brasil), devido a sua tradição em eventos ciclísticos. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi o questionário do “Perfil do Estilo de Vida Individual”, derivado do Pentáculo do Bem Estar – PBE, que aborda os fatores: nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamentos e controle do stress. A estatística utilizada foi a descritiva através da frequência simples e relativa, medidas de tendência central e dispersão. Para análise da normalidade dos dados, utilizou-se os testes de Komolgorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. Para comparar os indicadores de bem-estar entre os grupos, foi utilizado o teste de Mann-Whitney, considerando nível de significância de $p \leq 0,05$. Os resultados apontam diferenças significativas nos aspectos de comportamento preventivo ($p=0,003$) e relacionamento ($p=0,000$). Conclui-se que os ciclistas apresentam um estilo de vida positivo e semelhante, mas apresentando alguns aspectos que podem ser melhorados, entre eles os componentes: relacionamento e comportamento preventivo.

Palavras-chave: Saúde, Ciclismo, Qualidade de Vida.

¹Especialista em Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida - UERN, Mossoró/RN.

²Especialista em Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida - UERN, Mossoró/RN.

³Professor Doutor da Faculdade de Educação Física - UERN, Mossoró/RN.

INTRODUÇÃO

O estilo de vida é um dos mais importantes determinantes da Saúde dos indivíduos (MARTINS, PRADA, 2009). Existem vários fatores tanto positivos como negativos no estilo de vida que afetam diretamente nossa saúde, o desenvolvimento de hábitos saudáveis refletem no bem estar do indivíduo em todas as fases da vida (SILVA, SOUZA, 2009). Acredita-se que o estilo de vida está diretamente relacionado com a saúde do homem. Supõe-se que os ciclistas de Mossoró/RN têm um estilo de vida saudável, pois mesmo sem possuir um maior acesso a informações relacionadas a esse tema, adotam um estilo de vida ativo, realizando com frequência exercícios físicos, contribuindo assim para um dos fatores do estilo de vida.

A necessidade de se ter hábitos saudáveis de vida tem sido divulgada na nossa sociedade como forma de combater os danos causados a saúde pela forma de vida urbana atual (MASSON, MONTEIRO, 2010). No entanto, sendo o ser humano um ser biopsicossocial não é permitido desprezar a importância da obtenção de conhecimento na área da Saúde Mental e Qualidade de Vida (QV) para que se possa compreender os efeitos da atividade física sobre o homem e seu estilo de vida. É obvio que atletas competidores e não competidores tem em seu estilo de vida o fator atividade física bem presente, contudo o estilo de vida saudável contempla cinco fatores combinados entre si que é passivo de investigação neste grupo como: nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamento e controle do stress (NAHAS, 2001).

Em relação à nutrição, muitos atletas estão cientes da importância de uma boa alimentação, mas em sua maioria desconhece os nutrientes que devem ser incorporados à sua dieta através de uma alimentação balanceada necessária ao organismo para conseguir manter a saúde, preservar sua composição corporal e favorecer o funcionamento das vias metabólicas associadas à modalidade desportiva (NASCIMENTO, ALENCAR, 2007).

Quanto à atividade física se faz necessário saber se quando realizada diariamente apresenta melhores respostas com relação à melhora do sistema cardiorrespiratório, o que auxilia bastante na manutenção da saúde e performance. Já o comportamento preventivo, sabe-se que as lesões por *Overuse* e a síndrome do excesso de treinamento (*overtraining*) são disfunções que acometem atletas de todas as modalidades esportivas, inclusive no ciclismo (ALENCAR, 2010). No entanto, vale ressaltar que, na prática comum do ciclismo amador e não competitivo, muitas dores e desconfortos manifestados pelos adeptos a esta prática estão diretamente relacionados à falta de informação e ajustes ergonômicos da bicicleta (D'ELIA, 2009).

Cuidados na organização da sessão de treino como parte introdutória, principal e final alternância entre estímulos fortes, fracos e médios não pode ser negligenciados, mas em esportes de competição deve-se observar e respeitar os princípios científicos do treinamento, especialmente o da individualidade biológica para que a prática esportiva não se torne um fator gerador de problemas ao organismo, onde os mais comuns são as lesões desportivas típicas da modalidade (NAKAMURA, 2010). O stress no meio esportivo é um fator que se torna comum devido à busca do rendimento. Nesse processo, os aspectos psicológicos podem alterar o rendimento, bem como elevar seus níveis de stress (COSTA, 2003). Por outro lado, o ciclismo praticado de forma não competitiva e na modalidade indoor realizado nas academias de ginástica esta relacionado com a promoção e manutenção do bem-estar físico e psicológico. Andar de bicicleta por sua vez habitualmente esta associado à ausência de doenças (DESCHAMPS FILHO, 2005; HENDRIKSEN, 2010).

Portanto, este estudo objetiva analisar o estilo de vida dos ciclistas da cidade de Mossoró - RN quanto aos aspectos de nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamento social e controle do stress.

MÉTODOS

A amostra foi formada por 90 ciclistas, dividido em dois grupos, sendo 30 competidores na modalidade ciclismo de estrada, do sexo masculino com idade entre 18 a 50 anos e 60 ciclistas não competidores da modalidade Mountain-Bike com idades entre 18 a 50 anos, ambos os grupos da cidade de Mossoró - RN.

Foram pesquisados atletas que participaram pelo menos de uma etapa do Campeonato Mossoroense de Ciclismo 2009 e atletas não competidores que praticam regularmente o ciclismo na forma não competitiva.

Foi aplicado antes das competições e passeios o questionário de pesquisa do estilo de vida individual derivado do Pentáculo do Bem Estar (PBE), (MARTINS, PRADA, 2009). O PBE consiste em 15 perguntas fechadas, havendo uma auto-avaliação numa escala que corresponde de 0 (zero) absolutamente não faz parte do seu estilo de vida (NUNCA), 1 (um) às vezes corresponde ao comportamento (AS VEZES), 2 (dois) quase sempre verdadeiro (QUASE SEMPRE), 3 (três) que é a completa realização do comportamento considerado (SEMPRE).

A estatística utilizada foi a descritiva através da frequência absoluta e relativa, bem como as medidas de tendência central e dispersão baseado nos níveis dos ciclistas estudados. Para análise da normalidade dos dados utilizou-se os testes de Komolgorov-Smirnov (≤ 50 sujeitos) e Shapiro-Wilk (> 50 sujeitos). Para comparar os indicadores de bem-estar em função do grupo de ciclistas competidores e não competidores foi utilizado o teste de U de Mann-Whitney, considerando nível de significância de $p \leq 0,05$. O pacote estatístico utilizado foi o SPSS verso 16.0. Esta pesquisa segue as diretrizes da Lei 196/96 do comitê de ética da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN, Protocolo N° 059/2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os ciclistas participantes deste estudo demonstram semelhanças nos indicadores de bem estar, apesar de alguns aspectos apresentarem diferenças pertinentes.

Pode-se afirmar que existe um número significativo de ciclistas não competidores com idade acima de 36 anos responsável por 39% da amostra, isto se deve ao fato de pessoas com meia idade em sua maioria aderirem aos programas de atividades físicas visando à saúde ao invés de competições (SILVA, SOUZA, 2009).

Tabela 1: Classificação da amostra enquanto faixa etária e categoria

	f	%
FAIXA ETÁRIA		
16 a 20 anos	6	7%
21 a 25 anos	12	13%
26 a 30 anos	22	24%
31 a 35 anos	15	17%
36 anos a mais	35	39%
CATEGORIA		
Ciclista Competidor	30	33%
Ciclista Não Competidor	60	67%

O fator nutrição em ambos os grupos mostra-se favorável sem diferença estatística quanto ao comportamento “Quase Sempre Adequado” do PBE nas escolhas alimentares, diferente do estudo (CASTILLO et al, 2010). Realizado com 40 ciclistas da seleção espanhola de Mountain-Bike em que se descobriu que 76% dos atletas da categoria cadete e juvenil com idade de $16,68 \pm 0,99$ anos tinham maus hábitos alimentares números estes sendo reduzidos para 36% nas categorias sub-23 e elite devido a profissionalização do atleta. Provavelmente os ciclistas deste estudo preocupam-se com os seus hábitos alimentares em

decorrência das rotinas de treinamento seja visando a saúde ou quanto a performance.

Tabela 02: Comparação dos indicadores de bem-estar de ciclistas competidores e não competidores.

Indicadores de Bem-Estar	Competidores (n=30)		N.Competidores (n=60)		Sig. p
	x	s	x	s	
NUTRIÇÃO	1,86	0,48	1,83	0,63	0,658
a) Sua alimentação diária inclui ao menos 5 porções de frutas e verduras?	1,87	0,78	1,67	0,77	0,118
b) Você evita ingerir alimentos gordurosos (carnes gordas, frituras) e doces?	1,60	1,00	1,70	1,10	0,623
c) Você faz 4 a 5 refeições variadas ao dia, incluindo café da manhã completo?	2,14	0,94	2,07	1,01	0,855
ATIVIDADE FÍSICA	2,24	0,64	2,13	0,63	0,660
d) Você realiza ao menos 30 minutos de atividade físicas moderadas/ intensas, de forma contínua ou acumulada, 5 ou mais dias na semana?	2,30	1,00	2,20	1,00	0,710
e) Ao menos duas vezes por semana você realiza exercícios que envolvam força e alongamento muscular?	2,27	0,78	2,32	0,97	0,474
f) No seu dia a dia, você caminha ou pedala como meio de transporte e, preferencialmente, usa as escadas ao invés do elevador.	2,20	1,06	1,92	1,15	0,241
COMPORTAMENTO PREVENTIVO	1,64	0,71	2,18	0,65	0,003*
g) Você conhece sua pressão arterial, seus níveis de colesterol e procura controlá-los?	1,63	1,07	2,07	1,10	0,057
h) Você não fuma e não bebe mais que uma dose por dia?	1,30	1,10	1,60	1,30	0,277
i) Você respeita as normas de trânsito (pedestres, ciclistas ou motoristas); se dirige usa sempre o cinto de segurança e nunca ingere álcool?	2,00	1,00	2,80	0,05	0,000*

RELACIONAMENTO SOCIAL	1,87	0,56	2,66	0,47	0,000*
j) Você procura cultivar amigos e está satisfeito com seus relacionamentos?	2,00	0,90	2,80	0,50	0,000*
k) Seu lazer inclui encontros com amigos, atividades esportivas em grupo, participação em associações ou entidades sociais?	2,27	0,64	2,62	0,61	0,007*
l) Você procura ser ativo em sua comunidade, sentindo-se útil no seu ambiente social sentindo-se útil no seu ambiente social?	1,30	0,90	2,30	0,90	0,000*
CONTROLE DO STRESS	1,86	0,63	2,22	0,45	0,012*
m) Você reserva tempo (ao menos 5 minutos) todos os dias para relaxar?	2,00	1,00	2,30	1,00	0,091
n) Você mantém uma discussão sem alterar-se mesmo quando contrariado?	1,57	1,04	1,93	0,76	0,113
o) Você equilibra o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer?	2,03	1,03	2,38	0,80	0,128

x=média, s= desvio padrão, * $p \leq 0,05$

O quesito atividade física como era esperando apresentou uma pontuação elevada de 2,24 e 2,13 para ciclistas competidores e não competidores respectivamente sem diferença significativa entre eles ($p=0,660$), portanto, isso nos leva a crer que esta população pratica regularmente atividade física não sendo atletas ditos de “finais de semana”, sendo assim este grupo goza dos benefícios decorrente de uma prática esportiva regular. A prática de atividade física regular atua diretamente na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis como obesidade, hipertensão, diabetes, doenças cardíacas, osteoporose e alguns tipos de câncer (COSTA, SCHMITZ, 2008).

O comportamento preventivo não mostrou diferença entre os grupos, ao comparar as questões que investiga os parâmetros fisiológicos e hábitos como o consumo de álcool e tabaco, já a questão que investiga sobre o respeito às normas e regras de trânsito apresentou diferença com um melhor comportamento adotado pelos ciclistas não competidores. Isto

implica afirmar que os ciclistas competidores estudados não se preocupam o bastante com aspectos referentes a movimentação de trânsito nas vias públicas para realizarem seus treinamentos, dando uma maior atenção ao esforço e performance planejado para sessão de treino. Estes números diferem do estudo de (SANTOS, KNIJNIK, 2006). Realizado com 100 ciclistas das modalidades Ciclo Turismo e competidores da cidade de Brasília (DF), onde 90% dos indivíduos mostraram-se conhecedores e respeitadores das normas de trânsito.

O fator relacionamento apresentou diferenças entre os grupos com melhor índice para os atletas não competidores, provavelmente isto se deu devido a diferença de objetivos na prática do ciclismo entre os grupos, uns buscando lazer, socialização e benefícios a saúde e outro com interesses de performance buscando a cada dia estar mais forte e mais rápido para vencer corridas e campeonatos, deixando de lado a parte social da prática esportiva em grupo, realizando a maior parte de seus treinos sozinho ou com os membros de sua equipe vendo outros atletas como rivais. Este isolamento social entre praticantes de esporte de alto nível foi citado em estudos de Samulski et al. (2009). Como um dos quatro fatores principais para o encerramento da carreira esportiva profissional. Com isso, pode-se afirmar que o relacionamento social dos ciclistas competidores analisados não é diferente de atletas profissionais de outras modalidades.

O controle do stress apresentou diferença entre os grupos ao avaliar o conjunto das três questões do fator não houve diferença ao comparar as três questões do aspecto entre os grupos, ambos obtiveram índice positivo relacionado ao controle do stress com melhor índice para classe não competitiva, mesmo na classe competitiva o fator stress manteve-se sob controle, o baixo índice de stress nos competidores da amostra pode ter ocorrido pelo fato da grande maioria dos atletas competidores do estudo não serem profissionais, não possui grandes salários ou patrocínio apesar de atletas competidores não sofrem pressões de patrocinadores por resultados. O nível de stress em atletas profissionais

esta relacionado ao tamanho da pressão exercida por patrocinadores, mídia e clubes sobre os atletas (JORGE, 2010).

