

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

RUDNEY DA SILVA

**CARACTERÍSTICAS DO ESTILO DE VIDA E DA QUALIDADE DE VIDA DE  
PROFESSORES DO ENSINO SUPERIOR PÚBLICO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

TESE DE DOUTORADO

FLORIANÓPOLIS  
2006

RUDNEY DA SILVA

**CARACTERÍSTICAS DO ESTILO DE VIDA E DA QUALIDADE DE VIDA DE  
PROFESSORES DO ENSINO SUPERIOR PÚBLICO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção – Ergonomia, do Centro Tecnológico, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Engenharia de Produção.

Orientador: Prof. José Carlos Zanelli, Dr.

Co-Orientador: Prof. Alexandro Andrade, Dr.

FLORIANÓPOLIS

2006

RUDNEY DA SILVA

**CARACTERÍSTICAS DO ESTILO DE VIDA E DA QUALIDADE DE VIDA DE  
PROFESSORES DO ENSINO SUPERIOR PÚBLICO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

Tese julgada e aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Engenharia de Produção, na área de concentração de Ergonomia, do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, do Centro Tecnológico, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 18 de setembro de 2006.

---

Prof. Dr. Antônio Sérgio Coelho  
Coordenador do Curso

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. José Carlos Zanelli, Dr. – UFSC  
Orientador

---

Prof. Alexandro Andrade, Dr. – UDESC  
Co-Orientador

---

Prof. Narbal Silva, Dr. – UFSC  
Moderador

---

Prof. José Baus, Dr. – UFSC  
Examinador

---

Prof<sup>a</sup>. Giovana Z. Mazo, Dra. – UDESC  
Examinadora

---

Prof. Magnus Benneti, Dr. – UDESC  
Examinador

---

Prof. Olavo Guimarães Feijó, Dr. – UDESC  
Examinador

Dedico esta pesquisa ao meu amado Pai (*in memoriam*)...

## AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, pela sua excelência no ensino de pós-graduação.

Ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção – PPGEPP, seu Coordenador e Funcionários, pela oportunidade.

Aos Professores do PPGEPP/UFSC, por ofertarem os conhecimentos que provocaram e sustentaram esta pesquisa.

Ao Professor Doutor José Carlos Zanelli, pela chance oferecida e confiança depositada.

Ao Professor Doutor Alexandro Andrade, meu mestre, pelo apoio irrestrito e contribuições sempre oportunas.

À Professora Doutora Giovana Zarpellon Mazo, minha mestra, pelas clarificações proporcionadas a esta pesquisa.

Aos Professores Doutores Magnus Benetti, Narbal Silva, Olavo G. Feijó, José Baus, pelas examinações à pesquisa.

À minha família, Lourdes, Paulo, Elaine e Jean, por conseguir me aguentar neste difícil, mas importante período.

À minha amada Cristiana, por estar sempre ao meu lado me suportando e motivando em todos os momentos.

E àqueles que direta ou indiretamente compartilharam este caminho na incessante busca pelo conhecimento.

E a Deus, muito obrigado.

## RESUMO

SILVA, Rudney da. 2006. 264f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, CTC – UFSC, **Características do estilo de vida e qualidade de vida de professores do ensino superior público em Educação Física**. Florianópolis.

Esta pesquisa teve como objetivo caracterizar e analisar os aspectos do estilo de vida e da qualidade de vida de professores do ensino superior público em Educação Física de Santa Catarina. O estudo foi classificado como de campo, exploratório e descritivo, sendo desenvolvido através de procedimentos qualitativos e quantitativos de coleta e análise dos dados. Os participantes foram selecionados segundo critérios de intencionalidade próprios ao sujeito e à Instituição, totalizando 16 indivíduos. Os procedimentos foram submetidos e aprovados pelo CEPESH/UFSC, pelo PPGEP e pelas instituições envolvidas. A coleta dos dados foi realizada através do WHOQOL, IPAQ, QEV e Entrevista semi-estruturada, entre dezembro de 2004 e abril de 2005. Os dados numéricos foram analisados através da estatística descritiva e os dados verbais através da análise de conteúdo. Os resultados indicam, de maneira geral, que as características do estilo de vida dos sujeitos investigados apresentam comprometimentos nos aspectos relacionados ao estresse originados principalmente nas condições e relações de trabalho, e que as características da qualidade de vida apontam modos de vida e bem estar favoráveis aos sujeitos. De maneira específica os resultados indicam que: a) o estilo de vida dos participantes é caracterizado como saudável, pois existem aspectos positivos que estão relacionados às atividades físicas (físicas, ocupacionais), à nutrição (acesso e conhecimento da alimentação), aos relacionamentos interpessoais (família, amigos, comunidade universitária) e aos comportamentos preventivos (tabaco, direção), enquanto que o estresse é considerado um aspecto negativo; b) os participantes são caracterizados como “ativos” e “muito ativos” principalmente pelas atividades no trabalho e nas tarefas domésticas iguais ou acima do requerido pela OMS, e que existem aspectos que facilitam o estilo de vida ativo (aulas práticas, conhecimentos) e aspectos que dificultam (exploração do trabalho humano – sobrecarga de trabalho, acúmulo de tarefas, produtivismo), prejudicando assim as atividades físicas no lazer e no transporte; c) a qualidade de vida dos participantes é considerada “boa” e “muito boa”, pois existem aspectos positivos nos domínios físico e das relações sociais, enquanto que apresenta aspectos positivos e negativos nos domínios psicológico e do meio ambiente; d) a docência em Educação Física é percebida como positiva, pois existem benefícios decorrentes da carreira e a sensação de cumprimento do dever, além do *status* profissional e função social relevantes na formação profissional. Já as percepções negativas referem-se às condições de trabalho (estruturais, físicas, materiais, humanas, jornada de trabalho, funções administrativas), às condições socioeconômicas (questão salarial), à competitividade e individualismo, às dificuldades de qualificação, às relações de poder, à desvalorização institucional e docente. Já a promoção da saúde é relacionada ao conceito de saúde propriamente dito, aos fatores de risco à saúde, à percepção sobre saúde individual, aos conhecimentos em educação Física, às concessões em saúde pessoal, e às condições relacionadas ao estresse; e) a relação entre as características do estilo de vida e qualidade de vida dos docentes investigados e o discurso da promoção da saúde apresenta contradições que afetam a Educação Física e acabam gerando fragilidade nas ações cotidianas e nos fundamentos teóricos.

**Palavras-chave:** Estilo de vida, qualidade de vida, docência no ensino superior, Educação Física, promoção da saúde

## ABSTRACT

SILVA, Rudney da. 2006. 264f. Thesis (Doctorate in Production Engineering) - Program of Post-Graduation in Production Engineering, CTC – UFSC. **Characteristics of the lifestyle and of the quality of life from public university teachers in Physical Education.** Florianópolis.

This research had the aim of characterizing and analyzing the aspects of the lifestyle and of the quality of life from public university teachers in Physical Education of Santa Catarina. The study was classified as of field, exploratory and descriptive research, being developed through qualitative and quantitative procedures of collection and analysis of the data. The participants were selected according to intentional criteria to the individual and the Institution, totalizing 16 individuals. The procedures were submitted and approved by CEPESH/UDESC, by PPGEP and by the involved institutions. The collection of the data was accomplished through WHOQOL, IPAQ, QEV and a semi-structured Interview, between December of 2004 and April of 2005. The numeric data were analyzed by descriptive statistics and the verbal data by the content analysis. The results indicate, in a general way, that the characteristics of the lifestyle of the investigated individuals present compromising in the aspects related to the stress originated mainly in relationship to work, and that the characteristics of the life quality shows life manners and feeling good as being favorable to the individuals. In a specific way the results indicate that: a) the participants' lifestyle is characterized as healthy, because there are positive aspects related to physical activities (physics, occupational) related to nutrition (access and knowledge of the food and its nutrients), related to the interpersonal relationships (family, friends, academics community) and also related to the preventive behavior (tobacco, car drive) meanwhile the stress is considered as a negative aspect; b) the participants are characterized as "active" and "very active" mainly due to the activities at work and domestic tasks which are equally or above the requested by OMS and that aspects that facilitate the active lifestyle exist (practical classes, knowledge) and aspects that hinder (exploration of the human work – overloaded work, accumulation of tasks, productivity), with this harming the physical activities in the leisure and in the transport; c) the participants' quality of life is considered as "good" and very good" because there are positive aspects on the physical control and on the social relations, meanwhile positive and negative aspects are presented on the psychological and on the environmental control; d) the teaching in Physical education is seen as positive, because there are benefits resulting from the career and the feeling of completing the duties. Also there's a professional status and relevant social duties on the professional training. The negative perceptions were related to working conditions (structural, physical, equipments, human, work day, administrative functions) to socioeconomic (salary matter), related to conditions, to the competitiveness and individualism, to the qualification difficulties, to the relationship of power, to the institutional and educational depreciation. The promotion of the health is related to the concept of health itself, to the risk factors of the health, to the perception of individual health, to the knowledge in Physical Education, to the concessions in personal health, and to the conditions related to the stress; e) the relationship between the characteristics of the lifestyle and quality of life from the investigated teachers and the speech of the promotion of health presents contradictions that affect the Physical education and they end up generating fragility in the daily actions and in the theoretical basis.

**Key-words:** Lifestyle, life quality, teaching in the higher education, Physical Education, promotion of the health

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE ABREVIATURAS</b> .....	xi
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	xii
<b>LISTA DE QUADROS</b> .....	xvi
<b>CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO</b> .....	18
1.1 Problema de pesquisa .....	18
1.2 Objetivo geral e questões de pesquisa.....	21
1.3 Pressuposto da pesquisa .....	21
1.4 Relevância do estudo.....	22
1.5 Definição de termos .....	24
1.6 Estrutura do trabalho .....	27
<b>CAPÍTULO 2 – REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	29
<b>2.1 Educação física</b> .....	29
2.1.1 Bases históricas da Educação Física .....	30
2.1.2 Ensino superior e crise institucional .....	34
2.1.3 Docência e formação na universidade .....	36
<b>2.2 Estilo de vida</b> .....	40
2.2.1 Estilo de vida e saúde humana .....	42
2.2.1.1 Fatores de risco à saúde .....	45
2.2.1.2 Doenças crônico-degenerativas .....	49
2.2.2 Estilo de vida ativo .....	54
2.2.3 Estilo de vida sedentário .....	57
2.2.4 Instrumentos de avaliação do nível de atividade física .....	61
<b>2.3 Qualidade de vida</b> .....	63
2.3.1 Bases históricas e conceituais da qualidade de vida .....	65
2.3.2 Instrumentos de avaliação da qualidade de vida .....	69
<b>2.4 Estudos sobre estilo de vida, qualidade de vida e docência no ensino superior</b> .....	72
<b>CAPÍTULO 3 – MÉTODO</b> .....	77
<b>3.1 Escolhas teórico-metodológicas</b> .....	77
3.1.1 Historicidade das informações teóricas .....	77
3.1.2 Orientação metodológica .....	79
<b>3.2 Participantes da pesquisa</b> .....	81

<b>3.3 Características das instituições</b> .....	82
3.3.1 Instituição de ensino superior público 1 .....	82
3.3.2 Instituição de ensino superior público 2 .....	83
<b>3.4 Quadro operacional da pesquisa</b> .....	84
<b>3.5 Instrumentos de coleta de informações</b> .....	86
3.5.1 Instrumento 1 – Questionário sobre atividade física .....	86
3.5.2 Instrumento 2 – Questionário sobre qualidade de vida .....	87
3.5.3 Instrumento 3 – Questionário sobre estilo de vida .....	87
3.5.4 Instrumento 4 – Entrevista .....	88
<b>3.6 Procedimentos de pesquisa</b> .....	89
3.6.1 Escolha das instituições .....	90
3.6.2 Seleção dos participantes .....	90
3.6.3 Ambiente e situação de coleta das informações .....	91
3.6.3.1 Etapa 1 – Coleta preliminar .....	92
3.6.3.2 Etapa 2 – Estudo piloto .....	92
3.6.3.3 Etapa 3 – Preenchimento dos questionários .....	94
3.6.3.4 Etapa 4 – Entrevista semi-estruturada .....	96
3.6.4 Registro, sistematização e análise das informações .....	97
<b>3.7 Delimitações da pesquisa</b> .....	101
<b>CAPÍTULO 4 – RESULTADOS DA ANÁLISE DOS DADOS NUMÉRICOS</b> .....	103
<b>4.1 Características dos participantes</b> .....	103
4.1.1 Características gerais .....	104
4.1.2 Características físicas .....	104
<b>4.2 Estilo de vida</b> .....	105
4.2.1 Saúde dos participantes .....	105
4.2.2 Atividade física .....	107
4.2.3 Nutrição .....	112
4.2.4 Relacionamentos sociais .....	114
4.2.5 Estresse .....	114
4.2.6 Comportamentos preventivos .....	116
<b>4.3 Qualidade de vida</b> .....	117
4.3.1 Domínio físico .....	118
4.3.2 Domínio psicológico .....	119
4.3.3 Domínio das relações sociais .....	120

4.3.4 Domínio do meio ambiente .....	120
<b>4.4 Docência em educação física .....</b>	<b>122</b>
4.4.1 Condições de trabalho .....	122
4.4.2 Carreira docente .....	123
<b>CAPÍTULO 5 – RESULTADOS DA ANÁLISE DOS DADOS VERBAIS .....</b>	<b>125</b>
<b>5.1 Estilo de vida .....</b>	<b>125</b>
5.1.1 Nutrição .....	132
5.1.2 Comportamentos preventivos .....	136
5.1.3 Relacionamentos sociais .....	141
5.1.4 Estresse .....	146
5.1.5 Atividade física .....	151
5.1.6 Saúde dos participantes .....	155
<b>5.2 Qualidade de vida .....</b>	<b>156</b>
5.2.1 Definição de qualidade de vida .....	157
5.2.2 Fatores intervenientes na qualidade de vida .....	158
5.2.3 Fatores determinantes da qualidade de vida .....	159
<b>5.3 Docência em educação física .....</b>	<b>162</b>
5.3.1 Condições de trabalho .....	162
5.3.2 Carreira docente .....	167
5.3.3 Função social .....	168
5.3.4 <i>Status</i> profissional .....	170
5.3.5 Ambiente acadêmico .....	171
5.3.6 Teoria e prática na promoção da saúde.....	172
<b>CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>179</b>
<b>6.1 Estilo de vida .....</b>	<b>179</b>
6.1.1 Saúde dos participantes .....	184
6.1.2 Nutrição .....	186
6.1.3 Comportamentos preventivos .....	190
6.1.4 Relacionamentos sociais .....	193
6.1.5 Estresse .....	195
6.1.6 Atividade física .....	199
<b>6.2 Qualidade de vida .....</b>	<b>202</b>
6.2.1 Domínio físico .....	202
6.2.2 Domínio psicológico .....	203

6.2.3 Domínio das relações sociais .....	203
6.2.4 Domínio do meio ambiente .....	204
6.2.5 Fatores intervenientes na qualidade de vida .....	205
6.2.6 Fatores determinantes da qualidade de vida .....	206
<b>6.3 Docência em educação física .....</b>	<b>208</b>
6.3.1 Trabalho docente .....	209
6.3.2 Atividade docente .....	212
6.3.3 Teoria e prática na promoção da saúde em Educação Física .....	214
<b>CAPÍTULO 7 – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>219</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>224</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>246</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>259</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS

- ACSM** – American College Sports of Medicine (Colégio Americano de Medicina do Esporte)
- CAPES** – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CDC** – Centers for Disease Control and Prevention (Centro de Controle e Prevenção de Doenças)
- CNPq** – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- IESP** – Instituições de Ensino Superior Público
- IMC** – Índice de Massa Corporal
- I-PAQ** – International Physical Activity Questionnaire (Questionário Internacional sobre Atividades Físicas)
- LDB** – Lei de Diretrizes e Bases da Educação
- MEC** – Ministério da Educação
- MTE** – Ministério do Trabalho e Emprego
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- WHOQOL** – World Health Organization Quality of Life (Questionário sobre Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde)

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	– Histórico de doença cardiovascular na família.....	105
<b>Tabela 2</b>	– Índices de colesterol total.....	106
<b>Tabela 3</b>	– Níveis de pressão arterial.....	106
<b>Tabela 4</b>	– Estatística descritiva sobre as atividades físicas ocupacionais.....	107
<b>Tabela 5</b>	– Estatística descritiva sobre as atividades físicas vigorosas ou fortes.....	108
<b>Tabela 6</b>	– Estatística descritiva sobre as atividades físicas moderadas.....	109
<b>Tabela 7</b>	– Estatística descritiva sobre as atividades físicas do tipo caminhada e pedalada.....	110
<b>Tabela 8</b>	– Estatística descritiva sobre as atividades sedentárias.....	111
<b>Tabela 9</b>	– Somatório das atividades físicas para a classificação do nível de atividade física.....	112
<b>Tabela 10</b>	– Tipos de alimentos componentes da dieta.....	113
<b>Tabela 11</b>	– Aspectos relacionados aos relacionamentos sociais.....	114
<b>Tabela 12</b>	– Prática intencional de técnicas de controle do estresse.....	115
<b>Tabela 13</b>	– Modalidades de ações para descanso frente ao estresse.....	116
<b>Tabela 14</b>	– Consumo diário de bebidas alcoólicas.....	117
<b>Tabela 15</b>	– Tempo que faz uso de bebidas alcoólicas.....	117
<b>Tabela 16</b>	– Turno em que os professores lecionam.....	122
<b>Tabela 17</b>	– Tempo de graduação dos professores.....	123
<b>Tabela 18</b>	– Tempo de pós-graduação – doutorado dos professores.....	123

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	– Doenças coronárias em fumantes de cigarros e abstêmios.....	46
<b>Quadro 2</b>	– Instrumentos genéricos e específicos sobre qualidade de vida.....	69
<b>Quadro 3</b>	– Quadro operacional da pesquisa.....	84
<b>Quadro 4</b>	– Quadro funcional das instituições de ensino em Educação Física..	90
<b>Quadro 5</b>	– Síntese da avaliação dos instrumentos de pesquisa no estudo piloto.....	93
<b>Quadro 6</b>	– Classificação do índice de massa corporal.....	100
<b>Quadro 7</b>	– Percepções de participantes acerca do estilo de vida saudável e fatores intervenientes.....	126
<b>Quadro 8</b>	– Percepções de participantes acerca das categorias relacionadas à saúde e ao estilo de vida.....	127
<b>Quadro 9</b>	– Percepções de participantes acerca dos determinantes do estilo de vida, a partir de diferentes origens teóricas do conceito.....	127
<b>Quadro 10</b>	– Percepções de participantes acerca dos aspectos do estilo de vida que são mais afetados pelo trabalho.....	128
<b>Quadro 11</b>	– Percepções de participantes acerca da determinação positiva das condições sócio-econômicas aos estilo de vida.....	130
<b>Quadro 12</b>	– Síntese dos determinantes físicos, psíquicos, sociais e culturais do estilo de vida.....	131
<b>Quadro 13</b>	– Síntese sobre o trabalho e as condições sócio-econômicas.....	131
<b>Quadro 14</b>	– Percepções de participantes acerca da alimentação saudável	132
<b>Quadro 15</b>	– Percepções de participantes acerca dos aspectos negativos relacionados ao trabalho na alimentação.....	133
<b>Quadro 16</b>	– Percepções de participantes acerca da relação controle de peso corporal e alimentação.....	135
<b>Quadro 17</b>	– Síntese dos fatores que influenciam a categoria nutrição.....	136
<b>Quadro 18</b>	– Percepções de participantes acerca dos comportamentos preventivos frente ao sexo e o não uso de preservativos.....	137
<b>Quadro 19</b>	– Percepções de participantes acerca dos comportamentos preventivos frente ao sexo e o uso de preservativos.....	137
<b>Quadro 20</b>	– Percepções de participantes acerca dos comportamentos preventivos frente ao uso controlado de álcool.....	138
<b>Quadro 21</b>	– Percepções de participantes acerca dos comportamentos preventivos frente ao trânsito.....	139
<b>Quadro 22</b>	– Percepções de participantes acerca de comportamentos preventivos ligados ao acompanhamento médico, à consciência ecológica e às relações afetivas.....	140

<b>Quadro 23</b>	–	Percepções de participantes acerca dos relacionamentos sociais no trabalho.....	141
<b>Quadro 24</b>	–	Percepções de participantes acerca das interferências negativas aos relacionamentos sociais no trabalho.....	142
<b>Quadro 25</b>	–	Percepções de participantes acerca dos fatores que interferem nos relacionamentos familiares.....	143
<b>Quadro 26</b>	–	Percepções de participantes acerca das amizades no ambiente de trabalho.....	144
<b>Quadro 27</b>	–	Percepções de participantes acerca das amizades na vida pessoal e na comunidade.....	144
<b>Quadro 28</b>	–	Percepções de participantes acerca da não manutenção das amizades na comunidade.....	145
<b>Quadro 29</b>	–	Percepções de participantes acerca de fatores intervenientes nos relacionamentos sociais.....	145
<b>Quadro 30</b>	–	Percepções de participantes acerca da relação estresse e ansiedade.....	146
<b>Quadro 31</b>	–	Percepções de participantes acerca da relação estresse e competitividade.....	147
<b>Quadro 32</b>	–	Percepções de participantes acerca da relação estresse e competitividade exacerbada.....	148
<b>Quadro 33</b>	–	Percepções de participantes acerca da relação estresse e ambição.....	148
<b>Quadro 34</b>	–	Percepções de participantes acerca das doenças provocadas pelo estresse.....	149
<b>Quadro 35</b>	–	Percepções de participantes acerca do uso das atividades físicas e esportivas como ferramenta de controle do estresse.....	150
<b>Quadro 36</b>	–	Percepções de participantes sobre os mecanismos sociológicos do estresse.....	151
<b>Quadro 37</b>	–	Percepções de participantes acerca dos aspectos facilitadores das aulas prática para o estilo de vida ativo.....	152
<b>Quadro 38</b>	–	Percepções de participantes acerca dos fatores que ocasionam as atividades sedentárias.....	152
<b>Quadro 39</b>	–	Percepções de participantes acerca dos aspectos dificultadores da prática de atividades físicas e esportivas.....	153
<b>Quadro 40</b>	–	Percepções de participantes acerca das atividades físicas no contexto doméstico.....	153
<b>Quadro 41</b>	–	Percepções de participantes acerca da relação entre lazer e atividades físicas.....	154
<b>Quadro 42</b>	–	Síntese dos aspectos positivos e negativos da atividade física.....	154
<b>Quadro 43</b>	–	Percepções de participantes acerca da extrapolação ao conceito de saúde.....	155

<b>Quadro 44</b>	–	Percepções de participantes acerca das contradições do trabalho frente conceito de saúde.....	156
<b>Quadro 45</b>	–	Percepções de participantes acerca da avaliação da qualidade de vida.....	156
<b>Quadro 46</b>	–	Percepções de participantes acerca da definição de qualidade de vida.....	157
<b>Quadro 47</b>	–	Percepções de participantes acerca dos aspectos que interferem na qualidade de vida.....	158
<b>Quadro 48</b>	–	Percepções de participantes acerca dos aspectos que interferem negativamente na qualidade de vida.....	159
<b>Quadro 49</b>	–	Percepções de participantes acerca dos determinantes sociais, históricos e políticos da qualidade de vida.....	159
<b>Quadro 50</b>	–	Percepções de participantes acerca dos determinantes econômicos da qualidade de vida.....	160
<b>Quadro 51</b>	–	Percepções de participantes acerca dos aspectos facilitadores das aulas práticas para o estilo de vida ativo.....	161
<b>Quadro 52</b>	–	Síntese dos aspectos positivos e negativos na qualidade de vida.....	161
<b>Quadro 53</b>	–	Percepções de participantes acerca dos fatores materiais das condições negativas de trabalho na universidade.....	163
<b>Quadro 54</b>	–	Percepções de participantes acerca dos fatores humanos e organizacionais das condições negativas de trabalho na universidade.....	163
<b>Quadro 55</b>	–	Percepções de participantes acerca dos fatores materiais das condições positivas de trabalho na universidade.....	164
<b>Quadro 56</b>	–	Percepções de participantes acerca das condições salariais do trabalho na universidade.....	164
<b>Quadro 57</b>	–	Percepções de participantes acerca da produtividade e da consciência profissional nas condições salariais do trabalho na universidade.....	165
<b>Quadro 58</b>	–	Percepções de participantes acerca da jornada de trabalho na universidade.....	166
<b>Quadro 59</b>	–	Percepções de participantes acerca da não aceitação do aumento da jornada de trabalho na universidade.....	166
<b>Quadro 60</b>	–	Percepções de participantes acerca da ocupação docente com cargos administrativos.....	167
<b>Quadro 61</b>	–	Percepções de participantes acerca de aspectos que interferem na carreira docente.....	168
<b>Quadro 62</b>	–	Percepções de participantes acerca da função social da docência no ensino superior.....	169
<b>Quadro 63</b>	–	Percepções de participantes acerca dos fatores que diminuem o <i>status</i> profissional dos professores de ensino superior.....	170
<b>Quadro 64</b>	–	Percepções de participantes acerca do ambiente acadêmico na universidade.....	171

<b>Quadro 65</b>	–	Percepções de participantes acerca da relação Educação Física e promoção da saúde.....	173
<b>Quadro 66</b>	–	Percepções de participantes acerca da atuação em Educação Física e saúde na dicotomia entre a teoria e a prática.....	174
<b>Quadro 67</b>	–	Percepções de participantes acerca das atitudes e comportamentos na dicotomia entre a teoria e a prática.....	175
<b>Quadro 68</b>	–	Percepções de participantes acerca das exigências institucionais na dicotomia entre a teoria e a prática.....	176
<b>Quadro 69</b>	–	Percepções de participantes acerca do valor da consciência e do discurso na dicotomia entre a teoria e a prática.....	177
<b>Quadro 70</b>	–	Percepções de participantes acerca da superação da dicotomia teoria e prática em Educação Física e Saúde.....	177
<b>Quadro 71</b>	–	Síntese sobre a relação teoria e prática em Educação Física e Saúde.....	178
<b>Quadro 72</b>	–	Resultados do estudo piloto sobre informações genéricas e saúde.....	247
<b>Quadro 73</b>	–	Resultados do estudo piloto sobre estilo de vida.....	248
<b>Quadro 74</b>	–	Resultados do estudo piloto sobre qualidade de vida.....	249
<b>Quadro 75</b>	–	Resultados do estudo piloto sobre atividade física.....	250

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Gráfico 1</b>	– Nível de atividade física.....	112
<b>Gráfico 2</b>	– Avaliação da qualidade de vida.....	118
<b>Gráfico 3</b>	– Linhas de pesquisa do doutorado.....	124

## **CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO**

Este capítulo introduz os aspectos envolvidos na contextualização da problemática desta pesquisa e os encaminhamentos necessários ao estudo. O primeiro tópico trata do objetivo geral e as questões de pesquisa. O segundo tópico descreve o pressuposto da pesquisa, detalhando as conseqüências desta hipótese inicial de trabalho. O terceiro tópico apresenta a relevância do estudo, demonstrando a carência de estudos sobre estilo de vida, qualidade de vida e educação física, indicando as principais bases de consulta de dados. O quarto tópico aponta a definição de termos relacionados à pesquisa. O quinto e último tópico aborda a estruturação dos capítulos deste trabalho.

### **1.1 Problema de pesquisa**

O estilo de vida atual, conseqüente do modelo produtivo vigente, tem provocado comprometimentos à saúde humana que refletem diretamente na qualidade de vida dos indivíduos. O modo de produção adotado pelas sociedades modernas determina o próprio modo de vida dos indivíduos, configurando assim, o trabalho humano como um dos alicerces sociais de relevância científica, tornando-o co-responsável por inúmeras mudanças no comportamento humano, afetando os indivíduos nos seus aspectos fisiológico, psicológico e sociológico (FORATTINI, 1992a; MINAYO, 1992; SALLIS e OWEN, 1999).

A Revolução Industrial ocorrida no século XVIII deu início a um processo de exploração de mão-de-obra na produção de bens e serviços que se mantém até a época presente. Este evento provocou mudanças políticas e econômicas nas relações de trabalho, determinando o modelo de produção adotado nas sociedades atuais (ANTUNES, 1986). As conseqüências deste modo de produção aos indivíduos podem ser verificadas nos prejuízos à saúde pública, pois nos países com modo de produção rudimentar, as lesões são, em sua maioria, de natureza física, enquanto que nos países com produção secundária e terciária de alto grau de mecanização e automação, os danos são tanto físicos, quanto psíquicos. O Brasil, segundo os dados do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, ocupa uma das

primeiras posições em número de acidentes de trabalho, gerando elevados índices de indivíduos com seqüelas físicas e psíquicas (BRASIL, 2003f).

O agravo à saúde pública brasileira, ocasionado pelo modelo econômico e social, também pode ser constatado por meio da relação entre o modo de vida e o crescente índice de doenças crônico degenerativas. As estatísticas oficiais do Ministério da Saúde apontam que as doenças crônico-degenerativas são atualmente as maiores causas de morte e invalidez no país (BRASIL, 2004h). Uma das causas destas doenças é o estilo de vida sedentário, pois a inatividade física causa comprometimentos fisiológicos de ordem hipocinéticas em diversos órgãos e sistemas corporais, estando deste modo, relacionadas ao estilo de vida (FOX, BOWERS e FOSS, 1991; POLLOCK e WILMORE, 1993; PATE, PRATT e BLAIR, 1995; BLAIR, APPLGATE, DUNN ETTINGER, HASKELL, KING, MORGAN, SHIH e SIMONS-MORTON (*et al*), 1998; PAFFENBARGER, 2003).

A expressão estilo de vida pode ser entendida como um conjunto de atitudes e comportamentos que levam o indivíduo a determinados hábitos de vida (GREEN e ANDERSON, 1986; FORATTINI, 1992a; SALLIS e OWEN, 1999). Dentre estes comportamentos estão a alimentação, os relacionamentos interpessoais, os comportamentos preventivos, além da prática de atividades físicas formais e não-formais (GREEN e ANDERSON, 1986; FORATTINI, 1992a; DARREN, CORBIN e CUDDIHY, 1998; SALLIS e OWEN, 1999).

Sendo assim, é possível sugerir que as intervenções na busca por um estilo de vida que diminua a incidência das doenças crônico-degenerativas e aumente a qualidade de vida dos indivíduos, está condicionada à legitimidade e legalidade dos profissionais que atuam na área da promoção da saúde, tais como a sociologia, a psicologia, a nutrição, a medicina, e a Educação Física, entre outras. A inclusão Educação Física na área da promoção da saúde, justifica-se pela busca de um estilo de vida ativo, respalda-se nas responsabilidades profissionais instituídas pela Lei 9.696/1998, que regulamentou a atuação do profissional em Educação Física (BRASIL, 1998e).

Segundo a Resolução 056/2003/CONFEP, que dispõe sobre o código de ética da Educação Física, em seu inciso I, do artigo 6º, o profissional desta área tem a responsabilidade e o dever de "(...) promover uma Educação Física no sentido de que a mesma se constitua em meio efetivo para a conquista de um estilo de vida ativo dos seus beneficiários, através de uma educação efetiva, para promoção da

saúde e ocupação saudável do tempo de lazer” (CONFEEF, 2003c, p.06).

O aspecto legal que delinea a responsabilidade do Profissional em Educação Física na busca pelo estilo de vida ativo dos indivíduos não garante, entretanto, a sua legitimidade social, pois mesmo considerando que no Brasil a formação profissional e acadêmica seja desenvolvida principalmente na universidade, existem comprometimentos na legitimidade da própria universidade, e conseqüentemente na formação universitária, que provocam antagonismos que merecem investigações científicas (BUNGE, 1980; BRASIL, 1996c).

Uma das origens destes antagonismos é a incompatibilidade entre o modo de produção de bens e serviços, e o modo de produção de conhecimento. A busca da Universidade pela autonomia de seu saber legitimado pela sociedade, conflita com a sua própria manutenção, pois a Universidade vem se tornando refém das diretrizes impostas pelo mercado, já que apresenta sua sustentação econômica no modelo produtivo atual, não conseguindo produzir conhecimentos suficientes para provocar mudanças neste modo de produção em favor dos indivíduos (BUNGE, 1980).

Outra origem dos comprometimentos à legitimidade universitária é a relação entre o discurso e a realidade dos indivíduos e suas conseqüências. Este entendimento admite que esta relação possa aproximar ou distanciar o real do ideal, dependendo deste modo, de diversos aspectos, como o corpo de conhecimentos da área ou do indivíduo, ou mesmo as características pessoais, entre outros. Considerando então a docência no ensino superior, é possível afirmar que ainda existem pontos problemáticos em seu interior, como por exemplo, o controle político, tanto da ação como do discurso, a autoridade do conhecimento científico e o descrédito à produção dos conhecimentos socialmente desejáveis (COSTA, CARVALHO, ONOFRE, DINIZ e PESTANA, 1996).

Portanto, embora a Educação Física seja uma área profissional e acadêmica legalmente constituída, ainda existem lacunas na formação profissional que dificultam a legitimidade social exigida de uma área de conhecimento, como a distância entre o discurso e o real e o corpo de conhecimentos, tornando-se necessário realizar investigações que detectem possíveis distorções entre os conhecimentos produzidos na universidade e as demandas sociais requeridas, pois ao analisar o agente formador no âmbito universitário, neste caso, os docentes que atuam no ensino superior em educação física, podem-se desvelar aspectos subjacentes aos determinantes do estilo de vida ativo.

A partir da problemática exposta, este estudo apresenta o seguinte problema de pesquisa: *Quais os aspectos que caracterizam o estilo de vida e a qualidade de vida de professores do ensino superior público em Educação Física de Santa Catarina?*

Estilo de vida, qualidade de vida, ensino superior e saúde humana são os temas deste estudo. Diante destes temas, esta investigação busca refletir sobre as opções de vida e o discurso dos docentes do ensino superior em Educação Física sobre os referidos temas, demandando o conhecimento destes temas através de reflexões históricas, políticas e econômicas acerca da responsabilidade dos professores quanto ao papel social da universidade.

## **1.2 Objetivo geral e questões de pesquisa**

Este estudo tem como objetivo geral caracterizar e analisar os aspectos do estilo de vida e da qualidade de vida de professores do ensino superior público em Educação Física de Santa Catarina. O detalhamento deste objetivo se dá por meio das seguintes questões de pesquisa:

- Quais as características do estilo de vida dos docentes investigados, segundo as categorias atividade física, nutrição, relacionamentos interpessoais, estresse, comportamentos preventivos?
- Quais as características das atividades físicas dos docentes investigados com relação ao trabalho, transporte, tarefa doméstica, lazer, atividades de tempo sentado?
- Quais as características da qualidade de vida dos docentes investigados segundo os domínios físico, psicológico, das relações sociais, e do meio ambiente?
- Qual a percepção dos docentes investigados acerca da docência em Educação Física, com relação ao trabalho e atividade docente e à promoção da saúde?
- Qual a relação entre as características do estilo de vida e da qualidade de vida dos docentes investigados e o discurso da promoção da saúde?

### **1.3 Pressuposto da pesquisa**

Neste estudo foi adotado um pressuposto que se configura como uma hipótese de trabalho suscetível às modificações durante o processo de coleta dos dados. Segundo Laille e Dione (1999), como estes pressupostos iniciais permitem certa flexibilidade na coleta e análise dos dados, o pesquisador pode retornar aos dados já analisados ou aos participantes para esclarecer questionamentos que surjam no processo de análise das informações, permitindo deste modo, maior aproximação ao fenômeno investigado.

