

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE FORMIGA - UNIFOR-MG
CURSO DE FISIOTERAPIA
CAMILA MATOS DE OLIVEIRA

**COMPARAÇÃO DE PARÂMETROS ANTROPOMÉTRICOS E PERCEPÇÃO DA
QUALIDADE DE VIDA ENTRE ALUNOS DO PRIMEIRO E NONO PERÍODO DE
FISIOTERAPIA DO UNIFOR-MG.**

FORMIGA
2013

CAMILA MATOS DE OLIVEIRA

**COMPARAÇÃO DE PARÂMETROS ANTROPOMÉTRICOS E PERCEÇÃO DA
QUALIDADE DE VIDA ENTRE ALUNOS DO PRIMEIRO E NONO PERÍODO DE
FISIOTERAPIA DO UNIFOR-MG.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Fisioterapia do UNIFOR – MG, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.

Orientador (a): Prof^a Ms. Ana Paula de Lourdes Pfister.

FORMIGA
2013

O48 Oliveira, Camila Matos de.

Comparação de parâmetros antropométricos e percepção da qualidade de vida entre alunos do primeiro e nono período do curso de Fisioterapia do UNIFOR-MG / Camila Matos de Oliveira. - 2013.

56 f.

Orientadora: Ana Paula de Lourdes Pfister.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Centro Universitário de Formiga - UNIFOR, Formiga, 2013.

1. Fisioterapia. 2. Relação cintura quadril. 3. Percentual de gordura.
I. Título.

CDD 615.82

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por me dar a vida e a coragem por persistir em meus objetivos.

À minha família espetacular, principalmente aos meus pais, Rita e Geraldo que não mediram esforços para que eu pudesse realizar este grande sonho. Essa vitória é pra vocês!

A minha irmã Nathália por acreditar que eu conseguiria e por fazer do meu o seu sonho.

Ao meu namorado Junio, por me dar todo apoio, amor e carinho, o que me fez mais forte para percorrer o caminho mais árduo.

Aos meus sogros, Marlene e Geraldo por se tornarem minha segunda família, por me acolherem quando mais precisei obrigada por me tratarem sempre como uma filha.

Aos demais familiares, pelo apoio e incentivo constante.

Aos mestres, pelos ensinamentos, paciência e apoio, em especial a minha orientadora Ana Paula Pfister, que acreditou no meu potencial. Você foi parte fundamental. E ao coordenador do curso André Carvalho Costa por incentivar e dar todo o suporte necessário para esta conquista tornar-se real.

E aos amigos Débora, Gustavo, Marcele e Jéssica P. por me proporcionarem praticamente 5 anos de muita alegria, que como toda amizade teve seus momentos altos e baixos mas que no final prevaleceu o que nos uniu: O AMOR! De vocês eu morrerei de saudades.

RESUMO

Quando se tem conhecimento sobre os efeitos de uma vida fisicamente ativa, além de uma boa saúde acrescenta-se aos efeitos do exercício uma melhor qualidade de vida do indivíduo, contudo ter a percepção de iniciar e manter bons hábitos de saúde é de suma importância para gozar de tais benefícios. Para a realização desta pesquisa foi realizado um estudo observacional do tipo transversal comparativo quantitativo e teve como objetivo geral, comparar parâmetros antropométricos e a percepção da qualidade de vida ao início e final da graduação nos acadêmicos de Fisioterapia do Centro Universitário de Formiga-UNIFOR/MG. A amostra foi composta por 30 acadêmicos do primeiro e nono período que concordaram a ser avaliados por uma ficha de identificação para avaliação da relação cintura quadril e percentual de gordura, e a responder um questionário sobre a percepção da qualidade de vida (SF-36). Os resultados após este procedimento mostraram que a média de idade foi de $22,83 \pm 1,81$ anos, sendo 80% do sexo feminino e 20% do sexo masculino. Ao comparar o percentual de gordura e a relação cintura quadril desta população não se obteve resultados estatisticamente significativos ($p > 0,05$), apesar de alguns alunos apresentarem valores maiores do que o preconizado o que não era esperado por esta população segundo os conhecimentos obtidos. Ao comparar a percepção de qualidade de vida, analisando os domínios: estado geral de saúde, aspectos sociais, limitações por aspectos emocionais, saúde mental e vitalidade presentes no SF-36 entre os alunos do primeiro e último período cursado verificou diferença estatística apenas nos três últimos ($p < 0,05$). A qualidade de vida entre os alunos do nono período apresentou-se afetada devido ao período vivenciado, o que demonstra ser uma preocupação a ser criado programas de atenções à saúde para que os alunos tenham uma melhor condição para tornar-se melhores profissionais.

Palavras-Chave: Fisioterapia. Relação Cintura Quadril. Percentual de Gordura. Qualidade de vida.

ABSTRACT

When you have knowledge about the effects of a physically active life, and good health adds to the effects of exercise a better quality of life of individuals, however, have the perception of starting and maintaining good health habits is of paramount importance to enjoy such benefits. For this research was conducted an observational cross-sectional comparative quantitative and aimed to compare anthropometric parameters and perceived quality of life to the beginning and end of the academic undergraduate Physiotherapy University Center Formiga-UNIFOR/MG. The sample consisted of 30 students from first and ninth who agreed to be evaluated by an identification sheet for evaluation of waist-hip ratio and body fat percentage, and answer a questionnaire on perceptions of quality of life (SF-36). The results after this procedure showed that the mean age was 22.83 ± 1.81 years, 80% female and 20% male. When comparing the percentage of fat and waist-hip ratio of this population was not obtained statistically significant results ($p > 0.05$), although some students were higher than the recommended what was not expected in this population according to the knowledge obtained. Comparing perceived quality of life, analyzing domains: general health, social functioning, limitations due to emotional problems, mental health and vitality present in the SF-36 between the first-and last term they attended no statistical difference in only three last ($p < 0.05$). The quality of life among students of ninth period presented affected due to the period experienced, which proves to be a concern to be created with attention to health programs so that students have a better condition to become better professionals.

Keywords: Physiotherapy. Waist-hip ratio. Fat Percentage. Quality of life

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Comparação de valores máximos, mínimos, médias e desvios-padrão do escore dos domínios do SF-36 entre alunos do primeiro e nono período de fisioterapia do UNIFOR-MG, 2013.....	27
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição quanto ao gênero dos voluntários.....	25
Gráfico 2 – Comparação de valores relação cintura/quadril entre alunos do primeiro e nono período de fisioterapia do UNIFOR-MG, 2013.	26
Gráfico 3 – Distribuição de valores do percentual de gordura de alunos do primeiro e nono período de fisioterapia do UNIFOR-MG, 2013.....	26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Atividade Física
DCV's	Doenças Cardiovasculares
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
RQC	Relação Cintura Quadril
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	12
2.1	Fisioterapia	12
2.1.1	História da Fisioterapia	12
2.1.2	Fisioterapia no Brasil	13
2.2	Atividade Física	14
2.2.1	Benefícios Cardiovasculares	15
2.3	Qualidade de vida	17
2.3.1	Qualidade de vida e Atividade Física	18
2.4	Variáveis Antropométricas	19
3	MATERIAIS E MÉTODOS	22
3.1	Tipo de Estudo.....	22
3.2	Amostra	22
3.2.1	<i>Crítérios de Inclusão</i>	22
3.2.2	<i>Crítérios de Exclusão</i>	23
3.3	Instrumentos	23
3.4	Procedimentos.....	25
3.5	Análise e Tratamento dos Dados.....	25
3.6	Cuidados Éticos.....	26
4	RESULTADOS	27
5	DISCUSSÃO	30
6	CONCLUSÃO	36
	REFERÊNCIAS	37
	APÊNDICES	45
	ANEXOS	50

1 INTRODUÇÃO

Silva (2011) e Silva, et al (2012) relatam em seus estudos que o ingresso no ensino superior é um importante período na vida das pessoas, pois é neste momento que muitos comportamentos adquiridos durante toda a vida poderão ser alterados decorrentes de novos conceitos, amizades e atitudes. Sendo que, dentre os hábitos modificáveis encontra-se a prática de atividade física (AF) o que proporcionará um estilo de vida saudável, prevenindo o aparecimento de patologias principalmente, as de caráter não transmissível como cardiopatias, neoplasias e hipertensão.

Dentre os vários cursos superiores que a população brasileira tem acesso encontra-se o curso de Fisioterapia, no qual o profissional tem suas funções direcionadas à educação, prevenção e à reabilitação, com atividades voltadas para saúde em geral, em diversos ambientes de trabalho como escolas, clubes, academias, hospitais, clínicas, dentre outros. Sendo que tais funções são desenvolvidas a partir de uma experiência no que diz respeito à vivência na atenção básica à saúde, o que possibilita os estudantes reorientarem suas práticas individuais. (RIBEIRO, 2009).

Ainhagne, Fumagalli e Teodoro (2006) afirmam que para o profissional que tem suas ações voltadas para a saúde dissociar a imagem de uma vida saudável torna-se difícil devido aos conhecimentos adquiridos ser bastante relevantes quanto a isto durante o período da graduação. No caso do profissional de Fisioterapia, é esperada principalmente, por parte dos seus pacientes ou clientes, boa saúde incluindo as questões físicas e mentais, uma vez que este atua como um "espelho".

Quando se tem conhecimento sobre os efeitos de uma vida fisicamente ativa, além de uma boa saúde acrescenta-se aos efeitos do exercício uma melhor qualidade de vida do indivíduo, contudo ter a percepção de iniciar e manter bons hábitos de saúde é de suma importância para gozar de tais benefícios, para isso deve-se, então tentar compreender melhor os determinantes (internos e externos) do comportamento de saúde, baseando-nos em teorias e investigações credíveis.

Poucos são os estudos que relatam os comportamentos de acadêmicos nesta área quando comparados à hábitos saudáveis e prática de atividade física. Sendo este assunto não totalmente estabelecido. (MARCONDELLI, COSTA e SCHIMITZ, 2008).

Segundo Matos e Albuquerque (2006), os conhecimentos teóricos têm implicações gerais importantes principalmente, quando levado em consideração á este profissional. Estudar o conteúdo da saúde e de alguns fatores relacionados com esta, em acadêmicos de cursos que tem suas ações voltadas para a saúde, torna-se importante para melhor identificarmos se esta formação influencia a saúde e como, seja através de variáveis como o estilo de vida e a percepção de saúde.

Conhecer o estilo de vida dos universitários de Fisioterapia, e saber suas rotinas e hábitos é de extrema importância para prestar uma assistência individualizada ou coletiva e propor uma intervenção em saúde se necessário, levando em consideração as peculiaridades dessa população específica.

A adesão à um estilo de vida saudável é um processo complexo e compreende vários aspectos e o conhecimento é o primeiro passo para que isto ocorra. Estratégias de intervenção devem ser desenvolvidas constantemente, incentivando as pessoas á mudanças no estilo de vida e nesse aspecto, o papel do fisioterapeuta é essencial, pois a prevenção à saúde é considerado um princípio norteador desta profissão.

