

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA

COMPARAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA EM
ESTUDANTES DE EDUCAÇÃO FÍSICA.

MARIANA ORSINI BRAGA

PORTO ALEGRE

2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA

COMPARAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA EM
ESTUDANTES DE EDUCAÇÃO FÍSICA.

MARIANA ORSINI BRAGA

Trabalho de Conclusão de Curso
orientado pelo Prof.^a Diná Santiago e
co-orientado pelo Prof^o. Felipe Barreto
Schuch.

PORTO ALEGRE

2010

Sumário

1. Introdução	04
2. Objetivos	06
2.1 Objetivo Geral	06
2.2 Objetivos Específicos	06
3. Revisão Bibliográfica	07
3.1 Atividade Física, Aptidão Física e Saúde.....	07
3.2 Estilo de vida ativo.....	11
3.2.1 O Papel do Profissional de Educação Física para um Estilo de Vida Ativo.....	14
3.3 Conceitos e definições sobre Qualidade de Vida.....	15
3.4 Exercício Físico e Qualidade de Vida.....	18
4. Metodologia.....	20
4.1 Seleção da amostra.....	20
4.2 Amostra.....	20
4.3 Critérios de inclusão.....	20
4.4 Instrumentos de Medida.....	20
4.4.1 WHOQOL-Bref: Medida de Qualidade de Vida.....	20
4.4.2 IPAC versão curta: Medida do nível de atividade física.....	23
4.5 Tratamento dos dados.....	24
5. Resultados.....	26
6. Discussão.....	28
7. Considerações Finais.....	30
8. Cronograma	31
9. Orçamento.....	32
10. Referências Bibliográficas	33
11. Anexos	39
11.1 Questionário WHOQOL-BREF	39
11.2 Dados de identificação e IPAC curto.....	40

Introdução:

Hoje, em pleno século XX, se perguntarmos às pessoas que têm acesso à informação se o exercício físico regular faz bem à saúde, talvez encontremos um grande percentual que responda afirmativamente. Todavia, se perguntarmos a essas mesmas pessoas se elas gostam de fazer exercícios regulares, esse percentual certamente diminuirá. Se formos adiante e perguntarmos se elas são ativas fisicamente, não podemos ter a certeza sobre quais respostas obteremos, mas um percentual muito baixo deverá responder positivamente. Dentre esses, alguns ainda responderão dessa maneira porque fazem diariamente o serviço de casa ou do seu quintal. Outros nos dirão que são atletas porque praticam esportes no final de semana e assim por diante. Essa questão é ainda mais relevante quando se analisa o profissional de saúde que tem por função profissional orientar a população para um estilo de vida saudável.

Estudos epidemiológicos e documentos institucionais propõem que a prática regular de atividade física e uma maior aptidão física estão associadas a uma menor mortalidade e melhor qualidade de vida em população adulta. (Paffenbarger, 1994)

Atualmente se entende que são múltiplos os fatores que determinam a qualidade de vida de pessoas ou comunidades. É a combinação desses fatores que moldam e diferenciam o cotidiano do ser humano, resultando numa rede de fenômenos e situações que podem ser chamadas de qualidade de vida.

Muitos estudos (Rocha et al., 2008 e Santos, 2009) vêm mostrando ultimamente que pessoas mais ativas fisicamente possuem melhor percepção da qualidade de vida. Talvez essa constatação possa ser explicada devido ao fato de o exercício promover uma melhora do bem-estar subjetivo, bem como uma melhorara real da mobilidade e da aptidão física (aumento da força muscular, capacidade aeróbia, flexibilidade, etc) resultando num melhor funcionamento e satisfação pessoal, melhora da qualidade do sono, diminuição da fadiga, melhora da auto-estima e

da auto-eficácia, diminuição dos escores de depressão e de ansiedade e diminuição do stress. (World Health Organization, 2002)

“O exercício, após superado o período inicial, é uma atividade usualmente agradável e que traz inúmeros benefícios ao praticante, que vão desde a melhora do perfil lipídico até a melhora da auto-estima.” (Tofler et al, 2006)

A par das evidências de que o homem contemporâneo utiliza-se cada vez menos de suas potencialidades corporais e de que o baixo nível de atividade física é fator decisivo no desenvolvimento de doenças degenerativas sustenta-se a hipótese da necessidade dos profissionais da área da educação física de promoverem mudanças no estilo de vida da população, levando-a a incorporar a prática de atividades físicas ao seu cotidiano. Neste cenário, entende-se que o incremento do nível de atividade física constitui um fator fundamental de melhoria da saúde pública (Assumpção et al, 2002).

Este tema tem sido empregado em vários estudos atuais, contudo verifica-se a insuficiência de pesquisas relacionando a Qualidade de Vida a outras variáveis influentes, como a Atividade Física. Neste contexto, considerando que existem fatores positivos e negativos em nosso comportamento, em nosso estilo de vida, que podem manter, promover ou melhorar a saúde, como também prejudicá-la ou diminuí-la (Rolim et al, 2007) e as argumentações relacionadas à atividade física, estilo e qualidade de vida, esta pesquisa teve como objetivo comparar o nível de atividade física e a qualidade de vida dos estudantes de educação física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, entre o início e o final do curso.

Este trabalho se compõe por uma revisão de literatura que aborda os assuntos Atividade Física, Aptidão Física e Saúde, Estilo de vida ativo, Conceitos e definições sobre Qualidade de Vida e Exercício Físico e Qualidade de Vida. A metodologia apresenta uma amostra de 91 estudantes de educação física submetidos aos questionários IPAC versão curta e WHOQOL-Bref. Para o tratamento dos dados foi utilizado o pacote estatístico SPSS versão 17.0 (16.0), finalizando com nossas considerações finais.

2. Objetivos:

2.1 Objetivo Geral:

- Comparar as possíveis relações entre a qualidade de vida e o nível de atividade física dos estudantes de educação física no início e no final do curso.

2.2 Objetivos Específicos:

- Comparar os diferentes domínios da qualidade de vida em estudantes de educação física entre o início e o fim do curso.

- Comparar o nível de atividade física nos estudantes de educação física entre o início e o fim do curso.

- Identificar uma possível relação entre qualidade de vida e o nível de atividade física dos estudantes de educação física no início e no fim do curso.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA:

3.1 Atividade Física, Aptidão Física e Saúde:

Atividade Física é definida, segundo Caspersen (1985) como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos, portanto voluntário, que resulta em gasto energético maior do que os níveis de repouso. Este comportamento inclui as atividades ocupacionais (trabalho), atividades da vida diária – AVD (vestir-se, banhar-se, comer), o deslocamento (transporte), e as atividades de lazer, incluindo exercícios físicos, esportes, danças, artes marciais etc. Assim, atividade física e exercício físico, embora relacionados, não devem ser entendidos como sinônimos, definindo-se exercício físico como *uma das formas de atividade física planejada, estruturada, repetitiva, que objetiva o desenvolvimento da aptidão física, de habilidades motoras ou a reabilitação orgânico-funcional*.

Foss e Keteyian (2000) definem que atividade física é estar fisicamente ativo até o ponto de haver um aumento significativo no dispêndio de energia durante o trabalho, nas atividades sistemáticas da vida diária, ou por ocasião do lazer.

A aptidão física, em termos gerais, pode ser definida como a capacidade que um indivíduo possui para realizar atividades físicas. Para Bouchard et al (1990): é um estado dinâmico de energia e vitalidade que permita a cada um, funcionando no pico de sua capacidade intelectual, realizar as tarefas do cotidiano, ocupar ativamente as horas de lazer, enfrentar emergências imprevistas sem fadiga excessiva e sentir uma alegria de viver. Esta característica humana pode derivar de fatores herdados, do estado de saúde, da alimentação e, principalmente, da prática regular de exercícios físicos. Existem duas formas de abordagem sobre a aptidão física: Relacionada à performance motora – que inclui componentes necessários para uma performance máxima no trabalho ou nos esportes; e relacionada à saúde – que congrega características que, em níveis adequados, possibilitam mais energia para o trabalho e o lazer, proporcionando

paralelamente, menor risco de desenvolver doenças (Nahas, 2003).