Deste modo, visando a continuidade operacional à questão central da pesquisa, este estudo pressupõe que as características do estilo de vida e da qualidade de vida adotados pelos docentes investigados não correspondem ao discurso sobre a promoção da saúde em Educação Física, primeiro porque as universidades públicas de ensino superior em Educação Física apresentam determinadas características que causam prejuízos à saúde dos indivíduos, como a exploração física e intelectual pelo trabalho, a carência de estruturas física e material, e as condições salariais inadequadas, e em segundo porque existem contradições próprias à relação entre o discurso e a realidade, ou seja, o que é posto pela teoria (ideal) nem sempre é exeqüível na vida cotidiana (real).

### **1.4 Relevância do estudo**

As temáticas relacionadas à saúde pública, nos seus mais diversos aspectos, têm aumentado nos últimos anos, pois os índices dos comprometimentos à saúde dos indivíduos têm tido constante crescimento. Nos países ainda em desenvolvimento, os sujeitos são acometidos principalmente de lesões físicas, enquanto que a maioria dos indivíduos dos países desenvolvidos, apesar de sofrerem menos com a exploração do trabalho físico, as exigências do trabalho intelectual originam seqüelas psíquicas e sociais que estão relacionadas ao modelo econômico adotado na maioria destes países. (ANTUNES, 1986; FORATTINI, 1992a; MINAYO, 1992; SALLIS e OWEN, 1999; ANDRADE, 2001).

A partir do modelo social e econômico vigente, e conseqüentemente do estilo de vida dos indivíduos, é possível identificar problemas de saúde humana que merecem

a devida atenção científica. Esta atenção passa necessariamente pela responsabilidade acadêmica e profissional daqueles que atuam direta ou indiretamente com saúde pública, justificando deste modo, a relevância de estudos que consigam avançar o conhecimento atual, já que as mudanças de comportamentos que vem ocorrendo pelo estilo de vida atual, não podem ser caracterizadas como positivas à saúde humana.

Segundo dados do Ministério da Saúde, a principal origem das mortes no Brasil, são as doenças metabólicas, cardiovasculares e circulatórias (BRASIL, 2004i). Apesar do fato de que no Brasil existem aspectos que dificultam a precisão dos dados epidemiológicos, principalmente os que se referem à extensão territorial e à carência de pesquisas de órgãos governamentais, é possível constatar que os casos de óbitos no Brasil em 1999, causados por doenças neoplásicas, cardiovasculares, endócrinas, metabólicas e respiratórias, chegaram a 505.000 mortes, ou seja, 53% do total (BRASIL, 2004i).

Apesar do grande número de trabalhos recolhidos nas bases de dados, principalmente na *OVID*, portal que integra maior parte das pesquisas em ciências biológicas e da saúde e que está disponível no sítio eletrônico da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, verificou-se carência de estudos que interrelacionem a atuação docente em educação física, o estilo de vida e a qualidade de vida ([www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)). Deste modo, a realização desta pesquisa poderá contribuir teórica e empiricamente para as áreas de Educação Física, Saúde Coletiva e Ergonomia.

No que se refere às contribuições teóricas, é admissível afirmar que este estudo poderá cooperar para a literatura existente a partir da constatação de que a maior parte dos conhecimentos produzidos atualmente em Educação Física não estão relacionados ao fenômeno da saúde coletiva, área diretamente relacionada à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos (FARIA JÚNIOR e FARINATTI, 1992). Quanto às contribuições empíricas, é pouco provável que uma área relacionada à saúde coletiva ainda negligencie criticamente o fenômeno da saúde humana, considerando-o como algo estritamente biológico. Este viés reducionista, onde diferentes perspectivas em Educação Física tentam diminuir o escopo de atuação do profissional em Educação Física, precisa avançar as discussões atuais demonstrando que é necessário tratar a saúde humana como um fenômeno integral e ativo na dignidade e cidadania dos indivíduos.

No que se refere às condições empíricas, é possível apontar diversos aspectos deste estudo que poderão contribuir à saúde dos participantes, indicando algumas das consequências diretas do estilo de vida aos indivíduos, tais como o nível de atividade física, a nutrição, o estresse, entre outros, e que podem colaborar na conscientização para uma melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, pois, apesar de serem doutos conhecedores da maioria dos temas tratados na pesquisa, não se pode atribuir a responsabilidade plena aos indivíduos por todos os males à sua saúde, o que poderia gerar, segundo Crawford (1977), uma “culpabilização da vítima”.

Considerando as argumentações realizadas, é possível constatar que os benefícios imediatos poderão ser destinados a uma parcela da população, neste caso os professores que atuam na formação universitária em Educação Física, já que terão acesso aos resultados do estudo. Contudo, é necessário evidenciar que esta possibilidade poderá contribuir para a sensibilização dos docentes que atuam no ensino superior em Educação Física sobre o *status quo*, podendo multiplicar as ações necessárias à mudança para um estilo de vida ativo e à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos frente à atual realidade, já que estes indivíduos são agentes sociais que atuam tanto na própria geração desta área, quanto na formação profissional de seus agentes.

### **1.5 Definição de termos**

Considerando as divergências teóricas sobre o estabelecimento de uma nomenclatura *a priori*, é necessário admitir que o conhecimento científico demande uma nomenclatura adequada à sua vertente epistemológica. Mesmo considerando que em alguns paradigmas qualitativos a taxionomia não deva ser elaborada *a priori*, pois são os significados atribuídos pelos investigados que devem ser considerados e não os do pesquisador, além do uso de definições de termos não ser usual em teses, neste estudo serão adotadas algumas definições estabelecidas *a priori*. Este procedimento é justificado pelo fato de que alguns conceitos apresentam delimitações e sentidos controversos, requerendo, portanto, um ponto de partida explícito e flexível que pode sofrer modificações a partir da realidade. Deste modo, optou-se por definir os seguintes termos:

- **Atividade Física:** Em análises mais amplas, é cabível afirmar que o termo representa toda e qualquer atividade física inerente à rotina da própria vida nas suas relações com os indivíduos e com o mundo. Deste modo, é possível entender atividades físicas como movimentações do corpo humano na rotina de vida. Este entendimento baseia-se nas diversas definições que se encontra, mas que são muito próximas umas das outras, como a de Thompson, Buchner e Pina (2003), que afirmam que são as atividades que envolvem movimentos corporais resultando em trabalho muscular, e conseqüente gasto energético; a de McArdle *et al.* (1999) que definem como qualquer movimento corporal produzido por músculos e que resulta em maior dispêndio de energia, de Bouchard e Shepard (1994) que a conceituam como qualquer movimento corporal promovido pela musculatura esquelética que provoque um gasto energético acima dos níveis de repouso; ou ainda, a de Powers (2000) como aquela que caracteriza todos os tipos de movimento humano, associada à vida, ao trabalho, ao lazer e ao exercício.
- **Doenças Hipocinéticas:** São aquelas doenças causadas pelo baixo índice de atividades físicas (NAHAS, 2001). Os parâmetros que definem tais índices estão relacionados à capacidade funcional mínima de um indivíduo manter-se saudável, sem comprometimentos fisiológicos, psicológicos ou sociológicos. Os índices de aptidão física determinam a capacidade funcional de vida física. Estes índices variam conforme as condições ambientais, fisiológicas, psicológicas e sociológicas.
- **Doenças Crônico-Degenerativas:** São certos tipos de patologias de longa duração, que impõem ao indivíduo, condições inferiores ao seu estado clínico ideal. Este termo tem sido amplamente utilizado para enquadrar doenças típicas resultantes do modo de vida, tais como algumas doenças cardiovasculares, metabólicas, respiratórias, entre outras (LEAVELL e CLARK, 1978).
- **Educação Física:** O conceito pode representar uma ciência, uma área do conhecimento humano, que trata do movimento humano em suas múltiplas dimensões (física, psíquica, social) ao longo da história, procurando contribuir para o desenvolvimento integral do indivíduo quanto aos aspectos inerentes às atividades físicas, gmnicas lúdicas e desportivas (SILVA, 1995). Como uma área de conhecimento, integra, de forma interdisciplinar, os saberes de

outras áreas, principalmente das ciências da saúde e das ciências da educação.

- **Ensino Superior:** Modalidade de educação oferecida em estabelecimentos denominados genericamente de Instituições de Educação Superior, podendo ser universidades ou instituições não-universitárias. No Brasil, esta modalidade da educação se divide em graduação e pós-graduação (BECKER, CREMA, ERN, DE LÁZARI, SILVA, 2002).
- **Estilo de vida:** Ainda existem dificuldades na definição precisa do termo, principalmente no que se refere às diferenças culturais envolvidas, aos modelos de saúde pública dos países, e as características das diversas áreas que tratam do tema, entre muitas outras. Contudo, é aceitável sugerir que o estilo de vida está relacionado ao modo de vida dos indivíduos, ou seja, os comportamentos e atitudes que o indivíduo adota diante das necessidades e exigências da vida social na qual está inserido. O estilo de vida está relacionado à construção cultural de uma sociedade, incluindo-se o entendimento que cada sociedade tem sobre saúde, lazer, trabalho, comportamento e atitudes, entre outros (GREEN e ANDERSON, 1986; FORATTINI, 1992a; OUTHWAITE e BOTTOMORE, 1996; SALLIS e OWEN, 1999).
- **Estilo de vida ativo:** É o estilo de vida que mantém atividades físicas, formais ou não, como parte integrante de uma rotina, por pelo menos três vezes semanais e com duração não inferior a uma hora (ANDRADE, 2001). Dunn, Andersen e Jakicic (1998), definem o estilo de vida ativo a partir da acumulação diária de pelo menos 30 minutos de atividades auto-selecionadas que incluem as atividades de lazer, profissionais e domésticas realizadas em uma intensidade no mínimo moderada, podendo ser planejadas ou não na rotina de vida diária. Contudo, existem algumas polêmicas referentes à profissão e à inatividade, pois em algumas ocupações, como as da indústria metal-mecânica e da construção civil, é exigido um alto dispêndio energético, porém, de forma prejudicial ao organismo humano, ou seja, não contribuem para a manutenção ou melhoria da saúde humana.
- **Promoção da Saúde:** É uma tendência mundial que enfatiza comportamentos e atitudes individuais que busquem combater as causas de doenças crônico-degenerativas, tais como fumo, álcool, dieta inadequada,

falta de exercício físico, estresse, entre outros. Este movimento mundial pela saúde tem sofrido algumas críticas pelo fato de responsabilizar demasiadamente os indivíduos, gerando negligências do Poder Público de alguns países. Contudo, a intenção de se promover a saúde dos indivíduos não deve ser obscurecida por ações governamentais, ao contrário, os organismos públicos devem ser cobrados por ações de combate às doenças crônico-degenerativas (OUTHWAITE e BOTTOMORE, 1996).

- **Qualidade de Vida:** Alguns entendimentos dizem respeito às condições das populações e subgrupos de populações, e estão refletidos em dados estatísticos que procuram indexá-los diretamente em vez de inferi-las a partir da atividade econômica (OUTHWAITE e BOTTOMORE, 1996). Estes dados estatísticos refletem a renda familiar, as condições de moradia, os bens materiais, bem como hábitos de consumo. Contudo, esta perspectiva focada basicamente no aspecto econômico tem sido discutida pelos teóricos. Atualmente, há ações que conceituam mais amplamente qualidade de vida, resgatando conceitos como promoção de saúde, condições ambientais, profissão, lazer, e outros aspectos relacionados ao bem-estar. Deste modo, é possível definir o termo, segundo Harper e Power (1998, p.551), como sendo “(...) as percepções individuais da sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valor, nos quais ele vive e em relação às suas metas, expectativas, padrões e preocupações”.
- **Saúde:** Os fenômenos relacionados à saúde humana sempre sofreram influência de diversos aspectos, sendo que o próprio conceito de saúde suscita polêmicas que muitas vezes se confundem com a própria busca pelo bem estar humano (MINAYO, 1992). A definição mais aceita atualmente foi criada em 1948 pela Organização Mundial de Saúde, afirmando que saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade (OUTHWAITE e BOTTOMORE, 1996).
- **Sedentarismo:** É o estado ou condição inerente ao indivíduo que adota hábitos de vida que não incluem atividades físicas formais e informais (BARBANTI, 2003). O sedentarismo tem sido considerado como uma das principais causas das doenças crônico-degenerativas (BLAIR *et al.*, 1998).

## 1.6 Estrutura do trabalho

O primeiro capítulo busca apresentar a problemática do presente estudo e as exigências teórico-metodológicas para investigação, como o problema de pesquisa, o objetivo geral e suas questões de pesquisa, os pressupostos de trabalho, a relevância do estudo, a definição de termos, e a estrutura deste trabalho.

O segundo capítulo apresenta o referencial teórico relacionado à Educação Física, ao estilo de vida, à qualidade de vida e ao levantamento da produção acadêmica dos temas relacionados ao estudo.

O terceiro capítulo apresenta os procedimentos metodológicos que foram aplicados na realização desta pesquisa, tratando da justificativa da orientação metodológica e da historicidade teórica adotada, a justificativa pela escolha dos participantes, as características das Instituições selecionadas, o quadro operacional da pesquisa, os instrumentos de coleta de dados e suas fontes, os procedimentos de pesquisa e as delimitações da pesquisa.

O quarto capítulo apresenta e analisa os dados numéricos tratados estatisticamente, abordando as características dos participantes, o estilo de vida, a qualidade de vida, e a docência no ensino superior em educação física.

O quinto capítulo apresenta e analisa os dados verbais submetidos à análise de conteúdo, apresentando o estilo de vida, a qualidade de vida, e a docência no ensino superior em educação física.

O sexto capítulo discute os resultados obtidos, tanto na análise estatística quanto na análise de conteúdo, relacionando-os à literatura especializada abordando o estilo de vida, a qualidade de vida, e a docência em Educação Física.

O sétimo capítulo mostra as conclusões que visam responder ao objetivo principal do estudo e suas questões de pesquisa e avançar as hipóteses de trabalho, assim como apresenta as limitações do estudo e algumas recomendações sobre aspectos que podem ser revisados na realidade e em futuras pesquisas.

## **CAPÍTULO 2 – REVISÃO DE LITERATURA**

Este capítulo apresenta o referencial teórico de suporte à pesquisa obtido através da revisão da literatura especializada relacionada ao problema em tela. O primeiro tópico trata da Educação Física a partir das suas bases históricas, discutindo o ensino superior e a crise institucional atual, assim como a atuação profissional neste nível de ensino. O segundo descreve o estilo de vida a partir da sua relação com a saúde humana, pormenorizando os fatores de risco à saúde e as doenças crônico-degenerativas, assim como o estilo de vida ativo e o sedentário, além de apresentar os instrumentos de avaliação da atividade física. O terceiro discute a qualidade de vida, através de suas bases históricas e conceituais, assim como os instrumentos de avaliação da qualidade de vida. O quarto apresenta levantamento da produção científica referente à atividade física, ao estilo de vida e à qualidade de vida.

### **2.1 Educação física**

A compreensão do conceito “Educação Física” se faz necessária para se possa verificar que cada área, ou subárea, de intervenção profissional guarda características próprias que interferem no perfil de seus profissionais. Entretanto, o estabelecimento de um conceito de Educação Física acabado é uma tarefa que ainda não pode ser realizada plenamente.

Silva (1995) define a Educação Física como uma “arte ou ciência do movimento humano que através das atividades específicas, auxilia o desenvolvimento integral dos seres humanos, renovando e transformando a sua auto-realização e em conformidade com a própria realização de uma sociedade mais justa“. A partir desta definição, é possível destacar dois pontos básicos: a) O desenvolvimento integral dos indivíduos, que exige a consideração dos três aspectos do ser humano (físico, psíquico, social); b) A atuação frente às demandas sociais atuais, que exige o conhecimento da prevenção e combate ao sedentarismo que atinge as sociedades industrializadas.

A abertura política ocorrida no Brasil nos anos oitenta propiciou inúmeros debates sobre a Educação Física que ampliaram o escopo desta subárea do conhecimento

(GUIRALDELLI JÚNIOR, 1991). As discussões sobre Educação Física geraram, ao contrário do que alguns teóricos tentaram, uma multiplicação de concepções e abordagens originadas nas mais diferentes subáreas do conhecimento humano, tais como na antropologia, filosofia, pedagogia, psicologia, medicina, sociologia, entre outras áreas. Esta pluralidade de conhecimentos evidenciou que a Educação Física, como prática social, configurou-se conforme os modelos sociais de cada época, passando a ter diferentes possibilidades de atuação social, congruentes com a gama de conhecimentos disponíveis.

Quanto às demandas sociais atuais, é possível destacar o sedentarismo e suas conseqüências mais graves, as doenças crônico-degenerativas, que são as marcas da configuração social baseada no modelo produtivo, pois atualmente milhões de pessoas são acometidos de diversos males, entretanto, a maior incidência de doenças crônico-degenerativas está vinculada ao estilo de vida inerente ao modo de produção vigente.

A aceitação da relação estilo de vida *versus* modo de produção, exige o conhecimento dos dados históricos, permitindo conhecer as condicionantes históricas que constroem e são construídas pelo modelo social de cada época, assim como os dados estatísticos, que permitem verificar as modificações epidemiológicas nas sociedades atuais sobre estilo de vida, qualidade de vida, saúde humana, entre outras, que fazem parte da formação em educação física. Portanto, as influências do modelo econômico na saúde pública e mais especificamente na educação física, sobre o modo de vida dos indivíduos, passam pelo entendimento histórico do desenvolvimento político, econômico e social das mais diversas culturas ao longo dos tempos.

### 2.1.1 Bases históricas da Educação Física

Desde os primórdios da civilização, os indivíduos estiveram ligados a alguma prática física. Estas atividades estavam atreladas a determinadas funções sociais, tais como a sobrevivência, a dominação, a estética, o prazer e a saúde. Analisando as características da vida primitiva, Pereira (1980, p. 5) analisa que esta “(...) já era um ‘jogo’ pela vida: atacava e defendia, vencia distâncias e obstáculos, corria, subia em árvores, saltava, arremessava objetos, nadava ou mergulhava”. O objetivo

utilitarista da atividade física pela sobrevivência derivava das lutas entre as tribos, da caça e da pesca de animais, além da condição nômade preponderante à época.

Com a fixação ao território, os indivíduos deixaram de ser nômades e foi iniciado um novo modelo de organização social. No modelo sedentário de organização social, o homem construía suas habitações, cultivava seus campos e buscava se defender dos animais e outras tribos. Estes aspectos permitiram o surgimento do objetivo utilitarista-guerreiro da atividade física. Nesse período, predominavam os treinamentos bélicos e o manuseio de armas. Porém, nesse período surgiu também o desenvolvimento da perspectiva lúdica da atividade física, para ocupação do tempo livre (TUBINO, 1992). Quando os indivíduos estavam reunidos com seus pares, descontraíam-se por meio dos jogos, simulando lutas e atividades de sobrevivência. Esses rituais se mantiveram por um longo período de tempo, inclusive, influenciando boa parte dos fenômenos atuais voltados aos esportes e às lutas (PEREIRA, 1980).

Com a dominação dos recursos naturais e do conseqüente sedentarismo de alguns agrupamentos humanos o tempo ocioso foi aumentado. Segundo Oliveira (1990, p.16) a partir deste fenômeno ocorreu o “(...) surgimento de uma concepção esportiva, para as atividades que, até então eram praticadas apenas por razões utilitárias, guerreiras ou ritualísticas (...)”. Este autor avalia ainda que “(...) a sociabilidade inerente às atividades lúdicas levava ao aparecimento de uma hierarquia de valores ético-sociais, e tanto os vencedores como os vencidos deveriam aceitar os resultados com esportividade” (p.16). Deste modo, o jogo passou a ter não apenas objetivos utilitaristas, mas a capacidade de influenciar a criação de uma nova ordem moral e social.

Mesmo admitindo estas novas formações grupais, somente algumas culturas desenvolveram condições necessárias à formação do que hoje se denomina sociedade, tais como a produção sistemática de alimentos, a proteção territorial e criação de códigos sociais. As primeiras culturas a manifestarem tais condições foram os povos orientais, delineando a Antigüidade Oriental. Tubino (1992) registra que os chineses seguidos dos hindus e dos japoneses, foram os primeiros a atribuir o caráter higiênico à atividade física. Esse objetivo terapêutico aproximou as atividades físicas ao que hoje seria a prática médica.

Com a civilização clássica greco-latina a atividade física passou a ser considerada como um aspecto social de relevância, principalmente para a educação,

a saúde física e a guerra (TUBINO, 1992). Marrou (1975) escreve que mesmo a sociedade espartana adotando um estado guerreiro, não restringia a educação ao único objetivo de preparação militar, já que os esportes hípicas e atléticos também tinham destaque social.

Na sociedade ateniense a atividade física ocupava lugar de honra na cultura grega, pois tinha a tarefa de preparar as crianças para as disputas esportivas, como a corrida, o lançamento do dardo, o arremesso do disco, o salto em distância, a luta, e o boxe. A prática da Educação Física era considerada como uma arte complexa e delicada. Mas a civilização grega apresentava contradição em relação às atividades físicas, já que eram valorizadas por uns e criticadas por outros. Os escritos dos médicos e educadores clássicos mostram que esta arte era duramente criticada pelos sofistas (MARROU, 1975).

Esta crítica tinha como objetivo principal combater a exacerbada valorização e a “profissionalização” da atividade física em detrimento à atividade intelectual. Esse desequilíbrio acabou causando a ascensão da educação intelectual. Porém a educação física ainda deteve significativo espaço social na cultura greco-romana, mantendo objetivos esportivos, higiênicos, médicos, estéticos e éticos (MARROU, 1975; TUBINO, 1992).

A sistematização de alguns conhecimentos sobre as atividades físicas durante a idade média propiciou a introdução do conceito de uma Educação Física, mas sem grandes destaques nesta época (PEREIRA, 1980). Segundo Oliveira (1990), o teocentrismo deste período, gerava “(...) o total descaso pelas coisas materiais estabelecia um absoluto divórcio entre o físico e o intelectual (...)”, e “(...) um homem só era encorajado à conquista da vida celestial” (p.32).

Oliveira (1990) mostra que a Educação Física era responsável pela preparação dos cavaleiros por meio da equitação, da caça, da esgrima, da lança e do arco e flecha, para os torneios e as guerras. Entretanto, o esporte coletivo das classes populares, principalmente na Inglaterra, apresentou certo grau de desenvolvimento, pois as celebrações homenageando a fertilidade, a terra, a colheita, entre outras, promoviam a participação dos moradores de uma cidade.

Na Idade Moderna, iniciada no século XV, surgiu o renascimento da cultura greco-latina propiciando o surgimento de um movimento intelectual, estético e social que procurava uma nova concepção de mundo e de homem. Este movimento valorizava o redescobrimto da individualidade, do espírito crítico e da liberdade,

cujo traço básico ficou conhecido como antropocentrismo. Neste movimento, a Educação Física voltou a ser discutida pelos intelectuais, que buscavam a reintegração do físico e do estético à educação até então restrita à burguesia. Inúmeros estudiosos escreveram sobre a importância da atividade física, mas foi com as teorias de Locke e Rousseau que a Educação Física logrou destaque, principalmente no que tange à manutenção da saúde, já que estes autores sistematizaram conhecimentos que demonstravam o caráter desenvolvimentista e higienista das atividades físicas (MARROU, 1975; OLIVEIRA, 1990; TUBINO, 1992).

Na Idade Contemporânea, a Educação Física adotou a ginástica como seu principal mecanismo de atuação. Vários estudiosos alemães produziram verdadeiros sistemas ginásticos, entre os quais se destacam Basedow, que em 1774 fundou uma escola cujo currículo tratava com equidade tanto o aspecto intelectual quanto o físico, e Salzmann, que dez anos mais tarde criou uma escola que reconhecia os valores pedagógicos da atividade física (OLIVEIRA, 1990).

A partir da segunda metade do século XIX os estudiosos ingleses também contribuíram para o progresso da Educação Física. Pereira (1980, p.09) evidencia que a Inglaterra provocou um movimento diferente do modelo ginástico alemão, pois propunha "(...) abrandar a pedagogia tradicional inglesa e introduzir os jogos populares nas escolas públicas". Tubino (1992) analisa que o pedagogo inglês Thomas Arnold, ao codificar e organizar os jogos introduziu a fundamentação ética chamada *fair-play* (jogo honesto ou espírito esportivo), que acompanha o esporte até os dias de hoje na maior parte do mundo ocidental, inclusive no Brasil.

Nos idos do século XX, a Educação Física brasileira sofreu a influência de diversos momentos históricos, que lhe condicionaram a instabilidade do modelo científico e profissional, surgindo diferentes modelos de Educação Física (GUIRALDELLI JÚNIOR, 1991). Segundo Guiraldelli Júnior (1991), a partir da década de oitenta, o cenário político modificou-se e a abertura ocorrida após o período de governo militar propiciou um amplo processo de discussão acerca da Educação Física, que passou a acolher contribuições de diferentes áreas do conhecimento humano, tais como a sociologia, a antropologia, a filosofia, a pedagogia, a engenharia mecânica e a psicologia, entre muitas outras. Entretanto, apesar da relevância das discussões multidisciplinares no âmbito da Educação Física, o evento que marcou esta área, tanto como intervenção social quanto científica, foi o início da formação em nível superior dos profissionais desta subárea,

necessária a legalidade e a legitimidade social, que foi começada no Brasil ainda no século XX, pois deu início formal à Educação Física como área acadêmica e profissional.

### 2.1.2 Ensino superior e crise institucional

No Brasil atualmente a formação em educação física é oferecida nas instituições de ensino superior, as quais estão habilitadas à formação nas diversas subáreas do conhecimento humano (BRASIL, 1996c; CONFEF, 2002b). A instituição denominada universidade teve origem no modelo europeu de produção de conhecimentos, iniciado entre os séculos XII e XIII, na Idade Média. A primeira instituição universitária formalmente criada foi a de Bologna, no ano de 1359, na Itália, e que apesar da forte influência religiosa presente à época, surgiu com a proposta de ser um centro crítico de reflexão e análise, o que propiciou as primeiras propostas científicas de apreensão da realidade (BECKER, CREMA, ERN, DE LÁZARI, SILVA, 2002).

A possibilidade de oferecer um conhecimento, diferente do modelo religioso de produção de conhecimento hegemônico à época, proporcionou tamanha legitimidade social à universidade, que hoje seria praticamente improvável pensar na produção de conhecimentos científicos e filosóficos sem a formação universitária (SINGER, 1994b; CHAUÍ, 1998). Entretanto, segundo Bunge (1980), já na década de oitenta, a universidade encontrava-se em uma posição bastante incômoda, pois, mesmo considerando sua função técnica e crítica frente à produção de conhecimentos, já apresentava aspectos que comprometiam a sua própria existência. Dentre os diversos aspectos ressaltados pelo autor, destaca-se o modelo econômico vigente, as exigências de mercado, a desvalorização dos conhecimentos básicos, a supervalorização dos conhecimentos aplicados, o detrimento do conhecimento científico e a exacerbada consideração do conhecimento tecnológico, entre outros.

Estes aspectos que comprometem a existência e funcionamento da universidade têm gerado um grave antagonismo. O sistema político e econômico ao exigir que a universidade apresente soluções práticas ao modo de produção de bens e serviços (conhecimento tecnológico), deixa de fomentar e promover a produção de

conhecimentos científicos básicos, principalmente aqueles que supostamente não interessam ao modo de produção (BUNGE, 1980; SINGER, 1994b). A dissonância entre as exigências do mercado e a própria existência da universidade, pois o modelo de produção de conhecimento voltado à satisfação da produção de bens e serviços não tem conseguido satisfazer ou contemplar as necessidades sociais, restringe a atuação dos profissionais a uma parcela estreita da população, não permitindo que os benefícios da atuação social das diversas áreas consigam chegar aos indivíduos, podendo inclusive levar a futura desestruturação das instituições econômicas e a diminuição de *status* à dignidade e vida humana (DE TOMASI, WARDE, HADDAD, 1998).

Estas reflexões reforçam a urgência da universidade em assumir seu papel socialmente legitimado de produção de conhecimentos críticos (e também tecnológicos) que satisfaçam a sociedade sem rupturas drásticas ao modelo econômico, pois os conhecimentos produzidos na universidade poderiam atender a todas as demandas sociais referentes à valorização da dignidade e da vida humana, considerando o trabalho como parte ativa deste processo (BUNGE, 1980).

A crise que a universidade está passando não é de identidade, mas principalmente política. O modelo político e econômico atual tem colocado em prática os fundamentos do capitalismo moderno, exigindo reformas na máquina estatal até então não experimentada pelos mais diversos governos. Estas reformas visam adaptar o Estado brasileiro às exigências impostas pelo modo de produção capitalista, exigindo mudanças na forma de constituição das instituições sociais. A nova ordem social exige que o Estado seja mínimo e que suas responsabilidades sejam deslocadas das instituições sociais para as organizações econômicas (CHAUÍ, 1998; DE TOMASI, WARDE e HADDAD, 1998).

Dentre estas responsabilidades destaca-se a saúde e a educação. Cada vez mais é possível constatar que o Estado brasileiro tem se eximido da responsabilidade de oferecer educação gratuita e de qualidade, garantidas na lei magna do País. A função da universidade extrapola a simples formação profissional, exigindo verdadeiramente a geração de conhecimentos (MOREIRA, 1994). Entretanto, o que se verifica hoje são organizações se multiplicando em números assustadores, pois o objetivo que embasa este crescimento não ultrapassa a simples oferta de um ensino profissionalizante, e ainda, o quanto menor seja o tempo dentro da universidade, menor serão os gastos e maiores os lucros. Deste

modo, o compromisso com o crescimento coletivo e a responsabilidade social envereda para o atendimento às ordens do mercado de trabalho, relegando a produção científica e a transformação social a planos secundários, não atendendo deste modo, à função primeira da Universidade.

As leis de diretrizes e bases da educação fixaram as orientações para o sistema educacional brasileiro. Entretanto, o que se verifica é a existência de inúmeras facetas contidas nas citadas Leis, que delineiam um modelo de homem, de sociedade, de trabalho e de educação em cada tempo (BRASIL, 1961a; BRASIL, 1971b; CARVALHO, 1997). Com a Lei 9.394/96, o ensino superior novamente passou a integrar a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, pois havia sido separado das LDB's anteriores (BRASIL, 1996c). Na LDB 9.394/06, ocorre um forte avanço à descentralização dos poderes do Estado e uma predisposição às propostas liberais de educação, como a criação dos institutos superiores, organizações diferenciadas que podem assumir o papel do estado na educação, oferecendo fortes indícios de privatização, além de outros aspectos que comprometem a educação pública, gratuita e de qualidade no Brasil (DEMO, 1997).

Portanto, é possível constatar que a manipulação da legislação educacional em favor do modelo político e econômico aponta que a educação, e não somente a Educação Física, está em crise. O modo de superar esta crise reside na responsabilização legal do Estado pela educação, na valorização técnica e docente, no investimento em equipamentos, prédios e novas tecnologias, e na própria redefinição do que seja público e do que seja privado no Brasil (BUNGE, 1980; SINGER, 1994b).

### 2.1.3 Docência e formação na universidade

O docente que atua nas instituições de ensino superior em Educação Física enfrenta obstáculos que apresentam diferentes origens. A primeira barreira reside nas dificuldades que essas instituições sofrem para manter seu tripé de atuação, ou seja, ensino, pesquisa, extensão, e está diretamente relacionada à produção e transferência dos conhecimentos produzidos na academia e repassados ao sistema de produção de bens e serviços. Outro obstáculo diz respeito às discussões inerentes a qualquer área de atuação e está relacionado com a pluralidade de

vinculações teóricas e empíricas. Quanto a estas discussões centrais da Educação Física, inúmeros autores têm realizado tentativas de delimitá-la à área da Educação ou à área da Saúde (TAFFAREL, 1997; OLIVEIRA, 1997; DARIDO, 1998).

Segundo o Decreto Federal 168/97 a Educação Física é considerada uma das subáreas da saúde, porém, o fato de haver um embasamento legal, não significa que exista consenso, pois a Educação Física é formada por conhecimentos de diversas áreas. Esta possibilidade multidisciplinar resulta em aspectos positivos e negativos. Os negativos dizem respeito principalmente à indefinição da área. Os positivos referem-se às possibilidades plurais de produção de conhecimento e de atuação profissional. Sobre as diferentes possibilidades educacionais em Educação Física, Oliveira (1997), evidencia os aspectos metodológicos envolvidos neste processo e avalia que esta subárea tem buscado responder as novas necessidades educacionais oriundas da atual sociedade. Esta constatação evidencia diferentes metodologias no ensino da Educação Física que apresentam referenciais teóricos e objetivos próprios.

Em oposição às vertentes mais técnicas, desportivas e biológicas em Educação Física, segundo Darido (1998) surgiram movimentos no centro desta subárea que desencadearam novas propostas de atuação e reflexão sobre a educação. A autora apresenta diversas abordagens em Educação Física, evidenciando que essa coexistência de concepções tem um objetivo comum, o rompimento com o modelo mecanicista de educação.

A legalização e a legitimação da Educação Física, entendidas como necessárias a qualquer área, exigem conhecimentos técnicos e críticos. Para tanto, segundo as diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Educação Física, esta subárea está relacionada aos aspectos históricos, filosóficos e pedagógicos do movimento humano, principalmente à prevenção, manutenção e reabilitação dos aspectos inerentes à atividade física. Este conhecimento indica a atuação na promoção da saúde, ou seja, tanto na educação formal dos indivíduos quanto nas intervenções relacionadas à saúde humana (BRASIL, 2004h). Entretanto, as dificuldades da universidade na manutenção e funcionamento do ensino, pesquisa e extensão, têm origem fora do âmbito da subárea da Educação Física, e extrapola outras áreas profissionais e científicas.

A atuação como professor não é uma profissão exclusiva do mundo moderno, pois se encontram vestígios nos escritos antigos indicando que a docência foi uma

das profissões na sociedade greco-romana (SINGER, 1986a). Segundo Fernandes (1998), a origem da profissão docente pode ser atribuída, entre outras, à sociedade ateniense. Em Atenas, existia um antagonismo pedagógico que se reproduz até os dias atuais, já que havia um debate sobre a opção por um paradigma socrático-platônico e o paradigma sofista. O primeiro paradigma exigia que o docente fosse um mestre de vida e de pensamento de seus discípulos, e que deveria se dedicar completamente à função sem qualquer tipo de pagamento, apenas pelo amor à função. O segundo paradigma considerava que a docência era uma profissão cuidadosa da sua reputação e da ciência professada, a qual poderia inclusive ser discutida em praça pública e com remuneração para tal função. Fernandes (1998, p.4) destaca que o primeiro paradigma inerente à docência representa o que era entendido por vocação e o segundo por profissão.

Considerando a docência no ensino superior, Fernandes (1998, p.4) demonstra que é aceitável identificar cinco características que diferenciam este nível de atuação dos demais níveis de educação, que são: a) a formação intelectual longa; b) a aquisição de uma competência técnica e princípio de especialização; c) o primado da oferta de um serviço relevante para o conjunto da coletividade; d) o controle pelos pares das formas de competência; e) o desenvolvimento de uma autonomia profissional. Estas características nem sempre representaram plenamente o ensino superior, pois em alguns momentos históricos não houve uma formação intelectual formal, nem tampouco longa. O autor analisa ainda, que nem sempre os professores universitários apresentaram autonomia profissional, haja vista as características sociais de determinadas épocas em diferentes locais.

Discutindo os dilemas presentes na atuação docente universitária, Ianni (1986), pondera que “(...) nessa nova organização, o capital industrial, o grande capital, tomou conta da sociedade numa escala surpreendente (...) esse predomínio do capital tomou conta do Estado e influenciou amplamente a cultura *lato sensu* e a própria universidade” (p. 41). Deste modo, é possível inferir que a influência do modelo produtivo sobre a universidade é um aspecto de significativa relevância para o estudo do ensino universitário.

