

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**



DISSERTAÇÃO

**Indicadores de Estilo de Vida Relacionados à Saúde e
Características de Trabalho dos Professores Municipais de Bagé**

MARCIO NERES DOS SANTOS

PELOTAS, RS

2011

MARCIO NERES DOS SANTOS

DISSERTAÇÃO

**Indicadores de Estilo de Vida Relacionados à Saúde e
Características de Trabalho dos Professores Municipais de Bagé**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação Física (área de concentração: Atividade Física, Saúde e Desempenho).

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Carriconde Marques

Pelotas, RS, 2011

Dados de catalogação Internacional na fonte:
(Bibliotecária Patrícia de Borba Pereira CRB10/1487)

S237I Santos, Marcio Neres dos

Indicadores de estilo de vida relacionados à saúde e características de trabalho dos professores municipais de Bagé / Marcio Neres dos Santos ; orientador Alexandre Carriconde Marques. – Pelotas : UFPel : ESEF, 2011.

119p.

Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Escola Superior de Educação Física. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2011.

1. Professor 2. Saúde 3. Estilo de Vida I. Título II Marques, Alexandre Carriconde

CDD 796

Banca examinadora:

Prof. Dr. Alexandre Carriconde Marques (Orientador)
Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Felipe Fossati Reichert
Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Mario Renato de Azevedo Júnior
Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Gabriel Gustavo Bergmann
Universidade Federal do Pampa

Agradecimentos

Foram muitas as pessoas que contribuíram de alguma maneira no decorrer dessa jornada tão importante para mim que foi o curso de mestrado. Sendo assim, é possível que algumas dessas pessoas não sejam lembradas aqui, mas isso não diminui a importância que cada uma teve no decorrer desse processo.

Antes de todos, é claro, agradeço à minha família. Especialmente, meu pai, Mário; e minha mãe, Célia. Estes, como sempre, em todos os momentos da minha vida foram minha base me dando todo o apoio que precisei. E por isso, serei eternamente grato aos dois. Agradeço aos meus irmãos, Marcelo, Germano e Maura, sendo cada um ao seu modo importantes para mim. Obrigado a todos.

Agradeço também à Idelci, pelo companheirismo. Esteve sempre ao meu lado, do início ao fim desse sonho, me dando apoio e incentivo mesmo quando distante. Obrigado por tudo.

A todos os professores do mestrado da ESEF os quais sempre mantiveram comigo a conduta que um aluno espera de seu professor. Em particular, agradeço aos professores da linha de pesquisa de Atividade Física e Saúde – Airton, Alexandre, Felipe, Marcelo, Marilda, Mário, Pedro e Volmar – com quem tive um contato mais próximo e pude conhecê-los também no aspecto pessoal e ver que são ótimas pessoas.

Destaco aqui um agradecimento especial ao Alexandre, meu orientador, que, apesar da minha inexperiência como pesquisador, soube com sua experiência e conhecimento me mostrar o caminho e fazer eu “andar com as próprias pernas” na realização do meu trabalho. Tenho certeza que nesse período (e para o futuro) não tive apenas um orientador, e sim um amigo. Obrigado.

Para finalizar, agradeço a todos os colegas de curso, em especial, a Cátia, Chirle, Chyntia, Luciane, Josi e Priscila, colegas de linha de pesquisa. Passamos por momentos difíceis, mas felizes e que com certeza valeram e valerão à pena! Em particular, agradeço à Cátia, pelas conversas, inquietações, estudos e trabalhos realizados juntos. Sei que ganhei uma colega e uma amiga.

Sumário

1. PROJETO DE PESQUISA.....	8
2. RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO.....	88
3. ARTIGO CIENTÍFICO: <i>Indicadores de Estilo de Vida Relacionados à Saúde e Características de Trabalho dos Professores Municipais de Bagé, RS</i>.....	95
4. COMUNICADO À IMPRENSA.....	118

Apresentação

O presente trabalho configura-se como exigência parcial para a obtenção do título de mestre em Educação Física, na linha de pesquisa em Atividade Física e Saúde, pelo Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Pelotas. Fazem parte desta dissertação os itens abaixo relacionados.

- 1) Projeto de Pesquisa, apresentado e aprovado pela banca examinadora em Maio de 2010, e contendo as respectivas alterações recomendadas e aceitas pelos examinadores.
- 2) Relatório do Trabalho de Campo, contendo uma descrição geral das atividades realizadas durante o processo de pesquisa.
- 3) Artigo científico, intitulado *“INDICADORES DE ESTILO DE VIDA RELACIONADOS À SAÚDE E CARACTERÍSTICAS DE TRABALHO DOS PROFESSORES MUNICIPAIS DE BAGÉ, RS”* que servirá de base para a avaliação da banca examinadora. Após a devida apreciação, o artigo será enviado ao periódico Cadernos de Saúde Pública.
- 4) Comunicado à imprensa, com uma breve descrição sobre os principais achados do estudo.

1. PROJETO DE PESQUISA

Marcio Neres dos Santos

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**



PROJETO DE DISSERTAÇÃO

**Indicadores de Estilo de Vida Relacionados à Saúde e
Características de Trabalho dos Professores Municipais de Bagé**

MARCIO NERES DOS SANTOS

**PELOTAS, RS
2010**

MARCIO NERES DOS SANTOS

PROJETO DE DISSERTAÇÃO

**Indicadores de Estilo de Vida Relacionados à Saúde e
Características de Trabalho dos Professores Municipais de Bagé**

Projeto de Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à Qualificação para a obtenção do título de Mestre em Educação Física (área de concentração: Atividade Física, Saúde e Desempenho).

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Carriconde Marques

Pelotas, RS, 2010

Banca examinadora:

Prof. Dr. Alexandre Carriconde Marques (Orientador)

Prof. Dr. Felipe Fossati Reichert

Prof. Dr. Mario Renato de Azevedo Júnior

Prof. Dr. Gabriel Gustavo Bergmann

RESUMO

SANTOS, Marcio Neres dos. **Indicadores de estilo de vida relacionados à saúde e características de trabalho dos professores municipais de Bagé.** 2010. Projeto de Pesquisa (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS.

Introdução: Apesar de sua importância na sociedade e do grande número de profissionais da categoria do país, poucos estudos sobre os aspectos de saúde e estilo de vida da categoria docente têm sido realizados. Além disso, o trabalho docente tem sido considerado uma atividade intensa e desgastante que prejudica a qualidade de vida e a saúde dos professores. **Objetivo:** Verificar os indicadores de estilo de vida relacionados à saúde dos professores municipais de Bagé/RS e sua associação com as características de trabalho desse grupo. **Materiais e Métodos:** Será um estudo epidemiológico transversal realizado com todos os professores da rede municipal de ensino de Bagé/RS. Os dados serão obtidos por meio de questionários auto-aplicáveis contendo questões referentes aos dados sócio-demográficos, de características de trabalho e de estilo de vida dos participantes. A análise de dados empregará estatística descritiva, com cálculo de medidas de frequência, tendência central, dispersão e a representação gráfica dos dados. Na análise de associação será utilizado o teste do qui-quadrado para variáveis categóricas. Em todas as análises será adotado um intervalo de confiança de 95% e nível de significância de $p < 0,05$.

Palavras-chave: Estilo de vida; Professores; Saúde Docente; Saúde do Trabalhador

Sumário

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Objetivo Geral	16
1.2 Objetivos Específicos	16
1.3 Justificativa.....	17
1.4 Delimitações do Estudo.....	19
1.5 Limitações do Estudo	19
1.6 Definição de Termos	19
2 REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1 Estilo de Vida.....	21
2.1.1 Tabagismo.....	23
2.1.2 Consumo de Álcool	25
2.1.3 Hábitos Alimentares	29
2.1.4. Atividade Física	32
2.1.5 Estresse	37
2.2 Condições de Saúde e Trabalho Docente	42
2.2.1 Condições de Saúde dos Professores	42
2.2.2 Principais Doenças e Agravos de Saúde entre Professores	44
2.2.3 Características do Trabalho Docente no Brasil	48
3 MATERIAIS E MÉTODOS	53
3.1 Modelo do Estudo.....	53
3.2 População e Amostra	53
3.3 Critérios de Inclusão e Exclusão	53
3.4 Instrumento	54
3.5 Variáveis do Estudo.....	57
3.6 Procedimentos para Coleta de Dados.....	61
3.7. Análise de Dados	61
3.8 Cronograma	62
4 REFERÊNCIAS.....	63
APÊNDICES	76

1 INTRODUÇÃO

Uma das condições fundamentais para o pleno desenvolvimento das atividades profissionais é a saúde do trabalhador. Indivíduos com a condição de saúde comprometida podem apresentar uma capacidade de trabalho limitada quando comparados aqueles sujeitos que apresentam uma boa condição de saúde, o que pode prejudicar a produtividade, tanto em termos de quantidade como de qualidade do serviço. Por outro lado, o ambiente de trabalho, o tipos de atividade exercida e outras características relacionadas à profissão, podem ter influência significativa sobre os aspectos relacionados à saúde e ao estilo de vida do indivíduo.

No campo da educação, é possível observar, nos últimos anos, um agravamento das condições de saúde dos seus profissionais. As condições e as características de trabalho existentes configuram-se como os principais agentes nesse processo e geram efeitos negativos sobre a saúde psicológica e física dos professores (CRUZ; LEMOS, 2005; GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2005; FREITAS; CRUZ, 2008; GARRIDO, 2005). Muitas vezes os professores sentem-se sobrecarregados e esgotados devido a situações rotineiramente vividas no trabalho, e que acabam por afetar sua saúde. Dentre estas, destacam-se as exigências e pressões por resultados, as extensas jornadas de trabalho que se somam acumulando cansaço e fadiga, os relacionamentos e conflitos enfrentados no ambiente laboral, as contradições existentes entre as propostas educacionais implementadas e a realidade enfrentada na prática diária, além da desvalorização social do trabalho docente (GARRIDO, 2005; GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2005; KOHEN, 2005).

Muitos desses e outros fatores têm provocado um elevado número de adoecimentos e complicações de saúde na categoria docente. Tais comprometimentos podem promover um impacto negativo sobre o desempenho profissional dos docentes e, inclusive, influenciar no processo de aprendizagem dos alunos (KOHEN, 2005). Em algumas situações, estes problemas de saúde podem ocasionar o afastamento do docente de suas atividades profissionais, chegando até a alguns casos de aposentadoria antecipada (BROWN; GILMOUR; MACDONALD, 2006; GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2005; MAGUIRE; O'CONNELL, 2007; WEBER; LEDERER, 2006).

Estudos têm mostrado que a saúde mental e o bem-estar psicológico estão entre os aspectos de saúde mais afetados entre os professores. Essas complicações de ordem mental vêm apresentando aumento significativo do número de casos nos últimos anos e são freqüentemente apontadas pelos professores como importantes fatores para o adoecimento e incapacitação ao trabalho (CRUZ; LEMOS, 2005; EBISUI, 2008; EMSLEY; EMSLEY; SEEDAT, 2009; GARRIDO, 2005; PHILLIPS; SEM; McNAMEE, 2007).

Os problemas de ordem física, como sintomas ou distúrbios osteomusculares e vocais, são outra importante causa de adoecimento entre professores. Esses problemas tendem a ser influenciados por fatores biológicos, individuais e ocupacionais, e podem afetar negativamente a qualidade de vida dos indivíduos além de limitar a capacidade de trabalho do professor em decorrência do surgimento de doenças. (CARVALHO; ALEXANDRE, 2006; CHIU; LAM, 2007; FERNANDES; ROCHA; OLIVEIRA, 2009; KOWALSKA et al., 2006; ROY et al., 2004; SANDMARK, 2000).

Recentemente, algumas doenças associadas ao estilo de vida têm adquirido uma maior importância como causas de adoecimento entre os professores (GARRIDO, 2005). A presença de vários comportamentos insalubres do estilo de vida pode ser observada na maioria dos docentes investigados, destacando-se os hábitos alimentares inadequados (BOTH; NASCIMENTO; BORGATTO, 2007; LEMOS; NASCIMENTO; BORGATTO, 2007; MADUREIRA; FONSECA; MAIA, 2003; SILVA, 2006; REIS, 2005), o excesso de peso (SANTOS, 2006), a inatividade física (DALLAL et al., 2007; MAI et al., 2007; SANTOS, 2006) e o consumo elevado de bebidas alcoólicas (CHANG et al., 2007; REIS, 2005).

A esse respeito, a evidência disponível demonstra claramente que estes e outros comportamentos de risco do estilo de vida são os principais fatores associados ao aparecimento e progressão de doenças crônicas, incapacidade e mortalidade prematura (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2009b; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002, 2003a, 2003b). Atualmente, as doenças crônicas respondem por cerca de 60% dos óbitos e por quase metade da carga de doenças em todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003b).

Por serem geralmente de longa duração, essas doenças exercem uma carga pesada sobre a economia dos países consumindo grande parte dos recursos destinados ao setor da saúde. Nos Estados Unidos, por exemplo, os gastos com o tratamento de pessoas com condições crônicas de saúde representaram mais de 75% dos recursos disponíveis para o setor de saúde em 2007 (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2009b). No Brasil, em 2002, as doenças crônicas representaram aproximadamente 70% dos gastos do governo através do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2005).

Em contrapartida a maioria dessas complicações de saúde poderia ser evitada mediante a adoção de comportamentos saudáveis de estilo de vida. Evidências consistentes demonstram que tais medidas têm efeitos benéficos à saúde, capazes de prevenir e até reverter muitas das principais doenças crônicas da atualidade. Uma alimentação saudável, rica em alimentos vegetais e com baixa ingestão de gorduras e sódio, a prática regular de atividades físicas e a cessação do tabagismo, destacam-se entre as principais dessas medidas preventivas (HASKEL et al., 2007; ROBERTS; BARNARD, 2005; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003b). Nesse sentido, a investigação das condições de saúde e estilo de vida da população, tanto de forma geral como de subgrupos específicos, toma importância fundamental, pois com o conhecimento dessas informações podem-se viabilizar estratégias direcionadas à promoção de estilos de vida mais saudáveis e melhoria da qualidade de vida de indivíduos e grupos.

1.1 Objetivo Geral

Verificar os indicadores de estilo de vida relacionados à saúde dos professores das escolas municipais de Bagé – RS, e sua associação com as características de trabalho desse grupo.

1.2 Objetivos Específicos

– Descrever as características dos indicadores de estilo de vida relacionados à saúde (hábitos alimentares, atividade física, consumo de álcool, tabagismo, percepção de saúde e percepção de estresse) dos professores municipais de Bagé.

– Descrever as características relacionadas ao trabalho (formação acadêmica, tempo de docência, carga horária, número de turmas, turnos de

trabalho, componente curricular, absenteísmo no último ano) dos professores municipais de Bagé.

– Identificar se existe a associação entre o nível de atividade física e os hábitos alimentares, consumo de álcool, tabagismo, percepção de saúde e percepção de estresse entre os professores investigados.

– Verificar se as características relacionadas ao trabalho (formação acadêmica, tempo de docência, carga horária, número de turmas, turnos de trabalho, componente curricular, absenteísmo no último ano) dos professores avaliados estão relacionadas aos indicadores de estilo de vida relacionados à saúde (hábitos alimentares, atividade física, consumo de álcool, tabagismo, percepção de saúde e percepção de estresse).

1.3 Justificativa

Recentemente, a investigação entre as relações de trabalho e saúde têm recebido maior atenção pelos pesquisadores de diversas áreas do conhecimento. Em parte, devido à enorme parcela de tempo diária que atualmente é despendida no trabalho e por outra pelas diferenças entre os vários tipos de atividades profissionais existentes e os respectivos efeitos que elas podem exercer sobre a saúde dos indivíduos.

A educação pode ser considerada uma das mais importantes áreas para formação da estrutura social, econômica e política de um país. O nível intelectual e cultural da população, a formação de cidadãos conscientes e capazes, além da preparação e qualificação da classe trabalhadora, são exemplos de aspectos importantes que estão estreitamente relacionados com a capacidade do sistema educacional existente.

Nesse contexto, os professores tomam papel central tornando-se agentes fundamentais para o processo de desenvolvimento, tanto do setor educacional como da sociedade. No Brasil, existem cerca de 2 milhões de professores atuando na educação básica (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS, 2009). Constituem-se no terceiro grupo ocupacional mais numeroso do país representando 8,4% da força de trabalho nacional, sendo menor apenas que os escriturários com 15,2% e os trabalhadores do setor de serviços com 14,9% (GATTI; BARRETTO, 2009). Entretanto, apesar do expressivo número de

profissionais nessa área, a busca por estudos relacionados às condições de trabalho e saúde dos professores brasileiros revela que a realização desses trabalhos ainda é reduzida.

Além disso, a maioria dos estudos existentes se concentraram em investigar os aspectos relacionados à saúde mental dos professores, como estresse, síndrome de burnout, desgaste mental e distúrbios psíquicos menores (DELCOR et al., 2004; FREITAS; CRUZ, 2008; PORTO et al., 2006; SANTINI; MOLINA NETO, 2005; SILVANY NETO et al., 2000). Outros trabalhos estudaram a presença de doenças ocupacionais entre os docentes, especialmente lesão por esforço repetitivo (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), e transtornos relacionados à saúde vocal (CARVALHO; ALEXANDRE, 2006; FERNANDES; ROCHA; OLIVEIRA, 2009; JARDIM; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2007; PENTEADO; PEREIRA, 2007; PORTO et al., 2004).

Em relação ao estilo de vida, o desenvolvimento de estudos na categoria docente é ainda mais escasso. Entre os trabalhos realizados, a maioria investigou o estilo de vida de professores que atuam no ensino superior, os quais provavelmente estão expostos a condições de vida e trabalho um pouco diferentes daqueles professores que atuam na educação básica. Apesar de tais diferenças, os dados mostram a presença de aspectos negativos no estilo de vida dos professores investigados, relacionados especificamente aos hábitos alimentares, atividade física, controle do estresse e consumo de álcool (MADUREIRA; FONSECA; MAIA, 2003; PETROSKI, 2005; REIS, 2005; SILVA, 2006).

Resultados semelhantes a esses também podem ser observados nos raros estudos sobre o estilo de vida envolvendo professores da educação básica. Entre os professores estaduais de educação física de Santa Catarina e Rio Grande do Sul, foi encontrada uma elevada prevalência de perfis negativos em relação aos hábitos nutricionais e de controle do estresse (LEMOS; NASCIMENTO; BORGATTO, 2007; BOTH; NASCIMENTO; BORGATTO, 2007). Enquanto em outro trabalho, em Joinville/SC, observou-se uma preocupante proporção de professores do ensino fundamental sedentários, com excesso de peso e com suspeita de transtorno psíquico (SANTOS, 2006).

Desse modo, ao analisar a evidência disponível, constata-se que o desenvolvimento do presente trabalho poderá contribuir de maneira significativa com a literatura que trata sobre a saúde e o estilo de vida dos professores que atuam na educação básica brasileira.

1.4 Delimitações do Estudo

– Participarão do estudo os professores, concursados ou contratados, que estiverem exercendo suas atividades profissionais nas escolas de educação infantil, ensino fundamental e/ou educação de jovens e adultos da rede municipal de ensino de Bagé/RS no ano de 2010;

1.5 Limitações do Estudo

– O instrumento de pesquisa para a coleta de dados será um questionário auto-administrável baseado nas necessidades do estudo e na literatura existente relacionada ao tema. Embora os estudos desse gênero se utilizem deste tipo de instrumento, sabe-se que os questionários possuem algumas limitações, tais como a dificuldade de controle sobre o respondente, o grau de veracidade das respostas e a taxa de retorno dos questionários, entre outras.

1.6 Definição de Termos

Atividade Física: qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulte em gasto de energia (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985).

Doenças crônicas: são doenças de longa duração e de progressão geralmente lenta. Incluem doenças como o câncer, doenças cardíacas, hipertensão arterial, acidente cerebrovascular, doenças respiratórias e diabetes. As doenças crônicas caracterizam-se por terem etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, origem não-infecciosa e por estarem associadas às deficiências e incapacidades funcionais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Estilo de vida: conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas (NAHAS, 2006).

Estresse: é uma resposta física normal a eventos que, de alguma forma, ameaçam ou perturbam o estado de equilíbrio do organismo. Tais mudanças liberam hormônios no organismo despertando o corpo para uma ação de emergência. (SMITH; GILL; SEGAL, 2009).

Síndrome de Burnout: é definida como uma reação à tensão emocional crônica, gerada a partir do contato direto e excessivo com outros seres humanos, particularmente quando estes estão preocupados ou com problemas (MASLACH; JACKSON, 1981). Pode ainda ser considerada como uma consequência, resultado ou resposta ao estresse crônico relacionado ao trabalho, desencadeada pela falha ou insuficiência dos métodos de enfrentamento utilizados para lidar com agentes estressores (GIL-MONTE; PEIRÓ, 1997; BENEVIDES-PEREIRA, 2008).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Estilo de Vida

Nos últimos anos, o estilo de vida passou a ser considerado fundamental para a promoção da saúde e redução da mortalidade por todas as causas. Os rápidos aumentos das taxas de doenças crônicas observados nos países desenvolvidos e em desenvolvimento devem-se provavelmente às mudanças nos estilos de vida, especialmente nos hábitos alimentares e de atividade física (RIMM; STAMPFER, 2004). Para grande parte da população, os maiores riscos para a saúde e o bem-estar têm origem no próprio comportamento individual, que resulta tanto da informação e vontade da pessoa, como também das oportunidades e barreiras presentes na realidade social. Assim, existem fatores positivos e negativos do estilo de vida podem afetar a saúde e bem-estar, no curto ou longo prazo (NAHAS, 2006).

Atualmente, as principais causas de mortes e incapacidade no mundo são devido às doenças crônicas, também conhecidas como doenças e agravos não-transmissíveis (DANTs). Conforme dados mundiais, essas doenças representam aproximadamente 59% do total de mortes por ano e 46% da carga global de doenças (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003a). Estes dados refletem as mudanças significativas que os processos de industrialização, urbanização, desenvolvimento econômico e globalização do mercado de alimentos exerceram sobre os modos de vida das sociedades (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003a).

Nos Estados Unidos da América (EUA), por exemplo, as doenças crônicas responderam por 7 a cada 10 mortes no ano de 2005, com as doenças cardíacas (26,6%) e o câncer (22,8%) como as principais causas de morte representando, em conjunto, quase metade dos óbitos registrados. Outras importantes causas de morte registradas foram os acidentes cerebrovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes e doença de Alzheimer (KUNG et al., 2008). Na população brasileira, as doenças crônicas correspondem a aproximadamente 55% do total de óbitos, sendo as principais causas desses óbitos as doenças cardiovasculares (31%) e o câncer (15%), seguidas pelas causas externas (BRASIL, 2005).

Não obstante, as doenças crônicas ainda estão relacionadas às doenças mentais, como os sintomas depressivos. A presença de uma doença mental pode ser um importante fator na etiologia, desenvolvimento e tratamento das doenças crônicas, tais como doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e obesidade. Além do mais, transtornos depressivos não tratados podem assumir um perfil crônico agravando ainda mais a carga de doença (CHAPMAN; PERRY; STRINE, 2005; WHOOLEY et al., 2008).

Na grande maioria dos casos, o aparecimento e a progressão das doenças crônicas são mediados por fatores genéticos e ambientais. Os fatores genéticos são responsáveis por predispor o indivíduo a um maior risco de complicações e adoecimento. No entanto, são os fatores ambientais, em particular, os hábitos do estilo de vida, que determinam a expressão final da doença (ROBERTS & BARNARD, 2005). Entre os principais hábitos de risco do estilo de vida, os quais podem ser modificados ou controlados, se destacam o tabagismo, o nível de atividade física, o controle do peso corporal, a dieta, os níveis de pressão arterial, consumo de álcool e o controle do estresse, além de outras práticas de saúde (DANAEI et al., 2009; PEEL et al., 2005; ROBERTS & BARNARD, 2005).

Do mesmo modo que esses fatores estão ligados ao aparecimento de diversas doenças e agravos de saúde, eles também estão entre os principais mecanismos de prevenção e tratamento. Uma abundância de evidências sugerem que a adoção de um estilo de vida saudável, incluindo dieta equilibrada, atividade física regular, controle do peso, consumo moderado de álcool e a cessação do tabagismo, pode prevenir muitas das principais doenças crônicas da atualidade, entre elas, o diabetes tipo 2 (WING et al., 2001; WYNESS, 2009), os acidentes cerebrovasculares (FISHER; LEES; SPENCE, 2006), as doenças cardíacas (KRIS-ETHERTON et al., 2001; MANN, 2002; HU, 2009; DJOUSSÉ; DRIVER; GAZIANO, 2009), a síndrome metabólica (LAKKA et al., 2003; MAGKOS et al., 2009) e alguns tipos de câncer (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2004; ROBERTS; BARNARD, 2005).

Além disso, muitos destes fatores de risco do estilo de vida parecem estar correlacionados, apesar de que cada um de forma independente e significativa possa predizer um maior risco de doença (STAMPFER et al., 2000). Desse modo, as

combinações desses e outros fatores de risco podem promover um efeito cumulativo, ou multiplicador, capaz de acelerar o surgimento e a propagação das doenças crônicas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003a).