A saúde é um dos nossos atributos mais preciosos. Mesmo assim, a maioria das pessoas só pensa em manter ou melhorar a saúde quando esta se acha ameaçada mais seriamente e os sintomas de doenças são evidentes. Modernamente, não se entende saúde apenas como o estado de “ausência de doenças”. De acordo com Bouchard (1990), saúde é definida como um estado de bem estar geral, incluindo aspectos psicológicos, emocionais, físicos, ambientais, espirituais, cada um caracterizado por pólos positivos e negativos. A saúde positiva estaria associada à capacidade de ter uma vida satisfatória e proveitosa, confirmada geralmente pela percepção de bem estar geral e a saúde negativa associaria-se à morbidade e, no extremo, à mortalidade prematura.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1995), saúde pode ser definida como um estado de amplo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças e enfermidades. Compreendida dessa forma, é um processo instável, sujeito a mudanças rápidas e fortemente influenciado por ações do sujeito e do ambiente. Não apenas um estado físico puro e objetivo que apresenta funções orgânicas intactas, mas tem também uma dimensão subjetiva, individual, psíquica, mental e social (Weineck, 2003).

A atividade física regular tem sido reconhecida por seus efeitos saudáveis nos praticantes (ACSM, 1998). É possível relacioná-las a alterações positivas para combater ou prevenir o aparecimento de diversas doenças, tais como: doenças cardiovasculares, a obesidade, diabetes, osteoporose, entre outras. Por esta razão o sedentarismo aparece como fator de risco para essas doenças.

A atividade física deve ser considerada como uma alternativa não farmacológica na prevenção e tratamento de algumas doenças. Dentre os seus benefícios incluem-se aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais tais como: aumento da massa muscular, redução da gordura corporal, melhoria das funções cardiorrespiratórias, redução dos fatores de risco de doenças coronarianas, menor risco de doenças adquiridas, alívio do stress, tensões e depressão, melhoria da flexibilidade e melhoria da

saúde mental e cognitiva. Prescrito de forma adequada, o exercício pode melhorar a aptidão física, prevenir e auxiliar no tratamento de diversas doenças, principalmente as de origem cardiovascular (Nahas, 2006).

Sharkey (1998) cita que a Sociedade Internacional de Psicologia do Esporte acredita que os benefícios da atividade física regular incluem um estado reduzido de ansiedade, nível diminuído de depressão leve a moderada, redução em neurose e ansiedade, auxilia no tratamento de depressão severa, reduzem o índice de estresse, promovem efeitos emocionais benéficos para todas as idades de ambos os sexos.

Guedes & Guedes (1995), afirmam que a prática de atividades físicas habituais, além de promover a saúde, influencia na reabilitação de determinadas patologias associadas ao aumento dos índices de morbidade e da mortalidade. Segundo eles, a prática da atividade física influencia e é influenciada pelos índices de aptidão física, as quais determinam e são determinados pelo estado de saúde. Defendem que a relação entre as três variáveis, aptidão física, atividade física e saúde são próximas e recíprocas. Indicam que a prática de atividade física resulta em índices de aptidão física que certamente interferem na prática da atividade física, e que, os índices de saúde também influenciam os níveis de aptidão física e podemos exemplificar essa afirmativa quando vemos atletas terem seu desempenho prejudicado por se adoentarem ou por observarmos as baixas que acontecem com um indivíduo ativo fisicamente que repentinamente fica em um leito privado de livre movimentação.

De acordo com Pitanga (1998), os níveis de atividade física, aptidão física e outras características modificáveis no estilo de vida podem influenciar no risco de doenças crônicas e morte prematura. Villeneuve (1998) examinaram a relação entre atividade física e aptidão física e todas as causas de mortalidade, acompanhando homens e mulheres com 20 a 69 anos que participaram de levantamento de aptidão física no Canadá entre 1981 e 1988. Foram avaliados fatores de risco de 6.246 homens e 8.196 mulheres usando técnicas de análise de regressão multivariada, tendo-se encontrado que aqueles que gastaram mais quilocalorias por dia obtinham

uma redução entre 20 e 30% na taxa de mortalidade.

Em relação à quantidade de exercícios físicos para obter uma melhora da saúde, entidades ligadas à Educação Física e às Ciências do Esporte como a Organização Mundial de Saúde, o Conselho Internacional de Ciências do Esporte e Educação Física, o Centro de Controle e Prevenção de Doença - USA, o Colégio Americano de Medicina Esportiva, a Federação Internacional de Medicina Esportiva, a Associação Americana de Cardiologia e o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul preconizam que sessões de trinta minutos de atividades físicas por dia, na maior parte dos dias da semana, desenvolvidas continuamente ou mesmo em períodos cumulativos de 10 a 15 minutos, em intensidade moderada, já são suficientes para a promoção da saúde (Matsudo, 1999). Nesta mesma direção, encontram-se numerosos trabalhos de abordagem epidemiológica assegurando que o baixo nível de atividade física intervém decisivamente nos processos de desenvolvimento de doenças degenerativas (Powell et al, 1985).

Conforme Neto (1999), o aumento em 15 % da produção diária de calorias - cerca de 30 minutos de atividades físicas moderadas - pode fazer com que indivíduos sedentários passem a fazer parte do grupo de pessoas consideradas ativas, diminuindo, assim, suas chances de desenvolverem moléstias associadas à vida pouco ativa.

Dentre os estudos mais expressivos envolvendo esta linha de pesquisa, tem-se o estudo de Paffenbarger (1993). Analisando ex-alunos da Universidade de Harvard, o autor observou que a prática de atividade física está relacionada a menores índices de mortalidade. Comparando indivíduos ativos e moderadamente ativos com indivíduos menos ativos, verificou que a expectativa de vida é maior para aqueles cujo nível de atividade física é mais elevado. Com relação ao risco de morte por doenças cardiovasculares, respiratórias e por câncer, o estudo sugere uma relação inversa deste com o nível de atividade física.

Estudos de Nahas (2001) têm demonstrado que as pessoas inativas fisicamente

(sedentárias) ou irregularmente ativas podem ter benefícios para sua saúde e bem-estar se incorporarem alguma atividade física regular, mesmo de intensidade moderada. Porém maiores benefícios para a saúde podem ocorrer quando aumentamos à quantidade de atividades físicas realizadas (intensidade, frequência, duração), respeitadas as características individuais. Pessoas inativas apresentam risco quase duas vezes superior de desenvolver doença arterial coronariana, quando comparadas às engajadas em uma atividade física regular (Ghorayeb e Barros Neto, 1999).

Destas constatações infere-se que a realização sistemática de atividades corporais é fator determinante na promoção da saúde e que ter uma boa condição de saúde não representa apenas um objetivo importante, mas sim, um meio para a realização de todos os outros objetivos na vida.

3.2 O estilo de vida ativo:

O estilo de vida é definido por Nahas (2003) como sendo “*um conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas*”. O estilo de vida está associado aos diversos hábitos e opções que a pessoa realiza em seu dia a dia (Federation Internationale de Médecine Sportive, 1997).

Pollock e Wilmore (1993) citam que o avanço tecnológico vem transformando os cidadãos, que eram fisicamente ativos, em pessoas com pouca ou nenhuma oportunidade para o envolvimento em programas de atividades físicas. Questionam se as facilidades da vida moderna levam a uma vida com mais qualidade e produtividade, se o estilo de vida sedentário estaria contribuindo para um novo conjunto de problema como coronariopatias, hipertensão, obesidade, ansiedade, depressão e problemas da coluna vertebral.