A lógica de mercado que contamina a universidade, e a comunidade escolar, pode não proporcionar um professor crítico, culto e comprometido com a educação, mas um profissional com formação abreviada para atender a demanda de mercado, além da necessidade da submissão às regras de mercado visando à própria

sobrevivência econômica, ficando susceptível às instabilidades do mercado de trabalho, exposto aos baixos salários e diminuído da sua função social, antes legitimada socialmente. Fernandes (1998, p.1), evidencia que atualmente “(...) o ofício de professor é abalado por diversas tensões transformativas”, demonstrando que este profissional, apesar de ser um componente ativo, está sujeito às vicissitudes do mercado de trabalho. Já Wanderley (1992, p. 7) analisa que “(...) os compromissos do docente de ensino superior requer, inicialmente, um exame da atual situação que determina muito do sentido do seu cotidiano e de suas práticas, ao mesmo tempo em que permite indicar certos elementos a partir dos quais esse sujeito constrói o seu mundo”.

A relação entre os aspectos econômicos e os aspectos educacionais, é clarificada pelos componentes históricos e estruturais presentes na universidade. Para Wanderley (1992), refletir sobre o compromisso do docente é pensar no significado do ato de ensinar e aprender, incluindo a relação sujeito e objeto, a relação teoria e prática, a distinção entre conhecer e saber, o acompanhamento e participação da aceleração das mudanças e a relação cultura e linguagem.

Esta compreensão do ato de ensinar e aprender extrapola a mera reprodução de um conhecimento, ao contrário, exige o papel crítico que o trabalho intelectual deve ocupar. Contudo, a complexidade dos aspectos envolvidos neste processo está vinculada às condicionantes históricas e culturais, que dificultam o *status* da carreira docente. Quanto ao trabalho docente no ensino superior, Costa, Carvalho, Onofre, Diniz e Pestana (1996, p.20) revelam que existem diversos pontos problemáticos ao status profissional e que “(...) um deles está diretamente conectado com as formas de controle político de um campo de ação e de discurso, conquistado por um grupo social em dado momento histórico (...) assim, o monopólio da formulação de discursos implica em exercer uma influência eficaz, embora invisível e silenciosa sobre as pessoas”. Assim, é aceitável entender que o *status* da docência do ensino superior é composto de aspectos conflitantes e polêmicos, tais como a legitimidade social da universidade, a formulação e dominação do discurso, a autoridade do conhecimento científico, o descrédito à produção dos conhecimentos não vinculados às ciências ditas exatas e naturais, e ainda, a relação direta do modo de produção de bens e serviços no modo de produção de conhecimentos.

O atual posicionamento da Educação Física na esfera da área da saúde, permite verificar que historicamente as ciências da saúde têm apresentado elevado *status*

social devido a sua aplicabilidade prática que possibilita a constatação imediata das suas ações e suas contribuições à preservação e manutenção da vida humana (BRASIL, 1997d; BRASIL, 2004h). Entretanto, as ciências da educação, constituídas por saberes ético-práticos voltados à formação cultural, nem sempre são passíveis de verificação imediata, pois seus efeitos podem levar gerações (COSTA *et al.*, 1996). Deste modo, a formação no ensino superior em Educação Física pode integrar toda a complexidade inerente tanto aos conhecimentos das ciências da educação, quanto das ciências da saúde, pois a Educação Física não objetiva uma prática curativa em saúde, mas essencialmente ações preventivas e reabilitadoras dos diversos aspectos envolvidos na saúde humana, principalmente àqueles relacionados ao estilo de vida ativo e à qualidade de vida.

## **2.2 Estilo de vida**

As influências deletérias do trabalho, típicas do modo de produção vigente, determinam o estilo de vida dos indivíduos através da diminuição de tempo livre ao lazer e à família, da deterioração do poder econômico, da restrição de acesso a bens e serviços, das restrições às oportunidades de atividades físicas formais e não-formais, da exposição às doenças crônico-degenerativas, entre outros (SALLIS e OWEN, 1999). Esta realidade gera conseqüências que, além de influenciar o estilo de vida, propicia uma diminuição da qualidade de vida dos indivíduos com custos econômicos e humanos incalculáveis.

O estilo de vida atual inclui os mais diversos contextos, do trabalho braçal até o intelectual, afetando tanto homens e mulheres em idades predisponentes, quanto crianças e jovens que supostamente estariam fora dos tradicionais grupos de risco. Delimitar o estilo de vida a uma definição precisa não é uma tarefa fácil, pois existem diversas condicionantes que interferem neste conceito. Contudo, existem diversas tentativas de definir este termo, as quais buscam prioritariamente relacioná-lo ao atual conceito de saúde, abrangendo as esferas fisiológicas, psicológicas e sociológicas. A partir das discussões sobre a relação saúde-doença, Forattini (1992a, p.315), afirma que “(...) existe o risco de erro ao se reconhecer a existência de maiores dificuldades para a identificação de determinantes sociais da doença, do que para os de natureza físico-química e biológica”. Para o autor, os aspectos

relacionados à saúde dos indivíduos não podem e não devem estar desvinculados do modelo social em que está inserido. Deste modo, Forattini, (1992a) analisa que a relação entre o estilo de vida e a ocorrência de certos tipos de doenças é reconhecida há tempos, pois a interpretação da gênese das doenças a partir dos determinantes sociais pode ser encontrada em diferentes grupos, com graus diferenciados de desenvolvimento.

A noção de estilo de vida originou-se a partir das pesquisas sobre as doenças não-infecciosas, principalmente dos países do hemisfério norte, ou seja, aqueles considerados desenvolvidos. A substituição de antigos hábitos de vida por novos que incluem o predomínio dos valores ocidentais, a invenção de novas tecnologias e a criação de novas necessidades impostas aos indivíduos, geraram um estilo de vida que tem favorecido alguns tipos de doenças (FORATTINI, 1992a).

Forattini (1992a), compreendendo que não existe uma definição consensual do que seja estilo de vida, estabelece que este termo possa "(...) designar o tipo de conduta individual que apresente algum grau de persistência, maior ou menor, no tempo" (p. 320). Este autor entende que as mudanças tecnológicas ocorridas através do tempo, que geraram e ainda continuam gerando diferentes necessidades aos indivíduos, inserem-se na própria cultura dos grupos, constituindo-se como fatores extremamente variáveis com o tempo.

Nahas (2001, p. 224) entende este termo como um "(...) conjunto de ações cotidianas que reflete as atitudes e valores das pessoas. Estes hábitos e ações conscientes estão associados à percepção de qualidade de vida do indivíduo." O autor analisa ainda, que os componentes do estilo de vida podem se modificar através do tempo, contudo, esta alteração só pode ocorrer se o indivíduo perceber o significado da mudança de alguns de seus comportamentos, e principalmente, que o indivíduo perceba-se como capaz de realizar tais mudanças.

Green e Anderson (1986), considerando que o estilo de vida abrange as decisões tomadas pelos indivíduos, e que estas afetam a saúde humana, ponderam que estas decisões incluem a aceitação dos riscos dos comportamentos relacionados ao uso cigarro, à alimentação inadequada, ao abuso de drogas, inclusive o alcoolismo, à promiscuidade e à direção descuidada, incluindo a não utilização de cinto de segurança. Além destas decisões, os autores incluem ainda, as atividades de lazer, as atividades de combate às pressões ocupacionais, o controle de estresse, e a falta de exercício. Estes comportamentos auto-impostos

pelos indivíduos, produzem riscos adicionais à saúde. Os autores comentam que o conceito de estilo de vida, descreve padrões de comportamentos carregados de valores e que são socialmente condicionados. Deste modo, é aceitável afirmar que os comportamentos relacionados ao estilo de vida desafiam o simples controle ambiental, porque envolvem o prazer, o conforto e as relações sociais dos indivíduos, além da adição de novos hábitos de vida não vivenciados.

Portanto, a busca por um estilo de vida ativo ainda pode ser considerada uma mudança de comportamento difícil de ser efetivada. Esta afirmação é baseada no entendimento de que as exigências do sistema de mercado geram processos de exploração dos indivíduos que refletem nos níveis sociais onde o trabalho humano está presente, dificultando os benefícios tanto para minimização dos custos de produção através da diminuição do absenteísmo, dos afastamentos e aposentadorias e do aumento da capacidade de trabalho, quanto para consideração da dignidade do trabalho para o ser humano, influenciando diretamente a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos.

### 2.2.1 Estilo de vida e saúde humana

Existem inúmeras condições que afetam a saúde dos indivíduos. Estas condições, se alteram e são alteradas constantemente pelo ritmo das sociedades, em um mecanismo de dupla ação, que exige o conhecimento dos hábitos de vida dos indivíduos através do tempo e nos mais diversos locais. Os indícios históricos apontam que a vida nômade dos homens primitivos era uma constante busca pela sobrevivência, pois as condições ambientais da natureza eram adversas. Nesse período, homens, mulheres e crianças eram obrigados a caminhar por longas distâncias à procura de água e alimentos, isto levava os indivíduos a desenvolverem diversos males que prejudicavam sua saúde levando os mais fracos a padecerem pelo caminho (TUBINO, 1992; FORATTINI, 1992a).

Com o fenômeno do sedentarismo, o ser humano passou a adotar um novo estilo de vida. A fixação em um local que propiciasse condições ambientais para plantar, pescar e caçar levou homens e mulheres a diminuir drasticamente o nível de esforço despendido para sobreviver, levando ao aumento do cuidado com os mais

frágeis, e gerando um estilo de vida cada vez menos ativo (CARVALHO, 1991; TUBINO, 1992).

Com a civilização greco-romana, berço da sociedade ocidental, o homem que já tinha adotado padrões comportamentais sedentários, teve um ligeiro incremento na importância relegada ao corpo. Os grandes escritores da antiguidade clássica prescreviam claramente a necessidade das atividades físicas para o cuidado com o corpo e a conseqüente saúde física (MARROU, 1975).

A saúde física foi intencionalmente esquecida no período que antecedeu a Idade Média. O corpo deixou de ser belo e apreciado para ser maltratado, pois era considerado fonte proscrita de pecado e indigno da misericórdia celeste. Os conhecimentos adquiridos no período clássico não foram explorados, levando o corpo à debilidade da clausura e do velamento quase total. A maneira de viver da Baixa Idade Média indicava que a vida humana era difícil em diversos aspectos, pois o modelo feudalista exigia trabalhos desumanos para sobrevivência da população (plebe). Porém, a população tinha moradia, alimentação e ainda mantinha um estilo de vida que contemplava atividades físicas intensas ou vigorosas (manuseio da terra, plantio, colheita, criação de animais entre outros). Apesar das condições sanitárias serem rudimentares, não comprometiam completamente a saúde dos indivíduos (BOBBIO e PASQUINO, 2002).

Na Alta Idade Média teve início o êxodo rural para os aglomerados urbanos, o que propiciou o surgimento das grandes cidades. Este fenômeno gerou problemas insustentáveis para o modelo vigente à época. As cidades não apresentavam sistemas de saneamento básico e que acabaram provocando as pestes, assolando e dizimando milhares de pessoas. A produção de alimentos não crescia de forma compatível com o aumento da população, gerando a fome, enfraquecendo e matando lentamente seus habitantes. Somada a estes aspectos a expansão do comércio marítimo, ocorrida entre os séculos quinze e dezessete, gerou um novo modo de produção de bens e serviços que selou a exploração humana no trabalho (OUTHWAITE e BOTTOMORE, 1996).

O capitalismo iniciado nos séculos XV e XVI modificou o *modus vivendi* vigente. A figura do rei presente até a Idade Média, foi substituída pela do político; o escambo típico do feudalismo foi substituído pelo mercantilismo; e as responsabilidades pelas políticas públicas até então de responsabilidade da nobreza, passou para a própria população. Deste modo, a exigência de um sistema

de saúde compatível com a demanda ficou a cargo de um novo modelo de sociedade. O estilo de vida feudal, camponês e artesanal, foi substituído pelo industrial, urbano e manufatureiro. Os trabalhadores enfrentavam jornadas de trabalho realizadas sob condições de inanição e debilidade física por estados patológicos. Contudo, o modelo capitalista expandiu e propiciou mudanças significativas, algumas positivas e outras negativas. As mudanças positivas do capitalismo dizem respeito principalmente ao desenvolvimento científico e tecnológico, e as mudanças negativas à exploração da mão de obra, degradação da condição humana do trabalhador, e alienação ao sistema produtivo (ANTUNES, 1986; OUTHWAITE e BOTTOMORE, 1996; BOBBIO e PASQUINO, 2002).

No Brasil, a velocidade da industrialização, a exploração da mão de obra, a insuficiência no saneamento público e a saúde pública incipiente, perduraram até as décadas finais do século dezenove e iniciais do século vinte, principalmente até a década de vinte e de trinta. Nesse período da Primeira Grande Guerra, os brasileiros sofriam as conseqüências deletérias do modelo de produção adotado. O país tinha poucas cidades capazes de suportar o êxodo rural. Naquele período, mais de 75% da população era rural. A indústria nacional ainda apresentava defasagem tecnológica com conseqüências diretas aos trabalhadores, pois os centros urbanos não apresentavam sistemas de saneamento, água encanada e iluminação pública (ANTUNES, 1986).

A realidade brasileira hoje está modificada, pois segundo dados do IBGE (2004) apenas 18,63% da população se encontram no campo, enquanto que 81,37%, encontram-se na área urbana ou seu entorno (168.370.893). Deste total 29,65% não possuem água encanada (16,32% no campo e 9,77% na cidade). Uma das conseqüências mais graves desta urbanização desordenada é a deterioração do meio ambiente. Atualmente as fábricas contaminam rios, lagos e mananciais de água. Os veículos poluem o ar com milhões de metros cúbicos de gases. Os parques e as áreas verdes dão espaço às vias públicas e aos centros habitacionais. A integração e a interação social ficam cada vez mais restritas ao ambiente de trabalho e da família. Portanto, é possível afirmar que estes aspectos deletérios influenciam a saúde dos indivíduos (ANTUNES, 1986; OUTHWAITE e BOTTOMORE, 1996; BOBBIO e PASQUINO, 2002).

Os aspectos referidos anteriormente, se relacionam, em maior ou menor grau, ao estilo de vida atual. Portanto, a partir destes aspectos negativos à saúde humana, é

admissível aceitar que o estilo de vida atual influencia e configura um estado de saúde pública preocupante, revelando que o conceito de saúde não pode ser estudado a partir de um único aspecto, ao contrário, deve ser analisado pelas diversas áreas envolvidas nos processos sociais que configuram a saúde coletiva (MINAYO, 1992). Deste modo, os estudos que pretendem estudar o fenômeno saúde-doença, devem desenvolver reflexões macroeconômicas e histórico-estruturais presentes nas sociedades atuais, pois a literatura especializada aponta que a saúde pública ou coletiva, não pode mais ser investigada como um fenômeno isolado desprovido de influências culturais, econômicas e políticas, entre muitas outras. Esta perspectiva de saúde humana exige entendimentos cada vez mais complexos e relacionados ao modo de produção de bens e serviços, e do modelo político e econômico das mais diversas sociedades, (MINAYO, 1992; MONTEIRO e GONÇALVES, 1994; DEL PALACIO e VILLA VICENTE, 1996; OUTHWAITE e BOTTOMORE, 1996; ALMEIDA FILHO, 2000; AYRES, 2002).

#### 2.2.1.1 Fatores de risco à saúde

Os riscos à saúde dos indivíduos têm relação direta com o estilo de vida atual. Apesar das divergências sobre os fatores de risco à saúde, é possível demonstrar que existem fatores de risco que predisõem o indivíduo a desenvolver doenças crônico-degenerativas, principalmente cardíacas e circulatórias. Estes fatores podem ser fixos ou modificáveis. Os fatores de risco não modificáveis são aqueles que não permitem intervenções ou alterações, como idade, hereditariedade e sexo. Já os fatores modificáveis de risco permitem que os indivíduos alterem seus comportamentos relacionados ao estilo de vida intervindo na saúde individual, principalmente o fumo, a obesidade, o sedentarismo, os níveis sanguíneos de colesterol (lipídios), a hipertensão arterial e o estresse (FOX, BOWERS e FOSS, 1991).

Os tipos de fatores de risco à saúde humana são de significativa relevância à análise da saúde individual e coletiva, pois apesar de se considerar que existem fatores de risco que não podem ser modificados, estes não devem ser considerados prioridades no tratamento das doenças crônico-degenerativas, principalmente àquelas relacionadas às patologias cardiovasculares, que são a principal causa de

mortes no mundo (FOX, *et al.*, 1991). Segundo Lee (1993), com passar dos anos existe aumento na incidência da doença cardiovascular, principalmente em mulheres no período da menopausa e nos homens em idades avançadas, sendo o risco ampliado quando da existência de histórico da doença na família. Portanto, enquanto a ciência não oferecer conhecimentos suficientes à manipulação dos fatores de risco fixos, o foco de atenção deve situar-se nos fatores de risco modificáveis, ou seja, naqueles que incluem comportamentos e hábitos de vida.

Os fatores de risco modificáveis, segundo Green e Anderson (1986), representam um dos principais focos da medicina preventiva e da área da saúde pública. Entretanto, a intervenção sobre estes fatores ainda causa polêmica e sofre com alguns tipos de barreiras que exigem grande esforço dos sistemas públicos e privados de saúde. Segundo Rosemberg (1981), os fatores risco quando analisados separadamente apresentam praticamente a mesma significância na incidência da doença cardiovascular. Entretanto, quando existe combinação de dois ou mais fatores, o risco de doença cardiovascular aumenta significativamente. Estas relações podem ser verificadas no quadro 1 exposto a seguir, sendo que a incidência proporcional foi calculada dando valor 1,0 à incidência nos abstêmios.

**Quadro 1** – Doenças coronárias em fumantes de cigarros e abstêmios

Fator de Risco	Grau	Incidência Proporcional	
		Abstêmios	Fumantes
Pressão arterial	Abaixo de 130	1,0	2,1
	130 ou mais	1,8	3,8
Colesterol no Sangue	Baixo	1,0	1,8
	Alto	2,0	4,5
Atividade Física	Muita	1,0	2,6
	Pouca	2,4	3,4
Situação Social	Estável	1,0	1,5
	Instável	2,3	3,2
Tipo de comportamento	B	1,0	2,0
	A	2,5	4,4

**Fonte:** Rosemberg, J. **Tabagismo:** Sério problema de saúde pública. (1981).

Os indivíduos, segundo Rosemberg (1981), que fumam vinte ou mais cigarros diários, apresentam um incremento de duas vezes e meia na incidência da doença cardiovascular. O autor demonstra ainda, que o risco originado no tabagismo é “alto” quando relacionado à obesidade e ao diabetes, e “muito alto” quando conjugado a hipertensão arterial. Portanto, o tabagismo não tem apenas um efeito aditivo, mas sinérgico e multiplicador dos outros fatores de risco.

Segundo Rosemberg (1981), as discussões sobre as conseqüências do tabagismo devem necessariamente incluir as atividades físicas. Segundo o autor, os indivíduos fumantes sedentários apresentam uma incidência duas vezes e meia maior que os abstêmios, enquanto que os fumantes ativos praticantes de exercícios vigorosos tiveram um aumento da incidência de infarto em uma vez e meia.

O sedentarismo, segundo Sallis e Owen (1999), pode ser considerado uma conseqüência do estilo de vida atual. A industrialização e o modo de vida urbano diminuem ou impedem a realização de atividades físicas habituais. Este quadro agrava-se pela violência urbana, a diminuição e ausência das áreas de lazer e esportivas, e a diminuição do poder aquisitivo, ou seja, com baixo salário o indivíduo precisa manter mais de um emprego e ainda, não consegue acessar alguns bens e serviços que lhe permitiriam praticar atividades física (clube, academia, entre outros). Esta diminuição acentuada do nível de atividade física pode ser considerada uma das principais causas das doenças crônico degenerativas na sociedade atual.

Estudos demonstram que as conseqüências do sedentarismo são negativas à saúde humana, segundo Fox *et al.* (1991, p.301), o risco de ataque cardíaco é tanto menor quanto maior for a atividade física realizada. Para os autores, o aumento de aproximadamente 15% do peso corporal ideal pode ser considerado aceitável. O aumento de peso em torno de 20% do peso ideal, já pode se considerado como sobre peso, enquanto que o aumento em torno de 25% já é considerado obesidade. Entretanto, os autores salientam que a quantidade de gordura depende do conteúdo lipídico de cada célula gordurosa e do número total de células gordurosas. Os autores demonstram que um aumento de 20% do peso corporal ideal incrementa em duas vezes e meia a incidência da doença cardiovascular.

A obesidade, segundo Leavell e Clark (1978, p.207), pode se definida como "(...) um estado no qual o peso do corpo é excessivo, devido à acumulação do tecido adiposo". Este comprometimento está diretamente relacionado à saúde do indivíduo, e tem como origem a nutrição inadequada e a falta de atividade física. A dieta rica em calorias é a principal agente promotora da nutrição inadequada. Segundo os autores, as dietas que incluem grande quantidade de carboidratos e gorduras são favoráveis a acumulação de tecido adiposo. Leavell e Clark (1978) analisam ainda, que os indivíduos obesos podem apresentar maior necessidade de combustível orgânico que as pessoas dentro do peso adequado, haja vista que existe um

aumento do peso corporal e dos depósitos de gordura, diminuído a eficiência da mecânica dos movimentos.

Segundo Fox *et al.* (1991), a análise do níveis sanguíneos de lipídios é primordial para a saúde humana, principalmente para as doenças cardiovasculares. Segundo os autores, o colesterol de baixa densidade produz depósitos ateroscleróticos sobre o revestimento das artérias que podem transformar-se em verdadeiros tampões arteriais. Desta forma, segundo os autores, altos níveis de colesterol de baixa densidade estão relacionados a alta incidência de coronariopatias. Um índice de 259 mg% de colesterol sanguíneo aumenta em quase cinco vezes a incidência de coronariopatia em relação a um índice de 200 mg% ou inferior.

A pressão arterial, de acordo com Fox *et al.* (1991), é considerada dentro dos limites normais quando apresenta índices sistólicos em torno de 120 mm Hg. A pressão sistólica pode ser entendida através da resistência exercida durante a ejeção do sangue pelo coração que promove o reabastecimento dos nutrientes, do oxigênio e dos demais hemocomponentes. Segundo os autores, um indivíduo com pressão sistólica acima de 150 mm Hg apresenta incidência duas vezes maior que um indivíduo normotenso. Segundo Leavell e Clark, (1978), a hipertensão está dividida nos tipos primária e secundária. Segundo estes autores, real interesse recai sobre a hipertensão primária pelo fato de que a incidência deste tipo é maior que na secundária. No que tange à hipertensão primária, hoje os dados apontam que esta condição patológica é multifatorial, e está relacionada à obesidade e ao estresse.

O Brasil não apresenta dados detalhados sobre as conseqüências das doenças crônico-degenerativas e do estresse, principalmente sobre os prejuízos oriundos do absenteísmo ou sobre as conseqüências dos afastamentos do trabalho causado por estes acometimentos, mas hoje já é aceito que o estresse tem aumentado, especialmente, no mundo do trabalho (ANDRADE, 2001). Deste modo, verifica-se que existe uma pressão contínua que leva às diversas dificuldades na manutenção da vida saudável. Entretanto, conforme Fox *et al.* (1991), existem possibilidades de superação dos estados patológicos de estresse, como por exemplo, as técnicas de controle do estresse. Hoje já é possível afirmar que a relação linear entre tipos de comportamentos e doenças crônico-degenerativas é uma etapa teóricamente superada, porém, o reconhecimento destes comportamentos contribui para a superação dos estados de estresse.

Sendo assim, segundo a literatura especializada, é possível identificar atualmente quatro tipos de comportamento frente ao estresse. O comportamento tipo A distingui-se por altos níveis de agressão, competição e atividade (ataque); o tipo B caracteriza-se pela paciência na realização das tarefas e pela alegria frente aos desafios; o tipo C, diferencia-se pelos altos níveis de agressão e competitividade, porém com retrações e disposição ao ataque; e o tipo D, caracteriza-se pela afetividade negativa e inibição social, como depressão, tensão crônica, fúria, pessimismo, e percepção de falta de apoio social, além de baixo nível de bem-estar subjetivo (FOX *et al.*, 1981; FRIEDMAN, HALL e HARRIS, 1985; FRIEDMAN e BOOTH-KEWLEY, 1987; ANDRADE, 2001; MASTERS, LACAILLE e SHEARER, 2003; PENDERSEN e DENOLLET, 2004).

O estresse pode ser entendido, segundo Forattini (1992a, p.318) como “(...) um conjunto de reações orgânicas inespecíficas, como resposta a estímulos ambientais, e capazes de se oporem às ameaças, daí decorrentes, ao balanço homeostático”. Assim, a maneira como o organismo do indivíduo reage a um estímulo, e que altera seu equilíbrio pode gerar fatores de risco agudos ou crônicos. Este mecanismo pode ser descrito como um dos resultados do estilo de vida atual e está relacionado a diversas doenças, principalmente as crônico-degenerativas, como infarto e apoplexias, além de distúrbios nervosos, como depressão (NAHAS, 2001).

Considerando os diversos aspectos relacionados aos fatores de risco, é aceitável inferir que as análises sobre estes fatores, principalmente os modificáveis, estão associadas a fatores fisiológicos, psicológicos e sociológicos, inclusive aqueles patológicos. Deste modo, as intervenções em saúde coletiva exigem ações multidisciplinares, o que poderá permitir o entendimento de que os mecanismos das doenças crônico-degenerativas podem ser resultantes do estilo de vida atual.

#### 2.2.1.2 Doenças crônico-degenerativas

Entre os séculos dezoito e dezenove, o modelo de saúde coletiva vigente buscava apenas entender o processo de saúde-doença pela análise miasmática, ou seja, aquela que entendia que as moléstias se originavam através de emanações que provinham do interior da terra e contaminavam os indivíduos. Além da falta de recursos tecnológicos e conhecimentos científicos consistentes acerca da vida

microscópica e seus agentes agressores, faltava ainda aos sanitaristas, uma visão de saúde mais abrangente, que visualizasse que o modo de vida, até então eminentemente rural e secularmente adaptado à vida humana, havia se rompido e indicava mudanças radicais no modo de organização social (FORATTINI, 2000b).

As modificações teóricas e práticas da saúde coletiva mostram que esta área expandiu-se a partir dos primeiros avanços científicos nas áreas médicas e biomédicas como a infectologia e a virologia, além da própria epidemiologia, entre outras. Essas modificações da saúde coletiva desenvolveram-se concomitantemente aos avanços científicos, porém, em grau e amplitude de manifestações diferentes pelo mundo (LEAVELL e CLARK, 1978; FORATTINI, 1992a; FORATTINI, 2000b). Nos países com pouco desenvolvimento econômico e social, onde o setor de produção primário prevalece, os aspectos deletérios do trabalho humano apresentam situações que se repetem há séculos. Deste modo, inúmeras sociedades oferecem modelos de saúde pública incipientes ou mesmo rudimentares, tais como em alguns países do continente Africano, Centro Americano e Asiático.

Em países industrializados da América do Norte e da Europa, com avançado desenvolvimento econômico e social, a saúde pública já transpôs seus estágios iniciais (período da contaminação por exposição ou contato), atingindo as diversas camadas sociais. Nestes países os sistemas de saúde não se ocupam de males oriundos da falta de saneamento (contaminações por organismos presentes no esgoto), urbanismo desordenado (falta de habitação digna), ou exploração do trabalho físico (indústria metal mecânica, construção civil e agropecuária não mecanizada), mas, de problemas típicos do modelo de produção industrializado, tais como as doenças psicossomáticas e as crônico-degenerativas originadas nos processos de organização do trabalho (LEAVELL e CLARK, 1978; FORATTINI, 1992a; FORATTINI, 2000b).

Um dos resultados do estilo de vida das sociedades industrializadas são as doenças crônico-degenerativas. Estas doenças acometem o processo de produção de bens e serviços atingindo os indivíduos expostos às condições inerentes a um estilo de vida sedentário. Uma das formas de combate ao estilo de vida sedentário reside especificamente na promoção de ações que possibilitem um incremento no nível diário ou semanal de exercícios físicos e mesmo atividades físicas que extrapolem o ambiente doméstico ou de trabalho. As doenças crônico-degenerativas são marcas da nova configuração social baseada no modelo produtivo atual.

Segundo Minayo (1992), milhões de pessoas são acometidos anualmente de diversos males no mundo. As causas destes acometimentos estão vinculadas ao modo de produção econômica e ao estilo de vida atual decorrente tanto do excesso de trabalho, quanto da falta de tempo para a prática do lazer e das atividades físicas das pessoas inseridas nesse modelo. Esta é a realidade de grande parte da população dos países industrializados.

A promoção da saúde e a busca da qualidade de vida do ser humano atualmente tornaram-se exigências da sociedade industrializada. Quanto ao aspecto econômico, os gastos oriundos da exploração de mão-de-obra e os desgastes sociais produzidos pelas doenças crônico-degenerativas superam os ganhos sociais destas práticas. Quanto ao aspecto humano, é eticamente impossível contabilizar gastos em detrimento à vida humana. A partir da aceitação das responsabilidades dos profissionais em Educação Física na promoção da saúde, na melhoria da qualidade de vida e na adoção de um estilo de vida ativo é possível demonstrar que as funções sociais da Educação Física podem ser consideradas positivas à atual realidade social. Segundo o CONFEF (2002c, p.06), a responsabilidade dos profissionais desta área passa pela promoção de ações que possibilite a conquista do estilo de vida ativo através de uma “(...) educação efetiva para promoção da saúde e ocupação saudável do tempo de lazer”.

Diante da responsabilidade do profissional em Educação Física, são exigidas abordagens que busquem a prevenção e o tratamento das doenças crônico-degenerativas, permitindo a busca pela legitimação social da Educação Física. Neste sentido, vêm ocorrendo tanto discussões acerca da inclusão de perspectivas mais críticas de atuação, quanto de possibilidades mais técnicas ou clínicas desta área, buscando resgatar a função social da Educação Física rumo à saúde coletiva. Esta busca pela saúde coletiva não pode ser conquistada de forma disciplinar ou facetada, ou seja, não é razoável promover a saúde dos indivíduos através de uma única área, aspecto ou procedimento profissional. Portanto, a Educação Física deve oferecer ações que considerem a área da educação formal dos indivíduos e a área da saúde humana através de seus diferentes objetivos.

A atuação competente e condizente com a realidade social só é admissível a partir dos conhecimentos das condicionantes históricas que constroem e são construídas pelo modelo social de cada época, além dos dados epidemiológicos e clínicos característicos das sociedades atuais sobre saúde coletiva e qualidade de

vida. Neste sentido, Minayo (1992, p.13), analisa que a questão da saúde "(...) está submetida às mesmas vicissitudes, avanços, recuos, interrogações e perspectivas da totalidade sociológicas da qual faz parte". Portanto, os estudos que tenham a intenção de estudar o fenômeno da saúde-doença devem incluir análises macroeconômicas e histórico-estruturais, no âmbito do *lócus* de produção de conhecimento, a universidade.

Os fenômenos relacionados à saúde humana sempre sofreram influência de diversos aspectos, variando conforme o clima, a região, o modo de produção de bens e serviços, a cultura, as políticas públicas, entre outros. O próprio conceito de saúde provoca polêmicas que muitas vezes confundem-se com a própria busca pelo bem estar humano. O conceito de saúde atualmente vigente se origina da tentativa de consenso construída, em 1948, pela Organização Mundial de Saúde, que busca delimitar a abrangência e a ação necessária ao ser humano, e que é definido como um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade (OUTHWAITE e BOTTOMORE, 1996). Contudo, esta definição não é aceita incondicionalmente. O atual entendimento de saúde tem provocado discussões e levado estudiosos da saúde humana a oferecer algumas críticas ao conceito, principalmente as vinculadas à abrangência e à condição social miserável do pós-segunda guerra na Europa, origem do conceito. Porém, teóricos admitem que esta definição avançou no sentido de oferecer uma proposta que não se baseasse apenas numa condição biomédica, ao contrário, que contemplasse diversas áreas do conhecimento humano.

Para entender a saúde humana é necessário resgatar a origem deste fenômeno que acompanha homens, mulheres e crianças desde os primórdios da civilização e que se configura como um inseparável elemento de análise da condição humana através dos tempos. A diacronia dos fatos e as condições biológicas mostram que o ser humano em seu estado primordial foi um animal excepcional. Em uma época onde os animais pesavam várias toneladas, homens e mulheres com pouco mais de um centésimo deste peso já caçavam e se alimentavam dessas verdadeiras fortalezas vivas. As ferramentas e utensílios construídos pelos homens possibilitaram mudanças no ambiente natural que nenhum outro animal havia obtido, permitindo que modificasse a geografia, hidrografia, fauna e flora, e que manipulasse as condições necessárias à sobrevivência em qualquer clima, ambiente ou situação social (CARVALHO, 1991).

As conquistas humanas foram possíveis graças a uma característica diferenciadora do restante dos animais: o “intelecto”. Este elemento que permitiu que homens e mulheres conseguissem achar soluções às adversidades naturais possibilitando-lhes sobreviver sob as mais diversas condições, do clima frio e seco às mais tórridas e elevadas temperaturas, da abundância à completa escassez alimentar, da seca prolongada a intermináveis períodos de chuva. A partir de todas estas condições é plausível admitir que o ser humano seja o único animal de classe superior capaz de se adaptar as inúmeras situações que a natureza impôs. Situando a análise no mundo ocidental, e em certa parte o médio oriental, é admissível afirmar que já na antiguidade clássica os estudiosos, através da racionalidade exemplar, já apresentavam discussões e escritos significativos ao entendimento da natureza e do ser humano.

Segundo Del Palácio e Villa Vicente (1996), por volta de cinco séculos antes de Cristo, Hipócrates já escrevia sobre a natureza (*physis*) e seus fenômenos, a saúde humana e os fundamentos sobre o corpo (*corpus*). Contudo, a intelectualidade humana não provocou apenas benefícios à vida humana. Existem inúmeros malefícios à vida humana que se originam pela capacidade intelectual humana, tais como a destruição da natureza e a própria autodestruição enquanto componente do mundo natural.

Segundo Carvalho (1991) o conceito de natureza apesar de já ser um construto humano caracteriza-se justamente por aquilo que não sofreu intervenção humana, ou seja, não passou por processos de manipulação e transformação para satisfação das necessidades humanas. Os elementos naturais podem ser exemplificados pelas marés que banham as partes secas das terras, pelas rochas em estado bruto e intocado que embasam a vida terrena, pelos ventos frios e quentes que alimentam a vida no planeta. Contudo, hoje já existem indícios científicos suficientes que sugerem que a ação humana tem influência no aumento do nível da temperatura dos oceanos que interferem nas marés, no clima terrestre, nos ventos e nas chuvas. Atualmente ocorre nas cidades metropolitanas do mundo a impermeabilização do solo, que não permite um escoamento e filtragem das águas pluviais acarretando inundações e contaminações dos lençóis de água potáveis. Mas, a manipulação daquilo que é natural não se propaga apenas no ambiente físico. Muitas das mazelas sociais que hoje são constatadas são originadas justamente na ação de homens e mulheres sobre seus estados e modos de organização social derivando

uma centena de formas de exploração da vida humana que torna difícil justificar algumas ações humanas atribuídas à racionalidade.

As discussões atuais nas áreas da economia, sociologia e política apontam que o principal agente do processo de diminuição da dignidade da vida humana é o próprio modo de organização social vigente. Este modelo atual de sociedade está diretamente sustentado pelo modo de produção de bens e serviços que exploram a mão de obra de trabalho e reduzem a dignidade humana. As conseqüências negativas do modo de produção adotado atualmente são incalculáveis, pois o modo de vida humano é afetado em sua essência, sofrendo perdas incomensuráveis, de abrangências psicológicas, fisiológicas e sociológicas. Deste modo, é aceitável afirmar que estes três âmbitos da vida humana se relacionam e constroem os fenômenos do modo de vida atual, tais como a educação, a saúde, a economia, a política, a cultura, entre outros. Todavia, o aspecto que sofre maior influência é justamente a saúde humana, haja vista que este conceito está relacionado à própria existência dos indivíduos (MINAYO, 1992; OUTHWAITE e BOTTOMORE, 1996; SALLIS e OWEN, 1999).