Em contrapartida, o controle combinado de tais fatores, através de abordagens multidisciplinares direcionadas à adoção de estilos de vida saudáveis, tem demonstrado ser um meio eficaz para a promoção da saúde e redução do risco de doenças cardiovasculares e mortalidade por todas as causas (DJOUSSÉ; DRIVER; GAZIANO, 2009; ESPOSITO et al., 2003; KNOOPS et al., 2004; STANNER, 2009).

2.1.1 Tabagismo

O hábito de fumar aumenta consideravelmente o risco do surgimento de inúmeras doenças. Entre as principais estão vários tipos de cânceres, como o câncer de pulmão e o câncer das vias aero digestivas superiores, a cardiopatia, os acidentes cerebrovasculares, as doenças respiratórias crônicas, entre outras. Como consequência, em populações onde o hábito de fumar tem sido extenso durante muitas décadas, o consumo de tabaco é responsável por uma proporção considerável da mortalidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Estimativas de países desenvolvidos e em desenvolvimento têm mostrado um maior risco de adoecer e morrer entre aqueles indivíduos fumantes. Além disso, o tabagismo é capaz de prejudicar também outras pessoas, causando danos à saúde e aumentando o risco de doenças, como por exemplo, entre os fumantes passivos, expostos a todos os componentes tóxicos do fumo exalado diretamente, embora em quantidades menores. Ademais, a mãe que fuma durante a gravidez, expõe indiretamente o feto ao fumo de tabaco aumentando o risco de insuficiência ponderal ao nascer e duplicando o risco morte súbita do lactante (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Os efeitos nocivos provocados pelo consumo do tabaco afetam quase todos os órgãos do corpo, diminuindo a saúde geral dos fumantes. É extensa a lista de doenças causadas pelo tabagismo e tem se ampliado cada vez mais. Incluem os aneurismas aórticos abdominais, leucemia mielóide aguda, cataratas, câncer do colo do útero, câncer de rim, câncer do pâncreas, pneumonia, periodontite e câncer de estômago. Estas doenças somam-se àquelas sabidamente causadas pelo hábito de

fumar, como os vários tipos de câncer (de bexiga, esôfago, laringe, pulmão, boca e garganta), as doenças pulmonares crônicas, as doenças coronarianas e cardiovasculares, efeitos nocivos no aparelho reprodutor e a síndrome da morte súbita do lactante (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2004).

A maior parte dos danos provocados pelo tabaco à saúde não se tornam evidentes nos primeiros anos após o início do seu uso, sugerindo um período latente em relação aos seus efeitos sobre a saúde. Assim, enquanto o consumo do tabaco ainda é crescente em nível mundial, a epidemia de doenças e mortes relacionadas ao uso do tabaco encontra-se em uma fase inicial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

2.1.1.1 Prevalência do Tabagismo

O tabagismo é atualmente a maior causa única evitável de morte no mundo e estima-se que o número global de mortes relacionadas ao tabaco seja de cinco milhões de pessoas por ano. Ainda assim, o seu consumo é comum em todo o mundo devido aos baixos preços, comercialização fácil e generalizada, falta de consciência sobre seus perigos e políticas públicas inconsistentes contra seu uso (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Ao final do século XX, observaram-se importantes aumentos do hábito de fumar nos países em desenvolvimento, sobretudo entre os homens. Em contraste, nos países industrializados o consumo do tabaco tem diminuindo, ainda que de forma lenta. Embora a prevalência de tabaco tenha diminuído em alguns países de alta renda, continua aumentando naqueles países de renda mediana ou baixa, especialmente entre os jovens e mulheres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). A prevalência global de uso do tabaco é substancialmente mais elevada nos homens (47%) do que em mulheres (12%), entretanto, nota-se uma tendência de aumento do tabagismo entre as mulheres em alguns países, como nas regiões mais desenvolvidas (SHAFEY et. al, 2003).

No Brasil, as prevalências de tabagismo são maiores nas regiões mais industrializadas, para ambos os sexos. As prevalências encontradas variam de 12,9% a 25,2% (em homens de 16,9% a 28,2% e em mulheres de 10,0% a 22,9%), e apesar de elevadas, mostram uma tendência de queda em relação a inquéritos nacionais anteriores. Os homens apresentaram maiores prevalências de tabagismo

do que as mulheres em todas as regiões, refletindo aspectos histórico-culturais. Entretanto, nas regiões sul e sudeste a prevalência de tabagismo entre mulheres aproxima-se da observada entre homens apontando uma preocupante tendência de crescimento do tabagismo feminino. Além disso, observa-se que o tabagismo é maior entre os grupos populacionais de menor escolaridade e entre os jovens das regiões sudeste e sul do País (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2004).

Entre diferentes subgrupos da população brasileira as prevalências de tabagismo são semelhantes às encontradas em nível nacional. Sabry et al. (1999), em um estudo com funcionários de uma universidade no Ceará, encontraram prevalência de 26,2% de fumantes com maior prevalência no sexo masculino (67,5%) do que no feminino (32,5%), porém o consumo diário de cigarros foi maior entre as mulheres. Por outro lado, a porcentagem de indivíduos fumantes (funcionários, docentes e alunos) de uma universidade em São Paulo foi de 15%, sem diferenças estatísticas entre os sexos, porém com os indivíduos de maior nível educacional apresentando menores prevalências de tabagismo em todas as faixas etárias (RIBEIRO et. al, 1999). Em trabalhadores da indústria, Barros e Nahas (2001) observaram exposição ao fumo em 20,6% dos industriários em Santa Catarina, sendo valores bem superiores aos 12,4% encontrados por Matos et al. (2004) entre industriários no Rio de Janeiro.

2.1.2 Consumo de Álcool

O consumo de álcool tem aumentado nas últimas décadas em todo mundo, com a maior carga de morbidade ocorrendo nas Américas e Europa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Estima-se que o consumo de álcool cause 3,7% de todas as mortes e 4,4% da carga global de doenças, tendo um impacto muito maior na saúde dos homens do que na saúde das mulheres (cerca de quatro vezes mais), na saúde dos jovens e adultos jovens, e nas sociedades pobres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

As prevalências nacionais para o consumo de álcool são consideradas moderadas, variando de 32,2% a 58,6% nas diferentes regiões do País, sendo similares às prevalências de outros países da América Latina, porém menores que a de países da Europa. Em relação ao gênero, a prevalência do consumo de álcool é significativamente maior entre os homens (48,9% a 72,1%) do que entre as

mulheres (19,7% a 47,5%). Diferenças regionais e socioeconômicas podem ser observadas, com o maior consumo de álcool nas regiões sul e sudeste, e entre os grupos populacionais de maior escolaridade. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2004).

Em relação a determinados grupos da população os dados são semelhantes aos observados em nível nacional. Em dois estudos com trabalhadores universitários o consumo de álcool foi elevado e significativamente maior entre os homens. Sabry et. al (1999) encontraram prevalência de 57,7% (homens 61,7% e mulheres 38,3%) sem relação com a escolaridade, enquanto Conceição et al. (2006) observaram o consumo em 56% (homens 65,3% e mulheres 34,2%).

Barros e Nahas (2001) encontraram uma proporção significativa de indivíduos trabalhadores do setor industrial com consumo abusivo (mais 14 doses/semana ou mais de 5 doses em uma ocasião) de álcool em 45,4% dos entrevistados (homens 57,2% e mulheres 18,8%). Ferreira et al. (2008) observaram um consumo de bebidas alcoólicas em policiais militares de 52,1% com uma suspeita de consumo abusivo em 10,4% da amostra.

2.1.2.1 Efeitos do Consumo de Álcool sobre a Saúde

O consumo de álcool tem repercussões sanitárias e sociais como conseqüências da intoxicação (embriaguez) e dependência que provoca, e de outros efeitos bioquímicos. A dependência por si só já é um problema, e cada vez mais evidências indicam que, além do volume de álcool consumido, a forma de consumo influencia na saúde. Enquanto isso, a embriaguez pode acarretar conseqüências de extrema gravidade, como os acidentes de trânsito, a violência doméstica e outros problemas sociais e sanitários crônicos. Em geral, existe uma relação causal entre o volume de álcool consumido e inúmeras doenças e traumatismos. Na maioria dos casos a relação de causa e efeito do consumo de álcool é prejudicial, embora os efeitos possam ser benéficos nos casos de cardiopatias e diabetes mellitus, quando o volume médio de consumo é de baixo a moderado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

O álcool é uma substância tóxica que está relacionada com inúmeros distúrbios. Seus efeitos podem prejudicar qualquer sistema ou órgão do corpo, exacerbando transtornos mentais e físicos pré-existentes, interagindo adversamente

com outros medicamentos no organismo e produzindo uma síndrome de dependência similar a de outras drogas ilícitas. Para algumas das condições crônicas de saúde em que o álcool está implicado, como o câncer de mama, existe um aumento do risco da doença com o aumento do consumo de álcool. Enquanto para outras condições, como a cirrose hepática, o risco aumenta geometricamente com o aumento do consumo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

O consumo excessivo de álcool pode influenciar negativamente à saúde cardiovascular e está associado no surgimento e intensificação de diversas complicações, como a insuficiência cardíaca. Além disso, alguns dados sugerem que não apenas a quantidade ingerida, mas também os padrões de consumo e fatores genéticos podem influenciar a relação entre consumo de álcool e doença cardiovascular (DJOUSSÉ; GAZIANO, 2008).

A ingestão elevada de álcool é uma causa estabelecida de câncer de boca, faringe, laringe, esôfago, fígado e mama. Para cada um desses tipos de câncer, o risco aumenta substancialmente com uma ingestão maior que duas doses por dias. Além disso, o consumo de álcool combinado com o uso de tabaco aumenta o risco da maioria desses cânceres, potencializando os efeitos quando comparado ao consumo independente de álcool ou tabaco. O consumo regular de até poucas doses de álcool por semana tem sido associado com o risco aumentado do câncer de mama nas mulheres, embora os mecanismos do efeito do álcool sobre esse câncer não sejam completamente conhecidos (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2004).

Existem também evidências de sérias consequências do alcoolismo durante a gestação, envolvendo distúrbios de desenvolvimento caracterizados por anormalidades craniofaciais, retardo do crescimento e deficiências do sistema nervoso central que podem levar a incapacidade mental. Adolescentes e pessoas jovens também são vulneráveis aos efeitos danosos do álcool, devido ao consumo elevado de álcool afetar o desenvolvimento e até alterar a estrutura de partes importantes do cérebro (FADEN; GOLDMAN, 2005).

O consumo prejudicial de álcool tem efeitos imediatos e futuros em vários aspectos da vida, como aqueles relacionados à violência e lesões, o alto consumo e a dependência, e os efeitos danosos a todos os órgãos e sistemas do organismo.

Ainda, carga de consumo de álcool parece ocorrer particularmente entre os jovens e adultos jovens, e afetar mais os homens do que as mulheres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

Por outro lado, existem evidências convincentes de que uma ingestão de álcool em quantidade baixa a moderada pode ser benéfica à saúde. Os principais efeitos benéficos do consumo de álcool estão relacionados com a redução do risco das doenças cardiovasculares. Há ainda uma possível diminuição do risco de osteoporose com a ingestão moderada de álcool (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003a).

A ingestão moderada de álcool reduz o risco relativo para doença coronariana em indivíduos aparentemente saudáveis, apresentando-se como fator de proteção à doença neste grupo (RIMM; MOATS, 2007). Essa associação é evidenciada inclusive entre adultos mais velhos e mulheres na pós-menopausa (BAER et al., 2002; MUKAMAL et al., 2006). O consumo de bebidas alcoólicas (cerveja, vinho e licor) em quantidades razoáveis parece contribuir na redução do risco de doença coronariana através de alterações nos lipídeos e fatores hemostáticos (RIMM et al., 1999). A ingestão regular de quantidades moderadas de álcool também está inversamente associada ao infarto do miocárdio (WEN et al., 2008).

O consumo moderado de álcool também é benéfico entre indivíduos com outras patologias crônicas, como o diabetes tipo 2. Nesses indivíduos, o risco de mortalidade geral e por doença coronariana é significativamente menor entre os consumidores do que entre os não-consumidores, sendo o risco de doença coronariana menor em todos os níveis de consumo de álcool (KOOPEs et al., 2006). Além disso, a ingestão moderada de álcool parece não ter influência sobre a limitação e incapacidade de mobilidade em homens, enquanto que em mulheres uma ingestão leve a moderada de álcool está significativamente associada a um menor risco de limitação e incapacidade de mobilidade (MARALDI et al., 2009).

Uma ingestão baixa a moderada de bebidas alcoólicas, capaz de proteger contra a doença coronariana, é considerada de até duas doses ao dia, ou cerca de 20g de álcool. Embora uma quantidade baixa a moderada seja considerada positiva à saúde, existem outros riscos cardiovasculares e de saúde associados ao álcool

que impedem sua recomendação de maneira geral (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003a).

2.1.3 Hábitos Alimentares

A dieta é muito importante para promover e manter uma boa saúde ao longo de toda a vida. Uma base sólida de evidências já demonstraram o seu papel como fator determinante de diversas doenças crônicas não-transmissíveis, o que a converte também em um componente fundamental nas atividades de prevenção. Assim, os alimentos consumidos pela população, em toda sua variedade cultural e regional, definem em grande medida a saúde, o crescimento e o desenvolvimento das pessoas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003a).

Nas últimas décadas, no entanto, evidenciou-se um processo de substituição das tradicionais dietas baseadas em alimentos de origem vegetal por dietas com alto teor de gordura e energia, conduzido a um número crescente de complicações de saúde nas sociedades atuais. Entre as práticas alimentares prejudiciais, destacam-se o consumo elevado de gorduras (especialmente as gorduras saturadas), sal, carboidratos refinados e o consumo insuficiente de frutas, legumes, verduras e cereais integrais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003a).

Os fatores de risco a saúde relacionados com a dieta têm seus maiores efeitos sobre as doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, colesterol elevado, glicose elevada e o surgimento do sobrepeso e da obesidade, sendo todas estas também doenças inter-relacionadas. Assim, além de afetarem a saúde de maneira independente, quando combinadas, essas doenças têm seus efeitos potencializados elevando ainda mais os riscos à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

A relação entre a ingestão elevada de gorduras saturadas e obesidade é forte, e pode explicar grande parte das taxas de doença coronariana e de diabetes tipo 2 (MANN, 2002). Os ácidos graxos saturados e as gorduras trans devem ser reduzidos das dietas, de modo a diminuir os riscos cardiovasculares. Entretanto, existem evidências convincentes de que a ingestão de ácidos graxos insaturados e poliinsaturados pode ser benéfica a saúde cardiovascular (KRIS-ETHERTON et al., 2001).

Fatores alimentares, além da atividade física, estão entre os mais importantes determinantes do risco de câncer, especialmente para aqueles

indivíduos que não fazem uso de tabaco. O consumo elevado de gordura animal, carnes e alimentos processados estão seguramente associados ao maior risco de câncer. Embora a dieta não possa garantir proteção total contra nenhuma doença, uma alimentação rica em frutas, verduras e grãos, e pobre em alimentos industrializados e gordura animal, juntamente com a manutenção do peso corporal saudável, pode reduzir o risco de alguns dos cânceres mais comuns (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2004).

O consumo insuficiente de frutas e verduras está associado às mortes por câncer gastrointestinal, doença isquêmica do coração e acidente vascular cerebral. As maiores taxas de mortes relacionadas ao consumo insuficiente desses alimentos estão entre os países de média renda da Europa e no Sudeste da Ásia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). Nos EUA, acredita-se que um terço das mortes por câncer se devem a fatores nutricionais e atividade física, incluindo a obesidade (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2004).

Por outro lado, a aderência de padrões dietéticos saudáveis, ricos em frutas, verduras, legumes, grãos, carnes brancas e pobres em gorduras saturadas, sal e alimentos de origem animal e industrializados, podem reduzir o risco de mortalidade por todas as causas e causas específicas, como por doença arterial coronariana, doença cardiovascular e câncer (KNOOPS et al., 2004). Os maiores benefícios do consumo de frutas e verduras vêm da redução do risco das doenças cardiovasculares, mas a ingestão de frutas, verduras e outros vegetais também podem prevenir o câncer (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). O surgimento do câncer de cólon-retal, por exemplo, está inversamente relacionado com o consumo de frutas e vegetais. Indivíduos com baixo consumo desses alimentos apresentam risco significativamente maior de desenvolver esse tipo de câncer comparado aqueles que consomem pelo menos 2,5 porções de frutas e verduras por dia (WITTE et al., 1996; TERRY et al., 2001).

A redução de importantes fatores de risco para as doenças cardiovasculares, incluindo a hipertensão, obesidade e diabetes tipo 2 estão associados ao consumo regular de frutas e verduras. Os mecanismos biológicos que as frutas e verduras podem exercer sobre o risco cardiovascular não estão inteiramente claros, mas provavelmente sejam múltiplos. Assim, os diversos

nutrientes e fito-químicos presentes nestes alimentos podem ser independentemente ou conjuntamente responsáveis pela diminuição no risco cardiovascular. Aspectos funcionais das frutas e vegetais, tais como baixa carga glicêmica e densidade energética da dieta, também podem ter significativo papel nesse processo (BAZZANO; SERDULA; LIU, 2003). Além disso, o risco de infarto do miocárdio pode ser marcadamente diminuído com o consumo de frutas e verduras. Essa redução pode ocorrer inclusive entre indivíduos com condições crônicas como diabetes, hipertensão arterial e colesterol elevado (LIU et al., 2000).

As metas gerais em relação à ingestão de nutrientes sugerem que o total de gorduras deveria ser inferior a 30% do total de calorias da dieta. Além disso, é necessário reduzir a quantidade de alimentos ricos em açúcares livres e promover um consumo de frutas e verduras para cerca de 5 porções (aproximadamente 400g) por dia. Essa recomendação provavelmente garante a quantidade adequada de fibras, nutrientes e demais substâncias bioativas contidas nesses alimentos, contribuindo assim para uma nutrição adequada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003a).

2.1.3.1 Hábitos Alimentares e Prevalência de Doenças

Os hábitos alimentares saudáveis são considerados cada vez mais como uma importante medida para prevenção de doenças. Os principais problemas de saúde associados a uma dieta inadequada são hipertensão arterial, glicose elevada, sobrepeso e obesidade, colesterol alto, baixa ingestão de frutas e verduras, e a inatividade física. Em conjunto, todos esses fatores de risco correspondem por 19% da carga global de morte (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Fatores da dieta, especialmente a ingestão elevada de sal, elevam os níveis pressóricos e podem alterar a estrutura das artérias, resultando em aumento do risco de doenças do sistema cardíaco e vascular, inclusive em indivíduos com pressão arterial normal ou baixa. Globalmente, a pressão arterial elevada responde por 51% dos acidentes cerebrovasculares e 45% da doença cardíaca isquêmica. Em qualquer idade, o risco de morte relacionado à alta pressão sanguínea é mais do que o dobro nos países de renda baixa e média em comparação aos países ricos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Os hábitos alimentares estão comprovadamente associados ao surgimento de fatores de risco para algumas das doenças da atualidade, como obesidade, diabetes tipo 2, hipertensão arterial, ataques cardíacos e acidentes cerebrovasculares (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Estima-se que 80% dos casos de doença coronariana, 90% dos casos de diabetes e 30% dos casos de câncer em todo mundo poderiam ser evitados com uma alimentação adequada associada com outros comportamentos saudáveis do estilo de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003b).

Nesse contexto, estimativas sobre o consumo de determinados alimentos pela população tem papel fundamental para o conhecimento e acompanhamento nos processos de saúde e doença. Dados brasileiros, de um estudo realizado em 15 capitais das cinco regiões do País e no Distrito Federal, mostram que a prevalência do consumo de frutas, verduras e legumes pela população varia de 50,9% a 81,4%. O maior consumo desses alimentos foi observado entre as mulheres do que entre os homens, nos indivíduos mais velhos em comparação aos mais jovens, e significativamente maior entre aqueles com escolaridade elevada (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2004).

Ainda sobre o mesmo estudo, a maioria dos brasileiros relatou consumir carne vermelha e frango. O consumo relatado de carne vermelha é superior a 91% e o de frango ultrapassa 96% em todas as capitais. Em relação ao consumo de gordura na dieta, a proporção de indivíduos que relatou nunca, quase nunca ou às vezes retirar a gordura visível da carne vermelha variou de 30,8% a 49,3%. Em comparação às mulheres, os homens normalmente apresentaram um consumo dietético de gordura mais elevado. Quanto ao hábito de não retirar a pele do frango para o consumo, a variação foi de 12,2% a 46%, novamente sendo um comportamento mais prevalente entre os homens do que entre as mulheres na maioria das cidades estudadas (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2004).

2.1.4. Atividade Física

O nível adequado de atividade física é um componente importante na prevenção de doenças crônicas, juntamente com uma dieta saudável e não fumar. Em termos individuais, é uma medida poderosa de prevenção de doenças, enquanto para as nações, pode ser uma medida de ótimo custo-benefício para melhorar a

saúde da população. As evidências disponíveis mostram que as atividades físicas regulares proporcionam às pessoas de ambos os sexos, de todas as idades e condições (incluindo incapacidades) uma vasta gama de benefícios para a saúde física, mental e social (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003b).

Apesar disso, calcula-se que pelo menos 60% da população mundial não alcancem a recomendação mínima diária de atividades físicas. A estimativa global para a prevalência de inatividade física entre adultos é de 17% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003b). No Brasil, a prevalência de inatividade física avaliada em 15 capitais de todas as regiões situou-se entre 28,2% a 54,5%, sendo que nenhuma das cidades estudadas alcançou os níveis recomendados. Os dados mostraram ainda que na maioria das cidades a inatividade física foi mais prevalente entre as mulheres, nos indivíduos mais velhos e naqueles com maior nível de escolaridade (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2004).

Percentuais semelhantes de inatividade física podem ser observados em alguns subgrupos da população, como os 46,2% encontrados entre industriários (BARROS; NAHAS, 2001) e os 48,3% em funcionários de uma universidade (CONCEIÇÃO et al., 2006). Entretanto, em outros grupos de trabalhadores foram observados valores bem acima desses, sendo 67,4% em funcionários petroquímicos (MATOS et al., 2004) e 73% entre policiais militares (FERREIRA; BONFIM; AUGUSTO, 2008).

De maneira geral, os níveis de atividade física declinam com o aumento da idade, iniciando essa queda ainda durante a adolescência. A atividade física também tende a ser menor entre o sexo feminino quando comparado ao masculino (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003b). Deve-se considerar ainda que a estimativa da prevalência de atividade física pode ser influenciada devido a questões metodológicas, como por exemplo, pela falta de padronização e eficácia dos instrumentos de medida, e pelos diferentes critérios adotados para a classificação da inatividade física. Assim, a combinação de diferentes métodos pode ser uma alternativa viável para uma estimativa mais confiável e precisa dessa medida (REIS; LOPES; PETROSKI, 2000).

A atual recomendação de atividades físicas destinada a promover e manter a saúde orienta que os indivíduos adultos realizem pelo menos 30 minutos de

atividades físicas aeróbicas de intensidade moderada em cinco dias na semana, ou 20 minutos de atividades físicas aeróbicas de intensidade vigorosa em três dias por semana. Combinações dessas atividades podem ser realizadas para cumprir esta recomendação. Atividades físicas que mantêm ou incrementam a força também proporcionam benefícios à saúde, sendo recomendada a sua realização em ao menos duas vezes na semana (HASKELL et al., 2007). Além disso, os benefícios da atividade física para promoção da saúde podem ser evidenciados desde a infância, embora os montantes provavelmente sejam diferentes daqueles recomendados aos adultos e ainda não estejam totalmente esclarecidos (HALLAL et al., 2006).

A adoção de estilos de vida fisicamente ativos tem sido associada à redução do risco das principais doenças crônicas da atualidade, tais como as doenças cardíacas, diabetes tipo 2, síndrome metabólica e alguns tipos de câncer (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2009b; DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2008). Os benefícios obtidos através da realização do nível recomendado de atividades físicas não estão associados apenas com a saúde fisiológica. Estudos têm mostrado uma associação consistente entre prática de atividades físicas e melhoria da qualidade de vida. Os dados revelam que indivíduos ativos, de ambos os sexos e de diferentes idades, possuem uma melhor percepção dos aspectos físico e mental da qualidade de vida relacionada à saúde (BROWN et al., 2003; MARTIN et al., 2009; SHIBATA et al., 2007; WHITE; WÓJCICKI; McAULEY, 2009).

A prática regular de atividades físicas também pode trazer benefícios econômicos, especialmente em termos de redução dos custos em cuidados de saúde, aumento da produtividade e ambientes físicos e sociais mais saudáveis. Dados de países desenvolvidos indicam que os custos diretos associados à inatividade física são elevados e envolvem uma parcela generosa dos gastos totais em saúde (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2009b; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003b).

2.1.4.1 Atividade Física e Prevenção de Doenças

A falta de atividade física já é considerada um risco para a saúde mundial, sendo um problema extenso e em rápido crescimento. Reconhecida atualmente como um importante determinante de saúde, as elevadas prevalências de

inatividade física existentes resultam da mudança progressiva das sociedades em direção a modos de vida mais sedentários, tanto nos países em desenvolvimento como nos países desenvolvidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003b).