Neste contexto têm-se observado em adolescentes, comportamentos sedentários os quais estão vinculados diretamente à falta de atividade física e que representa uma causa importante de debilidade e diminuição da qualidade de vida do indivíduo (Andrade, 2001). Deste modo, uma vida saudável deve começar na infância e adolescência, com uma boa alimentação, atividades físicas variadas e regulares, cuidados médicos adequados e um ambiente familiar seguro e estimulante (Nahas, 2003).

Pesquisas em diversos países, incluindo o Brasil, têm mostrado que o estilo de vida passou a ser um dos indicadores determinantes da saúde (Matsudo et al, 2002). Pressupõe-se, de acordo com as pesquisas atuais, que o indivíduo terá mais saúde e bem estar, quanto mais ele equilibrar seu estilo de vida: realização de atividade física regular, uma nutrição adequada com qualidade, controlar o estresse, manter relacionamentos positivos e estáveis e manter comportamentos preventivos como o não uso de drogas, evitar o tabagismo e fazer sexo com camisinha (Nahas, 2003). A literatura sobre a prática de atividades físicas ou esportivas mostra que independente do tipo da atividade e da quantidade praticada, são muitos os benefícios, tanto na saúde física como mental (Berger et al, 1998 e CDC, 2006). Mas ser ativo depende, de uma forma em geral, de uma interação de fatores pessoais, psicológicos e ambientais.

Para que uma pessoa seja considerada como tendo um estilo de vida ativo, ela deve realizar atividade física regular, que acumule um gasto energético que resulte em maior capacidade física e psicomotora. Exemplificando, de acordo com Nahas (2001), para um indivíduo ser considerado *moderadamente ativo*, ele deveria realizar atividade física que resulte num gasto energético superior a 1.000 kcal representado na prática, por exemplo, por uma pessoa que caminhe 30 minutos em passos acelerados, cinco vezes por semana.

A Federation Internationale de Médecine Sportive, (1997, p. 87) recomenda: “*que todos os indivíduos se engajem em um programa regular de exercício aeróbico, com 3 a 5 sessões semanais, cada uma das quais com duração de 30 a 60 minutos. O exercício aeróbico pode consistir de atividades como caminhada, corrida, natação, ciclismo, remo (...) também podem ser praticados esportes de raquete e*

esportes coletivos (...) a intensidade do exercício deve ser suficiente para manter a frequência cardíaca entre 50 e 80 % da frequência cardíaca máxima. A escolha da atividade dependerá de fatores como o interesse, o acesso a locais e instalações para sua prática, a idade e o estado físico. É conveniente uma revisão geral realizada por um médico (...)”.

Esta perspectiva implica que o indivíduo que realizar esta prescrição poderá se enquadrar no nível de “estilo de vida ativo”. Este indivíduo que faz atividade física regularmente, nesta intensidade e duração médias, se diferencia do indivíduo pouco ativo, caracterizado pela execução de atividades mais simples e com gasto calórico menor, e difere também da pessoa enquadrada no estilo de vida muito ativo. Neste último nível se enquadrariam atletas profissionais e trabalhadores com altos níveis de exigência física diária como estivadores (Andrade, 2001).

As campanhas sobre atividade física no Brasil ainda são absolutamente tímidas e os programas e as campanhas para a população são quase inexistentes, o mesmo acontecendo com as pesquisas para se avaliar o nível de aptidão física da população. Algumas tentativas já foram implementadas, todavia, sabemos que há um longo caminho a percorrer. Em 1988, o Ministério da Saúde, através de uma agência especializada, desenvolveu o Projeto Saúde, que tinha como objetivo avaliar o estilo de vida do brasileiro, tendo-se medido o nível de atividade física da população. Foram entrevistadas cerca de duas mil pessoas em 12 cidades, encontrando 67% dos respondentes como “não praticantes de exercício físico regular”. Segundo Nahas (1998), embora o Programa Agita São Paulo indique níveis de sedentarismo na população em até 80%, essas são estimativas pessimistas e ele levanta dúvidas sobre os instrumentos utilizados. A qualidade e a validade dos instrumentos de medidas utilizados não levam em conta, na sua maioria, as diferenças de idade, sexo, etnia, níveis sociais e educacionais das pessoas (Ainsworth, 1993). A maioria desses instrumentos é aplicada em homens e é sensível a atividades mais moderadas e intensas, mas esquece das atividades mais leves do cotidiano, que, por serem intermitentes, também dificultam a estimativa de gasto energético.

3.2.1 O Papel do Profissional de Educação Física para um Estilo de Vida Ativo:

O profissional de Educação Física é o profissional capaz de lidar com a atividade física e, segundo o Conselho Regional de Educação Física (CREF) é de sua competência “prestar serviços que favoreçam o desenvolvimento da educação (...) e da saúde (...)” visando desde a consecução do bem estar e da qualidade de vida até recuperação de distúrbios funcionais.

Segundo CREF (1999): “O Profissional de Educação Física é especialista em atividades físicas, nas suas diversas manifestações - ginásticas, exercícios físicos, desportos, esportes, jogos, lutas, capoeira, artes marciais, danças, atividades rítmicas, expressivas e acrobáticas, musculação, lazer, recreação, reabilitação, ergonomia, relaxamento corporal, ioga, ginástica laboral e do cotidiano e outras práticas corporais, sendo da sua competência prestar serviços que favoreçam o desenvolvimento da educação (formação cultural e educacional, educação e reeducação motora) e da saúde (prevenção primária, secundária e terciária, promoção, proteção, manutenção e reabilitação), contribuindo para a capacitação e/ou restabelecimento de níveis adequados de desempenho e condicionamento fisio-corporal dos seus beneficiários, visando á consecução do bem estar e da qualidade de vida, da consciência, da expressão e estática do movimento, da prevenção de doenças, de acidentes, de problemas posturais, da compensação e recuperação de distúrbios funcionais, contribuindo ainda, para consecução da autonomia, da auto-estima, da cooperação, da solidariedade, da integração, da cidadania, das relações sociais e a preservação do meio ambiente, observados os preceitos de responsabilidade, segurança, qualidade técnica e ética no atendimento individual e coletivo.”

A preocupação atual da Educação Física ou das instituições acadêmicas que formam o profissional é capacitar e dar amplas possibilidades para que o profissional possa atuar em todas as áreas que envolvem a atividade física e o esporte.

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

Considerando as oportunidades e barreiras que as pessoas enfrentam em seu dia a dia é preciso que:

- Se conscientizem da importância da atividade física regular para a saúde e qualidade de vida (informação);
- Desenvolvam o desejo de aplicar tais conhecimentos (atitudes favoráveis);
- Se motivem para realizar tais intenções de forma continuada (ação e manutenção).

Nunca é demais lembrar que a Educação Física junto com outras profissões da saúde tem um importante papel social neste processo educativo para um estilo de vida saudável e para uma vida com mais qualidade, independentemente da idade, do sexo ou nível sócio-econômico da pessoa.

3. 3. Conceitos e definições sobre Qualidade de Vida

Apesar de haver um consenso sobre a importância de avaliar a Qualidade de Vida (QV), seu conceito ainda é um campo em debate. A expressão *qualidade de vida* foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson em 1964 ao declarar que "*os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas.*"

Minayo et al. 2000 se refere a *QV* como uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os

elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural.

A vida em ambientes urbanos com alta concentração populacional traz conseqüências que nos fazem refletir e apesar de estarmos vivendo mais, questiona-se a qualidade destes anos adicionais de vida. A qualidade da água, do ar, da moradia, a falta de segurança e a depreciação nos relacionamentos sociais, o lazer cada vez mais individual e passivo, entre outros fatores do estilo de vida das pessoas, tem sido um campo fértil para o stress constante, uma vida sedentária (mas exaustiva) e com qualidade distante do ideal (Nahas, 2000). Diante disto, o patamar material mínimo e universal para se falar em qualidade de vida diz respeito à satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso a água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; elementos materiais que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva. Trata-se, portanto, de componentes passíveis de mensuração e comparação, mesmo levando-se em conta a necessidade permanente de relativizá-los culturalmente no tempo e no espaço.