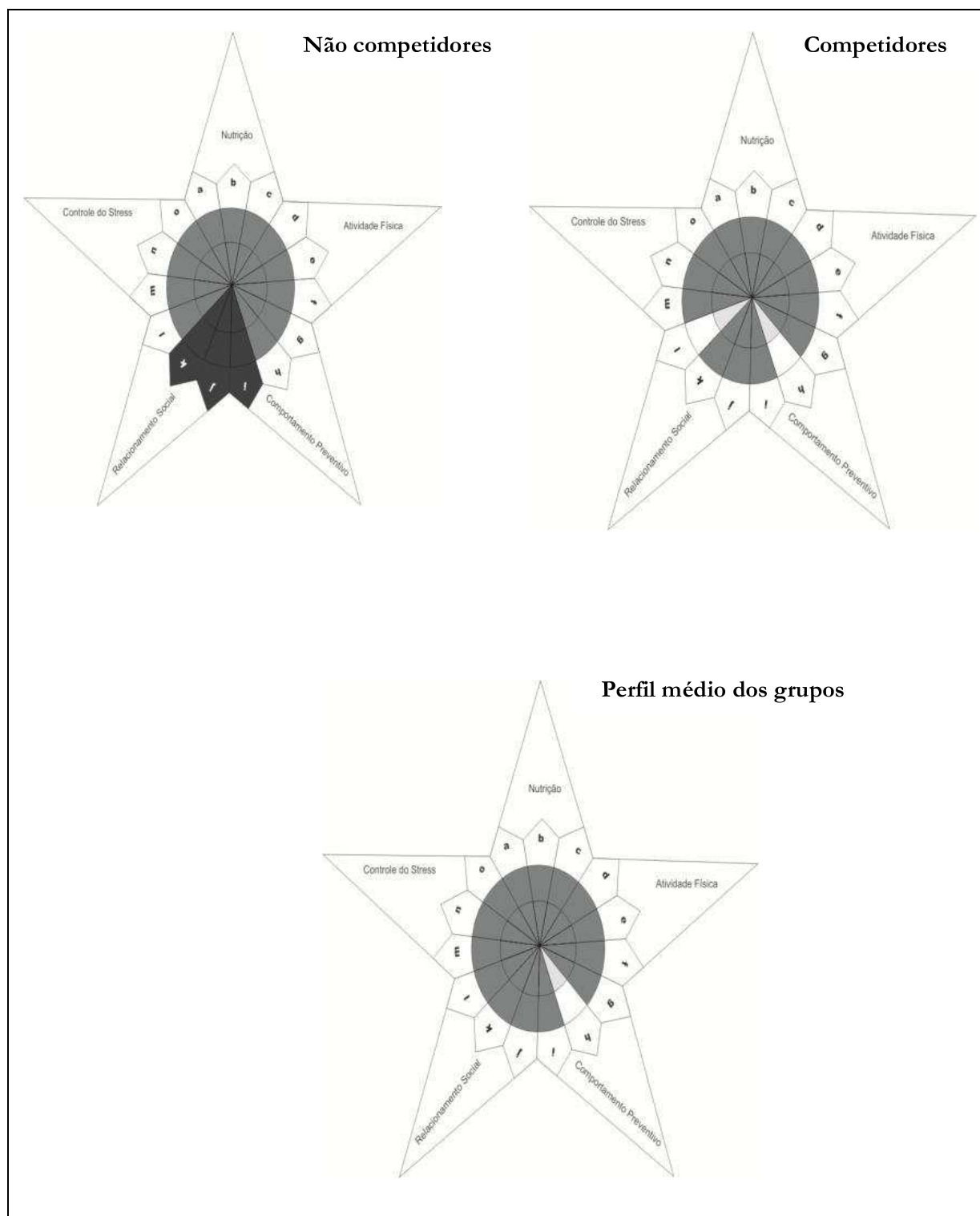


Figura 1: Pentágulo do Bem Estar de ciclistas competidores, não competidores e o valor médio da ambos

CONCLUSÃO

Os ciclistas analisados no estudo apresentam um estilo de vida positivo e semelhante, desta forma, evidencia-se nos componentes de prevenção e relacionamentos atitudes passivas de mudanças. Recomenda-se estudos multicêntricos envolvendo a qualidade de vida nesta modalidade em todas as regiões brasileiras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALENCAR, T. A. M. et al. Overtraining/overuse em ciclistas e seu retorno ao esporte. **Revista Movimenta**. v. 3, n. 1, 2010.
- COSTA, L. C. A.; VIEIRA, L. F. Estudo dos fatores motivadores e estressantes em atletas do campeonato nacional de basquete masculino adulto. **Revista da Educação Física/UEM Maringá**, v. 14, n. 1, p. 7-16, 2003.
- CASTILLO, A. S. et al. **Estudio de los hábitos alimentarios de los ciclistas e la selección española de mountain bike**. Departamento de Educación Física y Deportiva. Universidad de Granada. Real Federación Española de Ciclismo. España, 2010.
- COSTA, P. D. M.; SCHMITZ, T. H. M. Influência da atividade física na saúde. **Rev. Bras. Ciên. e Mov.** v. 16, n. 1, p. 107-114, 2008.
- DESCHAMPS, S. R.; FILHO, D. L. A. Motivos e benefícios psicológicos que levam os indivíduos dos sexos masculino e feminino a praticarem o ciclismo indoor. **Rev. Bras. Ciên. e Mov.** v. 13, n. 2, p. 27-32, 2005.
- D'ELIA, R. J. **Ciclismo: Treinamento, fisiologia e biomecânica**. São Paulo: Phorte, 2009.
- INGRID, J. M. et al. The association between commuter cycling and sickness absence. **Preventive Medicine**. v. 51, p. 132-135, 2010.
- JORGE, S. R.. **Estresse em jogadores de golfe profissional**. 2010. Tese (Programa de Pós-Graduação em Educação Física) Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências Biológicas. Paraná 2010.
- MASSON, V. A.; MONTEIRO, M. I. Estilo de vida, aspectos de saúde e trabalho de motoristas de caminhão. **Revista Bras. enfermagem**. v. 63, n. 4, 2010.
- NAHAS, Markus V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 2º ed. Londrina: Midiograf, p. 238, 2001.
- NASCIMENTO O. V., ALENCAR F. H. Perfil do estado nutricional do atleta adulto. **Fit Perf J**, Rio de Janeiro. v. 6, n. 4, p. 242, jul/ago, 2007.

- NAKAMURA, F. Y.; MOREIRA, A.; AOKI, M. S. Monitoramento da carga de treinamento: a percepção subjetiva do esforço da sessão é um método confiável? **Revista da Educação Física/UEM Maringá**, v. 21, n. 1, p. 1-11, 2010.
- SAMULSKI, D. M. et al. Análise das transições das carreiras de ex-atletas de alto nível. **Motriz. Revista de Educação Física**. UNESP, Rio Claro, SP, Brasil. v. 15, n. 2, p. 310-317, 2009.
- SILVA, V. S.; SOUZA, I. Estilo de vida de um estudante da rede pública de ensino no município do Rio de Janeiro: um estudo de caso. **Revista Digital - Buenos Aires**. v. 13, n. 129, 2009.
- SANTOS, S. C.; KNIJNIK, J. D. Motivos de adesão à prática de atividade física na vida adulta intermediária. Universidade Presbiteriana Mackenzie/Universidade de São Paulo. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**. v. 5, n. 1, p. 23-34, 2006.
- MARTINS, E. C.; PRADA, F. J. A. **O nível de conhecimento dos ciclistas em relação ao código de trânsito brasileiro, 2009**. Dissertação (Mestrando em Educação Física da UCB). Águas Claras, DF, Brasil / Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação Física da UCB, 2009.
- SILVA, D. K.; NAHAS. M. V. Atividade física habitual e qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres com doença vascular periférica. **Rev. Bras. Ciên. e Mov.** v. 12, n. 4, p. 63-68, 2004.

IMAGEM CORPORAL REAL E DESEJADA EM PRATICANTES DE MUSCULAÇÃO DE NATAL – RN

Jannaina Queiroz de Carvalho Teixeira¹

Maria do Carmo Guilherme Neta²

Maria Irany Knackfuss³

Gleidson Mendes Rebouças⁴

RESUMO

Este estudo objetiva analisar os aspectos da imagem corporal de praticantes de musculação em adultos do sexo masculino sem história de distúrbios alimentares na região metropolitana de Natal-RN. De natureza descritiva com corte transversal a amostra, foi constituída de 200 homens entre 18 a 45 anos de idade que praticam regularmente exercícios resistidos em sala de musculação superior a seis meses e menos que 18 meses com tempo de prática igual ou superior à uma hora/sessão e frequência semanal igual ou superior a três vezes. Foram utilizados como instrumento para a avaliação da Imagem Corporal, dois conjuntos de silhuetas, ambos com nove silhuetas organizadas em uma ordem associada à presença de gordura corporal e massa muscular. Cada sujeito após a inspeção visual de cada conjunto de silhuetas marcou com o “X” aquela silhueta que melhor o representava naquele momento e com o círculo, a silhueta que ele desejava atingir com a continuidade do programa de exercício a que se submetia regularmente. A estatística utilizada foi a descritiva com medidas de tendência central e de dispersão. Para a comparação entre os resultados, utilizou-se a estatística indutiva como provas não-paramétricas para estudo da normalidade da amostra e teste de comparação entre amostras pareadas t de Student. As associações foram investigadas com o teste Rho de Spearman. O nível de confiança foi de 95% ($p < 0,05$) para um Erro do Tipo I. Os resultados demonstram que os valores baixos entre as variáveis sugerem que a Imagem Corporal Ideal

¹Especialista em Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida - UERN, Mossoró/RN.

²Especialista em Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida - UERN, Mossoró/RN.

³Professora Doutora da Faculdade de Educação Física - UERN, Mossoró/RN.

⁴Professor Especialista do curso de Educação Física da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do RN, Natal/RN.

almejada pela população não está tão obstante da Imagem Corporal Real, existe uma boa relação de projeção de aspectos de saúde e forma física com a teoria do constructo que incide nessa silhueta. A silhueta 4 foi apontada como ideal a ser atingido por 20,5%, sendo que 22,5% dos indivíduos já se percebem com esta silhueta. Conclui-se que a maioria dos atletas apresentou insatisfação de peso e se veem, através da Escala de Silhuetas com uma imagem indesejada. No entanto, a maior parte dos participantes está com um perfil corporal que se relaciona perfeitamente de acordo com a literatura aos aspectos de saúde.

Palavras-chave: Imagem Corporal, Saúde, Avaliação Física.

INTRODUÇÃO

Sendo entendido como uma parte importante do complexo mecanismo de identidade pessoal, a imagem corporal é, de acordo com (GARDNER, 1996; GARDNER et al., 1998; CASH, PRUZINSKY, 2004; SCHWARTZ, BROWNELL, 2004; MEHTA et al., 2011), uma espécie de projeção mental que temos das medidas do próprio corpo, além de seus contornos e forma geral. Os mesmos autores acrescentam que essa representação mental nos dota de sentimentos atrelados a essas características. O componente mais subjetivo da imagem corporal se refere à satisfação de uma pessoa com seu tamanho corporal ou partes específicas de seu corpo.

Os praticantes de musculação têm objetivos diversos que motivam sua prática contínua, mas em sua maioria possuem algum grau de insatisfação com sua imagem corporal. Este fato os leva a buscar e aumentar sua massa muscular de maneira contínua e linear, de forma a apresentar uma silhueta cada vez mais forte e volumosa. Vale ressaltar aqui também que ao longo do tempo o conceito de corpo bonito tem mudado conforme vários aspectos inclusive o geográfico (MAYVILLE et al., 2002; GOLDFIELD et al., 2006; GOLDFIELD, 2009).

O culto ao corpo encontra-se diretamente associado à imagem de poder, beleza e mobilidade social, sendo crescente a insatisfação das pessoas com a própria aparência. Os padrões de beleza exigem perfis antropométricos cada vez mais magros para as mulheres com inclinação ao

mundo da moda e cada vez mais forte e malhado para homens e mulheres com associação à mídia televisiva ou às campanhas publicitárias (SCHWARTZ, BROWNELL, 2004).

As relações entre as desordens alimentares e percepção da imagem corporal são bem documentadas na literatura, porém algumas ainda são controversas (MADRIGAL-FRITSCH et al., 1999; BRANCO et al., 2006). Enquanto a moda atual investe a postura de "ser saudável" e adota a estética do manequim esquelético, milhares de pessoas sofrem com o peso excessivo, que juntamente com a obesidade são considerados problemas de Saúde Pública no Brasil (BOSI et al., 2006).

Nesse sentido, distúrbios da imagem do próprio corpo são, em geral, acompanhadas de rejeição ou insatisfação corporal, pelas influências estabelecidas por corpos ideais, dando influência negativa dos meios de comunicação (FRIEDMAN, BROWNELL, 1995). A imagem corporal é um importante componente do complexo mecanismo de identidade pessoal, composto de representações sobre o tamanho e a aparência do corpo e de respostas emocionais associadas ao grau de satisfação suscitado por essas percepções. Na busca de avaliar como o indivíduo percebe a forma e/ou tamanho do seu corpo, a dimensão perceptiva tem sido fortemente utilizada na área da Saúde. Diversos são os métodos que avaliam a dimensão perceptiva da imagem corporal. Os mais simples utilizam conjuntos de silhuetas, que consistem de uma série de figuras ou desenhos de corpos, representando vários tamanhos corporais e, geralmente, contém de 7 a 9 imagens com uma sequência de silhuetas que representam formas das mais magras até as mais obesas. Há conjuntos de silhuetas com imagens de crianças, adolescentes e adultos (GARDNER, 1996; GARDNER, FRIEDMAN et al., 1998; STUNKARD, 2000; KAKESHITA et al., 2009).

Em geral, os conjuntos de silhuetas são criados para avaliar grupos específicos da população como é o caso do conjunto proposto por Stunkard et al. (1983), que objetiva avaliar a imagem corporal de pessoas obesas e/ou com distúrbios alimentares, e o de Pulvers et al. (2004), que

propõem um conjunto de silhuetas para homens e mulheres afro-americanos. Devido à escassez de instrumentos que avalie o praticante regular de exercício resistido, alguns autores (LIMA et al., 2008) propuseram um instrumento com nove silhuetas que tenta representar o grau de muscularidade baseado no modelo proposto por Stunkard et al. (1983). Com base nos aspectos supracitados, nosso estudo apresenta o seguinte problema: Qual a imagem corporal real e desejada em praticantes de musculação residentes na cidade de Natal-RN. Assim, o objetivo do presente trabalho foi analisar os aspectos da imagem corporal de praticantes de musculação em adultos do sexo masculino sem história de distúrbios alimentares na região metropolitana de Natal-RN.