Diante disso, este estudo teve como objetivo geral comparar valores antropométricos e percepção da qualidade de vida em acadêmicos, especificamente do primeiro e o nono período do curso de Fisioterapia do Centro Universitário de Formiga-UNIFOR/MG. Inicialmente foi aplicado uma ficha de identificação (APÊNDICE A), com objetivo de traçar o perfil dos mesmos e para coleta dos dados do voluntario como relação cintura/quadril (RCQ) e percentual de gordura (%G); a percepção da qualidade de vida foi observada pelo Questionário SF-36 (ANEXO B). Em posse de tais resultados realizou-se uma avaliação a cerca da percepção da qualidade de vida dos acadêmicos, dando ênfase em cinco domínios: estado geral de saúde, aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais, vitalidade e saúde mental.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. Fisioterapia

Fisioterapia por sua definição é considerada a ciência que utiliza dos meios naturais e físicos com objetivo de promover a saúde, prevenir doenças e reabilitar indivíduos proporcionando a estes uma qualidade de vida melhor através da manutenção ou reintegração de suas atividades de vida diária (AVD'S). Diversas são as definições para conceituar esta profissão, mas que segundo o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), a fisioterapia utiliza como objeto de estudo o movimento humano em suas variáveis formas de apresentação sendo estas patológicas, psíquicas ou orgânicas, com o objetivo de restaurar, desenvolver, manter ou prevenir a integridade e funcionalidade dos órgãos e sistemas. (BRASIL, 2002).

Mesmo constituindo-se de uma área de conhecimento definida, é exigida do profissional de fisioterapia uma constante construção do seu objeto de trabalho para uma melhor definição dos métodos mais apropriados. Assim faz da fisioterapia uma ciência em construção, que está em busca de coerência e lógica entre o seu método e objeto de investigação. (OLIVEIRA, 2002)

2.1.1 História da Fisioterapia

Por meados do século XIX começaram a surgir às péssimas condições de trabalho devido grandes transformações sociais, produção em grande escala mediante a utilização crescente de máquinas. A classe operária foi a qual mais foi afetada, pois começaram a aparecer e sobressair a utilização do trabalho infantil e de jornadas diárias de 16 horas associadas às condições precárias sanitárias e insatisfatórias condições alimentares, o que provocou o aparecimento e a proliferação de novas doenças. (OLIVEIRA, 2002)

A partir do séc. XX diversas foram as mudanças no âmbito da saúde, devido ao aumento e do aparecimento das patologias advindas das grandes guerras e epidemias de poliomielite, assim o atendimento á saúde que antes era restrito á algumas profissões, sofreu transformação, o que delegou funções a outras pessoas, formando assim equipes compostas por profissionais de saúde e suas funções determinadas. (PETRI, 2006).

Durante a 2ª guerra mundial começaram a surgir escolas de cinesioterapia, que tinham como objetivo reabilitar os soldados lesados ou mutilados para que estes pudessem retornar a suas atividades sociais integradas. Assim no final do séc. XX a fisioterapia passa a fazer parte da denominada área da saúde, ao qual evoluiu no decorrer da história e teve seus recursos e formas de atuação direcionadas ao atendimento do indivíduo lesado. (GIUSTINA E LEONEL; PETRI, 2006).

2.1.2 Fisioterapia no Brasil

A chegada dos Portugueses e da família real ao Brasil por volta de 1808, contribuiu para que fossem criadas as primeiras escolas médicas no país, sendo esta a primeira no Rio de Janeiro, onde surgiu a necessidade dos primeiros serviços fisioterapêuticos. Estes faziam parte da terapêutica médica, assim entre 1879 a 1883 houve registro da utilização da eletricidade médica e hidroterapia no Rio de Janeiro. Em meados de 1930, os serviços de Fisioterapia eram realizados por médicos em São Paulo e Rio de Janeiro, que conceituavam a terapia de forma integral a fim de experimentar recursos físicos para minimizar as disfunções advindas das patologias dos pacientes. Estes eram diferenciados dos outros médicos por se preocuparem não somente com a estabilidade clínica, mas também com sua recuperação física de forma que pudessem viver com suas funções iguais ou parecidas anteriormente ao agravo patológico. (PETRI, 2006)

A fisioterapia no Brasil tem seu surgimento por volta de 1929, onde foi criado na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo o primeiro curso técnico. O motivo principal para sua criação foi o grandioso número de indivíduos com sequelas da poliomielite, distúrbios motores e o aumento dos acidentes de trabalho. Mesmo

considerada uma profissão nova, a Fisioterapia no Brasil evoluiu de forma lenta até a década de 70 e 80, e atingiu sua expansão de forma acelerada a partir de 1997. Conscientizado de que se tratava de uma época da qual o país encontrava-se em regime militar, iniciou-se nesta década a discussão sobre um novo regime de políticas mais efetivas e democráticas em saúde, do qual obteve este movimento a Conferência Nacional de Saúde, mas que somente em 1990 foi possível implementar o Sistema Único de Saúde (SUS) nos modelos atuais. (JUNIOR, 2009; MARAES ET AL, 2010).

A Fisioterapia regulamentada como profissão em caráter de nível superior ocorreu em 1969, com o decreto-lei 938, onde o país encontrava-se no auge da ditadura militar o que agravou-se as condições de saúde da população pois, havia sobrecarga epidemiológica e a precariedade do sistema assistencial á saúde brasileira. Intensificou-se nesse período o agravamento das condições de vida da população, o que era reflexo do modelo econômico vivenciado desde então. A política baseada em privilégio para as grandes corporações mantinha forte o incentivo ao crescimento industrial, desenvolveu em conjunto a deterioração das conquistas da classe trabalhadora. Portanto o desenvolvimento da fisioterapia acontece em momento onde a população brasileira sofre fortes crises no setor de saúde e com grandes implicações para a população. (JUNIOR, 2009)

2.2. Atividade Física

A atividade física é definida como uma sequência sistematizada de movimentos diferenciados produzidos pelos segmentos corporais executados de uma forma planejada com um objetivo determinado á atingir. Pode-se dizer que qualquer movimento executado pelo corpo é considerado uma atividade física. A atividade física há séculos vem sobressaindo e propagando-se como um grandioso fator de promoção à saúde. Sócrates afirmava que: *“Na música, a simplicidade torna a alma sábia; na ginástica, dá saúde ao corpo”*. Tal ideia ganha poder não somente na visão de Sócrates, mas também no discurso do pesquisador e filósofo Hipócrates que afirmou que: *“O que é utilizado, desenvolve-se, o que não o é, desgasta-se...”*.

Claramente é notável que as evidências que fundamentavam a prática de atividade física neste período eram empíricas. (MATTOS et al, 2006; CORRÊA et al, 2010; GULANO e TINUCCI, 2011).

A inexistência ou a relevante diminuição da prática de atividade física é definida como sedentarismo. Entretanto o conceito correto para sedentarismo não é associado necessariamente à falta de uma atividade esportiva, pois na visão da medicina moderna, o sedentário é o indivíduo que tem seu gasto energético muito baixo relacionado às suas atividades ocupacionais. Atualmente, há um grande e crescente conhecimento que consolida a prática de exercício físico como ferramenta determinante na promoção da saúde. Porém, observamos ao passar dos anos uma redução gradativa nos níveis de atividade física das populações modernas. (MATOS et al, 2006; GULANO e TINUCCI, 2011).

Quando o assunto é saúde deve-se ressaltar a importância da contribuição da atividade física para esta área associada à redução do risco que a cada sujeito está submetido durante a vida. Com base nisso, são feitas diversas recomendações em relação à prática de atividade física com o objetivo de melhorar a condição física e promover novas atitudes favoráveis a este novo modelo de vida. (PIERON, 2004).

Os sujeitos com hábitos sedentários obtêm uma menor aptidão física, ou seja, uma menor capacidade para executar exercícios físicos. Entretanto, as características musculares e articulares do nosso organismo, da constituição do corpo ou da capacidade cardiorrespiratória, determinam também os limites de nossa aptidão física. (MATTOS et al, 2006).

A prática de atividade física também pode levar a uma redução nos níveis de vários fatores de riscos para doenças cardiovasculares (DCV's) como: a hipertensão arterial sistêmica (HAS), a dislipidemia, a obesidade e a diabetes mellitus. (CORRÊA et al, 2010)

2.2.1 Benefícios Cardiovasculares

A atividade física quando realizada, provoca várias respostas fisiológicas nos sistemas corporais e, em especial, no sistema cardiovascular. Primeiramente com o objetivo de manter o equilíbrio celular devido ao aumento das demandas

metabólicas, assim alguns mecanismos serão acionados. Há redistribuição do fluxo sanguíneo, aumento no débito cardíaco, e o direcionamento e aumento circulatório para os músculos em atividade. Com aumento do débito cardíaco a pressão arterial sistólica aumenta já a pressão arterial diastólica reflete o mecanismo vasodilatador local nos músculos, diminuindo a resistência ao fluxo sanguíneo local. (MONTEIRO e FILHO, 2004)

As doenças cardiovasculares (DCV's) continuam representando como o fator principal da causa de morbimortalidade nos países desenvolvidos, mesmo sendo observada uma diminuição de suas taxas nos últimos anos. Acredita-se que as DCV's por volta de meados do ano 2020 serão as maiores responsáveis pela mortalidade de aproximadamente 20 milhões de pessoas/ano; e que na década subsequente estes números irão ultrapassar a marca de 24 milhões de pessoas/ano. Atualmente no Brasil, estas correspondem por 33% das causas de morte e representam um dos maiores gastos públicos ao Sistema Único de Saúde (SUS). (ALVES et al, 2005; CORRÊA et al,2010).

Dentre os fatores de risco conhecidos para as DCV's, muitos deles vêm apresentando diminuição nos países desenvolvidos, como o fumo, HAS, a diabetes e os níveis de lipídeos circulantes. Porém vem acontecendo o inverso com a obesidade e o sedentarismo aonde se observa um aumento ao passar dos anos. (ALVES et al, 2005)

Estudos epidemiológicos demonstram valores inversos entre o nível da prática de atividade física e o risco de doenças cardiovasculares. Isto é, quanto menor é a prática de atividade física, maior é o risco cardiovascular e vice-versa. Ainda que alguns fatores permaneçam controversos, a mudança de hábitos alimentares associada à prática regular de atividade física são mudanças no estilo de vida que podem melhorar de forma relevante os fatores de risco das DCV'. Além disso, esta mudança no estilo de vida são intervenções de custo baixo á moderado, quando comparados com orçamentos dos tratamentos medicamentosos que dependem de alta tecnologia. (RIQUE et al, 2002; PIERON, 2004).