Em todo o mundo estima-se que a inatividade física cause 1,9 milhões de mortes anualmente, causando entre 10%-16% dos casos de câncer de mama, câncer de cólon e de diabetes, e 22% das doenças isquêmicas do coração, tanto em homens como em mulheres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003b). A evidência disponível apóia fortemente a associação inversa entre atividade física e mortalidade por todas as causas. Indivíduos fisicamente ativos, de ambos os sexos, apresentam um risco de morte aproximadamente 30% menor quando comparados com indivíduos inativos. Essa associação inversa tem sido observada em pessoas de diferentes países, idosos, pessoas de diferentes grupos étnicos, e até em pessoas com mobilidade comprometida (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2008).

Os dados mostram riscos significativamente menores à saúde mesmo com a realização regular de pequenas quantidades de atividade física. No entanto, maiores montantes de atividade física podem proporcionar maiores benefícios à saúde, melhorar a aptidão física, reduzir o risco de doenças crônicas, ou ainda evitar o ganho prejudicial de peso (HASKELL et. al, 2007).

A atividade física tem sido incluída como parte integrante dos regimes alimentares destinados a manutenção e controle do peso corporal. O gasto energético associado à atividade física é uma parte importante da equação do equilíbrio energético que determina o peso e a composição do corpo, e conseqüentemente auxilia na prevenção do ganho excessivo de peso e da obesidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003a). A literatura existente revela a relação inversa entre atividade física e o ganho de peso corporal. Embora a atividade física não pareça contribuir significativamente para a redução do peso propriamente dita, ela é fundamental para a manutenção da perda de peso obtida. Os dados disponíveis indicam consistentemente que cerca de 60-90 minutos por dia de atividades físicas aeróbicas são necessários para promover ou manter uma perda significativa de peso (HASKELL et al., 2007; HILL; WYATT, 2005).

O desenvolvimento do diabetes tipo 2 está fortemente associado tanto a obesidade como a inatividade física, sendo que esses dois fatores podem atuar de maneira independente ou conjunta para a ocorrência da doença (QIN et al., 2009; WING et al., 2001). Nesse sentido, uma ampla evidência indica que os hábitos sedentários são a principal causa do aumento da prevalência de diabetes em todo o mundo. A hipótese existente é de que um estilo de vida ativo e saudável pode prevenir a desregulação inicial na homeostase da glicose, e retardar substancialmente a progressão de um estado de comprometimento do controle glicêmico para o diabetes propriamente dito (LAMONTE; BLAIR; CHURCH, 2005).

A atividade física regular é especialmente reconhecida como uma importante estratégia de prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares. A evidência atual indica que efeitos positivos da atividade física à saúde ocorrem em um limiar baixo e requerem um gasto energético mínimo, de aproximadamente 1000 kcal/semana (HAENNEL; LEMIRE, 2002). Além da redução do risco de doença cardiovascular, indivíduos fisicamente ativos tem 30% a 50% menos risco de desenvolver diabetes tipo 2. Entre os principais mecanismos protetores da atividade física estão a regulação do peso corporal, redução da pressão arterial, melhora da sensibilidade à insulina e do controle glicêmico, diminuição dislipidemia aterogênica e inflamação e melhora da função endotelial e fibrinolítica (BASSUK; MANSON, 2005).

A atividade física pode reduzir o risco de determinados tipos de câncer, envolvendo mecanismos de efeito direto e indireto. Para o câncer de cólon, melhorando a passagem do alimento pelo intestino e para o câncer de mama, diminuindo a exposição do tecido mamário ao estrogênio. A atividade física também afeta o câncer de cólon, mama e de outros tipos, através do melhoramento do metabolismo energético e da redução das concentrações circulatórias de insulina relacionadas a fatores de crescimento (AMERICAN CÂNCER SOCIETY, 2004).

Estudos têm demonstrado que a atividade física também está associada à percepção de saúde e qualidade de vida. As pessoas que atendem os níveis recomendados de atividade física, assim como aquelas que possuem elevada aptidão cardiorrespiratória, apresentam uma melhor percepção de saúde e de qualidade de vida (BROWN et al., 2003; SLOAN et al., 2009). Essa associação se

mantém mesmo quando os indivíduos possuem alguma condição crônica não derivada do envelhecimento (BODDE; SEO; FREY, 2009).

Aliando-se aos demais efeitos benéficos da atividade física, tem se observado uma interação positiva entre atividades físicas e outras estratégias destinadas à promoção da saúde. Por exemplo, a prática regular de atividades físicas pode auxiliar a melhorar a dieta, restringir o uso do tabaco, do álcool e drogas, ajuda a reduzir a violência, aumenta a capacidade funcional e promove a interação e integração social (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003b).

2.1.5 Estresse

O estresse é uma resposta física normal a eventos que, de alguma forma, ameaçam ou perturbam o estado de equilíbrio do organismo. Quando se percebe uma ameaça, o sistema nervoso reage liberando hormônios de estresse que despertam o corpo para uma ação de emergência. Nessa situação, eleva-se a frequência cardíaca, músculos e vasos se contraem, a pressão sanguínea sobe e os sentidos tornam-se mais nítidos. Estas mudanças podem auxiliar o indivíduo a aumentar sua força e resistência física, sua velocidade, seus reflexos e melhorar o seu estado de alerta mental, preparando-o para a situação de desafio em questão (SMITH; GILL; SEGAL, 2009).

As situações ou eventos que provocam estresse são definidos como fatores estressores. Quando um desses fatores aumenta o nível de exigência ou impõe novos ajustes ao indivíduo cria-se uma situação de estresse que pode ser tanto positiva como negativa. A magnitude e o efeito do estresse dependem, em parte, da percepção do indivíduo sobre esse determinado evento. A capacidade de um indivíduo de tolerar um determinado nível de estresse depende de vários fatores, incluindo a sua percepção de mundo, seu estilo de vida, a qualidade de seus relacionamentos, sua inteligência emocional, além de outros fatores individuais e genéticos (SMITH; GILL; SEGAL, 2009).

Pequenas doses de estresse podem ser positivas nos ajudando a superar os desafios presentes em nossa vida. No entanto, níveis elevados de estresse afetam a saúde e bem-estar podendo interferir no trabalho e na vida social. O estresse repetitivo, contínuo e intenso pode enfraquecer a capacidade do organismo de agir contra os agentes estressores afetando seriamente a saúde (WILKINSON, 2001).

Por outro lado, o organismo não é capaz de distinguir entre as ameaças físicas e psicológicas. Quando estressores psicológicos são impostos a resposta do organismo pode ser tão forte como se estivesse enfrentando uma situação de vida ou morte. A exposição prolongada ao estresse (estresse crônico) pode levar a sérios problemas de saúde, afetando diversos sistemas do corpo (SMITH; GILL; SEGAL, 2009).

Existem inúmeros distúrbios emocionais e físicos que têm sido associados ao estresse, incluindo depressão, ansiedade, ataques cardíacos, derrames, hipertensão, supressão do sistema imunológico, doenças de pele, infecções virais, artrite, esclerose e até certos tipos de câncer. O estresse pode ainda contribuir para o agravamento da insônia e doenças degenerativas neurológicas, como a doença de Parkinson (AMERICAN INSTITUTE OF STRESS, 2010).

2.1.5.1 Causas de Estresse

As causas de estresse geralmente estão relacionadas às mudanças em diferentes aspectos da vida. Em geral, muitas mudanças ao mesmo tempo e ocorridas rapidamente podem ser uma importante causa de estresse. Além disso, o número de vezes e a combinação de diferentes situações estressantes assim como o grau de importância desses eventos em nossa vida, aumentam as chances de sofrermos uma resposta física ou emocional de estresse (WILKINSON, 2001).

O estresse pode ser causado por fatores externos, tais como grandes mudanças de vida, o trabalho, relacionamentos difíceis, problemas financeiros, excesso de compromissos ou a família. No entanto, o estresse também pode ser provocado por alguns fatores internos, por exemplo, pessimismo, perfeccionismo, elevada auto-crítica, expectativas não-realistas, incapacidade de aceitar incertezas, entre outros (SMITH; GILL; SEGAL, 2009).

O estresse é um fenômeno subjetivo, portanto, cada indivíduo percebe e responde ao estresse de uma maneira particular. Eventos que são perturbadores para algumas pessoas podem não ser para outras, assim como as reações e efeitos físicos ou emocionais devido ao estresse podem se manifestar diferentemente entre os indivíduos (AMERICAN INSTITUTE OF STRESS, 2010). Os primeiros sinais são geralmente de alterações emocionais ou de comportamento. As principais alterações emocionais são o aumento de tensão, irritabilidade e mudança de temperamento.

Nessa situação, pequenos eventos podem causar uma reação desproporcional, como um ataque de raiva ou de preocupação em grau extremo. Também podem ocorrer alterações de apetite, aumento de peso, aumento do consumo de bebidas alcoólicas ou de tabaco (WILKINSON, 2001).

As reações físicas ao estresse são o resultado da ação de hormônios liberados no organismo em resposta ao evento estressante. A quantidade e a natureza das sensações físicas podem diferir grandemente entre as pessoas. No entanto, as sensações mais comuns são o aumento da tensão muscular, aumento da frequência cardíaca e respiração, da transpiração, as pupilas dilatadas, fraqueza muscular/tremedeira, sensação de enjôo ou indigestão, dor de cabeça, dificuldade de dormir, ansiedade, boca ou garganta seca, cansaço e fraqueza, entre outras (WILKINSON, 2001).

Holmes e Rahe (1967) desenvolveram uma Escala de Avaliação de Reajustamento Social (*Social Readjustment Rating Scale*), na qual são identificados uma ampla variedade de eventos estressores comuns da vida. Conforme esses autores, os eventos causadores de estresse mais importantes da vida são a morte do cônjuge, divórcio, separação conjugal, prisão, morte de um familiar próximo, doença grave, casamento, demissão do trabalho, reconciliação conjugal e aposentadoria.

2.1.5.2 Estresse e Doenças

Atualmente é cada vez mais comum as pessoas depararem-se com eventos estressantes no seu dia-a-dia. Algumas reagem ao estresse adotando comportamentos que talvez amenizem os efeitos do estresse, mas que por outro lado podem causar ou influenciar o risco de outros problemas de saúde. Por exemplo, adotando hábitos alimentares prejudiciais, ingerindo alimentos pouco saudáveis, ou aumentando o consumo de bebidas alcoólicas, o uso de tabaco, ou ainda de outras drogas ilícitas (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2007).

Os eventos de estresse estão associados à origem ou agravamento de inúmeras doenças, tanto de caráter psicológico como físico. As doenças mentais incluem principalmente os transtornos depressivos, ansiedade, insônia e exaustão emocional. Enquanto as doenças de caráter físico associadas envolvem os ataques cardíacos, derrames, hipertensão, distúrbios do sistema imunológico, problemas de

pele e doenças degenerativas neurológicas, como Parkinson (AMERICAN INSTITUTE OF STRESS, 2010).

Alguns efeitos causados pelo estresse ocorrem diretamente no sistema cardiocirculatório (contração dos vasos sanguíneos, aumento da frequência cardíaca e da pressão sanguínea) para conduzir mais sangue das extremidades ao centro do corpo. Essas alterações são temporárias e retornam ao normal logo que o evento estressante termina. Embora a relação entre estresse e hipertensão arterial seja complexa e ainda obscura, tanto pelas dificuldades de conceituação e medição do estresse como por fatores associados à ocorrência de hipertensão, as pessoas que estão sobre estresse crônico podem ser mais propensas a ter pressão arterial elevada, particularmente por apresentarem mudanças de comportamento que estão relacionados ao maior risco de hipertensão arterial, como dieta rica em gorduras e sal, sedentarismo, consumo excessivo de álcool, entre outros (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2010a).

O controle do estresse é essencial para contribuir com o estado de saúde geral. Porém os dados disponíveis não suportam uma recomendação específica de controle do estresse como terapia para doenças cardiovasculares. Embora evidências apontem uma relação entre doenças cardiovasculares e aspectos ambientais e psicossociais, o estresse não é considerado um fator de risco independente para essas doenças. No entanto, situações de estresse agudo ou crônico parecem influenciar outros fatores e comportamentos de risco para doenças cardiovasculares, tais como pressão arterial elevada, níveis de colesterol, tabagismo e inatividade física (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2010b).

Muitos eventos externos da vida podem ser perturbadores ou estressantes aumentando o risco de adoecimento. No entanto, tão importante quanto a intensidade estressante de um determinado evento é a maneira como reagimos emocionalmente e psicologicamente diante dele. Algumas boas formas de lidar com situações de estresse incluem reservar alguns minutos por dia para meditar, refletir ou pensar calmamente na vida, tentar aceitar ou conviver com um fator que não se pode mudar, participar de atividades físicas e recreativas regularmente, limitar a ingestão de bebidas alcoólicas, manter uma dieta saudável e não fumar (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2007).

2.1.5.3 Estresse e o Trabalho

O estresse relacionado ao trabalho (ERT) é a resposta que as pessoas podem ter quando se deparam com demandas e pressões do trabalho que excedem as suas capacidades e/ou conhecimentos para lidar com elas. O estresse pode ocorrer em uma ampla gama de circunstâncias no trabalho, sendo freqüentemente agravado quando os trabalhadores sentem-se com pouco suporte e com baixo controle sobre suas atividades (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003c).

O estresse não é uma doença. No entanto, quando se verifica de forma intensa e permanente ao longo do tempo pode causar problemas de saúde mental e física. Um determinado nível de tensão pode melhorar o desempenho e proporcionar satisfação quando se procura atingir objetivos que constituem um desafio profissional, porém quando as exigências e as tensões são excessivas conduzem ao estresse negativo sendo algo prejudicial tanto para os trabalhadores como para as organizações (EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH OF WORK, 2002).

Há alguns anos o ERT tem sido apontado como um dos principais problemas de saúde nos EUA, sendo responsável por elevados custos para a economia americana. Os maiores efeitos do ERT são devido ao elevado absenteísmo, à diminuição da produtividade, ao maior custo das taxas de seguro-saúde, assim como pelo aumento direto nos gastos em saúde (ROSCH, 1984). Na União Européia o ERT é um dos principais problemas de saúde relacionado com o trabalho afetando 28% dos trabalhadores. O ERT pode ser causado por diversos fatores, tais como a concepção, organização e gestão do trabalho, pelo elevado nível de exigência paralelo a um limitado controle dos trabalhadores sobre as atividades, por riscos de ordem física como ruído e temperatura, e ainda por problemas como assédio moral e a violência no trabalho (EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH OF WORK, 2002).

Quadros de estresse, crônico ou intenso, influenciam diretamente no desempenho e na satisfação profissional, podendo também levar ao surgimento de problemas de saúde física e emocional. É possível identificar alguns sinais e sintomas de ERT, porém quando esses sinais não são devidamente atendidos problemas maiores podem surgir. Entre os principais sinais e sintomas de ERT

destacam-se os sentimentos de ansiedade, irritabilidade e depressão, apatia e perda de interesse no trabalho, dificuldade de concentração, fadiga, insônia, tensões musculares, problemas estomacais, afastamento de atividades sociais, e aumento no uso de bebidas alcoólicas ou medicações (SEGAL et al., 2008). Contudo, a origem de quadros de ERT pode não ser devido às reais demandas de trabalho e às reais capacidades do indivíduo, mas sim entre a sua percepção sobre as demandas impostas e suas capacidades para lidar com as mesmas. Essa relação pode ainda ser atenuada por outros fatores tais como suporte social adequado, tanto no trabalho como na vida em geral (COX; GONZALEZ, 2002).

O ERT pode ser efetivamente gerenciado através de abordagens de gerenciamento de riscos, como é eficientemente feito com outros importantes problemas de saúde e segurança relacionados ao trabalho (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003c). As ações tomadas com vistas à prevenção, controle ou diminuição do ERT costumam ser muito rentáveis em termos de redução de custos para as organizações. Tais medidas incluem a adequada avaliação dos riscos que podem causar danos à saúde do trabalhador, tanto de ordem psicológica como física, sendo que a participação dos trabalhadores, gestores e empregadores é de crucial importância para se alcançar êxito nesse processo (EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH OF WORK, 2002).

Há uma série de formas pelas quais as organizações podem reduzir o risco de ERT, tendo em conta que elas mesmas são geradores de diferentes tipos de riscos. Tais formas incluem melhoria da estrutura do trabalho e do ambiente, desenvolvimento organizacional e de gestão, treinamento e educação do trabalhador e desenvolver sistemas de gerenciamento mais sensíveis e dispor de serviços eficientes de saúde ocupacional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003c).

2.2 Condições de Saúde e Trabalho Docente

2.2.1 Condições de Saúde dos Professores

As condições de saúde dos professores têm sido estreitamente relacionadas com as condições de trabalho da categoria. Embora os estudos sobre a saúde dos trabalhadores do campo da educação sejam relativamente recentes e escassos, existe uma razoável literatura demonstrando a existência de processos no trabalho

que podem beneficiar ou afetar a saúde dos trabalhadores e a influência das condições de trabalho e saúde sobre o rendimento profissional (CAMPOS, 2005).

Atualmente, o trabalho docente tem se revelado como uma atividade intensa e desgastante, com reflexos negativos sobre a saúde e qualidade de vida dos professores (FERNANDES; ROCHA, 2009; SANTAVIRTA et al., 2007). Muitos dos estudos têm classificado o trabalho docente em função da relação entre o nível de exigência das tarefas e o controle exercido pelo próprio indivíduo sobre as atividades. Os resultados demonstram que a maioria dos professores com complicações de saúde tem o seu trabalho caracterizado como ativo e de alta exigência (FERNANDES; ROCHA, 2009; PORTO et al., 2006).

Os efeitos negativos que o trabalho exerce sobre a saúde do professor podem ser ilustrados reconhecendo as elevadas taxas de absenteísmo e de reforma antecipada por problemas de saúde observados na categoria. Estudos na Europa mostram uma importante proporção de professores que se aposentam antecipadamente por estarem inaptos para o trabalho. As principais causas identificadas são as doenças mentais, sintomas osteomusculares, doenças cardiovasculares e circulatórias, e câncer (BROWN; GILMOUR; MACDONALD, 2006; MAGUIRE; O'CONNELL, 2007; WEBER; LEDERER, 2006).

Em alguns países da América Latina, incluindo o Brasil, apesar de não se dispor de informações sobre aposentadoria antecipada dos professores devido a problemas de saúde, os dados mostram um elevado número de licenças médicas e afastamentos do trabalho entre os docentes. Os principais motivos das ausências relacionam-se ao cansaço emocional e a presença de distúrbios psíquicos. Além disso, a maior parcela de licenças médicas se concentra entre os professores expostos a um maior grau de exigência ergonômica (GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2005; GARRIDO, 2005).

A carga de trabalho existente na atividade docente é a uma das principais causas para o desgaste físico e mental dos professores. Alguns importantes fatores incluem a grande quantidade de horas destinadas ao trabalho, o pouco tempo para o descanso no espaço laboral, a dupla jornada de tarefas em casa e no trabalho, a redução do tempo livre para o lazer e contato com a família e as condições inadequadas de infra-estrutura. Recentemente, a violência no ambiente escolar

também tem se tornado um fator de desgaste presente no âmbito do trabalho docente (GARRIDO, 2005; KOHEN, 2005).

A insatisfação com o trabalho é outro aspecto freqüentemente relacionado com o adoecimento dos professores (GARRIDO, 2005; NAGAI et al., 2007). O elevado grau de insatisfação observado deve-se, entre outros fatores, a não-valorização e ao não-reconhecimento social do trabalho docente, expressos genericamente pela instabilidade no emprego, pelo desrespeito de alunos, pais e até da comunidade, e pelas condições salariais insatisfatórias (CRUZ; LEMOS, 2005; FREITAS; CRUZ, 2008; GARRIDO, 2005; KOHEN, 2005). A motivação e auto-estima dos professores, fatores primordiais para a qualidade do trabalho, também são extremamente afetadas pelo pouco valor que a sociedade outorga ao trabalho docente (GAZÓN, 2005). Assim, com o passar dos anos o trabalho docente revela-se como uma prática profissional marcada por sentimentos negativos que acumulam desgastes físicos e emocionais, resultando em sentimentos depressivos e em fadiga crônica que tendem a comprometer tanto o trabalho como a qualidade de vida desses indivíduos (SANTINI; MOLINA-NETO, 2007).

2.2.2 Principais Doenças e Agravos de Saúde entre Professores

Diversas doenças observadas entre os professores podem estar relacionadas com o desenvolvimento de suas atividades profissionais. No entanto, o trabalho do professor não deve ser considerado um fator causal para o adoecimento, mas sim um fator contribuinte ou agravante para o aparecimento de doenças ou distúrbios pré-existentes (PORTO et al., 2004). Conforme Garrido (2005) pode-se identificar três grandes categorias de problemas de saúde, sendo aqueles relacionados às exigências ergonômicas do trabalho e/ou doenças ocupacionais; os transtornos de saúde mental; e os problemas de saúde geral, em que adquirem importante relevância as doenças crônicas.

As complicações de saúde mais relacionadas com as exigências ergonômicas do trabalho docente dizem respeito aos distúrbios vocais e os sintomas osteomusculares e posturais. A relação entre carga ergonômica e o desconforto devido à exigência vocal e/ou postural é positiva e direta. Assim, quanto maior é o grau de exigência maior o percentual de pessoas em sofrimento (GARRIDO, 2005).

A voz é uma ferramenta básica de trabalho para o professor, tendo no seu desgaste um fator limitante para o exercício de suas atividades profissionais. A frequência de distúrbios vocais ao longo da vida entre professores é significativamente mais elevada do que na população em geral (ROY et al., 2004). Os professores chegam a apresentar um risco de 2-3 vezes maior de distúrbios vocais em comparação a indivíduos não-professores e o número médio de sintomas vocais observado nesse grupo também é mais elevado (KOWALSKA et al., 2006). A presença de distúrbios da voz afeta negativamente o modo de vida dos professores, especialmente na sua prática profissional. No entanto, os professores não se percebem em um grupo de risco, tendo em conta que a maioria não procura atendimento médico especializado (HAMDAN et al., 2007).

Em um contexto específico, como o brasileiro, podem-se identificar diversos fatores que contribuem para uma pior qualidade vocal do professor. O total de aulas lecionadas, salas inadequadas, trabalho repetitivo, ruído em sala de aula e relacionamento ruim com os alunos são alguns desses fatores de riscos. Embora se observem aspectos negativos relacionados à saúde vocal dos professores, a maioria apresenta dificuldades na percepção do processo saúde-doença (JARDIM; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2007; SILVANY NETO et al., 2000; PENTEADO; PEREIRA, 2007).

A presença de sintomas osteomusculares entre os docentes é uma complicação de saúde altamente prevalente. Em alguns estudos a presença desses sintomas ocorreu em mais de 90% da amostra e esteve relacionada ao sexo feminino, inatividade física, tempo de docência menor de 15 anos e ausência de filhos (CARVALHO; ALEXANDRE, 2006; FERNANDES; ROCHA; OLIVEIRA, 2009). Muitas dessas complicações estão relacionadas às lesões por esforços repetitivos ou distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (PORTO et al., 2004). Sandmark (2000) observou que a presença de distúrbios osteomusculares, especialmente de joelho e quadril, foi superior entre indivíduos professores do que em seus referentes da população geral.

Por outro lado, muitas complicações de saúde observadas na categoria docente dizem respeito aos problemas de saúde mental, tais como estresse, síndrome de burnout, ansiedade, depressão, insônia, entre outros (GARRIDO,

2005). Nas últimas décadas, houve um crescimento significativo no número de casos de transtornos mentais na categoria docente, especialmente de casos de estresse e da síndrome de burnout (síndrome da desistência), associados ou não a outras patologias (CRUZ; LEMOS, 2005).

As prevalências de auto-relato de estresse atingem em torno de 40% dos professores e afetam significativamente mais as mulheres do que os homens. Fatores como o maior tempo de docência, grandes jornadas de trabalho, elevado esforço no trabalho e o desequilíbrio entre aspectos do trabalho e da vida pessoal estão entre os principais fatores estressantes (GOMES et al., 2006; PARK; JEON; PARK, 2007; PHILLIPS; SEM, McNAMEE, 2007). Além disso, o estresse relacionado ao trabalho tem sido apontado pelos professores como um dos principais fatores para a incapacidade ocupacional (EMSLEY; EMSLEY; SEEDAT, 2009).

Existem ainda outros fatores, tais como a insatisfação no trabalho e o reduzido tempo de lazer, que estão associados com outros distúrbios psíquicos e pior saúde mental dos professores, particularmente entre as mulheres (MORENO-ABRIL et al., 2007; NAGAI et al., 2007). Estudos realizados regionalmente evidenciaram prevalências de queixas e diagnósticos de problemas mentais nos professores brasileiros entre 40%-50%. Estes dados estiveram intimamente relacionadas com aspectos do trabalho docente, tais como, o tipo e forma de organização do trabalho, a alta demanda e baixo controle das atividades, a experiência com a violência, além de aspectos de infra-estrutura (DELCOR et al., 2004; GASPARINI; BARRETO; ASSUNÇÃO, 2006; PORTO et al., 2006).

