

Relação entre a qualidade de vida e o consumo alimentar de professores de rede privada

Relationship between the quality of life and food consumption of teachers from private network

Relación entre calidad de vida y consumo de alimentos de profesores de la red privada

*Keliane Galdino da Silva;*¹ *Bruna Andrade de Freitas;*² *Gislene Kauffmann Furgêncio;*³ *Leslie Andrews Portes;*⁴ *Nyvian Alexandre Kutz;*⁵ *Marcia Maria Hernandes de Abreu de Oliveira Salgueiro*⁶

Como citar este artigo:

Silva KG; Freitas BA; Furgêncio GK; Portes LA; Kutz NA; Salgueiro MMHAO. Relação entre a qualidade de vida e o consumo alimentar de professores de rede privada. Rev Fun Care Online. 2017 out/dez; 9(4):962-970. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.962-970>

RESUMO

Objetivo: Relacionar a qualidade de vida e o consumo alimentar de professores de rede privada. **Métodos:** Estudo transversal que avaliou a qualidade de vida, o consumo alimentar e a classe econômica. **Resultados:** Em relação à qualidade de vida dos 107 professores, 64,5% foram classificados como boa e 19,6% como muito boa, 70,1% pertencem à classe C e 64,5% mostraram consumo alimentar satisfatório. Os escores de alimentação correlacionaram-se significativamente com os domínios da qualidade de vida, físico, psicológico, social e ambiental, e com a qualidade de vida geral. Quanto maior o escore de alimentação nos quartis, melhor os domínios físico, psicológico e ambiental. **Conclusão:** Quanto maior o escore de alimentação, melhor a qualidade de vida dos professores. Assim, a alimentação saudável pode contribuir com a promoção da saúde, refletindo em melhor qualidade de vida.

Descritores: Promoção da saúde, Qualidade de vida, Hábitos alimentares, Docentes.

ABSTRACT

Objective: To relate the quality of life (QOL) and food consumption (FC) of teachers from private network. **Methods:** Cross-sectional study that evaluated QOL, FC and economic classes. **Results:** Regarding the QOL of 107 teachers, 64.5% were classified as good and 19.6% very good, 70.1% belongs to the class C and 64.5% showed FC satisfactory. The scores of feed were significantly correlated with the QOL, physical, psychological, social and environmental domains, and with overall QOL. The higher the scores of feed, the best quartiles of physical, psychological and environmental domains. **Conclusion:** The higher scores of feed, the better QOL of teachers. Thus, a healthy diet can contribute to health promotion reflecting better QOL.

Descriptors: Health promotion, Quality of life, Food habits, Teaching staff.

¹ Pós-graduada em Nutrição Clínica Ambulatorial pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). E-mail: <klbio@hotmail.com>.

² Pós-graduada em Nutrição Clínica Ambulatorial pelo Unasp. E-mail: <b.freitas@hotmail.com>.

³ Mestranda em Promoção da Saúde no Unasp. E-mail: <gika.furgencio@hotmail.com>.

⁴ Docente do Mestrado em Promoção da Saúde e da graduação em Educação Física no Unasp. E-mail: <leslie_portes@yahoo.com.br>.

⁵ Mestranda em Nutrição Humana Aplicada na Universidade de São Paulo (USP). E-mail: <nyviankutz@hotmail.com>.

⁶ Docente do Mestrado em Promoção da Saúde e da graduação em Nutrição no Unasp. E-mail: <marciasalgueironutricionista@yahoo.com.br>.

RESUMEN

Objetivo: relacionar la calidad de vida (CV) y el consumo de alimentos (CA) de la red privada de los maestros. **Métodos:** Estudio transversal que evaluó la CV, CA y clase económica. **Resultados:** En cuanto a la CV de 107 profesores, el 64,5% se clasificaron como buena y el 19,6% muy buena, el 70,1% pertenece a la clase C y 64,5% mostró CA satisfactoria. Las puntuaciones de la alimentación (PA) se correlacionaron significativamente con los ámbitos de la CV, físico, psicológico, social y ambiental, con la calidad de vida en general. Cuanto mayor sea la PA la mejor cuartiles los dominios físicos, psicológicos y ambientales.

Conclusión: Cuanto mayores sean las PA de los maestros, mejor la CV. Por lo tanto, una dieta saludable puede contribuir a la promoción de la salud refleja una mejor calidad de vida.

Descriptor: Promoción de la salud, Calidad de vida, Hábitos alimenticios, Los maestros.

INTRODUÇÃO

A qualidade de vida concebida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, tem sido um assunto bastante discutido na atualidade. Desse modo, a qualidade de vida é abordada de forma subjetiva e multidimensional, e inclui tanto facetas positivas quanto negativas.¹

Dado que a condição de saúde de professores está vinculada às suas condições de trabalho, esta última pode contribuir ou não para uma qualidade de vida favorável. A relação existente entre as condições de saúde e de trabalho têm sido investigadas devido à influência mútua existente entre ambas. Agravos relacionados à saúde dos professores têm sido identificados e cada vez mais associados às condições de trabalho. Esses profissionais estão cientes de que os benefícios da carreira estão abaixo do nível de relevância e demandas da profissão. A insatisfação com as condições de trabalho concretiza-se pela diminuição da saúde destes. Ademais, o apoio social no ambiente escolar parece tornar as condições de ambiente mais favoráveis ao trabalho.²

Nesse contexto, Santos e Marques (2013)³ mostraram que a maioria dos professores avaliou sua condição de saúde como boa. Todavia, apesar do dado positivo, foram encontrados aspectos desfavoráveis no estilo de vida destes professores, demonstrando uma dificuldade na percepção dos docentes quando relacionada à percepção de saúde geral.