As práticas interventivas direcionadas à promoção da saúde, ao controle da obesidade e das doenças cardiovasculares (DCV's), vêm destacando como um dos principais métodos o incentivo a prática de atividade física, ganhando grande importância nos dias de hoje por promover o controle do peso corporal, dos níveis de lipídeos plasmáticos e de glicose, assim como os parâmetros clínicos, destacando-

se a pressão arterial e a frequência cardíaca de repouso. Como as doenças cardiovasculares continuam sendo considerada a principal causa de mortalidade da população adulta mundialmente, vem se fazendo necessário o conhecimento sobre os benefícios da prática regular de atividade física como intervenção preventiva importante. (REZENDE et al, 2006)

2.3 Qualidade de Vida

Se for analisado de uma forma primária, é razoável aceitar que alguns fatores mesmo tão distintos possam atuar diretamente sob a qualidade de vida de forma a melhorar a perspectiva da vida de uma pessoa ou de uma sociedade. Entretanto, não é somente a sociedade que utiliza desse termo repetidamente. Estudar a qualidade de vida desperta o interesse em pesquisas pois esta produz cada vez mais estudos sobre o assunto. Os pesquisadores nessa área procuram uma maneira de conceituar, entender e correlacionar o termo qualidade de vida a partir dos conceitos da ciência. Em sequência, quando ocorre esta reflexão sobre o tema no âmbito acadêmico, é preciso levar em consideração alguns parâmetros que possa permitir uma compreensão mais detalhada e concisa desse conceito. (SANTOS e SIMOES, 2012)

Laurenti, (2003) afirma que o fato de sobreviver por si só, considerando em longos períodos, não significa estar vivendo em ótimas condições, pois quase sempre há limitações acompanhadas de prejuízos relacionados em várias atividades. Logo, a qualidade de vida estaria afetada, onde há o interesse de avaliar este parâmetro, fazendo com que se desenvolvessem técnicas especiais, através de instrumentos de avaliação.

Com isto deve ser compreendido como conceito de qualidade de vida (QV) como um parâmetro influenciado por todas as dimensões da vida e, assim incluindo à existência ou não de morbidades mas não á ponto de limitar o indivíduo. Sendo assim, o impacto que o conceito saúde pode atuar na vida das pessoas, faz necessário o uso de indicadores que possam nortear essa dimensão denominada qualidade de vida. Logo, a QV quando relacionada com a saúde refere-se não somente à forma como as pessoas denominam seu estado geral de saúde, mas

também o a questão física, psicológica e social influenciam na realização de suas atividades diárias.(TOSCANO E OLIVEIRA,2009)

2.3.1 Qualidade de Vida e Atividade Física

Araújo e Araújo (2000) afirmam existir uma associação positiva entre esses dois fatores, porém ainda não está totalmente estabelecida. Essa associação é divergente nas populações e os resultados podem parecer distintos. Acredita-se que a prática regular de atividade física e uma maior aptidão física estão diretamente associadas a um menor nível de mortalidade e conseqüentemente uma melhor QV em população adulta, assim como o sedentarismo estaria associado a uma maior taxa de mortalidade e conseqüentemente uma qualidade de vida inferior aos indivíduos ativos.

Indivíduos que possuem um estilo de vida consideravelmente saudável tende a associar ao incremento da prática de atividades físicas, sejam elas de uma forma geral, como consequência, melhores padrões de saúde e qualidade de vida. O efeito produzido diante da adoção de um estilo de vida ativo traz benefícios positivos minimizando posteriormente os efeitos deletérios do envelhecimento. (TOSCANO E OLIVEIRA, 2009).

Segundo Pucci, (2012) a prática regular de atividade física promove benefícios que influenciam a qualidade de vida em diversas faixas etárias. Associando a relação entre a prática de regular e a qualidade de vida (QV) de uma forma generalizada, ou os efeitos da prática de atividade física sobre domínios específicos sejam eles físicos ou mentais observado em uma maior frequência.

Araújo e Araújo (2000) afirmam existir uma associação positiva entre esses dois fatores, porém ainda não está totalmente estabelecida. Essa associação é divergente nas populações e os resultados podem parecer distintos. Acredita-se que a prática regular de atividade física e uma maior aptidão física estão diretamente associadas a um menor nível de mortalidade e conseqüentemente uma melhor QV em população adulta, assim como o sedentarismo estaria associado a uma maior taxa de mortalidade e conseqüentemente uma qualidade de vida inferior aos indivíduos ativos.

2.4 Variáveis Antropométricas

Definida como o estudo das medidas de tamanho corporal, a antropometria faz parte das ciências biológicas onde se tem o objetivo estudar caracteres mensuráveis da morfologia humana. A medida física de uma população pode ser determinada através de circunferências corporais, profundidades, comprimentos, e os resultados obtidos através destas podem ser utilizados para as concepções de trabalho, equipamentos e produtos de uma população que a utiliza. (SANTOS e FUJÃO,2003).

A antropometria é uma técnica utilizada universalmente na avaliação da saúde por ser de baixo custo, simples de ser executada e não-invasiva . Sendo esta considerada um instrumento eficaz em estudos, pois pode refletir ingestão alimentar inadequada ou excessiva, atividade física insuficiente ou risco á doenças principalmente cardiovasculares , permitindo também o monitoramento de mudanças periódicas na composição corporal (CAMPISTA,2008).

Se realizarmos uma simples observação nos indivíduos, iremos notar que a espécie humana tem grande variedade de tamanhos físicos. Um fato disto são as roupas serem feitas para diferentes tamanhos, que levam em consideração não somente as diferenças na estatura, mas também com comprimentos e circunferências de cintura, quadril, e membros. Considerações estas realizadas a partir de dados antropométricos, porém estas informações não são fidedignas o suficiente para se determinar o tamanho físico de cada indivíduo, é necessário dispor de dados objetivos sejam cuidadosamente colhidos. (SANTOS e FUJÃO 2003).

Delgado (2004) afirma que através de uma minuciosa avaliação da composição corporal pode-se, além utilizar-se os dados dessa análise para indicar o grau de desenvolvimento e crescimento, como de determinar alguns componentes do corpo humano de forma quantitativa, o que facilita o estudo e análises de pesquisa.

No estudo da composição corporal existem algumas técnicas que podem ser empregadas envolvendo procedimentos sendo estas de envolvimento direto ou indireto. Quando se trata da forma direta o avaliador tem manipulação direta sob os diferentes tecidos do corpo, enquanto que os procedimentos indiretos são aqueles

que a partir de princípios físicos e químicos utilizados, extrapolam da quantidade de cada um dos componentes. (GUEDES E GUEDES, 1990).

A distribuição da gordura corporal pode ser verificada por uma variedade de procedimentos antropométricos, dentre esses procedimentos o Índice de Massa Corporal (IMC) é uma ferramenta simples aonde se baseia na massa corporal e na estatura, porém há certa limitação quanto à fidedignidade deste cálculo, pois não diferencia o peso associado somente à gordura corpórea. (SOAR et al, 2004; CAMPISTA,2008).

O fato é que mesmo sendo um método fácil e simples em sua realização, o IMC ainda possui algumas limitações, pois este não diferencia o sobrepeso segundo a composição corporal de excesso de massa gorda em específico. O método julga como peso corporal, o peso de todas as estruturas incluindo ossos, músculos, e até mesmo o aumento de volume plasmático induzido pelo treinamento com exercícios o que diretamente influenciam o valor encontrado no IMC. (MCARDLE, KATCH E KATCH, 2011).

Guedes e Guedes (1990) relatam que devido às limitações em estudos da composição corporal é que se obteve o envolvimento de valores de densidade corporal adotando-os como referencia para estes estudos. Associando-se a essa teoria de que a densidade da gordura corporal é menor em relação às demais estruturas do corpo, conseqüentemente quanto maior for a proporção de gordura encontrada no peso corporal total de uma pessoa menor será a densidade deste.

Determinar a composição corporal através da medida de pregas cutâneas é um importante método na avaliação da distribuição e da quantidade da gordura corporal em pesquisas, por ser um método não invasivo e barato. Contudo, sua realização requer, treinamento para que os resultados obtidos sejam confiáveis. A realização dessas medidas fidedignas é importante uma vez que este se trata de um instrumento de coleta ao qual desempenha um papel relevante e que não é aceitável erros relacionados á esta por conta de incapacidade adequada do pesquisador. (SICHIERI, FONSECA E LOPES, 1999)

Sendo assim, a técnica de medir a espessura do tecido subcutâneo baseia-se na observação de que a maior quantidade da gordura corporal encontrada debaixo da pele, fazendo com que estes valores relacionados as dobras cutâneas sirvam de indicador da porção de gordura localizada em uma determinada região do corpo. Como a disposição da gordura neste tecido subcutâneo não é de forma uniforme, a

medida das devem ser feitas em várias regiões para que assim se obtenha uma média de sua quantidade. (GUEDES E GUEDES 1990)

Na atualidade existem diversas maneiras e equações para se estimar a composição corporal, é importante ressaltar que estas equações foram criadas especificamente para uma determinada população e se não bem utilizadas podem resultar em valores distorcidos. Sendo assim é primordial ressaltar que ao mensurar uma dobra cutânea tenha-se um objetivo e um público-alvo determinados. A medida das dobras cutâneas é um método muito utilizado em pesquisas devido seu custo ser baixo e sua aplicação ser simples e rápida, além de necessitar de pouco espaço para mensurar as medidas, e quando realizadas da maneira correta relaciona sua eficiência á outros métodos padrão-ouro. (CARDOSO, 2010)

As equações antropométricas que utilizam apenas as medidas de circunferências como fatores de predição irão estimar a gordura corporal de indivíduos obesos com maior exatidão se comparadas á equações de predição de dobras cutâneas. Além disto, as medidas de circunferências e diâmetros ósseos destacam-se como mais fáceis de serem obtidas em relação á outras técnicas, pois, não exige treinamento rigoroso dos avaliadores, diminuindo assim a probabilidade de erros. Além de apresentar custos reduzidos, necessitando apenas de fitas métricas para sua realização. (DELGADO, 2004)

3 MATERIAS E MÉTODOS

3.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal comparativo quantitativo, realizado no Centro Universitário de Formiga UNIFOR-MG.

O estudo transversal, que também pode ser designado como seccional estudo de corte, corte-transversal ou de prevalência, representa a mais simples forma de pesquisa populacional; que realiza-se em uma dada população, em um particular momento. Os participantes são reunidos em um momento definido pelo avaliador, ou seja, quando será a coleta de dados. O termo “transversal” significa que os dados coletados sobre as variáveis de interesse se darão em um mesmo momento, podendo este momento referir-se ao passado, portanto, incluindo informações retrospectivas (PEREIRA, 1995).

3.2. Amostra

A população foi constituída por 30 alunos, sendo 18 do primeiro período e 12 do nono período regularmente matriculados no primeiro e nono período do curso de Fisioterapia do Centro Universitário de Formiga UNIFOR-MG no período de fevereiro a março de 2013. Foram avaliados e selecionados para o estudo os voluntários que preencheram os critérios abaixo:

3.2.1. Critérios de Inclusão

- Estar matriculado no primeiro e nono período do curso de Fisioterapia do UNIFOR-MG no período de Fevereiro á Março de 2013;
- Ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B);
- Estar presente em sala no dia da coleta de dados.

3.2.2. Critérios de Exclusão

- Alunos não regularmente matriculados no primeiro e nono período do curso de Fisioterapia do UNIFOR-MG;
- Não utilização de vestimenta adequada;
- Não realização de alguma das atividades;
- Não ter assinado o TCLE.

3.3. Instrumentos

3.3.1 Ficha de identificação do aluno

Elaborada pelas autoras dessa pesquisa, especialmente para esse estudo, com objetivo de caracterizar a amostra (APÊNDICE A). Consiste de itens relacionados á identificação do indivíduo, gênero, idade, período que esta cursando, valor da relação cintura/quadril, percentual de gordura, e número de identificação. Todos os dados acima citados mantidos em sigilo.