Parâmetros subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, inserção social, liberdade, solidariedade, espiritualidade, realização pessoal) e objetivos (satisfação das necessidades básicas e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade: alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer) se interagem dentro da cultura para constituir a noção contemporânea de QV. (Minayo et al, 2000)

Acreditando existir uma ligação direta entre condições econômicas, socioambientais e modos de vida, Carvalho (2004) e a Comissão Independente Populacional e Qualidade de Vida (1998) enfatizam as boas condições econômicas como facilitadoras na realização dos anseios das pessoas, e conseqüentemente influenciando a melhoria da QV. Com isso compreende-se que a

QV faz-se por aspectos objetivos e subjetivos, o que decorre da realidade e julgamentos de valores atribuídos pelo indivíduo em relação a sua vida.

Bullinger et al. (1993) consideram que o termo *qualidade de vida* é geral e inclui uma variedade potencialmente maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas.

A definição proposta pela Organização Mundial da Saúde é a que melhor traduz a abrangência do construto qualidade de vida: “A percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação as suas expectativas, seus padrões e suas preocupações.” O Grupo WHOQOL considera o conceito de qualidade de vida bastante amplo, que incorpora, de forma complexa, a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com aspectos significativos do meio ambiente. (The WHOQOL Group, 1995). Três aspectos fundamentais sobre o construto qualidade de vida estão implícitos neste conceito do Grupo WHOQOL: 1) Subjetividade, isto é, a perspectiva do indivíduo é o que está em questão. A realidade objetiva só conta na medida em que é percebida pelo indivíduo. 2) Multidimensionalidade, isto é, a qualidade de vida é composta por várias dimensões. Não é desejável que um instrumento que a mensure venha a ter um único score, mas sim que a sua medida seja feita por meio de scores em vários domínios. 3) Presença de dimensões positivas e negativas. Assim, para uma “boa” qualidade de vida, é necessário que alguns elementos estejam presentes (p. ex., mobilidade) e outros ausentes (p. ex., dor) (Fleck et al, 1999).

Calman (1987) apud Fleck et. al.(2008) fez contribuições importantes para tornar o conceito de qualidade de vida mais claro. Ele considera que uma “boa qualidade de vida” está presente quando as esperanças e as expectativas de um indivíduo são satisfeitas pela experiência. Essas expectativas são modificadas pela idade e pela experiência (Fleck et al, 2008).

3. 4 Exercício Físico e Qualidade de Vida

A atividade física tem, cada vez mais, representado um fator de Qualidade de Vida dos seres humanos, possibilitando-lhes uma maior produtividade e melhor bem-estar. (Lima, 1999)

Andrade (2001) baseia-se na idéia de que um estilo de vida saudável associado a hábitos de atividade física entre outros cuidados com a saúde parece estar relacionado à maior qualidade de vida geral, bem estar físico e mental e aumento da produtividade.

Guedes & Guedes (1995) reconhecem as vantagens da prática de atividade física regular na melhoria da qualidade de vida.

Nahas (1997) admite a relação entre a atividade física e qualidade de vida. Citando Blair (1993) & Pate (1995), o autor identifica, nas sociedades industrializadas, a atividade física enquanto fator de qualidade de vida, quer seja em termos gerais, quer seja relacionada à saúde.

Ao distinguir a qualidade de vida geral (aplicada ao indivíduo saudável) da qualidade de vida relacionada à saúde (aplicada ao indivíduo sabidamente doente) vincula à prática de atividade física à obtenção e preservação da qualidade de vida. (Silva,1999)

Pode-se considerar que a relação saúde e qualidade de vida compõem-se dos Domínios funcionais, que envolvem a função física, cognitiva, o envolvimento com as atividades da vida e a avaliação de saúde subjetiva, e dos domínios do bem-estar, que envolvem o bem-estar corporal, emocional, o auto-conceito e a percepção global de bem-estar. (Vilarta; Gonçalves, 2004, p.42) Devido a essas características, o estado de saúde de um sujeito sofre influências de inúmeras variantes, desde a subjetividade e relatividade do conceito e dos limites aceitos em determinada sociedade, até elementos físicos, sociais, ecológicos, de hábitos pessoais, entre outros. Por isso, os estados de saúde e doença de um indivíduo não podem ser atrelados a somente uma forma de influência (por exemplo, alimentação), pois se configuram numa interligação contínua, que depende tanto das ações individuais quanto de políticas públicas.

Por sua vez, Qualidade de Vida têm íntima ligação com os aspectos socioeconômicos de determinada população, que configurarão a condição e modo de vida dos sujeitos integrantes da mesma. Existe uma relação direta entre essas variáveis e condições de saúde (Vilarta; Gonçalves, 2004).

Dantas (1999), buscando responder em que medida a atividade física proporcionaria uma desejável qualidade de vida, sugere que programas de atividade física bem organizados podem suprir as diversas necessidades individuais, multiplicando as oportunidades de se obter prazer e, conseqüentemente, otimizar a qualidade de vida.

Lopes & Altertjum (1999) escrevem que a prática da caminhada contribui para a promoção da saúde de forma preventiva e consciente. Vêem na atividade física um importante instrumento de busca de melhor qualidade de vida.

Matsudo & Matsudo (1999, 2000), reiteram a prescrição de atividade física enquanto fator de prevenção de doença e melhoria da qualidade de vida.

Estudos experimentais sugerem que a prática de atividades de intensidade moderada atua na redução de taxas de mortalidade e de risco de desenvolvimento de doenças degenerativas como as enfermidades cardiovasculares, hipertensão, osteoporose, diabetes, enfermidades respiratórias, dentre outras. São relatados, ainda, efeitos positivos da atividade física no processo de envelhecimento, no aumento da longevidade, no controle da obesidade e em alguns tipos de câncer (Powell et al, 1985; Gonçalves, 1996; Matsudo & Matsudo, 2000).

Advindas do contraste erguido pelo crescimento populacional e industrial, a divulgação de hábitos saudáveis como alimentação, lazer, atividade física regular, controle de estresse, entre outros, são trabalhadas com a idéia de compensação para a manutenção e melhoria da QV. (Zamarim, 2006)

4. Metodologia:

O presente estudo que se caracteriza como sendo transversal, com dados quantitativos e de caráter descritivo, foi realizado na cidade de Porto Alegre com estudantes do curso de educação física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

4.1 Seleção da Amostra:

Para aceitação como amostra na pesquisa, os indivíduos deveriam preencher os seguintes pré-requisitos: serem estudantes do curso de educação física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ESEF/UFRGS) e pertencentes ao 1º ou último ano do curso (2010).

4.2 Amostra:

A amostra foi composta por 45 estudantes do primeiro ano de curso e 46 do último ano sendo 40 do sexo feminino e 51 do sexo masculino.

4.3 Critérios de inclusão:

Foram incluídos apenas os participantes que obedeceram aos seguintes critérios: (1) preenchimento adequado dos instrumentos de pesquisa; (2) condição participativa voluntária no processo mediante assinatura do termo de consentimento formal.

4.4 Instrumentos de Medida:

4.4.1 Instrumento de Medida de Qualidade de Vida: WHOQOL

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como o estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente como a ausência de doença ou enfermidade. Ainda assim, distintas áreas de conhecimento relacionadas à saúde tradicionalmente priorizam o estudo da doença e das formas de avaliar sua frequência e intensidade. Há um crescente interesse em introduzir elementos mais amplos e humanísticos nas avaliações de estados de saúde, intervenções de diferentes naturezas e de impacto de diversas condições.

O desenvolvimento de instrumentos de aferição da qualidade de vida compõe uma complexa e sistemática preocupação de diversas áreas do conhecimento científico em investigar medidas de saúde de modo mais amplo, para além de tradicionais e insuficientes parâmetros de mortalidade e morbidade (World Bank, 1993; WHO, 1991). A OMS organizou um projeto colaborativo multicêntrico, com a participação de 15 centros em localizações geográficas diferentes, com situações socioeconômicas, de desenvolvimento social e de contextos culturais diferentes. Tais centros estiveram presentes em todas as etapas de desenvolvimento do instrumento, incluindo a composição dos domínios, a escolha das formulações a serem utilizadas e os testes-piloto e de campo. O resultado deste projeto foi a elaboração do questionário *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-100), um instrumento de avaliação de qualidade de vida composto por 100 itens.