Ainda são pouco conhecidos os estudos que avaliam fatores relacionados às condições de trabalho de docentes do ensino básico e sua contribuição para o risco de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), como sobrepeso e obesidade, visto que professores, de modo geral, desempenham tarefas físicas de baixa intensidade, sendo, assim, classificados como sedentários. Porém, sabe-se que esses fatores irão, com o tempo, interferir na capacidade de trabalho, prejudicando a qualidade de vida e o desempenho profissional. Isto é mostrado por meio das elevadas prevalências de hábitos alimentares inadequados, do consumo de álcool e da inatividade física observados entre professores.⁴

A inserção da mulher no mercado de trabalho incentivou a produção de alimentos pré-preparados, uma vez que não dispunha mais de tempo suficiente para cozinhar para a família. Segundo o estudo realizado em centro urbano, a profissão exercida fora de casa foi vista de modo positivo pelas mulheres, enquanto as tarefas domésticas, incluindo cozinhar, foram entendidas como atividades de menor importância e, em virtude disso, perdeu-se o conhecimento prático e tradicional dos processos de elaboração da comida em ambiente doméstico. Na época atual, o tempo reservado para cozinhar depende de para quem se destina a preparação, sendo este tempo mais valorizado quando destinado às preparações alimentares feitas para a família e menos importante quando o consumo é apenas para si mesmo.⁵

O padrão alimentar é um dos fatores de risco ou proteção para as DCNTs.⁶ Entre os fatores de risco para as DCNTs estão a atividade física insuficiente, o tabagismo, o consumo excessivo de álcool, o consumo inadequado de frutas e hortaliças, o sobrepeso e a obesidade, níveis alterados de pressão arterial e hiperglicemia. Assim, um padrão alimentar com predomínio de fatores de risco para as DCNTs pode afetar a qualidade de vida das pessoas.

Dessa forma, a qualidade de vida converte-se em um indicador geral complexo, que procura estimar a capacidade de se ter ou construir uma vida com condições dignas.⁷

Por isso, objetivou-se relacionar a qualidade de vida e o consumo alimentar de professores de uma rede privada da Zona Sul de São Paulo.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em janeiro de 2015. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Adventista de São Paulo sob o protocolo número 827.482 em 09/10/2014 e pela Coordenadoria Regional da rede privada de ensino de São Paulo.

Foram convidados 400 professores do ensino básico, de ambos os sexos, durante uma reunião pedagógica. A amostra foi composta por 116 professores que aceitaram participar da pesquisa, distribuídos em 13 escolas. Foram excluídos nove indivíduos que não preencheram completamente o questionário.

Foi disponibilizado um local adequado para a coleta de dados, garantindo a privacidade dos participantes.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi composto por dois questionários autoaplicáveis, o primeiro abordando os aspectos sociodemográficos, no qual estão incluídas as variáveis de trabalho, e o segundo contemplando aspectos de saúde (qualidade de vida e consumo alimentar). A avaliação dos dados foi realizada segundo as orientações dos autores.

As variáveis sociodemográficas foram idade (anos), gênero (feminino ou masculino), estado civil (casado, solteiro, viúvo, separado ou divorciado) e classe econômica. As informações coletadas para a classificação econômica foram referentes à escolaridade e à presença de bens de consumo no domicílio. Os dados foram analisados de

acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil, o qual atribui pontos para cada item de acordo com sua característica domiciliar, classificando as classes econômicas em A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E.⁸ As relacionadas ao trabalho foram: nível educacional, tempo de docência, carga horária por semana, número de turnos e de escolas que trabalha. E as variáveis de saúde foram: qualidade de vida e consumo alimentar.

A percepção da qualidade de vida foi avaliada pelo questionário WHOQOL-bref, instrumento utilizado para aferir quantitativamente a qualidade de vida. Trata-se de uma variável dependente de natureza subjetiva, visto que se baseia na percepção das pessoas quanto a diversos aspectos de sua vida. O WHOQOL, desenvolvido por uma pesquisa multicêntrica organizada pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS, resultou na versão longa do instrumento, adaptada e validada no Brasil por pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A tradução para a língua portuguesa foi feita por retrotradução e estimaram-se média e desvio-padrão das palavras para se obter a versão mais correlata ao original em inglês.⁹

Visando à maior facilidade de aplicação perante grandes amostras, foi elaborado um instrumento mais sintético a partir do WHOQOL-100, que foi o primeiro instrumento criado pelo estudo multicêntrico, composto por 100 perguntas. Para a construção do WHOQOL-bref, a versão breve do inquérito maior, os itens da versão longa foram selecionados de acordo com a abrangência e o desempenho psicométrico que, posteriormente, foram examinados por um painel de peritos quanto à sua capacidade de representação e relevância conceitual e psicométrica. Os dados que originaram o instrumento foram extraídos do teste de campo de 20 centros e 18 países. O WHOQOL-bref guarda fortes correlações com o teste originário (WHOQOL-100 brasileiro) e com a versão breve do estudo multicêntrico.⁹

No processo de validação no Brasil, a versão em português foi aplicada em teste de campo com iguais critérios e composição da amostra, tendo sido avaliadas suas propriedades psicométricas. Os autores demonstraram no referido estudo que o WHOQOL-bref, em sua aplicação no Brasil, apresentou boa consistência interna. Este possui validades discriminantes (menos no domínio relações sociais), concorrentes (coeficientes de correlação significativos entre si e em relação aos inventários BHS e BDI) e de critério satisfatório, no qual, com exceção de relações sociais, os demais domínios fizeram parte do modelo utilizando regressão linear múltipla e explicaram 44% da variância.⁹

A versão breve possui 26 perguntas no total, com cinco opções de resposta: 24 facetas (uma pergunta para cada faceta) a respeito de quatro domínios da vida: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente; e duas questões separadas de caráter mais geral, que questionam diretamente a avaliação de qualidade de vida e a satisfação pessoal com o estado de saúde. Outro componente de aferição de qualidade de vida é a medida de qualidade

de vida geral, obtida pela média dos escores nos quatro primeiros domínios. Utiliza escores de 0 a 100, positivos e reversos, e escala Likert de quatro tipos: intensidade, capacidade, frequência e avaliação. É autoexplicativo e refere-se às duas últimas semanas.⁹