3.3.2 Relação Cintura/Quadril

Na coleta do perímetro da cintura, foi utilizado o procedimento descrito por Callaway et al *apud* Soar et al, (2004) aonde o avaliado deve estar em postura ereta com abdômen e braços relaxados este último ao lado do corpo, a fita deve ser colocada horizontalmente no ponto médio entre a borda inferior da último arco costal e a crista íliaca; as medidas devem ser realizadas com a fita firme sobre a pele; porém sem compressão dos tecidos. Para perímetro do quadril, devem-se seguir os mesmos passos descritos, entretanto, a fita métrica será colocada horizontalmente

em volta do quadril na região mais saliente dos glúteos. A construção da relação cintura/quadril (RQC) será obtida pelo perímetro da cintura dividido pela circunferência do quadril, em seguida para analisar a classificação do RCQ, será utilizada a tabela de classificação do programa Physical Test 5.0 (ANEXO B), citada Bispo (2004) apud Pinto, Araújo e Pimenta (2007).

3.3.3 Protocolo de três pregas cutâneas proposto por Guedes (1994)

Para o cálculo do percentual de gordura foi utilizado o protocolo de Guedes (1994) apud Pamplona (2010) de 3 dobras validado e relacionado as características brasileiras. Nos voluntários de sexo masculino será verificado o valor das dobras cutâneas de tríceps (TR), supra ilíaca (SI) e abdominal (AB). Já em voluntárias do sexo feminino as dobras serão subescapular (SB), supra ilíaca (SI) e coxa (CX) todos estes dados colhidos com auxílio do plicômetro clínico. Após a coleta dos valores citados acima foi calculado a densidade corporal através das seguintes fórmulas: HOMENS: Densidade = $1,17136 - 0,06706 \log (TR + SI + AB)$; MULHERES: Densidade = $1,16650 - 0,07063 \log (CX + SI + SB)$. Após a determinação da densidade corporal dos participantes converteu-se os valores obtidos em porcentagem de gordura corporal, esta por sua vez será através da fórmula proposta por SIRI (1961) apud Pamplona (2010) utilizando a seguinte fórmula: $Gord\% = (4,95/Dens - 4,50) \times 100$.(PAMPLONA, 2010)

3.3.4 Questionário SF-36

Traduzido para a língua portuguesa e validado no Brasil por CICONELLI et al no ano de 1999, para a avaliação da percepção da qualidade de vida nessa pesquisa. Sendo este questionário, composto por 36 questões, que englobam oito componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da doença, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta um escore de 0 a 100, sendo que, quanto mais próximo de zero pior a qualidade de

vida, e quanto mais próximo de 100, melhor a qualidade de vida. Os escores individuais dos domínios presentes no questionário foram obtidos através da fórmula já pré-definida sendo esta, Domínio: Valor obtido nas questões correspondentes – limite inferior x 100 / Variação. (CICONELLI; FERRAZ; SANTOS; MEINÃO; QUARESMA, 1999).

3.4. Procedimentos

Inicialmente foi enviada uma carta de intenção da pesquisa (APÊNDICE B) a reitoria do UNIFOR-MG, para liberação e consentimento da pesquisa. Em seguida foi realizado contato com o coordenador do curso para que fosse realizada a autorização da coleta de dados com os respectivos alunos. Após, a pesquisadora realizou contato com os alunos ao qual foram informados sobre a pesquisa, e questionado o desejo de participação dos mesmos. Foram agendados horários para o dia da coleta de dados.

No dia já agendado anteriormente, foi realizada pela pesquisadora, de forma individual, as avaliações onde os voluntários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Posteriormente, preencheram o questionário de identificação com gênero, idade e período cursado, e foram avaliadas as medidas antropométricas de cintura, quadril e valores de dobras cutâneas referentes ao gênero, e por último responderam o questionário de percepção da qualidade de vida Sf-36.

3.5. Análise/ tratamento dos dados

Inicialmente foi realizada a análise descritiva dos dados sob a forma de porcentagem, média e desvio padrão, onde estes foram apresentados em tabelas e gráficos.

Em seguida foi realizado o teste de Kolmogorov Smirnov para verificar a normalidade dos dados, sendo todos os dados não paramétricos. Para comparar os valores da força muscular respiratória e desempenho físico obtidos com os valores previstos para os mesmos, foi utilizado o teste Man-Whitney para verificar diferença entre as variáveis nos dois grupos. Foi utilizado o nível de significância de $p < 0,05$ e o programa estatístico Mini Tab para tal estudo.

3.6. Cuidados Éticos

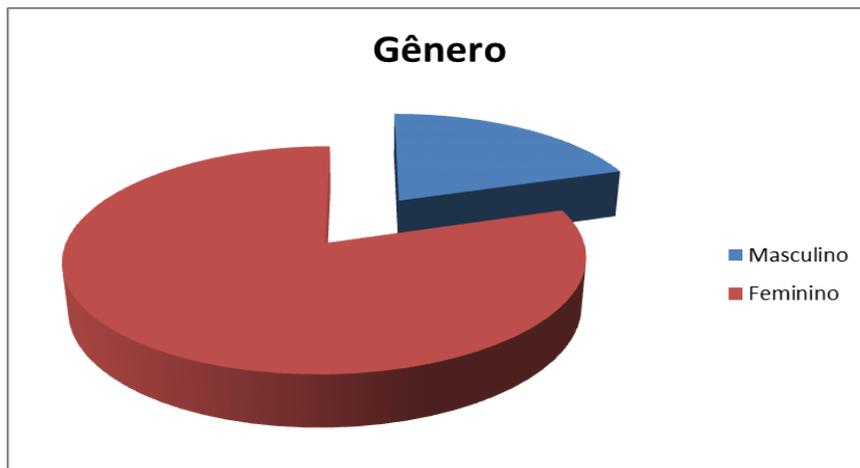
Este projeto só foi executado mediante a aprovação da reitoria do Centro Universitário de Formiga – UNIFOR/MG. Após esta aprovação, foi iniciada a coleta de dados, sendo que, para isto, os participantes da pesquisa foram esclarecidos sobre o estudo, sendo informados que a sua identidade e todos os seus direitos foram e serão resguardados. Assim, aqueles que concordaram em participar da pesquisa descrita assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

4 RESULTADOS

O presente estudo foi realizado em acadêmicos do primeiro e nono período recrutados no Centro Universitário de Formiga – UNIFOR/MG, na cidade de Formiga, Minas Gerais. Após contato prévio com o coordenador do curso de fisioterapia verificou-se que havia um total de 53 alunos matriculados no primeiro e nono período. Destes foram excluídos 23, sendo oito por não estarem com vestimenta adequada no dia da coleta de dados, cinco por não estarem presente no dia referente às avaliações e dez por recusa à pesquisa, totalizando assim, uma amostra final de 30 voluntários.

Conforme o gráfico 1, 24 voluntários eram do gênero feminino e seis eram do gênero masculino, correspondendo a 80% e 20 % respectivamente, com idades que variou entre 17 a 28 anos, com média $22,83 \pm 1,81$ anos.

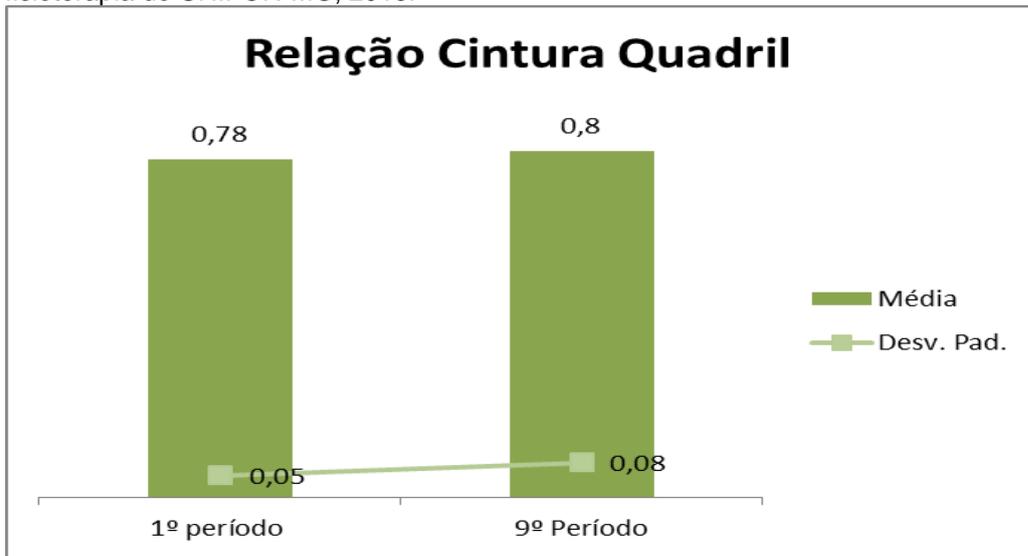
Gráfico 1- Distribuição quanto ao gênero dos voluntários.



Fonte: do autor.

Dos 30 voluntários, 18 eram correspondentes ao primeiro período e 12 ao nono período do curso de Fisioterapia. Dentre os voluntários avaliados quatro apresentaram risco alto e oito apresentaram risco muito alto para doenças cardiovasculares. A relação cintura quadril variou de 0,72 a 0,89 para o primeiro período e 0,71 a 0,90 para o nono período, com média de $0,78 \pm 0,05$ e $0,80 \pm 0,08$ respectivamente conforme apresentados abaixo no gráfico 2.

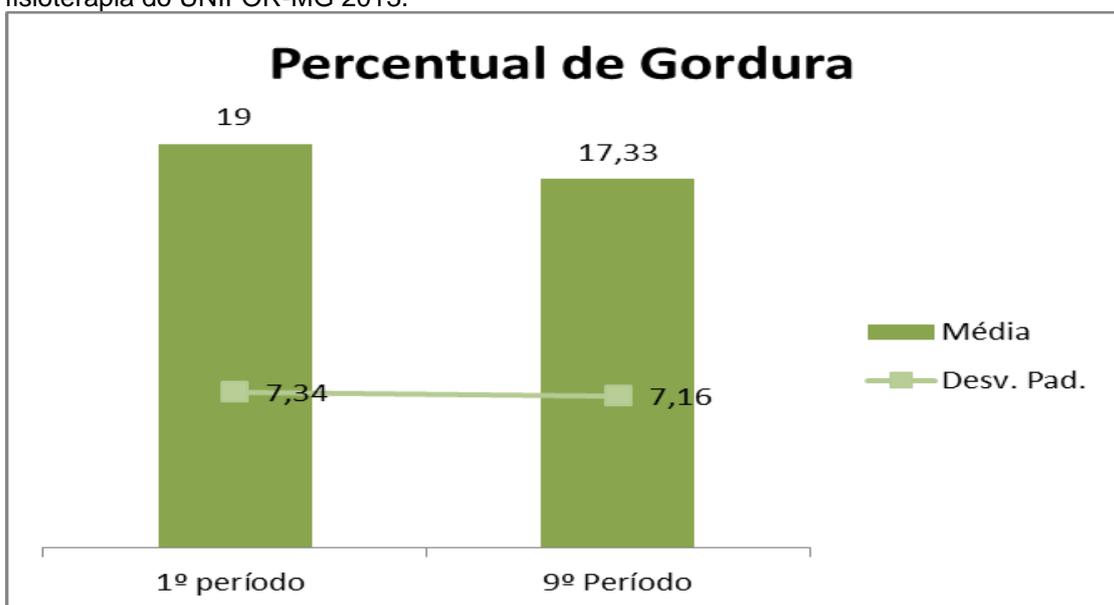
Gráfico 2 – Comparação de valores relação cintura/quadril entre alunos do primeiro e nono período de fisioterapia do UNIFOR-MG, 2013.