O questionário WHOQOL-100 é um protocolo complexo composto por 100 questões que avaliam seis domínios: a) físico, b) psicológico, c) de independência, d) relações sociais, e) meio ambiente e f) espiritualidade/crenças pessoais. O desenvolvimento do WHOQOL-100 seguiu uma metodologia descrita em outras publicações envolvendo a participação de vários países, representando diferentes culturas, tendo sido desenvolvida até uma versão brasileira (Fleck. et al, 1999).

A necessidade de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para seu

preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-ABREVIADO (WHOQOL-Bref).

O WHOQOL-Bref consta de 26 questões, sendo duas questões gerais e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original (Tabela 1). Assim, diferente do WHOQOL-100 em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de 4 questões, no WHOQOL-Bref cada faceta é avaliada por apenas uma questão. O protocolo apresenta alta aceitação, possui características satisfatórias quanto à consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e confiabilidade para teste-reteste, sendo testado e validado em diversos países, inclusive no Brasil (Fleck et al, 2000).

Tabela 1 - Domínios e facetas do WHOQOL-abreviado.

Domínio 1 - Domínio físico

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

Domínio 2 - Domínio psicológico

4. Sentimentos positivos
5. Pensar, aprender, memória e concentração
6. Auto-estima

7. Imagem corporal e aparência

8. Sentimentos negativos

24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

Domínio 3 - Relações sociais

13. Relações pessoais

14. Suporte (Apoio) social

15. Atividade sexual

Domínio 4 - Meio ambiente

16. Segurança física e proteção

17. Ambiente no lar

18. Recursos financeiros

19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade

20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades

21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer

22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)

23. Transporte

4.4.2 Instrumento de medida do nível de atividade física: IPAQ

O IPAQ foi proposto pelo Grupo Internacional para Consenso em Medidas da Atividade Física, constituído sob a chancela da Organização Mundial da Saúde, com representantes de 25 países, inclusive o Brasil. Trata-se de um instrumento desenvolvido com a finalidade de estimar o nível de prática habitual de atividade física de populações de diferentes países e contextos socioculturais (Marshall et al, 2003).

Originalmente, o IPAQ é apresentado em diferentes idiomas, inclusive em língua portuguesa, o que dispensou a necessidade de sua tradução. São disponibilizadas duas versões do IPAQ, uma no formato longo e outra no formato curto. Ambas as versões apresentam características de auto-administração e procuram prover informações quanto à frequência e à duração de caminhadas e de atividades cotidianas que exigem esforços físicos de intensidades moderada e vigorosa, além do tempo despendido em atividades realizadas em posição sentada em dias do meio (entre segunda e sexta-feira) e do final de semana (sábado e domingo), tendo como período de referência uma semana típica ou a última semana.

Optou-se por analisar o questionário de auto-administração em seu formato curto, por ser a versão mais rápida de se responder. Essa versão é composta por seis questões abertas, tendo como referência a última semana, contendo perguntas em relação à frequência e duração da realização de atividades físicas moderadas, vigorosas e da caminhada. (Guedes et al, 2005)

Muitos estudos visam avaliar as versões correntes do IPAQ quanto à reprodutibilidade (teste-reteste) e validade (face e concorrente), mas em geral, os resultados encontrados nestes estudos demonstraram que o IPAQ (semana usual, auto-administrados ou administrados na forma de entrevista) é um instrumento com boa estabilidade de medidas e precisão aceitável para uso em estudos populacionais com adultos jovens e de meia idade.

Para analisar os dados do nível de atividade física foi usado o consenso realizado entre o CELAFISCS e o Center for Disease Control (CDC) de Atlanta em 2002 considerando os critérios de frequência e duração, que classifica as pessoas em 3 níveis: baixo, moderado e alto.

4.5 Tratamento dos dados:

Os dados foram coletados através de um questionário auto-aplicável para avaliação do nível de atividade física dos estudantes de educação física, o IPAC, bem como outras variáveis,

como nome, idade, semestre de ingresso no curso, condição clínica, uso de medicamentos e se trabalha.

Posteriormente foi feito o questionário para avaliação da qualidade de vida, WHOQOL-abreviado (WHOQOL-Bref). Este instrumento também é auto-aplicável com perguntas diretas, porém com as respostas precodificadas. O WHOQOL-Bref mensura, através de 26 questões, a qualidade de vida em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

O WHOQOL-Bref solicita ao investigado responder ao questionário de acordo com os acontecimentos das duas últimas semanas. As respostas são escolhidas em escala de cinco pontos (1 a 5), que têm significados diferentes a cada grupo de questões (Fleck et. al.2001).

Os instrumentos WHOQOL-Bref e o IPAC versão curta, foram aplicados para os estudantes em sala de aula, com autorização da coordenação do curso e em acerto com o(a) professor(a) da disciplina. A coleta dos dados foi feita pela pesquisadora Mariana Orsini Braga.

Os dados descritivos foram analisados através de média e desvio padrão, para análise de variáveis categóricas foi utilizado o teste do Chi Quadrado, para verificar a normalidade dos dados foi utilizado o teste de Levene e para variáveis não paramétricas foi utilizado o teste t de Mann Whitney. Todos os dados foram analisados no software utilizado SPSS versão 176.0 (16.0).

5. Resultados:

Tratando-se sobre qualidade de vida, nosso estudo não encontrou diferenças estatisticamente significativas nos Domínios Físico 0,109, Psicológico 0,852, Social 0,078, Meio Ambiente 0,315 e Qualidade de Vida Geral 0,767 como podemos observar no Gráfico 1. Em relação às médias destes domínios foram encontradas para os iniciantes do curso nos Domínios Físico 73,83 e para os formandos 71,71, no Domínio Psicológico 71,28 e 71,75, no Domínio Social 73,36 e 79,62, no Domínio Meio Ambiente 65,21 e 67,77 e no Domínio Total 74,18 e 75,27. (Tabela 1)

Gráfico 1: Médias dos domínios para os iniciantes e formandos.

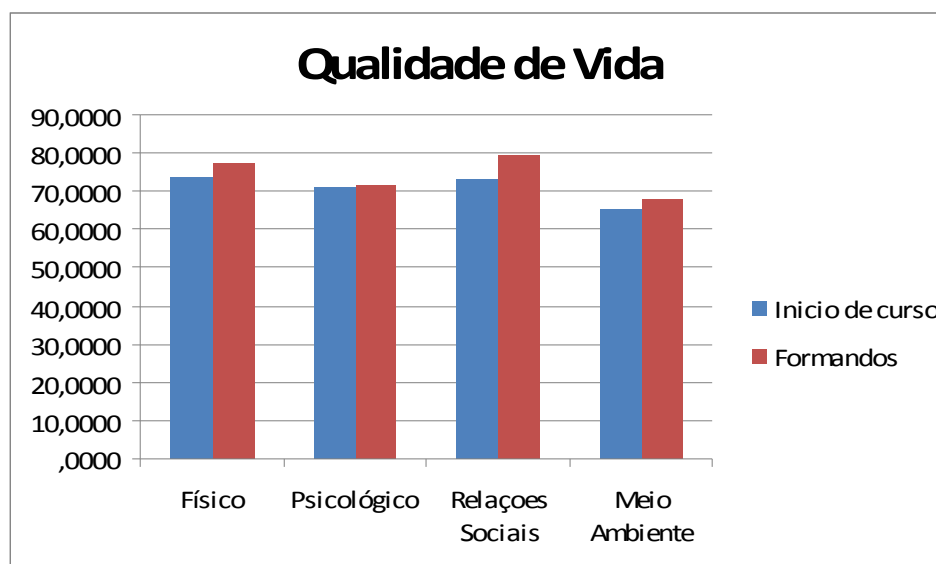
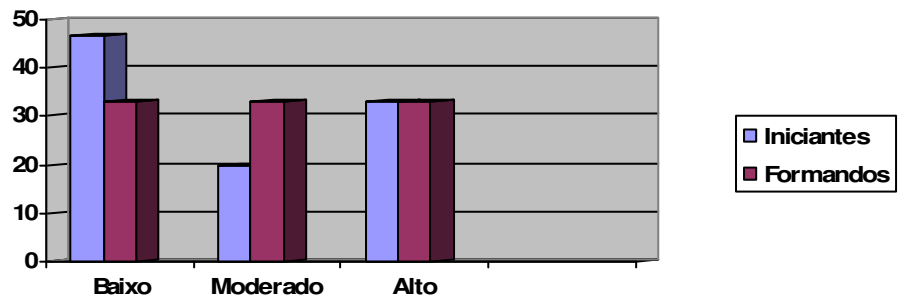