Entre as complicações de saúde geral observadas na categoria docente as doenças crônicas associadas ao estilo de vida começam a adquirir importância, particularmente nos países da América Latina. Tradicionalmente esses fatores fazem parte dos costumes e hábitos da população e não teriam grandes implicações com o trabalho. Entretanto, existem evidências de que em profissões onde a demanda de trabalho é elevada, o controle sobre as atividades é limitado e existe um escasso suporte social – características observadas na profissão docente – os principais riscos à saúde são relacionados às doenças crônicas, como as doenças cardíacas e hipertensão arterial (GARRIDO, 2005).

Em um estudo com professores universitários, a maioria (58,9%) apresentou presença de pelo menos dois comportamentos de risco do estilo de vida, sendo a baixa ingestão de frutas e verduras o comportamento mais prevalente em 85,1% dos homens e 79,6% das mulheres (REIS, 2005). De fato, várias evidências mostram que o comportamento de risco à saúde mais prevalente observado entre os professores diz respeito aos hábitos alimentares inadequados (MADUREIRA; FONSECA; MAIA, 2003; SILVA, 2006; LEMOS; NASCIMENTO; BORGATTO, 2007; BOTH; NASCIMENTO; BORGATTO, 2007).

Quanto ao tabagismo, embora o hábito de fumar pareça ser comum na categoria docente, alguns estudos demonstram baixas prevalências variando de 5% a 18% e concentram-se, particularmente, entre os homens. Além disso, tem se evidenciado uma tendência de diminuição do consumo de tabaco entre os professores (ALNASIR, 2004; REYNOLDS et al., 2004; LAUNAY et al., 2010). Em contrapartida, Maziak et al. (2000) e Unsal et al. (2008) observaram a prevalência de tabagismo em mais da metade das amostras de seus estudos, o que foi avaliado como sendo muito negativo pelos pesquisadores, tanto pelos aspectos prejudiciais que o uso do tabaco pode proporcionar à saúde dos professores como pelo fato dos jovens, muitas vezes, adotarem hábitos e comportamentos de seus professores como uma referência.

Por outro lado, o consumo de bebidas alcoólicas é um comportamento bastante presente entre os docentes. Alguns dados mostram prevalências elevadas (65% a 75%) de consumo de álcool, sendo maior entre os homens, no entanto, parece existir uma tendência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas entre as mulheres (CHANG et al., 2007; REIS, 2005). Contrariamente, outros estudos observaram reduzidas taxas de consumo de álcool entre os docentes, sendo que a maioria dos indivíduos ingeria menos de uma dose de álcool por semana (SANTOS, 2006; SILVA, 2006).

A prática regular de atividades físicas, importante medida de promoção da saúde, parece difícil de ser implementada no contexto de vida dos professores devido a diversos fatores como pelo excesso de horas de trabalho e pela falta de tempo para o lazer (GARRIDO, 2005). Em estudos de acompanhamento realizados nos EUA, entre 21% e 29% das professoras avaliadas realizavam não mais do que

30 minutos de atividade física por semana ao longo da vida. Nestes trabalhos as professoras mais ativas fisicamente eram na maioria brancas, jovens, não-fumantes e com dieta rica em fibras, demonstrando a relação entre os hábitos de atividades físicas com outros comportamentos positivos de saúde (DALLAL et al., 2007; MAI et al., 2007).

Os dados sobre prevalência de atividade física entre professores brasileiros são preocupantes e revelam que entre 48% e 70% podem ser classificados como inativos. A inatividade física esteve associada à percepção elevada de estresse, a pior percepção das condições de saúde e das condições de trabalho entre os docentes (REIS, 2005; SANTOS, 2006). No entanto, parece não haver diferenças significativas entre os gêneros quanto à prática de atividades físicas, tornando-se difícil o estabelecimento de um padrão a esse respeito (PETROSKI, 2005; SANTOS, 2006).

2.2.3 Características do Trabalho Docente no Brasil

Na Educação Básica, a categoria docente compreende aproximadamente dois milhões de trabalhadores, constituindo-se numa das mais numerosas categorias profissionais do país. Nesse nível de ensino, o perfil do professor brasileiro é do sexo feminino (81,6%), de raça/cor não-declarada (51%) ou branca (32%), com média de idade de 38 anos, de escolaridade superior (68,4%), que trabalha em apenas uma escola (80,9%), localizada na zona urbana (82,5%), e é responsável por turmas de 35 alunos em média (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS, 2009). O poder público é responsável por 83% dos empregos no magistério no país, e destes, 77% estão na educação básica. O número de professores e o volume de recursos que mobilizam por parte do Estado mostram, em parte, sua importante influência na economia da nação (GATTI; BARRETO, 2009).

Sua importância, no entanto, transcende o aspecto quantitativo e econômico. Envolvidos diretamente nos processos de formação das novas gerações, os professores exercem uma função de grande valor para a sociedade. Apesar disso, o status social da profissão docente parece estar longe de refletir a essencialidade do seu papel para a sociedade (MOTTER, 2007). A importância dos professores para um país é também cultural e política, pois são eles que se encarregam dos

processos de socialização e formação cada vez mais prolongados por intermédio da escolaridade. Não obstante, a carreira e os salários dos docentes da educação básica não são mais atraentes nem recompensadores e alguns aspectos da sua formação não atendem as necessidades e exigências feitas às escolas (GATTI; BARRETO, 2009).

Nos últimos anos, foi possível observar uma intensificação da precariedade das condições de trabalho e de remuneração do professores no país. Essas duas questões constituem, atualmente, as principais reivindicações relacionadas aos direitos trabalhistas da categoria docente brasileira (OLIVEIRA, 2004). O salário recebido pelo professor em relação ao tempo e esforço dedicado às funções é provavelmente o aspecto profissional mais precário. Em todo mundo, a categoria docente brasileira está entre as que recebem os piores salários, tendo uma remuneração inferior inclusive quando comparada aos docentes de países em pior situação social e econômica (SAMPAIO; MARIN, 2004).

No geral, o salário inicial do professor tem sido baixo quando comparado a outras profissões que exigem formação superior. Tal aspecto pesa sobre as características de procura desse trabalho, assim como sobre o ingresso e permanência na profissão. A condição de remuneração de professores no Brasil também é muito desigual, tanto nos diferentes níveis de ensino, como conforme a região e a dependência administrativa (GATTI; BARRETO, 2009). Em levantamento realizado em 1997, o salário médio dos docentes da educação básica era de R\$529,92 apresentando diferenças relacionadas ao nível de ensino e esfera educacional em que o professor atuava. Os piores salários pagos eram para os professores da educação infantil e das escolas municipais, enquanto os melhores salários pertenciam aos professores do ensino médio e das escolas particulares (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS, 2002).

Conforme dados mais atuais, a média salarial dos docentes da educação básica é de R\$927,00. No entanto, a mediana, ou seja, o ponto que metade dos professores recebe abaixo desse valor é R\$720,00 e apenas poucos professores recebem mais de R\$2000,00, sendo que no nordeste 60% ganham menos do que R\$530,00. Os professores dos níveis mais baixos de ensino continuam recebendo em média os menores salários. Quanto ao setor em que trabalham, os professores

públicos recebem maiores salários que os do setor privado na educação infantil e no ensino fundamental, enquanto no ensino médio os rendimentos são equivalentes com tendência melhor para os professores públicos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006).

Os salários recebidos pelos professores não são compensadores, especialmente em relação às tarefas que lhes são atribuídas. Comparados a outras categorias que também exigem formação superior e que apresentam perfil profissional semelhante, tais como arquitetos, biólogos, dentistas, farmacêuticos, enfermeiros, advogados e jornalistas, verifica-se que os professores têm rendimento médio muito menor, mesmo considerando jornadas (em horas) de trabalho iguais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2006). Embora exista o discurso de que o aumento do salário não garante melhor qualidade na educação, vale ressaltar que carreiras pouco atraentes não despertam o interesse entre as novas gerações e nem para aqueles que se consideram com melhores chances em outras áreas profissionais. Além disso, em relação aos planos de carreira, observa-se que a maioria adota como fator de progressão apenas o tempo de serviço ou mudança de função. E também, os planos de carreira de professores geralmente não oferecem estímulo à permanência na docência (GATTI; BARRETO, 2009).

Outro importante aspecto em relação à docência refere-se às condições de trabalho que o professor brasileiro enfrenta na sua prática diária. Estudos têm mostrado a influência de tais condições sobre o desempenho profissional dos professores, bem como sobre sua saúde e qualidade de vida. Embora as pesquisas existentes sobre condições de trabalho docente não permitam o detalhamento do tema, os dados disponíveis mostram que a maioria dos professores tem carga horária semanal superior a 20 horas o que sugere que esses indivíduos têm como atividade principal o exercício do magistério, especialmente nas séries finais do ensino fundamental e no ensino médio onde se concentram os professores com ensino superior. A jornada de trabalho aumenta de acordo com as séries mais avançadas, chegando a 40 horas semanais em algumas disciplinas no ensino médio. Tal fato se dá, provavelmente, pela falta de professores nessas áreas específicas fazendo com que eles atuem em mais de um turno ou escola, e

principalmente, pela necessidade de aumentar os rendimentos (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS, 2003).

A excessiva carga horária de trabalho do professor tem sido apontada como um dos fatores da precarização do trabalho docente e uma das principais causas de adoecimento entre os professores. As atividades profissionais do professor abacam por exceder o ambiente laboral e invadem o espaço doméstico, afetam o tempo livre e de lazer do professor, o contato com a família e com amigos. Infelizmente, essa situação ainda assume-se como um aspecto natural da profissão, não sendo questionado pelos docentes (GARRIDO, 2005).

A quantidade de alunos por turma também é um fator que está diretamente relacionada às condições de trabalho do professor, assim como com os resultados de aprendizagem dos alunos. O número médio de alunos por turma pode ser considerado elevado em todos os níveis de ensino, variando de 18 alunos por turma na creche até 37 alunos no ensino médio. As regiões Norte e Nordeste possuem as maiores médias de alunos por turmas. Em relação às redes de ensino, as maiores médias de alunos por turmas estão na rede pública em todos os níveis de ensino, o que torna mais difícil a condição de trabalho do professor quando atua na escola pública (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS, 2003).

O excesso de alunos por turma tem sido uma queixa freqüentemente citada pelos professores brasileiros. Em muitos locais, existem casos de formação de turmas excessivamente numerosas, contando com a evasão dos alunos para atingir uma composição numérica mais equilibrada (SAMPAIO; MARIN, 2004). Embora este seja um aspecto complexo e de delicada discussão, acredita-se que as classes menos numerosas permitam melhores resultados por parte dos alunos, sobretudo na educação pré-primária e primária. Entretanto, aspectos como organização do currículo, procedimentos de ensino, atendimento aos alunos, entre outros, devem ser considerados ao avaliar os dados sobre o número de alunos por turma (SINISCALCO, 2003).

Quanto às condições de infra-estrutura e recursos disponíveis na escola, observa-se uma variação de acordo com a rede de ensino e a localização regional. Enquanto 80% das escolas privadas possuem biblioteca, na rede pública esse índice

é de apenas 55%. A existência de laboratório de informática e acesso à internet ocorre em 64% das escolas privadas, mas somente em 26% das escolas públicas, assim como os laboratórios de ciências que existem em 46% das escolas da rede privada e em apenas 20% das escolas da rede pública. Além desses, existem outros indicadores que mostram a maior dificuldade enfrentada pelos professores da rede pública em comparação aos da rede privada para o desenvolvimento do seu trabalho. No entanto, as escolas privadas também deixam a desejar em muitos aspectos, pois a simples existência de um bem não assegura sua utilização, além do que tendo em conta as altas mensalidades cobradas, as escolas privadas deveriam dispor uma infra-estrutura e recursos muito mais diversificados (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS, 2003).

Diferenças também são observadas entre as diversas regiões do país. Na Região Sul, 78% das escolas públicas possuem biblioteca, 34% tem laboratório de informática e 38% laboratório de ciências, enquanto que na Região Nordeste esses índices são, respectivamente, 34%, 12% e 6%. Esses dados evidenciam a maior dificuldade que o professor da Região Nordeste terá para oferecer um ensino de qualidade aos seus alunos, comparado ao professor que trabalha na Região Sul, mesmo supondo um nível de qualificação equivalente (INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS, 2003).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Modelo do Estudo

Considerando as características e os objetivos estipulados, o presente trabalho define-se como um estudo epidemiológico transversal.

3.2 População e Amostra

A população deste estudo será constituída pelos professores da Rede Municipal de Ensino de Bagé/RS que estiverem desempenhando suas atividades profissionais no ano de 2010. Conforme dados da Secretária Municipal de Educação (SMED), existem atualmente cerca de 1238 professores atuando na rede municipal de ensino distribuídos em 59 escolas (54 urbanas e 5 rurais), as quais contemplam a educação infantil, o ensino fundamental e a educação de jovens e adultos (EJA).

Não haverá cálculo de tamanho de amostra, pois o estudo envolverá todos os professores da rede de ensino constituindo-se em um censo. Tal fato foi definido tendo em vista abranger o maior número possível de profissionais e, também, devido a elevada taxa de perdas e recusas observada em estudos semelhantes (BOTH; NASCIMENTO; BORGATTO, 2007; SANTOS, 2006).

3.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Serão utilizados os seguintes itens como critérios de inclusão dos indivíduos no estudo:

- Ser professor da Rede Municipal de Ensino de Bagé (SMED);
- Desempenhar suas atividades profissionais em alguma unidade escolar do município, independentemente da função (professor de sala de aula, direção, setor administração, setor pedagógico, biblioteca, laboratório de informática, entre outros).

Como critérios de exclusão de participação dos indivíduos no estudo serão utilizados os seguintes itens:

- Ser professor estagiário (ainda em formação);
- Estar cedido para outras secretarias municipais ou para instituições do município ou fora dele;
- Estar afastado de suas atividades profissionais, isto é, que não esteja trabalhando por quaisquer motivos, por exemplo: licença médica, licença

maternidade, licença prêmio, licença para qualificação, licença interesse, entre outros.

3.4 Instrumento

O instrumento (APÊNDICE C) de coleta de dados utilizado neste estudo será um questionário padronizado e auto-administrável, desenvolvido especialmente para responder aos objetivos dessa pesquisa. O questionário foi construído baseando-se nas características da população estudada e na literatura existente sobre o tema. Assim, além de itens específicos ao trabalho, o questionário baseou-se em outros instrumentos existentes, já validados e empregados em diversos outros estudos. Na elaboração do questionário foram utilizadas partes dos seguintes instrumentos:

- Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2010);
- Perfil do Estilo de Vida (NAHAS, 2006);
- Questionário de Hábitos Alimentares (CELAFISCS, 2008);
- Questionário Internacional de Atividades Físicas (IPAQ) – versão curta;
- Escala de Estresse Percebido (COHEN; KAMARCK; MERMELSTEIN, 1983).

O instrumento elaborado é dividido em três seções principais, as quais pretendem obter as seguintes informações:

1ª. Características Sócio-Demográficas – envolve informações referentes à caracterização sócio-demográfica da amostra. As informações são todas relatadas pelos indivíduos, sendo que o nível sócio-econômico será avaliado através de um instrumento da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) que classifica a população em classes econômicas (A1, A2, B1, B2, C1, C2, D, E) de acordo com uma estimativa do poder de compra dos indivíduos.

2ª. Características de Trabalho – abrange as informações relacionadas à atividade profissional dos indivíduos. As características de trabalho investigadas são de caráter geral e permitirão o conhecimento do perfil ocupacional da população em estudo. Tais informações serão utilizadas para o estabelecimento de possíveis associações com aspectos de saúde e estilo de vida.

3ª. Características de Saúde e Estilo de Vida – inclui informações sobre a saúde e os indicadores do estilo de vida dos professores, dividindo-se em cinco subseções sendo: percepção das condições de saúde; hábitos alimentares; atividades físicas; atitudes e comportamentos; e percepção de estresse. Cada uma

das subseções contém questões específicas ao seu tema de modo a permitir a caracterização do estilo de vida.

A percepção de saúde será avaliada por meio da percepção de saúde geral e pela percepção de efeito negativo do trabalho sobre a saúde física ou mental. A questão sobre a percepção de saúde geral será semelhante à empregada em estudos internacionais (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2009a), constando em uma escala de cinco categorias, considerando a percepção negativa (ruim, regular) e percepção positiva (boa, muito boa, excelente). Enquanto a percepção de efeito negativo do trabalho sobre a saúde será definida como uma resposta afirmativa neste item, tanto para saúde física como mental.

Os hábitos alimentares serão avaliados pelos seguintes itens: o número de refeições, o consumo de frutas/verduras, ingestão de açúcares e doces, consumo de carnes, ovos e grãos, consumo de óleos e gorduras e ingestão de sal. O número de refeições inferior a três por dia será adotado como critério de classificação negativo, tendo em conta a orientação de um hábito alimentar baseado em seis refeições (PHILIPPI et al., 1999). Os critérios para a avaliação dos demais itens que compõem a análise dos hábitos alimentares serão baseados em recomendações populacionais de dieta e nutrição para a prevenção de doenças crônicas (BRASIL, 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003a) e na pirâmide alimentar adaptada para a população brasileira (PHILIPPI et al., 1999) que estabelecem como adequada a ingestão dos alimentos questionados nas seguintes quantidades por dia: frutas e/ou verduras, de 3-5 porções; doces, de 1-2 porções; carnes, ovos ou grãos, de 1-2 porções; e óleos e gorduras, de 1-2 porções.

A ingestão diária de sal deve ser limitada em cerca de 5g (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003), desse modo o hábito regular de adicionar sal ou temperos ou condimentos ricos em sal na comida provavelmente ultrapassará essa quantia, sendo então considerado um hábito alimentar prejudicial à saúde. As medidas de estatura (em metros) e peso (em quilogramas) relatadas pelos indivíduos serão utilizadas para obter o índice de massa corporal (IMC) em kg/m^2 , que será calculado conforme preconiza a Organização Mundial da Saúde (2003a).

A atividade física será mensurada com a versão curta do Questionário Internacional de Atividades Físicas (IPAQ) considerando as atividades físicas

moderadas e vigorosas realizadas nos últimos sete dias. Baseando-se na atual recomendação internacional de atividade física (HASKELL et al., 2007), a estratégia de computação utilizada para a atividade física classificará os indivíduos em: ativo, aquele que realiza 150 minutos ou mais de atividades físicas por semana; ou inativo, aquele que realiza menos de 150 minutos de atividades físicas por semana. O escore de atividade física será obtido multiplicando o total de dias de atividade física semanal pelo tempo de duração estimado das atividades, sendo que o tempo das atividades físicas vigorosas será contado em dobro. Tal estratégia assemelha-se aquela empregada em outros estudos (HALLAL et al., 2003; REIS, 2005).

As atitudes e comportamentos serão avaliados através dos seguintes itens: o consumo de álcool, o tabagismo, a frequência de consultas médicas no último ano, o conhecimento dos níveis de pressão arterial e colesterol, o comportamento adotado no trânsito, além de itens referentes aos relacionamentos dos indivíduos, sendo o cultivo de amizades, satisfação com os relacionamentos da vida profissional e privada, e quanto à participação do indivíduo em eventos sociais.

O consumo baixo a moderado de bebidas alcoólicas de até duas doses por dia pode ser considerado benéfico à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003a), desse modo, um consumo de álcool superior a duas doses/dia será classificado como elevado (negativo), assim como um consumo superior a cinco doses em uma única ocasião, tal como em outros estudos (BARROS; NAHAS, 2001; REIS, 2005).

O tabagismo será analisado categoricamente, considerando fumantes os indivíduos que declararem ter o hábito de fumar (diariamente ou às vezes), ex-fumantes aqueles que declararem ter parado de fumar há mais de um mês e não-fumantes aqueles que declararem nunca ter fumado. A não-realização de consultas médicas nos últimos doze meses será considerada como um comportamento de prevenção negativo, tendo em conta a importância do monitoramento das condições de saúde. O não conhecimento dos níveis de pressão arterial, ou de colesterol, ou o não-cumprimento (total ou parcial) das normas de trânsito serão considerados como comportamentos de prevenção negativos.

Em relação às atitudes frente aos relacionamentos, os indivíduos serão avaliados por quatro itens que retornarão um valor categórico único de percepção

positiva ou negativa. O relato de uma resposta negativa para mais de dois itens será classificado como uma atitude de relacionamento negativa (NAHAS, 2006).

O estresse será avaliado através da Escala de Estresse Percebido (COHEN; KAMARCK; MERMELSTEIN, 1983), que mede a percepção do indivíduo sobre eventos ou situações de estresse em sua vida geral ocorridas nos últimos trinta dias. Esse instrumento demonstrou adequada validade e fidedignidade em estudos que avaliaram comportamentos de risco e a percepção de saúde (COHEN; KAMARCK; MERMELSTEIN, 1983; COHEN; WILLIAMSON, 1998). Um estudo que realizou a tradução para o português, assim como validade e confiabilidade deste instrumento, foi realizado com um grupo de indivíduos brasileiros com características semelhantes (professores universitários) a do presente trabalho e mostrou adequada validade e confiabilidade suportando seu uso com essa população (REIS; HINO; AÑEZ, 2010).

O instrumento retorna um escore único para a medida de estresse que é obtido da seguinte forma: cada uma das dez questões é respondida com o avaliado indicando em uma escala (1 = nunca, 2 = quase nunca, 3 = às vezes, 4 = pouco freqüente, 5 = muito freqüente) a freqüência com que os fatos questionados ocorreram em sua vida; nas questões de número 4, 5, 7 e 8, as quais são declarações positivas, a computação do escore é invertida (p. e., o valor 1 (nunca) da escala é computado como 5; e o valor 5 (muito freqüente) da escala é computado como 1, e assim sucessivamente); então, os valores obtidos na resposta de cada questão são somados retornando um escore único para a percepção de estresse (COHEN; KAMARCK; MERMELSTEIN, 1983). Os resultados serão categorizados em Quartis sendo a percepção elevada de estresse \geq Quartil 75, semelhante a outros estudos (REIS, 2005).

3.5 Variáveis do Estudo

Neste item são descritas as variáveis que serão utilizadas no estudo, as quais estão subdivididas em três componentes, sendo: demográfico, de trabalho e de saúde e estilo de vida. Os quadros a seguir apresentam as informações gerais sobre essas variáveis contendo, respectivamente, o nome, a descrição (interpretação), a definição das categorias de cada variável e o seu tipo.

Quadro 1. Descrição das variáveis do componente demográfico.

Variável	Descrição	Categorias	Tipo
Idade	Idade cronológica	Anos completos de vida	Numérica
Sexo	Gênero biológico	Masculino / Feminino	Categórica dicotômica
Cor da pele	Percepção do sujeito sobre sua cor de pele	Branca / Não branca	Categórica dicotômica
Estado civil	Estado marital auto-relatado pelo sujeito	Solteiro / Casado / Viúvo / Divorciado	Categórica
Dependentes	Quantidade de pessoas que dependem economicamente do avaliado	Uma / Duas / Três ou mais / Nenhuma	Categórica
Classe econômica	Estimativa de poder de compra conforme ABEP	A1 / A2 / B1 / B2 / C1 / C2 / D / E	Categórica

Quadro 2. Principais variáveis relacionadas às características de trabalho.

Variável	Descrição	Categorias	Tipo
Formação acadêmica	Nível de formação acadêmica do professor	Magistério / Graduação / Especialização / Mestrado ou Doutorado	Categórica
Tempo de docência	Quantidade de anos que o professor atua no município	Anos completos	Numérica
Componente curricular	Área ou disciplina em que o professor leciona	Educação Infantil Séries Iniciais (1º ao 5º ano) Educação Física Todas as demais disciplinas	Categórica
Número de escola que atua	Quantidade de escolas em que o professor trabalha	Uma / Duas / Três	Categórica
Nível educacional que atua	Nível ou área de ensino no qual o professor trabalha	Educação infantil / Ens. Fundamenta / EJA	Categórica
Turno de trabalho	Turno(s) que o professor atua	Manhã / Tarde / Noite	Categórica
Carga horária total	Total de horas que o professor possui no município	Hora-aula	Numérica
Total de turmas	Quantidade total de turmas em que o professor leciona	Descrição numérica	Numérica
Função/Cargo	Função ou cargo exercido pelo professor na escola	Regente / Substituto / Direção / Setor Pedagógico / Biblioteca / Sala de Recursos / Outra	Categórica
Modo de trabalho	Maneira que o indivíduo permanece por mais tempo durante o trabalho	Sentado / Em pé / Caminhando	Categórica
Outra ocupação	Outra atividade remunerada exercida pelo indivíduo que não seja a docência no município	Sim / Não	Categórica dicotômica
Afastamento do trabalho por motivos de saúde	Vezes que o indivíduo se afastou do trabalho docente nos últimos 12 meses por motivos de saúde	Uma / Duas / Três / Quatro ou mais / Nenhuma	Categórica

Quadro 3. Principais variáveis relacionadas às características de saúde e estilo de vida.