Fonte: do autor.

O percentual de gordura avaliado entre os voluntários através do protocolo de Guedes (1994) que prioriza três dobras cutâneas para cada voluntário revelou que os valores do primeiro e nono período variaram de 4-31% e 8-26%, com médias $19 \pm 7,34$ e $17,33 \pm 7,16$ respectivamente. Conforme o gráfico três demonstra, 11 dos 30 voluntários estão acima de parâmetros para percentual de gordura considerado ideal e padronizado por Pollock e Willmore (1993), que define a porcentagem de 17-19% para mulheres e 8-10% para homens com idades de 18 a 25 anos.

Gráfico 3- Distribuição de valores do percentual de gordura de alunos do primeiro e nono período de fisioterapia do UNIFOR-MG 2013.



Fonte: do autor.

Em relação ao questionário SF-36, que avalia a percepção da qualidade de vida, foram observados na análise estatística, cinco domínios: estado geral de saúde, aspecto social, limitações por aspectos emocionais, saúde mental e vitalidade. Para cada um deles, obteve-se um escore que variou de 0 a 100, sendo que mais próximo de 0 indica uma pior percepção da qualidade de vida, e mais próximo de 100 indica uma melhor percepção da mesma. A tabela 1 mostra em valores numéricos os resultados da comparação entre às dimensões do referido questionário: valores máximos e mínimos, média e desvio padrão nos alunos do primeiro e nono período.

TABELA 1: Comparação de valores máximos, mínimos, médias e desvios-padrão do escore dos domínios do SF-36 entre alunos do primeiro e nono período de fisioterapia do UNIFOR-MG, 2013.

Domínios	1º Período				9º Período				p
	Val. Max.	Val. Mín.	Média	Desv. Pad.	Val. Max.	Val. Min.	Média	Desv. Pad.	
EGS	95	54	67,5	9,22	100	57	69,5	11,57	0,603
AS	100	0	77,72	34,39	100	0	58,08	37,96	0,389
LAE	100	37,5	77,94	15,64	87,5	37,5	72,91	14,91	0,017*
SM	92	52	69,33	13,01	72	4	54,66	21,46	0,037*
VT	90	35	63,05	15,25	80	10	46,66	19,46	0,023*

EGS: Estado Geral de Saúde; AS: Aspecto Social; LAE: Limitação por Aspectos Emocionais; SM: Saúde Mental; VT: Vitalidade. * significância estatística $p < 0,05$.

Fonte: do autor.

Pode-se observar diferença significativa entre os domínios limitação por aspectos emocionais, saúde mental e vitalidade entre alunos do primeiro e nono período onde mostra maior prevalência nos escores do primeiro período, indicando melhor percepção de qualidade de vida .

Para realizar a comparação dos dados foi utilizado o teste Man-Whitney, tendo em vista que os dados foram não paramétricos. Estabeleceu-se uma significância estatística de $p < 0,05$. Quando comparados os domínios de estado geral de saúde e aspectos sociais, entre os alunos do primeiro e nono período, não houve diferença estatisticamente significante, comparadas aos valores de p.

5 DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi comparar o percentual de gordura, a relação cintura quadril e a percepção da qualidade de vida de acordo com idade, gênero e o período cursado entre alunos do curso de Fisioterapia do Centro Universitário de Formiga – UNIFOR MG.

A idade dos voluntários variou de 17 a 28 anos com média de 21,13 o que demonstra ser uma população jovem cursando o ensino superior o que condiz com os achados no estudo de Graça e Setton (1999), que analisaram uma divisão interna do campus universitário brasileiro como tentativa de classificação destes estudantes, onde constatou que 71% dos acadêmicos tinham entre 17 e 24 anos de idade, fato este devido a grande procura de jovens para aperfeiçoar os conhecimentos o que facilita a entrada no mercado de trabalho.

Quanto ao gênero dos voluntários 24 eram do sexo feminino e 6 do sexo masculino o que se deve á caracterização da população brasileira que segundo o IBGE 2010, é composta por um maior número de mulheres 95,9 homens para cada 100 mulheres e estas por sua vez são mais preocupadas com o nível de conhecimento o que favorece a entrada no ensino superior. Gladys (2008) realizou um mapa do ensino superior no Brasil ao qual constatou que o país apresenta maior porcentagem de matrículas pelo sexo feminino (56%) o que concorda com os achados no presente estudo onde 80% foram do sexo feminino e 20% foram do sexo masculino. Afirmando que o sentimento de preocupação em se especializar e em aperfeiçoar conhecimentos é maior no sexo feminino.

O risco para doenças cardiovasculares foi obtido através da relação cintura quadril segundo o protocolo de Callaway et al *apud* Soar et al, (2004) ao qual trata-se de um método de baixo custo e de fácil aplicabilidade. O presente estudo não obteve diferença significativa ($p>0,05$) quando comparado os valores de relação cintura quadril entre os alunos do primeiro e nono período, porém ambos apresentavam valores de risco alto e muito alto, sendo 13,33% e 26,66% respectivamente o que não era esperado sendo esta população consciente das consequências trazidas do mesmo. As variações quanto ao risco para doenças cardiovasculares são influenciadas por hábitos que variam de acordo com características étnicas, sociodemográficas, ambientais, políticas e culturais, como

também a percepção e concepção de ações de saúde. No Brasil indivíduos com educação universitária apresentam menor probabilidade de doença cardiovascular no futuro principalmente quando estes são ingressos da área de saúde por terem o conhecimento amplo de fatores de risco e lidarem diretamente com as consequências destes em suas práticas clínicas.

A RCQ por si só, está diretamente associada à gordura visceral sendo importante índice para estimar a gordura intra-abdominal, a qual representa um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Homens, possuem a tendência em acumular um excesso maior de gordura localizada na parte superior do corpo, ao qual denomina-se o biótipo andróide e as mulheres na parte inferior, denominado ginóide. (FACHINETO e SÁ, 2007).

Em um estudo realizado por Morais et al, 2011 onde analisou os fatores de risco para doenças cardiovasculares em estudantes de graduação da Universidade Federal de Viçosa-MG, constatou-se que entre os fatores associados o que prevaleceu em sua maioria na população foi o sedentarismo presente em boa parte da população pesquisada (41,3%), o que esperava-se menor proporção contrariando a relação existente entre uma maior escolaridade e a prática de exercícios físicos já comprovado em outros estudos, o que contribui para o aumento do risco para doenças cardiovasculares nesta população.

Em um estudo realizado por Gomes, 2010 analisou o risco de doenças cardiovasculares em adultos jovens demonstrou que a ingestão de álcool foi percebida em 76,1% dos voluntários, em contrapartida apenas 6,6% eram tabagistas. O que torna imprescindível elaboração de metas e planos em prevenção à saúde associados a estes fatores de risco destacando-se o etilismo, nesta população a fim de diminuir a porcentagem destes jovens-adultos com risco elevado para doenças cardiovasculares.

Cabe ressaltar que a faixa etária da população jovem-adulta não é considerada como fator de risco para as doenças cardiovasculares, mas vem demonstrando tendência crescente de morbimortalidade, por esta população alvo apresentar hábitos inadequados característicos da idade. Associados ao período de inclusão no ensino superior onde as oportunidades são maiores sendo esta uma faixa etária ao qual acaba de tornar-se independente perante lei o que contribui para o etilismo, tabagismo, e sedentarismo fatores estes diretamente associados a estas patologias em questão.

O percentual de gordura foi avaliado através do protocolo de Guedes (1994), que atualmente é muito utilizado por ser de fácil aplicabilidade, permitir uma comparação de resultados entre estudos de diversos países e priorizar 3 dobras cutâneas padronizadas de acordo com o sexo do voluntário. Após a coleta das dobras cutâneas utilizou-se a fórmula de densidade corporal proposta por Siri (1961), para se calcular a porcentagem de gordura corporal dos voluntários. As médias obtidas no primeiro e nono período foram médias $19 \pm 7,34$ e $17,33 \pm 7,16$ respectivamente não obtendo resultados significativos quando comparados ($p > 0,05$). Porém, quando analisados quanto ao sexo o percentual de gordura apresentou-se nos valores de 13% á 31% e 4% á 17% para mulheres e homens respectivamente em alunos do primeiro período, já no nono período foram encontrados valores de 13% á 26% e 8% á 13% para mulheres e homens respectivamente, o que demonstra ser uma taxa menor em ambos os sexos nos acadêmicos do nono período, e que ainda foram encontrados valores acima do preconizado em mulheres do primeiro período onde apresentaram valores acima de 30%, considerando excesso de gordura corporal nestes indivíduos o que não é sadio.

O percentual de gordura demonstra com facilidade e relativa precisão aspectos do indivíduo em relação ao seu estado geral de saúde e prática de atividade física. Os padrões mínimos de gordura essencial, para homens, são em torno de 3%, para as mulheres, em torno de 12% do peso corporal total, considera-se gordura excessiva valores acima de 20% para homens e 30% para mulheres. (FILARDO e NETO, 2001).

Em um estudo realizado por Krug e Braz (1998), que avaliaram o percentual de gordura dos acadêmicos do curso de educação física da universidade de Cruz Alta-RS, afirmou que as diferenças na composição corporal entre os sexos ocorrem entre esta população, estando a mulher com o maior percentual de gordura. Isso se deve por predisposição para gordura subcutânea já adquirida desde o nascimento no sexo feminino devido á produção de hormônios como o estrógeno principalmente em região de quadril. O que associados aos fatores de risco como consumo de álcool, tabagismo, uso de anticoncepcionante, e o sedentarismo poderiam exacerbar o ganho de gordura corporal nesta fase da vida. Porém os resultados apresentados mostraram que acadêmicas de educação física possuem percentuais e gordura dentro da normalidade, mas que a média encontrada foi discretamente alta ou próxima do limite($26,16 \pm 2,96\%$) o mesmo observado em acadêmicos do sexo

masculino que apresentaram média de 16,50 \pm 8,59%. O que concorda com o presente estudo, uma vez que estes também são acadêmicos com suas ações voltadas à saúde em suas futuras profissões e os valores encontrados diferem do preconizado.

É fundamental conhecer e perceber as relações que influenciam o ganho ponderal. Manter um estilo de vida sedentário com hábitos alimentares alterados podem trazer consequências adversas à saúde. Os dados apresentados e as indagações corroboram para o pressuposto de que um estilo de vida mais ativo tem um impacto importante na composição corporal.

No presente estudo observou-se que os voluntários do sexo feminino apresentaram maior índice de gordura corporal quando comparados ao sexo masculino. Porém destas apenas duas voluntárias apresentaram acima de 30% sendo ambas do primeiro período, o que pode induzir que o conhecimento obtido durante o curso e a prática clínica vivenciada por estes, com experiências que envolvem direta e indiretamente as consequências do aumento da gordura corporal de indivíduos pode ter sido determinante para os valores serem menores nos acadêmicos do nono.

Considerando à nível psicológico, a alteração da imagem corporal provocada pelo aumento da porcentagem de gordura poderá provocar uma auto desvalorização da imagem, diminuindo a autoestima. O que em consequência disto, poderão surgir sintomas de depressão e ansiedade, além da diminuição da sensação de bem estar como uma consequente degradação da qualidade de vida. (SILVA et al., 2005).