Tabela 1: Valores do WHOQOL-Bref apresentados por domínios expressos em média e desvio-padrão

Qualidade de Vida	Iniciantes curso	Formandos curso
Domínio I – físico	73,83 / 10,48	71,71 / 10,84
Domínio II – psicológico	71,28 / 12,88	71,75 / 11,12
Domínio III – relações sociais	73,36 / 16,35	79,62 / 17,18
Domínio IV – meio ambiente	65,21 / 13,13	67,77 / 10,92
Qualidade de vida geral	74,18	75,27

No presente estudo, 46,7% dos iniciantes do curso e 33 % para os formandos foram considerados com baixos níveis de atividade física, 20% dos iniciantes e 33% dos formandos tem nível de atividade física moderado e 33% dos iniciantes e formandos tem níveis Altos de atividade física. (Gráfico 2)

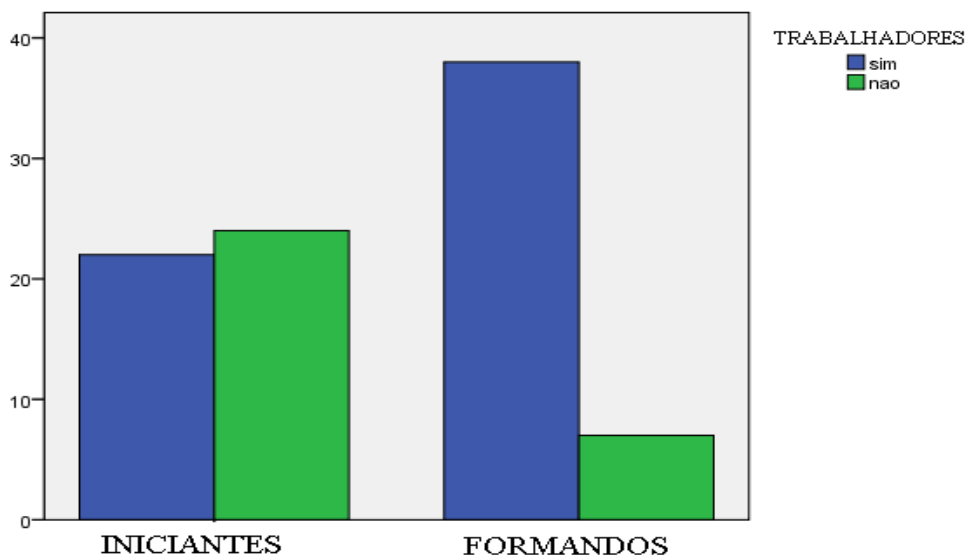
Gráfico 2: Valores dos níveis de atividade física dos estudantes iniciantes e formandos expressos em



percentuais.

Ao analisarmos se os estudantes trabalhavam ou não, encontramos algumas diferenças ao compararmos os iniciantes e os formandos. Entre os iniciantes foi encontrado o valor de 47,82% para trabalhadores e 52,17% para os não trabalhadores, já em relação aos formandos constatamos que uma grande maioria (84,44%) trabalham enquanto que 15,55% não trabalham. (Gráfico 3)

Gráfico 3: Comparação entre os grupos para trabalhadores.



6. Discussão:

Em relação à média do domínio social, nosso estudo encontrou o valor de 79,62 para os formandos, este resultado corrobora com o estudo de Leite (2007) que analisou a relação do nível de qualidade de vida e atividade física em acadêmicos de educação física e encontrou 79,71. Na análise de Saupe et al. 2004, com 825 acadêmicos de enfermagem, foram encontrados valores superiores para o presente domínio ($X=75,8$). Em pesquisa realizada por Cieslak et al. 2006, na análise da QV dos estudantes do município de Ponta Grossa - PR, foram obtidos os maiores valores para este domínio, demonstrando ser um ponto favorável para esta população.

Além da similaridade com o domínio social o estudo de Penteado (2007) que analisou qualidade de vida e saúde vocal de professores e Leite (2007) encontraram menores valores para a média do domínio meio ambiente (56,1 e 61,0/63,5) assim como nosso estudo (65,21 – 67,77). Corroborando os valores encontrados no estudo de Gordia et al. (2006), onde foram analisados 65 indivíduos do sexo masculino pertencentes ao exército brasileiro, lotados nos municípios de Lapa - PR (37 indivíduos) e Ponta Grossa - PR (28 indivíduos). Da mesma forma, Wang et al. (2006), na avaliação da QV de 13.083 adultos do Taiwan, observaram os maiores agravos nos resultados para este domínio em ambos os gêneros, sendo, desse modo, o principal ponto vulnerável dos participantes estudados

Tratando-se dos níveis de atividade física (AF) nosso estudo encontrou baixos valores para a classificação alto (33%), estes resultados vão contra os achados por Leite (2007) que ao analisar homens e mulheres demonstrou que a maioria dos acadêmicos é classificada como muito ativa (58% e 48%). As análises das informações referentes aos níveis de AF demonstraram que os homens apresentam um estilo de vida mais ativo quando comparados às mulheres, corroborando os resultados de outros estudos (Hallal, 2005 e Barros, 2001). Estudos de Sousa, Lima, André Jr, (2006) com universitários nordestinos do estado do Ceará na região do Cariri, também

encontraram que a maioria do grupo, principalmente os homens, classificou-se como ativos e muito ativos (26,1% e 52,2%). Estes resultados não corroboram com os de nosso estudo, no qual não foi encontrado diferenças estatisticamente significativas entre os sexos.

Ainda nesta perspectiva encontraram-se estudos de Ferraz, Oliveira, Mendonça, et al (2003), verificando o nível de atividade física habitual em 161 universitários do Curso de Educação Física do IBESA em Maceió, encontraram que 13% de inativos, 12% moderadamente ativos, 29% ativos e 46% muito ativo enquanto neste estudo a maioria dos iniciantes demonstraram níveis baixos de AF (46%).

Nosso estudo constatou que a maioria dos formandos já trabalham e mantêm o mesmo nível de atividade física e qualidade de vida dos iniciantes do curso. Silva, Telles, Melo et al (2003) analisando os níveis de atividade física entre profissionais da saúde, encontraram 6,45% Inativos, 25,81% insuficientemente ativos, 51,6% ativos, 16,13% muito ativos. Estes resultados são importantes para o trabalho aqui desenvolvido, pois demonstram que os resultados encontrados nos estudantes permanecem sem muitas mudanças de hábitos quando ingressam na vida profissional.

7. Considerações Finais:

Diante dos resultados da nossa pesquisa podemos concluir que formandos e os iniciantes do curso mantêm um mesmo nível de atividade física e qualidade de vida durante o curso e isto pode-se dever a diversos fatores:

O pequeno número amostral pode ter prejudicado os resultados da pesquisa. Acredita-se que se tivéssemos um número maior de participantes poderíamos ter achado diferenças significativas.