O domínio físico aborda temas quanto à presença de dores físicas impeditivas, necessidade de tratamento médico, ser capaz para o trabalho e para realizar as tarefas cotidianas, energia suficiente para tal, funcionalidade, autonomia e sono. O domínio psicológico leva em consideração os aspectos relacionados ao sentido da vida, à dimensão emocional, à capacidade mnêmica e de concentração, à satisfação consigo próprio, à presença de sentimentos positivos e negativos, e à espiritualidade. Relações sociais considera satisfação com as relações pessoais, com a vida sexual e apoio dos amigos. Meio ambiente aborda segurança, saúde do ambiente físico, informações disponíveis, recursos financeiros, oportunidade de atividade de lazer, satisfação com as condições do local de moradia, com acesso a serviços de saúde e com meio de transporte.⁹

O consumo alimentar foi avaliado pelo questionário “Como está sua alimentação?”, elaborado e validado pelo Ministério da Saúde para analisar a qualidade da dieta de grupos populacionais. Este é composto por 18 questões de múltipla escolha que contemplam aspectos do consumo alimentar. O questionário foi aplicado e avaliado segundo orientações dos autores.¹⁰ Assim, para a avaliação do consumo alimentar, atribuiu-se uma pontuação específica (de 0 a 4), referente à resposta de cada questão. A soma total dos pontos revelava se o indivíduo precisava rever, prestar atenção ou continuar adotando seus hábitos alimentares conforme faixa de pontos estabelecida pelo Ministério da Saúde. Como o Ministério da Saúde não classifica o consumo alimentar como adequado ou inadequado, adotou-se a classificação de padrão alimentar utilizada por Franzoni, Lima, Castoldi e Labrêa (2013),¹¹ que considera insatisfatório até 28 pontos; satisfatório de 29 a 42 pontos; ou ótimo, acima de 43 pontos.

Os resultados foram submetidos ao teste de correlação de Pearson e ao teste de ANOVA *one way* comparando-se os grupos de mais baixos escores alimentares com os de mais elevados escores. Foram consideradas significantes as diferenças no nível de $p < 0,05$. Após a análise dos dados, os participantes receberam uma devolutiva individual por escrito com a classificação de seu estado nutricional e estado geral de qualidade de vida.

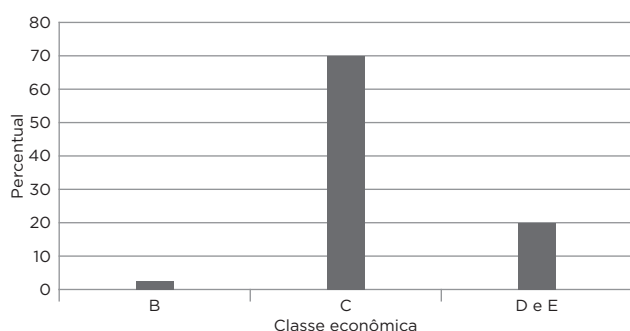
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados 107 professores de 13 escolas, com idades entre 23 e 58 anos ($38,1 \pm 8,7$ anos), sendo 83 do sexo feminino (78%) e 24 do masculino (22%).

Em relação à qualidade de vida, 16% dos professores foram classificados com baixa ou regular, 64% com boa e 20% com muito boa.

Quanto à classificação econômica, a maioria (70,1%) dos professores pertence à classe C (gráfico 1).

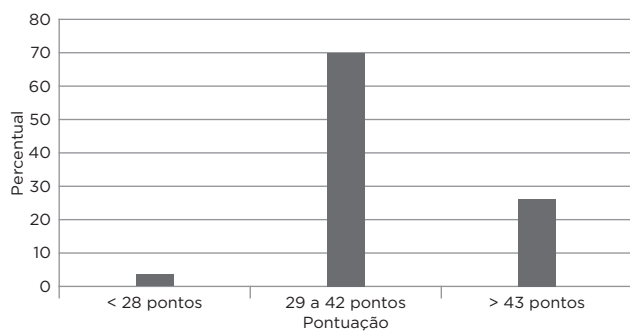
Gráfico 1 - Distribuição dos professores de uma rede privada de ensino segundo a classe econômica: São Paulo, 2015



Elaboração das autoras.

De acordo com a pontuação do questionário “Como está sua alimentação?”,¹⁰ apenas 3,7% dos professores apresentaram consumo alimentar insatisfatório, enquanto a maioria mostrou consumo satisfatório (70,1%) e ótimo (26,2%) (gráfico 2).

Gráfico 2 - Distribuição do consumo alimentar de professores de uma rede privada de ensino segundo a pontuação do questionário “Como está sua alimentação?”: São Paulo, 2015.



Elaboração das autoras.

Avaliando os resultados relativos aos hábitos alimentares na tabela 1, foi observado que 7,5% (n=8) dos professores relataram não consumir frutas ou suco de frutas diariamente, 24,3% (n=26) consomem uma fruta, 35,5% (n=38) consomem duas e 32,7% (n=35) consomem a quantidade de frutas recomendadas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira.¹²

Tabela 1 - Caracterização da amostra segundo hábitos alimentares de professores de uma rede privada de ensino: São Paulo, 2015.

Variáveis	Pontuação	Professores	
		Nº	(%)
Quantidade de frutas consumidas/dia			
Não como todos os dias	0	8	7,5
Uma unidade	1	26	24,3
Duas unidades	2	38	35,5
Três unidades ou mais	3	35	32,7
Total	-	107	100
Quantidade de legumes e verduras consumidos/dia			
Não como todos os dias	0	12	11,2
3 ou menos colheres de sopa	1	37	34,6