A percepção da qualidade de vida foi avaliada através do questionário SF-36 que por sua vez propõem avaliar a percepção de qualidade de vida. Tem sua validação no Brasil (CICONELLI, 1999), além disso, demonstra-se fácil aplicabilidade. Deste questionário foram analisados cinco domínios que se relacionam bem com a vida universitária que são: estado geral de saúde, limitação por aspectos emocionais, aspectos sociais, saúde mental e vitalidade. Apresentando um escore de 0 a 100, foram obtidos os seguintes resultados: nos cinco domínios os valores máximos foram de 100; porém os valores mínimos foram diversificados, apresentando no primeiro período 0 em limitações por aspectos emocionais, 35 em vitalidade, 37,5 em aspecto social, 35 em vitalidade, 52 em saúde mental e 54 em estado geral de saúde. No nono período os valores mínimos foram: 0 em limitação por aspectos emocionais, 4 em saúde mental, 10 em vitalidade, 37,5 para aspecto

social e 57 em estado geral de saúde. Lembrando que este instrumento é baseado nas seguintes condições: quanto mais próximo de 100, melhor a percepção da qualidade de vida, em contrapartida, quanto mais próximo de 0 pior.

Quando o indivíduo encontra-se na universidade, encontra um ambiente favorável para desenvolver e aprimorar valores, seja eles relacionados à sua futura vida profissional ou a sua vida pessoal. O apoio ao estudante geralmente está direcionado apenas aos aspectos pedagógicos, com pouca preocupação relacionada aos aspectos da saúde mental destes, o que seria útil para gerar oportunidades de aprendizado ou capacita-los á resolver situações difíceis de seu cotidiano apresentados tanto na fase acadêmica quanto em futura profissão. (EURICH E KLUTHCOVSKY, 2008).

Dos cinco domínios avaliados na percepção da qualidade de vida, apenas os domínios limitações por aspectos emocionais, saúde mental e vitalidade obtiveram resultados estatisticamente significantes ($p < 0,05$). Sendo os valores maiores encontrados no primeiro período.

Em um estudo realizado por Alves et al (2010), comparou a qualidade de vida entre estudantes de medicina no início e no final do curso, constatou que quanto aos domínios relacionados á capacidade psíquica dos alunos o ultimo ano apresentou significância estatística quando comparada aos alunos do primeiro ano do curso. As jornadas extenuantes de trabalho com condições precárias, multiplicidade de atividades, desgaste profissional vem foram apontadas como as principais causas de adoecimento de universitários na área da saúde.

Durante o curso de graduação, o futuro profissional da saúde cumpre com a grade curricular envolvida pelas tarefas denominadas: aulas, avaliações, cursos extracurriculares, estágios e outras atividades que são necessárias à sua formação profissional. Porém todo universitário como sujeito social, sofre influências que, continuamente, afetam as suas decisões. Sendo assim, não é possível entender e praticar do lazer de forma isolada, sem relaciona-lo com as outras esferas da vida social. De uma forma geral, o lazer influencia e é influenciado por outras áreas de atuação, por isto além do tempo empregado nas atividades acadêmicas, a utilização do tempo livre poderá influenciar diretamente na qualidade de vida dos mesmos caso estes não reservem boa parte para satisfazer a si. (BEUTER, ALVIM E MOSTARDEIRO, 2005)

Há a hipótese de que a permanência por durante muitos anos cursando e vivenciando tarefas referentes graduação possam alterar a qualidade de vida dos estudantes tem sido fundamentada em avaliações de declínio dos domínios psicológicos do estado geral de saúde, assim como no presente estudo, que apontou diferença significativa em três domínios do questionário estando estes relacionados á saúde mental e psíquica. Importante salientar que a valorização dos relacionamentos interpessoais organização do tempo, equilíbrio entre estudo e lazer, cuidados com a saúde, seja uma simples prática de atividade física, uma boa alimentação e sono adequado é uma forma de trabalhar a própria personalidade para lidar com situações adversas que serão vivenciadas pelos mesmos após a formação acadêmica.

Acredita-se na importância de elaboração de atividades e atenções á este fator determinante em acadêmicos principalmente da área de saúde, ao qual possa oferecer uma atenção voltada para estes fatores psicossociais dos quais são diretamente influenciados de forma negativa pelo período de formação acadêmica; para que estes indivíduos tenham uma melhor percepção de sua qualidade de vida, e esta por sua vez venha a influenciar em um melhor resultado profissional e pessoal , o que agrega para estes além do conhecimento, a capacidade de realizar suas funções em seu melhor potencial.

Este estudo apresentou algumas possíveis limitações. Primeiramente por não averiguar a presença de possíveis fatores de risco para doenças cardiovasculares o que pode ter influenciado os valores altos encontrados, o que seria de grande importância se verificados para direcionar o fator causal nesta população e assim traçar condutas preventivas. Outra limitação encontrada foi referente a escassez na literatura sobre parâmetros antropométricos em acadêmicos quando estão em início da graduação comparados ao final desta, principalmente para os acadêmicos de fisioterapia.

Diante disto, sugere-se a realização de novos estudos comparando os dados deste estudo com associação de possíveis fatores causais para doenças cardiovasculares, e nesta população alvo para que seja confirmada a hipótese de que a graduação por si só não é capaz de influenciar com seus conhecimentos, os indivíduos de maneira significativa para a prática de atividade física e mudanças de hábitos e estes agirem diretamente sobre a antropometria e a qualidade de vida dos mesmos.

6 CONCLUSÃO

O presente estudo não foi conclusivo quanto à mudança de hábitos em acadêmicos a ponto de alterar dados antropométricos, uma vez que este não apresentou significância estatística quando comparados ao entrar e sair da graduação. Porém apresentou diferença estatisticamente significativa quando a percepção da qualidade de vida entre alunos do primeiro e nono período de fisioterapia sendo menor a percepção da qualidade de vida entre os alunos ao final da graduação.

Os resultados deste estudo sugerem que os acadêmicos de Fisioterapia merecem atenção quanto aos aspectos relacionados à antropometria e principalmente a qualidade de vida, enfatizando a importância da criação de programas para melhorar a percepção da qualidade de vidas dos mesmo afim de prepara-los para futuras situações.

REFERÊNCIAS

AINHAGNE, Mônica; FUMAGALLI, Antônio R. e TEODORO, Ana Paula E.G **Perfil dos acadêmicos do curso de Educação Física das faculdades integradas Stella Maris de Andradina, em relação ao índice de massa corporal e fatores de risco.** Ciên. Agr. Saúde. FEA, Andradina 2006, v.6, p 23-27.

ALVES, Joao Guilherme et al **Qualidade de vida em estudantes de Medicina no início e final do curso: avaliação pelo Whoqol-bref** Rev. Brasileira de Educação Médica, vol 34 n 1 p91-96 ; 2010

ALVES, João G.B et al. **Prática de esportes durante a adolescência e atividade física de lazer na vida adulta.** Rev Bras Med Esporte _ Vol. 11, Nº 5 – Set/Out, 2005

ARAUJO, Denise S.; ARAUJO, Claudio G. **Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos.** Rev Bras Med Esporte _ Vol. 6, Nº 5 – Set/Out, 2000.

BEUTER, Margrid; ALVIM, Neide, e MOSTARDEIRO, Sadja C. **O Lazer na vida de acadêmicos de Enfermagem no contexto do cuidado de si para o cuidado do outro.** Texto Contexto Enferm 2005 Abr-Jun; vol 14, n 2 p 222-228 ; 2005.

BRACHT, Valter. **A constituição das teorias pedagógicas da educação física.** Cadernos Cedes, ano XIX, nº 48, Agosto/99.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Parecer nº CNE/CES 4 de 19 de fevereiro de 2002. **Diretrizes Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia.** Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>>. Acesso em 01 Mai 2013.

CABRERA, Marcos A.S et al. **Relação do índice de massa corporal, da relação cintura-quadril e da circunferência abdominal com a mortalidade em mulheres idosas: seguimento de 5 anos.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol 21 nº3 p767-775, mai-jun, 2005.

CAMPISTA, Flavia L. **Descrição de variáveis antropométricas e de composição corporal de escolares da rede pública municipal de ensino do Rio de Janeiro,** . Monografia apresentada a UFRJ. Rio de Janeiro, 2008.

CARDOSO, Vinícius D. **Avaliação da Composição Corporal e da Aptidão Física relacionada ao desempenho de atletas de Handebol em Cadeira de Rodas.** 106f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Desporto- Área de especialização de atividade física adaptada). Universidade do Porto, Porto, 2010.

CICONELLI, R. M. et al. **Tradução para a língua Portuguesa e Validação do questionário genérico da avaliação de qualidade de vida SF-36 (BRASIL SF-36).** Disponível em:<http://www.nutrociencia.com.br/upload_files/artigos_download/qulalidade.pdf>. Acesso em: 14 set. 2012.

CORREA, Igor C. et al. **Atividade física e efeitos sobre os fatores de risco da doença cardiovascular em indivíduos revascularizados do miocárdio.** Rev Pesq Saúde, vol11 n1 p18-22, Janeiro 2010.

DELGADO, Leonardo A. **Avaliação da Composição Corporal.** 2004.99f. Trabalho de Conclusão de curso (Graduação em Licenciatura em Educação Física) - Universidade Federal do Maranhão - São Luís, 2004.

EURICH, Rosane Bueno e KLUTHCOVSKY, Ana Claudia G.C. **Avaliação da qualidade de vida de acadêmicos de graduação em Enfermagem do primeiro e quarto anos: influência das variáveis sociodemográficas.** Rev Psiquiatr RS.vol 30 n 3 p211-220, 2008.

FACHINETO, Sandra. SÁ, Clodoaldo Antonio **Variação sazonal dos hábitos alimentares, prática de atividade física, composição corporal e pressão arterial de universitários.** Cinergis – Vol 8, n. 2, p. 49-60 Jul. 2007

FILARDO, Ronaldo; NETO, Cândido Simões. **Indicadores Antropométricos e da Composição Corporal de homens e Mulheres entre 20 e 39,9 anos de idade.** Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano vol 3, n 1, p 55-62, 2001.

GIUSTINA, Bianca D. E LEONEL, Vilson. **A História da Fisioterapia e Ações Multidisciplinares e Interdisciplinares na Saúde.** Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade do sul de Santa Catarina. Palhoça, SC. Disponível em<<http://www.fisio-tb.unisul.br/Tccs/03b/bianca/artigobiancadelagiustina.pdf>> Acesso em: 01 Mai 2013.

GUEDES, Dartagnan P., e GUEDES Joana E.R.P. **O estudo da composição corporal.** Revista da Fundação de Esporte e Turismo vol. 2 nº2, p15-20, 1990.

GULANO, Bruno e TINUCCI, Taís. **Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas.** Rev. bras. Educ. Fís. Esporte, São Paulo, v.25, p.37-43, dez. 2011.

JÚNIOR, José Patrício B. **Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação.** História, Ciências, Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro, v.16, n.3, jul.-set. 2009, p.655-668.

LAURENTI, Ruy. **A Mensuração da Qualidade de Vida.** Rev. Assoc. Med. Bras 2003; vol. 49 nº4 p 349-66, 2003.