MÉTODOS

De natureza descritiva com corte transversal (THOMAS, NELSON, 2002), a amostra foi constituída de 200 homens selecionados aleatoriamente e que atendessem os seguintes critérios de inclusão: ter entre 18 a 45 anos de idade (inclusive); praticar regularmente exercícios resistidos em sala de musculação; um tempo de prática superior a seis meses e menos que 18 meses; tempo de prática igual ou superior a uma hora/sessão; frequência semanal igual ou superior a três vezes. Antes de qualquer intervenção os indivíduos foram convidados a participar do estudo e assinaram o TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

Foram utilizados como instrumento para a avaliação da Imagem Corporal, dois conjuntos de silhuetas. Um proposto por Stunkard (1983), e o segundo por Lima (2008). Ambos com 9 silhuetas organizadas em uma ordem associada a presença de gordura corporal (STUNKARD, SØRENSEN et al., 1983) e massa muscular (LIMA, ORLANDO et al., 2008). Os sujeitos foram avaliados sempre ao chegar à academia para que a

prática da atividade física não tivesse interferência sua avaliação momentaneamente. Todos assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido acerca do estudo e logo em seguida foram instruídos para o preenchimento. Na ficha de avaliação, constou apenas dado de identificação do sujeito, tais como nome, sexo, idade e tempo de prática além das figuras relativas a cada conjunto de silhuetas. Cada sujeito após a inspeção visual de cada conjunto de silhuetas marcou com o “X” aquela silhueta que melhor o representava naquele momento. Em seguida, marcou com o círculo a silhueta que ele desejava atingir com a continuidade do programa de exercício a que se submetia regularmente. O pesquisador principal explicou aos entrevistados que as silhuetas numeradas de 1 a 4 representam indivíduos com menor percentual de massa muscular, respectivamente; a silhueta de número 5 representa um indivíduo eutrófico e as numeradas de 6 a 9 eram para ser interpretadas como homens, em escala linear com aumento de massa muscular. Todos que se propuseram a realizar a avaliação não foram impedidos, contudo, para efeito de análise, foram descartados aqueles formulários em que os critérios de inclusão na pesquisa não foram atendidos.

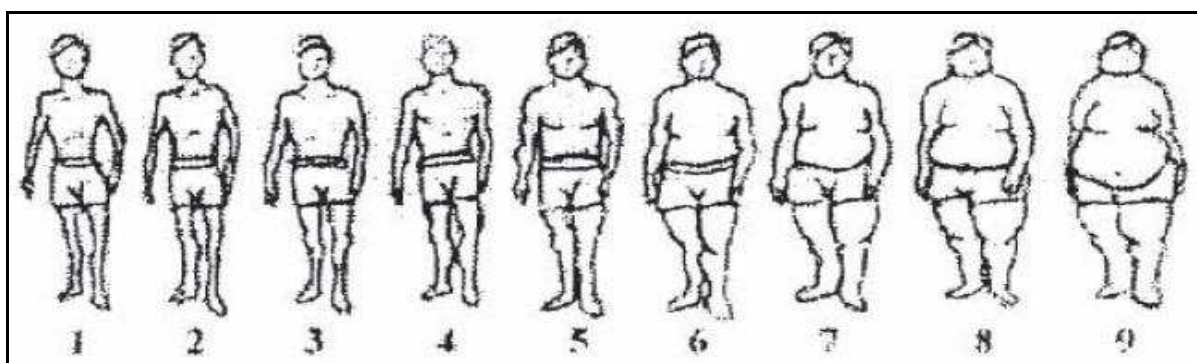


Figura 1: Conjunto de silhuetas proposto por Stunkard (1983).

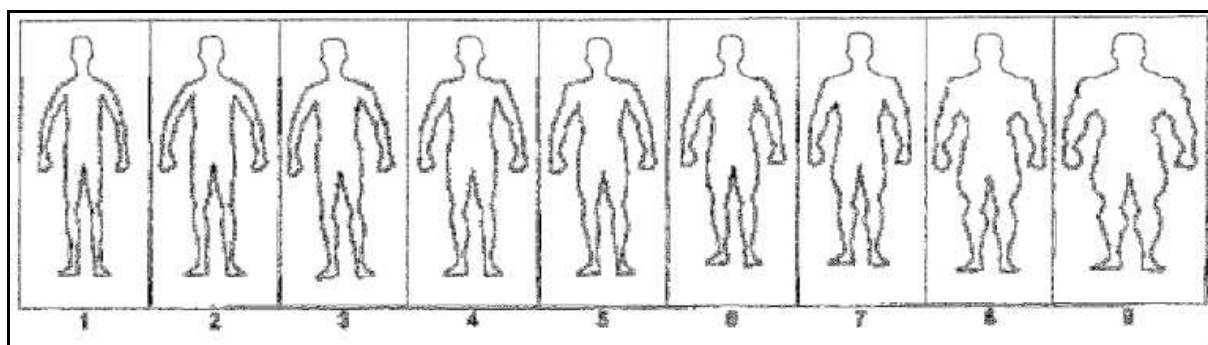


Figura 2. Conjunto de silhuetas proposto por (LIMA, ORLANDO et al., 2008)

Tratamento Estatístico

Utilizaremos para a representação e apresentação dos resultados a estatística descritiva com medidas de tendência central e de dispersão. Para a comparação entre os resultados obtidos entre os instrumentos aplicados, utilizamos a estatística indutiva como provas não-paramétricas para estudo da normalidade da amostra e testes de comparação entre amostras pareadas tais como teste t de Student. As associações foram investigadas com o teste Rho de Spearman. O nível de confiança foi de 95% ($p < 0,05$) para um Erro do Tipo I.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na tabela 01, observamos uma análise descritiva com vistas a apresentar o grau de variabilidade existente dentro do universo amostral em algumas variáveis. Observando a medida de tendência central que utilizamos para representar a Imagem Corporal Real (ICR) e a Imagem Corporal Ideal (ICI), podemos verificar que, em ambos, a figura 05 foi a que melhor representou a imagem corporal na percepção da amostra.

TABELA 1: Dados descritivos das variáveis investigadas.

	Média + Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Assimetria	Curtose
Idade	25,52 + 6,35	18,00	45,00	0,86	0,51
Cintura	84,57 + 9,38	65,00	115,00	0,68	0,47
Quadril	98,34 + 7,13	78,00	122,00	0,54	0,67
ICR	5,03 + 2,05	1,00	9,00	0,47	0,08
ICI	5,16 + 1,41	2,00	9,00	0,38	0,22

A tabela 02 apresenta os valores de “*r*” de Spearman para as variáveis que apresentam relação direta com a imagem de silhueta. Assim podemos observar que as relações de um modo geral foram baixas, excetuando a cintura e o quadril que anatomicamente já era de se esperar. Desta forma, os valores baixos entre as variáveis sugerem que a Imagem Corporal Ideal almejada pela população não está tão obstante da Imagem Corporal Real. O teste t de Student não apresentou diferenças entre o ICR e o ICI.

TABELA 2: Valores da correlação de Spearman entre as variáveis investigadas

	Imagem Corp. Real	Imagem Corp. Ideal	Cintura	Quadril
Imagem Corp. Real	—	0,29	0,50	0,52
Imagem Corp. Ideal		—	0,05	0,06
Cintura			—	0,93
Quadril				—

Na tabela 3, temos a distribuição de frequência da amostra em relação à ICR e ICI percebe-se a uma maior concentração em ambas na silhueta 5 como já foi mencionado na tabela 1. Isto denota uma boa relação de projeção de aspectos de saúde e forma física com a teoria do constructo que incide nessa silhueta.

TABELA 3: Frequência relativa e absoluta da ICR e ICI.

Classificação	Imagem Corporal Real		Imagem Corporal Ideal	
	Freq. Bruta	Freq. Relativa	Freq. Bruta	Freq. Relativa
1	6	3,0%	-	-
2	13	6,5%	7	3,5%
3	22	11,0%	8	4,0%
4	45	22,5%	41	20,5%
5	47	23,5%	91	45,5%
6	23	11,5%	14	7,0%
7	15	7,5%	21	10,5%
8	30	10,0%	17	8,5%
9	9	4,5%	1	0,5%

A silhueta 4 foi apontada como ideal a ser atingido por 20,5%, sendo que 22,5% dos indivíduos já se percebem com esta silhueta. Acreditamos que nessa população haja uma tendência a busca de uma silhueta relativamente mais delgada o que de maneira geral deixa o corpo mais alongado e longilíneo do que uma silhueta mais robusta em decorrência de um aumento geral na massa magra. Não houve diferença no grau de insatisfação com a imagem corporal Real e Ideal ($p < 0,05$).

Em estudos recentes (DAMASCENO et al., 2005), temos indícios que a situação econômica pode ser um fator que venha a interferir na auto-imagem. Os mesmos estudos apontam para uma melhor percepção da auto-imagem nas classes sociais mais elevadas.

Levando-se em consideração que a amostra investigada não foi avaliada quanto a sua condição social e aspectos sócio-econômicos, não podemos tratar com tanta veemência tais proposições, contudo nos arriscamos a complementar que a localização e característica das academias onde foram aplicados os instrumentos de avaliação não remetem a uma condição sócio-econômica tão elevada e, por conseguinte, nossos resultados refletiram uma auto-avaliação satisfatória.

Outros autores (MADRIGAL et al., 2000) mostraram que em populações do mediterrâneo, independente da classe social, há uma tendência a subestimar o tamanho de seus corpos mais do que o resto da população da comunidade europeia e informa também que isso se relaciona com a prática de atividade física. Fora da Europa mais estudiosos (BIRTCHNELL et al., 1987) reforçam a existência de distorção na percepção da imagem corporal inclusive em amostras brasileiras (KAKESHITA, ALMEIDA, 2006; KAKESHITA, SILVA et al., 2009). A população obesa também tem sido investigada e diferentemente do que o imaginário social pode se inclinar, os pesquisadores afirmam que esta população é mais precisa em seu julgamento em relação aos não obesos (GARDNER, MORRELL JR, 1991).

Outras explicações são apresentadas para se justificar distorções na imagem corporal tais como um déficit perceptivo e preocupações corporais do indivíduo (MUSSAP et al., 2008); dificuldades cognitivas associadas a uma baixa habilidade de utilizar imagens mentais (AUCHUS et al., 1993).

Mesmo com tanta diversidade nos resultados de diversos estudos ao longo dos últimos 10 anos (SANCHEZ-VILLEGAS et al., 2001; ALSENDI et al., 2004; PULVERS, LEE et al., 2004; BOSI, LUIZ et al., 2006; KAUFER-HORWITZ et al., 2006; ADAMI et al., 2008; PEDRETTI, 2008; CHEN e WANG, 2011; PALLAN et al., 2011; YAHIA et al., 2011). Nossos resultados apontam para uma insatisfação corporal muito próxima do padrão desejado pela própria amostra. Mesmo com isso, a percepção aponta para uma adequação morfológica que por hora temos que atrelar a um tipo físico mais saudável e que não apresenta distúrbios severos tanto pelo acúmulo ou pela falta de gordura corporal.

CONCLUSÃO

O estudo realizado nos mostra que a maioria dos atletas apresentou insatisfação de peso e se vêem, através da Escala de Silhuetas, com uma imagem indesejada. No entanto, a maior parte dos participantes está com um perfil corporal que se relaciona perfeitamente de acordo com a literatura aos aspectos de saúde. Esta tendência de desejar um corpo com maior volume muscular e menor quantidade de gordura corporal está com certeza muito fortemente ligada a imagética criada pelos meios de comunicação que em nossa época apregoam um desfile de corpos malhados e com um volume muscular bem mais aparente. Acreditamos existir uma busca de um certo *status*, pelo menos nos aspectos morfológicos da expressão corporal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAMI, F. et al. Body dissatisfaction and physical activity in adolescents from Florianópolis continental region. **Psicol. Teor. Pesqui.** v. 24, n. 2, p. 143-149, 2008. ISSN 0102-3772.
- AL-SENDI, A. M.; SHETTY, P.; MUSAIGER, A. O. Body weight perception among Bahraini adolescents. **Child Care Health Dev.** v. 30, n. 4, p. 369-76, Jul 2004. ISSN 0305-1862 (Print) 0305-1862 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15191428>>.
- AUCHUS, M.; KOSE, G.; ALLEN, R. Body-image distortion and mental imagery. **Perceptual and motor skills.** v. 77, n. 3 Pt 1, p. 719, 1993. ISSN 0031-5125.
- BIRTCHNELL, S. A.; DOLAN, B. M.; LACEY, J. H. Body image distortion in noneating disordered women. **International Journal of Eating Disorders.** v. 6, n. 3, p. 385-391, 1987. ISSN 1098-108X.
- BOSI, M. L. M. et al. Self-perception of body image among nutrition students: a study in the city of Rio de Janeiro. **J. Bras. Psiquiatr.** v. 55, n. 2, p. 108-113, 2006. ISSN 0047-2085.
- BRANCO, L. M.; HILÁRIO, M. O. E.; CINTRA, I. P. Perception and satisfaction with body image in adolescents and correlations with nutrition status. **Rev. Psiquiatr. Clín. (São Paulo)**, v. 33, n. 6, p. 292-296, 2006. ISSN 0101-6083.

- CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. **Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice**. 2004. ISBN 1593850158.
- CHEN, X.; WANG, Y. Is ideal body image related to obesity and lifestyle behaviours in African American adolescents? **Child Care Health Dev.** Mar 24 2011. ISSN 1365-2214 (Electronic) 0305-1862 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21434968>>.
- DAMASCENO, V. O. et al. Ideal physical type and body image satisfaction of regular walkers. **Rev. Bras. Med. Esporte.** v. 11, n. 3, p. 181-186, 2005. ISSN 1517-8692.
- FRIEDMAN, M.; BROWNELL, K. Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. **Psychological bulletin.** v. 117, n. 1, p. 3, 1995. ISSN 0033-2909.
- GARDNER, R. Methodological issues in assessment of the perceptual component of body image disturbance. **British journal of psychology (London, England: 1953)**, v. 87, p. 327, 1996. ISSN 0007-1269.
- GARDNER, R.; MORRELL JR, J. Body-size judgments and eye movements associated with looking at body regions in obese and normal weight subjects. **Perceptual and motor skills.** v. 73, n. 2, p. 675, 1991. ISSN 0031-5125.
- GARDNER, R. M.; FRIEDMAN, B. N.; JACKSON, N. A. Methodological concerns when using silhouettes to measure body image. **Percept Mot Skills.** v. 86, n. 2, p. 387-95, Apr 1998. ISSN 0031-5125 (Print) 0031-5125 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9638738>>.
- GOLDFIELD, G. S. Body image, disordered eating and anabolic steroid use in female bodybuilders. **Eat Disord.** v. 17, n. 3, p. 200-10, May-Jun 2009. ISSN 1532-530X (Electronic) 1064-0266 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19391019>>.
- GOLDFIELD, G. S.; BLOUIN, A. G.; WOODSIDE, D. B. Body image, binge eating, and bulimia nervosa in male bodybuilders. **Can J Psychiatry.** v. 51, n. 3, p. 160-8, Mar 2006. ISSN 0706-7437 (Print) 0706-7437 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16618007>>.
- KAKESHITA, I. S.; ALMEIDA, S. S. Relationship between body mass index and self-perception among university students. **Revista de Saúde Pública.** v. 40, n. 3, p. 497-504, 2006. ISSN 0034-8910.
- KAKESHITA, I. S. et al. Construção e fidedignidade teste-reteste de escalas de silhuetas brasileiras para adultos e crianças. **Psicologia: Teoria e Pesquisa.** v. 25, n. 2, p. 263-270, 2009.
- KAUFER-HORWITZ, M. et al. Association between measured BMI and self-perceived body size in Mexican adults. **Ann Hum Biol.** v. 33, n. 5-6, p. 536-45, Sep-Dec 2006. ISSN 0301-4460 (Print) 0301-4460 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17381052>>.
- LIMA, J. R. P. et al. Conjunto de silhuetas para avaliar a imagem corporal de participantes de musculação. **Arq Sanny Pesq Saúde.** v. 1, n. 1, p. 26-30, 2008.

- MADRIGAL-FRITSCH, H. et al. Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. **Salud Pública de México**. v. 41, n. 6, 1999.
- MADRIGAL, H. et al. Underestimation of body mass index through perceived body image as compared to self-reported body mass index in the European Union. **Public Health**. v. 114, n. 6, p. 468, 2000. ISSN 0033-3506.
- MAYVILLE, S. B. et al. Development of the Muscle Appearance Satisfaction Scale: a self-report measure for the assessment of muscle dysmorphia symptoms. **Assessment**. v. 9, n. 4, p. 351-60, Dec 2002. ISSN 1073-1911 (Print) 1073-1911 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12462755>>.
- MEHTA, U. J.; SIEGA-RIZ, A. M.; HERRING, A. H. Effect of body image on pregnancy weight gain. **Matern Child Health J**. v. 15, n. 3, p. 324-32, Apr 2011. ISSN 1573-6628 (Electronic) 1092-7875 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20204481>>.
- MUSSAP, A.; MCCABE, M.; RICCIARDELLI, L. Implications of accuracy, sensitivity, and variability of body size estimations to disordered eating. **Body Image**. v. 5, n. 1, p. 80, 2008. ISSN 1873-6807.
- PALLAN, M. J. et al. Body image, body dissatisfaction and weight status in South Asian children: a cross-sectional study. **BMC Public Health**. v. 11, p. 21, 2011. ISSN 1471-2458 (Electronic) 1471-2458 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21214956>>.
- PEDRETTI, A. Imagem corporal e morfologia: estudo comparativo entre mulheres brasileiras e portuguesas praticantes de musculação. 2008.
- PULVERS, K. et al. Development of a culturally relevant body image instrument among urban African Americans. **Obesity Research**. v. 12, n. 10, p. 1641, 2004. ISSN 1071-7323.
- SANCHEZ-VILLEGAS, A. et al. Perception of body image as indicator of weight status in the European union. **J Hum Nutr Diet**. v. 14, n. 2, p. 93-102, Apr 2001. ISSN 0952-3871 (Print) 0952-3871 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11330266>>.
- SCHWARTZ, M.; BROWNELL, K. Obesity and body image. **Body Image**. v. 1, n. 1, p. 43, 2004. ISSN 1873-6807.
- STUNKARD, A. Old and new scales for the assessment of body image. **Percept Mot Skills**. v. 90, n. 3 Pt 1, p. 930, Jun 2000. ISSN 0031-5125 (Print) 0031-5125 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10883782>>.
- STUNKARD, A. J.; SØRENSEN, T.; SCHULSINGER, F. Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. **Research publications-Association for Research in Nervous and Mental Disease**. v. 60, p. 115, 1983. ISSN 0091-7443.
- THOMAS, J. R.; NELSON, J. K. **Métodos de pesquisa em atividade física**. Artmed, 2002. ISBN 8573079444.

YAHIA, N. et al. Dieting practices and body image perception among Lebanese university students. **Asia Pac J Clin Nutr.** v. 20, n. 1, p. 21-8, 2011. ISSN 0964-7058 (Print) 0964-7058 (Linking). Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21393106>>.



PARTE 6

Programas de Qualidade de Vida



EXERCÍCIO FÍSICO, HIV E AIDS: UMA RELAÇÃO POSSÍVEL ENTRE TERAPIA ANTIRETROVIRAL (HAART), SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

Hunaway Albuquerque Galvão de Souza¹

Themis Cristina Mesquita Soares²

Luis Marcos de Medeiros Guerra³

Maria Irany Knackfuss⁴

RESUMO

A abordagem clínica da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana adquirida (HIV) e da Síndrome por ele desencadeada (AIDS) é bastante complexa e as análises nos permitem afirmar que a epidemia de AIDS no Brasil encontra-se em patamares elevados, tendo atingido, até junho de 2010, 592.914, registrados desde 1980. Segundo Pieron (2003), quando se trata de saúde, se faz necessário compreender que a contribuição da atividade física está associada a uma redução do nível de risco ao qual a pessoa está sujeito durante a vida, portanto a promoção da saúde é uma meta desejável para as pessoas vivendo com doenças crônicas e o exercício físico pode ser considerado uma das principais estratégias não-medicamentosas, não sendo diferente para as pessoas que vivem com HIV e AIDS, isto porque atualmente o ganho e peso, redistribuição de gordura e obesidade são os novos problemas enfrentados por indivíduos portadores desta síndrome, que na atualidade passou a ser considerada como uma doença crônica não invalidante. Nesse sentido, o presente artigo busca descrever o impacto de uma intervenção de exercícios físicos nos marcadores morfofuncionais e qualidade de vida para pessoas vivendo com HIV/AIDS. O estudo foi desenvolvido metodologicamente através de um ensaio experimental não controlado, com a participação, via consentimento informado de 11 (onze) indivíduos de ambos os gêneros HIV+ na faixa etária de 20 a 60 anos, registrados no Núcleo de Atendimento do Hospital Giselda Trigueiro, da Secretaria de Saúde, na cidade de Natal/RN. O Programa de Exercício Resistido (Musculação) foi realizada três dias/semanais, com duração de uma hora. Utilizou-se ainda a entrevista semi-estruturada, procurando-se investigar aspectos relevantes sobre a qualidade de vida autoreferida. Conclui-se que um Programa de

¹Professora Mestra da Faculdade de Educação Física - UERN, Mossoró/RN.

²Professora Mestra da Faculdade de Educação Física - UERN, Mossoró/RN.

³Professor Mestre da Faculdade de Educação Física - UERN, Mossoró/RN.

⁴Professora Doutora da Faculdade de Educação Física - UERN, Mossoró/RN.

Exercícios resistidos promove melhorias na composição corporal, capacidade funcional (Força) e qualidade de vida das PVHA, funcionando como um importante agente terapêutico no controle dos efeitos colaterais advindos do uso da HAART.

Palavras-chave: Aptidão Física, Saúde, Qualidade de Vida

INTRODUÇÃO

A abordagem clínica da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana adquirida (HIV) e da Síndrome por ele desencadeada (AIDS) é bastante complexa e as análises nos permitem afirmar que a epidemia de AIDS no Brasil encontra-se em patamares elevados, tendo atingido, até junho de 2010, 592.914, registrados desde 1980. (BRASIL, 2010; VALENTE, 2006)

De acordo com o Programa DST/AIDS do Ministério da Saúde, as tendências da epidemia no Brasil encontram-se em patamares estáveis, embora, a nível mundial, estima-se que haja 40,3 milhões de pessoas vivendo com HIV. Apenas em 2005, 4,9 milhões de pessoas foram infectadas e 3,1 milhão morreram em função da epidemia.

A disponibilidade da terapia antiretroviral de alta intensidade (HAART) tem resultado em um enorme declínio nas taxas de morbidade e mortalidade das Pessoas vivendo com HIV e AIDS (PVHA), no entanto, o uso continuado da referida terapia desencadeia efeitos colaterais que causam alterações metabólicas tais como: dislipidemia, resistência insulínica, hiperglicemia, redistribuição da gordura corporal, considerados fatores de risco para doença cardiovascular. O conjunto dessas alterações é conhecido como Síndrome Lipodistrófica do HIV (REMOR, 2002; CARDARELLI, 2008). Em termos percentuais, mais de 60% dos pacientes que fazem uso de inibidores de proteases desenvolvem alterações metabólicas, como hiperlipidemia, disfunção endotelial, hiperglicemia e obesidade central, e alterações nos parâmetros morfofuncionais (BRASIL, 2010; CANINI et al., 2004), além de distúrbios psicológicos, que afetam

diretamente a auto-estima dos usuários e, conseqüentemente, os construtos de qualidade de vida desses indivíduos.

Nesta perspectiva, a mudança de comportamento passa a ser relevante e as estratégias e política de intervenção que possam influenciar e compreender essa nova realidade a ser vivida passa a ser fundamental. Espalhadas em várias regiões do planeta, várias experiências têm desafiado o contexto sócio-cultural e o contexto psicossocial em que vivem as pessoas mais vulneráveis ao HIV, formando multiplicadores para discutir as normas culturais para os gêneros (UNAIDS, 2008), aumentando a consciência da vulnerabilidade social, e capacitando-os para serem agentes de sua própria saúde, aumentando sua habilidade de comunicação com parceiros ou de reivindicação por serviços de saúde que atendam suas reais necessidades.

Essas iniciativas ou processos vividos em grupo podem servir para desconstruir velhos estigmas e reconstruir coletivamente identidades positivas, principalmente, se forem pautadas em uma proposta de educação dialógica. Quando esse tipo de espaço psicoeducativo acontece em programas de prevenção do HIV e da AIDS, essa abertura à politização valoriza a sabedoria produzida na vida vivida que pode ser compartilhada também com os profissionais que coordenam a atividade, incentiva a busca conjunta de outros espaços solidários e soluções fora do escopo dos projetos e programas e garante o controle social sobre a qualidade e a ética dos cuidados (PAIVA, 2002).

Essas propostas de “vivências em grupo” geraram uma abordagem mais intersubjetiva que valoriza, por um lado, a noção de diversidade e criatividade pessoais e, por outro, a afirmação de identidades compartilhadas, em busca da emancipação pessoal e coletiva, da cidadania plena e de politização.

Falar em HIV/AIDS significa muitas vezes falar em preconceito e discriminação, significa o estereótipo preconizado por Cazuza, que perpassa por uma concepção de corpo pecaminosa e feia que gera uma dupla repulsa: moral e estética. Quanto mais longe desse modelo estiver o

soropositivo e o doente de AIDS, maior será a aceitação da sociedade, ou seja, menor o preconceito e a discriminação.

A associação entre atividade física e saúde não é recente. Considera-se que no século XX surgiu o interesse científico pela atividade física e que os fisiologistas iniciaram a investigação da adaptação do organismo humano ao esforço físico. Esta relação, entendida em sua dimensão bio-psico-social, é um eixo cultural e histórico que adquire proporções reais em virtude da diminuição e da prática de atividade física, principalmente entre os que têm o estilo de vida sedentário (BAUMAN et al, 2002). Outros estudiosos sugerem também uma associação entre os benefícios psicológicos, nomeadamente pelo seu impacto positivo e as melhorias em aspectos cognitivos, auto-estima, imagem corporal, aumento das percepções de controle, auto-eficácia pessoal e melhoria da autoconfiança (MONTESSORI, 2004).

Segundo Pieron (2003), quando se trata de saúde, se faz necessário compreender que a contribuição da atividade física está associada a uma redução do nível de risco ao qual a pessoa está sujeito durante a vida, portanto a promoção da saúde é uma meta desejável para as pessoas vivendo com doenças crônicas e o exercício físico pode ser considerado uma das principais estratégias não-medicamentosas utilizadas, não sendo diferente no caso das pessoas que vivem com HIV / AIDS, isto porque atualmente o ganho e peso, redistribuição de gordura e obesidade são os novos problemas enfrentados por indivíduos portadores desta síndrome, que na atualidade passou a ser considerada como uma doença crônica não invalidante. Surge assim, a necessidade de novos investimentos e ações que viabilizem uma tomada de consciência da real condição de paciente crônico por parte das pessoas acometidas por esta síndrome, com o intuito de mobilizar ações que visem melhorar sua qualidade de vida (SEIDL; ZANNON; TÓCCOLI; 2005).

De acordo com Carvalho (2006), o estudo das relações entre saúde e qualidade de vida evoca necessariamente uma articulação entre condições objetivamente definidas (serviços e recursos disponíveis, redes

sociais de apoio) e o universo de representações (avaliação do estado de saúde), ou seja, entre as dimensões objetiva e subjetiva da existência.