Os estudantes com o passar dos anos de curso têm de lidar com certas dificuldades e ocupações de trabalho e mesmo assim, continuam com o mesmo nível de atividade física de quando ingressaram na faculdade.

Por outro lado ter feito o curso não foi muito eficiente para uma promoção no nível de atividade física nem para uma melhoria da qualidade de vida. Esperava-se encontrar diferenças entre formandos e os iniciantes do curso, pois por serem acadêmicos do último período do curso, já possuem um grande conhecimento teórico e prático de exercícios físicos em relação aos recém ingressantes do curso.

Tendo em vista esta problemática e a importância da atividade física torna-se essencial que o Curso de Educação Física crie um maior enfoque para a promoção da qualidade de vida e de estímulos para um estilo de vida mais ativo. Pois assim, poderá melhor capacitar os estudantes através de atuações em todas as áreas que envolvem a atividade física e o esporte e dar amplas possibilidades para que o futuro profissional possa concluir o curso com grande experiência e melhores níveis de atividade física.

8. Cronograma:

Montagem do Projeto: Abril 2010

Coleta dos dados: Outubro 2010

Análise dos dados: Novembro 2010

Resultados, Discussão e Conclusão: Novembro de 2010

9. Orçamento:

Xerox: R\$20,00

Impressão: R\$20,00

Total: R\$40,00

10. Referências Bibliográficas:

- ADRIANA, M. B. O. et. al. Epidemiologia e saúde: Análise descritiva do estilo de vida e níveis de atividade física habitual de acadêmicos de educação física. CE, Brasil.
- AINSWORTH, B. E. et al. Compêndio de atividades físicas: a classificação dos custos da energia do ser humano de atividades físicas. Med Sci Sports Exerc. Jan; 25 (1) :71-80. 1993.
- ALFIERI, R. G. Exercício físico. Revista Brasileira de Medicina do Esporte. São Paulo, n 1, v. 2, Jan/mar. 1996.
- ANDRADE, A. Ocorrência e controle subjetivo do stress na percepção de bancários ativos e sedentários: a importância do sujeito na relação "atividade física e saúde". 2001. 2v. 305 p. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção)
- ASSUMPTÃO, L. O. T., et al. Relação entre atividade física, saúde e qualidade de vida. Notas introdutórias. Universidade Católica de Brasília 2002.
- BARROS, M. V. e NAHAS, M. V. Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. Rev saúde pública. 35(6):554-63. 2001.
- BERGER, B. G.; et al. Relationships between expectancy of psychological benefits and mood alteration in joggers. International Journal of Sport Psychology, v. 29, p. 1–16. 1998.
- BOSCOLO, R. A. et. al. O exercício físico e os aspectos psicobiológicos. Bras Med. Esporte; 11(3): 203-207. 2005.
- CENTER OF DISEASE CONTROL (CDC).Physical activity and health: a report of the surgeon general. U.S. Department of Health and Human Services, Atlanta, 2006.
- Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.
- CIESLAK, F. , Barchaki CF, Levandoski G, Vilela Junior GB, Elsangedy HM, Krinski K, et al. Avaliação do índice de qualidade de vida dos estudantes do Centro de Educação Básica para Jovens e Adultos (CEEBJA) - Ponta Grossa-PR. Anais do I Congresso Brasileiro de Metabolismo, Nutrição e Exercício. 1(1):40. 2006.
- CIESLAK, F. et. al. Estudo da qualidade de vida de mulheres idosas participantes do programa da universidade aberta a terceira idade na cidade de Ponta Grossa – PR. Buenos Aires: [atualizada em 2007 out; acesso em 2007 nov 23]. [1 tela]. efdeportes.com. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd113/estudo-da-qualidade-de-vida-de-mulheres-idosas.htm>.
- CRAIG, C. L. et. Al. International Physical Activity Questionnaire: 12-country reliability and validity. Med Sci. Sports Exerc. 35:1381-95. 2003.

- CRAMER, J. A. e SPILKER, B. *Quality of Life and Pharmacoeconomics: An Introduction*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998.
- CRESCENTE, L. A. et. al. Atividade física habitual em universitários do curso de educação física da ULBRA - Canoas- RS. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, v. 10, n. 1, p. 80 e *Anais do V Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde*. 2005.
- Conselho Regional de Educação Física. Rio de Janeiro. http://www.cref1.org.br/estatuto_TIT_II.php
- DANTAS, E. H. M. Atividade física, prazer e qualidade de vida. *Revista Mineira de Educação Física*. Viçosa, v.7, n.1, p. 5-13, 1999.
- DINUBILE, N. A. Youth fitness – Problems and solutions. *Prev Med* 22:589-94. 1993.
- DOMINGUES, M. R. et. al. Conhecimento e percepção sobre exercício físico em uma população adulta urbana do sul do Brasil. *Cad saúde pública*. 20(1):204-15. 2004.
- DUGMORE, L. D. et. al. Changes in cardiorespiratory fitness, psychological wellbeing, quality of life, and vocational status following a 12-month cardiac exercise rehabilitation programme. *Heart* 81: 359-66. 1999.
- FARIA, A. G. *Idosos em movimento: mantendo a autonomia*. Rio de Janeiro: UERJ, Projeto de implantação [mimeo], 1994.
- FEDERATION INTERNATIONALE DE MEDICINE SPORTIVE. O exercício físico: um fator importante para a saúde. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 3, n. 3, jul. /set. 1997.
- FERRAZ, M.R.T.N., et. al. Atividade habitual em alunos do curso de Educação Física na cidade de Maceió. *Anais do V Simpósio Nordestino de atividade física e Saúde*, v. 1, p. 148 Dezembro de 2003.
- FERREIRA, N. T. *Imaginário social e educação*. Rio de Janeiro: Gryphus. Faculdade de Educação da UERJ, 1992.
- FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-Bref”. *Rev saúde pública*. 34(2):178-83. 2000.
- FOSS; KETAYIAN, *Bases Fisiológicas do Exercício e do Esporte*. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
- GHORAYEB, BARROS NETO, TURÍBIO LEITE. *O Exercício: Preparação Fisiológica – Avaliação Médica- Aspectos Especiais e Preventivos*. São Paulo: Atheneu, 1999.
- GONÇALVES, A. e VILARTA, R. (org.) *Qualidade de vida e atividade física - explorando teoria e prática*. 1ª ed. Barueri: Manole; 2004.

- GONÇALVES, A. “Em busca do diálogo do controle social sobre o estilo de vida”. In: VI LARTA , Roberto (org.). Qualidade de Vida e políticas públicas: saúde, lazer e atividade física. Campinas, IPES, p. 17-26. 2004.
- GORDIA, A. P., QUADROS, T. M. B, Vilela Junior GB. Quality of life and physical fitness of individuals in the Brazilian army. The FIEP Bulletin (Special Edition). 76:78-80. 2006.
- GORDIA, A. P. et al. Comparação da qualidade de vida de mulheres idosas praticantes e não praticantes de exercício físico. Buenos Aires: [atualizada em 2007 mar; acesso em 2007 nov 23]. [1tela]. efdeportes.com. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd106/mulheresidasas-praticantes-de-exerciciofisico.htm>.
- GUEDES, D. P. et. al. Exercício físico na promoção da saúde. Londrina: Midiograf, 1995.
- GUEDES, D. P. et. al. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física em adolescentes. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, v. 11, n. 2, 2005.
- GRISA, R. A. et. al. Comparação do estilo de vida dos profissionais da área de Ciências da Saúde e docentes da UNIOESTE do Município de Marechal Cândido Rondon - PR. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, v. 10, n. 1, p. 80 e Anais do V Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde. 2005.
- HALLAL, P. C. et al. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. Med Sci Sports Exerc. 35(11):1984-00. 2003.
- HALLAL, P. C. et. al. Physical activity in adults from two brazilian areas: similarities and differences. Cad saúde pública. 21(2):573-80. 2005.
- KOEZUCA, N. et al. The Relationship between Sedentary Activities and Physical Inactivity among Adolescents: Results from the Canadian Community Health Survey. Journal of Adolescent Health, v. 39, n. 4, p. 515–522. 2006.
- KUNTZLEMAN, C. T. Childhood fitness: what is happening? What needs to be done? Prev Med; 22:520-32. 1993.
- LEITE, N. et al. Relação do nível de qualidade de vida e atividade física em acadêmicos de educação física. Colégio Brasileiro de Atividade Física Saúde e Esporte. Fit Perf J, Rio de Janeiro, 6, 6, p.357-361, nov/dez 2007
- LIMA, D. G. Atividade física e qualidade de vida no trabalho. In: Anais do I Congresso Centro-Oeste de Educação Física, Esporte e Lazer; Brasília, setembro de 1999.
- LOPES, F. J. G. Caminhar em Busca da Qualidade de Vida. Revista Brasileira de Ciências do Esporte. v. 21, n. 1, p.861-866, setembro, 1999.
- MATSUDO, V. K. R. Vida ativa para o novo milênio. Revista Oxidologia, p.18-24, 1999.