Para analisar a saúde dos indivíduos, é necessário considerar este fenômeno em sua integralidade, não sendo possível focar apenas a saúde de um indivíduo ou grupo social, mas de toda coletividade. Partindo deste entendimento, é possível inferir que saúde não deve ser estudada a partir de uma única área, mas ao contrário, precisa das análises das mais diversas áreas envolvidas nos processos sociais que englobam a saúde coletiva. Portanto, a Educação Física ao tratar da saúde humana, através das atividades físicas, delinea-se como uma relevante área da saúde coletiva. A responsabilidade social presente nos termos da Resolução 056/2003 exige que o profissional em Educação Física promova um estilo de ativo através da educação efetiva para promoção da saúde e ocupação saudável do tempo de lazer (CONFED, 2003c).

### 2.2.2 Estilo de vida ativo

A atividade física influencia positivamente a promoção da saúde, porém, existem algumas polêmicas quanto ao grau de interferência nos fatores de risco (Fox, *et al.*, 1991; BLAIR *et al.*, 1998). Seria possível citar inúmeros benefícios da atividade

física, mas, destaca-se o combate à obesidade, à diabetes, à osteoporose, ao câncer, à asma, e às doenças cardiovasculares, principais responsáveis pelas mortes nos países desenvolvidos e em desenvolvimento (BLAIR *et al.*, 1998; PESCATELLO, 2001). As conseqüências econômicas destas doenças crônico-degenerativas afeta tanto empregados quanto empregadores, pois os custos não são integralmente garantidos pelos sistemas públicos e privados de saúde. Deste modo, os indivíduos, e conseqüentemente seus empregadores, acabam arcando com as despesas geradas pelas doenças crônico degenerativas. Estes fatores acabam por levar o indivíduo a situações de ansiedade, depressão e estresse, gerando absenteísmo e rotatividade (RAM, ROBINSON, BLACK, 2001; HACKAM, ANAND, 2003; PEEKE, WOMBLE, 2001).

Considerando relação entre atividade física e a saúde humana, Oliveira, Oliveira, Villaverde e Gutierrez, (2001) demonstram que esta díade é patrimônio histórico e cultural e deve ser entendida nas dimensões física, psíquica e social, e que acaba adquirindo “(...) proporções reais em virtude da diminuição e da falta de trabalho físico, principalmente em países considerados de alto nível de desenvolvimento industrial e tecnológico, que define sua forma de vida sedentária” (p.316). Deste modo, a atividade física inerente ao atual estilo de vida deve ser percebida como um aspecto a ser considerado nas análises sobre saúde humana, tanto no que se refere aos benefícios da prática regular de exercícios, quanto no que atina às conseqüências negativas do sedentarismo.

Os dados das pesquisas desenvolvidas por De Bourdeaudhuij e Van Oost, (1999) sugerem uma correlação pouco significativa entre atividade física e saúde do indivíduo, especialmente quando a atividade física é considerada de modo isolado de outros aspectos. Contudo, os autores concluem que a atividade física pode ser considerada um fator sem igual nas diferentes populações investigadas, frente a mudanças de comportamentos relacionados à saúde. Deste modo, é admissível sugerir que a saúde é um fator multifatorial e que o estilo de vida deve contemplar uma mudança que inclua atividades físicas formais e não-formais.

Folsom, Arnett e Hutchinson, (1997) demonstram que existem evidências que sugerem que a atividade física regular reduz o risco das doenças cardiovasculares. Contudo, ainda são necessários maiores estudos sobre determinados aspectos, tais como intensidade das atividades físicas, perfis lipídicos, pressão sanguínea, entre outros (HERNÁNDEZ, FERRER, MATOS e BALÓN, 2000).

Quanto às doenças metabólicas, MCAuley, Williams e Mann, (2002) mostram que intervenções no estilo de vida reduzem o risco de progressão de intolerância de glicose da diabetes tipo II. Segundo os autores, atualmente existe um consenso que considera a atividade física e a modificação dietética como suficientes na mediação da sensibilidade de insulina e na redução para o risco do diabetes tipo II. Contudo, apesar de existirem dados que apontam para uma melhoria na sensibilidade à insulina, estes ainda não são suficientes para indicar a extensão da mudança necessária no estilo de vida, pois as evidências ainda não apontam conclusões definitivas sobre estas mudanças. Contudo, estas conclusões permitem afirmar que apesar de que os resultados ainda estejam relativamente limitados, são propícios a futuras investigações.

No que se refere à relação entre a osteoporose e a atividade física habitual, Seeman (2000) demonstra que existem dados sobre o papel que o exercício físico apresenta na prevenção e combate a este comprometimento. Este autor avalia que a osteoporose afeta ambos os sexos, mas que apresenta maior incidência no sexo feminino. Vuori (2001) conclui que as atividades físicas de alto-impacto provocam a osteogênese, mecanismo útil na prevenção da osteoporose. O autor revela ainda que exercícios de baixo a moderado impacto não provocaram osteogênese, e que esforços estáticos e movimentos lentos são ineficazes ou menos efetivos que a aplicação rápida de força. Deste modo, Vuori (2001) conclui que existe a necessidade de investigações que aprofundem as características dos exercícios e seus consequentes efeitos.

Para Hitt (2003), o estilo de vida saudável envolvendo uma dieta com baixo índice gordura animal e a prática de exercícios físicos, entre outros fatores, ajuda a frear ou até mesmo inverter a progressão do câncer de próstata em indivíduos que sofrem deste acometimento. Segundo seus estudos, o nível do hormônio que identifica a presença do câncer de próstata (PSA) reduziu modestamente após três meses e significativamente após um ano, no grupo de aderência à dieta adequada e intervenção no estilo de vida. Contudo, o grupo controle teve aumento no PSA. Também foi avaliado o crescimento da próstata acometida pelo câncer e verificado que o crescimento foi inibido em 67% no grupo experimental comparado com 12% no grupo controle.

A atividade física não deve ser considerada isoladamente na promoção da saúde e da qualidade de vida. Os benefícios que a atividade física oferece ao estilo de vida

atual são multifatoriais, ou seja, dependendo das ações sociais desenvolvidas, pode levar ao melhoria da saúde coletiva frente às doenças crônicas degenerativas causadas pela inatividade física. Pagani (1996, p.164), demonstra que

(...) há força das evidências empíricas em favor das influências da atividade física sobre a saúde coletiva, no contraponto à disponibilidade de informações conclusivas, sugere que esse hiato se deva não a associações reais, mas sim ao limitado estágio atual de desenvolvimento científico e tecnológico que possa permitir fundamentações convincentes.

Segundo Andrade (2001), um estilo de vida ativo, deve incluir atividades físicas formais ou não formais, em sua rotina diária por pelo menos três vezes semanais e com duração não inferior a uma hora. Entretanto, estas exigências não devem ser estanques, ao contrário, a análise do estilo de vida ativo deve contemplar as diversas necessidades humanas, considerando assim, a realidade do mundo do trabalho, da violência urbana, da falta de espaços esportivos e de lazer, além das preferências individuais.

Considerando os benefícios apresentados, é admissível concluir que a atividade física é um aspecto significativo para a saúde pública atual. Contudo, é necessário avaliar que existe carência de investigações conclusivas sobre a totalidade dos efeitos do exercício físico sobre as doenças crônicas degenerativas. Esta ressalva exige que a ciência busque investigações com níveis de validade maiores, consistentes e conclusivas, que possam sedimentar a relação positiva entre atividade física e saúde humana.

### 2.2.3 Estilo de vida sedentário

O estilo de vida sedentário, ou de baixos níveis de atividade física, característico da realidade atual, configura-se como um problema de saúde pública a ser superado. A prática regular e adequada de atividade física está abaixo do que é exigido para a vida nas sociedades modernas. Segundo pesquisas do Centro de Controle e Prevenção de Doenças – CDC (*Center of Diseases Control – CDC*), órgão norte-americano para o controle de doenças, cerca de 40% dos norte-americanos não praticam qualquer tipo de atividade física, já daqueles que mantêm algum tipo de fidelidade a programas de atividade física, cerca de 40% não o fazem

adequadamente, ou seja, não alcançam um nível mínimo de gasto calórico, ficando aquém do necessário para o ganho de aptidão física e promoção de saúde (PATE *et al.*, 1995).

As estimativas norte-americanas apontam que o estilo de vida sedentário contribui com aproximadamente 23% das mortes causadas por doenças crônico-degenerativas, e que quase 60 milhões de norte americanos apresentam índices de sobre peso e obesidade (COLDITZ, 1999). Myers, Atwood e Froelicher (2003) calculam que ocorram aproximadamente 250.000 mortes por ano nos Estados Unidos atribuíveis a falta de atividade física regular. Segundo Myers *et al.* (2003), além de inúmeros outros autores, estudos prospectivos e contínuos proveram evidências consistentes que documentam os efeitos protetores de atividade frente a diversas doenças crônicas, tais como a diabetes *mellitus*, a aterosclerose, a hipertensão, a osteoporose, e diversos tipos de câncer (HORTA e BARATA, 1995; BORREGO, 1998; MCTIERNAN, 2000; BAPTISTA, 2001; BARQUERO e VILASECA, 2001; SANCHO e MATEO, 2002; HITT, 2003).

Segundo Blair *et al.* (1998) estudos demonstram que as intervenções no estilo de vida podem prevenir doenças crônico-degenerativas. Segundo os autores, os hábitos de vida sedentários e os baixos níveis de aptidão de cardio-respiratória são fatores de risco importantes para a doença cardiovascular. Segundo suas pesquisas, já existem estudos que provêm evidências de causalidade entre a inatividade física e as doenças crônico-degenerativas, assim como a atividade física e a proteção contra a mortalidade causada por doenças cardiovasculares, tanto em homens quanto em mulheres.

De acordo com Blair *et al.* (1998), menos de um quarto de adultos norte-americanos são ativos ao nível recomendado para benefícios de saúde, e que 25% dos norte americanos adultos são essencialmente sedentários. Para os autores, a forte associação entre a inatividade física e a mortalidade por doenças cardiovasculares e a alta prevalência de estilos de vida sedentários na população, conduz a uma população de altos riscos à saúde. Segundo seus dados, um terço das mortes é atribuída às doenças coronarianas, perfazendo um total de aproximadamente 250.000 mortes ao ano, e que estão relacionadas à inatividade física.

A partir de evidências científicas, estudos apontam que baixos níveis de aptidão física estão constantemente associados a altas taxas de mortalidade por doenças

cardiovasculares e que o aumento das atividades físicas e de lazer está associado à diminuição das taxas de mortalidade (BLAIR, 1994; GARCÍA, SÁNCHEZ e GARCIA, 1997; PADEZ, 2002). Os dados epidemiológicos brasileiros não apresentam total fidedignidade. Esta limitação é causada, entre outros fatores, pela extensão territorial e falta de pesquisas contundentes por parte dos órgãos governamentais. Contudo, segundo dados do Ministério da Saúde, os casos de morte no Brasil causados pelas doenças crônico-degenerativas cardiovasculares e cardiorespiratórias, chegam a 346.263 óbitos por ano (BRASIL, 2004i).

Quanto a obesidade é admissível afirmar que nos países industrializados este comprometimento vem sendo delineado como um sério problema de saúde pública. Nos Estados Unidos da América, atualmente ocorre uma verdadeira epidemia de sobrepeso e obesidade, haja vista que quase 97 milhões de adultos apresentam um destes acometimentos. Os cálculos mostram que somente os custos médicos para tratar a obesidade giram em torno de 238 bilhões de dólares ao ano, os quais aproximadamente 100 bilhões de dólares somente para o tratamento dos aspectos ligados à morbidade (KRAUSS e WINSTON, 1998; KAWACHI, KENNEDY e GLASS, 1999; OSTER, THOMPSON, EDELSBERG, BIRD e COLDITZ, 1999; LENHARD 1999; DEL NEGRO, 2000; WING e TATE, 2000; WING, GOLDSTEIN, ACTON e BIRCH, 2001).

Colditz (1999) mostra que os custos econômicos de inatividade (incluindo os atribuíveis à obesidade) representam um significativo impacto na saúde pública das populações crescentemente sedentárias de países com economias de mercado estabelecidas. O autor reitera que os componentes dos custos provenientes da obesidade incluem os gastos diretos, que são o resultado de tratamento de morbidez, e os gastos indiretos, que são causados pela perda da produtividade, absenteísmos, além da mortalidade prematura.

Nos Estados Unidos da América, os custos diretos de falta de atividade física, definidos pela ausência de lazer e atividade física, segundo Colditz (1999), são de aproximadamente 24 bilhões dólares, ou 2,4% das despesas com saúde naquele país. Segundo este autor, os custos diretos relacionados à obesidade, somam aproximadamente 70 bilhões dólares, ou 7% das despesas com a saúde naquele país. As conseqüências da inatividade física representam um dos principais fatores de saúde pública nos Estados Unidos da América. Contudo, a atividade física também pode ser considerado como fator primordial de prevenção e de diminuição

dos gastos com as doenças típicas do sedentarismo. Esta constatação pode ser expandida a outros países com estilo de vida similar que substituíram o trabalho físico por ocupações sedentárias.

A doença cardiovascular é tipicamente um acometimento crônico degenerativo. Este acometimento é a maior causa de mortalidade nas sociedades industrializadas. Anualmente milhares de pessoas no mundo são acometidas de infarto, apoplexias e hipertensão arterial. A doença cardiovascular deve ser entendida como um acometimento multifatorial que apresenta íntima relação com baixos níveis de atividade física, sedentarismo, estresse, fumo, diabete, perfil psicológico entre outros (FOX *et al.*, 1991; SALLIS e OWEN, 1999; KUJALA, KAPRIO, KOSKENVUO, 2002)

Quanto as conseqüências da obesidade, existem inúmeros fatores que exacerbam a própria condição do sobrepeso e da obesidade, tais como hipertensão, hiperlipidemia, osteoartrite, diabete mellitus, período pós-menopausa e, inclusive o câncer (COLDITZ, 1999; BURKE, BEILIN e DUNBAR, 2000, HERNÁNDEZ *et al.*, 2000). Seeman (2000) mostra em seu artigo que a osteoporose pode ser considerada um acometimento que leva a morbidez do indivíduo, em especial os comprometimentos relacionados à fratura de quadril. Este acometimento apresenta maior incidência em mulheres, com idades entre 45 e 70 anos. Existem outras doenças que podem estar relacionadas à inatividade física e que podem levar a morbidade e até mesmo a mortandade dos indivíduos. Dentre a extensa lista destaca-se o câncer de cólon, câncer de mama e câncer de próstata (COLDITZ, 1999; MCTIERNAN, 2000). Estas patologias encontram-se em grande parte associadas entre si, o que demonstra a necessidade de intervenções multiprofissionais na prevenção e combate deste malefícios à saúde humana.

Segundo Pitanga (2002), o sedentarismo é um risco primário para doenças cardiovasculares. Estas doenças são a principal causa de morte por doenças crônico-degenerativas, tanto nos países desenvolvidos, quanto nos países em desenvolvimento com alto índice de industrialização, perfazendo quase dois milhões de óbitos relacionados à inatividade física (PARDINI *et al.*, 2001). Portanto, as investigações acerca dos diversos fatores que estão relacionados com a atividade física (genéticos, comportamentais e culturais) deveriam ser incrementadas, permitindo que os conhecimentos sobre o tema avancem e possibilitem as intervenções multiprofissionais necessárias.

Com respeito ao estilo de vida atual, Sallis e Owen (1999, p.11), avaliam que “(...) provavelmente pela primeira vez na história humana, milhões das pessoas podem apresentar estilos de vida extremamente sedentários”. Este autores mostram ainda, que “(...) já não se tem que ser ativos para obter comida, viver ou se locomover. Porém, estes estilos de vida extraem um grande custo da quantidade e qualidade de vida” (p,11). Portanto, o estilo de vida apresenta-se para os indivíduos como um fator determinante para a saúde pública, pois os estudos atuais demonstram que suas conseqüências, refletem diretamente na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

#### 2.2.4 Instrumentos de avaliação do nível de atividade física

Mazo (2003), ao se referir aos instrumentos de coleta de dados sobre as atividades físicas, tanto laboratoriais como de campo, revela que existem vantagens e desvantagens entre os diversos instrumentos (questionário, diário, observação direta, calorimetria, marcadores fisiológicos, monitores de telemetria, entre outros). Dentre estes instrumentos, a autora salienta que embora os testes laboratoriais possam se considerados mais precisos, os questionários apresentam maiores vantagens na operacionalização, abrangência, custo financeiro, grau de interferência e que são adaptáveis às demandas sociais requeridas.

As investigações sobre temas atuais em saúde pública, tais com o estilo ou a qualidade de vida, devem considerar o maior número possível de variáveis. Segundo Pardini, Matsudo, Araújo, Matsudo, Andrade, Braggion, Andrade, Oliveira, Figueira Júnior e Raso, (2001, p.46) mostram que “(...) as principais considerações para utilizar uma metodologia ou outra na mensuração da atividade física, estão relacionadas com o número de indivíduos a serem analisado, o custo e a inclusão de diferentes idades”. Com intuito de proporcionar investigações consistentes e viáveis, a Organização Mundial de Saúde vem buscando estimular diversos centros de pesquisa a realizarem a validação de um questionário internacional que permita a padronização das coletas transculturais sobre atividade física com a devida reprodutibilidade científica. Este Instrumento é denominado I-PAQ (*International Physical Activity Questionnaire*) e tem como objetivo determinar o nível de atividades de vida diárias, incluindo àquelas de transporte e trabalho, de lazer e de atividade física, além das tarefas domésticas (PARDINI *et al.*, 2001).

No Brasil, a validação do I-PAQ foi realizada pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul – CELAFISCS. Para tanto, os pesquisadores deste centro estudaram 22 homens e 21 mulheres, na faixa etária de 20 a 34 anos, considerando o peso e a estatura auto-relatadas pelos indivíduos. Foi determinado o gasto energético em quilocalorias durante sete dias utilizando um diário de campo recordando as atividades físicas diárias dos últimos sete dias, e um sensor de movimentos que quantificou os movimentos realizados a partir dos três planos espaciais (PARDINI *et al.*, 2001). Os pesquisadores apontam que ainda existem dificuldades que prejudicam os dados como: não inclusão de atividades com água; não diferenciação da intensidade das atividades que acontecem sentadas, das atividades de carregamento de peso, ou atividades conjugais; e o impacto cultural. Contudo, os dados permitem concluir que o I-PAQ se associa significativamente com o registro de gasto energético, mas não com o sensor de movimentos, requerendo estudos mais profundos relacionados com o sensor de movimento. A reprodutibilidade foi alta e significativa na versão longa e de auto-administração, indicando que os resultados são promissores a futuras investigações científicas.

A transculturalidade do I-PAQ e a suficiente reprodutibilidade necessárias à pesquisa científica, permitem coligar que este instrumento configura-se como uma escolha consistente na produção de conhecimentos sobre atividade física e qualidade de vida. Este instrumento oferece ainda, a possibilidade que sejam abordados temas polêmicos e que devem ser devidamente resgatados, principalmente aqueles que tratam do nível cultural e acadêmico dos envolvidos e a delicada situação ética dos temas em tela.

Considerando os efeitos provocados pela atividade física habitual, é aceitável concluir que os resultados acerca da promoção da saúde e qualidade de vida através da atividade física não são facilmente alcançáveis, ao contrário, existem inúmeros obstáculos a sua consecução, pois se de um lado a modificação do estilo de vida dos indivíduos pode contribuir para melhoria da saúde pública, de outro existe uma descrença social frente aos benefícios do estilo de vida ativo. Este processo de legitimidade social passa pela formação profissional das diversas áreas que tratam da educação e da saúde humana. Deste modo, as discussões sobre a saúde humana a partir da área da Educação Física, exigem análises dos diversos aspectos que configuram a Universidade, instituição socialmente legitimada.

### 2.3 Qualidade de vida

O entendimento da qualidade de vida para os indivíduos, passa pelo reconhecimento das necessidades humanas, necessitando para isto, o conhecimento dos aspectos políticos, econômicos e sociais inerentes a este conceito. Para tanto, conforme discutido anteriormente, o trabalho humano pode ser considerado um dos aspectos centrais do modelo de organização social atual, pois o modo de produção, relacionado à economia de mercado, influencia os demais setores da sociedade.

A economia mundial muda constantemente, refletindo na instabilidade do emprego das pessoas, nas demissões em massa e no aumento do custo de vida, sendo acrescentado a essa realidade, a morbidade e mortalidade típica dos ambientes insalubres de trabalho, as limitações e as incapacidades conseqüentes do trabalho que envolve periculosidade, além da instalação das doenças crônico-degenerativas relacionadas ao estresse (ANDRADE, 2001). Deste modo, as doenças ocupacionais acrescidas das doenças hipocinéticas podem gerar um quadro profícuo a danos físicos e psíquicos dos indivíduos.

Segundo Fox *et al.* (1991), as pessoas com baixos níveis de atividade física ou mesmo sedentárias, apresentam baixos níveis de aptidão física. Esta condição para o trabalho pode gerar diversos comprometimentos, como obesidade, diabetes e doenças cardiovasculares. Acresce ainda, os fatores de riscos associados ao modo de vida estressante das sociedades industrializadas. Portanto, é aceitável afirmar que a realidade atual configura um quadro social cada vez mais agravante para a qualidade de vida dos indivíduos frente ao atual modelo social.

A realidade social do mundo do trabalho é um fator que não pode ser negligenciado nas análises sobre o modo de vida de homens e mulheres, principalmente quando se busca uma melhoria da qualidade de vida dos indivíduos. A compreensão do modelo capitalista de produção exige o resgate das origens históricas deste modelo que configuraram o trabalho humano. A sucessão dos fatos históricos mostra que o espírito do capitalismo teve sua origem nos idos do século dezesseis e dezessete, com a racionalidade do processo de acumulação de bens e capitais (WEBER, 1985; ANTUNES, 1986; OUTHWAITE e BOTTOMORE, 1996).

O industrialismo provocou a substituição da força humana pela força mecânica das máquinas, e a profunda exploração do trabalho humano. O processo de industrialização valorizou a produção em larga escala em detrimento à produção artesanal, substituiu a manufatura pela maquinofatura, e reorganizou o modelo social vigente à época. Nesse período homens, mulheres e até mesmo, crianças, oriundos do crescente êxodo rural que começava a se instalar na Europa da alta idade média, trabalhavam em fábricas localizadas na zona urbana a fim de sobreviver no novo modelo de organização econômica, política e social (ANTUNES, 1986; LIDA, 1992; OUTHWAITE e BOTTOMORE, 1996; MORAES e MONT'ALVÃO, 2000).

Um marco nessa evolução foi a Administração Científica do Trabalho. Esta abordagem defendia a aplicação de métodos de controle sobre o trabalhador para melhor aproveitamento do tempo, através do ferramental apropriado e dentro de tarefas cada vez menores e mais pobres em conteúdos, nas quais a repetição predominava. Contudo, os princípios originais de Taylor não são mais executados plenamente, pois, apesar de ser considerado um avanço às condições produtivas da época, o modelo científico de produção demonstrou que a exploração da mão de obra não era apenas física, mas também psíquica e social (MORAES, MONT'ALVÃO, 2000). Contudo, alguns fundamentos do método de administração científica do trabalho ainda permeiam os modos de produção das indústrias pelo mundo, principalmente no ocidente. A utilização exagerada e desvirtuada desta administração científica do trabalho gerou inúmeras consequências aos trabalhadores, desde o aniquilamento da subjetividade e sociabilidade do indivíduo, passando pelos estados de estresse, até a instalação em massa de doenças crônico-degenerativas. Atualmente, tais fundamentos foram sendo gradativamente substituídos por outros modelos de gerenciamento do trabalho humano, principalmente advindos da área da psicologia (DEJOURS, 1987; MONTMOLLIN, 1990; LIDA, 1992; TAMAYO BORGES-ANDRADE e CODO, 1997; MORAES, MONT'ALVÃO, 2000).

Portanto, a realidade social atual e as discussões sobre o trabalho humano, demonstram a estreita relação entre o modelo social, baseado no modo de produção capitalista, e a constituição da qualidade de vida dos indivíduos, necessitando para isto, reconhecer que o trabalho está relacionado à própria existência humana atual,

e que pode ser considerado como elemento básico da organização social, afetando diretamente a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos (MINAYO, 1992).

### 2.3.1 Bases históricas e conceituais da qualidade de vida

Desde os primórdios da humanidade o homem sempre lutou pela sua sobrevivência. Contudo, o modo que cada sociedade ou cultura tratou as diferentes formas de viver é considerado como uma das raízes do que hoje é entendido como qualidade de vida. Este entendimento parte do pressuposto de que a humanidade sempre travou lutas pela sua superação, realizando para isso a inegável manipulação da natureza. Na luta pela sobrevivência os indivíduos desenvolveram e aprimoraram técnicas que substituíram o uso do próprio corpo. A força física foi trocada pela alavanca, a luta corporal pelo armamento, as mãos por implementos, as pernas por rodas e motores de autocombustão, e assim, as ações típicas do trabalho rudimentar deram espaço às ações especializadas e artificiais (OLIVEIRA, 1991).

A evolução tecnológica propicia melhorias na vida humana. Hoje o conforto da moradia, a cura pelos medicamentos, o transporte de cargas, a manipulação dos alimentos são conquistas que favorecem a vida em sociedade. Contudo, o desenvolvimento da intelectualidade científico-tecnológica visando à facilitação da vida humana, relegou a planos inferiores habilidades até então essenciais à vida, tais como a força, a agilidade, a velocidade entre outras, considerando-as próprias apenas do trabalho escravo e não digno da consideração humana. Este suposto avanço no conhecimento humano tem sua origem marcadamente na civilização greco-romana. Para Rodrigues (1999, p.76) a qualidade de vida, nesse caso voltada ao mundo do trabalho, "(...) tem sido uma preocupação do homem desde o início de sua existência. Com outros títulos em outros contextos, mas sempre voltada para facilitar ou trazer satisfação ao bem estar (...)". Deste modo, é admissível que a contínua busca da humanidade pela sua superação, configurou-se pela busca da melhoria da qualidade de vida da maioria dos indivíduos.

Por milhares de anos os inventos humanos conciliaram conhecimento e técnica ao modo de sobrevivência da humanidade. Porém somente no início do século vinte é que surgiu a primeira versão sobre qualidade de vida. Segundo Mazo (2003, p.06), esta expressão surgiu em 1920 a partir das discussões sobre economia e bem-estar

material que tratavam do “(...) suporte governamental para indivíduos das classes sociais menos favorecidas e o impacto sobre as suas vidas e sobre o orçamento do Estado”.

Para Meeberg (1993), o conceito de qualidade de vida foi incrementado, na América do Norte, logo após a Segunda Guerra Mundial verificar que existiam mais possibilidades de uma boa vida àqueles que tinham suporte financeiro. Desde a Segunda Guerra Mundial, o termo qualidade de vida tem sido usado para definir vários contextos, principalmente aos sistemas de cuidado à saúde.

A qualidade de vida é com freqüência estudada por diversas áreas do conhecimento humano, haja vista que ela é constituída de diversos aspectos. Os sociólogos ao analisarem o impacto de diferentes aspectos ao bem-estar, permitiram que o conceito de qualidade de vida entrasse na vanguarda do cuidado à saúde, demonstrando assim que o bem-estar dos indivíduos é tão significativo quanto a cura ou a preservação da vida. Assim, a qualidade de vida se configura como um aspecto de grande relevância social, em especial, à saúde pública (MEEBERG, 1993). Segundo Farquhar (1995), com freqüência os estudos sobre qualidade de vida evitam definir o que pretendem medir, ou ainda, limitam suas definições para o que entendem como componentes principais do conceito global. Para Farquhar (1995), atualmente o termo qualidade de vida:

“(...) não só é usada na fala cotidiana, mas também no contexto de pesquisa onde é unido a várias áreas especializadas como sociologia, medicina, enfermagem, psicologia, economia, geografia, história social e filosofia. Uma profusão de documentos publicados tratou da qualidade de vida, mas de uma maneira heterogênea, fazendo comparações difíceis” (p.502).

A exigência na padronização conceitual exige, segundo Farquhar (1995), que a qualidade de vida seja analisada através de seus inúmeros determinantes e índices como padrões para esta categoria, e que a razão para esta falta de consenso reside em seu caráter multifacetado, pois a categoria é considerada um tema multidisciplinar. Após realizarem estudos bibliográficos em mais setenta artigos, Gill e Feinstein (1994), concluíram que a qualidade de vida é um fenômeno exclusivamente de percepção pessoal, denotando que o modo como o indivíduo sente a sua saúde, e outros estados, é um ponto crucial nas análises que queiram investigar os diversos aspectos envolvidos nessa categoria. Os referidos autores

mostram que nas últimas duas décadas a qualidade de vida emergiu como um atributo de investigação clínica do cuidado às pessoas. Porém, a literatura especializada em qualidade de vida discute a falta de uma definição clara, ou mesmo uma aproximação unificada de medida deste conceito.

Gill e Feinstein (1994) demonstram que o termo qualidade de vida não pode ter um significado isolado, desprovido das relações que estabelece com diversos outros fenômenos, e que levam os indivíduos a terem diferentes percepções sobre seu estado de vida. Para os autores, os investigadores parecem substituir "qualidade de vida" por outras condições que remetem à saúde do indivíduo, e esta como um estado funcional. Este entendimento de uma qualidade de vida global não só inclui fatores relacionados a saúde, como bem-estar físico, funcional, emocional, e mental, mas também elementos não relacionados a saúde, como trabalhos, família, amigos, e outras circunstâncias de vida.

Para Farquhar (1995), as definições de qualidade de vida são tão numerosas e incompatíveis quanto os métodos de avaliá-las. Portanto, a falta de uma definição clara de qualidade de vida, requer uma taxionomia sobre qualidade de vida a partir da vasta literatura existente atualmente sobre o tema. A indefinição sobre qualidade de vida exigem padronização desta categoria, pois a uma definição operacional elaborada adequadamente propicia variações não significativas nas investigações, enquanto que a falta de clareza conceitual gera indefinições que prejudicam o caráter científico dos estudos, como por exemplo, dificuldades na coleta de informações sobre qualidade de vida (PIRES e MATIELLO JÚNIOR, 1998; SHARKEY, 1998).

Apesar de demonstrar a falta de consenso em torno do conceito de qualidade de vida, Forattini (1992a) avalia que o termo pode ser entendido como uma "(...) resultante do somatório dos fatores decorrentes da interação entre sociedade e ambiente, atingindo a vida no que tange às necessidades biológicas e psíquicas" (p.354). O autor acrescenta ainda, que a "(...) feição concernente às necessidades tem sido geralmente aceita, porém com maior ênfase à prioridade, que varia conforme o indivíduo, a sociedade e a época" (p.354).

Harper e Power (1998, p.551), representando o Grupo para Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, demonstram que o termo qualidade de vida pode ser definido como sendo "(...) as percepções individuais da sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valor, nos quais ele vive e em relação às suas

metas, expectativas, padrões e preocupações”. Segundo o entendimento destes autores, esta definição reflete a visão de que qualidade de vida se refere a uma avaliação subjetiva embutida em um contexto cultural, social e ambiental.

Segundo Bullinger, Harper e Power, (1999) as indagações sobre qualidade de vida originaram-se nas inquietações dos atuais filósofos sobre os estudos empíricos que marcaram as investigações científicas recentes, sendo que a introdução do conceito de qualidade de vida na medicina, ficou marcada pela predominância médico clássica de reduzir o fenômeno à mortalidade e morbidade. Posteriormente, segundo os autores, tais discussões orientaram as discussões do tema para fatores mais abrangentes, como indicadores sociais, recursos de sociedade, mortalidade infantil, e mobilidade social, entre outros.

Bullinger *et al.* (1999) avaliam ainda, que como conseqüência de uma nova aproximação do conceito de qualidade de vida para a área da saúde, surgiu o conceito de qualidade de vida relacionada à saúde. Segundo os autores, este conceito expressou um enfoque moderno onde qualidade de vida é entendida como multidimensional, e que a percepção do indivíduo considera pelo menos três aspectos básicos de qualidade de vida: o bem-estar emocional, o estado físico, e o funcionamento social.

Andrade, (2001, p.16) ao definir o termo qualidade de vida demonstra que esta “(...) reflete a satisfação harmoniosa dos objetivos e desejos de alguém. Estão associados à qualidade de vida fatores sociais, biológicos e psicológicos, com forte influência da percepção subjetiva, da história e do contexto na qual a pessoa está inserida (...)”. O autor afirma ainda, um dos fatores mais relevantes da qualidade de vida é o estilo de vida que as pessoas adotam, consciente ou inconscientemente. E que o estilo de vida ativo apresenta importância significativa como componente na promoção da saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Portanto, é possível constatar que o conceito de “qualidade de vida” modificou-se através dos tempos e nas diferentes culturas, compatibilizando-se com as necessidades sociais e individuais dos sujeitos. Deste modo, a qualidade de vida não deve ser analisada isoladamente, pois existem múltiplas dimensões do comportamento humano que precisam ser observadas, necessitando para isto, considerar que existem diferentes instrumentos de avaliação da qualidade de vida.

### 2.3.2 Instrumentos de avaliação da qualidade de vida

Segundo os estudos de Mazo (2003), que buscam analisar a qualidade de vida em idosos, é possível identificar diferentes instrumentos de investigação desta categoria. A autora arrolou inúmeros instrumentos de pesquisa que permitem investigar o fenômeno da qualidade de vida a partir de diferentes objetivos e referenciais teóricos, resgatando desde pesquisas com pessoas saudáveis até portadores de doenças pneumológicas, cardíacas, neurológicas entre outros acometimentos físicos e psíquicos. A autora apresenta ainda, instrumentos que investigam a qualidade de vida em diferentes populações, desde crianças até idosos, com e sem os referidos problemas ou doenças. Entretanto, destacou-se apenas os instrumentos sobre qualidade de vida da população em geral investigados pela autora, conforme quadro 2.

**Quadro 2 – Instrumentos sobre Qualidade de Vida da População em Geral**

Instrumentos Genéricos	
Clientela	Instrumentos
População em Geral	QLI: Quality of Life Index (1981) DUKE: Duke Health Profile (1981) Duke – 17: Duke Health Profile 17 – Item Short Form (1990) MHIQ: McMaster Health Index Questionnaire (1982) COOP: The Coop Function Charts EQ-5D: EuroQol NHP: Nottingham Health Profile (1980) SF: 20 Medical Outcomes Study 20 – Item Short Form (1988) SF: 36 Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form (1992) SF: 12 Medical Outcomes Study 12 – Item Short Form (1996) MHIQ: McMaster Health Index Questionnaire SIP: Sickness Impact Profile RandHIS: Rand Health Insurance Study VAS: Quality of Life Patient Evaluation WHOQOL 100 e <b>WHOQOL – Breaif: WHO quality of Life (1998)</b> IDH: Índice de Desenvolvimento Humano ICV: Índice de Condições de Vida IQV: Índice de Qualidade de Vida

Fonte: Mazo G. Z. **Atividade física e qualidade de vida de mulheres.** (2003).

A partir dos diversos instrumentos apresentados sobre qualidade de vida, destaca-se o Questionário da Organização Mundial de Saúde sobre Qualidade de de Vida (*World Health Organization Questionnaire Quality of Life – WHOQOL-36*), instrumento que representa atualmente uma tentativa de consenso entre centros de pesquisa nesta área. Este instrumento inclui informações específicas e genéricas aplicáveis a quase todas as sociedades/populações, haja vista sua construção através de um método transcultural e apresenta duas formas: a versão longa

(WHOQOL-100) e a versão abreviada (WHOQOL-36 ou WHOQOL-brief) (HARPER e POWER, 1998;).