Estudos conduzidos no mundo apontam que a qualidade de vida dos pacientes com infecção pelo HIV vem sendo substancialmente modificada a partir da instituição das novas drogas para tratamento específico. Depreende-se que ao viver com HIV e AIDS os indivíduos deparam-se com situações de discriminação, segregação, falta de recursos sociais e financeiros, ruptura nas relações afetivas e problemas com a sexualidade. Diante deste panorama, viver e enfrentar a doença torna-se cada vez mais problemático e, como consequência, a qualidade de vida pode ser comprometida (GALVÃO; CERQUEIRA; MARCONDES-MACHADO, 2004; BAISWAS, 2007)

Os indivíduos envolvidos na presente pesquisa apresentavam comprometimento de sua qualidade de vida, em virtude do estigma, instabilidades emocionais, físicas e funcionais advindos da síndrome. As investigações realizadas sobre o tema Atividade Física e AIDS têm enfatizado a perspectiva biológica e demonstrado a sua relevância. A maioria dos primeiros estudos sobre este tema foi realizada com soropositivos e houve a preocupação de estabelecer um tipo de atividade e intensidade que não compromettesse o seu sistema imunológico (PALERMO; FEIJÓ, 2003).

Nesse sentido, o presente artigo busca descrever o impacto de uma intervenção de exercícios físicos nos marcadores morfofuncionais e qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS.

MÉTODOS

Ao iniciarmos nossos estudos sobre a influência da atividade física com PVHA's, estabeleceu-se uma analogia ao perceber que os efeitos colaterais advindos da terapia com antiretrovirais, principalmente a lipodistrofia – caracterizada pela redistribuição de gordura das regiões

periféricas para a região dorso-cervical do corpo - causava-lhes a mesma preocupação com o corpo que a dos indivíduos saudáveis, ou seja, a aceitação do corpo a partir do olhar do outro.

O estudo foi desenvolvido metodologicamente através de um ensaio experimental não controlado, com a participação, via consentimento informado de 11 (onze) indivíduos de ambos os gêneros HIV+ na faixa etária de 20 a 60 anos, registrados no Núcleo de Atendimento do Hospital Giselda Trigueiro, da Secretaria de Saúde, na cidade de Natal/RN. Como critérios de inclusão foram considerados a adesão ao tratamento com antiretrovirais, nível de TCD4, ser voluntários e receber atendimento clínico periódico. Para controle das variáveis, foi realizado pré e pós-testes. O tratamento estatístico foi desenvolvido por procedimentos descritivos no Programa *SPSS for Windows*, versão 17.0. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Onofre Lopes sob o protocolo de número 045/06 e todos os procedimentos relativos da pesquisa foram realizados de acordo com a conduta ética da Resolução 196/96 (Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos) do Conselho Nacional de Saúde.

Intervenção

A intervenção (Programa de Exercício Resistido / PER) foi feita com base no treinamento de musculação, realizada três dias/semanais, com duração de uma hora, com intensidade variando entre 65 a 80% de uma repetição máxima (1RM). As sessões foram constituídas de exercícios de aquecimento (caminhada de 20'), treinamento principal (musculação) e exercícios finais de alongamento. A musculação foi iniciada com 3 séries de 15 repetições (4 semanas) e 3 série de 12 repetições (12 semanas), com 1' de intervalo entre as séries, na intensidade determinada para o presente estudo. A série foi composta por 7 exercícios, alternados por segmentos, envolvendo os grandes e pequenos grupos musculares (peito, dorsal, quadríceps, bíceps, tríceps, panturrilha e abdômen).

Utilizou-se ainda a entrevista semi-estruturada, a partir de um roteiro de perguntas procurando-se investigar aspectos relevantes sobre a qualidade de vida auto-referida (TRIVIÑOS, 1987).

Nesse sentido, para análise dessa variável se considerou o exercício como elemento possível de contribuir para a melhoria do constructo, dando-lhe um caráter especial como modo de viver num domínio de bem estar particular. Para tanto, no que se refere à qualidade de vida autoreferida, utilizamos as respostas sobre os seguintes itens: capacidade para o trabalho, dor, fadiga, mobilidade, sono, satisfação com a vida e com a saúde, baseado no que preconiza o WHOQOL adaptado para o HIV/AIDS (MOSER, A. M, TRAEBERT, J., 2011).

Instrumentos de Medida

Para avaliação dos indicadores antropométricos foram coletados dados referentes ao Índice de Massa Corporal (IMC) e Relação Cintura Quadril (RCQ) de acordo com os seguintes protocolos: o IMC foi estabelecido através da fórmula: $IMC = MC \text{ (kg)} / \text{estatura(m)}^2$. Indivíduos com IMC entre 25 a 29,9 kg/m² são classificados como indivíduos com sobrepeso; aqueles com IMC de 30 kg/m² ou mais são classificados como obesos (WHO, 1995). Para aferição da cintura, utilizou-se uma fita antropométrica inelástica de metal da marca Sanny.

Para avaliar os indicadores funcionais foram utilizados testes de Pressão Manual e Escapular. Para mensurar a força de membros superiores foi utilizado o dinamômetro Jamar (FERNANDES FILHO, 2003) e dinamômetro Crow com capacidade da 50Kgf.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No ser humano, a prática de qualquer atividade física (AF) desencadeia o funcionamento e vários sistemas fisiológicos que atuam

sinergicamente com o objetivo de manter todas as funções vitais e ainda realizar tal atividade. Assim percebido, o exercício físico (EF) pode ser considerado como agente de estresse, isto porque tira o organismo de uma situação de equilíbrio e o coloca em situação de stress generalizado, tanto psíquico como metabólico. A AF/EF também proporciona aumento da capacidade respiratória e promove bem estar físico e mental, que fortalecem a resposta imunológica.

De acordo com O'Brien et al (2008), a infecção pelo vírus do HIV pode levar à perda de força e resistência muscular, além de afetar as funções neuromusculares, gerando inclusive problemas de perda de equilíbrio diminui a capacidade aeróbica e gera sensação de fadiga. O ganho de condicionamento físico pode aliviar consideravelmente tais efeitos. Esses estudos ressaltam ainda os benefícios do exercício físico na composição corporal (padrão morfológico) de pessoas vivendo com HIV/AIDS como diminuição do IMC, da massa corporal (MC) e da massa gorda (MG) aumento da massa corporal magra (MCM), já que essa se encontra sob constantes mudanças devido a fatores como: alterações nutricionais, metabólicas, orgânicas associadas ou não ao uso de terapia antiretroviral combinada (VALENTE et al, 2005; DOURADO et al, 2006; CARDARELLI et al, 2008). Na Tabela 1 apresentamos os resultados de nosso estudo em relação a essas variáveis.

TABELA 2: Marcadores Morfofuncionais

TESTE		IMC	RCQ	Somatório Dobras	Somatório Perimetrias	Força Escapular	Força PD	Força PE
Pré	N	11	11	11	11	11	11	10
	Média	24,0	0,97	117,7	310,5	30,9	41,2	39,4
	Desvio Padrão	1,92	0,08	33,08	17,13	8,61	6,54	7,56
	Mínimo	19,8	0,89	60,6	286,5	20,0	31,8	28,0
	Máximo	25,9	1,13	161,7	335,4	45,0	54,2	56,3
Pós	N	11	11	10	11	10	10	10
	Média	24,2	0,95	102,0	313,3	30,3	42,1	39,9
	Desvio Padrão	1,84	0,07	30,18	14,27	7,63	7,05	6,40
	Mínimo	21,0	0,86	63,2	291,3	23,0	31,8	31,6
	Máximo	26,8	1,06	152,2	335,1	45,0	56,0	51,0

FONTE: Dados do Estudo (2010)

No que se refere ao Índice de Massa Corporal, a média dos valores encontrados no pré-teste pode ser considerados como normal, segundo os parâmetros da WHO (1995), apesar de na atualidade o sobrepeso ser um dos principais desvios de estado nutricional das pessoas vivendo com HIV e AIDS, em virtude do uso da HAART (VALENTE, 2005). No caso dos participantes da pesquisa estes efeitos colaterais eram característicos, já que a lipodistrofia foi um dos critérios de inclusão do estudo. Após 16 semanas de exercícios, realizado o pós-teste, percebeu-se uma mudança discreta neste quadro, com média a 24,2 Kg/m² para o IMC.

Podemos afirmar ainda que, apesar do aumento no IMC na maioria do grupo, esse se deu em função do ganho de massa corporal magra, fato este constatado na análise da somatória das dobras cutâneas e da perimetria dos indivíduos estudados.

Nossos achados podem ser comparados aos de Engelson et al, (2006) que em seus estudos com população e intervenção semelhantes obtiveram melhoras significativas do IMC. Os resultados desses estudos apontam para uma mudança média de 2,6 Kg/m² no IMC, e mudanças na classificação obesidade para sobrepeso em 22% dos participantes.

Os critérios antropométricos baseados na circunferência da cintura (CC) e RCQ têm sido usados largamente para estimar a gordura

visceral, sendo consideradas as medidas de $CC > 75$ e $RCQ > 0,90$ para mulheres e $CC > 88$ e $RCQ > 0,95$ para homens, a fim de detectar pacientes infectados com HIV com alta taxa adiposidade visceral e risco de doenças cardiovasculares (SCHWENK, 2002; MALITA et al, 2005; GRISPOON et al, 2008). Considera-se ainda que a elevada relação cintura-quadril em indivíduos infectados pelo HIV em uso de HAART é devida, principalmente, ao aumento da circunferência abdominal, já que as mudanças na circunferência do quadril se dão em função da perda de gordura e massa muscular na região dos quadris e das nádegas (GRISPOON, et al, 2008).

Os valores de RCQ encontrados em nosso estudo apesar de serem superiores aos parâmetros indicados para a referida população apontam para uma melhora importante e sinalizam para a possibilidade de intervenções com exercícios resistidos contribuírem para a redução da adiposidade central e em consequência disso a diminuição da relação cintura-quadril, minimizando dessa forma os riscos cardiovasculares e redução nos marcadores bioquímicos, corroborando com outros estudos realizados com população semelhante a do estudo em foco (SOUZA et al, 2009; BRASIL, 2010).

Nossos achados podem ser comparados aos de Driscoll (2004) com 25 pacientes submetidos a combinação de exercícios aeróbicos e de resistência (1h, 3x/semana) e metformina e aos de Rubenoff (2000) com 10 participantes e 16 semanas de treinamento de resistência. Apesar de no primeiro estudo haver uso de substância medicamentosa, os resultados apontam para uma diminuição da relação cintura-quadril dos participantes.

No que diz respeito à força, sabe-se que é fator fundamental na manutenção tanto da composição corporal em níveis positivos a saúde quanto para facilitação de atividades de vida diária, possibilitando desta forma o aumento nos valores de gasto calórico diário (SMOLANDER et al, 2009; STEA et al, 2009). Estudo demonstra que exercícios resistidos ou a combinação de exercícios aeróbicos e resistidos com portadores de HIV ou AIDS favorecem o aumento da força, massa muscular e diminuição da

gordura corporal (O'BRIEN et al, 2008). Nosso estudo amplia os dados encontrados em trabalhos anteriores, apontando para uma melhora gradual nos níveis de força dos indivíduos estudados, principalmente, no que se refere à pressão manual e força escapular. Apesar de o tempo de intervenção de nosso estudo diferir em relação a outros estudos realizados com população semelhante, pode-se afirmar que os resultados encontrados sugerem que um programa de exercícios resistidos proporciona melhoras no nível de força, promovendo dessa forma maior autonomia funcional da população em questão (PALLERMO, FEIJO, 2003; TERRY et al, 2006).

Estudos recentes afirmam ser o exercício/atividade física benéfico para indivíduos que apresentam distúrbios metabólicos e lipídicos, promovendo adaptações fisiológicas favoráveis resultando em melhoria da qualidade de vida, relacionada à percepção de saúde geral.

Os indivíduos soropositivos e doentes de AIDS apresentam uma tendência a comportamentos depressivos, estresse, desenvolvimento de manifestações clínicas ou doenças oportunistas e sentimento de invalidez (DUDGEON et al, 2004). Ao analisarmos as respostas sobre qualidade de vida auto-referida, percebemos unanimidade sobre as melhoras positivas nesse construto após o ingresso no programa de exercícios físicos, apontando para um prognóstico de relação positiva entre os dois elementos. Acredita-se que a compreensão deste quadro seja fundamental para o desenvolvimento de estratégias de intervenções preventivas que passam, primeiramente, pela compreensão da relação atividade física/saúde.

CONCLUSÃO

A análise dos dados encontrados no estudo aponta para a perspectiva de um Programa de Exercícios resistidos promove melhorias na composição corporal, capacidade funcional (Força) e qualidade de vida

das PVHA, funcionando como um importante agente terapêutico no controle dos efeitos colaterais advindos do uso da HAART.

Sugere-se, para uma ação efetiva do profissional de Educação Física nesse contexto, ser imprescindível compreender a AIDS como um fenômeno biomédico (ex: a ação do HIV no organismo humano), sócio-antropológico (ex.: os preconceitos da sociedade em relação aos indivíduos infectados pelo vírus HIV) e psicossocial (ex.: a perda da identidade do doente de AIDS), procurando ampliar dessa forma discussões sobre as questões ontológicas e existenciais do exercício físico para as PVHA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAISWAS, U. Promoting Health and Well-being in Lives of People Living with HIV and AIDS. **Psychology Developing Societies**. v. 19 (215), 2007.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - AIDS e DST**. Ano VII – n. 1 – 26ª – 52ª e 01ª – 26ª de 2010 - semanas epidemiológicas. OnLine [Periódico online] 2010. Disponível em: <http://www.AIDS.gov.br>. Acesso em 28/05/2010.

BAUMAN, A. E et al. Toward a better understanding of the influences on physical activity. The role of determinants, correlates, causal variables, mediators, moderators, and confounders. **American Journal of Preventive Medicine**. v. 23, n. 2, 2002.

CANINI, S. E. M et al. Qualidade de vida de indivíduos vivendo com HIV/AIDS. *Rev. Latino-am Enfermagem*, v. 12, n. 6, 2004.

CARDARELLI, R. et al. General Health Status and Adherence to Antiretroviral Therapy. **J. Inter. Assoc. Phys. AIDS Care**. v. 7, p. 123-25, 2008.

CARVALHO, Y. M. Promoção de Saúde, práticas corporais e atenção básica. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. v. 7, p. 33-45, 2006.

DOURADO, I et al. Tendências da epidemia de AIDS no Brasil após terapia antiretrovirais. **Rev. Saúde Pública**. v. 40, p. 9-17, 2006.