Variável	Descrição	Categorias	Tipo
Saúde Geral	Percepção do indivíduo sobre o seu estado de saúde geral	Ruim / Regular Boa / Muito boa / Ótima	Categórica
Efeito negativo do Trabalho sobre a saúde	Percepção individual de efeito prejudicial do trabalho sobre a saúde	Sim / Não	Categórica dicotômica
Número de refeições	Quantidade diária de refeições	Inadequado / Adequado	Numérica
Consumo de frutas/verduras	Ingestão habitual de frutas e verduras, em porções	Insuficiente / Suficiente	Numérica
Consumo de doces	Ingestão habitual de doces, em porções	Inadequado / Adequado	Numérica
Consumo de carnes, ovos e/ou grãos	Ingestão habitual de carnes, ovos e/ou grãos, em porções	Inadequado / Adequado	Numérica
Consumo de alimentos gordurosos	Ingestão habitual de alimentos gordurosos, em porções	Inadequado / Adequado	Numérica
Consumo de sal, temperos ou condimentos salgados	Ingestão habitual de sal, temperos ou condimentos salgados	Sempre / Às vezes / Quase nunca / Nunca	Categórica
Atividade física	Atividades motoras realizadas no deslocamento, trabalho, lazer e no lar	Inativo / Ativo	Numérica
Atividade física de força	Atividades direcionadas ao trabalho de força ou alongamento muscular	Sim / Não	Categórica dicotômica
Distância de casa até o trabalho	Estimativa da distância existente entre a residência e o trabalho	Em quilômetros	Numérica
Modo de transporte para o trabalho	Meio de transporte utilizado para se deslocar até o local de trabalho	Carro, Moto, Ônibus / Caminhando / De Bicicleta	Categórica
Tabagismo	Consumo atual de tabaco	Fumante / Ex-fumante / Não fumante	Categórica
Consumo de álcool	Consumo atual de bebidas alcoólicas	Quantidade por semana	Numérica
Consultas médicas	Realização de consultas médicas de rotina	Frequência (vezes) por ano	Categórica
Pressão arterial	Auto-relato do nível de pressão arterial	Baixa / Normal / Alta / Não conhece	Categórica
Colesterol	Auto-relato do nível de colesterol	Baixo / Normal / Alto / Não conhece	Categórica
Comportamento no trânsito	Atitudes do indivíduo em relação ao cumprimento de normas de trânsito	Sempre cumpre / Às vezes / Nunca	Categórica
Cultiva amizades	Hábito de manter amizades	Sim / Não	Categórica dicotômica
Satisfeito com relacionamentos profissionais	Percepção individual sobre seus relacionamentos no trabalho	Sim / Não	Categórica dicotômica
Satisfeito com relacionamentos privados	Percepção individual sobre seus relacionamentos particulares	Sim / Não	Categórica dicotômica
Participa de confraternizações	Mantém-se participativo na sociedade	Sim / Não	Categórica dicotômica
Percepção de estresse	Percepção individual do nível de estresse na sua vida em geral	Negativa / Positiva	Numérica

3.6 Procedimentos para Coleta de Dados

Para o desenvolvimento do estudo, primeiramente, foi realizado contato com a SMED e entregue uma carta de apresentação da pesquisa (APÊNDICE A), na qual foi informado o objetivo geral e solicitou-se a autorização da secretaria para a realização do estudo. Um endereço de correio eletrônico (e-mail) e um número de telefone para contato foi disponibilizado pelo pesquisador principal à SMED para quaisquer esclarecimentos relacionados ao estudo.

Posteriormente, será enviada outra carta de apresentação da pesquisa (APÊNDICE D), direcionada exclusivamente às escolas, explicando os objetivos do estudo bem como solicitando a colaboração de professores e diretores, no preenchimento e devolução dos questionários. Após o envio destas cartas será realizado, ainda, contato por telefone com as equipes diretivas dos estabelecimentos a fim de ressaltar a importância do estudo e da participação de todas as escolas, solicitar a colaboração dos diretores e/ou secretários para o recolhimento e armazenagem dos questionários entregues, prestar esclarecimentos referentes ao estudo e estimar o número de escolas participantes.

Passado essa etapa, os questionários serão entregues pelo pesquisador nas escolas e solicitado aos professores que preencham e devolvam o questionário aos secretários ou diretores das escolas dentro do prazo previamente estipulado. Estarão anexadas ao instrumento as instruções necessárias para o seu adequado preenchimento e devolução pelo professor, bem como o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B) que deverá ser lido, assinado e entregue juntamente com o questionário.

Para as escolas localizadas na zona rural do município os questionários serão enviados através da utilização do serviço de correspondência da SMED, para então serem entregues pelos diretores e/ou secretários aos professores.

Após o vencimento do prazo estipulado para o preenchimento e devolução dos questionários em cada escola serão realizados contatos e visitas para o recolhimento dos mesmos, dando início às fases de digitação e análise de dados.

3.7. Análise de Dados

Após o recolhimento dos questionários os dados serão digitados no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). A análise dos dados será precedida de um estudo exploratório a fim de avaliar os pressupostos essenciais da

4 REFERÊNCIAS

ALNASIR, F. A. Bahraini school teacher knowledge of the effects of smoking. **Annals of Saudi Medicine**, v. 24, n. 6, p.448-52, 2004.

AMERICAN CÂNCER SOCIETY. **Cancer Facts & Figures 2004**. National Home Office, American Cancer Society, 2004.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. How can I manage stress?. **American Heart Association**, 2007.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Stress and blood pressure. Disponível em: <www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3057643>. Acesso em: 23 jan 2010.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Stress and heart disease. Disponível em: <www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4750>. Acesso em: 23 jan 2010.

AMERICAN INSTITUTE OF STRESS. Effects of stress. Disponível em: <www.stress.org/topic-effects.htm?AIS=2adf4814d4d64867b7bb6500e41ea>. Acesso em: 23 jan 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISAS (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil. 2010.

BAER, D. J.; JUDD, J. T.; CLEVIDENCE, B. A.; MUESING, R. A.; CAMPBELL, W. S.; BROWN, E. D. *et al.* Moderate alcohol consumption lowers risk factors for cardiovascular disease in postmenopausal women fed a controlled diet. **American Journal of Clinical Nutrition**. v. 3, n. 75, p. 593-599, 2002.

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

BASSUK, S. S.; MANSON, J. E. Epidemiological evidence for the role of physical activity in reducing risk of type 2 diabetes and cardiovascular disease. **Journal of Applied Physiology**, v. 99, p. 1193-1204, 2005.

BAZZANO, L. A.; SERDULA, M. K.; LIU, S. Dietary intake of fruits and vegetables and risk of cardiovascular disease. **Current Atherosclerosis Reports**, v. 5, p. 492-499, 2003.

BENEVIDES-PEREIRA. (Org.) **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador**. 3. ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 2008.

BODDE, A. E.; SEO, D. C.; FREY, G. Correlation between physical activity and self-rated health status of non-elderly adults with disabilities. **Preventive Medicine**, v. 49, p. 511-514, 2009.

BOTH, J.; NASCIMENTO, J. V.; BORGATTO, A. F. Estilo de vida dos professores de educação física ao longo da carreira docente no estado de Santa Catarina. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 12, n. 3, p. 54-64, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro**. Brasil, Ministério da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 80 p.: Il.

BRASIL. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BROWN, D. W.; BALLUZ, L. S.; HEATH, G. W.; MORITARY, D. G.; FORD, E. S.GILES, W. H. *et al.* Associations between recommended levels of physical activity and health-related quality of life. **Medicine Preventive**, v. 37, p. 520-528, 2003.

BROWN, J.GILMOUR, W. H.; MacDONALD, E. B. Return to work after ill-health retirement in Scottish NHS staff and teachers. **Occupational Medicine**, v. 56, p. 480-484, 2006.

CAMPOS, M. R. Las condiciones de trabajo y salud docente: aportes, alcances y límites del estudio. In: **Condiciones de trabajo y salud docente**. Oficina Regional de Educación de La UNESCO para América Latina y Caribe. OREALC/UNESCO, 2005.

CARVALHO, A. J. F. P.; ALEXANDRE, N. M. C. Sintomas osteomusculares em professores do ensino fundamental. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 10, n. 1, p. 35-41, 2006.

CASPERSEN, C. J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSON, G. M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Report**, v. 100, n.2, 126-131, 1985.

CELAFISCS Questionário de Hábitos Alimentares. Questionários. 2008. Disponível em: <<http://celafiscs.institucional.ws/65/questionarios.html>>. Acesso em: 10 mar 2010.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Behavioral Risk Factor Surveillance System Questionnaire**. 2009.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **The Power Prevention: Chronic disease... the public health challenge of the 21st. century**. Department

of Health and Human Services, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. 2009.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General**. Department of Health and Human Services, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2004.

CHANG, E. T.; CANCHOLA, A. J.; LEE, V. S.; CLARKE, C. A.; PURDIE, D. M.; REYNOLDS, P. *et al.* Wine and other alcohol consumption and risk of ovarian cancer in the California Teachers Study cohort. **Cancer Causes and Control**, v. 18, p. 91-103, 2007.

CHAPMAN, D. P.; PERRY, G. S.; STRINE, T. W. The vital link between chronic diseases and depressive disorders. **Preventing Chronic Diseases**, v. 2, n. 1, p. 1-10, 2005.

CHIU, T. T.; LAM, P. K. The prevalence and risk factors for neck pain and upper limb pain among secondary school teachers in Hong Kong. **Journal of Occupational Rehabilitation**, v. 17, n. 1, p. 19-32, 2007.

COHEN, S.; KARMACK, T.; MERMELSTEIN, R. A global measure of perceived stress. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 24, 386-396, 1983.

COHEN, S.; WILLIAMSON, G. Perceived stress in a probability sample of the United States. In: SPACAPAN, S.; OSKAMP, S. **The Social Psychology of Health**, Newbury Park, CA: Sage, 1988.

CONCEIÇÃO, T. V.; GOMES, F. A.; TAUIL, P. L.; ROSA, T. T. Valores de pressão arterial e suas associações com fatores de risco cardiovasculares em servidores da Universidade de Brasília. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 86, n. 1, p. 26-31, 2006.

COX, T.; GONZALEZ, E. R. Work-related stress: the European Picture. **Working on stress – Magazine of the European Agency for Safety and Health at Work**, p. 4-6, 2002.

CRUZ, R. M.; LEMOS, J. C. Atividade docente, condições de trabalho e processos de saúde. **Motrivivência**, n. 24, v. 17, p. 59-80, jun, 2005.

DALLAL, C. M.; SULLIVAN-HALLEY, J.; ROSS, R. K.; WANG, Y.; DEAPEN, D.; HORN-ROSS, P. L. *et al.* Long-term recreational physical activity and risk of invasive cancer and in situ breast cancer: The California Teachers Study. **Archives of Internal Medicine**, v. 167, n. 4, p. 408-15, 2007.

DELCOR, N. S.; ARAÚJO, T. M.; REIS, E. J. F. B.; PORTO, L. A.; CARVALHO, F. M.; SILVA, M. O.; BARBALHO, L.; ANDRADE, J. M. Condições de trabalho e saúde

dos professores da rede particular de ensino de Victoria da Conquista, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 187-196, jan-fev, 2004.

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report**. Washington, DC: Department of Health and Human Services, 2008.

DJOUSSÉ, L.; DRIVER, J. A.; GAZIANO, J. M. Relation between modifiable lifestyle factors and lifetime risk of heart failure. **Journal of the American Medical Association**, v. 302, n. 4, p. 394-400, 2009.

DJOUSSÉ, L.; GAZIANO, J. M. Alcohol consumption and heart failure: a systematic review. **Current Atherosclerosis Reports**, v. 10, p. 117-120, 2008.

EBISUI, C. T. N. **Trabalho docente do enfermeiro e a síndrome de Burnout: desafios e perspectivas**. 2008. 250f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

EMSLEY, R.; EMSLEY, L.; SEEDAT, S. Occupational disability on psychiatric grounds in South African school-teachers. **African Journal of Psychiatry**, n. 12, 223-226, 2009.

ESPOSITO, K.; PONTILLO, A.; DI PAOLO, C.; GIUGLIANO, G.; MASELLA, M.; MARFELLA, R. *et al.* Effect of weight loss and lifestyle changes on vascular inflammatory markers in obese women. **Journal of the American Medical Association**, v. 289, n. 14, p. 1799-1804, 2003.

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH OF WORK. **Work-related stress**. Facts 22. European Agency for safety and health work, 2002.

FADEN, V. B.; GOLDMAN, M. The effects of alcohol on physiological processes and biological development. **Alcohol Research and Health**, n. 28, 125-132, 2005.

FERNANDES, M. H.; ROCHA, V. M. Impact of the psychosocial aspects of work on the quality of life of teachers. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, n. 1, p. 15-20, 2009.

FERNANDES, M. H.; ROCHA, V. M.; OLIVEIRA, A. G. R. C. Fatores associados à prevalência de sintomas osteomusculares em professores. **Revista de Saúde Pública**, v. 11, n. 2, p. 256-267, 2009.

FERREIRA, D. K. S.; BONFIM, C.; AUGUSTO, L. G. S. Fatores associados ao estilo de vida de policiais militares. **Ciência & Saúde Coletiva**. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3979>. Acesso em: 19 set 2008.

FISHER, M.; LEES, K.; SPENCE, J. D. Nutrition and stroke prevention. **American Heart Association – Stroke**, v. 37, p. 2430-2435, 2006.

FREITAS, Claudia Regina; CRUZ, Roberto Moraes. Saúde e trabalho docente. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 28, 2008, Rio de Janeiro. **Anais do Encontro Nacional de Engenharia de Produção**, Rio de Janeiro: 2008.

GARRIDO, M. P. Análisis comparativo. In: **Condiciones de trabajo y salud docente**. Oficina Regional de Educación de La UNESCO para América Latina y Caribe. OREALC/UNESCO, 2005.

GARZÓN, E. F. Estudio de caso em Ecuador. In: **Condiciones de trabajo y salud docente**. Oficina Regional de Educación de La UNESCO para América Latina y Caribe. OREALC/UNESCO, 2005.

GASPARINI, S. M.; BARRETO, S. M.; ASSUNÇÃO, A. A. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. **Educação e Pesquisa**, n. 2, v. 31, p. 180-199, maio/ago, 2005.

GASPARINI, S. M.; BARRETO, S. M.; ASSUNÇÃO, A. A. Prevalência de transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2679-2691, dez, 2006.

GATTI, B.; BARRETTO, E. S. S. **Professores no Brasil: impasses e desafios**. Brasília: UNESCO, 2009.

GIL-MONTE, P. R.; PEIRÓ, J. M. **Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse**. Madrid: Síntesis, 1997.

GOMES, A. R.; SILVA, M. J.; MOURISCO, S.; SILVA, S.; MOTA, A.; MONTENEGRO, N. Problemas e desafios no exercício da actividade docente: um estudo sobre o stresse, burnout, saúde física e satisfação profissional em professores do 3º. Ciclo e ensino secundário. **Revista Portuguesa de Educação**, v. 19, n. 1, p. 67-93, 2006.

HAENNEL, R. G.; LEMIRE, F. Physical activity to prevent cardiovascular disease. **Canadian Family Physician**, v. 48, p. 65-71, jan, 2002.

HALLAL, P. C.; VICTORA, C. G.; WELLS, J. C. LIMA, R. C. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. **Medicine & Science in Sports & Exercise.**, v.35, n.11, p.1894-1900, nov., 2003.

HAMDAN, A. L.; SIBAI, A. M.; SROUR, Z. M.; SABRA, O. A.; DEEB, R. A. Voice disorders in teachers: the role of family physicians. **Saudi Medical Journal**, v. 28, n. 3, p. 422-8, 2007.

HASKELL, W. L.; LEE, I. M.; PATE, R. R.; POWELL, K. E.; BLAIR, S. N.; FRANKLIN, B. A. *et al.* Physical Activity and Public Health. Update recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and American Heart Association. **Journal of the American Heart Association – Circulation**, 2007.

HOLMES, T.; RAHE, R. Holmes-Rahe Social Readjustment Scale. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 2, 1967.

HILL, J. O.; WYATT, H. R. Role of physical activity in preventive and treating obesity. **Journal of Applied Physiology**, v. 99, p. 765-770, 2005.

HU, F. B. Diet and lifestyle influences on risk of coronary heart disease. **Current Atherosclerosis Reports**, v. 11, n. 4, p. 257-63, 2009.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não-transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002-2003**. INCA, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS. **Estatísticas dos professores no Brasil**. Ministério da Educação, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Brasília: INEP, 2003.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS. **Estudo exploratório sobre o professor brasileiro com base nos resultados do Censo Escolar de 2007**. Ministério da Educação, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Brasília: INEP, 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS. **Geografia da Educação Brasileira**. Ministério da Educação, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Brasília: INEP, 2002.

JARDIM, R.; BARRETO, S. M.; ASSUNÇÃO. Condições de trabalho, qualidade de vida e disfonia entre docentes. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2439-2461, out, 2007.

KNOOPS, K. T. B.; GROOT, L. C. P.; KROMHIUT, D.; PERRIN, A. E.; VARELA, O. M.; MENOTTI, A. *et al.* Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women. **Journal of the American Medical Association**, v. 292, n. 12, p. 1433-1339, 2004.

KOHEN, J. Estudio de caso em Argentina. In: **Condiciones de trabajo y salud docente**. Oficina Regional de Educación de La UNESCO para América Latina y Caribe. OREALC/UNESCO, 2005.

KOPPES, L. L. J.; DEKKER, J. M.; HENDRIKS, H. F. J.; BOUTER, L. M.; HEINE, R. J. Meta-analysis of the relationship between alcohol consumption and coronary heart disease and mortality in type 2 diabetic patients. **Diabetologia**, v. 49, p. 648-652, 2006.

KOWALSKA, M. S.; BOGUSZ, E. N.; FISZER, M.; SPYCHALSKA, T. L.; KOTYLO, P.; PRZYGOCKA, B. S. *et al.* The prevalence and risk factors for occupational voice disorders in teachers. **Folia Phoniatica et Logopaedica Journal**, v. 58, n. 2, p. 85-101, 2006.

KRIS-ETHERTON, P.; DANIELS, S. R.; ECKEL, R. H.; ENGLER, M.; HOWARD, B. V.; KRAUSS, R. M. *et al.* Summary of the Scientific Conference on Dietary Fatty and Cardiovascular Health: Conference summary from the Nutrition Committee of the American Heart Association. **Journal of the American Heart Association – Circulation**, 2001.

KUNG, H. C.; HOYERT, D. L.; XU, J.; MURPHY, S. L. Deaths: final data for 2005. **National Vital Statistics Report**, Center for Disease Control and Prevention, v. 56, n. 10, 2008.

LAKKA, T. A.; LAAKSONEN, D. E.; LAKKA, H. M.; MÄNNIKKÖ, M.; NISKANEN, L. K.; RAURAAMA, R. *et al.* Sedentary lifestyle, poor cardiorespiratory fitness, and the metabolic syndrome. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 35, n. 8, p. 1279-86, 2003.

LAMONTE, M. J.; BLAIR, S. N.; CHURCH, T. S. Physical activity and diabetes prevention. **Journal Applied Physiology**, v. 99, p. 1205-1213, 2005.

LAUNAY, M.; LE FAOU, A. L.; SEVILLA-DEDIEU, C.; PITROU, I.; GILBERT, F.; KOVÉSS-MASFÉTY, V. Prevalence of tobacco smoking in teachers following anti-smoking policies: results from two French surveys (1999 and 2005). **European Journal of Public Health**, v. 20, n. 2, p. 151-6, 2010.

LEMOS, C. A. F.; NASCIMENTO, J. V.; BORGATTO, A. F. Parâmetros individuais e sócio-ambientais da qualidade de vida percebida na carreira docente em educação física. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 81-93, abr./jun. 2007.

LIU, S.; MANSON, J. E.; LEE, I. M.; COLE, S. R.; HENNENKENS, C. H.; WILLETT, W. C. *et al.* Fruit and vegetable intake and risk of cardiovascular disease: the Woman's Health Study. **American Journal Clinical Nutrition**, v. 72, p. 922-8, 2000.

MADUREIRA, A. S.; FONSECA, S. A.; MAIA, M. F. M. Estilo de vida e atividade física habitual de professores de educação física. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v. 5, n. 1, p.54-62, 2003.

MAGKOS, F.; YANNAKOULIA, M.; CHAN, J. L.; MANTZOROS, C. S. Management of the metabolic syndrome and type 2 diabetes through lifestyle modification. **Annual Review of Nutrition**, v. 29, p. 223-56, 2009.

MAGUIRE, M.; O'CONNELL, T. Ill-health retirement of schoolteachers in the Republic of Ireland. **Occupational Medicine**, v. 57, p. 191-193, 2007.

MAI, P. L.; SULLIVAN-HALLEY, J.; URSIN, G.; STRAM, D. O.; DEAPEN, D.; VILLALUNA, D. *et al.* Physical activity and colon cancer risk among women in the California Teachers Study. **Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention**, v. 16, n. 3, p. 517-25, 2007.

MANN, J. L. Diet and risk of coronary heart disease and type 2 diabetes. **Lancet** 360(9335):783-9. 2002.

MARALDI, C.; HARRIS, T. B.; NEWMAN, A. B.; KRITCHEVSKY, S. B.; PAHOR, M.; KOSTER, A. *et al.* Moderate alcohol intake and risk of functional decline: the Health, Aging, and Body Composition study. **Journal of the American Geriatrics Society**, v.57, n. 10, p. 1767-75, 2009.

MARTIN, C. K.; CHURCH, T. S.; THOMPSON, A. M.; EARNEST, C. P.; BLAIR, S. N. Exercise dose and quality of life. **Archives of Internal Medicine**, v. 169, n. 3, feb, 2009.

MASLACH, C.; JACKSON, S. **The Maslach Burnout Inventory**. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press, 1981.

MATOS, M. F. D.; SILVA, N. A. S.; PIMENTA, A. J. M.; CUNHA, A. J. L. A. Prevalência dos fatores de risco para doença cardiovascular em funcionários do Centro de Pesquisas da Petrobras. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 82, n. 1, p. 1-4, 2004.

MAZIAK, W.; MZAYEK, F.; AL-MOUSHAREFF, M. Smoking behavior among schoolteachers in the north of the Syrian Arab Republic. **East Mediterranean Health Journal**, v. 6, n. 2, p. 352-8, 2000.

MORENO-ABRIL, O.; CASTILLO, J. D. L.; MOLINA, C. F.; JURADO, D.; GURPEGUI, M.; CLARET, P. L. *et al.* Factors associated with psychiatric morbidity in Spanish schoolteachers. **Occupational Medicine (Lond)**, v. 57, n. 3, p. 194-202, 2007.

MOTTER, P. A situação do magistério no Brasil: perfil dos professores da Educação Básica. In: **O desafio da profissionalização docente no Brasil e na América Latina**. Brasília: CONSED, UNESCO, 2007. Organização: Sônia Balzano. 56p.

MUKAMAL, K. J.; CHUNG, H.; JENNY, N. S.; KULLER, L. H.; LONGSTRETH, W. T.; MITTLEMAN, M. A. *et al.* Alcohol consumption and risk of coronary heart disease in older adults: the California Health Study. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 54, n. 1, p. 30-7, 2006.

NAGAI, M.; TSUCHIYA, K. J.; TOULOPOULOU, T.; TAKEI, N. Poor mental health associated with job dissatisfaction among school teachers in Japan. **Journal of Occupational Health**, v. 49, p. 515-522, 2007.

NAHAS, Markus Vinicius. **Atividade física, aptidão física e saúde**. Londrina: Midiograf, 2006.

OLIVEIRA, D. A. A re-estruturação do trabalho docente: precarização e flexibilização. **Educação & Sociedade**. Campinas, v. 25, n. 89, p. 1127-1144, set./dez., 2004.

PARK, H. S.; JEONG, S. H.; PARK, K. Y. Prediction of perceived health status on job stress and family stress with middle school teachers. **Taehan Kanho Hkhoe Chi**, v. 37, n. 4, p. 549-57, 2007.

PEEL, N. M.; McCLURE, R. J.; BARTLETT, H. P. Behavioral determinants of healthy aging. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 28, n. 3, p. 298-304, 2005.

PENTEADO, R. Z.; PEREIRA, I. M. T. B. Qualidade de vida e saúde vocal de professores. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 236-43, 2007.

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

PHILIPPI, S. T.; LATTERZA, A. R.; CRUZ, A. T. R.; RIBEIRO, L. C. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. **Revista de Nutrição**, v. 12, n. 1, p. 65-80, jan/abr, 1999.

PHILIPS, S. J.; SEM, D.; McNAMEE, R. Prevalence and causes of self-reported work-related stress in head teachers. **Occupational Medicine (Lond)**, v. 57, n. 5, p. 367-76, 2007.

PHILIPS, S. J.; SEM, D.; McNAMEE, R. Risk factors for work-related stress and health in head teachers. **Occupational Medicine**, v. 58, p. 584-586, 2008.

PORTO, L. A.; CARVALHO, F. M.; OLIVEIRA, N. F.; SILVANY NETO, A. M.; ARAÚJO, T. M.; REIS, E. J. F. B.; DELCOR, N. S. Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 5, p. 818-26, 2006.

PORTO, L. A.; REIS, I. C.; ANDRADE, J. M.; NASCIMENTO, C. R.; CARVALHO, F. M. Doenças ocupacionais em professores atendidos pelo Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador (CESAT). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 28, n. 1, p. 33-49, jan/jul, 2004.

QIN, L.; KNOL, M. J.; CORPELEIJIN, E.; STOLK, R. P. Does physical activity modify the risk of obesity for type 2 diabetes: a review of epidemiological data. **European Journal of Epidemiology**, v. 25, p. 5-12, 2010.

QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADES FÍSICAS – VERSÃO CURTA. International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Disponível em: <<http://www.ipaq.ki.se>> . Acesso em: 23 jan 2010.

REIS, Rodrigo Siqueira. **Comportamentos de risco à saúde e percepção de estresse dos professores universitários das IFES do sul do Brasil**. 2005. 134f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

REIS, R. S.; HINO, A. A. F.; AÑEZ, C. R. R. Perceived Stress Scale: reliability and validity study in Brazil. **Journal of Health Psychology**, v. 15, n. 1, 107-114, 2010.

REYNOLDS, P.; GOLDBERG, D.; HURLEY, S.; NELSON, D. O.; HENDERSEN, K. D.; BERNSTEIN, L. Passive smoking and risk of breast cancer in the California Teachers Study. **Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention**, v. 18, n. 12, p. 3389-98, 2004.

RIBEIRO, S. A.; JARDIM, J. R. B.; LARANJEIRA, R. R.; ALVES, A. K. S.; KESSELRING, F.; FLEISSIG, L.. *et al.* Prevalência de tabagismo na Universidade de São Paulo. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 45, n. 1, p.39-44, 1999.

RIMM, E. B.; MOATS, C. Alcohol and coronary heart disease: drinks patterns and mediators of effect. **Annals of Epidemiology**, v. 17, p. 3-7, 2007.

RIMM, E. B.; STAMPFER, M. J. Diet, lifestyle, and longevity – the next steps?. **Journal of the American Heart Association**, v.292, n. 12, p. 1490-1492, 2004.

RIMM, E. B.; WILLIAMS, P.; FOHSER, K.; CRIQUI, M.; STAMPFER, M. J. **Moderate alcohol intake and lower risk of coronary heart disease: meta-analysis of effects on lipids and haemostatic factors**. *British Medical Journal*, n. 319, p. 1523-1528, 1999.

ROBERTS, C. K.; BARNARD, R. J. Effects of exercise and diet on chronic disease. **Journal of Applied Physiology**, v.98, p. 3-30, 2005.

ROSCH, P. J. The health effects of job stress. **Business and Health**, 1984.

ROY, N. MERRIL, R. M.; THIBEAULT, S.; PARSA, R. A.; GRAY, S. D.; SMITH, E. M. Prevalence of voice disorders in teachers and the general population. **Journal of Speech, Language and Hearing Research**, v. 47, n. 2, p. 281-93, 2004.

SABRY, M. O. D.; SAMPAIO, H. A. C.; SILVA, M. G. C. Tabagismo e etilismo em funcionários da Universidade Estadual do Ceará. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 25, n. 6, p. 313-320, 1999.

SAMPAIO, M. M. F.; MARIN, A. J. Precarização do trabalho docente e seus efeitos sobre as práticas curriculares. **Educação & Sociedade**. Campinas, v. 25, n. 89, p. 1203-1225, set./dez., 2004.

SANDMARK, H. Musculoskeletal dysfunction in physical education teachers. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v. 57, p. 673-677, 2000.

SANTAVIRTA, N.; SOLOVIEVA, S.; THEORELL, T. The association between job strain and emotional exhaustion in a cohort of 1,028 Finnish teachers. **British Journal of Educational Psychology**, v. 77, p. 213-228, 2007.

SANTINI, J.; MOLINA NETO, V. A síndrome do esgotamento profissional em professores de educação física: um estudo na rede municipal de Porto Alegre. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 209-222, jul./set. 2005.

SANTOS, João Severo Santos. **Atividade física, saúde mental e percepção de trabalho dos professores da rede municipal de ensino de Joinville**. 2006. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SEGAL, J.; HORWITZ, L.; GILL, E. J.; SMITH, M. SEGAL, R. Stress at work: how to reduce and manage job and workplace stress. 2008. Disponível em: <<http://www.helpguide.org>>. Acesso em: 20 jan. 2010.

SHAFEY, O.; DOLWICK, S.; GUINDON, G. E. (Eds). Tobacco control country profiles. **American Cancer Society**. The 12th. World Conference on Tobacco or Health, 2003.

SHIBATA, A.; OKA, K.; NAKAMURA, Y.; MURAOKA, I. Recommended level of physical activity among japanese adults. **Health and Quality of Life Outcomes** (5):64, 2007.

SILVA, Rudney da. **Características do estilo de vida e qualidade de vida de professores do ensino superior público em Educação Física**. 2006. 246f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SILVANY NETO, A. M.; ARAÚJO, T. M.; DUTRA, F. R. D.; AZI, G. R.; ALVES, R. L.; KAVALKIEVICZ, C.; REIS, E. J. F. Condições de trabalho e saúde de professores da rede particular de ensino de Salvador, Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**. 2000.

SINISCALCO, M.T. **Perfil estatístico da profissão docente**. São Paulo: Moderna, 2003.

SLOAN, R. A.; SAWADA, S. S.; MARTIN, C. K.; HURCH, T.; BLAIR, S. N. Associations between cardiorespiratory fitness and health-related quality of life. **Health and Quality of Life Outcomes** (7):47, 2009.

SMITH, M.; GILL, E. J.; SEGAL, J. Understanding stress: signs, symptoms, causes, and effects. 2009. Disponível em: <<http://www.helpguide.org>>. Acesso em: 20 jan. 2010.

STAMPFER, M. J.; HU, F. B.; MANSON, J. E.; RIMM, E. B.; WILLETT, W. C. Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle. **New England Journal of Medicine**, v. 343, p.16-22, 2000.

STANNER, S. Diet and lifestyle measures to protect the ageing heart. **British Journal of Community Nursing**, v. 14, n. 5, p. 210-212, 2009.

TERRY, P.; GIOVANNUCCI, E.; MICHELS, K. B.; BERGKVIST, L.; HANSEN, H.; HOLMBERG, L. *et al.* Fruit, vegetables, dietary fiber, and risk of colorectal cancer. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 93, n. 7, p. 525-533, 2001.

UNSAI, M.; HAMZACEB, H.; DABAK, S.; TERZI, O.; KIRISOLGU, T. smoking status and levels of knowledge regarding cigarettes among primary school teachers. **Southern Medical Journal**, v. 101, n. 12, p. 1227-31, 2008.

WEBER, A.; LEDERER, P. Morbidity and early retirement among teachers at vocational school. **Versicherungsmedizin Journal Articles**, v. 58, n. 1, p. 22-8, 2006.

WEN, W.; XIANG, Y. B.; ZHENG, W.; XU, W. H.; YANG, G.; LI, H.; *et al.* The association of alcohol, tea, and other modifiable lifestyle factors with myocardial infarction and stroke in chinese men. **Cardiovascular Disease: Prevention and Control**, v. 3, n. 3, p. 133-140, 2008.

WHITE, S. M.; WÓJCICKI, T. R.; McAULEY, E. Physical activity and quality of life in community dwelling older adults. **Health and Quality of Life Outcomes** (7):10, 2009.

WILKINSON, G. **Stress**. Guia de Saúde Familiar. Isto é. 2001.

WING, R. R.; GOLDSTEIN, M. G.; ACTON, K. J.; BIRCH, L. L.; JAKICIC, J. M.; SALLIS, J.F. *et al.* Lifestyle changes related to obesity, eating behavior, and physical activity. **Diabetes Care**, v. 24, n. 1, jan, 2001.

WITTE, J. S.; LONGNECKER, M. P.; BIRD, C. L.; LEE, E. R.; FRANKL, H. D. HAILE, R. W. Relation of vegetable, fruit, and grain consumption to colorectal adenomatous polyps. **American Journal of Epidemiology**, v. 144, n. 11, p. 1015-1025, 1996.

WHOLEY, M. A.; JONGE, P.; VITTINGHOFF, E.; OTTE, C.; MOOS, R.; CARNEY, R. M. *et al.* Depressive symptoms, health behaviors, and risk of cardiovascular events in patients with coronary heart disease. **Journal of American Medical Association**, v. 300, n. 20, p. 2379-2388, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases.** Report of a joint WHO/FAO expert consultation. WHO Technical Report Series 916. Geneva, 2003. 149p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks.** World Health Organization, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health promotion glossary.** World Health Organization Office of Publications. Geneva, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing chronic diseases: a vital investment.** World Health Organization. Geneva, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The global strategy on diet, physical activity and health.** WHO, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life.** World Health Organization Office of Publications. Geneva, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption.** WHO Technical Report Series 944. Geneva, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2008: the MPOWER package.** Geneva, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Work organization and stress: systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives.** Protecting Workers Health Series n. 3. WHO, 2003.

WYNESS, L. Understanding the role of diet in type2 diabetes prevention. **British Journal of Community Nursing**, v. 14, n. 9, p. 374-9, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A
Carta de Apresentação da Pesquisa



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
 ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA
 Programa de Pós-Graduação em Educação Física



Pelotas, 21 de outubro de 2009.

Prezada Senhora

Vimos por meio deste, solicitar à V.Sra. a autorização e o apoio para o desenvolvimento da pesquisa intitulada “**Atividade Física e Comportamentos de Risco do Estilo de Vida de Professores da Educação Básica**”. O referido estudo faz parte do Programa de Pós-Graduação em Educação Física, em nível de Mestrado, da Universidade Federal de Pelotas, tendo como pesquisador principal o Prof. Marcio Neres dos Santos.

Para realização dessa pesquisa, torna-se necessário que tenhamos a relação nominal dos professores da Rede Municipal e suas respectivas escolas; informar aos diretores das escolas a realização dessa pesquisa solicitando sua colaboração para a implantação da mesma e auxílio de transporte para o contato com as escolas da zona rural.

Ressalta-se que todas as informações fornecidas pela Secretaria Municipal de Educação, pelas escolas e pelos professores serão mantidas em absoluto sigilo e utilizadas apenas para fins de pesquisa. O desenvolvimento desta pesquisa seguirá, ainda, a Resolução no. 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas com seres humanos no País, e as determinações do Conselho de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas.

Agradecemos, antecipadamente, a atenção dispensada e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos no e-mail: marcioneres@hotmail.com.

No aguardo de sua deliberação, aproveitamos a oportunidade para externar nossos votos de distinta consideração e apreço.

Prof. Msdo. Marcio Neres dos Santos - Pesquisador

Prof. Dr. Alexandre Carriconde Marques - Orientador

Sr^a. Janise Collares
Secretária Municipal de Educação de Bagé
Bagé – RS

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisador responsável: Marcio Neres dos Santos
 Instituição: Universidade Federal de Pelotas – Escola Superior de Educação Física
 Endereço: Rua Luís de Camões, 625 – CEP: 96055-630 - Pelotas/RS
 Telefone: (53)3273-2752

Concordo em participar do estudo *“INDICADORES DE ESTILO DE VIDA RELACIONADOS À SAÚDE E CARACTERÍSTICAS DE TRABALHO DOS PROFESSORES MUNICIPAIS DE BAGÉ”*. Estou ciente de que estou sendo convidado a participar voluntariamente do mesmo.

PROCEDIMENTOS: Fui informado de que o objetivo geral será *“verificar os indicadores do estilo de vida e as características de trabalho dos professores municipais de Bagé/RS”*, cujos resultados serão mantidos em sigilo e somente serão usadas para fins de pesquisa.

RISCOS E POSSÍVEIS REAÇÕES: Fui informado de que não existem riscos no estudo.

BENEFÍCIOS: Um dos benefícios gerados com a participação nessa pesquisa relaciona-se na necessidade de se conhecer as condições reais de saúde e estilo de vida da categoria docente brasileira, de modo que seja possível, além do diagnóstico de tais condições, a viabilização de estratégias de promoção de estilos de vida mais saudáveis e melhorias na qualidade de vida desses indivíduos.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: Como já me foi dito, minha participação neste estudo será voluntária e poderei interrompê-la a qualquer momento.

DESPESAS: Eu não terei que pagar por nenhum dos procedimentos, nem receberei compensações financeiras.

CONFIDENCIALIDADE: Estou ciente que a minha identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo.

CONSENTIMENTO: Recebi claras explicações sobre o estudo, todas registradas neste formulário de consentimento. Os investigadores do estudo responderam e responderão, em qualquer etapa do estudo, a todas as minhas perguntas, até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este Formulário de Consentimento Pré-Informado será assinado por mim e arquivado na instituição responsável pela pesquisa.

Nome do participante/representante legal: _____ Identidade: _____

ASSINATURA: _____ DATA: ____ / ____ / ____

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO INVESTIGADOR: Expliquei a natureza, objetivos, riscos e benefícios deste estudo. Coloquei-me à disposição para perguntas e as respondi em sua totalidade. O participante compreendeu minha explicação e aceitou, sem imposições, assinar este consentimento. Tenho como compromisso utilizar os dados e o material coletado para a publicação de relatórios e artigos científicos referentes a essa pesquisa. Se o participante tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ESEF/UFPel – Rua Luís de Camões, 625 – CEP: 96055-630 - Pelotas/RS; Telefone:(53)3273-2752.

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL _____

Prof. Msd. Marcio Neres dos Santos

APÊNDICE C
Instrumento de Coleta de Dados



SAÚDE E ESTILO DE VIDA DE PROFESSORES

ID _____

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Este questionário é um instrumento para coleta de dados de uma pesquisa que pretende conhecer as **características de saúde e de estilo de vida dos professores** municipais de Bagé.
- Para responder este questionário **você não precisa se identificar** e todas as respostas serão mantidas em sigilo, sendo utilizadas apenas para fins de pesquisa.
- Não existem respostas certas ou erradas. Não se trata de um teste e sim de uma **entrevista!**
- Qualquer dúvida entre em contato com o Prof. Marcio Neres dos Santos que é o responsável pela pesquisa através do email marcioneres@hotmail.com ou pelo telefone (53) 8439-1316.
- Por favor, procure responder todas as questões. Após o preenchimento deste instrumento **lembre-se de entregá-lo na direção ou secretaria da sua escola!**

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

- A.** Qual o seu **Sexo**? [1] Masculino [2] Feminino
- B.** Qual a sua **Idade**? _____ anos
- C.** Qual o seu **Estado Civil**? [1] Solteiro(a) [2] Casado(a)/vivendo com outra pessoa
 [3] Viúvo(a) [4] Divorciado/separado
- D.** Qual a sua **Cor de pele**? [1] Branca [2] Não-branca
- E.** Quantas pessoas são **economicamente dependentes** de você?
 [1] uma [2] duas [3] três ou mais [4] nenhuma
- F.** Até que **série** escolar você **estudou**? **1º. Grau** 1ª. [] 2ª. [] 3ª. [] 4ª. [] 5ª. [] 6ª. [] 7ª. [] 8ª. []
2º. Grau 1ª. [] 2ª. [] 3ª. []
Superior Incompleto [] Completo []
- G. ATENÇÃO!** Indique nos espaços abaixo a QUANTIDADE (número) de itens que existem em sua residência:
- | | | | | | |
|-----------------------|-----------|----------------------|-----------|-------------------------------|-----------|
| TV em cores | [_____] | Rádio | [_____] | Banheiro | [_____] |
| Automóvel | [_____] | Empregada mensalista | [_____] | Máquina de lavar | [_____] |
| Videocassete e/ou DVD | [_____] | Geladeira | [_____] | Freezer (ou geladeira duplex) | [_____] |

CARACTERÍSTICAS DE TRABALHO

- A.** Qual a sua **Formação Acadêmica**? [1] Magistério [2] Superior [3] Especialização [4] Mestrado/Doutorado
- B.** Você leciona no município **há quanto tempo**? _____ anos
- C.** Qual **Área ou Componente Curricular** você leciona?
 [1] Ed. Infantil [2] Séries iniciais
 [3] Educação Física [4] Outra disciplina → Qual? _____
- D.** Atualmente você trabalha em **quantas escolas**? [1] uma [2] duas [3] três
- F.** Qual o **nome da escola** que você possui maior carga horária? _____
- G.** Você atua em qual **nível educacional**? [1] Ed. Infantil [2] Ens. Fundamental [3] EJA
- H.** Em que **turno(s)** você trabalha? [1] manhã [2] tarde [3] noite
- I.** Qual a sua **carga horária total no município**? _____ horas-aula
- J.** Qual a sua **carga horária em sala de aula**? _____ horas-aula
- K.** No **total**, para **quantas turmas** você leciona? _____
- L.** Qual a **função/cargo** você exerce na escola?
 [1] Professor Regente (de sala de aula) [3] Direção [4] Setor Pedagógico [5] Sala de Recursos
 [2] Professor Substituto/Auxiliar [6] Biblioteca [7] Outra _____
- M.** No período de trabalho, como você passa a **maior parte do tempo**?
 [1] sentado [2] em pé [3] caminhando [4] outro _____
- N.** Você exerce outra **atividade/ocupação** remunerada? (considere qualquer atividade, ocupação ou trabalho que não seja a docência pelo município)
 [1] SIM → Qual? _____ [2] NÃO
- O.** Considerando os últimos 12 meses, quantas vezes você **se afastou do trabalho** na escola por motivo de doença ou tratamento médico?
 [1] uma [2] duas [3] três [4] quatro ou mais [5] nenhuma

CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE E ESTILO DE VIDA

PERCEPÇÃO DE SAÚDE

A. De maneira geral, como se encontra a sua **saúde**?

[1] ruim [2] regular [3] boa [4] muito boa [5] ótima

B. Você acha que o seu trabalho produz algum **efeito negativo** sobre sua **saúde física**?

[1] SIM [2] NÃO

C. Você acha que o seu trabalho produz algum **efeito negativo** sobre sua **saúde mental**?

[1] SIM [2] NÃO

HÁBITOS ALIMENTARES

A. Qual a sua **altura**? _____ metros

B. Qual o seu **peso**? _____ kg

C. Quantas **refeições completas** você faz por dia, incluindo café da manhã completo? (não só café preto)

[1] uma [2] duas [3] três [4] quatro [5] cinco ou mais [6] nenhuma

D. Quantas porções de **frutas e/ou verduras** você come por dia? (considere 1 porção = 1 fruta média ou 1 pedaço médio de uma fruta grande; ou 1 pires de verduras cruas ou ½ pires verduras cozidas)

[1] uma [2] duas [3] três [4] quatro [5] cinco ou mais [6] nenhuma

E. Quantas porções de **doces** você come por dia? (considere 1 porção = 1 colher de sopa de açúcar ou 1 fatia/unidade média de doce)

[1] uma [2] duas [3] três [4] quatro [5] cinco ou mais [6] nenhuma

F. Quantas porções de **carnes, ovos ou grãos** você come por dia? (considere 1 porção = 1 bife pequeno de carne vermelha, ave ou peixe; ou 1 ovo; ou ½ concha de grãos – feijão, lentilha, grão de bico, etc.)

[1] uma [2] duas [3] três [4] quatro [5] cinco ou mais [6] nenhuma

G. Quantas porções **óleos ou gorduras** você consome por dia? (considere apenas o que não é usado no preparo, sendo 1 porção = 2 colheres rasas de óleo/azeite; ou 1 colher cheia de manteiga, margarina ou maionese)

[1] uma [2] duas [3] três [4] quatro [5] cinco ou mais [6] nenhuma

H. Depois que a comida está pronta, você costuma adicionar **sal, ou temperos ou condimentos salgados**?

[1] sempre [2] as vezes [3] quase nunca [4] nunca

ATIVIDADES FÍSICAS

Agora estamos interessados em saber que tipos de atividade física fazem parte do seu dia-a-dia. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gastou fazendo atividade física nos **ÚLTIMOS SETE DIAS** (última semana). As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, no transporte, no lazer, no exercício ou em tarefas no ambiente doméstico. Por favor, responda cada questão mesmo considerando que não seja ativo.

Para responder **lembre-se...**

→ 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 [8] Nenhum

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

_____ horas e _____ minutos

C. Em **quantos dias** da última semana você realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo, pedalar levemente na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, ou qualquer atividade que faz aumentar **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR, NÃO INCLUA A CAMINHADA**).

_____ dias por SEMANA [8] Nenhum

D. 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 e _____ minutos

E. 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 aumenta **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

_____ dias por SEMANA [8] Nenhum

F. 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 e _____ minutos

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

G. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de semana**?

_____ horas e _____ minutos

H. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de final de semana**?

_____ horas e _____ minutos

I. Em relação à última semana, você realizou exercícios que envolviam **força e/ou alongamento muscular**, como por exemplo, musculação, yoga, pilates ou outra atividade semelhante em pelo menos em dois dias diferentes?

[1] SIM [2] NÃO

J. Qual(ais) fator(es) de maior importância que **dificulta(m)** a prática regular de atividades físicas?

[1] falta de tempo [2] falta de motivação [3] presença de lesões/doença
[4] falta de companhia [5] medo de se machucar [6] percepção de insegurança ou violência
[7] falta de dinheiro [8] clima ou local ruim [9] NENHUM FATOR

K. Qual(ais) das atividades físicas abaixo você **pratica** ou **gostaria de praticar**?

[1] caminhada [2] corrida/jogging [3] ginástica de academia
[4] musculação [5] danças [6] esportes (vôlei, futebol, tênis, etc.)
[7] ciclismo/pedalar [8] natação [9] NENHUMA ATIVIDADE FÍSICA

L. O seu trabalho fica aproximadamente a que **distância** da sua residência? (considere que 1 km equivale a aproximadamente 10 quadras típicas) _____ quilômetros.

M. Qual o **modo de transporte** que você usa para ir ao trabalho?

[1] carro/moto/ônibus [2] caminhando [3] de bicicleta [4] outro _____

N. Para ir até o trabalho você gasta em média quanto **tempo**? _____ horas _____ minutos

ATITUDES E COMPORTAMENTOS

A. Você **fuma**? (cigarro, charuto, cachimbo, etc.)

[1] Sim, diariamente [2] Sim, às vezes [3] Não, parei há mais de 1 mês [4] Não, nunca fumei

B. Quantas **doses de bebidas alcoólicas** você toma em uma SEMANA NORMAL? (considere 1 dose = ½ garrafa de cerveja ou 1 lata típica; ou 1 copo de vinho; ou 1/3 de copo de uísque ou cachaça) _____ doses

C. Durante o mês passado, quantos dias você tomou **5 (cinco) ou mais** doses em uma **mesma ocasião**? _____ dias

D. Com que frequência você costuma realizar **consultas médicas** de rotina/prevenção (check-up)?

[1] 1 vez/ano [2] 2 vezes/ano [3] três vezes ou mais/ano [4] não realizo consultas

E. De maneira geral, como é a sua **pressão arterial**?

[1] baixa [2] normal [3] alta (elevada) [4] não sei responder

F. De maneira geral, como é o seu nível de **colesterol**?

[1] baixo [2] normal [3] alto (elevado) [4] não sei responder

G. Você sempre usa cinto de segurança e, se dirige, o faz respeitando as demais normas de trânsito?

[1] SIM [2] ÀS VEZES [3] NÃO

H. Você procura **cultivar as amizades**, tanto as antigas quanto as novas? [1] SIM [2] NÃO

I. Você está satisfeito com os relacionamentos na sua **vida privada**? [1] SIM [2] NÃO

J. Você está satisfeito com seus relacionamentos **profissionais**? [1] SIM [2] NÃO

K. No seu lazer você participa de confraternizações com amigos, festas, atividades esportivas em grupo ou frequenta associações e/ou clubes? [1] SIM [2] NÃO

PERCEPÇÃO DE ESTRESSE					
A. As questões desta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos DURANTE O ÚLTIMO MÊS . Em cada caso, você deverá indicar a frequência com que SENTIU ou PENSOU sobre estes acontecimentos. Marque com um X a sua resposta na escala ao lado da questão.					
No último mês, com que frequência você...	Nunca	Quase Nunca	Às Vezes	Pouco Freqüente	Muito Freqüente
1 ...ficou aborrecido por causa de algo que aconteceu inesperadamente?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
2 ...sentiu que foi incapaz de controlar coisas importantes na sua vida?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
3 ...esteve nervoso ou estressado ?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
4 ...esteve confiante em sua capacidade de lidar com seus problemas pessoais?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
5 ...sentiu que as coisas aconteceram da maneira que você esperava ?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
6 ...achou que não conseguiria lidar com todas as coisas que tinha por fazer?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
7 ... foi capaz de controlar irritações na sua vida?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
8 ...sentiu que todos os aspectos de sua vida estavam sob controle ?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
9 ...esteve bravo por causa de coisas que estiveram fora de seu controle ?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
10 ...sentiu que os problemas acumularam tanto que você não conseguiria resolvê-los	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!!!

APÊNDICE D

Carta de Apresentação da Pesquisa às Escolas



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
 ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA
 Programa de Pós-Graduação em Educação Física



Pelotas, 27 de maio de 2010.

Aos Srs.(Sras.) Diretores(as) das Escolas Municipais

Vimos por meio deste, apresentar o desenvolvimento da pesquisa intitulada “**Condições de Saúde e Estilo de Vida de Professores da Educação Básica**”, a qual virá a ser realizada com os professores da rede municipal de ensino de Bagé. O referido estudo faz parte do Programa de Pós-Graduação em Educação Física, em nível de Mestrado, da Universidade Federal de Pelotas, tendo como pesquisador principal o Prof. Marcio Neres dos Santos.