Variáveis	Pontuação	Professores	
		Nº	(%)
4 a 5 colheres de sopa	2	36	33,6
6 a 7 colheres de sopa	3	12	11,2
8 ou mais colheres de sopa	4	10	9,3
Total	-	107	100
Quantidade de leguminosas e feijões consumidos/dia			
Não consome	0	3	2,8
Consome menos de 5 vezes/semana	1	24	22,4
1 colher de sopa ou menos/dia	2	14	13,1
2 ou mais colheres de sopa/dia	3	66	61,7
Total	-	107	100
Consumo médio de porções de cereais/dia			
Zero porções	0	1	0,9
De 1 a 2,9 porções	1	52	48,6
De 3 a 4,4 porções	2	37	34,6
De 4,5 a 7,5 porções	3	16	15,0
Mais de 7,5 porções	4	1	0,9
Total	-	107	100
Quantidade de carne (boi, aves, porco, peixes e outros)/dia			
Não consome nenhum tipo de carne	1	14	13,1
1 pedaço de carne ou 1 ovo	2	57	53,3
2 pedaços de carne ou 2 ovos	3	31	29,0
Mais de 2 pedaços de carne ou + 2 ovos	0	5	4,7
Total	-	107	100
Costuma tirar gordura aparente da carne			
Não	0	7	6,5
Não consome carne	2	13	12,1
Sim	3	87	81,3
Total	-	107	100
Frequência de consumo de peixes			
Não consome	0	11	10,3
Somente algumas vezes por ano	1	52	48,6
1 a 4 vezes/mês	2	30	28,0
2 ou mais vezes/semana	3	14	13,1
Total	-	107	100
Consumo de leite e derivados/dia			
Não consome	0	8	7,5
1 ou menos copos de leite ou pedaços/fatias/porções	1	55	51,4
2 copos de leite ou pedaços/fatias/porções	2	22	20,6
3 ou mais copos de leite ou pedaços/fatias/porções	3	22	20,6
Total	-	107	100
Consumo de frituras, salgadinhos, embutidos			
Todos os dias	0	2	1,9
De 4 a 5 vezes/semana	1	4	3,7
De 2 a 3 vezes/semana	2	25	23,4
Menos de 2 vezes/semana	3	24	22,4
Raramente ou nunca	4	52	48,6
Total	-	107	100

Variáveis	Pontuação	Professores	
		Nº	(%)
Frequência de consumo de doces			
Todos os dias	0	5	4,7
De 4 a 5 vezes/semana	1	11	10,3
De 2 a 3 vezes/semana	2	24	22,4
Menos de 2 vezes/semana	3	32	29,9
Raramente ou nunca	4	35	32,7
Total	-	107	100
Tipo de gordura usada para cozinhar os alimentos			
Banha animal ou manteiga	0	1	0,9
Margarina ou gordura vegetal	0	3	2,8
Óleo vegetal (soja, canola etc.)	3	103	96,3
Total	-	107	100
Acrescenta mais sal aos alimentos depois de prontos			
Sim	0	10	9,3
Não	3	97	90,7
Total	-	107	100
Quantidade de água que ingere ao dia			
Menos de 4 copos	0	11	10,3
4 a 5 copos	1	28	26,2
6 a 8 copos	2	29	27,1
8 copos ou mais	3	39	36,4
Total	-	107	100
Consumo de bebida alcoólica			
Eventualmente	2	2	1,9
Não consome	3	105	98,1
Total	-	107	100
Lê informação de rótulos dos alimentos			
Nunca	0	8	7,5
Quase nunca	1	23	21,5
Às vezes	2	53	49,5
Sempre	3	23	21,5
Total	-	107	100

Elaboração das autoras.

Quanto ao consumo geral dos professores, é importante destacar que 7,5% não consomem frutas todos os dias, 11,2% não consomem legumes e verduras todos os dias, 15,9% consomem menos de uma colher de sopa de feijão ao dia ou não consomem, 6,5% não retiram a gordura aparente da carne, 9,3% acrescentam sal às preparações depois de prontas e 10,3% ingerem menos de quatro copos de água por dia. Sobre o hábito de ler as informações dos rótulos dos alimentos, 29% responderam não ler ou quase nunca ler.

Em relação ao hábito de fazer as refeições (café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche ou café da tarde, jantar ou café da noite e lanche antes de dormir) diariamente, 76,6% fazem o café da manhã, 48,6% o lanche da manhã, 93,5% fazem o almoço, 47,7% o lanche da tarde, 78,5% fazem o jantar, e 20,6% fazem ceia.

A avaliação da amostra quanto à prática de atividade física pode ser observada na tabela 2, na qual 48,6% não praticam atividade física.

Tabela 2 - Caracterização da amostra segundo a prática de atividade física de professores de uma rede particular de ensino: São Paulo, 2015

Variáveis	Pontuação	Professores	
		Nº	(%)
Pratica atividade física			
Não	0	52	48,6
2 a 4 vezes/semana	2	25	23,4
Sim	3	30	28,0
Total	-	107	100,0

Elaboração das autoras.

Os escores de alimentação correlacionaram-se significativamente com os domínios da qualidade de vida e com a qualidade de vida geral: físico ($r = 0,22$, $p = 0,024$), psicológico ($r = 0,29$, $p = 0,003$), social ($r = 0,20$, $p = 0,042$), ambiental ($r = 0,28$, $p = 0,004$) e geral ($r = 0,30$, $p = 0,002$), indicando fracas correlações. Em relação aos quartis de alimentação, quanto maior o escore de alimentação, melhores foram os domínios físico ($p = 0,049$), psicológico ($p = 0,011$) e ambiental ($p = 0,029$), mas não em relação ao domínio social ($p = 0,225$). Esses domínios agrupados resultaram em uma qualidade de vida geral melhor em função da qualidade da alimentação ($p = 0,009$).

O presente estudo mostra o predomínio do público feminino como professores do ensino básico. Visualiza-se que a mulher foi entrando para o magistério primário e tornando o exercício dessa profissão predominantemente feminina, em São Paulo, desde meados do século XX.¹³ Em estudo comparativo sobre o professor do sexo masculino que trabalha no ensino público primário do Rio de Janeiro (Brasil) e em Aveiro (Portugal), foi assinalado que a porcentagem de professoras primárias é altíssima e a de professores primários muito baixa. Todavia, o homem pode escolher essa atividade por gosto e ter sucesso.¹⁴ Outro estudo mostra que o trabalho do docente é diferenciado a partir do sexo do trabalhador, na medida em que os homens entram na carreira docente por concurso público e as mulheres passam por experiências de contratos de professoras para atuarem em escolas públicas ou privadas em séries/etapas inferiores às que poderiam atuar.¹⁵

Na amostra estudada, a maioria dos professores foi classificada com boa e muito boa qualidade de vida. Segundo Meira, Cardoso, Vilela, Amorim, Rocha e Andrade et al. (2014),¹⁶ os docentes necessitam de assistência para sua saúde e arco familiar, com políticas públicas visando à prevenção de agravos. Considera que o trabalho docente apresenta alta demanda, aliado à disciplina em sala de aula e à desvalorização profissional, que contribuem para o surgimento de distúrbios musculoesqueléticos e emocionais. Múltiplos fatores do trabalho e os hábitos de vida repercutem na saúde docente, interferindo na sua qualidade de vida.