A versão longa, segundo os estudos de Harper e Power (1998), pode ser considerada como um instrumento cientificamente adequado quando considerada a totalidade dos perfis de domínio utilizados pelo instrumento. Estes autores concluíram que a estrutura conceitual do WHOQOL-100, considerando os quatro domínios (físico, psicológico, das relações sociais, do meio ambiente), contribui para a investigação global da qualidade de vida, inclusive nos aspectos relacionados à saúde do indivíduo.

A versão abreviada, denominada WHOQOL-brief ou WHOQOL-36, pode ser considerada útil em estudos que requerem uma investigação não tão aprofundada sobre qualidade de vida, como por exemplo, em estudos clínicos e epidemiológicos em que qualidade de vida não é o aspecto central, mas um dos elementos que constituem o estudo.

Além disso, o WHOQOL-36 pode ser utilizado por profissionais de saúde visando obter a taxa e a avaliação de eficácia de alguns tipos de tratamento onde a qualidade de vida dos indivíduos se inserem (HARPER e POWER, 1998). Segundo Mazo (2003), a versão abreviada é composta de 26 questões, disposta em quatro domínios e 24 facetas/categorias. O primeiro, o domínio físico, refere-se à dor física, à energia para o dia a dia, o sono, à locomoção, as AVD's, ao tratamento médico e ao trabalho. O segundo, o domínio psicológico, refere-se aos sentimentos positivos, à concentração, à auto-estima, à auto-imagem, aos sentimentos negativos e às crenças pessoais. O terceiro, o domínio das relações sociais, refere-se às satisfações destas relações, ao suporte social e à atividade social. O quarto e último, o domínio do meio ambiente, refere-se à segurança física, à habitação, aos recursos financeiros, aos serviços de saúde, ao acesso às informações, ao lazer, ao ambiente físico e ao transporte (MAZO, 2003).

Quanto à exigência do caráter científico do WHOQOL, Bullinger *et al.* (1999) avaliam que existe a necessidade de mais de estudos que busquem dados normativos sobre as populações representativas das diversas culturas. Enquanto as investigações são aprimoradas, os autores corroboram as conclusões que consideram o WHOQOL como um instrumento cientificamente adequado, pois além de ser considerado uma ferramenta exequível de pesquisa, já que pode ser usado em estudos clínicos, estudos comparativos e estudos epidemiológicos nos quais a

categoria qualidade de vida é o enfoque principal, também pode ser considerado suficientemente abrangente, pois vem sendo construído transculturalmente.

Considerando o caráter científico envolvido, a necessidade de estudos que avancem o conhecimento sobre qualidade de vida e as características deste estudo, é aceitável concluir, com base na literatura especializada, que o WHOQOL pode oferecer dados suficientes sobre a compreensão básica dos fatores inerentes à qualidade de vida, já que esta não difere substancialmente nas diversas culturas, pois as facetas investigadas nos trabalhos transculturais mostram semelhanças suficientes em estudos sobre o tema.

Portanto, avaliando que o WHOQOL-36 apresenta a cientificidade suficiente para estudos em que a qualidade de vida não é o foco principal, mas apenas alguns de seus domínios, é admissível concluir também que o instrumento abreviado pode ser uma alternativa satisfatória de investigação clínica ou científica sobre qualidade de vida (HARPER e POWER, 1998; BULLINGER *et al.* 1999)

## **2.4 Estudos sobre estilo de vida, qualidade de vida e docência no ensino superior**

Considerando as buscas empreendidas, é possível apontar que no Brasil os temas deste estudo (estilo de vida, qualidade de vida, docência universitária, saúde) ainda carecem de pesquisas. Entretanto, identificaram-se estudos que tratam isoladamente de cada uma destas temáticas, inclusive, relacionando-os a diversas outras categorias, como estresse, produtividade, comportamentos de risco à saúde, modelos organizacionais, entre muitos outros.

Visando o levantamento de estudos sobre a temática, inicialmente foram realizadas buscas sobre estilo de vida e qualidade de vida de docentes do ensino superior em Educação Física. Como não foram encontradas pesquisas específicas sobre a temática, desenvolveu-se buscas no sítio eletrônico da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES que fornece um banco de teses e dissertações dos programas de mestrado e doutorado no Brasil, visando identificar estudos que tratassem de forma isolada, ou associada a outras categorias, os temas em tela. Além destes procedimentos, realizou-se também

buscas nas principais bases de dados disponíveis no Portal Capes, principalmente na OVID, ISISweb, Scielo, Google Acadêmico e ProQuest.

Costa (2000), ao pesquisar os fatores associados à qualidade de vida no trabalho de docentes de uma universidade do estado do Maranhão, desenvolveu um estudo de caso, através de uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratório-descritivo, realizada por meio de entrevista semi-estruturada e de análise documental. Sendo assim, no que se refere à qualidade de vida no trabalho dos docentes investigados, o autor conclui que não há uma diferença crucial entre o modelo de qualidade de vida no trabalho adotado pela instituição, modelo este que contempla o ambiente físico, o relacionamento interpessoal, as políticas da organização e o sentido do trabalho, e o modelo de instituições congêneres, mas que existem singularidades de contexto e de significado. Entretanto, Costa (2000), no que tange ao conforto físico e sócio-afetivo, demonstra que é necessário promover a humanização das relações de trabalho como uma forma de contribuir para um viver individual e coletivo mais saudável.

Martins (2000) ao analisar os fatores determinantes da prática de atividades físicas de professores universitários, realizou um levantamento descritivo-correlacional com 190 professores que trabalham em regime de dedicação exclusiva, de uma universidade pública federal de Santa Catarina, utilizando um questionário. Deste modo, Martins (2000) concluiu que o nível de atividade física habitual dos professores universitários é reduzido e irregular; que entre homens e mulheres, existem diferenças na intensidade da prática, pois os homens praticam mais as atividades vigorosas; na regularidade da prática, pois as mulheres são mais regularmente ativas; na adesão à prática programada, pois as mulheres aderem melhor aos programas de atividade física; que existem barreiras para a prática de atividade física, predominando as de ordem pessoal (falta de tempo), psíquicas e ambientais; que existem fatores facilitadores, como as crenças normativas, os benefícios da prática de atividade física, o ambiente físico favorável e a alta auto-eficácia; que os docentes apresentam conhecimentos satisfatórios sobre as atividades físicas; que as características sócio-demográficas influem na percepção de barreiras, principalmente as relacionadas à profissão, à família e à classe econômica, levando a uma atividade física reduzida e irregular, sobrepondo-se deste modo, aos fatores facilitadores.

Souza (2001), ao estudar o nível de qualidade de vida de professores universitários que se encontram cursando o mestrado para aumento da qualificação profissional, desenvolveu uma pesquisa com 200 professores da área biológica, através de um questionário sobre indicadores de hábitos de vida, nível afetivo, social e profissional. Deste modo, a autora conclui que todos os indivíduos pesquisados não possuem uma qualidade de vida ideal, com falhas em diversos aspectos, demonstrando desequilíbrio entre as necessidades psíquicas e fisiológicas, já que a maioria apresenta elevados níveis de estresse. Souza (2001) aponta ainda, que a competitividade organizacional das universidades gera alta pressão temporal na qualificação de seus docentes visando à qualidade do ensino. Autora demonstra ainda, a diminuição do nível de qualidade de vida dos docentes pode comprometer o nível de produtividade, assim como a saúde física e mental destes indivíduos.

Schuch (2001) ao investigar os fatores determinantes da qualidade de vida no trabalho de docentes de uma universidade privada no estado de Santa Catarina, realizou um estudo de caso através de uma pesquisa do tipo descritivo-analítico, aplicando um questionário a 53 professores. Deste modo, o autor concluiu que dos oito fatores pesquisados, quatro (condições de trabalho, uso e desenvolvimento das capacidades, trabalho e espaço total pela vida, e a relevância social da vida no trabalho) são considerados razoáveis, e os restantes (compensação justa e adequada, oportunidade de crescimento e segurança, integração social e o constitucionalismo) apontados como resultado a pouca satisfação ou pouca concordância ao tratamento dispensado a estes fatores pela instituição.

Bahia (2002), ao investigar a qualidade de vida de docentes do curso de graduação de fisioterapia de uma universidade privada no Paraná, demonstra que o conceito de qualidade de vida "(...) implica na inter-relação harmoniosa de vários fatores que moldam e diferenciam o cotidiano do ser humano e resultam numa rede de fenômenos, pessoas e situações". A autora aponta que a vida social moderna está progressivamente se tornando estressante, e deste modo, a qualidade de vida e a saúde do trabalhador sofrem comprometimentos cada vez maiores, ocasionados principalmente pelas exigências de excelência em relação à produtividade e a qualidade do trabalho oferecido. Este quadro de exploração humana tem levado os indivíduos a se adaptarem cada vez mais, sendo que para a autora, a "(...) a vulnerabilidade individual e a capacidade de adaptação são muito importantes na ocorrência e na gravidade das reações ao processo de estresse". Bahia (2002)

afirma ainda, que existem fatores biológicos, psicológicos e sócio-culturais que estão associados à qualidade de vida, tais como a saúde (física e mental), a longevidade, a satisfação no trabalho, as relações familiares, a produtividade e até mesmo a espiritualidade, entre outros.

Silva (2002), ao estudar as diferenças entre as variáveis de qualidade de vida no trabalho, de estresse ocupacional e de saúde mental de professores universitários de instituições públicas e privadas de Minas Gerais, desenvolveu uma pesquisa descritiva, comparativa, de enfoque quantitativo e qualitativo, realizada através de *survey*, com profissionais de dez cursos superiores (Ciência da Informação/Computação, Comunicação, Direito, Fisioterapia, Geografia, História, Letras, Matemática, Psicologia, Pedagogia), de três instituições de ensino superior: (uma universidade pública federal, uma universidade privada confessional, um centro universitário privado). Para tanto, a autora afirma que "(...) as atividades docentes de nível superior vêm sofrendo pressões em virtude de amplas mudanças pelas quais a sociedade tem passado, e que também afetam as experiências de trabalho e seus significados, gerando impactos na saúde mental dos indivíduos". A autora aponta ainda, que o trabalho docente já foi considerado como uma função de alto valor e *status* social, mas que devido à desvalorização econômica e a submissão às exigências do sistema capitalista de trabalho, o professor de ensino superior acaba sofrendo as mesmas formas de exploração que os trabalhadores em geral, tais como instabilidade, ritmo intenso e as extensas jornadas de trabalho.

Andrade (2002), ao investigar a influência das condições de trabalho na qualidade de vida dos docentes de uma instituição de ensino superior devido ao processo de adaptação ao novo paradigma educacional, realizou uma pesquisa de campo em uma instituição de ensino superior do Paraná, com 50 professores. Assim sendo, a autora afirma que as condições de trabalho provocam pressão constante na carga emocional e profissional dos docentes, pois necessitam alavancar a demanda de alunos, a competitividade e a qualificação profissional. Andrade (2002) aponta que esse processo de exploração docente iniciou-se devido às transformações inerentes à globalização e às inovações tecnológicas que levaram a valorização do conhecimento e aceleraram sua transferência. Deste modo, a autora verificou um índice significativo de stress, acarretando na diminuição da qualidade de vida do trabalho e pessoal, e degenerando a fluência do processo de ensino-aprendizagem.

Reis (2005) ao realizar pesquisas sobre a prevalência, os fatores psicossociais e os aspectos de saúde que estão relacionados aos comportamentos de risco à saúde de professores de instituições de ensino superior, através de um estudo epidemiológico descritivo nas instituições federais de ensino do sul do Brasil, contou com 842 indivíduos pertencentes ao quadro de ativos destas universidades. Para tanto, o autor utilizou uma escala de estresse percebido (PSS-10), além de medições sobre tabagismo, ingestão de frutas e verduras, consumo abusivo de álcool e inatividade física. Deste modo, Reis (2005), concluiu que a maior parte dos professores possui dois ou mais comportamentos de risco à saúde, pois o tabagismo está associado à maior renda e menor tempo de docência, e a baixa ingestão de frutas e verduras está associado ao menor tempo de docência e a maior carga horária semanal. O autor demonstra ainda, que não foi verificada associação entre variáveis sócio-demográficas ou de trabalho com a inatividade física, e que as mulheres apresentam maior prevalência de estresse que os homens, no entanto estes não diferiram na percepção negativa de saúde. Reis (2005) aponta também que os comportamentos de risco à saúde em homens, combinados apenas com a inatividade física estava associado ao estresse, e que a percepção negativa de saúde estava associada com a inatividade física entre os homens, e com o tabagismo entre as mulheres. Segundo o autor, o estresse está associado com a percepção negativa de saúde, e que a prevalência dos comportamentos de risco à saúde nos sujeitos investigados é similar a da população Brasileira, diferindo apenas na combinação entre o estresse e a percepção negativa de saúde.

Lemos (2005) ao caracterizar as cargas psíquicas no trabalho de professores universitários e sua influência nos processos de saúde, inicialmente desenvolveu uma pesquisa documental acerca dos afastamentos para tratamento de saúde dos professores de uma universidade federal do Rio Grande do Sul, com a posterior observação das atividades docentes nas aulas teóricas e práticas, embasando assim, o questionário de avaliação da carga psíquica. Após estes procedimentos, o autor procedeu a aplicação do questionário com 86 docentes. Lemos (2005) aponta que as condições de saúde dos docentes, assim como da maioria dos trabalhadores, dependem das relações entre as exigências e condições de realização do trabalho. Deste modo, Lemos (2005), concluiu que as condições físicas dos ambientes de trabalho (ruídos, estado de conservação dos materiais e equipamentos, exigências posturais) são fatores geradores de desconfortos,

gerando efeitos psicogênicos das cargas físicas. No que diz respeito à organização do trabalho, o autor verificou que os professores estão insatisfeitos com a desproporcionalidade entre a responsabilidade exigida e a remuneração percebida pelo seu trabalho e que mais de um terço está descontente com o seu trabalho, entretanto, a maioria nunca pensou em mudar de emprego. Lemos (2005) constatou ainda, que existe que o bem-estar psicológico interfere na avaliação da carga psíquica, sendo que as condições para o trabalho docente são precárias, fragilizando os sujeitos e deixando-os suscetíveis a processos de adoecimento físico e psíquico.

Petrosky (2005), ao analisar a qualidade de vida no trabalho de professores de uma universidade pública federal de Santa Catarina, investigou 366 professores permanentes ativos, de ambos os sexos, com regime de dedicação exclusiva e que estavam atuando no ensino de graduação e/ou pós-graduação, por meio da escala de avaliação da qualidade de vida no trabalho percebida, a escala de percepção de estresse e o questionário internacional de atividade física - versão curta, além da tabela de escores de risco de *Framingham*. O autor concluiu que os docentes têm percepções diferentes sobre a qualidade de vida no trabalho, pois quase metade dos sujeitos não está satisfeita com suas vidas no trabalho, sendo que apenas pouco mais de um terço dos professores está satisfeita. Petrosky (2005) concluiu ainda, que existe associação positiva entre qualidade de vida no trabalho e diversos aspectos, como o gênero, o nível e a área de atuação. O autor verificou também que existe uma relação inversa entre qualidade de vida no trabalho e percepção de estresse em todos os grupos de qualidade de vida no trabalho, sendo que não houve associação entre estresse percebido e parâmetros bioquímicos do sangue. Petrosky (2005) concluiu ainda, que a maior parte dos professores são ativos e com estimativa de baixo risco coronariano para os próximos 10 anos.

Considerando as dificuldades de se encontrar pesquisas sobre o estilo de vida e a qualidade de vida de professores de Educação Física no ensino superior, identificaram-se estudos que relacionam o ensino superior a diversos outros temas. Deste modo, verificou-se que a qualidade de vida de docentes universitários apresenta óbices à sua consecução, tais como as características pessoais relacionadas à saúde e ao sedentarismo, as condições de trabalho na universidade pública e os modelos organizacionais das universidades privadas.

## **CAPÍTULO 3 – MÉTODO**

Este capítulo apresenta os procedimentos metodológicos que foram aplicados na realização desta pesquisa. O primeiro tópico justifica a escolha da orientação metodológica e a historicidade teórica adotada. O segundo, descreve e justifica a escolha dos indivíduos que participarão do estudo. O terceiro, apresenta as características das Instituições selecionadas. O quarto, expõe o quadro operacional da pesquisa. O quinto, detalha os instrumentos de coleta de dados e suas fontes. O sexto, apresenta os procedimentos, detalhando os critérios de seleção dos participantes e das instituições, o ambiente e situação de coleta das informações, o registro, a sistematização e a análise das Informações. O sétimo, mostra as delimitações da pesquisa.

### **3.1 Escolhas teórico-metodológicas**

Buscando coerência com os procedimentos de pesquisa adotados, torna-se necessário contextualizar este estudo, bem como justificar suas escolhas. Por isto, faz-se necessário o esclarecimento sobre o direcionamento histórico buscado no corpo deste trabalho e apoiado em autores da área da Saúde Pública e Educação Física, além da motivação pela orientação metodológica adotada nesta pesquisa.

#### **3.1.1 Historicidade das informações teóricas**

Para ter um entendimento adequado de saúde coletiva é necessário, sempre que possível, contextualizá-la no tempo e no espaço, bem como seus significados atribuídos a partir destes dois parâmetros. Segundo Minayo (1992), a saúde coletiva só pode ser entendida como um processo intimamente relacionado a determinado tipo de ação humana. Esta ação não pode ser isolada dos seus significados, tampouco, pode ser dependente apenas do seu ator social. Na dialética das interpretações possíveis ao fenômeno, surgem incontestáveis relações de oposição e concordância, que consideram explicitamente os princípios da especificidade

histórica e da totalidade, que permitem potencialidade para “(...) apreender e analisar os acontecimentos, as relações e cada momento como etapa de um processo, como parte de um todo” (p.12).

A compreensão do significado do termo saúde pública tem se modificado através do tempo, variando conforme os avanços do conhecimento nas diferentes sociedades. Leavell e Clark (1978), avaliam que o termo saúde pública foi utilizado em seu sentido restrito, ou seja, apenas nas intervenções situadas nos centros de saúde. Entretanto, o conjunto de conhecimentos sobre saúde adquiridos nas diferentes fases da história da humanidade sofreu mudanças de acordo com as necessidades sociais e possibilidades técnicas de cada época. Segundo Leavell e Clark (1978, p.538), saúde pública é definida como a “(...) ciência e arte de evitar doenças, prolongar a vida e promover a saúde física e mental e a eficiência, através de esforços comunitários organizados(...)”

Considerando as conseqüências inerentes à nomenclatura adotada, é possível admitir que as análises sobre a saúde humana atual, a partir dos conhecimentos da saúde pública, pode criar polêmicas de difícil resolução, pois muitas das mazelas sociais que hoje acometem os indivíduos estão relacionadas ao modo de organização social iniciado há três ou quatro séculos com o mercantilismo e as políticas de expansão de alguns países europeus, bem como ao modo de produção iniciado há dois ou três séculos com o Industrialismo, e que trazem em si aspectos que nem sempre favorecem a saúde humana (GONÇALVES, 1994; VALLA e STOTZ, 1994; FORATTINI, 2000b). Portanto, a análise da saúde humana sob seus mais diversos aspectos, pode ser realizada através de uma interpretação histórica dos fatos sociais, políticos e econômicos. Este procedimento pode fornecer um conhecimento teórico amplo e fidedigno sobre o fenômeno, não o deslocando, assim, da realidade na qual está inserido. A reflexão sobre as ações, e os discursos dos profissionais em Educação Física do ensino superior, poderá resultar então, no entendimento dos aspectos que configuraram a história da própria formação desta área do conhecimento frente à área da saúde.

### 3.1.2 Orientação metodológica

Visando avançar o falso conflito que se estabelece entre estudos de natureza qualitativa ou quantitativa, neste estudo optou-se por justificar os procedimentos de apreensão e análise dos dados (FRANCO, 1986; FAZENDA, 1997). As opções adotadas em estudos de natureza qualitativa admitem que o pesquisador também se configure como um ator da pesquisa. Portanto, estas opções devem ser devidamente contextualizadas, assumindo papel incontestável na busca científica. Este procedimento demonstra que a formação profissional, as experiências pessoais e os conhecimentos adquiridos, entre outros, podem criar vieses no estudo e que precisam ser devidamente expostos (ALVES-MAZZOTI e GEWANDSZNAJDER, 2002).

Considerando as características do problema central deste estudo, foi tomada a opção por procedimentos qualitativos e quantitativos de apreensão da realidade e de análise dos dados. Esta alternativa pressupõe que se estabeleça uma igualdade de consideração, não se estabelecendo hierarquias entre as diferentes possibilidades de pesquisa, mas que dependendo do problema do estudo deve-se escolher o procedimento mais adequado ao estudo. Para Laville e Dione, (1999, p.43), o essencial é que “(...) a escolha da abordagem esteja a serviço do objeto de pesquisa (...)” permitindo informações mais próximas da realidade.

Os procedimentos quantitativos de coleta serão realizados através de instrumentos fechados de coleta dos dados (Questionário da Organização Mundial de Saúde sobre Qualidade de Vida [World Health Organization Quality of Life] – WHOQOL-36, Questionário Internacional sobre Atividade Física [International Physical Activity Questionnaire] – I-PAQ, Questionário sobre Estilo de Vida). Os procedimentos de análise estatística tratarão dos dados quantitativos, escalares, e qualitativos (ordinais e categoriais ou nominais). Mesmo considerando a igualdade de consideração entre as perspectivas qualitativas e quantitativas, este estudo posiciona-se mais próximo a uma orientação qualitativa, pois mesmo utilizando instrumentos de coleta de dados ordinais e escalares, a ênfase da pesquisa busca os significados intrínsecos ao fenômeno investigado. Já os procedimentos qualitativos de coleta serão realizados através da entrevista semi-estruturada e da entrevista recorrente e os procedimentos de análise dos dados qualitativos ou dados

categoriais, serão realizados através da análise categorial oriunda da técnica de análise de conteúdo (MINAYO e SANCHES, 1993; BARBETTA, 1999).

A opção consciente deste estudo pelo ser humano como objeto central, determina a necessidade de se admitir as características desse sujeito, pois segundo Laville e Dione (1999, p.33), o ser humano é “(...) ativo e livre, com suas próprias idéias, opiniões, preferências, ambições, visão das coisas, conhecimentos (...), e que é capaz de agir e reagir”. Estas características de liberdade de pensamento e autonomia nas ações são ainda mais acentuadas na docência do ensino superior, corroborando desta forma, as escolhas da orientação metodológica adotada.

Este estudo pode ser classificado como uma pesquisa de campo, do tipo exploratório e descritivo. Como o fenômeno ocorre diretamente na realidade dos indivíduos, explica-se seu procedimento de campo. Como se obteve pouco conhecimento sobre a temática em foco, justifica-se o seu caráter exploratório. Como a pesquisa busca caracterizar e analisar as percepções de indivíduos envolvidos, fica evidente o propósito de descrevê-las (TRIVIÑOS, 1987; LAKATOS e MARCONI, 1991; RAUEN, 2002).

As características do fenômeno pesquisado exigem a investigação da situação dos indivíduos envolvidos diretamente em suas realidades. Deste modo, este procedimento pode gerar novos conhecimentos sobre Educação Física e saúde humana auxiliando no desenvolvimento científico e profissional da área em foco, em específico, por abordar a formação no ensino superior desta área. Segundo Lakatos e Marconi (1991, p.186), a pesquisa de campo “(...) é aquela que utilizada com o objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema, para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese, que se queira comprovar, ou ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles”. Portanto, justifica-se a escolha por uma pesquisa de campo que possa responder ao problema central do estudo e contribuir à área de Educação Física e Saúde Humana.

A carência de conhecimentos científicos específicos sobre a relação entre Educação Física e saúde humana justifica os procedimentos exploratórios de pesquisa. Segundo Lakatos e Marconi (1991, p.188), o estudo exploratório pode tem como objetivo "(...) a formulação de questões ou de um problema, com tripla finalidade: desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômenos, (...) e clarificar conceitos".

O foco de pesquisa no ensino superior em Educação Física permite e até estimula a descrição atenta do fenômeno em tela. Segundo Triviños (1987, p.110) os estudos descritivos "(...) exigem do pesquisador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar." O autor afirma que os estudos descritivos não ficam simplesmente na coleta, ordenação e classificação dos dados, mas que pretendem "(...) descrever 'com exatidão' os fatos e fenômenos de determinada realidade" (p.110). Triviños demonstra ainda que no estudo descritivo pode se utilizar de procedimentos qualitativos e quantitativos. Portanto, a opção por uma pesquisa descritiva corrobora a classificação dos procedimentos metodológicos adotados neste estudo.

### **3.2 Participantes da pesquisa**

Os participantes deste estudo são Professores das Instituições Públicas de Ensino Superior em Educação Física do Estado de Santa Catarina, perfazendo um total de trinta e quatro sujeitos (N=34). Os docentes foram selecionados segundo critérios de intencionalidade, perfazendo um total dezesseis sujeitos (n=16).

Os critérios de intencionalidade possibilitaram selecionar os participantes, através de um conjunto de caracteres que permitiram a inclusão e a exclusão dos sujeitos de acordo com as necessidades do problema da pesquisa. Para esta escolha foram utilizados os seguintes critérios:

- A Instituição teve que: ser pública; oferecer curso de Educação Física; permitir livre acesso às informações;
- O Participante teve que: apresentar intenção de participar do estudo; ter formação em Educação Física; atuar no ensino superior por no mínimo três anos; atuar em ensino e ou pesquisa e ou extensão; atuar na graduação ou

pós-graduação em Educação Física; apresentar titulação mínima de doutor; ter estabilidade profissional.

Justifica-se a pesquisa dos docentes que atuam nos cursos superiores de Educação Física, primeiro porque é uma área profissional relativamente nova, com alguns poucos séculos de origem e poucas décadas de legalização, e segundo porque esta área ainda apresenta lacunas a serem preenchidas, como a distância entre o discurso e o real e o corpo de conhecimentos. Deste modo, é possível sugerir que a atuação em uma área que busca a prevenção e o combate ao sedentarismo e suas conseqüências e que tem parte do referencial teórico oriundo da saúde pública, está sujeita à lógica mercadológica de um modo de organização social e econômico que sobrepuja as condições adequadas de trabalho. Este antagonismo sugere influências significativas no estilo de vida e na qualidade de vida dos docentes investigados.

### **3.3 Características das instituições**

As instituições onde os participantes foram identificados são as universidades públicas de ensino superior de Santa Catarina que oferecem curso de Educação Física. Atendendo ao critério da vinculação administrativa, foram identificadas duas instituições, a Instituição de Ensino Superior Público 1 e a Instituição de Ensino Superior Público 2.

#### **3.3.1 Instituição de ensino superior público 1**

O ensino superior público em Santa Catarina foi implantado em 1932 com a criação da Faculdade de Direito da Instituição de Ensino Superior Público 1 – IESP 1. Nesta faculdade surgiu a aspiração de uma universidade que incorporasse todas as faculdades da capital do Estado. Em 18 de dezembro de 1960, com a Lei 3.849, foi criada oficialmente esta Universidade em Santa Catarina, reunindo as Faculdades de Direito, Medicina, Farmácia, Odontologia, Filosofia, Ciências Econômicas, Serviço Social e a Escola de Engenharia Industrial (instalada em 12 de março de 1962). Em

1961, com a Lei 2.664, foi iniciada a construção do *campus* universitário atual. O Decreto 64.824, de 15 de julho de 1969, extinguiu as faculdades e oficializou a instalação da Instituição de Ensino Superior Público 1. A IESP 1, hoje, conta com 56 Departamentos e duas Coordenadorias Especiais, integrando 11 Unidades Universitárias. São oferecidos 28 cursos de graduação com 51 habilitações. Oferece ainda, 11 cursos de doutorado e 31 cursos de mestrado.

O centro responsável pelo curso de Educação Física da IESP 1 foi criado em agosto de 1973. Atualmente atua no ensino, pesquisa e extensão. Quanto à área de ensino, oferece graduação em Educação Física (licenciatura) e pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu*, com atuação nas subáreas da Pedagogia em Educação Física e da Aptidão Física e Saúde. Nas atividades de extensão, oferece atividades para comunidade em diversas áreas (desporto, aptidão física, atividade motora adaptada, lutas, natação, entre outros). Atualmente o centro é considerado como um Centro de Excelência no Esporte – CENESP, sendo que na pesquisa possui forte inserção nas áreas de pedagogia do movimento humano, atividade física relacionada à saúde, biomecânica, cineantropometria, e mídia esportiva.

### 3.3.2 Instituição de ensino superior público 2

A Instituição de Ensino Superior Público 2 – IESP 2, foi estabelecida com a Lei 3.191, em 8 de maio de 1963, com a criação e implantação das unidades de ensino superior em 1963. A IESP 2 tinha como objetivo principal a formação e a qualificação de recursos humanos em áreas que apresentavam lacunas no processo de desenvolvimento do Estado. Em 20 de maio de 1965, pelo Decreto N° 2.802, foi oficialmente instituída a IESP 2, agregando as faculdades já existentes à época.

A faculdade de educação foi criada em 1963, a escola superior de administração e a faculdade de engenharia em 1965, a escola superior de medicina veterinária em 1972, a escola superior de Educação Física em 1973, e o centro de artes em 1985, desmembrando os cursos de educação artística (artes cênicas, artes plásticas, desenho e música) e que eram oferecidos pela faculdade de educação. Atualmente a IESP 2 conta com 22 departamentos em três *campi*. São oferecidos 24 cursos de graduação, com 28 habilitações em licenciatura e bacharelado. Oferece cinco cursos de mestrado e cursos periódicos de especialização *lato sensu*.

O curso de Educação Física, voltado à formação de professores de Educação Física para a execução de atividades de ensino e de desportos na rede educacional pública e privada, foi criado em 1973, a partir do extinto curso normal de Educação Física. Em 1973 a escola superior foi transformada em um centro de Educação Física e desportos que oferecia o curso de licenciatura curta em Educação Física até 1984. Atualmente este centro atua no ensino, pesquisa e extensão nas áreas de Educação Física e fisioterapia. Quanto ao ensino, oferece os cursos de bacharelado em fisioterapia, além da licenciatura e bacharelado em Educação Física. Oferece ainda, cursos pós-graduação *lato sensu*, e *stricto sensu* nas subáreas de fisiologia do exercício, biomecânica do movimento humano, e desenvolvimento e aprendizagem motora. O centro conta ainda com um Centro de Excelência Nacional no Esporte – CENESP, que realiza atividades de pesquisa nas áreas de biomecânica, fisiologia do exercício e aprendizagem motora. A extensão oferece atividades nas áreas do desporto, aptidão física, atividade motora adaptada, psicomotricidade, gerontologia, dança, entre outros.

### **3.4 Quadro operacional da pesquisa**

A elaboração do quadro operacional, mostrando os indicadores do estudo, possibilita a concretização da hipótese da pesquisa pela verificação empírica, bem como a ligação entre a suposição inicial e a análise e interpretação dos dados. Segundo Laville e Dionne (1999, p.173) a construção do quadro operacional é uma delicada tarefa e requer “(...) uma tradução que assegure a passagem da linguagem abstrata do conceito para a linguagem concreta da observação empírica (...)”. Em contrapartida, o quadro operacional permite “(...) o retorno à realidade dos fatos, ao mesmo tempo em que sua interpretação dos fundamentos teóricos do trabalho”.

Neste estudo, os indicadores, ou seja, os sinais observáveis do fenômeno a ser investigado, foram agrupados em categorias, subcategorias e temas/facetos, e estão apresentados no quadro 3, exposto a seguir.

**Quadro 3 – Quadro operacional da pesquisa**

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	TEMAS/FACETAS
Estilo de Vida	Atividade Física	Ocupacional; escolar; de transporte; de tarefa doméstica; de lazer; esportiva; de tempo sentado
	Nutrição	Dieta balanceada; hábitos alimentares; tipo de alimentação.
	Relacionamentos Sociais	Na família; no trabalho; no círculo de amigos; na comunidade
	Estresse	Tolerância tipo A e tipo B; técnicas de controle
	Comportamentos Preventivos	Frente às relações sexuais; frente às drogas; frente ao etilismo; frente ao tabagismo
	Saúde	Fatores de risco; saúde individual; doenças crônico-degenerativas; sedentarismo
Qualidade de Vida	Domínio Físico	Dor física; energia; sono; locomoção; atividades de vida diária; tratamento médico; trabalho
	Domínio Psicológico	Sentimentos positivos; concentração; auto-estima; auto-imagem; sentimentos negativos; crenças pessoais
	Domínio das Relações Sociais	Relações sociais; suporte social; atividades sociais
	Domínio do Meio Ambiente	Segurança física; habitação; recursos financeiros; serviços de saúde; acesso às informações; lazer; ambiente físico e transporte
	Fatores Intervenientes	Atuação nas aulas práticas; religiosidade; situação econômica; questões afetivas; questões familiares; exigências do trabalho; condições econômicas relacionadas ao trabalho docente; realização de trabalhos integrados ou coletivos; consciência coletiva presente no ambiente universitário.
	Fatores Determinantes	Determinações históricas do conceito; determinações sócio-políticas; determinações econômicas; determinações ambientais; determinações físicas; determinações psíquicas
Docência em Educação Física	Trabalho Docente	Jornada de trabalho; regime de trabalho; condições de trabalho; condição sócio-econômica
	Atividade Docente	Carreira docente; função social; <i>status</i> profissional; <i>status</i> acadêmico; ambiente acadêmico; formação acadêmica; realização profissional
	Atuação em Saúde	Relação entre teoria e prática; promoção da saúde

**Nota:** Quadro elaborado e construído para esta pesquisa

Os estudos qualitativos exigem flexibilidade na composição dos indicadores, já que este procedimento permite que no desenvolvimento da pesquisa se apresente conteúdos significativos ao estudo, levando assim às mudanças nos indicadores. Deste modo, as categorias obtidas *a posteriori* também podem compor o quadro operacional da pesquisa, servindo de ponto de partida ao avanço da literatura especializada.

### 3.5 Instrumentos de coleta de informações

As informações consideradas fontes primárias foram resgatadas por meio de questionários, entrevista semi-estruturada, e ainda, através de entrevistas recorrentes, totalizando quatro instrumentos. Para tanto, foram utilizados dois instrumentos amplamente empregados pela comunidade científica, inclusive no Brasil, o I-PAQ (International Physical Activity Questionnaire) versão longa, que busca informações sobre atividades físicas e o WHOQOL-36 (World Health Organization Quality of Life – Breaif), que resgata as informações sobre qualidade de vida (MATSUDO *et al.* 2001; PARDINI *et al.* 2001). O terceiro instrumento, construído para este estudo, baseou-se nas categorias preconizadas para um estilo de vida saudável, e foi validado em estudo-piloto com os próprios sujeitos da pesquisa (FOX *et al.* 1991; AMERICAN COLLEGE SPORTS OF MEDICINE – ACSM, 1996; NAHAS, BARROS, FRANCALACCI, 2000; FARIAS, 2002). O quarto instrumento, a Entrevista Semi-estruturada, também foi construída para este estudo e validada em estudo-piloto com os próprios sujeitos da pesquisa.

A elaboração dos instrumentos de coleta de informações, excetuando-se o I-PAQ e WHOQOL-36, deu-se a partir da bibliografia disponível, de consultas a professores doutores da área em foco e dos próprios participantes da pesquisa, buscando-se deste modo, a validade, clareza e adequação fidedigna ao contexto e aos participantes da pesquisa.

#### 3.5.1 Instrumento 1 – Questionário sobre atividade física

O Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ (Anexo 1) é um instrumento construído pela Organização Mundial de Saúde que busca avaliar o dispêndio energético em diversos domínios das atividades físicas (trabalho, tarefas domésticas, transporte, lazer/esporte/recreação, de tempo sentado) da população em geral, apresentando características psicométricas aceitáveis (MAZO, 2003).