O objetivo principal deste trabalho é conhecer as condições gerais de saúde e estilo de vida da categoria docente, bem como as suas possíveis relações com as características de trabalho desses profissionais. Estudos desse gênero vêm sendo realizados em outros estados do País, porém os dados disponíveis ainda são limitados e escassos. Além disso, com o conhecimento dessas informações poderão ser viabilizadas estratégias visando à promoção de estilos de vida mais saudáveis entre os docentes, contribuindo de maneira significativa com a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da categoria.

Considerando a realização de tal investigação, solicitamos ao Sr. (Sra.) o apoio necessário para a implementação dos trabalhos. O apoio solicitado se dará, basicamente, com a colaboração dos diretores, supervisores e/ou secretários para a distribuição de questionários que deverão ser preenchidos pelos professores. Após o preenchimento desses questionários, solicitamos aos diretores, supervisores e/ou secretários o recolhimento e armazenamento destes documentos na escola para posteriormente serem recolhidos pelo do pesquisador responsável junto a instituição.

Vale lembrar, que a Secretaria Municipal de Educação de Bagé (SMED) reconhece o desenvolvimento de tal investigação e autorizou a visitação por parte dos pesquisadores às escolas para apresentação, convite e eventuais esclarecimentos relacionados à pesquisa. No entanto, em respeito à autonomia, a participação de escolas e professores é inteiramente voluntária, sem que acarrete qualquer prejuízo a estes. Além disso, todas as informações fornecidas pelas escolas e professores serão anônimas e mantidas em absoluto sigilo, sendo utilizadas apenas para fins de pesquisa.

O desenvolvimento desta pesquisa seguirá, ainda, a Resolução no. 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas com seres humanos no País, e as determinações do Conselho de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas.

Agradecemos, antecipadamente, a atenção dispensada e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos no e-mail: marcioneres@hotmail.com. No aguardo de sua deliberação, aproveitamos a oportunidade para externar nossos votos de distinta consideração e apreço.

Prof. Msdo. Marcio Neres dos Santos - Pesquisador

Prof. Dr. Alexandre Carriconde Marques - Orientador

2. RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

Dissertação de Marcio Neres dos Santos

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**



RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

**Indicadores de Estilo de Vida Relacionados à Saúde e
Características de Trabalho dos Professores Municipais de Bagé**

MARCIO NERES DOS SANTOS

**PELOTAS, RS
2010**

1. INTRODUÇÃO

Esta seção apresenta as informações gerais relativas ao trabalho de campo desenvolvido para um estudo de mestrado no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Educação Física (PPGEF), na área de Atividade Física e Saúde, da Escola Superior de Educação Física (ESEF), da Universidade Federal de Pelotas. O referido estudo teve como pesquisador responsável o mestrando Marcio Neres dos Santos, sob a orientação do professor Dr. Alexandre Carriconde Marques, no período entre Abril de 2009 e Dezembro de 2010.

Tendo em conta as características do estudo, os métodos de pesquisa utilizados, as características regionais e a disponibilidade de recursos, a condução dos trabalhos foi realizada de modo quase individual. Os trabalhos de revisão da literatura e discussão teórica foram realizados apenas pelos pesquisadores diretamente envolvidos no trabalho, senão quando da exposição do trabalho à banca de qualificação do projeto. As ações de campo referentes à realização do estudo estiveram a cargo do pesquisador responsável, salvaguardo quando explicitamente assim não identificadas.

O objetivo geral do estudo foi investigar os indicadores de estilo de vida relacionados à saúde dos professores da rede municipal de ensino de Bagé – RS, e sua associação com as características de trabalho desse grupo. Para tanto, realizou-se uma extensa investigação teórica com evidência científica relacionada ao tema, para obtenção de subsídios capazes de orientar e sustentar o desenvolvimento do trabalho. De posse desses dados, foram definidos os aspectos metodológicos de aplicação do estudo considerando as características locais específicas do trabalho.

Assim, realizou-se um estudo transversal junto aos professores municipais de Bagé – RS baseado nos objetivos anteriormente descritos. A obtenção dos dados foi realizada por meio de questionários (formulários) padronizados e auto-aplicáveis, os quais foram preenchidos pelos professores.

2. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foi elaborado um questionário padronizado e auto-administrável, desenvolvido especialmente para responder aos propósitos dessa pesquisa. Em sua construção, foram consideradas as características específicas da população estudada e as informações obtidas através da revisão de literatura relacionada ao tema. Desse modo, o instrumento incluiu elementos particulares ao

grupo em estudo e outros evidenciados na literatura, amplamente utilizados e já validados por vários outros estudos.

Foram utilizadas partes dos seguintes instrumentos listados abaixo:

- Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2010);
- Perfil do Estilo de Vida (NAHAS, 2006);
- Questionário de Hábitos Alimentares (CELAFISCS, 2008);
- Questionário Internacional de Atividades Físicas (IPAQ) versão curta;
- Escala de Estresse Percebido (COHEN; KAMARCK; MERMELSTEIN, 1983).

O instrumento foi composto prioritariamente por questões fechadas, que posteriormente foram codificadas para digitação e análise. Em sua estrutura, o questionário incluiu três seções principais, as quais envolviam informações relacionadas às características sócio-demográficas, características de trabalho e características de saúde e estilo de vida. Em cada seção do instrumento havia questões específicas de modo a atenderem os objetivos previamente estabelecidos.

No total, o instrumento foi composto por 67 questões, divididas em quatro páginas. Anexo a cada instrumento havia um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em modelo padrão estabelecido pelo PPGEF/ESEF, que deveria ser lido, assinado e devolvido junto com o questionário pelo respondente.

3. POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo envolveu todos os professores da rede municipal de ensino de Bagé – RS, a qual abrange a Educação Infantil, o Ensino Fundamental e a Educação de Jovens e Adultos (EJA). Tal fato se deu devido há alguns fatores particularmente relacionados a este trabalho, como as características do estudo, aspectos locais do município e os recursos logísticos disponíveis. Conforme dados da Secretaria Municipal de Educação (SMED), em 2010, havia 1238 professores na rede de ensino, divididos em 59 escolas, sendo 54 na zona urbana e cinco na zona rural. Todos os professores que estavam em atividade, nas instituições de ensino, foram convidados a participar do estudo.

Entretanto, foram observados aos indivíduos alguns critérios de participação previamente estabelecidos para o estudo. Tais critérios são descritos a seguir.

Critérios de Inclusão:

- a) Ser professor da Rede Municipal de Ensino de Bagé (SMED);

- b) Desempenhar suas atividades profissionais em alguma unidade escolar do município, independentemente da função (professor de sala de aula, direção, setor administração, setor pedagógico, biblioteca, laboratório de informática, entre outros).

Critérios de Exclusão:

- a) Ser professor estagiário (ainda em formação);
- b) Estar cedido para outras secretarias municipais ou para instituições do município ou fora dele;
- c) Estar afastado de suas atividades profissionais, isto é, que não esteja trabalhando por quaisquer motivos, por exemplo: licença médica, licença maternidade, licença prêmio, licença para qualificação, licença interesse, entre outros.

Tendo em conta a observância dos critérios de participação estabelecidos, foi realizado o levantamento do número de professores em cada unidade escolar por meio de visitas nas escolas da zona urbana e por telefone nas escolas da zona rural. Desse modo, a população do estudo constituiu-se de 1004 indivíduos, sendo que, destes, 414 indivíduos devolveram o questionário à escola, constituindo-se na amostra do estudo. Esses dados representaram uma taxa de retorno de 41,2% dos questionários. Um resumo relativo à distribuição e composição do grupo de indivíduos investigados, decorrente do trabalho de coleta de dados, é apresentado na tabela abaixo.

Zona	Escolas		Questionários Entregues		Questionários Devolvidos		Taxa de retorno
	n	%	n	%	n	%	%
Norte	18	31,0	285	28,4	134	32,4	47,0
Sul	8	13,8	155	15,4	34	8,2	21,9
Leste	12	20,7	266	26,5	117	28,3	44,0
Oeste	9	15,5	150	14,9	63	15,2	42,0
Centro	7	12,1	133	13,2	55	13,3	41,4
Rural*	4	6,9	15	1,5	11	2,7	73,3
Total	58	100	1004	100	414	100	41,2

* Nesse caso, das cinco escolas existentes na zona rural, uma não participou do estudo.

4. TRABALHO DE CAMPO

Foi realizado um estudo epidemiológico transversal junto à rede municipal de ensino de Bagé – RS. Primeiramente, foi realizado o contato com a Secretaria Municipal de Educação (SMED), através de uma visita e entrega de uma carta-convite para a obtenção da autorização necessária à implementação do estudo. Com a autorização recebida da SMED, foram enviadas cartas-convite para todas as 58 escolas, da zona urbana e rural, que compõem a rede municipal de ensino. No conteúdo das cartas, havia a apresentação da pesquisa, seus principais objetivos, os métodos de realização do trabalho, a solicitação de colaboração da direção da escola, a disponibilização de um endereço eletrônico (*e-mail*) para contato e a formalização do convite a todos os professores da escola para participarem do estudo.

Após o envio das cartas às escolas, todas aquelas localizadas na zona urbana do município foram visitadas, sendo reforçado o convite de participação a todos os professores, expostos os objetivos e a importância do estudo, feito o esclarecimento das dúvidas relacionadas ao estudo e realizada a entrega dos questionários. Nas escolas localizadas na zona rural, o contato inicial foi realizado por telefone, sendo apresentada a pesquisa, seus objetivos e realizando o convite a todos os professores da escola. Após, foram enviados a estas escolas, por meio do transporte escolar, os questionários de coleta de dados, a carta de apresentação da pesquisa e um formulário com instruções gerais aos diretores para a aplicação do estudo.

Nas escolas, os questionários eram deixados com um dos membros das equipes diretivas sendo solicitado que fossem entregues um para cada professor da escola, independentemente de sua função no estabelecimento. Cada professor deveria preencher o questionário e devolvê-lo à escola no prazo aproximado de uma semana típica. Passado esse período, as escolas eram novamente visitadas para o recolhimento dos questionários, sendo, na maioria dos casos, realizadas em torno de três a quatro visitas para esse recolhimento. O período de visitação às escolas para coleta de dados ocorreu entre os meses de Agosto e Setembro de 2010.

5. ELABORAÇÃO DO BANCO DE DADOS

Após o recolhimento dos questionários as informações foram revisadas e codificadas antes do processo de digitação. Um banco de dados foi elaborado no

software EpiData 3.1 para a digitação dos dados pelo pesquisador responsável. Posteriormente, o banco de dados foi “exportado” para outro formato de arquivo digital, de modo que fosse possível realizar a análise em um *software* estatístico.

6. ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística dos dados foi realizada no *software* estatístico SPSS 17.0. Foram empregados procedimentos da estatística descritiva, com cálculo de média, desvio padrão, amplitude de variação e distribuição de freqüências. Para as associações, foram categorizadas as variáveis de estilo de vida “percepção de saúde” e “nível de atividade física” dos professores. Essas variáveis foram cruzadas em tabelas de contingência com as variáveis sócio-demográficas e as variáveis relacionadas ao trabalho, e calculado o teste do qui-quadrado. O nível de significância aceito para associações foi de $p < 0,05$.

3. ARTIGO CIENTÍFICO: *Indicadores de Estilo de Vida Relacionados à Saúde e Características de Trabalho dos Professores Municipais de Bagé, RS*

Dissertação de Marcio Neres dos Santos

INDICADORES DE ESTILO DE VIDA RELACIONADOS À SAÚDE E
CARACTERÍSTICAS DE TRABALHO DOS PROFESSORES MUNICIPAIS DE
BAGÉ, RS.

*Lifestyle indicators health-related and work's characteristic of municipal teachers in
Bagé, RS*

Marcio Neres dos Santos^{1,2}

Alexandre Carriconde Marques^{2,3}

¹Secretaria Municipal de Educação, Prefeitura Municipal de Bagé, RS, Brasil

²Grupo de Estudos em Epidemiologia da Atividade Física – ESEF/Universidade Federal de Pelotas, Brasil

³Escola Superior de Educação Física, Universidade Federal de Pelotas, Brasil

Contato

Marcio Neres dos Santos

Grupo de Estudos em Epidemiologia da Atividade Física, Curso de Mestrado em Educação Física, Escola Superior de Educação Física, Universidade Federal de Pelotas

Rua Luiz de Camões 625 – CEP 96055-630, Pelotas, RS, Brasil

Fone (fax): 53 3273-2752 – E-mail: marcioneres@hotmail.com

Título corrido: Estilo de vida e características de trabalho de professores

RESUMO

Existe pouca informação sobre as condições de saúde e estilo de vida de professores. O objetivo foi investigar os indicadores de estilo de vida relacionados à saúde e as características de trabalho dos professores municipais de Bagé, RS. Realizou-se um estudo descritivo, com questionários auto-aplicáveis, envolvendo 414 professores municipais da zona urbana e rural. Utilizaram-se procedimentos de estatística descritiva. A maioria dos indivíduos foi do sexo feminino (96,1%), da classe econômica B (70%), com elevada escolaridade, pouco tempo de docência e moderada carga de trabalho (Média=27,4±11,4 h/sem). A maioria considerou sua saúde positiva (85,7%) apesar das elevadas prevalências de ingestão reduzida de frutas e verduras (79,6%), excesso de peso (46,6%) e do escore de estresse negativo (30 pontos). Foram considerados fisicamente ativos 63,5% dos indivíduos. Embora percebam sua saúde como positiva, existem comprometimentos em alguns aspectos do estilo de vida. Pode ser que fatores regionais e características típicas do interior tenham influenciado nos resultados.

PALAVRAS-CHAVE: professor, saúde, estilo de vida

ABSTRACT

There is little information about health conditions and lifestyles of teachers. The aim was to investigate the indicators of lifestyle and health-related characteristics of work of municipal teachers from Bagé, RS. We conducted a descriptive study with self-reported questionnaires involving 414 city teachers from urban and rural. We used descriptive statistical procedures. Most subjects were female (96.1%), economy class B (70%) with high school, little time in teaching and moderate workload (mean = 27.4 ± 11.4 h / wk). Most considered their health positively (85.7%) despite the high prevalence of low intake of fruits and vegetables (79.6%), overweight (46.6%) and negative stress score (30 points). Were considered physically active 63.5% of individuals. Although perceive their health as good, there are compromises in some aspects of lifestyle. It may be that regional factors and typical characteristics of the inland have influenced the results.

KEY-WORDS: teacher, health, life style

Introdução

A condição de saúde é um aspecto fundamental tanto para a qualidade de vida como para a capacidade de trabalho do indivíduo. As relações entre a condição de saúde e o trabalho têm sido investigadas em diferentes áreas do conhecimento, revelando a preocupação dos pesquisadores quanto à influência mútua entre esses fatores. No campo da educação, tem se evidenciado um crescimento quanto ao número de agravos relacionados à saúde dos professores, sendo frequentemente associados às características e condições de trabalho existentes^{1, 2}. Os prejuízos observados afetam tanto a saúde física como psicológica e podem comprometer a capacidade de trabalho dos professores³.

As complicações de saúde mais frequentes na categoria docente incluem os distúrbios psicológicos, exigências ergonômicas relacionadas ao trabalho e outros problemas de saúde geral, em que tomam importância as doenças crônicas associadas ao estilo de vida³. Destacam-se entre os distúrbios psicológicos o estresse, depressão, esgotamento mental e a síndrome de Burnout^{1, 3, 4, 5}, e entre as exigências ergonômicas do trabalho os sintomas osteomusculares^{6, 7, 8} e distúrbios vocais^{9, 10}. A ocorrência de doenças crônicas relacionadas ao estilo de vida também tem adquirido relevância na categoria docente. Alguns dados apontam que em profissões, como a docente, onde a demanda de trabalho é elevada, o controle sobre as atividades é limitado e existe um escasso suporte social, os principais riscos à saúde são relacionados a doenças desse tipo³. Tal fato pode ser evidenciado através das elevadas prevalências de hábitos alimentares inadequados, inatividade física e consumo de álcool observadas entre professores^{11 - 16}, sendo estes, comportamentos sabidamente associados ao risco de doenças crônicas.

Por outro lado, apesar de se constituírem em um dos grupos de profissionais mais numerosos do país¹⁷, a busca por estudos sobre o estilo de vida de professores revela uma carência desses trabalhos. Além disso, a maioria das investigações realizadas enfocou os aspectos de saúde mental, distúrbios osteomusculares e transtornos vocais^{6 - 9, 18, 19}. As investigações sobre os hábitos do estilo de vida dos professores são ainda mais reduzidas, e envolveram, especialmente, os docentes que atuam no ensino superior^{14, 15, 20}. Ademais, poucos estudos sobre o estilo de vida dos professores realizaram-se fora de grandes centros urbanos. Desse modo, o objetivo deste trabalho foi investigar os indicadores de estilo de vida relacionados à saúde e as características de trabalho dos professores municipais de Bagé – RS.

Métodos

A cidade de Bagé – RS está localizada no extremo sul do país, fazendo fronteira com o Uruguai na região da campanha. Possui uma população de aproximadamente 117 mil habitantes e tem sua economia baseada no setor de serviços e na agropecuária ²¹, podendo ser considerada uma das cidades pólo da região. Apresenta uma ampla rede educacional, com escolas básicas, profissionalizantes e universidades, das redes públicas e privadas, atraindo estudantes e professores de diversas regiões do país.

Em 2010, nos meses de agosto e setembro, realizou-se um estudo descritivo junto à rede municipal de ensino. Conforme dados da Secretaria Municipal de Educação, a rede contava com 59 escolas (54 na zona urbana e cinco na zona rural), compreendendo a educação infantil, o ensino fundamental e a educação de jovens e adultos, e um quadro de 1238 professores. Todas as escolas da rede e os seus respectivos professores foram convidados a participar. Foram excluídos do estudo os professores cedidos para outras secretarias municipais ou para outras instituições do município ou fora dele, os professores afastados do trabalho e os professores estagiários.

Foram enviadas cartas de apresentação da pesquisa às escolas. Após, todas as escolas da zona urbana foram visitadas para reapresentação da pesquisa e levantamento dos dados necessários a sua implantação. Os formulários eram deixados com um dos membros da direção, sendo solicitado que fossem distribuídos a todos professores para o preenchimento e devolução à escola no prazo de aproximadamente uma semana. Após, as escolas foram revisitadas para o recolhimento dos instrumentos, variando o número de visitas de modo que fosse recolhido o máximo de questionários possível. Nas escolas da zona rural, foi realizado contato por telefone para o convite e esclarecimentos sobre o estudo, e obtenção de informações da escola. Posteriormente, os questionários foram enviados e recolhidos através transporte escolar.

Os dados foram coletados por um questionário anônimo auto-aplicado dividido em três blocos principais, abrangendo informações sócio-demográficas, de trabalho, e de saúde e estilo de vida. As variáveis sócio-demográficas consideradas foram gênero, idade, cor da pele, estado civil, número de dependentes econômicos e classe econômica, medida pelo critério da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa ²². As variáveis relacionadas ao trabalho compreenderam o nível de formação acadêmica, tempo de docência no município, número de escolas e de turmas em que o professor leciona, carga horária de trabalho semanal, turnos trabalhados, área/componente curricular que

leciona, absenteísmo no último ano e possuir outra ocupação remunerada (diferente da docência pelo município). O bloco sobre as características de saúde e estilo de vida estava subdividido em cinco seções, referentes à percepção de saúde, hábitos alimentares, atividades físicas, atitudes e comportamentos e percepção de estresse.

A percepção de saúde geral foi avaliada por uma escala de cinco categorias ordenadas, considerando a percepção de saúde negativa (ruim, regular) e a percepção de saúde positiva (boa, muito boa, ótima). Na avaliação da percepção de efeito negativo do trabalho sobre a saúde física e/ou mental foi criada uma questão de resposta dicotômica, para a percepção afirmativa ou não do indivíduo sobre esse fato. Os hábitos alimentares foram mensurados baseando-se no Questionário sobre Hábito Alimentar – CELAFISCS²³, incluindo questões sobre a frequência diária de consumo de alimentos e da realização de refeições. Os critérios de avaliação dos hábitos alimentares se basearam no Guia Alimentar para população Brasileira²⁴. Foram obtidas medidas de peso e estatura auto referidas para avaliação da composição corporal pelo cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) em kg/m². O nível de atividade física foi mensurado através do Questionário Internacional de Atividades Físicas²⁵ versão curta e avaliado baseando-se na atual recomendação internacional de atividade física²⁶. O escore de atividade física foi obtido multiplicando o total de dias de atividades físicas semanal pelo tempo de duração estimado das atividades, sendo que o tempo das atividades físicas vigorosas foi contado em dobro. Foram considerados ativos os indivíduos com escore igual ou superior a 150 minutos por semana. A avaliação das atitudes e comportamentos se baseou no Perfil do Estilo de Vida²⁷, com questões sobre o tabagismo, o consumo de álcool, pressão arterial e nível de colesterol auto-relatados, o respeito às normas de trânsito, o cultivo de amizades, satisfação com relacionamentos profissionais e privados, e a participação em atividades sociais. O estresse foi medido por meio do instrumento *Perceived Stress Scale* (PSS)²⁸ adaptado, que mede a percepção do indivíduo sobre eventos estressores na vida em geral nos últimos trinta dias. Este instrumento foi traduzido e adaptado para o português, demonstrando adequada validade e confiabilidade para utilização em professores e grupos semelhantes²⁹. A percepção de estresse foi considerada elevada para os indivíduos com um escore $\geq 75^{\circ}P$ (percentil), assim como em outros estudos¹⁵.

As informações foram digitadas em um banco de dados criado no *software* EpiData 3.1. Posteriormente a análise de dados foi realizada através do *software* estatístico SPSS

17.0. Empregaram-se procedimentos da estatística descritiva, com cálculo de médias, desvio-padrão, amplitude de variação e distribuição de frequências

No preenchimento dos formulários, os indivíduos foram instruídos a ler e assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido anexo ao instrumento, o qual trazia informações gerais sobre o estudo e confirmava a participação voluntária dos indivíduos. O desenvolvimento do estudo seguiu a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas com seres humanos no País, e foi aprovado por parecer (protocolo nº 132/2010) pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas.

Resultados

Após a entrega dos formulários considerando os critérios de exclusão a população do estudo contou com 1.004 professores, dos quais, 414 participaram do estudo totalizando uma taxa de retorno de 41,2% dos questionários. Entre todas as escolas, apenas uma da zona rural, a qual tinha apenas um professor, não participou do estudo. Assim, 58 escolas participaram do estudo, sendo 54 (93%) da zona urbana e quatro (7%) da zona rural.

O grupo dos professores municipais de Bagé foi constituído predominantemente por indivíduos do sexo feminino (96,1%) e declararam-se de cor branca 82,8%. São casados 53,7% dos indivíduos, 31,4% declararam não possuir dependentes econômicos e a maioria (70%) incluiu-se na classe econômica B. A média de idade foi de $40,1 \pm 9,4$ anos e variou de 20 a 65 anos. Essas prevalências são descritas na tabela 1.

Quanto às características de trabalho (tabela 2), 58,6% dos professores tem especialização e 55% trabalhava somente em uma escola, porém 63,5% em dois turnos. Aproximadamente três quartos dos professores não possuíam outra ocupação remunerada. Quanto ao número de turmas, 63,7% lecionavam para uma ou duas turmas, enquanto o número médio de turmas por professor foi de $3,3 \pm 3,1$ turmas. O tempo médio de atuação no município foi de $11,5 \pm 9,2$ anos, sendo que 47,8% lecionavam na rede municipal a menos de dez anos. A carga horária semanal média de trabalho foi de $27,4 \pm 11,4$ horas e quase 60% dos docentes trabalhavam mais de 20 horas semanais. Por área de ensino, 67,5% atuavam no ensino fundamental e 25,6% na educação infantil. Em relação ao absenteísmo, 38% referiram ausentar-se do trabalho ao menos uma vez nos últimos doze meses.

Os dados sobre estilo de vida e saúde são apresentados na tabela 3. A percepção da condição de saúde geral foi positiva para 85,7% dos professores. Entretanto, um terço deles (33,7%) percebeu algum efeito prejudicial do trabalho sobre sua saúde física ou mental. Os escores de estresse variaram de 10 a 44 pontos, tendo valor médio de $24,9 \pm 6,6$ pontos. Um quarto (25,7%) dos professores apresentou percepção negativa de estresse, alcançando escores iguais ou superiores a 30 pontos no instrumento.

Entre os hábitos alimentares, a maioria (79,1%) realiza três ou mais refeições ao longo do dia. A quantidade diária de frutas e verduras consumidas foi menor do que três porções para 79,6% dos indivíduos, sendo que 7,4% relataram não consumir nenhuma porção de frutas ou verduras por dia e somente 1,5% consomem cinco ou mais porções desses alimentos. A ingestão diária de açúcares e doces relatada foi substancial, com 44,5% apresentando um consumo elevado desses alimentos. O consumo diário de alimentos protéicos (carnes, ovos e grãos) foi maior que duas porções diárias para 68,1% dos indivíduos. O consumo de óleos e gorduras apresentou-se elevado em exatamente metade dos professores. Entretanto, 11,3% relataram não consumir óleos e gorduras em sua alimentação diária. O valor médio de IMC foi de $25,3 \pm 4,0$ kg/m² e a amplitude dos escores variou de 16,5 a 38,9 kg/m². Pouco mais da metade (52,1%) dos professores apresentaram valores adequados de IMC, no entanto, classificaram-se com sobrepeso 32,3% e com obesidade 14,3%.