DRISCOLL, S.D. et al. Effects of exercise training and metformin on body composition and cardiovascular indices in HIV- infected patients. **AIDS**. v. 18, n. 3, p. 465-73, 2004.

DUDGEON, W. D, PHILLIPS, K. D; BOPP, C. M; HAND, G. A. Physiological e Psychological effects of exercise interventions in HIV disease. **AIDS Patient Care and Stds**. v. 18, n. 2, p. 81-98, 2004.

ENGELSON, E.; et al. Body composition and metabolic effects of a diet and exercise weight loss regimen on obese, HIV-infected women. **Metabolism Clinical and Experimental**. v. 55, n. 3, p. 327-336, 2006.

- FERNANDES FILHO, J. **A prática da avaliação Física**. 2. ed. Rio de Janeiro: Shape, 2003.
- GALVÃO, M. T. G.; CERQUEIRA, A. T. A. R.; MARCONDES-MACHADO, J. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/AIDS através do HAT-QoL. **Caderno de Saúde Pública**. v. 20, n. 2, 2004.
- GRINSPOON, S. K. et al. State of the science conference: Initiative to decrease cardiovascular risk and increase quality of care for patients living with HIV/AIDS: executive summary. **Circulation**. v. 118, n. 2, p. 198-210, 2008.
- MALITA, F. M, KARELIS, A. D; RABASA-LHORET, R. Effects of different types of exercise on body composition and fat distribution in HIV-infected patients: A brief review. **Canadian Journal of Applied Physiology-Revue Canadienne De Physiologie Appliquee**. v. 30, n. 2, p. 233-245, 2005.
- MONTESSORI, V; PRESS, N; HARRIS, M. Adverce of antiretroviral therapy for HIV infection. **CMAJ**. v. 170, n. 2, p. 229-238, 2004.
- MOSER, A. M.; TRAEBERT, J. Adaptação transcultural do questionário. HIV/AIDS-Target Qualityof Life para avaliação da qualidade de vida em pacientes com HIV/AIDS. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16 (Supl. 1), p. 1357-1362, 2011
- O'BRIEN, K. et al. Effects of progressive resistive exercise in adults living with HIV/AIDS: systematic review and meta-analysis of randomized trials. **Aids Care-Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV**. v. 20, n. 6, p. 631-635, 2008.
- PAIVA, V. Beyond magical solutions: prevention of HIV and Aids and the process of "psychosocial emancipation". *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. v. 6, n. 11, p. 25-38, 2002.
- TEIXEIRA JUNIOR, M. G.; ISSA, A.; SOARES, V. E. Dislipidemia associada à terapia anti-retroviral em pacientes com AIDS. **Revista da SOCERJ**. v. 18, n. 6, p. 542-546, 2005.
- PALERMO, P. C. G; FEIJÓ, O. G. Exercício físico e infecção pelo HIV: atualização e recomendações. **Rev. Bras.Fisiol. Exer.** v. 2, n. 3, p. 218-246, 2003.
- PIERON, M. Estilo de vida, práticas de atividades físicas e esportivas, qualidade de vida. **Fitness & Performance Journal**. v. 3, n. 1, p. 10-18, 2004.
- REMOR, E. A. Aspectos psicossociais na era dos novos tratamentos da AIDS. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 18, n. 3, p. 283-287, 2002.
- SEIDL, E; ZANNON, C. M. L. C; TÓCCOLI, B. T. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: Enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v. 18, n. 2, p. 188-95, 2005.
- TERRY, L. et al. Exercise training in HIV-1-infected individuals with dyslipidemia and lipodystrophy. **Med. Sci. Sports Exerc**. v. 38, p. 411-425, 2006.
- TRIVIÑOS, Augusto. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1987.
- ROUBENOFF, R. Exercise and HIV infection. **Nutr. Clin. Care**. v. 3, p. 230-236, 2000.

SOUZA, H. F; MARQUES, D. C. Benefits of Aerobic and/or Resistance Training in HIV-Positive Patients: A Systematic Review. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. v. 15, n. 6, p. 467-71, 2009.

SEIDL, E. M. F; ZANNON, C. M. L. C; TRÓCCOLI, B.T. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v. 18, n. 2, p. 188-195, 2005.

SCHWENK A. Methods of assessing body shape and composition in HIV- associated lipodystrophy. **Curr. Opin. Infect. Dis.** v. 15, n. 1, p. 9-16, 2002.

SMOLANDER J. Muscle performance, work ability and physical functioning in middle-aged men. **Occup. Med. (Lond)**. v. 21, 2001.

STEAD, T. H; et al. Lipid profile, physical fitness and smoking habits of young male adults and the association with parental education. **Eur. J. Public Health**. v. 19, n. 1, p. 46-45, 2009.

UNAIDS. **Fundo de População das Nações Unidas. Relatório sobre a Situação da Epidemia de AIDS, UNAIDS**. p. 1, 2005. On Line [Periódico online] 2004. Disponível em: URL:[http://: www.ufnpa.org.br](http://www.ufnpa.org.br).. Acessado em 28/05/2008.

VALENTE, A.M.M et al. Alterações metabólicas da síndrome lipodistrófica. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** v. 49, n. 6, p. 210-223, 2005.

World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. **Geneva: WHO**; 1995. WHO Technical Report Series n° 854.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Micronutrient deficiencies: battling iron deficiency anemia**. [Periódico online] 2003: Disponível em <http://www.Scielo.br/scielo.php>. Acessado em 01/02/2010.

INDICADORES MOTIVACIONAIS: A PRÁTICA REGULAR DE ATIVIDADES FÍSICAS

Viviane Benevides da Costa¹

Kalline Costa Guimarães²

Maria Irany Knackfuss³

RESUMO

Objetivou-se neste estudo descritivo comparativo analisar os indicadores motivacionais na prática regular de atividades físicas de 108 indivíduos de ambos os sexos, com faixa etária entre 13 a 69 anos, participantes do programa Mais Saúde da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, localizada no município de Mossoró-RN, os quais responderam o Inventário de Motivação à Prática Regular de Atividade Física. Os resultados apontaram que a *Saúde* é a dimensão de maior motivação para a prática de atividades físicas. Comparando as dimensões motivacionais por modalidades, foram encontradas diferenças significativas nas dimensões *Controle do Estresse*, *Saúde*, *Sociabilidade* e *Competitividade* em todas as modalidades. Quando controlada a variável sexo, os resultados indicaram não haver diferença significativa nas quatro dimensões motivacionais. Novos estudos devem ser realizados a fim de verificar possíveis diferenças nos indicadores motivacionais quando controladas outras variáveis.

Palavras-chave: Motivação, Exercício Físico, Estilo de Vida.

¹Especialista em Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida - UERN, Mossoró/RN.

²Especialista em Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida - UERN, Mossoró/RN.

³Professora Doutora da Faculdade de Educação Física - UERN, Mossoró/RN.

INTRODUÇÃO

O termo motivação pode ser entendido como aquilo que faz uma pessoa agir. Na realidade, a literatura tem apresentado o termo motivação em vários formatos, dependendo, é claro, da teoria que está por detrás da intenção de sua utilização (BALBINOTTI, TÉTREAU, 2006).

Uma das teorias que fundamentam a motivação é a Teoria da Autodeterminação (TAD). Esta teoria parte do entendimento de que grande parte das pessoas (quando saudável) é ativa e curiosa, demonstra prontidão para aprender e explorar e, de maneira geral, não necessita de incentivos extras para apresentar tais comportamentos. Portanto, a TAD postula que três forças motivacionais distintas podem influenciar, em maior ou menor grau, o comportamento autodeterminado, são elas: a Motivação Intrínseca (determinada por fatores pessoais), a Motivação Extrínseca (determinada, basicamente, por fatores situacionais) e a motivação (falta de motivação associada à determinada atividade). (DECI, RYAN apud BALBINOTTI, CAPOZZOLI, 2008).

Apesar do fato de pessoas apresentarem um comportamento motivado de forma natural, evidências demonstram que determinadas condições são necessárias para a manutenção deste comportamento. A TAD procura, então, responder de que forma este comportamento motivado se mantém ou diminui, assim como, quais fatores contribuem para este fenômeno. (RYAN, DECI, 2000)

A motivação é apontada como uma variável fundamental para se compreender o que leva e mantém as pessoas praticando atividade física e vem recebendo um crescente destaque enquanto um dos fatores psicológicos mais relevantes para a pedagogia do treinamento desportivo. (BERLEZE, VIEIRA, KREBS, 2002).

Segundo Pitanga, Lessa (2005), ter baixo nível de atividade física é uma condição que está associada ao desenvolvimento de doenças, tais como: diabetes, infarto do miocárdio, doença arterial coronariana, câncer e obesidade e também é um dos fatores que contribui para elevar as taxas de

mortalidade, aumentar os riscos de hospitalizações e de problemas psicossociais, resultando em custos elevados para a saúde pública de modo geral. Dessa forma, torna-se indispensável à aderência a um programa de atividades físicas regulares por parte da população, não ocorrendo logo no início da prática, pois há um processo lento que vai da inatividade à manutenção da prática de exercícios físicos. (NASCIMENTO, SORIANO, FÁVARO, 2007).

De acordo com Juchem et al, (2007), as principais dimensões motivacionais apresentadas na literatura são as seguintes: Controle do Estresse, Prazer, Competitividade, Sociabilidade, Estética e Saúde. No caso dos exercícios físicos, a interação entre os fatores pessoais e da situação influenciam a motivação para o início da prática, desta forma, percebe-se o caráter dinâmico da motivação, em uma frequente relação entre aspectos biológicos, cognitivos e sociais, impedindo ou facilitando a prática de exercícios físicos. (LIZ, et al, 2010).

Pitanga (2004) classifica os determinantes da atividade física em quatro categorias: variáveis demográficas (idade, sexo, nível socioeconômico, grau de instrução); variáveis cognitivas (percepção de barreiras, intenção para o exercício, distúrbios de humor, percepção sobre a saúde, auto-eficácia, percepção do esforço); variáveis ambientais (clima, facilidade de acesso e locais apropriados); e suporte social (família e amigos). Esses fatores podem influenciar de forma positiva ou negativa a aderência. (COSTA, BOTTCHEER, KOKKUBUN, 2009).

Nesse sentido, o conhecimento dos aspectos motivacionais que levam os indivíduos a praticarem atividades físicas é um fator bastante relevante e de fundamental importância para os professores de Educação Física por proporcionar subsídios a esses profissionais envolvidos na prática de atividades físicas, para a preparação de seus programas e aulas voltadas mais para o interesse do praticante, facilitando a escolha das atividades, o ritmo da aula, o comportamento relacional e a maneira de motivar para uma prática alegre e prazerosa. Este conhecimento pode também, quando adequadamente utilizado, aumentar as possibilidades de

ingresso e permanência de indivíduos nesta prática (BERLEZE, et al, 2002).

Desse modo, este estudo descritivo objetivou analisar os indicadores motivacionais na prática regular de atividades físicas de indivíduos participantes do programa Mais Saúde da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte na cidade de Mossoró-RN.

MÉTODOS

Participantes

A amostra do presente estudo foi constituída por 108 alunos do Programa Mais Saúde da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, sendo 64 do sexo masculino e 44 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 13 e 69 anos de idade ($25,7 \pm 14,5$). Da totalidade da amostra 64 (59,26%) dos indivíduos eram do sexo masculino e 44 (40,74%) eram do sexo feminino. Em relação às atividades físicas praticadas: n=14 (12,96%) praticavam Voleibol, n=3 (2,77%) Basquete, n=34 (31,48%) Futsal, n=14 (12,96%) Natação, n=23 (21,29%) Dança e n=20 (18,51%) praticavam Hidroginástica.

Instrumentos

Para identificar os motivos de adesão a prática de atividade física foi utilizado o Inventário de Motivação à Prática Regular de Atividade Física (IMPRAF-54) elaborado por Balbinotti, Barbosa (2008).

O IMPRAF-54 é um inventário que avalia seis das possíveis dimensões associadas à motivação para a realização de atividades físicas regulares. Trata-se de 54 itens agrupados seis a seis, observando a seguinte sequência: o primeiro item do primeiro bloco de seis apresenta uma questão relativa à dimensão motivacional Controle de Estresse (ex.: liberar

tensões mentais), a segunda, Saúde (ex.: manter a forma física), a terceira, Sociabilidade (ex.: estar com amigos), a quarta, Competitividade (ex.: vencer competições), a quinta, Estética (ex.: manter o corpo em forma) e a sexta, Prazer (ex.: meu próprio prazer). Esse mesmo modelo se repete no segundo bloco de seis questões até completar oito blocos (perfazendo um total de 54 questões). O bloco de número nove é composto de seis questões repetidas (escala de verificação). Seu objetivo é verificar o grau de concordância acordada a primeira e a segunda resposta ao mesmo item. As respostas aos itens do inventário são dadas conforme uma escala bidirecional, de tipo Likert, graduada em cinco pontos, indo de “isto me motiva pouquíssimo” (1) a “isto me motiva muitíssimo” (5).

Cada dimensão é analisada individualmente, sendo encontrado um escore bruto de cada dimensão, somando-se as respostas (valores de 1 a 5) nas linhas da folha de respostas incluindo apenas as colunas 1 a 8. Para análise e interpretação dos resultados (escores percentílicos), foi utilizado as Tabelas Normativas do IMPRAF-54 que permitiram transformar o escore bruto em percentil e contextualizar os resultados de acordo com o sexo e o grupo de idade correspondente, permitindo verificar em uma escala de 0% a 100%, o quanto este indivíduo está motivado para determinada dimensão.

Quanto à validade de construto desta medida, esta foi estabelecida a partir de um rigoroso estudo de Balbinotti, Barbosa (2008), sendo obtido um coeficiente de fidedignidade de 0,95. Para cada dimensão, a fidedignidade obtida foi: Controle de Estresse (0,89), Saúde (0,88), Sociabilidade (0,91), Competitividade (0,87), Estética (0,93) e Prazer (0,84).

Procedimento de Coleta de Dados

Primeiramente foi solicitada autorização da direção do Programa Mais Saúde da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN, e, em seguida, após a assinatura do Termo Consentimento Livre e

Esclarecido, o IMPRAF-54 foi aplicado momentos antes do início da prática das atividades físicas no programa.