O instrumento é composto de dezenove questões relacionadas aos cinco domínios. As questões sobre o domínio da atividade física no trabalho incluem as atividades físicas realizadas no trabalho e as atividades intelectuais desenvolvidas no trabalho. As perguntas sobre as atividades físicas de transporte incluem a forma

normal como o indivíduo se desloca de um lugar para o outro e as atividades específicas nas relações sociais. As atividades físicas referentes às tarefas domésticas incluem aquelas realizadas em uma semana normal, dentro ou ao redor da casa, do tipo de manutenção, limpeza, cuidado. As questões sobre lazer, esportes e recreação referem-se às atividades físicas desenvolvidas por um período de pelo menos dez minutos contínuos. E por último, as questões sobre as atividades físicas referentes ao tempo em que o indivíduo permanece sentado, em diferentes locais, excetuando-se àquelas de transporte.

### 3.5.2 Instrumento 2 – Questionário sobre qualidade de vida

O Questionário da Organização Mundial de Saúde sobre Qualidade de Vida – WHOQOL-36 (Anexo 2), foi construído através do método transcultural (BULLINGER, HARPER e POWER, 1999; MAZO, 2003). A versão abreviada adotada neste estudo é composta por 26 questões, dispostas em quatro domínios e 24 facetas/categorias. O domínio físico diz respeito: dor física, energia para o dia a dia, sono, locomoção, AVD's (atividades de vida diária), tratamento médico, trabalho. O domínio psicológico faz referência: sentimentos positivos, concentração, auto-estima, auto-imagem, sentimentos negativos, crenças pessoais. O domínio das relações sociais abrange: satisfação perante as relações sociais, suporte social, atividade social. O domínio do meio ambiente inclui: segurança física, habitação, recursos financeiros, serviços de saúde, acesso às informações, lazer, ambiente físico, transporte.

### 3.5.3 Instrumento 3 – Questionário sobre estilo de vida

O Questionário sobre Estilo de Vida – QEV (Apêndice E), buscou investigar o estilo de vida dos docentes, e foi baseado nos princípios para um estilo de vida saudável sugeridos pelo Colégio Americano de Medicina Desportiva através das categorias: atividade física, tabagismo, dieta, álcool, relacionamentos interpessoais, controle do estresse, comportamentos preventivos (American College Sports of Medicine – ACSM, 1996).

Para construção deste instrumento, buscaram-se questões que contemplassem informações gerais sobre: idade, sexo, peso, estatura, condição física, área de formação, tempo e área de atuação, características pedagógicas do trabalho docente, e as atividades desenvolvidas na universidade.

Além das informações gerais, o questionário apresenta questões específicas sobre estilo de vida, que buscam resgatar informações sobre: idade, presença de doença cardiovascular, tabagismo, prática de exercícios físicos, nível de colesterol ou percentual de gordura na dieta, índices de pressão arterial, realização de exames periódicos, características morfológicas, comportamentos preventivos, relacionamentos interpessoais, hábitos alimentares, número e tipo de refeições diárias, estresse, profissão e descanso.

#### 3.5.4 Instrumento 4 – Entrevista

A entrevista semi-estruturada é composta de um roteiro inicial elaborado *a priori*, conforme os fenômenos que cercam o problema central e o objetivo geral deste estudo. Contudo, como característica da entrevista semi-estruturada, houve flexibilidade nos questionamentos, buscando-se sempre que necessário acrescentar questionamentos relevantes ao estudo (NEGRINE, 1999).

A entrevista seguiu os procedimentos previamente definidos, que apresentaram, informaram e situaram o docente acerca da pesquisa. O roteiro da entrevista é composto por perguntas que buscam captar a percepção dos participantes (Apêndice E), tratando dos seguintes temas: relações interpessoais; estilo de vida adotado; jornada e condições de trabalho; carreira e *status* profissional; conseqüências do trabalho físico e intelectual; qualidade de vida e o comprometimento profissional; qualidade de vida e o trabalho; saúde coletiva; relação da Educação Física com a saúde coletiva.

As entrevistas recorrentes foram realizadas a partir da necessidade de clarear, aprofundar ou extrapolar as respostas oferecidas pelos participantes. O roteiro destas recorrências não pôde ser definido *a priori*, pois somente após a análise das informações coletadas por meio da entrevista semi-estruturada é que os significados atribuídos ao fenômeno investigado surgiram. Segundo Zanelli (1992, p.67), o retorno dos conteúdos transcritos aos participantes “(...) tem como objetivo principal

a checagem das interpretações das falas fornecidas em sessões anteriores e o estímulo de novas verbalizações dos participantes”. Portanto, a reconstrução do roteiro de entrevista e sua recorrência aos participantes pode, além de diminuir possíveis distorções entre o conteúdo transcrito e o conteúdo interpretado, aumentar a confiabilidade das informações e servir como identificador de aspectos não previstos *a priori* e que os participantes atribuem significados relevantes ao fenômeno.

### **3.6 Procedimentos de pesquisa**

Neste tópico são detalhados os procedimentos para identificação dos participantes, escolha das instituições, coleta das informações, registro das entrevistas, sistematização e análise das Informações.

Zanelli (2002, p.83), ao abordar o planejamento e a coleta dos dados em pesquisas qualitativas demonstra que a “obtenção de credibilidade e condução ética irrefutável são os pontos de convergência quando se elabora o planejamento (...)”. Segundo o autor, a procura da “(...) credibilidade diz respeito ao julgamento da articulação consistente da base conceitual e do uso rigoroso da metodologia. Além disto, o pesquisador certifica-se de que nenhum dano a outrem decorrerá da condução do estudo.” (p.83). Portanto, visando à conduta ética necessária à pesquisa científica, os procedimentos adotados para coleta de informações foram submetidos à autorização do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, da Universidade Federal de Santa Catarina, e do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina, devidamente regularizado junto ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde. Além destes cuidados, os procedimentos para coleta de informações, que envolvem os participantes, tramitaram nas Instituições investigadas para sua liberação formal, recebendo a liberação dos Diretores de Centro de cada uma das Instituições envolvidas, além da própria liberação dos sujeitos através do termo de consentimento livre e esclarecido sobre a pesquisa.

### 3.6.1 Escolha das instituições

A coleta das informações teve início com o levantamento preliminar das Instituições de ensino superior que oferecem cursos de Educação Física no Brasil (total de 354 cursos) e em Santa Catarina (total de 21 cursos), junto ao Conselho Federal de Educação Física (CONFEF) entre dezembro de 2003 e janeiro de 2004. A identificação das instituições que atendessem aos critérios de seleção foi realizada por meio de levantamento junto ao Conselho Regional de Educação Física de Santa Catarina, órgão representativo da categoria no Estado que mantém o cadastro de todas as universidades e faculdades catarinenses da área de Educação Física (CREFSC, 2004). Depois de identificadas as universidades que satisfaziam os critérios, foi realizado o contato telefônico visando a obter o quadro funcional de cada uma delas. A consulta aos sítios eletrônicos permitiu identificar os professores envolvidos nas instituições.

A operacionalização da coleta preliminar permitiu a identificação das instituições legalmente existentes em dezoito cidades, distribuídas nas quatro regiões catarinenses, perfazendo um total de 21 cursos de Educação Física, em 18 instituições de ensino superior. Foram selecionadas intencionalmente conforme os critérios de inclusão e exclusão da amostra, duas instituições públicas, ambas localizadas na cidade de Florianópolis.

### 3.6.2 Seleção dos participantes

Considerando os critérios de intencionalidade adotados, realizaram-se as coletas preliminares realizadas junto às Direções de Ensino e sítios eletrônicos das universidades selecionadas, que mostraram a existência, até o mês de fevereiro de 2004, de 34 docentes elegíveis ao contato inicial da coleta de informações, conforme a situação funcional da IESP 1 e da IESP 2 exposta no quadro 4.

**Quadro 4** – Quadro funcional das instituições de ensino superior em Educação Física

Quadro Funcional \ Instituição	IESP 1	IESP 2
Graduação	02	00
Especialista	06	22
Mestre	26	25
<b>Doutor</b>	<b>21</b>	<b>13</b>
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>61</b>

**Fonte:** www.ufsc.br (Acessado em: 12/2003); www.udesc.br (Acessado em: 12/2003).

Após contato formal com representantes das Instituições, verificou-se que, excluindo-se a intenção de participar da pesquisa, apenas 27 professores obedeciam aos critérios de escolha dos participantes deste estudo (IESP 1=20, IESP 2=7), pois um professor da IESP 1 estava em afastamento por motivo de adoecimento, cinco professores da IESP 2 são graduados em diferentes áreas (pedagogia, engenharia mecânica, engenharia química, bioquímica, medicina), e um professor da IESP 2 não apresentava estabilidade profissional. Depois de realizado o levantamento formal da população (N=27), realizou-se o sorteio aleatório de quatorze professores da listagem final, ou seja, 51,85% e mais dois professores para realizar o estudo piloto, ou seja, 7,40%, totalizando 59,25% de amostra que atendia aos critérios de seleção (n=16).

### 3.6.3 Ambiente e situação de coleta das informações

Considerando a literatura especializada, é possível afirmar que dificilmente se consegue adesão de todos os selecionados na fase preliminar de coleta de informações (TRIVIÑOS, 1987). Entretanto, todos os contatados aceitaram participar do estudo e todos os instrumentos entregados foram devolvidos preenchidos. De um universo de mil duzentas e noventa e seis questões quantitativas tabuladas apenas 1,9% (25 questões) não foi respondido (IPA-Q=12, WHOQOL-36=1, QEV=12), sendo que apenas uma questão do questionário sobre qualidade de vida (WHOQOL-36) não admitia a não resposta. Além disso, durante a entrevista, mesmo considerando que poucos participantes aglutinaram respostas, nenhum dos sujeitos negou-se a responder qualquer questão, ao contrário, na maior parte das vezes as indagações foram extrapoladas.

A coleta das informações foi composta por três etapas. Na etapa 1 objetivou-se a identificação das Instituições de ensino superior em Educação Física e os seus quadros funcionais. Na etapa 2 visou-se a realização do estudo piloto. Na etapa 3 buscou-se o preenchimento dos questionários (IPAQ, WHOQOL-36, QEV). Na etapa 4 realizou-se as entrevistas com os professores.

### 3.6.3.1 Etapa 1 – Coleta preliminar

A coleta preliminar, já iniciada através do estudo de identificação das instituições de ensino superior de Santa Catarina, conforme quadro 4, foi realizada nos sítios eletrônicos das Instituições envolvidas, do Conselho Regional de Educação Física – CREF/SC e do Ministério da Educação – MEC (CREFSC, 2004; BRASIL, 2004g).

Após a identificação, realizou-se o contato telefônico às Instituições Públicas de Ensino Superior, visando à apresentação do estudo e à solicitação de participação na pesquisa, atendendo assim, a Resolução 196/96 – CONEPE. Com a confirmação da intenção de participação da instituição, foram solicitados documentos sobre o quadro completo dos docentes, com a titulação e situação funcional, visando obter dados para a caracterização amostral da pesquisa.

Posteriormente a aprovação da pesquisa pelo CEPESH, elaborou-se a lista dos participantes identificados a partir do cruzamento do quadro funcional de cada uma das instituições com os critérios de intencionalidade assinalados anteriormente. Após proceder-se o enquadramento do professor no estudo, foi realizado o contato telefônico com cada um dos Professores sorteados aleatoriamente da referida lista. Torna-se adequado salientar que dos 16 primeiros contatados não identificou-se nenhuma recusa, ao contrário, todos disponibilizaram-se a participar plenamente do estudo.

### 3.6.3.2 Etapa 2 – Estudo piloto

Considerando a necessidade de procedimentos que assegurassem a confiabilidade científica, optou-se por realizar a coleta de dados com número reduzido de participantes visando ajustes necessários nos instrumentos de pesquisa.

Entretanto, é necessário salientar, como exposto anteriormente, que o IPAQ (sub-tópico 3.5.1) e o WHOQOL-36 (sub-tópico 3.5.2) são instrumentos validados para a realidade brasileira, e, portanto, não foram submetidos a este procedimento (BULLINGER, HARPER e POWER, 1999; MATSUDO *et al.* 2001; PARDINI *et al.* 2001; MAZO, 2003). Apesar de a coleta ter sido realizada com todos os instrumentos, a avaliação detalhada ocorreu no QEV e na Entrevista semi-estruturada, haja vista que estes foram construídos a partir das categorias específicas da pesquisa e das categorias recomendadas pela literatura especializada, principalmente do Colégio Americano de Medicina do Esporte (FOX *et al.* 1991; ACSM, 1996; NAHAS, BARROS, FRANCALACCI, 2000; FARIAS, 2002; MAZO, 2003).

Depois do sorteio dos dezesseis primeiros participantes, os dois primeiros professores foram selecionados para realizar o estudo piloto. Após a formalização da pesquisa, ainda no mês de dezembro de 2004, com o preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, iniciou-se a coleta dos dados pelo estudo piloto realizando paralelamente os procedimentos de validação e fidedignidade dos instrumentos.

Após a operacionalização e avaliação do roteiro de entrevista e do questionário sobre estilo de vida pelo primeiro participante, foi construído um banco de dados numéricos e verbais, que serviu para testar as medidas estatísticas e as categorias do quadro operacional, procedendo-se os ajustes propostos pelo participante e identificados pelo pesquisador. Depois do primeiro ajuste dos instrumentos procedeu-se a coleta com a segunda participante, tabulando seus resultados junto ao banco de dados e realizando-se os ajustes propostos pela participante.

Para efetivação da avaliação dos instrumentos pelo Participante 1, procedeu-se a análise detalhada de cada questão realizando-se as modificações propostas pessoalmente com este sujeito. Já a avaliação dos instrumentos pela Participante 2 foi realizada concomitantemente à coleta dos dados, procedendo-se a análise a partir das respostas propriamente ditas, exigindo ajustes apenas nos procedimentos de coleta dos dados. Torna-se adequado destacar que a avaliação para fidedignidade foi realizada pelos dois primeiros participantes sorteados, haja vista, estes serem os próprios sujeitos da pesquisa, assim como validação, já que estes

são professores doutores na área em estudo e que, portanto, possibilitou a execução da avaliação dos dois critérios de confiabilidade científica.

Com os resultados do estudo piloto dos dois primeiros participantes (Quadro 94, 95, 96 e 97), foram realizados os ajustes finais nos instrumentos e nos procedimentos, passando-se a seguir, a operacionalizar a coleta dos dados com os quatorze participantes sorteados. No que se refere aos ajustes propostos pelo Participante 1 para o roteiro de entrevista e o questionário sobre estilo de vida (QEV), verificou-se a necessidade de manter ou de revisar as questões (excluir, ampliar, modificar ou acrescentar), como pode ser constatado no quadro 5, sendo que as versões finais utilizadas após o processo de validação e fidedignidade, correspondem aos Apêndices C e E.

**Quadro 5** – Síntese da avaliação dos instrumentos de pesquisa no estudo piloto

<b>Instrumento</b>	<b>Procedimento</b>	<b>Manutenção (Percentual)</b>	<b>Revisão (Percentual)</b>	<b>Total</b>
Questões do QEV		45,5%	54,5%	100%
Questões da Entrevista		23,1%	76,9%	100%
Questões do WHOQOL-36		100%		100%
Questões do I-PAQ		100%		100%

**Nota:** Quadro elaborado e construído para esta pesquisa

Deste modo, a análise final dos resultados do estudo piloto permitiu constatar que os instrumentos respondiam ao objetivo geral da pesquisa e suas questões, indicando ainda, que tinham potencial para oferecer dados consistentes às hipóteses de trabalho, como pode ser observado nos quadros 6, 7, 8 e 9. Foi possível constatar ainda, que os ajustes realizados nos procedimentos de pesquisa permitiram a coleta de todos os instrumentos, sem qualquer perda amostral.

### 3.6.3.3 Etapa 3 – Preenchimento dos questionários

A terceira etapa objetivava o preenchimento dos questionários sobre o nível de atividade física habitual e sobre o estilo de vida dos docentes investigados. Esta etapa foi composta de três procedimentos: Preenchimento do Questionário sobre Atividade física (I-PAQ); Preenchimento do Questionário sobre qualidade de vida (WHOQOL-36); Preenchimento do Questionário sobre estilo de vida (QEV).

A entrega e recolhimento do IPAQ, QEV e WHOQOL-36 foram realizados pessoalmente pelo pesquisador, conforme a solicitação dos participantes após o contato telefônico, diretamente em seu local de atuação. Este procedimento se baseia na literatura especializada que mostra que o índice de retorno destes instrumentos pode ser considerado uma incógnita e, portanto, o resgate dos instrumentos preenchidos também deverá realizado pessoalmente, garantindo, assim, maior retorno (TRIVIÑOS, 1987). Neste estudo, confirmando a literatura especializada, o recolhimento realizado pessoalmente pelo pesquisador garantiu excelentes resultados, pois todos os questionários enviados foram recolhidos.

A aplicação dos instrumentos de coleta dos dados foi realizada em locais escolhidos pelos participantes deste estudo. Os três instrumentos foram operacionalizados concomitantemente, ou seja, foram entregues e recolhidos conjuntamente. Diante destas informações, na etapa 3 foram procedidos:

- Preenchimento do Questionário sobre Atividade Física – IPAQ
- Preenchimento do Questionário sobre Estilo de Vida – QEV
- Preenchimento do Questionário sobre Qualidade de Vida (WHOQOL-36)
- Determinação da data e local da entrevista

Estes procedimentos tiveram início a partir das informações obtidas com o estudo preliminar, resgatando as informações iniciais sobre locais e datas para coleta dos dados. Os instrumentos foram aplicados aos docentes das duas Instituições selecionadas no mesmo período de tempo, ou seja, de dezembro de 2004 a abril de 2005. Na primeira visita do pesquisador foi apresentado o estudo e solicitada a formalização do termo de consentimento livre e esclarecido para participação na pesquisa. A partir da intenção manifesta em participar da pesquisa, foram entregues o I-PAQ (PARDINI *et al.*, 2001) conforme Anexo 1, o QEV conforme Apêndice C, e o WHOQOL-36 conforme Anexo 2 (FLECK, LEAL, LOUZADA, XAVIER, CHACHAMOVICH, VIEIRA, SANTOS, PIZON, 1999; BULLINGER, HARPER e POWER, 1999; MAZO, 2003). Depois de decorrido o prazo solicitado pelos participantes, realizaram-se pessoalmente o recolhimento dos instrumentos e a marcação das datas das entrevistas.

### 3.6.3.4 Etapa 4 – Entrevista semi-estruturada

Após o retorno dos questionários e o processamento das informações destes instrumentos, foram realizadas as devidas ratificações ou retificações acerca das informações resgatadas no processamento destes instrumentos.

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas conforme roteiro de entrevista (Apêndice E). Estes instrumentos foram operacionalizados nos locais e horários previamente agendados pelos docentes. Já a entrevista recorrente, realizada em apenas um dos entrevistados haja vista a dificuldade de entendimento às respostas, foi operacionalizada na Instituição Pública de Ensino Superior 1, a partir da necessidade de clarificação, detalhamento e enriquecimento das informações, conforme horário e local agendado pelo Participante 11.

Considerando a ética exigida à pesquisa científica, foi necessária a adoção de procedimentos que informaram, situaram e tornaram mais precisas as informações sobre a pesquisa para os participantes. Deste modo, foram adotados os seguintes cuidados:

- Antes da entrevista
  - Apresentação clara e objetiva da forma de obtenção do sigilo que envolve a ética da pesquisa científica;
  - Apresentação do objetivo geral, das questões e dos procedimentos da pesquisa;
  - Apresentação formal dos recursos de áudio que foram utilizados na entrevista;
  - Esclarecimento quanto à liberdade/autonomia para responder às questões;
- Durante a entrevista
  - Não indução às respostas;
  - Repetição do questionamento quantas vezes fossem solicitadas;
  - Realização prioritária do questionamento segundo o roteiro da entrevista semi-estruturada;
  - Realização de questionamentos que se tornaram necessários ao esclarecimento ou detalhamento das respostas dadas;
- Após a entrevista
  - Ofertamento da possibilidade de contribuições não contempladas na entrevista;
  - Informação de que poderia ocorrer entrevistas recorrentes;
  - Agradecimento pela colaboração e contribuição à pesquisa.

Segundo Bogdan e Biklen (1994, p.77), considerando a ética necessária a pesquisa científica, mesmo que os dados possam discordar da orientação do estudo, “(...) a característica mais importante de um investigador deve ser sua devoção e fidelidade aos dados que obtém”. Deste modo, a fidelidade necessária ao fenômeno investigado, foi buscada, através das entrevistas recorrentes, as quais são construídas e reconstruídas através das interações entre participante e pesquisador, objetivando deste modo, esclarecer alguns pontos da entrevista do Participante 11 (ZANELLI, 1992; BOGDAN e BIKLEN, 1994).

#### 3.6.4 Registro, sistematização e análise das informações

Os questionários foram padronizados conforme o editor de texto *Word for Windows* versão 2003. Visando o sigilo necessário à pesquisa científica, todos os instrumentos receberam um código, não apresentando identificações ou informações pessoais dos participantes (P1 a P16). As entrevistas foram gravadas em dois mini audiocassetes, sendo um digital de alta sensibilidade e definição de som, e um analógico com a função de *back-up*. Os arquivos de voz foram arquivados na forma digital em *cd-rom* através do programa *Nero Burning* 5.0, no modo *wav*, e transcritas para o editor de texto *Word for Windows* obedecendo à codificação adotada. Os arquivos de voz gravados de forma analógica foram apagados e as fitas inutilizadas.

As informações foram analisadas em diferentes momentos e sob diferentes perspectivas. Para tanto, os discursos dos participantes, foram sistematizadas a partir do quadro operacional da pesquisa. A análise das entrevistas foi feita a partir da técnica de análise de conteúdo, que tem como alvo, tornar objetiva a fala dos sujeitos investigados e minimizar as possibilidades de criação de vieses pelo pesquisador. As informações obtidas nos questionários (WHOQOL-36, I-PAQ, QEV) foram analisadas com o Programa Estatístico de Análise em Ciências Sociais e Humanas (*SPSS*), versão 11.1.

A estruturação das informações contidas nas entrevistas se deu pela técnica de análise de conteúdo, que se caracteriza por um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que visa a compreender melhor um discurso, aprofundar suas características e extrair os momentos mais significativos, mediante procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens e de indicadores

que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (RICHARDSON, 1985; TRIVIÑOS e MOLINA NETO, 1999; BARDIN, 2000). Para tanto, após a sistematização dos dados, procedeu-se à seleção das informações de modo a categorizar os conteúdos das falas em blocos temáticos. As categorias principais do discurso foram obtidas através da identificação e seleção das unidades de significância, as quais englobam e mediam os indicadores no discurso. Entretanto, esta padronização não pode perder-se na visão integral da fala dos sujeitos, pois nem sempre as unidades de significância estão presentes no questionamento próprio àquela categoria, mas em outros trechos do discurso.

Segundo Grawitz (1975) a análise de conteúdo consiste em substituir as impressões superficiais, que dependem das características pessoais de cada pesquisador, por procedimentos padronizados. Portanto, o tratamento converte os materiais coletados em dados que possam ser trabalhados a partir de três características que possibilitam um melhor entendimento de sua aplicação:

- A objetividade, que consiste em tornar claras as regras e os procedimentos utilizados em cada etapa do processo de análise;
- A sistematização, que permite a inclusão ou exclusão do conteúdo de um texto, de acordo com regras consistentes;
- A inferência, que confere relevância teórica a esta técnica, ou seja, um dado sobre o conteúdo de uma comunicação é sem sentido, até que seja relacionado, no mínimo, a um outro dado.

A análise documental realizada nos materiais oficiais teve como objetivo a decomposição, a interpretação e o exame dos elementos que os constituem, principalmente da legislação investigada. Este procedimento se deu no sentido de aprofundar detalhadamente os conteúdos dos documentos, possibilitando, deste modo, compreendê-los tanto na sua estrutura quanto no seu conteúdo, para tanto, foram analisadas as Leis 9.394/96 e 9.696/98, e as Resoluções 218/1997/CNS, 046/2002/CONFEF, 056/2003/CONFEF e 7/2004/CNE/CES, que se constituíram como fontes de informação a este estudo (BRASIL, 1996c; BRASIL, 1997d; BRASIL, 1998e; CONFEF, 2002a; CONFEF, 2003c; BRASIL, 2004h) .

Os dados objetivos resgatados pelos questionários foram registrados por meio do programa *Excel for Windows*, e tratados pelo Programa Estatístico de Análise em

Ciências Humanas e Sociais (SPSS), versão 11.1, utilizando-se da frequência de ocorrência, percentuais relativos e absolutos, média, desvio padrão.

Considerando as exigências necessárias à pesquisa científica, neste estudo adotou-se a técnica de triangulação das informações. Para Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (2002), a técnica da triangulação das informações é considerada um critério que confere credibilidade à pesquisa científica, haja vista que as pesquisas que também adotem o *design* qualitativo “costumam usar de várias maneiras de obter seus dados” (p.173).

Segundo Triviños (1987) a técnica de triangulação das informações pode propiciar ao pesquisador a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do problema em foco. Esta técnica parte do suposto de que as informações e os dados coletados nas diversas fontes precisam ser confrontados entre si, de tal modo, que sejam contemplados durante a fase da interpretação e análise do material levantado para o estudo. Segundo Denzin (1978, p.291-307), é possível verificar que existem diferentes tipos e subtipos de técnicas de triangulação das informações:

- Triangulação de Dados, que é subdividida nos tipos referentes às informações de tempo, espaço e pessoas a qual é subdividida em níveis (análises agregadas, análises de interação e coletividade);
- Triangulação de Investigadores;
- Triangulação Teórica;
- Triangulação Metodológica, que é subdividida nos tipos “*within-method*” e “*between-method*” ou “*across-method*”.

Deste modo, considerando a classificação proposta por Denzin (1978), para a consolidação do conjunto de informações obtidas foi utilizada, neste estudo, a técnica de triangulação de dados, extraídos dos questionários (I-PAQ, QEV, WHOQOL-36) e das entrevistas.

Para a caracterização dos participantes, quanto ao nível de atividade física coletado pelo Questionário Internacional de Atividade – IPAQ, foram utilizados os critérios adotados pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul – CELAFISCS, (2004), e por Matsudo, Araújo, Matsudo, Andrade, Andrade, Oliveira, e Braggion (2001), como: sedentário, insuficientemente Ativo A, insuficientemente ativo B, ativo e muito ativo.

Os dados referentes ao nível de atividade física, coletados pelo Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ, foram analisados segundo os parâmetros de classificação adotados pela Organização Mundial de Saúde e disponibilizados pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul, que estabelecem os critérios de classificação conforme os protocolos estabelecidos e validados a partir de estudos comparativos de diferentes métodos de avaliação do nível de atividade física (direto = pedômetro, indireto = questionário) e transculturais (CELAFISCS, 2004). Segundo o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul – CELAFISCS (2004), a partir do Questionário Internacional de Atividade – IPAQ, é possível caracterizar os indivíduos quanto ao nível de atividade física, a partir das seguintes classificações:

- Sedentário: caracteriza-se pelo indivíduo que não realizou nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana;
- Insuficientemente Ativo: caracteriza-se pelo indivíduo que realiza atividade física por pelo menos 10 minutos por semana, porém insuficiente para ser classificado como ativo. Esta classificação é obtida somando-se a frequência e a duração dos diferentes tipos de atividade. Pode ser dividida em dois grupos:
  - A) Atinge pelo menos um dos critérios da recomendação:
    - I. Frequência: 5 dias/semana ou
    - II. Duração: 150 min / semana
  - B) Não atingiu nenhum dos critérios da recomendação;
- Ativo: caracteriza-se por aquele indivíduo que conseguiu cumprir as recomendações de no máximo três dias por semana e no máximo 20 minutos por sessão de atividade vigorosa, ou no máximo de cinco dias na semana e no máximo 30 minutos por sessão de atividade moderada ou caminhada, ou ainda, qualquer atividade que somada perfaça cinco dias por semana e no máximo 150 minutos por semana;
- Muito Ativo: caracteriza-se pelo indivíduo que conseguiu cumprir as recomendações de no máximo cinco dias por semana e no máximo 30 minutos por sessão de atividade vigorosa, ou no máximo três dias por semana e no máximo de 20 minutos por sessão de atividade vigorosa acrescida de no máximo cinco dias por semana e no máximo 30 minutos por sessão de atividade moderada ou caminhada.

Os dados referentes à classificação do índice de massa corporal – IMC obedeceram aos parâmetros adotados pela Organização Mundial de Saúde, que estabelece os valores da relação matemática entre a massa corporal (quilogramas), dividida pela estatura ao quadrado (metros), classificando os resultados dentro da faixa enquadrada (MORROW, JACKSON, DISCH e MOOD, 2000). O enquadramento do índice de massa corporal pode ser realizado a partir do quadro 6.

**Quadro 6** – Classificação do índice de massa corporal

Índice de Massa Corporal	Classificação
De 20 a 25	Faixa Recomendável
De 25 a 29,9	Obesidade I
De 30 a 40	Obesidade II
40 ou mais	Obesidade Mórbida

**Fonte:** MORROW, J. R., JACKSON, A. W., DISCH, J. G. e MOOD, D. P. **Measurement and evaluation in human performance**. Champaign: Human Kinetics, 2000.

Os dados referentes à qualidade de vida, coletados pelo Questionário sobre Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – WHOQOL-36, foram analisados conforme os critérios adotados pela Organização Mundial de Saúde e disponibilizados pelo setor de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FLECK *et al.*, 1999). No WHOQOL-36, é adotada uma escala do tipo *Likert* com valores de 1 a 5 (BOGDAN e BIKLEN, 1994). Para as questões 3, 4 e 26, os valores foram invertidos em função do conteúdo das questões, pois um valor 1 corresponde a uma resposta que oferece significado positivo à questão.

### 3.7 Delimitações da pesquisa

Este estudo delimitou-se a caracterizar e analisar o estilo de vida e a qualidade de vida de professores de Educação Física do ensino superior público em Santa Catarina, escolhidos intencionalmente, conforme critérios de seleção, estabelecidos *a priori* como professores doutores que tivessem intenção de participar do estudo, graduados em educação física, com estabilidade profissional, atuante no ensino superior público em Educação Física, de instituição que permitisse o livre acesso às informações.

A operacionalização da pesquisa foi delimitada ainda, a quatro etapas principais (Coleta Preliminar, Estudo Piloto, Preenchimento dos Questionários – IPAQ, WHOQOL-36, QEV, Entrevista Semi-estruturada). A partir coleta preliminar foi possível fazer o levantamento do quadro funcional das Instituições selecionadas, identificando-se 34 professores doutores. Após o levantamento formal verificou-se que 27 indivíduos eram elegíveis à pesquisa (N), sendo que foram sorteados aleatoriamente 16 indivíduos (n).

Considerando a possibilidade de superação dos limites inerentes ao conhecimento científico, identificaram-se algumas dificuldades neste estudo, que se referem principalmente às:

- Características dos participantes, pois os conhecimentos envolvidos na formação e na atuação profissional em Educação Física permitem que os indivíduos sejam doutos conhecedores dos temas em estudo;
- Características do questionário sobre qualidade de vida, pois apesar de já ter sido validado para a realidade brasileira através de estudos transculturais, oferece respostas em escala do tipo *Likert* com valores de 1 a 5, que pode levar a diminuição dos intervalos de respostas;
- Características do questionário sobre o nível de atividade física, pois apesar de oferecer possibilidades de respostas sem intervalos (tempo e número de dias), trata-se de um instrumento do tipo recordatório, e deste modo, está sujeito à memória do respondente, não apresentando assim, uma medida direta do nível de atividade física;
- Características das Instituições envolvidas, pois a realidade das entidades públicas de ensino superior, campo da pesquisa, difere entre si, haja vista a manutenção administrativa ligado ao governo federal e ao governo estadual, e que difere ainda mais da realidade das entidades privadas de ensino superior em Educação Física.

## **CAPÍTULO 4 – RESULTADOS DA ANÁLISE DOS DADOS NUMÉRICOS**

Este capítulo apresenta e analisa estatisticamente os resultados coletados através do questionário internacional sobre qualidade de vida (WHOQOL-36) e do questionário internacional sobre atividade física (IPAQ), ambos da Organização Mundial de Saúde, além do questionário sobre estilo de vida (QEV), construído para esta pesquisa a partir da literatura investigada (AMERICAN COLLEGE SPORTS OF MEDICINE, 1996). Para tanto, é dividido em quatro tópicos principais. O primeiro tópico caracteriza os participantes, a partir de dois itens: características gerais, e características físicas. O segundo tópico aborda os dados sobre estilo de vida, sendo subdividido em seis itens: saúde dos participantes, atividade física, nutrição, relacionamentos sociais, estresse, e comportamentos preventivos. O terceiro tópico trata dos dados relacionados à qualidade de vida, sendo subdividido em quatro itens: domínio físico, domínio psicológico, domínio das relações sociais, e domínio do meio ambiente. O quarto tópico apresenta os dados relacionados à docência no ensino superior, sendo subdividido em três itens: trabalho docente, condições de trabalho, carreira docente.

As questões que não foram respondidas (25 questões = 1,29%) tiveram suas respostas registradas como N/R, buscando-se posteriormente as respostas através da entrevista, sem que, no entanto, os resultados tenham sido acrescentados aos resultados apresentados nas tabelas.

### **4.1 Características dos participantes**

Para este estudo os sujeitos da pesquisa foram selecionados a partir dos critérios expostos no item 3.6.1. Para tanto, os participantes foram identificados *a priori* como professores doutores, graduados em Educação Física, com atuações no ensino, pesquisa e extensão do ensino superior em Educação Física há pelo menos três anos, com estabilidade profissional, que aceitassem participar do estudo, que fossem de instituição pública com curso de Educação Física, e que permitissem o livre acesso às informações. A partir dos critérios de inclusão e exclusão dos

sujeitos, foram selecionados aleatoriamente 16 professores (n) dos 27 professores (N) que atendiam aos critérios adotados para este estudo.

#### 4.1.1 Características gerais

Quanto ao gênero sexual dos indivíduos, considerado um dos fatores não modificáveis de risco à saúde frente às doenças crônico-degenerativas, segundo os dados, é possível constatar que a maioria (P=87,5%) dos sujeitos desta pesquisa é do sexo masculino, enquanto que 12,5% é do sexo feminino (P).

Considerando também a idade como um dos fatores não modificáveis de risco à saúde, é possível constatar que dentre o número de sujeitos válidos (N=16), a média de idade é de 46,9 anos (X), apresentando um desvio padrão de 5,45 (S), e idades máxima de 57 anos (MX) e mínima de 39 anos (MN).

#### 4.1.2 Características físicas

De acordo com dados, é possível averiguar que dentre o número de sujeitos válidos (N=16), a média de peso é de 80,7 kg (X) com desvio padrão de 15,52 (S), e peso máximo de 110 kg (MX) e peso mínimo de 56 kg (MN), assim como a média de estatura é de 176,1 cm (X) com desvio padrão de 9,03 (S), e estatura máxima de 190 cm (MX) e estatura mínima de 163 cm (MN).

A relação entre o peso dividido pela estatura ao quadrado configura o índice de massa corporal – IMC, o qual aponta indiretamente o grau de obesidade preconizado pelo Colégio Americano de Medicina Desportiva, conforme quadro 6 (MORROW, JACKSON, DISCH e MOOD, 2000). A partir deste critério, verificou-se que a maioria dos sujeitos encontra-se acima do peso adequado, pois metade dos participantes apresenta obesidade grau 1 (P=50%) e um indivíduo apresenta obesidade grau 2 (P=6,3%), entretanto, 43,8% dos sujeitos (P) apresenta-se dentro da faixa recomendável de peso. Quanto aos parâmetros somatotípicos, é possível verificar que dentre o número de sujeitos válidos (N=16), o maior percentual é o sujeitos que se percebem como mesomorfos com 43,8%.