Classificaram-se como fisicamente ativos 63,5% dos professores. Entretanto, a participação em atividades físicas é menor do que três dias por semana para 51,2% dos indivíduos nas atividades de caminhada, 73% nas atividades moderadas e 90,5% nas atividades físicas vigorosas. O tempo médio de atividade física geral foi de $475,5 \pm 583,4$ minutos/semana. Considerando as atividades físicas segundo a intensidade, o tempo médio da caminhada foi de $213,4 \pm 327,1$ minutos/semana, das atividades moderadas de $164,1 \pm 283,6$ minutos/semana e das atividades vigorosas de $98 \pm 239,1$ minutos/semana. O tempo médio que os professores relataram permanecer sentados em um dia típico de semana foi de $3,4 \pm 2,1$ horas/dia e em um dia de final de semana foi de $4,9 \pm 3,3$ horas/dia.

Apenas 14,1% declararam-se fumantes e o consumo de álcool foi relatado por 21,6% dos professores. No entanto, observou-se consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 9,6% dos indivíduos. A pressão arterial foi elevada em 19,6% dos professores e abaixo do normal em 28,7%. Quanto aos níveis de colesterol, 17,2% dos docentes

desconhecem os valores e 11,8% relataram níveis elevados. Por outro lado, 85,5% dos indivíduos relataram fazer consultas médicas preventivas. O perfil quanto às atitudes foi positivo, com 98,8% cultivando as amizades, 95% satisfeitos com seus relacionamentos profissionais e privados e 82,8% ativos socialmente, porém 7,3% não respeitam as normas de trânsito e 36% somente às vezes.

Discussão

Os achados deste trabalho são relevantes, pois contribuem com o aumento das informações referentes à saúde do trabalhador, particularmente o professor. Através de uma ampla gama de informações foi possível conhecer aspectos do estilo de vida relacionados à saúde de professores da educação básica. Os dados trazem informações obtidas fora dos grandes centros urbanos, especificamente no extremo sul brasileiro, na fronteira com o Uruguai. As características particulares presentes neste trabalho expõem um contexto não abordado em outros estudos.

A predominância do sexo feminino entre docentes da educação básica também é evidenciada em outros estudos^{11, 16, 18, 19,30}, já no ensino superior essa proporção tende a ser mais equilibrada podendo apresentar-se de forma inversa^{14, 15, 20}. À medida que aumentam os anos de ensino também aumenta a participação masculina na categoria¹⁷. A maioria dos docentes declarou ser de cor branca, casado, possuir dependentes e foi classificado na classe econômica B, esses dados concordam com os observados em outros estudos^{15, 16}. A média de idade foi considerada alta, mas acompanha aquela observada em outros trabalhos^{11, 17, 19, 30}.

O corpo docente apresentou uma alta proporção de indivíduos com qualificação adequada à profissão. Embora, apenas 0,5% dos docentes tivessem formação no nível de mestrado e nenhum em nível de doutorado, a maioria (86%) tinha curso superior com ou sem especialização. A proporção de professores com formação superior e pós-graduação (59,1%) foi superior aquela encontrada em outros estudos de diferentes regiões do país^{16, 30, 31}. Pode ser que o percentual reduzido de professores com qualificação *stricto sensu* deva-se a pequena oferta de cursos nesse nível na região, ou pelo fato de que o plano de carreira do magistério municipal de Bagé não discrimine diferenças em termos de remuneração ou vantagens entre os níveis de pós-graduação, desestimulando a procura desses cursos pelos docentes, ou ainda, porque os professores não sentem necessidade de uma qualificação mais aprimorada para as exigências decorrentes de sua prática na escola.

O tempo médio de docência pelo município (11,5 anos) entre os professores de Bagé foi similar ao encontrado entre os professores particulares¹⁸ e municipais³¹ de Vitória da Conquista – BA. Embora a média de idade dos professores tenha sido considerada alta, quase metade dos indivíduos lecionava no município a menos de dez anos. A realização de concursos públicos municipais nos últimos anos pode ter contribuído para a elevada proporção de professores com pouco tempo de atuação, assim como, pelo expressivo número de professores formados anualmente, em decorrência da existência de vários cursos superiores de licenciatura na cidade.

A maioria dos professores atua em apenas uma escola, concordando com os dados observados por outros estudos^{17, 18}. No entanto, uma importante proporção de professores apresentou carga horária semanal de trabalho superior a 20 horas. A carga horária semanal média de trabalho (27,4 horas) pode ser considerada moderada, situando-se entre os valores observados em outros estudos de diferentes regiões do país^{16, 18, 30, 31}. A maioria dos professores atuava em até duas turmas e o número médio de três turmas por professor foi inferior ao observado por Delcor et al.¹⁸ e Santos¹⁶, respectivamente, de quatro e cinco turmas. Em nível nacional a proporção de professores que atua em até duas turmas é de 82,4% na educação infantil (pré-escola) e no ensino fundamental de 85,5% nas séries iniciais e 27,8% nas séries finais¹⁷. Salienta-se que nas séries finais do ensino fundamental, tradicionalmente, os professores atuam em várias turmas, mas trabalhando apenas com uma disciplina. Nesse caso, 60,7% dos professores brasileiros trabalham com apenas uma disciplina¹⁷.

Considerando a quantidade de turnos trabalhados, a maioria dos professores atua em dois turnos de trabalho (matutino e vespertino), diferentemente do que é observado em nível nacional, onde a maioria atua somente no período matutino¹⁷. Isso demonstra a atividade docente como principal fonte de trabalho para os indivíduos. A busca por uma melhor remuneração aliada à escassez de empregos na região pode influenciar nesses resultados. Entretanto, 25,1% dos professores reportaram exercer outra atividade remunerada além da docência no município. Um resultado proporcionalmente superior ao observado entre os professores municipais de Belo Horizonte (10,9%)¹⁹ e Vitória da Conquista (8,8%)³¹.

Cerca de quatro em cada dez professores se afastaram do trabalho no último ano. Essa elevada proporção pode influenciar negativamente o trabalho na escola. O absentismo e o aumento de agravos de saúde entre professores têm sido evidenciados na literatura e

parecem relacionar-se às características de trabalho existentes ^{1, 2}. Os problemas são psicológicos e físicos e podem prejudicar a capacidade de trabalho dos docentes ³.

Um elevado percentual de professores percebeu sua saúde como positiva, com apenas 14,3% avaliando sua saúde como negativa. Prevalência um pouco menor (10,1%) foi observada entre os professores universitários do sul do país ¹⁵. Alguns dados mostram dificuldades dos professores em perceberem aspectos desfavorecidos no trabalho, saúde e qualidade de vida ³², esse fator pode ter influenciado na baixa percepção de saúde negativa encontrada. Cerca de um terço dos professores investigados referiu que o trabalho produz efeitos negativos sobre a saúde física e/ou mental. Assim, apesar de satisfeitos com seu estado de saúde, uma importante proporção de professores reconhece prejuízos à saúde decorrentes do trabalho. O escore médio de estresse (24 pontos) foi superior ao observado entre docentes universitários (17 pontos) ¹⁵, assim como o valor máximo encontrado de 44 e 35 pontos, respectivamente. O estresse é um dos transtornos psíquicos mais comuns na categoria e relaciona-se com fatores ocupacionais, como a carga de trabalho e tempo de docência, sendo apontado como um importante fator para incapacidade ocupacional ^{1, 4, 5}. A prevalência de problemas de saúde mental entre professores brasileiros varia entre 41,5 a 50,3% ^{18, 19, 31}. Na América do Sul, os transtornos de saúde mental destacam-se entre os principais problemas de saúde docente, com o estresse variando de 34% no Uruguai e Argentina a 48% no Equador ³.

Em geral o número de refeições alcançado foi satisfatório, sendo superior ao observado entre professores universitários de Santa Catarina ²⁰. Identificou-se uma elevada proporção de indivíduos com consumo insuficiente de frutas e verduras, sendo que a cada dez professores apenas dois consomem a quantidade mínima recomendada. No estudo de Reis ¹⁵ a prevalência do consumo insuficiente de frutas e verduras foi similar, em contrapartida, Silva²⁰ observou um consumo insuficiente de frutas e verduras em somente 18,7% dos professores investigados. Destacam-se, ainda, o consumo elevado de açúcares, e óleos e gorduras, ambos envolvendo cerca de metade dos professores. Os hábitos alimentares inadequados estão entre os comportamentos de estilo de vida frequentemente observados na categoria docente ^{11, 12, 15} e alertam para a necessidade de maior atenção dos professores à sua alimentação, devido à importância que os aspectos nutricionais têm sobre a saúde e prevenção de doenças ^{24, 33}.

Foi grande a prevalência de excesso de peso envolvendo quase metade dos docentes, sendo 32,3% com sobrepeso e 14,3% com obesidade. Entre professores de Joinville, essas prevalências foram de 37,6% para sobrepeso e 14,9% para obesidade ¹⁶. O sobrepeso e a obesidade, fatores diretamente relacionados aos hábitos alimentares, estão aumentando em todo o mundo e respondem isoladamente por aproximadamente 5% das taxas mundiais de morte na população em geral, representando 2,8 milhões de óbitos ³³.

A prevalência de atividade física foi elevada envolvendo quase dois terços dos indivíduos. Contudo, grande parte dos professores não se exercita de forma regular (menos de três dias por semana), especialmente em atividades físicas moderadas e vigorosas. Os resultados de inatividade física observados neste estudo foram positivos em comparação aos dados nacionais envolvendo a população que variaram de 28,2% a 54,5%, sendo que em metade das cidades estudadas os valores de inatividade foram superiores aos observados neste estudo ³⁴. Também são positivos os valores de inatividade física dos professores de Bagé comparados aos dados regionais observados na população de Pelotas – RS com 52% de inatividade física ³⁵. Nos estudos com professores, os dados mostram que o percentual de indivíduos inativos fisicamente foi superior ao observado entre os docentes de Bagé e variaram de 40,5% a 70,7% ^{14, 15, 16}.

Entretanto, as análises sobre atividade física devem ser feitas com cautela devido ao fato de que algumas questões metodológicas podem influenciar nos resultados, por exemplo, os modelos de instrumento, o tipo de medida e os critérios de classificação. Nesse trabalho o instrumento de mensuração da atividade física foi o IPAQ em sua versão curta, o qual analisa o nível de atividade física auto referido em quatro domínios (trabalho, transporte, lazer e no lar) através de questões gerais. Por vezes o IPAQ na versão longa é utilizado sendo considerados apenas determinados domínios para compor o escore de atividade física. Ademais, em nosso estudo o critério de avaliação considerou como ativos aqueles indivíduos que alcançaram um montante de no mínimo 150 minutos de atividade física por semana e inativos todos os demais. Em alguns casos, a classificação da atividade física se dá em inativos, insuficientemente ativos e ativos fisicamente. Uma similaridade dos métodos de avaliação da atividade física entre os estudos é desejável, pois permite uma comparação e análise dos resultados de maneira mais precisa.

A proporção de fumantes foi pequena acompanhando a tendência de tabagismo observada em estudos com professores brasileiros e estrangeiros ^{18, 19, 36, 37}. O relato do

consumo de bebidas alcoólicas de dois em cada dez professores foi baixo comparado a outros estudos em que a prevalência observada variou de 62,5% a 75%^{13, 15, 20}. Contudo, observou-se consumo abusivo de bebidas alcoólicas em aproximadamente 10% dos professores, sendo este um valor superior ao encontrado por Reis¹⁵ entre professores universitários. Destacou-se, ainda, uma importante proporção de professores com pressão arterial elevada observada em cerca de dois em cada dez indivíduos, sendo um resultado similar ao encontrado entre professores de Salvador – BA⁶. Esses dados podem indicar alguma relação entre pressão arterial e características existentes no trabalho e/ou no estilo de vida dos professores, no entanto, em ambos os estudos a pressão arterial foi auto-relatada. A maioria dos professores relatou ter níveis normais colesterol. Chama atenção que uma considerável parcela de indivíduos desconhece seus níveis de colesterol, ainda mais considerando que a maioria dos docentes (85,5%) declarou realizar consultas médicas preventivas. Esse fato sugere que o conteúdo das consultas médicas, provavelmente, está associado apenas à realização de atividades menos complexas, como exames clínicos, obtenção de atestados, entre outras.

Embora tenham sido tomados cuidados, a elaboração deste estudo contou algumas limitações. A obtenção dos dados por meio de questionários auto-aplicados é um importante fator limitador, pois podem ocorrer interpretações equivocadas de questões, além do pouco controle sobre a veracidade das respostas. Outro problema são as baixas taxas de retorno dos questionários, embora as taxas obtidas neste trabalho tenham sido superiores aquelas observadas em outros trabalhos semelhantes^{11, 12, 16}. O reduzido número de estudos sobre os aspectos estilo de vida de professores, além da diversidade dos enfoques abordados nos estudos existentes, também pode ter limitado a possibilidade de comparações com resultados encontrados.

Em conclusão, os professores municipais de Bagé caracterizam-se como um grupo predominantemente feminino, de média idade, com elevada escolaridade, atuando a pouco tempo no município, porém com uma moderada carga de trabalho. Percebem-se com uma saúde positiva, embora efeitos negativos do trabalho e o estresse estejam presentes no seu cotidiano. Grande parte apresenta comprometimentos em relação aos hábitos alimentares, especialmente ingestão insuficiente de frutas e verduras, e na composição corporal. Por outro lado, a maioria dos sujeitos é fisicamente ativa. Os professores perceberam sua saúde como positiva, porém apresentam comprometimentos

em alguns aspectos do estilo de vida. Pode ser que fatores regionais e características típicas do interior tenham influenciado nos resultados.

Contribuição dos Autores

M. N. Santos conduziu a elaboração do projeto, revisão de literatura, trabalho de campo, análise e interpretação dos dados e resultados, redação do artigo e aprovou a versão final do texto. A. C. Marques participou na orientação de todas as etapas e aprovou a versão final do texto.

Referências

1. CRUZ RM, LEMOS JC. Atividade docente, condições de trabalho e processos de saúde. *Motrivivência*. 2005 Jun;24(17):59-80.
2. GASPARINI SM, BARRETO SM, ASSUNÇÃO AA. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. *Educação e Pesquisa*. 2005 Mai-Ago;31(2):180-199.
3. GARRIDO MP. Análisis comparativo. In: *Condiciones de trabajo y salud docente*. OREALC/UNESCO. 2005.
4. EMSLEY R, EMSLEY L, SEEDAT S. Occupational disability on psychiatric grounds in South African school-teachers. *Afr J Psychiatry*. 2009;12:223-226.
5. PHILIPS SJ, SEM D, McNAMEE R. Risk factors for work-related stress and health in head teachers. *Occupational Medicine*. 2008;58:584-586.
6. PORTO LA, REIS IC, ANDRADE JM, NASCIMENTO CR, CARVALHO FM. Doenças ocupacionais em professores atendidos pelo Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador (CESAT). *Rev Baiana Saúde Pública*. 2004 Jan-Jul;28(1):33-49.
7. CARVALHO AJFP, ALEXANDRE NMC. Sintomas osteomusculares em professores do ensino fundamental. *Rev Bras Fisioterapia*. 2006; 10(1):35-41.
8. FERNANDES MH, ROCHA VM, OLIVEIRA AGRC. Fatores associados à prevalência de sintomas osteomusculares em professores. *Rev Salud Publica*. 2009;11(2):256-267.
9. JARDIM R, BARRETO SM, ASSUNÇÃO AA. Condições de trabalho, qualidade de vida e disfonia entre docentes. *Cad Saúde Pública*. 2007 Out;23(10):2439-2461.

10. KOWALSKA MS, BOGUSZ EM, FISZER M, SPYCHALSKA TL, KOTYLO P, PRZYGOCKA BS. *et al.* The prevalence and risk factors for occupational voice disorders in teachers. *Folia Phoniatr Logop.* 2006; 58(2):85-101.
11. LEMOS CAF, NASCIMENTO JV, BORGATTO AF. Parâmetros individuais e sócio-ambientais da qualidade de vida percebida na carreira docente em educação física. *Rev Bras Educ Fís Esp.* 2007 Abr-Jun;21(2):81-93.
12. BOTH J, NASCIMENTO JV, BORGATTO AF. Estilo de vida dos professores de educação física ao longo da carreira docente no estado de Santa Catarina. *Rev Bras Atividade Física e Saúde.* 2007;12(3):54-64.
13. CHANG, E. T.; CANCHOLA, A. J.; LEE, V. S.; CLARKE, C. A.; PURDIE, D. M.; REYNOLDS, P. *et al.* Wine and other alcohol consumption and risk of ovarian cancer in the California Teachers Study cohort. *Cancer Causes and Control.* 2007;18:91-103.
14. PETROSKI EC. Qualidade de vida no trabalho e suas relações com estresse, nível de atividade física e risco coronariano de professores universitários [Tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção; 2005, 163 p.
15. REIS RS. Comportamentos de risco à saúde e percepção de estresse dos professores universitários das IFES do sul do Brasil [Tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção; 2005, 134 p.
16. SANTOS JFS. Atividade física, saúde mental e percepção de trabalho dos professores da rede municipal de ensino de Joinville [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Educação Física; 2006, 100 p.
17. INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS. Estudo exploratório sobre o professor brasileiro com base nos resultados do Censo Escolar de 2007. Ministério da Educação, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Brasília: INEP, 2009.
18. DELCOR NS, ARAÚJO TM, REIS EJFB, PORTO LA, CARVALHO FM, SILVA MO, BARBALHO L, ANDRADE JM. Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Victoria da Conquista, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2004 Jan-Fev;20(1):187-196.

19. GASPARINI SM, BARRETO SM, ASSUNÇÃO AA. Prevalência de transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006 Dec;22(12):2679-2691.
20. SILVA R. Características do estilo de vida e qualidade de vida de professores do ensino superior público em Educação Física [Tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção; 2006, 246p.
21. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 27 dez 2010.
22. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISAS (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil. 2010.
23. CELAFISCS Questionário de Hábitos Alimentares. Questionários. 2008. Disponível em: <<http://celafiscs.institucional.ws/65/questionarios.html>>. Acesso em: 10 mar 2010.
24. BRASIL. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
25. INTERNATIONAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE (IPAQ). Disponível em: <<http://www.ipaq.ki.se>>. Acesso em: 23 jan 2010.
26. HASKELL, W. L.; LEE, I. M.; PATE, R. R.; POWELL, K. E.; BLAIR, S. N.; FRANKLIN, B. A. *et al.* Physical Activity and Public Health. Update recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and American Heart Association. *Journal American Heart Association – Circulation*, 2007.
27. NAHAS, Markus Vinicius. Atividade física, aptidão física e saúde. Londrina: Midiograf, 2006.
28. COHEN, S.; KARMACK, T.; MERMELSTEIN, R. A global measure of perceived stress. *J Health and Social Behavior*. 1983;24:386-396.
29. REIS RS, HINO AAF, AÑEZ CRR. Perceived Stress Scale: reliability and validity study in Brazil. *J Health Psychol*. 2010;15(1):107-114.

30. FERNANDES MH, ROCHA VM. Impact of the psychosocial aspects of work on the quality of life of teachers. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31(1):15-20.
31. PORTO LA, CARVALHO FM, OLIVEIRA NF, SILVANY NETO AM, ARAÚJO TM, REIS EJFB, DELCOR NS. Associação entre distúrbios psíquicos e aspectos psicossociais do trabalho de professores. *Rev Saúde Pública.* 2006;40(5):818-26.
32. PENTEADO RZ, PEREIRA IMTB. Qualidade de vida e saúde vocal de professores. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(2):236-43.
33. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. World Health Organization, 2009.
34. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não-transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002-2003. INCA, 2004.
35. KNUTH AG, BACCHIERI G, VICTORA CC, HALLAL PC. Changes in physical activity among Brazilian adults over a 5-year period. *J Epidemiol Community Health* 2010;64:591-595.
36. ALNASIR FA. Bahraini school teacher knowledge of the effects of smoking. *Ann Saudi Med.* 2004 Nov-Dec;24(6):448-52.
37. REYNOLDS P, GOLDBERG D, HURLEY S, NELSON DO, HENDERSEN KD, BERNSTEIN L. Passive smoking and risk of breast cancer in the California Teachers Study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2004 Dec;18(12):3389-98.

Tabela 1. Características sócio-demográficas dos professores municipais de Bagé, RS, 2010.

	N	%
Sexo		
Masculino	16	3,9
Feminino	394	96,1
Cor da pele		
Branca	327	82,8
Não-branca	68	17,2
Idade		
20 a 29	65	16,0
30 a 39	111	27,4
40 a 49	168	41,5
50 ou mais	61	15,1
Estado civil		
Solteiro(a)	115	28,5
Casado(a)	217	53,7
Outros (viúvo, divorciado)	72	17,8
Dependentes econômicos		
Nenhum	127	31,4
Um	120	29,7
Dois ou mais	157	38,9
Classe econômica		
A	76	18,4
B	289	70,0
C e D	48	11,6

Tabela 2. Características relacionadas ao trabalho dos professores municipais de Bagé, RS, 2010.

	N	%
Formação		
Magistério	56	13,6
Superior	113	27,4
Especialização	242	58,6
Mestrado	2	0,5
Tempo de docência		
Até 10	191	47,8
11 a 20	108	27,0
21 ou mais	101	25,3
Escolas em que trabalha		
Uma	224	55,0
Duas	147	36,2
Três	36	8,8
Carga de trabalho (h-a/sem)		
Até 20	168	41,1
Mais de 20	241	58,9
Número de turmas		
Uma a duas	205	63,7
Três a quatro	57	14,3
Cinco ou mais	60	22,0
Turnos trabalhados		
Um	106	26,0
Dois	259	63,5
Três	43	10,5
Área curricular		
Ed. Infantil	104	25,6
Séries Iniciais	134	32,9
Séries Finais	141	34,6

Não declarada	28	6,9
Absenteísmo no último ano		
Sim	156	38,0
Não	254	62,0
Outra ocupação remunerada		
Sim	100	25,1
Não	299	74,9

Tabela 3. Prevalência dos indicadores de saúde e estilo de vida entre os professores municipais de Bagé, RS, 2010.

	N	%
Percepção de saúde		
Negativa	59	14,3
Positiva	354	85,7
Efeito negativo do trabalho na saúde		
Sim	137	33,7
Não	269	66,3
Percepção de estresse		
Baixa	281	74,3
Elevada	97	25,7
Número de refeições		
<3 refeições ao dia	84	20,9
≥3 refeições ao dia	318	79,1
Consumo de frutas/verduras		
<3 porções ao dia	323	79,6
≥3 porções ao dia	83	20,4
Consumo de doces/açúcares		
>2 porções ao dia	182	44,5
≤2 porções ao dia	227	55,5
Consumo de carnes/grãos/ovos		
>2 porções ao dia	280	68,1
≤2 porções ao dia	131	31,9
Consumo de óleos/gorduras		
>2 porções ao dia	204	50,0
≤2 porções ao dia	204	50,0
IMC		
Baixo	5	1,3
Normal	200	52,1
Sobrepeso	124	32,3

Obesidade	55	14,3
Atividade física		
<150 min/sem	119	36,5
≥150 min/sem	207	63,5
Tabagismo		
Fumante	57	14,1
Ex-fumante	49	12,1
Não fumante	299	73,8
Consumo de álcool		
Sim	79	21,6
Não	287	78,4
Pressão Arterial		
Baixa	116	28,7
Normal	194	48,0
Elevada	79	19,6
Não sabe	15	3,7
Colesterol		
Baixo	21	5,2
Normal	267	65,8
Elevado	48	11,8
Não sabe	70	17,2

4. COMUNICADO À IMPRENSA

Dissertação de Marcio Neres dos Santos

Estilo de vida e características de trabalho de professores

Em 2010, um estudo realizado na cidade de Bagé pelo pesquisador Marcio Neres dos Santos, professor da Prefeitura Municipal de Bagé e mestrando do Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Pelotas, investigou o estilo de vida relacionado à saúde e as características de trabalho entre os professores da rede municipal. O trabalho de campo foi realizado nos meses de agosto e setembro de 2010, quando todos os professores e escolas, da zona urbana e rural, do município foram convidados a participar.

Os dados foram coletados por meio de um questionário auto-aplicável, com questões sócio-demográficas, relacionadas ao trabalho e sobre saúde e estilo de vida dos indivíduos. Mais de 41% dos 1238 professores pertencentes à rede municipal de ensino responderam ao questionário, sendo a maioria mulheres (96%), da classe econômica B (70%), com elevada escolaridade, pouco tempo de docência e moderada carga de trabalho (média=27,4 h/sem). A maioria dos indivíduos considerou sua saúde positiva (85,7%) e se apresentaram fisicamente ativos (63,5%), apesar de que alguns aspectos negativos, como o baixo consumo de frutas e verduras (79,6%), o excesso de peso (46,6%) e um alto índice de estresse (≥ 30 pontos) tenham sido identificados.

Conforme o Prof. Marcio, embora os professores percebam sua condição de saúde como positiva, foi identificado no grupo comprometimentos em alguns aspectos importantes do estilo de vida e que podem trazer prejuízos à saúde. Além disso, pode ser que existência de fatores regionais e características típicas de cidades do interior tenham influenciado nos resultados.