Pereira, Teixeira, Andrade e Silva-Lopes (2014),¹⁷ em estudo realizado com professores da rede pública de ensino, revelou que os professores com maior carga horária semanal e aqueles da rede estadual de ensino apresentaram menores índices de qualidade de vida em todos os domínios investigados. Em outro estudo realizado por Pereira,

Teixeira, Andrade, Bleyer e Lopes (2014),² ao analisar algumas associações entre a percepção das condições de trabalho (percepção de ambiente físico, ambiente social, desenvolvimento e realização profissional, remuneração e benefícios e relevância social do trabalho) e a qualidade de vida de professores de educação básica de Florianópolis, por meio do WHOQOL-bref, revelou que as dimensões remuneração e benefícios e ambiente físico foram as que apresentaram maior insatisfação. Mais da metade dos professores estavam insatisfeitos com questões ergonômicas do mobiliário e equipamentos, e com as condições de ruído e temperatura; 52,8% apresentavam esgotamento mental sempre/frequentemente; e 50,1% afirmaram ter dificuldades com alunos agressivos. O perfil do ambiente e das condições de trabalho explicaram 24,6% da avaliação do domínio meio ambiente de qualidade de vida. Talvez os professores da rede privada de ensino do presente estudo não apresentem tantas dificuldades quanto os da rede pública, uma vez que a grande maioria relatou a qualidade de vida como boa e muito boa.

Quanto à classificação econômica dos professores, observa-se que a maioria pertence à classe C. Este achado difere do estudo realizado no município de Bagé (RS), que encontrou a maioria dos professores (70%) pertencentes à classe econômica B.³

No que se refere ao consumo alimentar, os dados deste estudo apresentam baixo consumo de frutas, legumes e verduras quando comparados às quantidades recomendadas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira, que preconiza, respectivamente, três porções de frutas/dia e três porções de verduras e legumes/dia.¹² O estudo de Santos e Marques (2013)³ corrobora com os resultados encontrados, pois 79,6% dos professores consumiam menos de três porções de frutas e verduras por dia. Achados semelhantes, em relação ao consumo de frutas, foram observados por Gallina, Teo, Szinwelski, Bohrz, Grahl e Albani (2013)¹⁸ em pesquisa realizada em 27 escolas municipais urbanas de Chapecó (SC) com 79 professores das séries iniciais do ensino fundamental utilizando o questionário “Como está sua alimentação?”, uma vez que houve baixo consumo de frutas entre os professores avaliados. No entanto, ao contrário dos nossos achados, verificou-se que a maioria dos professores consumia quantidade adequada dos grupos legumes e verduras.

O resultado da pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) do Ministério da Saúde, realizada em 2014,¹⁹ apontou que 24,1% da população brasileira consome o recomendado de frutas, legumes e verduras de acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira.¹²

Com relação ao consumo de feijões e leguminosas, a maioria dos professores estudados apresentaram consumo adequado, diferentemente de Gallina, Teo, Szinwelski, Bohrz, Grahl e Albani (2013),¹⁸ que verificaram que os hábitos e as práticas alimentares dos professores apresentavam baixo consumo de leguminosas.

O feijão é a principal fonte de proteína vegetal na alimentação brasileira,¹² e, assim como todas as demais leguminosas, os feijões são fontes de proteína, fibras,

vitaminas do complexo B e minerais, como ferro, zinco e cálcio. O alto teor de fibras e a quantidade considerável de calorias por grama conferem a esses alimentos alto poder de saciedade, que evita que se coma mais do que o necessário.²⁰

No presente estudo foi verificado que os professores têm consumo alimentar de cereais, raízes, tubérculos e massas bem abaixo do recomendado. O Guia Alimentar para a População Brasileira recomenda como quantidade adequada para um adulto saudável o consumo diário de seis porções de cereais, tubérculos e raízes. O documento ressalta ainda que o consumo de alimentos ricos em carboidratos complexos (amidos), como cereais, seja, de preferência, integral.¹²

Em relação ao consumo de carnes ou ovos, a maioria consome diariamente a quantidade recomendada,¹² e aproximadamente 1/3 da amostra consome mais do que é recomendado. Dado semelhante foi encontrado por Gallina, Teo, Szinwelski, Bohrz, Grahl e Albani (2013),¹⁸ que observaram que 59,5% dos professores consomem uma porção de carnes ou ovos ao dia e 38% consomem no mínimo duas porções deste grupo ao dia. Os dados deste estudo sobre o consumo de carnes ou ovos são compatíveis com o padrão alimentar brasileiro demonstrado por Levy, Claro, Mondini, Sichieri e Monteiro (2012).²¹

Especialmente nesta população estudada, a prevalência de mais de 10% de não consumo de carnes em relação ao recomendado¹² e em relação ao padrão alimentar brasileiro²⁰ possivelmente seja explicada pelo regime alimentar defendido pela crença religiosa em comum da amostra, que recomenda, entre os princípios de vida saudável, evitar o consumo de carnes (bovina, frango e peixe), café, chá preto e outras bebidas que contenham cafeína, alimentos refinados e pimenta.²²