MARAES, Vera R.F. et al. **Projeto pedagógico do curso de Fisioterapia da Universidade de Brasília.** Revista Fisioterapia e Movimento, Curitiba Vol. 23, n. 2, p. 311-321 abr/jun, 2010.

MARCONDELLI, Priscilla; COSTA Teresa H. M e SCHMITZ, Bethsádia A. s. **Nível de atividade física e hábitos alimentares de universitários do 3º ao 5º semestres da área da saúde.** Rev. Nutr., Campinas, vol 21 n 1 p39-47, jan./fev., 2008

MATOS, Ana Paula S. e ALBUQUERQUE, Carlos Manuel S. **Estilo de vida, percepção de saúde e estado de saúde em estudantes universitários portugueses: influência da área de formação.** Int J Clin Health Psychol, vol. 6, nº 3, Viseu, 2006.

MATTOS, Andreia D. et al. **Atividade física na sociedade tecnológica.** Revista Digital - Buenos Aires – vol 10 - Nº 94 - Março de 2006 Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd94/tecno.htm>> Acesso em: 18 Set. 2012.

MCARDLE, William D., KATCH, Frank I. e KATCH, Victor L. **Fisiologia do Exercício. Nutrição, Energia e Desempenho Humano.** 7ª edição Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011 cap.28 p752-771.

MONTEIRO, Maria F. e FILHO, Dário C. S. **Exercício físico e o controle da pressão arterial.** Rev. Bras. Med. Esporte Vol. 10, Nº 6 – Nov./Dez. , 2004.

OLIVEIRA, Valéria R.C. **A História dos Currículos de Fisioterapia: A construção de uma identidade profissional.** Dissertação de Mestrado, PUC GO, Goiânia, 2002. Disponível em: <http://www.abenfisio.com.br/biblioteca/biblioteca/Teses_Dissertacoes/AHistoria_dos_Curriculosde_Fisioterapia_Dissertacao_ValeriaOliveira.pdf> Acesso em: 01 Mai 2013.

PALMA, Alexandre ; ABREU, Raquel A. CUNHA, Cristina A. **Comportamentos de risco e vulnerabilidade entre estudantes de Educação Física.** Rev Bras Epidemiol 2007; vol 10 n 1 p 117-26.

PAMPLONA, Francisco V. **Análise da prevalência de sobrepeso relacionada ao nível de atividade física dos alunos do 1º período do curso de Educação Física**

da Universidade Federal de Minas Gerais. Monografia apresentada ao curso de Educação Física. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

PEREIRA, Marcio M. e MOULIN, Alexandre F. V. **Educação Física: Fundamentos para intervenção do profissional provisionado.** PROGRAMA DE INSTRUÇÃO PARA PROFISSIONAIS PROVISIONADOS EM EDUCAÇÃO FÍSICA DO DISTRITO FEDERAL - EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA. Brasília, 2006

PEREIRA, M. G.; **Epidemiologia teoria e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PETRI, Fernanda Calil. **História e Interdisciplinaridade no Processo de Humanização da Fisioterapia.** Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria - RS, 2006. Disponível em <http://cascavel.cpd.ufsm.br/tede/tde_arquivos/27/TDE-2006-12-12T063743Z-279/Publico/Fernanda.pdf> Acesso em: 01 Mai 2013.

PINTO, Marcus Vinicius M.; ARAUJO, Alessandra S.e PIMENTA, Flávio Henrique R. **Análise dos riscos coronarianos através da relação cintura-quadril (rcq) em taxistas residentes na cidade de Caratinga – MG.** Revista Digital - Buenos Aires vol 12 - N° 114 – Novembro, 2007 Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd114/riscos-coronarianos-em-taxistas.htm>> Acesso em: 20 Out. 2012.

RESENDE, Marcelo A. et al. **Estudo Comparativo do Perfil Pró-Aterosclerótico de Estudantes de Medicina e de Educação Física.** Arq Bras Cardiol. 2010 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n1/aop05610.pdf> Acesso em: 17 Out. 2012.

REZENDE, Fabiane A.C.et al. **Índice de Massa Corporal e Circunferência Abdominal: Associação com Fatores de risco Cardiovascular** Arq Bras Cardiol 2006; vol 87 n°6 : p 728-734.

RIBEIRO, Katia Suely Q. S. **A Experiência na Extensão Popular e a formação Acadêmica em Fisioterapia.** Cad. Cedes, Campinas, vol. 29, n. 79, p. 335-346, set. 2009.

RIQUE, Ana Beatriz R. et al. **Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares.** Rev Bras Med Esporte Vol. 8, Nº 6 – Dez, 2002.

ROSA, Suely; LETA , Jaqueline. **Tendências atuais da pesquisa brasileira em Educação Física Parte 1: uma análise a partir de periódicos nacionais.** Rev. bras. Educ. Fís. Esporte, São Paulo, v.24, n.1, p.121-34, jan./mar. 2010.

ROSARIO, Patrícia F. et al. **Avaliação da frequência cardíaca de repouso, fluxo expiratório forçado, e cirtometria em indivíduos enfisematosos e não enfisematosos.** Revista Interdisciplinar de estudos em Saúde. Disponível em: <http://www.uniarp.edu.br/periodicos/index.php/ries/article/view/6/34> Acesso em: 17 Out. 2012.

SANTOS, Ana Lucia P. e SIMÕES, Antônio C. **Educação Física e Qualidade de Vida: reflexões e perspectivas.** Saúde Soc. São Paulo, v.21, n.1, p.181-192, 2012

SANTOS, Patrick A. **Perfil de comportamentos de risco em acadêmicos de Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina.** Trabalho de Conclusão de Curso(Graduação em Educação Física) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2010.

SANTOS, Raquel e FUJÃO, Carlos. **Antropometria.** Universidade de Évora – Curso Pós Graduação: Técnico Superior de HST, 2003. Disponível em:< <http://www.histeo.dec.ufms.br/materiais/projetodeinteriores/04%20-%20Antropometria%20-%20Raquel%20Santos%20e%20Carlos%20Fujao.pdf>> Acesso em: 24 Set. 2012.

SICHIERI, Rosely., FONSECA, Vania M., e LOPES, Claudia S. **Como medir a confiabilidade de dobras cutâneas.** Rev. Bras. Epidemiol. Vol. 2, Nº 1/2 p82-89, 1999.

SILVA, Diego A. S et al. **Estilo de vida em acadêmicos de educação física de uma universidade do estado de Sergipe, Brasil.** Rev. Bras. Ciênc. Esporte, Florianópolis, v. 34, n. 1, p. 53-67, jan./mar. 2012

SILVA, Diego A. S **Nível de atividade física e fatores associados em acadêmicos de educação física de uma universidade pública do nordeste do Brasil.** Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde Florianópolis, v16, n 3, Jan/Fev. 2011.

SILVA, M. Paes, et al **Obesidade e Qualidade de Vida.** Acta Med Port; vol 19 p.247-250. 2005.

SILVA, Sheila A. P. S et al. **Atividades acadêmico-científico-culturais na formação do profissional de Educação Física** Motriz, Rio Claro, v.18 n.1, p.92-103, jan./mar. 2012

SOAR, Claudia et al. **A relação cintura quadril e o perímetro da cintura associados ao índice de massa corporal em estudo com escolares.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol 20 n°6 p1609-1616, nov-dez, 2004.

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiol. 2010; 95(1 supl.1): 1-51

SOUZA, José C. , COSTA, Domingos S. **Qualidade de vida de uma amostra de profissionais de educação física.** J Bras. Psiquiatr. Campo Grande; v60 n1 p:23-27. Jan. 2011.

TAVARES, Maria de Fátima L. e ROCHA, Rosa M. **Prática saudável e vida cotidiana a atividade física na percepção dos escolares da comunidade de Manguinhos.** Fit Perf J, Rio de Janeiro vol 3 n 5 p 255 Set. 2004.

TOSCANO, José J.O. e OLIVEIRA, Antônio C.C. **Qualidade de Vida em idosos com distintos níveis de atividade Física.** Rev. Bras. Med. Esporte – Vol. 15, nº 3 – Mai/Jun, 2009.

APÊNDICE A - FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO ALUNO

Número de identificação: _____

Idade: _____ **Sexo:** F () M () **Período Cursado:** 1º () 7º ()

Perimetria: Cintura : _____ (cm) Quadril: _____ (cm) RCQ: _____

Classificação de risco: () Baixo () Moderado () Alto () Muito Alto

Dobras Cutâneas:

Gênero	Dobras cutâneas	Soma dos valores
Masculino	Tríceps: _____ Supra Ilíaca: _____ Abdominal: _____	_____
Feminino	Subescapular: _____ Supra Ilíaca: _____ Coxa: _____	_____

Densidade Corporal: _____

Homens: Densidade = $1,17136 - 0,06706 \log (TR + SI + AB)$

Mulheres: Densidade = $1,16650 - 0,07063 \log (CX + SI + SB)$

Percentual de Gordura: _____

$Gord\% = (4,95/Dens - 4,50) \times 100$

APENDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE FORMIGA

Decreto publicado em 05/08/2004

Mantenedora: Fundação Educacional Comunitária Formiguense – FUOM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, idade ___anos, estado civil _____, profissão _____, endereço _____, nº _____, bairro _____, cidade _____, RG _____, estou sendo convidada(o) a participar de um estudo denominado “Comparação de parâmetros antropométricos, clínicos e percepção da qualidade de vida entre o primeiro e sétimo período de educação física bacharelado do UNIFOR-MG”, cujos objetivos e justificativas são: verificar o peso, altura, índice de massa corporal, relação cintura quadril, percentual de gordura corporal através das dobras cutâneas, pressão arterial, frequência cardíaca em repouso, e percepção da qualidade de vida dos alunos em seguida comparar os valores encontrados no primeiro com o sétimo período do curso de educação física bacharelado. Justifica-se a realização deste estudo, pois, em sua grade curricular o curso referido apresenta disciplinas tanto teóricas quanto práticas com informações específicas e completas sobre os benefícios da pratica de uma atividade física regular e a influência sobre estes parâmetros a ser pesquisado associando-os com doenças cardiovasculares, o que diretamente pode ou não influenciar a percepção da qualidade de vida dos alunos.

A minha participação no referido estudo será no sentido de preencher uma ficha de identificação, ser submetido ás avaliações antropométricas e clínicas e responder um questionário específico aplicado pela autora de forma individual e em uma sala

reservada garantindo a minha privacidade, propiciando a elaboração dessa pesquisa.

Fui alertado que, posso esperar alguns benefícios, tais como: conhecer o perfil do acadêmico de educação física bacharelado no momento em que este dá início aos conhecimentos acadêmicos e ao momento final, comparando a influência do conhecimento específico sobre estes parâmetros. Além de possivelmente identificar a associação destes conhecimentos específicos como um motivo relevante para a aderência á atividades físicas.

Recebi, por outro lado, os esclarecimentos necessários sobre o estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Além disso, me foram passadas informações que o presente estudo não oferece eventuais desconfortos e possíveis riscos de qualquer natureza.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo.

Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo.

O pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Ana Paula de Lourdes Pfister professora do UNIFOR – MG(Centro Universitário de Formiga – Minas Gerais e Camila Matos de Oliveira aluna regularmente matriculada no curso de Fisioterapia da instituição citada acima; Para tanto, poderei consultar o pesquisador responsável pelo email: apl29@hotmail.com ou ainda a aluna responsável pelo email fisiomatos@yahoo.com.br .