O presente estudo atende as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado no Comitê de Ética da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, sob nº 061/2010.

RESULTADOS

Os resultados estão organizados em três tópicos. No primeiro, é apresentada uma análise descritiva dos dados sobre as dimensões motivacionais em comparação com as modalidades praticadas. No segundo, são apresentadas as dimensões motivacionais em relação ao sexo e no terceiro momento, são expostos os resultados dos percentuais motivacionais de cada dimensão estudada (Controle do Estresse = CE; Saúde = S.A; Sociabilidade = SO; Competitividade = CO; Estética = ES e Prazer = PR).

Foram testados os índices de normalidade da distribuição dos dados através do cálculo Kolmogorov-Smirnov ($p < 0,05$). Para a diferenciação da variável sexo foi utilizado o Teste “t” de Student e para a comparação entre faixas etárias e modalidades praticadas, utilizou-se o teste estatístico ANOVA One-Way. Foi aplicado também o Post Hoc Bonferroni, permitindo localizar diferenças entre as variáveis.

Comparação das dimensões motivacionais por modalidade praticada

A tabela 1 mostra a comparação das dimensões motivacionais por modalidade praticada. Na dimensão *Controle do Estresse*, observou-se diferença significativa ($p = 0,010$) apenas entre as modalidades Hidroginástica e Natação. Na dimensão motivacional *Saúde*, a modalidade Hidroginástica também difere da modalidade Basquete ($p = 0,024$) e Futsal ($p = 0,049$).

Na dimensão motivacional *Sociabilidade*, observou-se diferenças significativas entre as seguintes modalidades: Futsal e Natação ($p=0,000$); Hidroginástica e Natação ($p=0,005$) e Natação com Voleibol ($p=0,020$). Na dimensão *Competitividade*, observou-se diferenças significativas na Dança com Hidroginástica ($p=0,000$), com Natação ($p=0,005$) e com Voleibol ($p=0,020$), assemelhando-se a modalidade Futsal, cujos resultados diferem significativamente com as mesmas modalidades: Hidroginástica ($p=0,000$), Natação ($p=0,000$) e Voleibol ($p=0,000$). Não foram encontradas diferenças significativas na modalidade Basquete com nenhuma outra modalidade nessa dimensão.

Tabela 1: Comparação das dimensões motivacionais por modalidade praticada.

		Basquete	Dança	Futsal	Hidroginástica	Natação	Voleibol
CE	Med.	23,3	25,2	28,3	31,8	22,7	29,7
	Desv.	11,15	7,86	6,50	5,41	10,92	6,23
	Sig.				a	a	
S.A	Med.	27,0	33,2	32,9	37,3	35,7	35,4
	Desv.	6,24	5,85	5,87	3,67	3,83	4,60
	Sig.	A		B	a, b		
SO	Med.	23,7	27,4	28,6	29,4	20,2	30,3
	Desv.	7,51	6,30	6,33	8,70	9,86	6,98
	Sig.			a	b	a, b, c	C
CO	Med.	17,3	23,6	26,5	10,9	14,0	15,0
	Desv.	8,33	9,50	8,02	4,13	5,64	8,73
	Sig.		a, b, c	d, e, f	a, d	b, e	c, f
ES	Med.	20,0	27,3	29,1	26,8	29,9	24,4
	Desv.	3,46	9,08	7,36	5,49	8,31	9,41
	Sig.						
PR	Med.	32,7	29,7	31,1	31,4	29,1	30,1
	Desv.	2,31	9,08	5,44	6,00	9,68	9,35

Sig.							
	Med.	20,2	21,5	18,2	49,0	23,4	24,7
Idade	Desv.	1,38	12,69	6,11	13,10	6,52	5,38
	Sig.	a	b	c	a, b, c, d, e	d	e

Valores de $p < 0,05$: (**CE.** a / $p = 0,010$); (**S.A.** a / $p = 0,024$; b / $p = 0,049$); (**SO.** a / $p = 0,008$; b / $p = 0,009$; c / $p = 0,008$); (**CO.** a / $p = 0,000$; b / $p = 0,005$; c / $p = 0,020$; d / $p = 0,000$; e / $p = 0,000$; f / $p = 0,000$); (**IDADE** a / $p = 0,000$; b / $p = 0,000$; c / $p = 0,000$; d / $p = 0,000$; e / $p = 0,000$; f / $p = 0,000$).

Nas dimensões motivacionais *Estética* e *Prazer* não foram encontradas diferenças significativas entre as modalidades estudadas. Quanto à variável idade, observaram-se diferenças significativas da modalidade Hidroginástica com todas as outras ($p = 0,000$), pois essa modalidade tem como participantes indivíduos com médias de idades maiores ($49,0 \pm 13,10$), distanciando-se da média geral que foi de ($25,7 \pm 14,5$). Observa-se também que os praticantes de Hidroginástica têm como maiores dimensões motivacionais, o Controle do Estresse (média = $31,8 \pm 5,41$); a Saúde (média = $37,3 \pm 3,67$) e a Sociabilidade (média = $29,4 \pm 8,70$).

Dimensões Motivacionais de acordo com o sexo

A Tabela 2 descreve os resultados obtidos em cada uma das dimensões motivacionais em estudo levando em consideração, o sexo.

Tabela 2: Dimensões Motivacionais de acordo com o sexo

		Sig.	Média	Desv. Pad.	Mediana	Máximo	Mínimo
CE	Fem	0,307	28,2	7,16	29,5	40,00	9,00
	Masc		27,2	8,30	27,5	40,00	8,00
S.A	Fem	0,117	35,7	4,88	36,5	41,00	21,00
	Masc		33,4	5,63	34,0	40,00	19,00
SO	Fem	0,653	27,8	8,27	30,0	40,00	8,00
	Masc		27,3	7,68	27,5	40,00	8,00
CO	Fem	0,911	17,0	9,47	13,5	39,00	8,00
	Masc		21,4	9,64	21,0	40,00	8,00
ES	Fem	0,055	27,9	7,28	29,0	40,00	8,00
	Masc		27,3	8,40	28,5	40,00	8,00
PR	Fem	0,812	30,7	7,35	31,5	40,00	8,00
	Masc		30,4	7,56	32,0	40,00	11,00

Conforme os resultados descritos, nota-se não haver diferenças significativas entre as dimensões em estudo: *Controle do Estresse* ($p=0,307$); *Saúde* ($p=0,117$); *Sociabilidade* ($p=0,653$); *Competitividade* ($p=0,911$); *Estética* ($p=0,055$) e *Prazer* ($p=0,812$), quando controlada a variável sexo.

De maneira geral, vale salientar que as mulheres apresentam médias aritméticas nominais maiores que as dos homens nas seguintes dimensões: *Controle do Estresse* ($f=28,2\pm7,16$; $m=27,2\pm8,30$), *Saúde* ($f=35,7\pm4,88$; $m=33,4\pm5,63$), *Sociabilidade* ($f=27,8\pm8,27$; $m=27,3\pm7,68$), *Estética* ($f=27,9\pm7,28$; $m=27,3\pm8,40$) e *Prazer* ($f=30,7\pm7,35$; $m=30,4\pm7,56$). Os homens apresentam maior média nominal apenas na dimensão *Competitividade* ($f=17,0\pm9,47$; $m=21,4\pm9,64$). No entanto, essas variáveis não diferem estatisticamente entre elas.

Pode-se observar também que de acordo com os sexos, a dimensão mais motivante é a *Saúde*, seguida do *Prazer* e que a dimensão

Competitividade, para ambos os sexos, é considerada como menos motivadora a prática de atividades físicas.

Percentil da motivação em cada dimensão

No gráfico 1, são apresentados os percentuais motivacionais em cada dimensão, considerando para o estudo, a seguinte classificação: 0-20 (muito ruim); 21-40 (ruim); 41-60 (regular); 61-80 (bom); 81-100 (muito bom).

Com relação às dimensões, pode-se observar que os indicadores de maior motivação para a prática regular de atividade física, apontados pela maioria dos indivíduos avaliados são: *Saúde* (54%); *Controle de Estresse* (44%); *Competitividade* (32%); *Prazer* (31%); *Sociabilidade* (29%); e *Estética* (27%). Entretanto, as dimensões apontadas como menos motivante foram: *Prazer* (47%); *Estética* (45%); *Sociabilidade* (40%); *Competitividade* (34%); *Controle do Estresse* (28%) e a *Saúde* (25%).

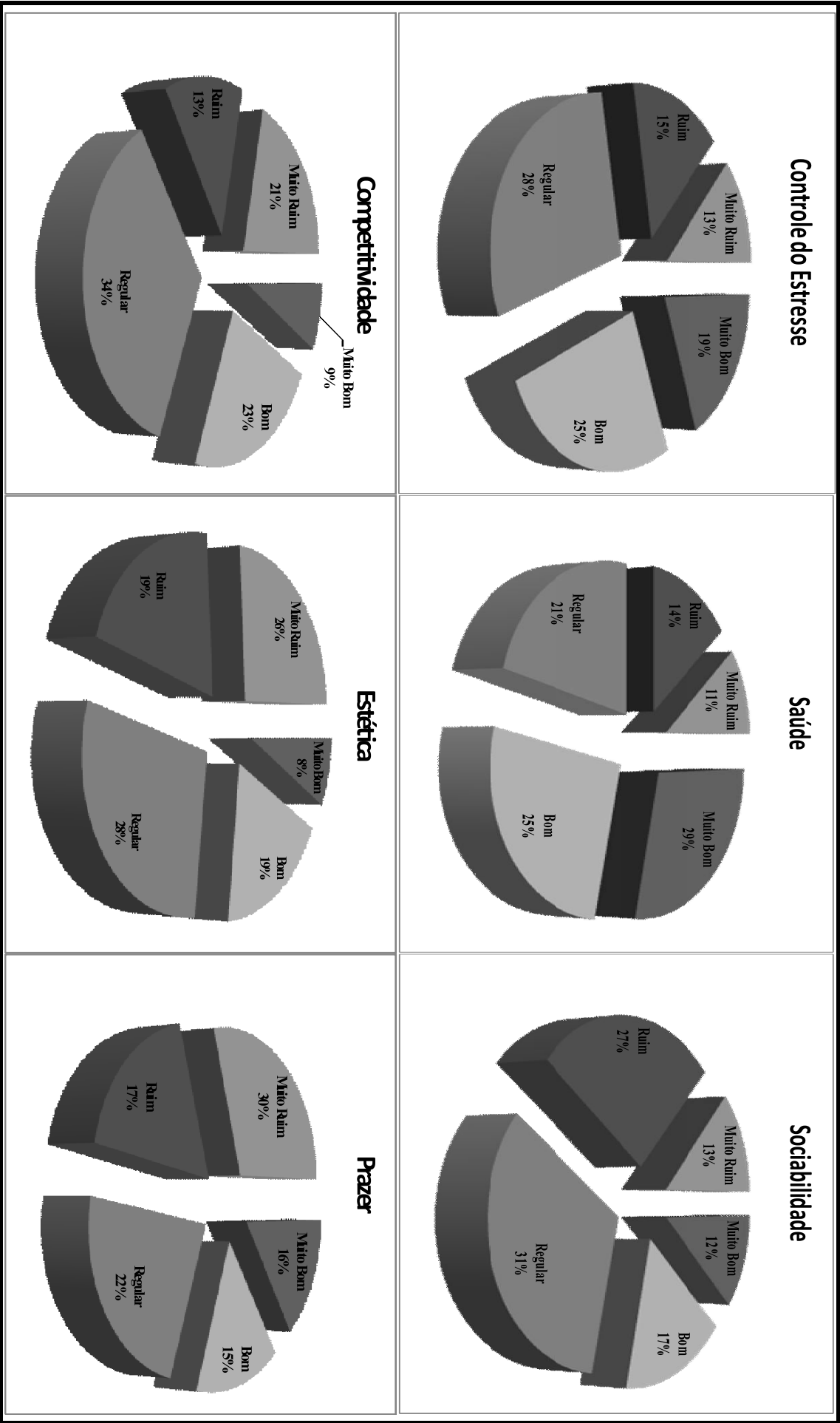


Gráfico 1: Percentual da motivação por dimensão

DISCUSSÃO

Este trabalho permitiu verificar e avaliar os fatores motivacionais de 108 praticantes de atividades físicas, de ambos os sexos, com idades variando de 13 a 69 anos, do Programa Mais Saúde da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. A partir dos cuidados, éticos e metodológicos, os resultados indicam que a dimensão *Saúde* é a mais motivante para os praticantes.

Estes dados corroboram com o estudo de Balbinotti, Capozzoli (2008), ao avaliarem 300 praticantes de ginástica em academias de Porto Alegre/RS, de ambos os sexos e com idades variando entre 18 a 65 anos. Um dos importantes resultados encontrados nesse estudo indica que a Saúde é a dimensão que mais motiva os praticantes de ginástica em academias, quando controladas as variáveis sexo e grupo de idades.

No estudo de Juchem et al. (2007), os quais analisaram a motivação em adolescentes tenistas, do sexo masculino de 13 a 16 anos, apontou a dimensão Prazer como fator motivacional mais aparente, sendo esses resultados diferentes dos encontrados em nosso estudo.

Comparando as dimensões motivacionais por modalidades, foram encontradas diferenças significativas nas dimensões *Controle do Estresse*, *Saúde*, *Sociabilidade* e *Competitividade* em todas as modalidades. Nas dimensões *Estética* e *Prazer* não foram encontradas diferenças significativas. De acordo com esses resultados, pode-se dizer que a natureza das atividades físicas possam provavelmente influenciar as dimensões motivacionais para a prática de atividades físicas regulares.

No que diz respeito às idades, os resultados mostram diferenças significativas da modalidade Hidroginástica com todas as outras, pois essa modalidade tem como participantes indivíduos com médias de idades maiores. Esta condição provavelmente está associada ao fato de que pessoas com médias de idades mais altas preferem a prática de atividades físicas mais moderadas, como a Hidroginástica, onde o impacto nas

articulações é reduzido, minimizando o surgimento de problemas ósseos e musculares. (ETCHEPARE et al, 2003).