A maioria dos professores estudados prefere retirar a gordura aparente das carnes e a pele do frango. O descarte da gordura aparente das carnes antes de sua preparação é fundamental para reduzir a quantidade de gordura saturada e colesterol da refeição. O consumo excessivo de gorduras saturadas está relacionado a várias DCNTs (doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, acidentes cerebrovasculares e câncer).¹² As principais fontes alimentares de gordura saturada são gema de ovo, leite e derivados, carne bovina, pele de aves e vísceras.²⁰ A pesquisa Vigitel, realizada em 2013, mostrou que aproximadamente 1/3 da população adulta dos 26 estados brasileiros e Distrito Federal declarou ter o hábito de consumir carnes com gordura, sendo esta condição quase duas vezes mais frequente entre homens (41,2%) do que entre mulheres (22,2%). O hábito de consumir carnes com excesso de gordura (sem remover a gordura visível) é utilizado como indicador do consumo de alimentos considerados marcadores de padrões não saudáveis de alimentação.⁶

Uma minoria consome peixes duas ou mais vezes/semana. Os resultados obtidos nesta pesquisa em relação ao consumo de peixe (tabela 1) acompanham o perfil de baixo consumo deste alimento no país, comparado à recomendação da OMS, que é de 12 kg/hab./ano.²³

Entre os alimentos proteicos, na amostra em estudo há um baixo consumo de leite pela população adulta,

pois 70,4% (n=85) não consomem a quantidade de três porções recomendadas pelo Guia Alimentar Brasileiro.¹² Este resultado é compatível com o estudo de Gallina, Teo, Szinwelski, Bohrz, Grahl e Albani (2013),¹⁸ no qual a maioria dos professores (86%, n=68) exibiram consumo inadequado de leite e derivados. Além disso, no Brasil há uma aparente tendência de redução no consumo de leite pela população, especialmente relevante quando se considera que a osteoporose é um importante problema de saúde, e os alimentos do grupo leite e derivados são as principais fontes de cálcio da alimentação.¹²

Em relação ao tipo de leite consumido, predomina o consumo de leite do tipo integral. Como no presente estudo prevalece a classe econômica C, provavelmente por isso esta amostra consome mais o leite integral devido à melhor oferta de preço. Dados da Vigitel mostram que a frequência de adultos que referem o hábito de consumir leite integral mostrou-se elevada em todas as cidades estudadas.⁶

Dados do presente estudo indicam predominância de consumo adequado de frituras, salgadinhos e embutidos (71%, n=76) e de doces, biscoitos, refrigerantes e sucos industrializados (62,6%, n=67). Todavia, são preocupantes as proporções daqueles que apresentam consumo inadequado de frituras, salgadinhos e embutidos (29%, n=31) e de doces, biscoitos, refrigerantes e sucos industrializados (37,4%, n=40), uma vez que, para os alunos, o professor costuma ocupar uma posição de exemplo. O estudo de Gallina, Teo, Szinwelski, Bohrz, Grahl e Albani (2013)¹⁸ corrobora com os dados encontrados, no qual 39,3% da amostra consome frituras, salgadinhos, embutidos pelo menos 2 vezes/semana.

De acordo com Gallina, Teo, Szinwelski, Bohrz, Grahl e Albani (2013),¹⁸ considera-se consumo adequado de alimentos menos saudáveis o consumo esporádico ou ausente, e como consumo inadequado o consumo regular (duas ou mais vezes por semana).

Os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2002/2003 e 2008/2009, ao avaliar as características do consumo de produtos que usam açúcar em sua composição, mostram a ocorrência de aumento substancial do consumo de açúcar na forma de produtos industrializados entre os períodos.^{24,25}

O estudo de Rombaldi, Silva, Neutzling, Azevedo e Hallal (2014)²⁶ revelou que cerca de 1/3 da população adulta (32,7%) consumia regularmente dieta rica em gordura. O consumo regular de gordura, em ambos os sexos, associou-se a idades mais jovens e ao consumo regular de refrigerantes. A frequência do consumo regular de alimentos ricos em gordura na população adulta residente no município de Pelotas encontra-se além das recomendações atuais do Ministério da Saúde.

Atualmente, entre as principais causas de morte no mundo e no Brasil, encontram-se as DCNTs. Segundo a OMS, hábitos alimentares inadequados, entre outros fatores, têm sido associados às DCNTs, como as doenças cardiovasculares, a diabetes mellitus, a obesidade e alguns tipos de câncer. O padrão alimentar da população brasileira tem sido marcado por mudanças caracterizadas pelo aumento da ingestão de alimentos com alta densidade

energética, ricos em gordura saturada, gordura trans e açúcares simples, e pobres em fibras, associados à inatividade física, e consumo excessivo de álcool, os quais têm sido identificados como preditores independentes dessas enfermidades.²⁷ A POF 2008-2009 confirma estes achados, pois constatou uma prevalência de 50% de excesso de peso na população adulta brasileira e baixo consumo de alimentos ricos em fibras, como frutas, verduras e leguminosas e alto consumo de alimentos ricos em gordura saturada, açúcar e sal.²⁵ Dados recentes revelam que menos de 1/4 da população possui consumo recomendado de frutas e hortaliças, o que reflete a baixa qualidade da dieta do brasileiro. Estes achados são muito importantes quando se considera que as DCNTs, como a obesidade, têm seu risco aumentado pela ingestão inadequada destes alimentos.²⁸

A OMS publicou uma diretriz, “*Guideline: sugars intake for adults and children*”, recomendando que adultos e crianças reduzam o consumo diário de açúcar. O consumo de açúcar não deve ultrapassar 50 gramas por dia. Este curso também com o plano de reduzir a utilização do açúcar em produtos industrializados. O guia foi baseado em diversos estudos com crianças e adultos que encontraram associação do consumo frequente de bebidas açucaradas com excesso de peso e alterações metabólicas que favorecem o desenvolvimento de DCNTs. Em ambos os adultos e crianças, a ingestão de açúcares livre deve ser reduzida para menos de 10% do consumo energético total. A nova redução para menos de 5% do consumo total de energia iria fornecer benefícios adicionais à saúde.²⁹

Em relação ao tipo de gordura usada para cozinhar os alimentos, a maioria declarou usar o óleo vegetal para preparação dos alimentos em casa. O Guia Alimentar para a População Brasileira recomenda¹² o uso de pequenas quantidades de óleo vegetal no preparo dos alimentos e dar preferência a formas de preparo que utilizam pouca quantidade de óleo, como assados, cozidos, ensopados, grelhados, evitando frituras.