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação. De igual maneira, caso

ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo, serei devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Formiga/MG, ____ de _____ de _____.

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa

Nome e assinatura do pesquisador responsável

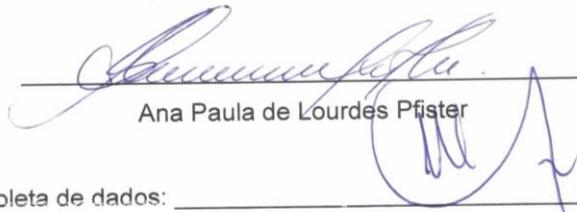
Nome e assinatura do pesquisador

APÊNDICE C- CARTA DE INTENÇÃO DE PESQUISA

Eu, Ana Paula de Lourdes Pfister, responsável principal pelo projeto de Trabalho de Conclusão de Curso, tenho a intenção de realizar a pesquisa intitulada em “Comparação de parâmetros antropométricos, clínicos e percepção da qualidade de vida entre alunos do primeiro e nono período do curso de Fisioterapia do UNIFOR-MG”, que objetiva avaliar os parâmetros antropométricos (percentual de gordura, relação cintura –quadril), Clínicos (pressão arterial e frequência cardíaca em repouso) e percepção da qualidade de vida dos alunos, cuja acadêmica e pesquisadora Camila Matos de Oliveira portadora do RG MG-15. 631.353, está regularmente matriculada no 9º período do curso de Fisioterapia no ano corrente.

Segue em anexo a cópia do anteprojeto de pesquisa para sua apreciação e caso aceite a realização da mesma, favor endossar no local específico abaixo.

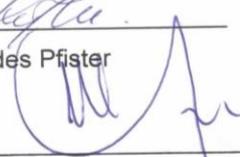
Formiga, 22 de maço de 2013.



Ana Paula de Lourdes Pfister

Concordo com a coleta de dados: _____

Responsável pela Instituição Sediadora

(assinatura e carimbo)

Marco Antonio de Sousa Leão
Presidente FUOM

ANEXO A – QUESTIONÁRIO SF-36

VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA -SF-36

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Função exercida no trabalho: _____

Há quanto tempo exerce essa função: _____

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1- Em geral você diria que sua saúde é:

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

2- Comparada há um ano, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

- () 1- Muito melhor () 2- Um pouco melhor () 3- Quase a mesma
() 4- Um pouco pior () 5- Muito pior

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

A) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos...

- () 1- Sim, dificulta muito () 2- Sim, um pouco
() 3- Não, não dificulta de modo algum

B) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa...

- () 1- Sim, dificulta muito () 2- Sim, um pouco
() 3- Não, não dificulta de modo algum

C) Levantar ou carregar mantimentos:

- () 1- Sim, dificulta muito () 2- Sim, um pouco
() 3- Não, não dificulta de modo algum

D) Subir vários lances de escadas:

- () 1- Sim, dificulta muito () 2- Sim, um pouco
() 3- Não, não dificulta de modo algum

E) Subir um lance de escada:

- () 1- Sim, dificulta muito () 2- Sim, um pouco
() 3- Não, não dificulta de modo algum

F) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se:

- () 1- Sim, dificulta muito () 2- Sim, um pouco
() 3- Não, não dificulta de modo algum

G) Andar mais que um quilômetro:

- 1- Sim, dificulta muito 2- Sim, um dificulta pouco
 3- Não, não dificulta de modo algum

H) Andar vários quarteirões:

- 1- Sim, dificulta muito 2- Sim, um dificulta pouco
 3- Não, não dificulta de modo algum

I) Andar um quarteirão:

- 1- Sim, dificulta muito 2- Sim, um dificulta pouco
 3- Não, não dificulta de modo algum

J) Tomar banho ou vesti-se:

- 1- Sim, dificulta muito 2- Sim, um dificulta pouco
 3- Não, não dificulta de modo algum

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como conseqüência de sua saúde física?

A) Você diminui a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?

- 1- Sim 2- Não

B) Realizou menos tarefas do que de gostaria?

- 1- Sim 2- Não

C) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?

- 1- Sim 2- Não

D) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra)?

- 1- Sim 2- Não

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como conseqüência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

A) Você diminui a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?

- 1- Sim 2- Não

B) Realizou menos tarefas que gostaria?

- 1- Sim 2- Não

C) Não trabalhou ou não fez qualquer atividade com tanto cuidado como geralmente faz?

- 1- Sim 2- Não

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

- 1- De forma nenhuma 2- Ligeiramente
 3- Moderadamente 4- Bastante

5- Extremamente

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas quatro semanas?

1- Nenhuma 2- Muito leve 3- Leve
 4- Moderada 5- Grave 6- Muito grave

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto à dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

1- De maneira nenhuma 2- Um pouco
 3- Moderadamente 4- Bastante
 5- Extremamente

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

A) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?

1- Todo tempo 2- A maior parte do tempo
 3- Uma boa parte do tempo 4- Alguma parte do tempo
 5- Uma pequena parte do tempo 6- Nunca

B) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?

1- Todo tempo 2- A maior parte do tempo
 3- Uma boa parte do tempo 4- Alguma parte do tempo
 5- Uma pequena parte do tempo 6- Nunca

C) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada possa animá-lo?

1- Todo tempo 2- A maior parte do tempo
 3- Uma boa parte do tempo 4- Alguma parte do tempo
 5- Uma pequena parte do tempo 6- Nunca

D) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?

1- Todo tempo 2- A maior parte do tempo
 3- Uma boa parte do tempo 4- Alguma parte do tempo
 5- Uma pequena parte do tempo 6- Nunca

E) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?

1- Todo tempo 2- A maior parte do tempo
 3- Uma boa parte do tempo 4- Alguma parte do tempo
 5- Uma pequena parte do tempo 6- Nunca

F) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?

1- Todo tempo 2- A maior parte do tempo
 3- Uma boa parte do tempo 4- Alguma parte do tempo
 5- Uma pequena parte do tempo 6- Nunca

G) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?

1- Todo tempo 2- A maior parte do tempo
 3- Uma boa parte do tempo 4- Alguma parte do tempo
 5- Uma pequena parte do tempo 6- Nunca

H) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?

- () 1- Todo tempo () 2- A maior parte do tempo
 () 3- Uma boa parte do tempo () 4- Alguma parte do tempo
 () 5- Uma pequena parte do tempo () 6- Nunca 81

I) Quanto tempo você tem se sentido cansado?

- () 1- Todo tempo () 2- A maior parte do tempo
 () 3- Uma boa parte do tempo () 4- Alguma parte do tempo
 () 5- Uma pequena parte do tempo () 6- Nunca

10-Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

- () 1- Todo o tempo () 2- A maior parte do tempo
 () 3- Alguma parte to tempo () 4- Uma pequena parte do tempo () 5- Nenhuma parte do tempo

11-O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

A) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas

- () 1- Definitivamente verdadeiro () 2- A maioria das vezes verdadeiro
 () 3- Não sei () 4- A maioria das vezes
 () 5- Definitivamente falsa

B) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que conheço

- () 1- Definitivamente verdadeiro () 2- A maioria das vezes verdadeiro
 () 3- Não sei () 4- A maioria das vezes
 () 5- Definitivamente falsa

C) Eu acho que minha saúde vai piorar

- () 1- Definitivamente verdadeiro () 2- A maioria das vezes verdadeiro
 () 3- Não sei () 4- A maioria das vezes
 () 5- Definitivamente falsa

D) Minha saúde é excelente

- () 1- Definitivamente verdadeiro () 2- A maioria das vezes verdadeiro
 () 3- Não sei () 4- A maioria das vezes
 () 5- Definitivamente falsa

Cálculo do Escore do Questionário SF- 36

Fase I: podenderação dos dados

Questão 1	Se a resposta for :	A postuação sera:
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0

Questão 2	Manter os mesmo valores	
Questão 3	Soma de todos os valores	
Questão 4	Soma de todos os valores	
Questão 5	Soma de todos os valores	
Questão 6	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
Questão 7	1	6,0
	2	5,4
	3	4,2
	4	3,1
	5	2,2
	6	1,0
<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p>Se 7 = 1 e se 8 = 1 o valor da questão é (6)</p> <p>Se 7 = 2 a 6 e se 8 = 1 o valor da questão é (5)</p> <p>Se 7 = 2 a 6 e se 8 = 2 o valor da questão é (4)</p> <p>Se 7 = 2 a 6 e se 8 = 3 o valor da questão é (3)</p> <p>Se 7 = 2 a 6 e se 8 = 4 o valor da questão é (2)</p> <p>Se 7 = 2 a 6 e se 8 = 5 o valor da questão é (1)</p> <p>Se a questão 7 não for respondida o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>Se a resposta for (1) a pontuação será (6)</p>		

Se a resposta for (2) a pontuação será (4,75)

Se a resposta for (3) e pontuação será (3,5)

Se a resposta for (4) a pontuação será (2,25)

Se a resposta for (5) a pontuação será (1,0)

Questão 9 Nesta questão pontuação para os itens **a, d, e, h**

deverá seguir a seguinte orientação

Se a resposta for 1 o valor será (6)

Se a resposta for 2 o valor será (5)

Se e resposta for 3 o valor será (4)

Se a resposta for 4 o valor será (3)

Se a resposta for 5 o valor será (2)

Se a resposta for 6 o valor será (1)

Para os demais itens (**b,c,f,g,i**) o valor será mantido o mesmo

Questão 10 Considerar o mesmo valor

Questão 11 Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens

b e d deve-se seguir a seguinte pontuação:

Se a resposta for 1 o valor será (5)

Se a resposta for 2 o valor será (4)

Se a resposta for 3 o valor será (3)

Se a resposta for 4 o valor será (2)

Se a resposta for 5 o valor será (1)

ANEXO B - TABELA DE CLASSIFICAÇÃO DO PROGRAMA PHYSICAL TESTE 5.

Classificação Masculina				
Idade	Baixo	Moderado	Alto	Muito Alto
De 20 a 29	< 0,83	0,83 a 0,88	0,89 a 0,94	> 0,94
De 30 a 39	< 0,84	0,84 a 0,91	0,92 a 0,96	> 0,96
De 40 a 49	< 0,88	0,88 a 0,95	0,96 a 1,00	> 1,00
De 50 a 59	< 0,90	0,90 a 0,96	0,97 a 1,02	> 1,02
De 60 a 69	< 0,91	0,91 a 0,98	0,99 a 1,03	> 1,03

Fonte: Physical Test 5.0 citado por Bisbo (2004)

Tabela 02. Classificação Feminina

Classificação Feminina				
Idade	Baixo	Moderado	Alto	Muito Alto
De 20 a 29	< 0,71	0,71 a 0,77	0,78 a 0,82	> 0,82
De 30 a 39	< 0,72	0,72 a 0,78	0,79 a 0,84	> 0,84
De 40 a 49	< 0,73	0,73 a 0,79	0,80 a 0,87	> 0,87
De 50 a 59	< 0,74	0,74 a 0,81	0,82 a 0,88	> 0,88
De 60 a 69	< 0,76	0,76 a 0,83	0,84 a 0,90	> 0,90