- MATSUDO, S. M. et. al. Evidências da importância da atividade física nas doenças cardiovasculares e na saúde. *Revista Diagnóstico e tratamento*, v. 5, n. 2, p. 10-17, 2000.
- MATSUDO, S. et. al. Questionário internacional de atividade física (ipaq): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil *Atividade física e saúde* 6(2): 05-18,2001.
- MATSUDO, S. et al. Nível de atividade física da população do estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível sócio-econômico, distribuição geográfica e de conhecimento. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, v. 10, n. 4, p. 41-50, out. 2002.
- MARON, B. J. The paradox of exercise. *N Engl J Med* 343(19):1409-1411. 2000.
- MELLO, M. T. et. al. O exercício físico e os aspectos psicobiológicos.
- MINAYO, M. C. S. et. al. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência saúde coletiva*.5(1):7-18. 2000.
- NAHAS, M. V. Esporte & Qualidade de Vida. *Revista da APEF*. v.12, n. 2, p. 61-65, 1997.
- NAHAS, M. V. Quantos são os “sedentários” em nosso país? *Boletim do NuPAF (Núcleo de Pesquisa em Atividade Física e Saúde)*, Florianópolis 4(12). 1998.
- NUNES, M. F. e FREIRE, M. C. M. Qualidade de vida de cirurgiões-dentistas que atuam em um serviço público. *Rev saúde pública*. 40(6):1019-26. 2006.
- OEHLSCHLAEGER, M. H. K. et al. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo em adolescentes de área urbana. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 175-163, abr. 2004.
- PAFFENBARGER, R. S. Forty years of progress: physical activity, health, and fitness. In: *American College of Sports Medicine 40th Anniversary Lectures*, 1994.
- PATE, R. R. et al. Tracking of physical activity in young children. *Med Sci Sports Exerc* 28:92-6. 1996.
- PENTEADO, R. Z. , PEREIRA, I. M. P. B Qualidade de vida e saúde vocal de professores. *Ver. Saúde Pública*. 41(2): 236-43. 2007.
- PIRES, G. L. et.al. Alguns olhares sobre aplicações do conceito de qualidade de vida em educação física/ciências do esporte. *Rev Bras Ciênc Esporte* setembro; 20(1):54-7. 1998.
- PITANGA, F.J.G.. *Atividade física, exercício físico e saúde*. Salvador: Gráfica da Universidade Federal da Bahia. 1998.
- POWELL, K. e DYSNINGER, W. Childhood participation in organized school sports and physical education as precursors of adult physical activity. *Am J Prev Med* 3:276-81. 1987.
- ROCHA, S. V. et al. Atividade física habitual e qualidade de vida de mulheres idosas com baixa condição econômica. *Revista da Educação Física/UEM Maringá*, v. 19, n. 1, p. 101-108, 2008.

- SANTOS, G. L. A. Perfil do estilo de vida de acadêmicos concluintes em educação física do centro universitário do leste de Minas Gerais, UNILESTE. Revista MOVIMENTUM - Revista Digital de Educação Física - Ipatinga: Unileste-MG - V.1 - Ago./dez. 2006.
- SANTOS, A. V. Relação entre nível de atividade física e qualidade física de idosos. Trabalho de conclusão de curso, UNINGÁ. 2009.
- SALVE, M. G. et. al. A prática da atividade física: Estudo comparativo entre os alunos de graduação da UNICAMP. Revista de Desporto e Saúde da Fundação Técnica e Científica do Desporto. 4(3): 41-47. 2005.
- SAUPE, R. et. al. Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. Rev. Latino-Americana de Enfermagem. 12(4) 636-42. 2004.
- SAXENA, S. et. al. The WHO Quality Assesment Instrument (WHOQOL-Bref): the importance of its items for cross-cultural research. Qual Life Res. 20(2):580-8. 2001.
- SHARKEY, Brian J. Condicionamento Físico e Saúde. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.
- SILVA, R. S. et. al. Atividade física e qualidade de vida. Escola de Psicologia, Universidade Católica de Pelotas. Programa de Pós-graduação em Saúde e Comportamento, Escola de Psicologia, Universidade Católica de Pelotas.
- SILVA, M. A. D. Exercício e Qualidade de Vida. In: CHORAYEB, Nabil & BARROS, Turibio. O Exercício, São Paulo, Atheneu Editora, 1999.
- SOUZA, G. S. e DUARTE, M. F. S. Estágios de mudança de comportamento relacionados à atividade física em adolescentes. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, v. 11, n. 2, mar./abr. 2005.
- TOFLER, G. H. et. al. Physical activity and the triggering of myocardial infarction: the case for regular exercise. Heart 1996; 75:323-325).
- US Department of Health and Human Services. Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.
- VILLENEUVE, P. J. et. al. Physical activity, physical fitness, and risk of dying. Epidemiology 9:626-31. 1998.
- VOTRE, S. J. Cultura, atividade corporal e esporte. Rio de Janeiro: Editora Central da Universidade Gama Filho, 1995.
- ZAMARIM, M. A. et al. Influências da prática de atividades físicas em academias na qualidade de vida de adultos universitários: um estudo comparativo. Ver. Integração. Ano XII, n. 47, p. 351-356. 2006.

- WANG, W. C. et. al. Validating, improving reliability, and estimating correlation of the four subscales in the WHOQOL-Bref using multidimensional Rasch analysis. *Qual Life Res.* 15(4):607-20. 2006.
- WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine* 41(10):1.403-1.409. 1995.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. World health day 2002. Sedentary lifestyle: a global publichealth problem. 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/world-healthday/>>. Acesso em: 08 junho 2006.

8. Anexos:

8.1 IPAC versão 8.0 curta, dados de identificação e termo de consentimento informado.

8.2 IPAC versão 8.0 curta, dados de identificação e termo de consentimento informado.

Nome: _____ Sexo: () F () M Idade: _____

Estado civil: _____

Doença: _____

Faz uso de algum medicamento: () Sim () Não Se sim, qual(is): _____

Trabalha? () Sim () Não Se sim, na área da educação física? () Sim () Não

Semestre de ingresso na faculdade: _____

IPAQ VERSÃO 8.0

Para responder as questões lembre que:

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

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

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

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

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

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

horas: _____ Minutos: _____

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

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

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

horas: _____ Minutos: _____

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

dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

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

horas: _____ Minutos: _____h

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,

(n.

UFRGS _____) aceito participar da pesquisa da acadêmica Mariana Orsini Braga referente ao seu TCC, orientado pela profa. Diná Santiago da Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O objetivo do estudo será comparar a qualidade de vida e o nível de atividade física dos estudantes de educação física. Tenho ciência que o estudo não me trará prejuízo de nenhuma natureza e que será preservado meu anonimato durante todas as etapas do mesmo, podendo desistir há qualquer momento.

Assinatura

Porto Alegre, de _____ de 2010.

8.2 WHOQOL – ABREVIADO