No que se refere à condição física auto-relatada, é possível averiguar que dentre o número de sujeitos válidos (N=16), o maior percentual refere-se à condição física “moderada” com 68,8%, e “fraca” com 18,8%, sendo que 12,5% dos sujeitos não responderam a esta questão.

## 4.2 Estilo de vida

Na construção do quadro de indicadores adotou-se, além dos aspectos presentes na literatura especializada, como atividade física, nutrição, relações sociais, estresse e comportamentos preventivos, uma categoria que está relacionada ao estilo de vida que é a “saúde” do participante, que busca levantar o histórico de doenças cardiovasculares, níveis de colesterol e de pressão arterial, além da percepção dos participantes sobre a própria saúde e sua satisfação com esta categoria.

### 4.2.1 Saúde dos participantes

Considerando a possibilidade de doenças cardiovasculares na família, conforme a tabela 6 é possível verificar que dentre o número de sujeitos válidos (N=16), metade dos sujeitos apresenta parentes com doença cardiovascular, e que o maior percentual individual indica que os sujeitos não apresentam nenhuma história conhecida da doença cardiovascular com 37,5% (P). Um dado que deve ser destacado é que 6,3% (P) dos sujeitos não sabe qual é seu índice de colesterol total.

**Tabela 1** – Histórico de doença cardiovascular na família

		Freqüência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
Válidos	Nenhuma história conhecida de doença cardiovascular	6	<b>37,5</b>	37,5	37,5
	1 parente com mais de 60 anos com doença cardiovascular	4	25,0	25,0	62,5
	2 parentes com mais de 60 anos com doença cardiovascular	2	12,5	12,5	75,0
	3 parentes com menos de 60 anos com doença cardiovascular	2	12,5	12,5	87,5
	Não sabe	1	6,3	6,3	93,8
	Não respondeu	1	6,3	6,3	100,0
Total		16	100,0	100,0	

Com relação aos índices de colesterol, de acordo com a tabela 2 é possível demonstrar que os maiores percentuais indicam índices de colesterol total abaixo de 180mg% (P=25%) e colesterol total entre 181 e 205mg% (P=25%), e que a minoria não conhece seus índices de colesterol (P=18,8%).

**Tabela 2 – Índices de colesterol total**

		Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
Válidos	Colesterol total abaixo de 180mg%	4	<b>25,0</b>	25,0	25,0
	Colesterol total entre 181 e 205mg%	4	<b>25,0</b>	25,0	50,0
	Colesterol total entre 206 e 230mg%	2	12,5	12,5	62,5
	Colesterol total entre 231 e 255mg%	1	6,3	6,3	68,8
	Colesterol total acima de 281mg%	1	6,3	6,3	75,0
	Não conhece	3	18,8	18,8	93,8
	Não respondeu	1	6,3	6,3	100,0
Total		16	100,0	100,0	

No que diz respeito aos níveis de pressão arterial, conforme a tabela 3, é possível constatar que os maiores percentuais indicam limite superior de até 120 mmHg (P=56,3%) e limite superior de até 100 mmHg (P=31,3%), e que 6,3% dos sujeitos não conhecem seus níveis de pressão arterial (P).

**Tabela 3 – Níveis de pressão arterial**

		Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
Válidos	Limite superior de até 100 mmHg	5	31,3	31,3	31,3
	Limite superior de até 120 mmHg	9	<b>56,3</b>	56,3	87,5
	Limite superior de até 140 mmHg	1	6,3	6,3	93,8
	Não conhece	1	6,3	6,3	100,0
Total		16	100,0	100,0	

No que se relaciona à percepção do estado de saúde, conforme a tabela 9 é possível demonstrar que dentre o número de sujeitos válidos (N=16), a maioria considera como “bom” (P=56,3%) “muito bom” (P=25%), e que 12,5% (P) considera “nem ruim nem bom”, assim como 6,3% (P) dos sujeitos avalia como “ruim” seu estado de saúde.

A partir da percepção da maioria de que considera o seu estado de saúde como “bom”, investigou-se como os sujeitos classificam a satisfação com a própria saúde.

No que se refere ao quão está satisfeito com a sua saúde, conforme a tabela 10 é possível demonstrar que dentre o número de sujeitos válidos (N=16), a maioria classifica como “bastante satisfeita” (P=37,5%) e “extremamente satisfeita” (P=25%), assim como 6,3% (P) dos sujeitos classificam como “muito pouco satisfeitos”.

#### 4.2.2 Atividade física

Sobre as atividades físicas ocupacionais, é possível verificar na tabela 4, que a média de dias de trabalho na semana é de 5,3 (X), apresentando desvio padrão de 1,35 (DP), e medidas mínima de 1 dia (MN) e máxima de 7 dias (MX). Este referencial de duração (dias por semana) serviu de base para todas as respostas sobre as atividades ocupacionais. A média de tempo gasto de trabalho sem deslocamentos é de 329,3 min (X) apresentando desvio padrão de 109,58 (DP), e medidas mínima de 90 min (MN) e máxima de 480 min (MX), sendo que apenas um sujeito não realiza ou não respondeu esta questão. A média de tempo andando rápido no trabalho é de 60,4 min (X), apresentando desvio padrão de 51,68 (DP), e medidas mínima de 14 min (MN) e máxima de 480 min (MX), sendo que dois sujeitos não realizam ou não responderam esta questão. A média de tempo em atividades de esforço moderado no trabalho é de 110,4 min (X), apresentando desvio padrão de 96,09 (DP), e medidas mínima de 10 min (MN) e máxima de 300 min (MX), sendo que dois sujeitos não realizam ou não responderam esta questão. A média de tempo em atividades vigorosas no trabalho foi de 96 min (X), apresentando desvio padrão de 71,62 (DP), e medidas mínima de 30 min (MN) e máxima de 210 min (MX), sendo que onze sujeitos não realizam ou não responderam esta questão.

**Tabela 4 – Estatística descritiva sobre as atividades físicas ocupacionais**

<b>Atividades Físicas Ocupacionais</b>	Válidos	Não Válidos	Média	Desvio Padrão	Mínima	Máxima
Dias na semana que trabalha, mesmo voluntariamente	16	0	5,3	1,35	1	7
Minutos em um dia da semana que trabalha sem deslocamento	15	1	329,3	109,58	90	480
Minutos em um dia da semana que trabalha andando rápido	14	2	60,4	51,68	15	180
Minutos em um dia da semana que trabalha em atividades moderadas	14	2	110,4	96,09	10	300
Minutos em um dia da semana que trabalha em atividades vigorosas	5	11	96	71,62	30	210

Considerando os dados da tabela 5, no que se refere às atividades físicas vigorosas, foi possível verificar que a média de dias por semana que os participantes realizam esta atividade no quintal é de 2,3 dias (X), com desvio padrão de 2,27 (DP), e medidas mínima de 1 dia (MN) e máxima de 7 dias (MX). Este referencial de duração (dias por semana) orientou a resposta sobre o tempo destas atividades no quintal, sendo que a média de tempo gasto é de 152,5 min (X) com desvio padrão de 103,50 (DP), e medidas mínima de 90 min (MN) e máxima de 480 min (MX), sendo que quatro sujeitos não realizam ou não responderam estas duas questões. Quanto às atividades físicas vigorosas no lazer, é possível constatar que a média de dias por semana é de 2,6 dias (X), com desvio padrão de 1,86 (DP), e medidas mínima de 1 dia (MN) e máxima de 7 dias (MX). Este referencial de duração (dias por semana) embasou a resposta sobre o tempo das atividades vigorosas no lazer, sendo que a média de tempo gasto é de 122,7 min (X) apresentando desvio padrão de 98,27 (DP), e medidas mínima de 40 min (MN) e máxima de 360 min (MX), sendo que do total de sujeitos, cinco sujeitos não realizam ou não responderam estas duas questões.

**Tabela 5 – Estatística descritiva sobre as atividades físicas vigorosas ou fortes**

<b>Atividades Físicas Vigorosas</b>	Válidos	Não Válidos	Média	Desvio Padrão	Mínima	Máxima
Dias por semana que faz a atividade no quintal, por no mínimo 10 min	12	4	2,3	2,27	1	7
Tempo gasto nos dias que faz a atividade no quintal	12	4	152,5	103,50	60	420
Dias por semana que faz a atividade, no lazer, por no mínimo 10 min	11	5	2,6	1,86	1	7
Tempo gasto nos dias que faz a atividade no lazer	11	5	122,7	98,27	40	360

De acordo com tabela 6, considerando as atividades físicas moderadas, é possível constatar que a média de dias por semana que os sujeitos realizam esta atividade no quintal é de 3,2 dias (X), apresentando desvio padrão de 2,52 (DP), e medidas mínima de 1 dia (MN) e máxima de 7 dias (MX). Este referencial de duração (dias por semana) serviu de base para a resposta sobre o tempo das atividades moderadas realizadas no quintal, sendo que a média de tempo gasto é de 103,6 min (X) com desvio padrão de 70,18 (DP), e medidas mínima de 30 min (MN) e máxima de 240 min (MX), sendo que cinco sujeitos não realizam ou não

responderam estas duas questões. Com respeito às atividades dentro de casa, é possível averiguar que a média de dias por semana é de 3,8 dias (X), com desvio padrão de 2,93 (DP), e medidas mínima de 1 dia (MN) e máxima de 7 dias (MX). Este referencial de duração (dias por semana) orientou a resposta sobre o tempo das atividades dentro de casa, sendo que a média de tempo gasto é de 67,3 min (X) apresentando desvio padrão de 39,77 (DP), e medidas mínima de 10 min (MN) e máxima de 150 min (MX), sendo que cinco participantes não realizam ou não responderam estas duas questões. No que se relaciona às atividades no lazer, é possível constatar que a média de dias por semana é de 2,1 dias (X), apresentando desvio padrão de 1,81 (DP), e medidas mínima de 1 dia (MN) e máxima de 7 dias (MX). Este referencial de duração (dias por semana) serviu de base para a resposta sobre o tempo das atividades moderadas no lazer, sendo que a média de tempo gasto é de 57,3 min (X) apresentando desvio padrão de 46,50 (DP), e medidas mínima de 10 min (MN) e máxima de 180 min (MX), sendo que cinco indivíduos não realizam ou não responderam estas duas questões.

**Tabela 6 – Estatística descritiva sobre as atividades físicas moderadas**

<b>Atividades Físicas Moderadas</b>	Válidos	Não Válidos	Média	Desvio Padrão	Mínima	Máxima
Dias por semana que faz a atividade no quintal, por no mínimo 10 min	11	5	3,2	2,52	1	7
Tempo gasto nos dias que faz a atividade no quintal	11	5	103,6	70,18	30	240
Dias por semana que faz a atividade dentro de casa, por 10 min	11	5	3,8	2,93	1	7
Tempo gasto nos dias que faz a atividade em casa	11	5	67,3	39,77	10	150
Dias por semana que faz a atividade no lazer, por no mínimo 10 min	11	5	2,1	1,81	1	7
Tempo gasto nos dias que faz a atividade no lazer	11	5	57,3	46,50	10	180

Conforme a tabela 7, é possível contatar, no que se refere às atividades físicas, que a média de dias por semana que os sujeitos caminham rápido é de 3,6 dias (X), com desvio padrão de 1,97 (DP), e medidas mínima de 1 dia (MN) e máxima de 7 dias (MX). Este referencial de duração (dias por semana) serviu de base para a resposta sobre o tempo das caminhadas, sendo que a média de tempo gasto é de 55 min (X) apresentando desvio padrão de 85,71 (DP), e medidas mínima de 10 min (MN) e máxima de 360 min (MX). No que diz respeito à atividade de pedalar, é

possível constatar que a média de dias por semana é de 1,7 dias (X), apresentando desvio padrão de 0,58 (DP), e medidas mínima de 1 dia (MN) e máxima de 2 dias (MX). Este referencial de duração (dias por semana) serviu de base para a resposta sobre o tempo das pedaladas, sendo que a média de tempo gasto é de 80 min (X) apresentando desvio padrão de 34,64 (DP), e medidas mínima de 60 min (MN) e máxima de 120 min (MX). Do total de sujeitos, treze não realizam ou não responderam estas duas questões. No que concerne à caminhada rápida no lazer, é possível constatar que a média de dias por semana é de 2,6 dias (X), apresentando desvio padrão de 1,88 (DP), e medidas mínima de 1 dia (MN) e máxima de 7 dias (MX). Este referencial de duração (dias por semana) serviu de base para a resposta sobre o tempo das caminhadas de lazer, sendo que a média de tempo gasto é de 54,4 min (X) apresentando desvio padrão de 18,11 (DP), e medidas mínima de 30 min (MN) e máxima de 90 min (MX). Do total de sujeitos, sete não realizam ou não responderam estas duas questões.

**Tabela 7** – Estatística descritiva sobre as atividades físicas do tipo caminhada e pedalada

<b>Atividades físicas do tipo caminhada e pedalada</b>	Válidos	Não Válidos	Média	Desvio Padrão	Mínima	Máxima
Quantos dias na semana caminha rápido, por no mínimo 10 min, para ir de um lugar ao outro	16	0	3,6	1,97	1	7
Nos dias que caminha rápido para ir de ou lugar a outro, gasta quanto tempo	16	0	55,0	85,71	10	360
Quantos dias na semana pedala rápido, por no mínimo 10 min, para ir de um lugar ao outro	3	13	1,7	0,58	1	2
Nos dias que pedala rápido para ir de ou lugar a outro, gasta quanto tempo	3	13	80,0	34,64	60	120
Quantos dias na semana, realiza caminhadas rápidas, no lazer, por no mínimo 10 min	9	7	2,6	1,88	1	7
Nos dias que pratica caminhadas rápidas, no lazer, gasta quanto tempo	9	7	54,4	18,11	30	90

Como se pode averiguar na tabela 8, no que se relaciona às atividades sedentárias, que a média de dias por semana que utiliza veículo a motor é de 5,6 dias (X), com desvio padrão de 1,75 (DP), e medidas mínima de 2 dias (MN) e máxima de 7 dias (MX). Este referencial de duração (dias por semana) serviu de base para a resposta sobre o tempo da utilização do veículo a motor, sendo que a média de tempo gasto é de 54,1 min (X) apresentando desvio padrão de 44,99 (DP),

e medidas mínima de 10 min (MN) e máxima de 180 min (MX). No que se refere às atividades sedentárias sentadas ou deitadas, é possível constatar que a média de tempo por semana é de 147,2 min (X), apresentando desvio padrão de 93,31 (DP), e medidas mínima de 15 min (MN) e máxima de 360 min (MX). Ainda no que se refere às atividades sedentárias, foi possível constatar que a média de tempo por final de semana gasto sentado ou deitado em casa é de 268,1 min (X), apresentando desvio padrão de 187,66 (DP), e medidas mínima de 90 min (MN) e máxima de 840 min (MX).

**Tabela 8 – Estatística descritiva sobre as atividades sedentárias**

<b>Atividades Sedentárias</b>	Válidos	Não Válidos	Média	Desvio Padrão	Mínima	Máxima
Dias na semana usa veículo a motor para ir de um lugar ao outro	16	0	5,6	1,75	2	7
Tempo gasto nos dias que usa veículo a motor para ir de um lugar a outro	16	0	54,1	44,99	10	180
Dias de semana, gasta quanto tempo sentado ou deitado em casa	16	0	147,2	93,31	15	360
Tempo gasto sentado ou deitado em casa, nos dias do final de semana	16	0	268,1	187,66	90	840

Conforme a classificação do nível de atividade apresentado pelo CELAFISCS (2004), a classificação de “ativo” caracteriza-se por aquele indivíduo que conseguiu cumprir as recomendações de no máximo três dias por semana e no máximo 20 minutos por sessão de atividade vigorosa, ou no máximo de cinco dias na semana e no máximo 30 minutos por sessão de atividade moderada ou caminhada, ou ainda, qualquer atividade que somada perfaça cinco dias por semana e no máximo 150 minutos por semana. A classificação de “muito ativo” caracteriza-se pelo indivíduo que conseguiu cumprir as recomendações de no máximo e cinco dias por semana e no máximo 30 minutos por sessão de atividade vigorosa, ou no máximo três dias por semana e no máximo de 20 minutos por sessão de atividade vigorosa acrescida de no máximo cinco dias por semana de no máximo 30 minutos por sessão de atividade moderada ou caminhada.

Deste modo, conforme os resultados que demonstram o nível de atividade física, é possível identificar que a atividade física que mais contribui para o resultado “ativo” refere-se, conforme tabela 9, às atividades físicas fortes ou vigorosas por até 3 dias ( $\Sigma=5,3$  dias), enquanto que para o resultado “muito ativo” as atividades referem-se

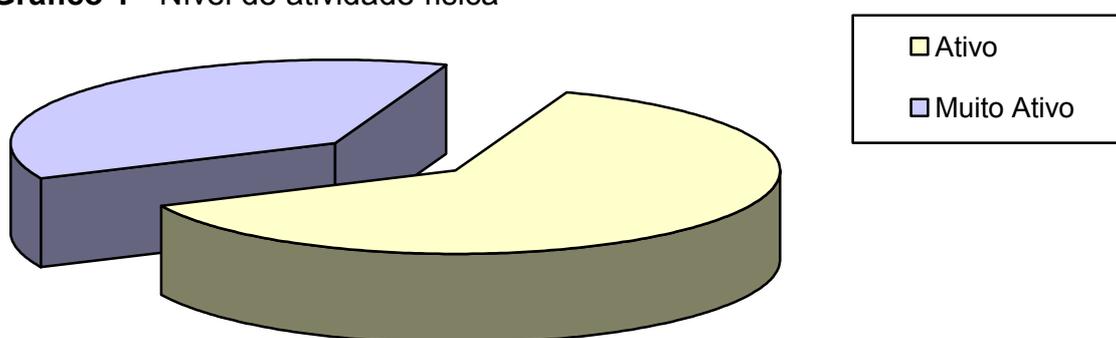
às atividades físicas vigorosas por até 3 dias na semana ( $\Sigma=4,2$  dias), acrescidas de atividades moderadas ( $\Sigma=9,1$  dias), pedalada ou caminhadas por até 5 dias na semana ( $\Sigma=7,8$  dias). Quanto ao tempo solicitado, todas as atividades físicas tiveram resultados superiores aos solicitados (tabelas 5, 6 e 7).

**Tabela 9** – Somatório das atividades físicas para a classificação do nível de atividade física

Atividade Física	Somatório das Atividades
Atividades Físicas Ocupacionais	5,3 dias
Atividades Físicas Fortes ou Vigorosas	4,2 dias
Atividades Físicas Pedalada e Caminhada	7,8 dias
Atividades Físicas Moderadas	9,1 dias
Atividades Sedentárias	5,6 dias

No que concerne ao nível de atividade física realizada pelos sujeitos, conforme gráfico 1, é possível constatar que dentre o número de sujeitos válidos (N=16), os maiores percentuais classificam como “muito ativos” (P=62,5%) e “ativos” (P=37,5%). Nenhum dos sujeitos foi classificado como insuficientemente ativo ou sedentário.

**Gráfico 1** - Nível de atividade física



#### 4.2.3 Nutrição

Quanto ao comportamento frente às refeições, é possível verificar que, dentre o número de sujeitos válidos (N=16), a maior parte dos sujeitos não respondeu a este questionamento (P=37,5%) no questionário sobre estilo de vida, sendo necessário

inquiri-los durante a entrevista. Dentre os que responderam, verificou-se o mesmo percentual (P=31,3%) para o modo de alimentar-se com calma e prazer, assim como para o modo de alimentar-se com pressa e sem apreciar a refeição, o qual acabou sendo confirmado pela maioria dos que não havia respondido esta questão.

Considerando o tipo de alimentos adotados, de acordo a tabela 10, é possível verificar que dentre o número de sujeitos válidos (N=16), o maior percentual é o de resposta positiva para laticínios com 93,8%, doces 62,5%, panifícios e massas com 93,8%, carnes brancas com 87,5%, carnes vermelhas com 56,3%, frutas com 81,3%, verduras com 100% e legumes com 87,5%.

**Tabela 10 – Tipos de alimentos componentes da dieta**

		Freqüência*	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
Laticínios	Sim	15	<b>93,8</b>	93,8	93,8
	Não	1	6,3	6,3	100,0
Doces	Sim	10	<b>62,5</b>	62,5	62,5
	Não	6	37,5	37,5	100,0
Panifícios e Massas	Sim	15	<b>93,8</b>	93,8	93,8
	Não	1	6,3	6,3	100,0
Carnes Brancas	Sim	14	<b>87,5</b>	87,5	87,5
	Não	2	12,5	12,5	100,0
Carnes Vermelhas	Sim	9	<b>56,3</b>	56,3	56,3
	Não	7	43,8	43,8	100,0
Frutas	Sim	13	<b>81,3</b>	81,3	81,3
	Não	3	18,8	18,8	100,0
Verduras	Sim	16	<b>100,0</b>	100,0	100,0
	Não	0	0	0	0
Legumes	Sim	14	<b>87,5</b>	87,5	87,5
	Não	2	12,5	12,5	100,0

\* Todas as respostas tiveram como freqüência de referência n=16

No que se refere ao número de refeições realizadas, é possível demonstrar que dentre o número de sujeitos válidos (N=16), a maioria realiza de 2 a 3 refeições diárias com 62,5%, e de 4 a 5 refeições diárias com 25%.

Com relação à origem dos alimentos, é possível averiguar que, dentre o número de sujeitos válidos (N=16), o maior percentual é pela resposta positiva à preferência por alimentos animais e gordurosos com 93,8%, e pela resposta negativa a preferência por alimentos unicamente orgânicos e integrais com 68,8%.

#### 4.2.4 Relacionamentos sociais

Considerando as relações interpessoais provocadas pelos relacionamentos sociais na família, no trabalho ou na comunidade, verificou-se, segundo a tabela 11, que o maior percentual entre as respostas positivas refere-se à existência de um círculo de amizades já formado (P=87,5%). Verificaram-se ainda, que os maiores percentuais de respostas negativas referem-se à não busca por novas amizades (P=56,3%), à não busca de ações na comunidade (P=87,5%), e ao não envolvimento com a comunidade (P=81,3%). A existência de relações significativas na comunidade obteve percentuais iguais para as resposta “sim” e “não”, com 50% (P) cada.

**Tabela 11 – Aspectos relacionados aos relacionamentos sociais**

		Freqüência*	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
Círculo de Amizades	Sim	14	87,5	87,5	87,5
	Não	2	12,5	12,5	100,0
Busca de Novas Amizades	Sim	7	43,8	43,8	43,8
	Não	9	56,3	56,3	100,0
Interesse por Buscar Novas Amizades	Sim	0	0	0	0
	Não	16	100,0	100,0	100,0
Busca de Ações na Comunidade	Sim	2	12,5	12,5	12,5
	Não	14	87,5	87,5	100,0
Envolvimento com a Comunidade	Sim	3	18,8	18,8	18,8
	Não	13	81,3	81,3	100,0
Relações Significativas na Comunidade	Sim	8	50,0	50,0	50,0
	Não	8	50,0	50,0	50,0

\* Todas as respostas tiveram como freqüência de referência n=16

#### 4.2.5 Estresse

O estresse configura-se como reações orgânicas inespecíficas capazes reagir às ameaças ao equilíbrio homeostático originadas pelos estímulos ambientais (Forattini, 1992). Deste modo, de acordo com a literatura investigada, é possível identificar atualmente quatro tipos de comportamentos de resposta ao estresse: Personalidade Tipo A (altos níveis de agressão, competição e atividade de ataque); Personalidade Tipo B (paciência, alegria frente aos desafios); Personalidade Tipo C (altos níveis de agressão e competitividade, porém com retrações e disposição ao ataque); Personalidade Tipo D (afetividade negativa e inibição social) (FOX *et al.*, 1981;

FRIEDMAN, HALL e HARRIS, 1985; FRIEDMAN e BOOTH-KEWLEY, 1987; ANDRADE, 2001; MASTERS, LACAILE e SHEARER, 2003; PENDERSEN e DENOLLET, 2004).

Quanto ao tipo de personalidade, é possível verificar que, dentre o número de sujeitos válidos (N=16), a maioria não se enquadra nos diversos tipos de personalidade indicadas no questionário (P=68,8). Quanto àqueles que se auto-enquadraram, constatou-se percentual de 25% (P) para o tipo de personalidade “A”, e percentual de 6,3% (P) para o tipo de personalidade “C”.

Dentre os aspectos relacionados ao controle do estresse verificaram-se alguns fatores que podem indicar estados de estresse deletérios à saúde do indivíduo. Para tanto, conforme os dados é possível demonstrar que, dentre o número de sujeitos válidos (N=16), a maioria dos sujeitos indica a não existência de eventos de insônia (P=81,3%), já que este fator é um dos indicadores dos estados de estresse.

Conforme a tabela 12 é possível demonstrar que, dentre o número de sujeitos válidos (N=16), a maioria dos participantes não realiza intencionalmente técnicas de controle do estresse (P=37,5%), enquanto que um percentual de 25% dos sujeitos (P) realiza técnicas de controle do estresse diariamente, e um percentual de 18,8% dos sujeitos (P) realiza estas técnicas semanalmente.

**Tabela 12 – Prática intencional de técnicas de controle do estresse**

		Freqüência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
Válidos	Não realiza técnicas de controle do estresse	6	37,5	37,5	37,5
	Realiza técnicas de controle do estresse diariamente	4	25,0	25,0	62,5
	Realiza técnicas de controle do estresse semanalmente	3	18,8	18,8	81,3
	Não respondeu	3	18,8	18,8	100,0
Total		16	100,0	100,0	

Ainda no que tange ao estresse, mais especificamente às ações de descanso, averiguou-se, segundo a tabela 13, que o maior percentual de respostas positivas indica a inclusão de atividades físicas, recreativas e de lazer (P=56,3%). Verificaram-se ainda, que os maiores percentuais de respostas negativas indicam a não inclusão de repouso ativo no descanso (P=75%), a não inclusão do repouso

passivo no descanso (P=56,3%), e a não inclusão de atividades diversificadas, como leitura, teatro, entre outros (P=68,8%).

**Tabela 13 – Modalidades de ações para descanso frente ao estresse**

		Freqüência*	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
Inclusão de atividades físicas, recreativas e de lazer	Sim	9	56,3	56,3	56,3
	Não	7	43,8	43,8	100,0
Inclusão do Repouso Ativo no Descanso	Sim	4	25,0	25,0	25,0
	Não	12	75,0	75,0	100,0
Inclusão do Repouso Passivo no Descanso	Sim	7	43,8	43,8	43,8
	Não	9	56,3	56,3	100,0
Inclusão de atividades diversificadas	Sim	5	31,3	31,3	31,3
	Não	11	68,8	68,8	100,0

\* Todas as respostas tiveram como freqüência de referência n=16

No que se refere ao sono como descanso, é possível demonstrar que, dentre o número de sujeitos válidos (N=16), o maior percentual é pela resposta que aponta 4 a 7 horas de sono (P=75%), sendo que apenas 6,3% (P) dos sujeitos não respondeu ao questionamento.

#### 4.2.6 Comportamentos preventivos

Os comportamentos preventivos podem afetar à saúde do indivíduo a partir de diversos aspectos. Deste modo, é possível averiguar que, dentre o número de sujeitos válidos (N=16), que a maioria dos participantes apresenta relacionamentos sexuais com parceiros únicos (P=75%).

Quanto ao uso de preservativo sexual (códon), a partir dos dados levantados, é possível verificar que, dentre o número de sujeitos válidos (N=16), o maior percentual indica a não utilização desta proteção pelos sujeitos (P=68,8%), enquanto que apenas um percentual de 31,8% dos sujeitos (P) faz uso do preservativo.

No que diz respeito aos comportamentos frente ao uso do álcool, conforme a tabela 14 é possível averiguar que, dentre o número de sujeitos válidos (N=16), o maior percentual das respostas indica que os sujeitos bebem uma dose ou menos por dia (P=56,3%) e que um percentual de 37,5% (P), não faz uso de álcool.

**Tabela 14 – Consumo diário de bebidas alcoólicas**

		Freqüência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
Válidos	Bebe uma dose ou menos por dia	9	56,3	56,3	56,3
	Bebe até 02 doses por dia	1	6,3	6,3	62,5
	Não bebe	6	37,5	37,5	100,0
Total		16	100,0	100,0	

Considerando apenas os sujeitos que fazem uso do álcool, quanto ao tempo que faz uso do álcool, segundo a tabela 15, é possível demonstrar que, dentre o número de sujeitos válidos (n=10), o maior percentual indica a não resposta do tempo (P=40%), enquanto que o percentual de 20% dos sujeitos (P) faz uso entre 21 e 25 anos, e o percentual de 20% dos sujeitos (P) fazem uso do álcool há 36 anos ou mais.

**Tabela 15 – Tempo que faz uso de bebidas alcoólicas**

		Freqüência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
Válidos	Entre 6 e 10 anos	1	10	10	10
	Entre 21 e 25 anos	2	20	20	30
	Entre 26 e 30 anos	1	10	10	40
	36 anos ou mais	2	20	20	60
	Não respondeu	4	40	40	100
Total		10	100,0	100,0	

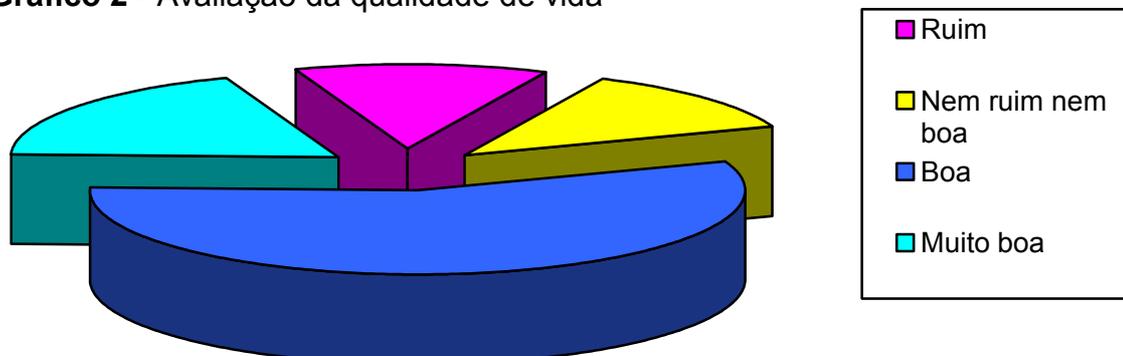
Quanto aos comportamentos frente ao uso do tabaco, de acordo com os dados levantados, é possível verificar que, dentre o número de sujeitos válidos (N=16), a maioria absoluta dos sujeitos atualmente não fumam cigarro ou charuto (P=100%). Entretanto, um percentual de 12,5% (P) dos professores destacou que já fizeram uso do tabaco, mas que pararam a alguns anos.

### 4.3 Qualidade de vida

Dentre o número de sujeitos válidos (N=16), é possível verificar que, de acordo com o gráfico 2, o maior percentual das respostas indica que os sujeitos percebem sua qualidade de vida como “boa” (P=56,3%) e que um percentual de 12,5% (P),

percebe sua qualidade de vida como “ruim”, enquanto que um percentual de 18,8% (P) a percebe como “muito boa”.

**Gráfico 2** - Avaliação da qualidade de vida



#### 4.3.1 Domínio físico

Quanto aos aspectos relacionados à dor física, segundo os dados levantados, é possível averiguar que, dentre o número de sujeitos válidos (N=16), a maioria dos participantes indica que este tema não causa “nenhum” impedimento (P=62,5%). Entretanto, um percentual de 6,3% (P), considera que a dor física causa “bastante” impedimentos.

No que tange à energia suficiente para o dia-a-dia, é possível constatar que, dentre o número de sujeitos válidos (N=16), o maior percentual das respostas indica que apresenta bastante energia (P=43,8%). Contudo, um percentual de 6,3% (P), considera que tem muito pouca energia para o seu dia-a-dia.

No que concerne à satisfação com o sono, é possível verificar que, dentre o número de sujeitos válidos (N=16), o maior percentual das respostas indica que os sujeitos estão “muito satisfeitos” (P=37,5%), mas um percentual de 6,3% (P) se considera “muito insatisfeito” e um percentual de 6,3% (P) como “insatisfeito” com o sono.

Com relação à capacidade de locomoção, é possível averiguar que, dentre o número de sujeitos válidos (N=16), os maiores percentuais das respostas indicam que considera “boa” (P=43,8%) e “muito boa” a capacidade de se locomover (P=43,8%).

No que diz respeito à capacidade de desempenhar as atividades do dia-a-dia, é possível constatar que, dentre o número de sujeitos válidos (N=16), o maior

percentual das respostas indica que os sujeitos estão “satisfeitos” com sua capacidade (P=43,8%), contudo, um percentual de 12,5% (P), considera-se “insatisfeito” com sua capacidade de desempenhar as atividades do dia-a-dia.

No que se relaciona à necessidade de tratamento médico para levar a vida diária, é possível verificar que, dentre o número de sujeitos válidos (N=16), a maioria dos sujeitos entende que não tem “nenhuma” necessidade (P=68,8%) e que um percentual de 18,8% (P), considera que tem “bastante” necessidade de tratamento médico para levar a vida diária.

Com relação à satisfação com capacidade de trabalho, de acordo com a tabela 40, é possível constatar que, dentre o número de sujeitos válidos (N=16), o maior percentual das respostas indica que está “muito satisfeito” (P=43,8%), mas um percentual de 6,3% (P) está “insatisfeito”, e um percentual de 6,3% (P) está “muito insatisfeito” com a própria capacidade de trabalho.

#### 4.3.2 Domínio psicológico

Avaliando os sentimentos positivos, conforme os dados levantados, é possível verificar que, dentre o número de sujeitos válidos (N=16), o maior percentual das respostas indica que os sujeitos aproveitam “bastante” a vida (P=50,0%), mas um percentual de 12,5% (P) considera que aproveita “muito pouco” a vida e um percentual de 18,8% (P) considera que aproveita “extremamente” a vida.

No que tange à frequência que tem sentimentos negativos, é possível constatar que, dentre o número de sujeitos válidos (N=16), o maior percentual das respostas sugeriu que “nunca” apresenta estes sentimentos (P=37,5%), mas um percentual de 6,3% (P) considera que “sempre” tem sentimentos negativos.

Com respeito à capacidade de concentração, é possível demonstrar que, dentre o número de sujeitos válidos (N=16), o maior percentual das respostas é o de sujeitos que consideram que tem “bastante” capacidade (P=50,0%), e que um percentual de 12,5% (P), considera que tem “muito pouca” capacidade de se concentrar.

No que se refere à satisfação consigo mesmo, é possível verificar que, dentre o número de sujeitos válidos (N=16), o maior percentual das respostas indica que os sujeitos estão “satisfeitos” consigo mesmos (P=37,5%), mas um percentual de 12,5% (P) considera que está “insatisfeito” consigo mesmo.

No que diz respeito à capacidade de aceitar a aparência física, é possível averiguar que, dentre o número de sujeitos válidos (N=16), os maiores percentuais das respostas indicam que os sujeitos aceitam “extremamente” (P=37,5%), e aceitam “mais ou menos” a sua aparência física (P=37,5).

No que tange à percepção sobre o sentido da vida, é possível demonstrar que, dentre o número de sujeitos válidos (N=16), o maior percentual das respostas indica que os sujeitos consideram “extremamente” que sua vida tem sentido (P=50%) e que um percentual de 6,3% (P), considera que sua vida tem “mais ou menos” sentido.

#### 4.3.3 Domínio das relações sociais

Quanto à satisfação com as relações sociais, considerando os dados obtidos, é possível constatar que, dentre o número de sujeitos válidos (N=16), que a maioria dos participantes está “satisfeita” com estas relações sociais (P=62,5%), e que um percentual de 25% está “muito” satisfeito.

Com relação à percepção sobre o suporte social que possuem, é possível averiguar que, dentre o número de sujeitos válidos (N=16), o maior percentual das respostas indica que estão “satisfeitos” como o apoio que recebem dos amigos (P=43,8%).