Quando controlada a variável sexo, os resultados indicaram não haver diferença significativa nas quatro dimensões motivacionais. Esses dados nos permitem levantar a hipótese que, ao se analisar o nível geral de motivação, não existe uma diferença significativa na motivação avaliada, apenas por pertencer a um ou outro sexo. Assim, tanto os sujeitos do sexo masculino quanto os do sexo feminino testados manifestam, estatisticamente falando, o mesmo nível de motivação para cada dimensão.

Esse resultado se assemelha ao estudo realizado por Balbinotti, et al (2007), sobre a motivação de corredores de longa distância, que indicam existir um padrão motivacional, independente do sexo, nas dimensões: Controle de Estresse, Saúde, Sociabilidade, Competividade e Prazer, sendo que a única dimensão que apresentou diferença significativa ($p < 0,05$), entre o grupo masculino e feminino, foi a Estética.

O estudo de Balbinotti, Capozzoli (2008) apresentou diferenças significativas entre os sexos, apenas nas dimensões motivacionais Sociabilidade (Masc: Média=51,24 e Fem: Média=44,78) e Competitividade (Masc: 47,29 e Fem: 40,97), onde o grupo masculino apresenta valores superiores. As demais dimensões motivam da mesma forma tanto os homens quanto as mulheres.

De acordo com a comparação das dimensões motivacionais em relação às modalidades praticadas, observou-se que a dimensão *Saúde* foi o indicador de maior motivação para os praticantes das modalidades Dança, Futsal, Hidroginástica, Natação e Voleibol, na modalidade Basquete a maior dimensão motivacional foi o *Prazer*.

O resultado encontrado na modalidade Basquete, a qual teve como maior dimensão motivadora o *Prazer*, assemelham-se ao estudo de Balbinotti, Saldanha, Balbinotti (2009), ao compararem os índices médios obtidos nas seis dimensões motivacionais controlando a variável Sexo. Ao avaliarem 441 atletas infanto-juvenis, jogadores de basquete, de ambos os sexos, com idades variando de 13 a 16 anos, os mesmos constataram que,

independente do sexo em análise, a dimensão *Prazer* é a dimensão que mais motiva os atletas de basquetebol infanto-juvenil.

Quanto à variável idade, observaram-se diferenças significativas da modalidade Hidroginástica com todas as outras ($p=0,000$), pois essa modalidade tem como participantes indivíduos com médias de idades maiores ($49,0\pm13,10$), distanciando-se da média geral que foi de ($25,7\pm14,5$). Observa-se também que os praticantes de Hidroginástica têm como maiores dimensões motivacionais, o Controle do Estresse (média: $31,8\pm5,41$); a Saúde (média: $37,3\pm3,67$) e a Sociabilidade (média: $29,4\pm8,70$).

CONCLUSÃO

Diante dos resultados analisados conclui-se que a dimensão *Saúde*, desencadeia uma maior motivação dos participantes do programa para a prática de atividades físicas e que não foram encontradas diferenças significativas em nenhuma das dimensões motivacionais em relação à variável sexo. Os resultados indicaram também, quando comparadas às modalidades com cada dimensão, a existência de diferenças significativas apenas nas dimensões Controle do Estresse, Saúde, Sociabilidade e Competitividade.

Essas medidas de motivação à prática de atividades físicas são particularmente interessantes quando utilizadas dentro de um contexto maior, ou seja, quando esses profissionais se interessam em ajudar as pessoas na aderência e manutenção de uma vida ativa. Desta forma, destaca-se a importância de se criar modelos de orientação e de educação a prática regular de atividades físicas que sejam adequados aos grupos específicos estudados.

Assim, sugerem-se a realização de outros estudos com o fim de se verificar a existência de diferenças estatísticas nos níveis de motivação à prática de atividade física, controlando outras variáveis, como por

exemplo: faixas etárias, tipo de treinamento, tempo de prática, regiões (cidades - capital e interior, áreas urbanas, semi-rurais e rurais), outras modalidades, como também a inclusão de outras fases do desenvolvimento humano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BALBINOTTI, M. A. A.; TÉTREAUX, B. Níveis de maturidade vocacional de alunos de 14 a 18 anos do Rio Grande do Sul. **Revista Psicologia em Estudo**. v. 11, p. 551-560, 2006.
- BALBINOTTI, M. A. A. et al. Dimensões motivacionais de atletas corredores de longa distância: um estudo descritivo-comparativo segundo o sexo. **Coleção Pesquisa em Educação Física**. v. 6, n. 2, p. 73-80, 2007.
- BALBINOTTI, M. A. A.; BARBOSA, M. L. L. Análise da consistência interna e fatorial confirmatório do IMPRAFE-126 com praticantes de atividades físicas gaúchos. **Psico-US** [online], v. 13, n. 1, p. 1-12, 2008.
- BALBINOTTI, M. A. A.; CAPOZZOLI, C. J. Motivação à prática regular de atividade física: Um estudo exploratório com praticantes em academias de ginástica. **Rev. Bras. Educ. Fís. Esp.** São Paulo, v. 22, n. 1, p. 63-80, 2008.
- BALBINOTTI, M. A. A.; SALDANHA, R. P.; BALBINOTTI, C. A. A. Dimensões motivacionais de basquetebolistas infanto-juvenis: um estudo segundo o sexo. **Motriz**. Rio Claro, v. 15, n. 2, p. 318-329, 2009.
- BERLEZE, A.; VIEIRA, L. F.; KREBS, R. J. Motivos que levam crianças para a prática de atividades motoras na escola. **Revista da Educação Física/UEM**. Maringá, v. 13, n. 1, p. 99-100, 1. sem, 2002.
- COSTA, B. V.; BOTTCHEER, L. B.; KOKUBUN, E. Aderência a um programa de atividade física e fatores associados. **Motriz**. Rio Claro, v. 15, n. 1, p. 25-36, 2009.
- ETCHEPARE, L. S.; et al. Terceira idade: aptidão física de praticantes de hidroginástica. **Revista Digital**. 2003. Ano 9 - Nº 65. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd65/hidrog.htm>> Acesso em: 15 Agosto 2010.
- JUCHEM, L. et al. A motivação para a prática regular de atividades físicas: um estudo descritivo-exploratório com tenistas do sexo masculino de 13 a 16 anos. **Coleção Pesquisa em Educação Física**. v. 6, n. 2, p. 19-24, 2007.
- LIZ, C. M. et al. Aderência à prática de exercícios físicos em academias de ginástica. **Motriz**. Rio Claro, v. 16, n. 1, p. 181-188, 2010.
- NASCIMENTO, G. Y.; SORIANO, J. B.; FÁVARO, P. E. A perspectiva do erro e a avaliação das conseqüências da intervenção profissional em Educação Física: uma análise de

conteúdo. **Revista Brasileira Cineantropometria e Desempenho Humano**. v. 9, n. 4, p. 393-400, 2007.

PITANGA, F. J. G. **Epidemiologia da atividade física, exercício físico e saúde**. 3ª ed. São Paulo: Phorte, 2004.

PITANGA F. J. G.; LESSA I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. **Cad. Saúde Pública**. v. 21, n. 3, p. 870-877, 2005.

RYAN, R. M.; DECI, E. L. Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. **Contemporary Educational Psychology**. v. 25, n. 1, p. 54-67, 2002.



Os Autores



Organizador do Livro

Prof. Ms. Adalberto Veronese da Costa



ADALBERTO VERONESE DA COSTA

Graduado em Licenciatura Plena em Educação Física pelo Centro Universitário de João Pessoa, UNIPÊ (1995), está cursando o Doutorado em Ciências do Desporto pela Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, UTAD, Portugal (2009), é Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN (2008), Especialista em Pesquisa em Educação Física pela Universidade Federal da Paraíba, UFPB (1998) e em Recreação, Lazer e Animação Sócio Cultural pela Universidade Estadual de Londrina, UEL (1996) . Atualmente é Professor da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, UERN, Diretor de Educação, Cultura e Artes da Pró-Reitoria de Extensão , Coordenador do Curso de Especialização em Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida e líder da base de pesquisa: Cultura corporal, Educação e Desenvolvimento Humano.

Professores concluintes do Curso de Especialização em Atividade Física Saúde e Qualidade de Vida e convidados.

Alexandre Alves Sousa, Álvaro Fernando Souza do Couto, Aristóteles Marzille Queiroz, Diogo Eduardo Bezerra de Moraes, Disraeli Freire de Assis, Diva Gioconda de Medeiros Fernandes, Fábio Bentes Tavares de Melo, Janaína Queiroz de Carvalho Teixeira, João Batista Medeiros da Silva, Kalline Costa Guimarães, Kellyzandro Oliveira Maia, Luraline Kalhyane Silva Gaudêncio Medeiros, Lissa Melo Fernandes, Luana Fabrícia Gomes, Mararuth Martins Fernandes, Márcia Liana Nogueira Carlos, Maria do Carmo Guilherme Neta, Maria Eliana de Moraes Souza, Stella Lira, Vagno Jesus Costa de Miranda, Viviane Benevides da Costa.

Professores da Faculdade de Educação Física da UERN, Alunos dos Cursos de mestrado e doutorado em Ciências da Saúde da UFRN e em Ciências do Desporto da Universidade Trás-Os-Montes e Alto Douro – Vila Real – Portugal

GLEIDSON MENDES REBOUÇAS

Possui especialização em Fisiologia do Exercício pela Universidade Veiga de Almeida (2006), está cursando o mestrado em Ciências do Desporto pela Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, UTAD, Portugal (2009). Tem experiência na área de Educação Física, com ênfase em Avaliação da Performance Humana, atuando principalmente nos seguintes temas: Avaliação da componente Cardiorespiratória e Análise de Dados em Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida.

HUMBERTO JEFFERSON DE MEDEIROS

Possui graduação em Licenciatura em Educação Física pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1986), Mestrado em Ciência do Movimento Humano pela Universidade do Estado de Santa Catarina (2001) e Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (2005). E professor Adjunto IV da Universidade do Estado do Rio Grande do

Norte e chefe de Departamento da FAEF. Atualmente integra o corpo editorial do The FIEP Bulletin e tem experiência na área de Educação Física, atuando principalmente nos seguintes temas: escolares, estado nutricional, crescimento infantil, desenvolvimento motor e estágios maturacionais .

HUNAWAY ALBUQUERQUE GALVÃO DE SOUZA

Possui graduação em Educação Física pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (1984) , Especialização em Educação Infantil pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte(1997) e Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte(2010). É Professora da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte ,desde maio de 2003, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde, disciplinas didático-pedagógicas da Educação Física, metodologia dos esportes. Atualmente é Doutoranda do Curso de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte na Linha de Pesquisa Corporeidade e Educação.

LUÍS MARCOS DE MEDEIROS GUERRA

Graduação em Processamento de Dados (UnP - 1996), graduação em Fisioterapia (UFRN - 1999), graduação em Educação Física (UFRN - 2010), especialista em Fisioterapia Desportiva e Cardiovascular (UNIG/GPS - 2000) e mestrando na UFRN (Ciências da Saúde), está cursando o Doutorado em Ciências do Desporto pela Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, UTAD, Portugal (2009). Atualmente é professor da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) - Curso de Educação Física, com experiência na área de Fisioterapia e Educação Física, ênfase em Anatomia, Fisiologia, Socorros Urgentes, Cinesiologia e Biomecânica.

MARIA IRANY KNACKFUSS

Possui graduação em Licenciatura Plena em Educação Física pela Universidade Federal de Santa Maria /RS(1977), Mestrado em Ciência do Movimento Humano pela Universidade Federal de Santa Maria /RS(1986) e Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte/RN

(2004). Professora Titular aposentada da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professora Adjunto I da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Ex-Coordenadora do Curso de Educação Física da Faculdade Natalense para o desenvolvimento do Rio Grande do Norte. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade-Mestrado da UERN. Membro do Comitê de Ética da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. É membro da comissão editorial da Revista da Saúde - CCS/UFRN, da Revista Saúde.com-UESB/Bahia e Revisora de periódicos do American Journal of Public Health, Revista de Saúde Pública-USP, Revista Arquivos em Movimento da UFRJ e da Revista Acta Brasileira do Movimento Humano-ULBRA/ RO . Integra o Banco de avaliadores de Instituições de nível Superior e dos Cursos de Educação Física - SINAES/ INEP. Orientadora no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/UFRN, nível de Mestrado e Doutorado. Tem experiência na área de Educação Física, atuando principalmente no desenvolvimento de pesquisas referentes a avaliação das variáveis biofísicas e culturais da atividade física e da obesidade de escolares e pessoas infectadas pelo HIV/AIDS .

PRISCILA SILVANA BERTEVELLO

possui graduação em Nutrição pela Universidade Guarulhos (1994) e mestrado em Ciências (Biologia Celular e Tecidual) pela Universidade de São Paulo (1999). Atualmente é professor assistente da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte e diretora de do curso de Nutrição da Universidade Potiguar, Campus Mossoró/RN. Tem experiência na área de Morfologia, com ênfase em Histologia, atuando principalmente nos seguintes temas: metabolismo e suplementação lipídica, nutrição esportiva e síndromes hipertensivas na gestação. Coordenador de projeto institucional sobre incidência de síndrome eclâmpsia e pré-eclâmpsia no município de Mossoró-RN.

THEMIS CRISTINA MESQUITA SOARES

Possui graduação em Educação Física (Licenciatura Plena) pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1994), especialização em Educação Psicomotora pela Fundação Universidade Regional do Rio Grande do

Norte/UNP (1996), especialização em Educação Motora na Escola pela UFRN (1999) , mestrado em Educacao Fisica (Atividade Fisica e Saúde) pela Universidade Federal de Santa Catarina (2004) e Doutorado em CIENCIAS DA SAUDE pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Atualmente é professora assistente da Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN/RN).

Adotar um estilo de vida saudável é foco de discussões nas diversas áreas do conhecimento. Ao tratar de saúde é necessária uma orientação para esta mudança de vida por profissionais da Educação Física que vem contribuindo nos mais diversos setores da sociedade através do diagnóstico e acompanhamento para a prática regular de atividades físicas, visando prevenir os agravos a saúde decorrentes do stress e do sedentarismo. Este livro corresponde aos estudos dos professores da Faculdade de Educação Física da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte e alunos concluintes do I Curso de Especialização em Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida, focados em investigar aspectos relacionados com a atividade física para a promoção de um estilo de vida saudável da população do Rio Grande do Norte.



ISBN 978-85-7621-041-2



9 788576 210412