A maioria dos professores respondeu não ter o costume de acrescentar mais sal aos alimentos prontos. A recomendação para a população brasileira é que o consumo de sal deve ser no máximo 5 g/dia (uma colher de chá rasa por pessoa), sendo esta quantidade adequada para atender às necessidades de iodo. No capítulo “Orientações à família”, indica-se a redução da quantidade de sal nas preparações e evitar o uso do saleiro à mesa.¹² Apesar da maioria da presente amostra não ter o hábito de adicionar sal às preparações prontas, e de isto ser favorável, o instrumento não avalia a quantidade de cloreto de sódio consumido diariamente, o que impossibilita classificar o consumo de sal em adequado ou inadequado.

Quando questionados sobre o consumo de água por dia, a maioria respondeu realizar consumo adequado de água, cuja recomendação é o consumo de 6 a 8 copos de água por dia.¹²

Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, a quase totalidade da amostra revelou não ter o costume de ingeri-las. Este achado, provavelmente, deve-se ao fato de a amostra ser pertencente a um grupo religioso que tem como um dos

princípios a abstenção de álcool.²² Resultado bem diferente do encontrado por Santos e Marques (2013),³ no qual apenas 38% dos professores abstiveram-se do consumo de álcool no último ano. O consumo excessivo de álcool em associação com um hábito alimentar marcado pela ingestão de alimentos altamente calóricos tem sido preditor independente de risco para as DCNTs.²⁷

Sobre o hábito de ler as informações dos rótulos dos alimentos, menos de ¼ declarou ler sempre. Isto mostra que a maioria não tem o hábito de frequentemente ler o rótulo dos alimentos. O Guia Alimentar para a População Brasileira valoriza as informações contidas nos rótulos dos alimentos como ferramenta essencial para a seleção de alimentos mais saudáveis, esclarecendo o seu conteúdo e orientando a sua adequada utilização para esse fim.¹²

Em relação ao hábito de fazer as refeições (café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche ou café da tarde, jantar ou café da noite e lanche antes de dormir ou ceia) diariamente, a maioria faz as três refeições principais, café da manhã, almoço e jantar. Achados de Santos e Marques (2013)³ mostram que a maioria (79,1%) dos professores realiza três ou mais refeições diárias. O Guia Alimentar para a População Brasileira recomenda a realização de três refeições principais ao dia: café da manhã, almoço e jantar.²⁰

Quanto à prática de atividade física, a maioria pratica. Dados da Vigitel apontam aumento significativo da prática de atividade física nos últimos seis anos entre os brasileiros.¹⁹

Os escores de alimentação correlacionaram-se significativamente com os domínios da qualidade de vida e com a qualidade de vida geral. Em relação aos quartis de alimentação, quanto maior o escore de alimentação, melhor a qualidade de vida geral e em cada domínio, exceto o domínio social. Estudo de Sonati et al. (2014),³⁰ utilizando como instrumento único para a avaliação da percepção da qualidade de vida dos grupos o questionário WHOQOL-bref, mostrou que idosos ativos, comparados aos adultos ativos, percebem melhor qualidade de vida nos aspectos da vida ativa, do desempenho das atividades da vida diária, da aceitação da aparência física, da satisfação financeira e da disponibilidade de tempo para as atividades de lazer. Para o grupo de adultos, notou-se que fatores importantes, como a atividade laboral e a família, podem estar influenciando a percepção da qualidade de vida desses indivíduos.

Como um exemplo de reconhecimento da importância da dimensão espiritual, a OMS incluiu um domínio de espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais em seu instrumento para avaliação da qualidade de vida (WHOQOL).³¹

A população deste estudo contou com a presença de professores pertencentes a uma entidade religiosa, o que por si só representa um fator que se associa positivamente com a qualidade de vida. Rocha e Fleck (2011)³² relataram que a importância dada à espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais aparece positivamente associada com a qualidade de vida na maioria de seus domínios, independentemente de outros fatores envolvidos.

Os resultados de Melo, Sampaio, Souza e Pinto (2015)³³ mostraram que a religiosidade e a espiritualidade têm

correlação com a qualidade de vida, atuando principalmente como enfrentamento em situações adversas. Assim, fica evidente a importância desses fenômenos para as práticas de saúde, ressaltando-se a necessidade de valorizá-los e incluí-los nas formações profissionais.

O estudo realizado apresentou algumas limitações, como as atividades da reunião de planejamento pedagógico serem realizadas simultaneamente com a pesquisa, pouca divulgação e adesão dos professores à participação da pesquisa, limitando o número total esperado. A utilização do questionário para a coleta dos dados sobre a percepção da qualidade de vida, por ser extenso e autorrespondido, pode ter levado a algum erro na interpretação das questões. Existem poucos estudos que avaliem o consumo alimentar de professores do ensino básico e que utilizem instrumentos padronizados para futuras comparações.

Os achados do presente estudo mostraram uma fraca associação entre três dos quatro domínios da qualidade de vida dos avaliados, o que sugere que os indivíduos sentem-se melhor conforme se alimentam melhor. Necessita-se de mais estudos que avaliem a qualidade de vida e o consumo alimentar de professores do ensino básico que poderão contribuir para que estes profissionais percebam-se melhor e possam contribuir com a promoção da saúde escolar a partir de seu próprio estilo de vida.

CONCLUSÃO

A maioria dos professores tem boa qualidade de vida e consumo alimentar satisfatório. A relação entre a qualidade de vida e o consumo alimentar mostra que, quanto maior o escore de alimentação, melhor a qualidade de vida de professores em todos os domínios estudados. Dessa forma, a alimentação saudável pode contribuir com a promoção da saúde, refletindo em melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995;41:1403-9.
2. Pereira EF, Teixeira CS, Andrade RD, Bleyer FTS, Lopes AS. Associação entre o perfil de ambiente e condições de trabalho com a percepção de saúde e qualidade de vida em professores de educação básica. *Cad Saúde Coletiva* 2014;22(2):113-19.
3. Santos MN, Marques AC. Condições de saúde, estilo de vida e características de trabalho de professores de uma cidade do sul do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013;18(3):837-46.
4. Reis RS. Comportamentos de risco à saúde e percepção de estresse dos professores universitários das IFES do sul do Brasil. Tese [Dissertação] – Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.
5. Collaço JHL. Restaurantes de comida rápida, os fast foods, em praças de alimentação de shopping centers: transformações no comer. *Estudos Históricos* 2004;1(33):166-35.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: MS; 2014 [acesso em: 23 jun 2005]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2013.pdf
7. Grande AJ, Silva V, Manzatto L, Rocha TBX, Martins GC, Vilela Junior GB. Determinantes da qualidade de vida no trabalho: ensaio clínico controlado e randomizado por clusters. *Rev Bras Med Esporte* 2013;19(5):371-75.

8. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo: Abep; 2014 [acesso em: 18 abr 2015]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>
9. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev Saúde Pública 2000;34(2):178-83.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Guia Alimentar: como ter uma alimentação saudável. Brasília: MS; 2007 [acesso em: 6 jul 2015]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_alimentacao_saudavel.pdf
11. Franzoni B, Lima LA, Castoldi L, Labrêa MGA. Avaliação da efetividade na mudança de hábitos com intervenção nutricional em grupo. Ciênc Saúde Coletiva 2013;18(12):3751-8.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para População Brasileira: Promovendo a Alimentação Saudável Programa. Brasília: MS; 2008 [acesso em: 23 set 2015]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2008.pdf
13. Demartini ZBF, Antunes FF. Magistério primário: profissão feminina, carreira masculina. Cad Pesq 1993;(86):5-14.
14. Rabelo AO. A escolha profissional dos homens pela docência na escola "primária". Rev Educ em Questão 2011;41(27):06-37.
15. Dias AF. Trabalho docente e gênero: representações de sentidos e significados do trabalho de docentes do ensino básico. Gepiade 2013;14:113-26.
16. Meira TRM, Cardoso JP, Vilela ABA, Amorim CR, Rocha SV, Andrade na, et al. Percepções de professores sobre trabalho docente e repercussões sobre sua saúde. Rev Bras Promoç Saúde 2014;27(2):276-82.
17. Pereira EF, Teixeira CS, Andrade RD, Silva-Lopes A. O trabalho docente e a qualidade de vida dos professores na educação básica. Rev Salud Publica 2014;16(2):221-31.
18. Gallina LS, Teo CRPA, Szinwelski NK, Bohrz S, Grahl F, Albani G. Hábito alimentar do professor: importante elemento para a promoção da saúde no ambiente escolar. Rev Simbio-Logias 2013;6(9):105-16.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: MS; 2014 [acesso em: 24 jun 2015]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Alimentar para a População Brasileira. 2. ed. Brasília: MS; 2014 [acesso em: 30 jun 2015]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf
21. Levy RB, Claro RM, Mondini L, Sichieri R, Monteiro CA. Distribuição regional e socioeconômica da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil em 2008-2009. Rev Saúde Pública 2012;46(1):6-15.
22. Knutsen SF, Fraser GE, Beeson WL, Lindsted KD, Shavlik DJ. Comparison of adipose tissue fatty acids with dietary fatty acids as measured by 24-hour recall and food frequency questionnaire in Black and White Adventists: the Adventist Health Study. Ann Epidemiol 2003;13(2):119-27.
23. World Health Organization. Protein and amino acid requirements in human nutrition. Report of a joint WHO/FAO/UNU Expert Consultation, United Nations University. New York: WTO; 2007 [acesso em: 21 ago 2015]. (Technical Report Series, 935). Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43411/1/WHO_TRS_935_eng.pdf
24. Brasil. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) 2002-2003: primeiros resultados. Rio de Janeiro: IBGE; 2004 [acesso em: 5 jul 2015]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/pof/2002/pof2002.pdf>
25. Brasil. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) 2008- 2009: despesas, rendimentos e condições de vida. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [acesso em: 29 jun 2015]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/pof/2008_2009/POFpublicacao.pdf
26. Rombaldi AJ, Silva MC, Neutzling MB, Azevedo MR, Hallal PC. Fatores associados ao consumo de dietas ricas em gordura em adultos de uma cidade no sul do Brasil. Ciênc Saúde Coletiva 2014;19(5):1513-21.
27. World Health Organization. Diet, nutrition and prevention of chronic diseases. Report FAO/WHO Expert Consultation. Geneva: WTO; 2003 [acesso em: 9 ago 2015]. (WHO Technical Report Series, 916). Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/cgi-bin/repository.pl?url=/trs/WHO_TRS_916.pdf
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: MS; 2011 [acesso em: 11 jul 2015]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_2010.pdf
29. World Health Organization. Information note about intake of sugars recommended in the WHO guideline for adults and children. Geneva: WTO; 2015 [acesso em: 13 ago 2015]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149782/1/9789241549028_eng.pdf?ua=1
30. Sonati JG, Vilarta R, Maciel ES, Modeneze DM, Vilela Junior GB, Lazari VO, et al. Análise comparativa da qualidade de vida de adultos e idosos envolvidos com a prática regular de atividade física. Rev Bras Geriatr Gerontol 2014;17(4):731-9.
31. Moreira-Almeida A, Koenig HG. Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: a commentary on the WHOQOL SRPB group's "a cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life". Soc Sci Med 2006;63(4):843-5.
32. Rocha NS, Fleck MPA. Avaliação de qualidade de vida e importância dada a espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (SRPB) em adultos com e sem problemas crônicos de saúde. Rev Psiq Clín 2011;38(1):19-23.
33. Melo CF, Sampaio IS, Souza DLA, Pinto NS. Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. Estud Pesqui Psicol 2015;15(2):447-64.

Recebido em: 24/03/2016

Revisões requeridas: Não houve

Aprovado em: 19/09/2017

Publicado em: 25/10/2017

Autora responsável pela correspondência:

Marcia Maria Hernandez de Abreu de Oliveira Salgueiro

Rua Manuel Jacinto 932, Apto. 11, Bloco 11

Vila Sônia, São Paulo

CEP: 05624-001

E-mail: <marciasalgueironutricionista@yahoo.com.br>