No que concerne à satisfação com a vida sexual, é possível demonstrar que, dentre o número de sujeitos válidos (N=16), os maiores percentuais das respostas indicam que os sujeitos estão “satisfeitos” (P=37,5%), e “muito satisfeitos” com a vida sexual (P=37,5%), mas um percentual de 6,3% (P) considera que está “muito insatisfeito” com a vida sexual.

#### 4.3.4 Domínio do meio ambiente

Considerando a percepção sobre o quanto o sujeito se sente seguro na sua vida diária, segundo os dados levantados, é possível verificar que, dentre o número de sujeitos válidos (N=16), o maior percentual das respostas sugere que os sujeitos se

sentem “bastante” seguros (P=37,5%), sendo que o percentual de 6,3% (P), não respondeu a este questionamento.

No que tange à satisfação com as condições do local onde mora, é possível averiguar que, dentre o número de sujeitos válidos (N=16), os maiores percentuais das respostas indicam que os sujeitos estão “satisfeitos” (P=43,8%) e “muito satisfeitos” (P=43,8%).

Com respeito à condição econômica, é possível demonstrar, que dentre o número de sujeitos válidos (N=16), o maior percentual das respostas aponta que os sujeitos percebem que “mais ou menos” tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades (P=37,5%), mas um percentual de 6,3% (P) considera que tem “muito pouca” condição financeira para satisfazer suas necessidades.

No que se relaciona à satisfação com o acesso aos serviços de saúde, é possível averiguar que, dentre o número de sujeitos válidos (N=16), o maior percentual das respostas aponta que os sujeitos estão “satisfeitos” com o acesso a estes serviços (P=43,8%), mas um percentual de 6,3% (P), considera que está “insatisfeito” com o acesso aos serviços de saúde.

Com respeito à disponibilidade das informações que os sujeitos precisam no dia-a-dia, é possível verificar que, dentre o número de sujeitos válidos (N=16), o maior percentual das respostas indica que as informações estão “bastante” disponíveis (P=56,3%), contudo, um percentual de 6,3% (P), considera que as informações que precisa estão “muito pouco” disponíveis.

Quanto às oportunidades de atividades de lazer, é possível constatar que, dentre o número de sujeitos válidos (N=16), o maior percentual das respostas indica que os sujeitos possuem “bastante” oportunidades de lazer (P=43,8%), mas um percentual de 12,5% (P) considera que não tem “nada” de oportunidades de lazer.

No que se refere à percepção sobre o quão é saudável o meio ambiente físico, é possível averiguar que, dentre o número de sujeitos válidos (N=16), o maior percentual das respostas indica que o meio ambiente é “bastante” saudável (P=50%), todavia, um percentual de 12,5% (P), considera que o meio ambiente é “extremamente” saudável.

No que tange à satisfação com o meio de transporte, é possível demonstrar que, dentre o número de sujeitos válidos (N=16), os maiores percentuais das respostas apontam que os sujeitos estão “satisfeitos” (P=43,8%), e “muito satisfeitos” com o

meio de transporte (P=43,8%), entretanto, um percentual de 6,3% (P), está “muito insatisfeito” com o meio de transporte.

#### 4.4 Docência em Educação Física

Considerando os dados levantados, no que diz respeito à docência propriamente dita, é possível constatar que a média do número de turmas que atua por semana é de 3,3 dias (X), apresentando desvio padrão de 0,70 (DP), e medidas mínima de 2 dias (MN) e máxima de 5 dias (MX). Ainda, é possível demonstrar que a média do número de alunos que leciona é de 80,4 alunos (X), apresentando desvio padrão de 30,93 (DP), e medidas mínima de 50 alunos (MN) e máxima de 150 alunos (MX).

##### 4.4.1 Condições de trabalho

Ainda de acordo com os dados obtidos, no que se refere à jornada semanal de trabalho, é possível constatar que a média do número de horas por semana é de 45 horas (X), apresentando desvio padrão de 8,97 (DP), e medidas mínima de 40 horas (MN) e máxima de 70 horas (MX). Entretanto, averiguou-se ainda, que esta jornada de trabalho que na maioria dos casos oficialmente é de 40 horas semanais com dedicação exclusiva, para alguns sujeitos, a jornada acaba extrapolando para até 70 horas semanais na mesma instituição, sem, no entanto, perceber qualquer remuneração para isto.

Com respeito ao turno que trabalha, de acordo com a tabela 16, é possível demonstrar que, dentre o número de sujeitos válidos (N=16), o maior percentual das respostas aponta que os sujeitos trabalham nos três turnos, ou seja, matutino, vespertino e noturno (P=43,8%), todavia, um percentual de 6,3% (P), trabalha em um único período, neste caso, o matutino.

**Tabela 16** – Turno em que os professores lecionam

		Freqüência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
Válidos	Matutino	1	6,3	6,3	6,3
	Vespertino e noturno	3	18,8	18,8	25,0
	Matutino e noturno	2	12,5	12,5	37,5
	Matutino e vespertino	3	18,8	18,8	56,3
	Matutino, vespertino e noturno	7	<b>43,8</b>	43,8	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

No que concerne ao regime de trabalho, é possível verificar que, dentre o número de sujeitos válidos (N=16), a maioria das respostas indica que os sujeitos se enquadram no regime de dedicação exclusiva (P=81,3%), enquanto que um percentual de 18,8% (P) não possui regime de dedicação exclusiva.

#### 4.4.2 Carreira docente

Considerando os critérios de seleção da amostra estabelecidos *a priori*, principalmente a exigência de que o participante deveria ser graduado em Educação Física e possuir título de doutor, foram investigados o tempo de ambas as titulações, bem como a área que o sujeito realizou seu doutoramento. No que tange ao tempo em que o sujeito possui o título de graduado em educação física, conforme a tabela 17 é possível demonstrar que, dentre o número de sujeitos válidos (N=16), os maiores percentuais das respostas indicam que os sujeitos estão formados entre 16 e 20 anos (P=31,3%), e entre 26 e 30 anos (P=31,3%), contudo, um percentual de 6,3% (P), está graduado há 36 anos ou mais.

**Tabela 17 – Tempo de graduação dos professores**

		Freqüência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
Válidos	Entre 11 e 15 anos	1	6,3	6,3	6,3
	Entre 16 e 20 anos	5	31,3	31,3	37,5
	Entre 21 e 25 anos	4	25,0	25,0	62,5
	Entre 26 e 30 anos	5	31,3	31,3	93,8
	36 anos ou mais	1	6,3	6,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

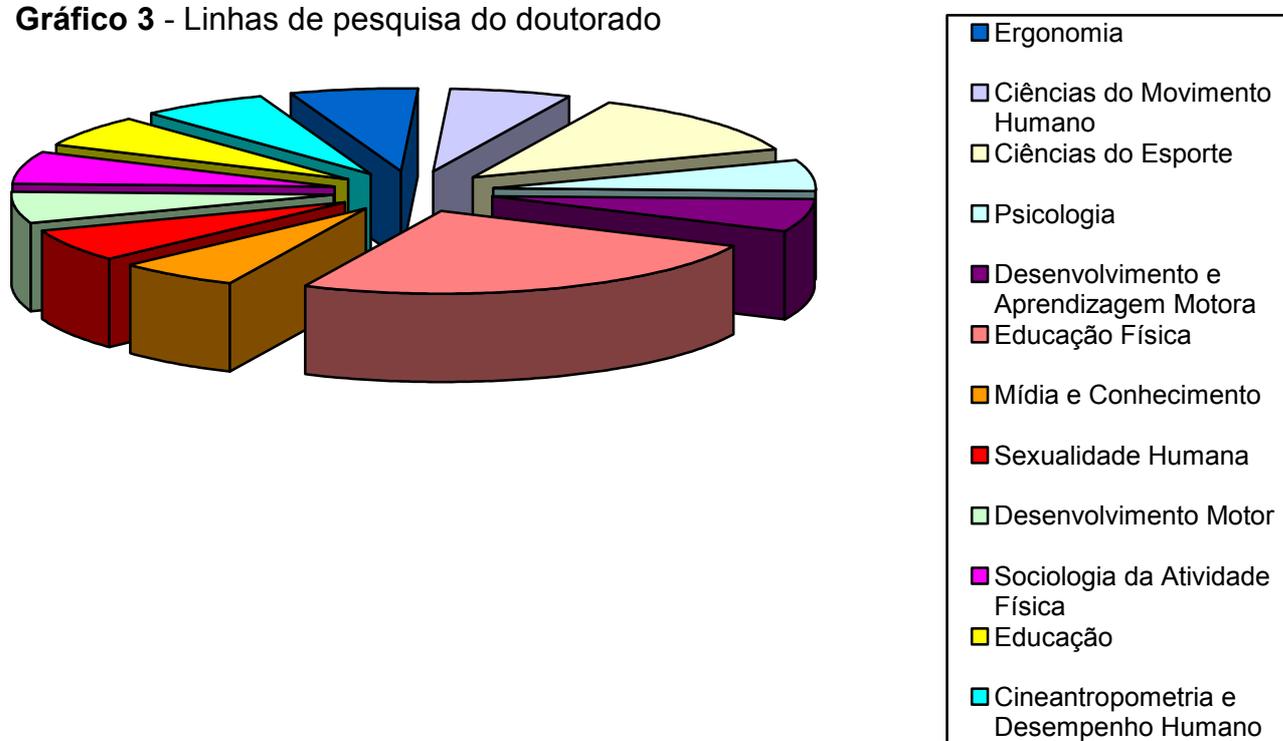
No que se refere ao tempo em que o sujeito possui o título de doutor, conforme a tabela 18, é possível constatar que, dentre o número de sujeitos válidos (N=16), a maioria das respostas indica que os sujeitos possuem o título de doutor entre 1 e 5 anos (P=56,3%).

**Tabela 18 – Tempo de pós-graduação – doutorado dos professores**

		Freqüência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
Válidos	Entre 1 e 5 anos	9	56,3	56,3	56,3
	Entre 6 e 10 anos	5	31,3	31,3	87,5
	Entre 11 e 15 anos	1	6,3	6,3	93,8
	Entre 16 e 20 anos	1	6,3	6,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Quanto à linha do doutorado, segundo o gráfico 3, é possível demonstrar que, dentre o número de sujeitos válidos (N=16), o maior percentual das respostas indica que os sujeitos possuem o título de doutor na linha de pesquisa em educação física (P=25%), seguido das ciências do esporte (P=12,5%). Com percentual menor, verificaram-se diversas outras linhas de pesquisa no doutoramento, tais como ergonomia, ciências do movimento humano, psicologia, desenvolvimento e aprendizagem motora, mídia e conhecimento, sexualidade, desenvolvimento motor, sociologia das atividades físicas, educação, cineantropometria e desempenho humano, com 6,3% (P) cada uma delas.

**Gráfico 3** - Linhas de pesquisa do doutorado



## **CAPÍTULO 5 – RESULTADOS DA ANÁLISE DOS DADOS VERBAIS**

Este capítulo apresenta os resultados obtidos através da análise de conteúdo dos dados coletado pela entrevista semi-estruturada, construída segundo as categorias expostas no quadro de indicadores deste estudo. Para tanto, é dividido em três tópicos principais. O primeiro tópico apresenta os discursos dos participantes sobre o estilo de vida, abordando seis itens: nutrição, comportamentos preventivos, relacionamentos sociais, estresse, atividade física, e saúde dos participantes. O segundo tópico expõe os discursos sobre qualidade de vida, tratando de três itens: definição de qualidade de vida, fatores intervenientes na qualidade de vida, e fatores determinantes da qualidade de vida. O terceiro tópico mostra os discursos sobre a docência em educação física, versando sobre seis itens: condições de trabalho, carreira docente, função social, *status* profissional, ambiente acadêmico, e teoria e prática na promoção da saúde em Educação Física.

Torna-se necessário esclarecer que, neste capítulo, são apresentados recortes retirados das verbalizações das entrevistas, inclusive da recorrente, que buscam demonstrar o significado que o pesquisador conseguiu extrair das temáticas investigadas, e que, portanto, os conteúdos não são apresentados integralmente. Deve-se ressaltar ainda que não são expostos, exceto naqueles sobre a definição de qualidade de vida, os entendimentos dos 16 participantes investigados, ao contrário, apresentaram-se apenas verbalizações que representassem a maioria dos sujeitos, enquanto que as verbalizações isoladas ou discrepantes, caso fossem relevantes ao significado das temáticas, também foram expostas, mas devidamente identificadas de que se tratavam de apenas alguns sujeitos.

### **5.1 Estilo de vida**

Considerando que os participantes deste estudo são professores doutores, graduados em Educação Física e atuantes no ensino superior desta área, é necessário esclarecer que a maioria das temáticas tratadas neste estudo é de conhecimento corrente dos sujeitos. Deste modo, foi possível constatar que alguns sujeitos percebem que pode haver uma aproximação entre o discurso próprio e o

discurso teórico para além do que realmente o sujeito realiza. No entanto, esta consideração não deve ser entendida como manipulação de informações já que alguns sujeitos salientam este cuidado necessário à pesquisa científica, como pode ser observado no fragmento de verbalização do P7, que afirma que *“para se aproximar de qualquer ação educativa e até mesmo da teoria, tem que procurar aproximar a atual prática do teu discurso, porque é muito comum, já que no discurso é fácil, o papel aceita tudo, é muito comum tu desenvolver uma teoria, algumas idéias, alguns ideais, mas tu mesmo não desenvolves consigo mesmo”*. Deste modo, é possível demonstrar que esta consciência apresentada por alguns sujeitos, oferece consistência e confiabilidade à análise de dois aspectos básicos, o estilo de vida e a ação educativa, que se fundem no trabalho docente, como demonstra a verbalização do P9, que afirma que *“(...) uma coisa que acontece muito nas pesquisas, e que se tem que tomar cuidado, é que muitas respostas estão em torno de um ideal, daquilo que tu acha que realmente é certo, e não daquilo que realmente faz no dia-a-dia (...)”*.

No que se refere ao estilo de vida saudável, conforme o quadro 7, é possível sugerir que a maioria dos participantes considera que apresenta ou busca um estilo de vida saudável (V1). Mesmo considerando saudável o estilo de vida, ainda assim os participantes consideram que existem aspectos que poderiam ser modificados (V1 e V3). Os participantes justificam que apesar de alguns fatores interferirem negativamente, a maior parte dos fatores interfere positivamente, possibilitando manter o mínimo suficiente para uma vida saudável.

#### **Quadro 7** – Percepções de participantes acerca do estilo de vida saudável e fatores intervenientes

V1. *“(...) eu sempre procuro ter o estilo de vida saudável (...). Como falei, eu queria ter mais tempo para me dedicar ao lazer, mas não tenho esse tempo. Então o meu estilo de vida é um corre-corre que não permite que eu tenha um estilo de vida melhor tirando o estresse, pois tenho um pouco de ansiedade (...)”* (P6)

V3. *“O meu estilo de vida eu considero, apesar da questão do estresse, já que eu apresento algumas doenças relacionadas a isto, (...) Eu acho, que se fosse colocar na balança, essa questão dos afazeres semanais estariam mais desequilibrados em relação ao estresse (...)”* (P9)

Nas relações estabelecidas entre a saúde e o estilo de vida, conforme quadro 8, é possível verificar tanto o conhecimento de categorias apontadas na literatura

investigada, como os hábitos saudáveis, o lazer, a atividade física, a nutrição, a família, e a condição socioeconômica, que revelam a opção pelos hábitos saudáveis (V1), quanto as que apresentam alguns conceitos microestruturais e macroestruturais que participam da relação entre a saúde e o estilo de vida, extrapolando assim a relação entre estas categorias (V2 e V3).

**Quadro 8** – Percepções de participantes acerca das categorias relacionadas à saúde e ao estilo de vida

V1. *“(...) os meus hábitos deste estilo de vida, estão bem mais focados na saúde do que em hábitos mais desregrados. Então, eu sempre procuro ter o estilo de vida saudável (...). Mas enfim os meus hábitos relacionados aos alimentos, convívio, consumo de álcool e cigarro, como eu não faço essas coisas, eu acho que o tenho um estilo vida mais voltado para a saúde”.* (P6)

V2. *“(...) o meu estilo de vida é bom (...), principalmente a gente for considerar o aspecto econômico, pois o salário é relativamente bom em relação à sociedade (...), e a família que se dá bem (...)”* (P9)

V3. *“(...) o estilo de vida tem a ver com a cultura, com as questões culturais, sociais, econômicas e políticas (...)”* (P14)

Quanto às origens teóricas dos determinantes do estilo de vida, é possível constatar divergências em relação a esta categoria, conforme quadro 9, pois foram verificadas tanto perspectivas baseadas em aspectos sociológicos (V1), quanto em aspectos psicológicos, culturais e políticos (V2), deslocando deste modo, o foco do conceito atual de estilo de vida oriundo da saúde pública.

**Quadro 9** – Percepções de participantes acerca dos determinantes do estilo de vida a partir de diferentes origens teóricas do conceito

V1. *“(...) Para mim o estilo de vida tem uma conotação muito forte e ao mesmo tempo muito perversa, no sentido de transferência de responsabilidades, (...) pois há toda uma determinação social (...)”* (P3)

V2. *“(...) essa questão do estilo de vida não pode ser considerada como uma questão apenas individual (...), você não pode culpar as pessoas (...), porque existe um conjunto de fatores que fazem com que o estilo de vida seja assim (...), o estilo de vida tem a ver com a cultura, com as questões culturais, sociais, econômicas e políticas (...)”.* (P14)

A partir da identificação dos aspectos intervenientes no estilo de vida, é possível demonstrar, segundo o discurso da maioria dos participantes, que o trabalho é o principal aspecto determinante do estilo de vida, como pode ser observado na verbalização do P3 que avalia que seu estilo de vida *“(...) geralmente com ele é, do mundo do trabalho para quem é adulto. Pois são muito mais horas para voltadas ao*

*trabalho”, assim como na verbalização do P13 que o seu “(...) estilo de vida está todo associado à questão do trabalho (...).”*

Deste modo, considerando o trabalho como um dos principais determinantes do estilo de vida, é possível verificar, que esta categoria, para maioria dos sujeitos, influencia negativamente o estilo de vida, como pode ser observado na verbalização do P4 que afirma que *“(...) o que tem de ruim no meu estilo de vida é o tipo de trabalho que eu realizo (...). O trabalho que eu realizo tem uma demanda de produção e de fatores que contribuem para alterar a rotina, o caso do almoço é o mais gritante, a atividade física também é muito prejudicada”*. Este fragmento de verbalização exemplifica claramente que as percepções baseiam-se nas experiências profissionais dos participantes que acumulam cargos, funções e tarefas que prejudicam suas vidas cotidianas, pois sofrem as conseqüências deletérias do trabalho no âmbito físico, psíquico e social.

Segundo o levantamento realizado nos discursos, para a maioria dos participantes, os aspectos do estilo de vida mais afetados pelo trabalho são: o lazer (V1 e V5), as atividades físicas, o perfeccionismo e a ansiedade (V2 e V3), e o estresse (V4), provocados principalmente pela sobrecarga de trabalho (V3 e V5). Estes aspectos podem ser observados no quadro 10, demonstrando assim relação entre trabalho, estresse e diminuição do tempo livre.

**Quadro 10** – Percepções de participantes acerca dos aspectos do estilo de vida que são mais afetados pelo trabalho

V1. <i>“(...) geralmente com uma pequena parte para o lazer (...). Quantas horas são dedicadas ao lazer? Com certeza o lazer restrito ao final de semana, a um turno, a um dia, ou a um final de semana (...) então a onde fica o horário de lazer? (...)”</i> (P3)
V2. <i>“(...) eu não tenho um estilo de vida ruim (...), mas eu poderia me trabalhar de uma forma sobre este meu controle, que é isto que me mata, esta minha ansiedade, esta coisa de me cobrar, de que querer trabalhar perfeitamente (...)”</i> (P4)
V3. <i>“(...) eu considero um estilo de vida saudável, tirando o estresse, pois tenho um pouco de ansiedade, (...) eu percebo que estou decaindo fisicamente, em decorrência dessa questão do trabalho (...)”</i> (P8)
V4. <i>“(...) apesar de tudo, do estresse, considero que tem um nível do estilo de vida bom (...)”</i> (P9)
V5. <i>“(...) o meu estilo de vida poderia ser melhor, ou seja, realizando um certo número de atividades físicas formais, aumentando tempo livre do lazer, e diminuindo as atividades ocupacionais, então daria para ser melhor nesses aspectos (...)”</i> (P15)

Considerando o estresse como um dos principais determinantes do estilo de vida, é possível sugerir que para a maioria dos sujeitos, um dos aspectos que origina o estresse se refere às condições de trabalho, principalmente o deterioramento das condições materiais, estruturais, e físicas das Instituições envolvidas. Este entendimento pode ser constatado na verbalização do Participante 8: *“(...) às vezes incomoda quando chego aqui no CEF 2 e os aparelhos não funcionam, (...) e eu me estresso profundamente (...). Só que hoje em dia eu já nem percebo como má vontade das pessoas, mas é a falta de dinheiro para consertar (...), e você começa a entender que existe um caos (...). Então eu acabo levando para casa muito do estresse do trabalho, eu não consigo separar isso da minha vida, até porque separar não dá”*.

Um segundo aspecto determinante do estilo de vida, segundo a percepção de alguns participantes, é a questão sócio-econômica não favorável, como demonstra a verbalização do P10 que afirma que *“(...) o que eu gostaria hoje de melhorar, acho que é o meu problema, é financeiro, (...) Então se tivesse que melhorar, fazer um melhor ajuste, seria econômico, (...) então hoje o meu estilo de vida está marcado muito em função disso (...). Eu gostaria de melhorar bastante, investir mais, me dedicar mais aos cursos como uma forma de compensar essa defasagem financeira que nós sofremos hoje como professor (...)”*, pois este aspecto acaba tomando proporções negativas à medida que limita ações necessárias ao trabalho docente, como a compra de livros, periódicos, equipamentos próprios, entre muitos outros, como aponta a verbalização do P14: *“(...) o meu estilo de vida hoje pode ser considerado que tem alguns consumo, alguns dos quais eu critico, mas que eu não faço uso mais, (...) até porque o salário de professor não dá (...)”*.

Quanto à percepção positiva sobre a situação sócio-econômica, verifica-se que a minoria dos participantes apresenta estas percepções, e que, como podem ser verificadas no quadro 11, são originadas de sujeitos que trabalham em mais de uma instituição (V1), ou acumulam aposentadorias (V2), ou que já estão próximo ao topo de sua situação funcional (V3). Este entendimento baseia-se na constatação que os participantes citados (P1, P5 e P15) trabalham no ensino superior em Educação Física há pelo menos vinte anos, e sendo assim é possível entender que não ocorrem ganhos excessivos ou exagerados, mas percepções relativizadas sobre suas próprias situações e de seus colegas de trabalho (V2).

**Quadro 11** – Percepções de participantes acerca da determinação positiva das condições sócio-econômicas ao estilo de vida

V1. <i>“(...)o meu salário não é ruim não, eu consigo viver, consigo ter dignidade, consigo viajar, consigo planejar, eu sou um cara bem planejado com dinheiro, eu gasto muito pouco (...)” (P1)</i>
V2. <i>“(...) o meu estilo de vida reflete uma característica de eu estar aposentado com um salário de uma universidade federal (...), se nós olharmos, hoje, o salário da não é problema para mim porque eu tenho minha aposentadoria, mas é muito baixo o salário. Se eu dependesse somente do salário da IESP 2, talvez o ponto principal eu fosse falar seria o salário e das condições de trabalho”. (P5)</i>
V3. <i>“(...) ao longo desse tempo de trabalho eu consegui agregar gratificações que hoje não tem mais, ou seja, se comparado os professores de hoje tenho salário três vezes maior do que um ingressante, valor que nenhum professor estaria conseguindo atingir isso hoje (...)” (P15)</i>

Apesar da literatura investigada não tratar o meio ambiente como uma das categorias diretamente relacionada ao estilo de vida, alguns participantes manifestaram em suas falas a preocupação com esta categoria, tanto na sua vida pessoal e social, como poder ser verificado nas verbalizações do P11 que afirma que *“(...) eu parto antes de tudo, pelo respeito à vida, (...) não só pelos seres humanos mas por todos os outros seres (...). Então acho que o meu estilo de vida é diferenciado dos outros (...)”*, e do P13 que afirma que *“(...) um dos aspectos seria aproveitar mais as questões do meio ambiente, (...) no sentido de contemplar a própria natureza e ter maior convívio (...)”*, quanto na vida profissional, como afirma o P14 que aponta que *“(...) não adianta comer um monte de coisa sem ter a consciência ecológica, ambiental, humana do que você está fazendo com que você próprio e com a natureza que você está ajudando a acabar, (...)”* pois é necessário *“(...) privilegiar um ensino, pesquisa, extensão, práticas pedagógicas que tenham relação com a vida, com a natureza, com os que sofrem, com a miséria da condição humana.*

Deste modo, é possível identificar determinantes físicos, psíquicos, sociais e culturais do estilo vida, como, que pode ser observado no quadro 16. Estes determinantes podem apresentar influências negativas e positivas sobre o mesmo aspecto, pois sintetizam tanto o conteúdo investigado de agrupamentos categoriais de diversos participantes, quanto o entendimento de um único sujeito.

**Quadro 12** – Síntese dos determinantes físicos, psíquicos, sociais e culturais do estilo de vida

<b>FÍSICOS</b>	<b>PSÍQUICOS</b>	<b>SOCIAIS</b>	<b>CULTURAIS</b>
Saúde	Saúde	Saúde	Saúde
Alimentação	Estresse	Lazer	Hábitos de vida
Atividade física	Qualidade de vida	Qualidade de vida	Religiosidade
Condição física	Ansiedade	Trabalho	Ecologia/Meio ambiente
	Perfeccionismo	Condição sócio-econômica	Contexto histórico
		Modelo social, político e econômico	Cultura propriamente dita

Considerando os determinantes constatados, é possível verificar dois aspectos que interferem no estilo de vida saudável da maioria dos participantes, que são o trabalho e as condições sócio-econômicas, como pode ser observado no quadro 13. Este entendimento baseia-se nos resultados levantados de que não é possível desvincular o trabalho docente, e suas peculiaridades, do seu modo de vida, pois o trabalho está na base da própria configuração social atual, que determina deste modo, as condições socioeconômicas.

**Quadro 13** – Síntese sobre o trabalho e as condições sócio-econômicas

<b>TRABALHO</b>	
<b>POSITIVAS</b>	<b>NEGATIVAS</b>
Condições econômicas dos veteranos	Condições econômicas dos iniciantes
Condições sociais	Condições de trabalho
Tipo de Trabalho	Sobrecarga de trabalho
Característica intelectual do trabalho	Acúmulo de cargos e funções
<b>CONDIÇÕES SÓCIO-ECONÔMICAS</b>	
<b>POSITIVAS</b>	<b>NEGATIVAS</b>
Acesso pessoal à arte, cultura e música	Falta de acesso pessoal aos livros e periódicos
Facilidade na manutenção da condição econômica	Dificuldade na manutenção da condição econômica
Acúmulo de ganhos (aposentadoria, 2º salário)	Baixos salários
Status do trabalho intelectual	Acúmulo de cargos e funções

### 5.1.1 Nutrição

A literatura investigada sobre o conceito de estilo de vida deste estudo, originária da saúde pública, considera a “nutrição” como um dos cinco fatores que devem ser contemplados na análise do estilo de vida na atualidade. Sendo assim, é possível constatar, conforme quadro 14, que a maioria dos participantes considera sua alimentação saudável (V1, V2 e V3), sendo que alguns participantes atribuem esta perspectiva ao histórico de atleta (V1 e V4).

#### Quadro 14 – Percepções de participantes acerca da alimentação saudável

V1. <i>“(...) eu tenho um histórico diferente porque eu fui atleta a minha vida toda, (...) então os hábitos atuais de alimentação que eu tenho a meu ver são muito saudáveis (...)”</i> (P1)
V2. <i>“(...) eu consideraria que tenho hábitos relativamente saudáveis (...), a natureza da alimentação não é ruim, é boa (...)”</i> (P8)
V3. <i>“(...) eu acho que faço uma alimentação bastante saudável, pois além da minha percepção eu tenho alguns índices clínicos do que mostram que tenho um colesterol bastante aceitável (...), procuro manter uma alimentação equilibrada e saudável (...)”</i> (P9)
V4. <i>“(...) há até alguns anos atrás quando ainda era atleta, até 2001 eu competia eu tinha a alimentação cuidada, agora eu procuro manter algumas coisas”.</i> (P15)

No que diz respeito aos aspectos negativos da alimentação, a maioria dos sujeitos percebe, que tem consciência dos hábitos que prejudicam sua alimentação, mostrando que estes se referem principalmente às questões relacionadas à frequência e ligadas às rotinas de trabalho, como pode ser verificados na verbalização do P8 que aponta que *“(...) basicamente o problema da minha alimentação é a frequência (...), isso me incomoda um pouco, pois eu não tenho os rituais bem fechadinhos, por que a universidade tem essa questão do muito aberto, eu nunca tenho um horário certo para estar aqui (...), as rotinas de trabalho interferem muito, pois depende muito do dia, do horário, e isto muda tudo. Dependendo das tarefas do dia e eu acabo me alimentando melhor ou pior.(...)”*, e à quantidade e qualidade dos alimentos, como pode ser constatado na verbalização do P14, que afirma que *“(...) a minha alimentação nunca foi muito saudável (...). Eu penso que atualmente é minha alimentação não seja balanceada, mas eu acho que não como antigamente (...)”*.

No que concerne à relação entre os aspectos relacionados ao trabalho e os hábitos alimentares, averiguou-se que para a maioria dos participantes, esta é um aspecto negativo no estilo de vida. Como pode ser constatado no quadro 15, os sujeitos declararam que as rotinas de trabalho interferem negativamente em seus hábitos alimentares, principalmente no que se refere aos horários e locais (V1, V2 e V3), quantidade e qualidade (V3) e objetivos da alimentação (V3).

**Quadro 15** – Percepções de participantes acerca dos aspectos negativos relacionados ao trabalho na alimentação

V1. *“(...) o que mais atrapalha é dar aula as 5:40h, (...) pois ainda não se tem fome, pois tu comeu alguma coisa ou ainda lanchou, e aí se não comeu até 7:20h ou até as 8:10h, não pego intervalo porque os alunos ficam lá para orientação e eu acabo não tendo intervalo e às vezes deixo para comer mais tarde porque eu não gosto do lanche da faculdade (...)” (P2)*

V2. *“(...) realmente, em alguns períodos do ano acontece de eu não conseguir almoçar entre o meio dia e as duas horas da tarde, por exemplo: hoje eu almocei duas e meia, mas ontem eu almocei cinco horas da tarde (...)” (P4)*

V3. *“(...) uma dificuldade muito grande com alimentação é o horário, eu não tenho horário certo para comer, eu não como de tantas e tantas, essa é uma dificuldade que eu tenho. (...) por que a universidade tem essa questão dos horários muito aberto, e eu nunca tenho um horário certo para estar aqui (...). Dependendo das tarefas do dia eu acabo me alimentando melhor ou pior”. (P8)*

Quanto às dificuldades inerentes aos locais de alimentação, foi possível constatar percepções divergentes entre alguns dos participantes, pois, dentre aqueles que não se alimentam em suas residências, a dificuldade encontrada reside nos estabelecimentos procurados, pois estão próximos aos locais de trabalho implicando deste modo, a redução de oportunidades, como pode ser observado na verbalização do P5: *“(...) dificilmente eu retorno para minha residência para almoçar, as minhas rotinas já me condicionam as poucas oportunidades que eu tenho ao redor do trabalho, (...) isso é um aspecto que eu acho negativo, que você não ter opções de se alimentar (...). Eu vejo como dificuldade de manter hábitos de alimentação, na situação e que as minhas refeições são feitas pelo menos as do meio-dia em restaurante, então dependendo do restaurante, não me permite muitas vezes hábitos muito saudáveis (...)”*. Já entre aqueles que se alimentam em suas residências, foi possível verificar a dificuldade principal reside na variação do cardápio principalmente por questões financeiras, como pode ser verificadas na verbalização do P6: *“(...) eu não considero boa (alimentação), porque se eu fosse no restaurante todo dia, mas aí não teria dinheiro para isso, eu poderia escolher os*

*alimentos, aquelas coisas todas. Mas como em casa, a maioria das vezes é feijão com arroz, carne, pois falta daquela variedade de alimentos. por isso que eu acho que é regular. Gostaria de poder comer em restaurantes, mas atualmente é impossível”.*

Outro aspecto destacado pela maioria dos sujeitos refere-se às exigências do trabalho administrativo, pois, apesar de todas as atribuições inerentes às direções, coordenações e chefias, os oito sujeitos que participam da administração direta das suas Instituições, reclamam que os horários são reduzidos. Deste modo, é possível verificar que os participantes envolvidos nas rotinas administrativas de suas universidades percebem que a sobrecarga de trabalho prejudica tanto a quantidade e qualidade da alimentação, como aponta o P6: *“(...) depois que eu entrei na Chefia, eu dei uma engordada boa, acho que por causa do cargo (...) tenho o mau hábito de ficar das 12:30 até 8 ou 9 horas sem comer nada, em função de não dar tempo mesmo de nada, pois eu dou aula das 18:30 até as 21:30, e ai fica aquele horário (vespertino na administração) (...) realmente de segunda a sexta esta fora de manter uma qualidade de alimentação (...)”,* quanto as rotinas de alimentação como afirma o P15: *“(...) na realidade com respeito à alimentação, eu até bem pouco tempo atrás, até assumir um cargo de administração na universidade, eu mantinha bem controlados os hábitos alimentares. Infelizmente com as rotinas de trabalho na minha administração, não se consegue controlar um aspecto importante, que é a questão do tempo para a alimentação (...)”.*

Quanto à relação entre a alimentação e o controle do peso corporal, é possível observar que a maioria está na faixa de obesidade grau 1 ou grau 2. Considerando o quadro 16, verifica-se que a maioria dos participantes apresenta percepções sobre seu peso corporal congruentes com as medidas objetivas de peso e altura (V1, V2 e V4), pois existem dois participantes que estão na faixa de obesidade grau 1 e um participante no grau 2 de obesidade. Verificam-se ainda, que alguns sujeitos não se percebem como obesos, buscando apenas cuidados com a alimentação para a manutenção do peso corporal (V3), já que considerando a escala do IMC, o P7 apresenta-se na faixa de obesidade grau 1.

**Quadro 16 –** Percepções de participantes acerca da relação controle de peso corporal e alimentação

V1. <i>“(...) desde os meus 15 anos faço dieta, pois eu tenho na família não pessoas obesas, mas com tendência a obesidade (...), a gente te estar controlando o peso, (...) sempre cuidando do peso, e agora depois que eu parei de treinar para competição a questão da oscilação sempre tem que estar cuidando também (...)”</i> (P4)
V2. <i>“(...) basicamente os meus hábitos relacionados à alimentação, estão influenciados pela minha vontade e necessidade de perder peso, para não ficar com sobrepeso (...)”</i> (P5)
V3. <i>“(...) na verdade, hoje eu estou buscando uma mudança radical. (...) hoje eu estou procurando, não uma dieta com intenção de perda de peso, mas acho que mantendo assim a gente tem uma boa qualidade de vida, mas principalmente para manter a saúde, pois eu abusava muito das comidas gordurosas, muito nas frituras. (...)”</i> (P7)
V4. <i>“(...) eu tenho que fazer algumas restrições, embora não venha fazendo essas restrições, pois estou bem acima do meu peso (...)”</i> (P12)

No que tange à relação entre a alimentação e a condição financeira, verificaram-se percepções diferentes, pois alguns entendem que a condição financeira não lhe permite realizar refeições em restaurantes de sua escolha, como afirma o P6: *“(...) se eu fosse no restaurante todo dia, porque aí eu poderia escolher os alimentos, aquelas coisas todas (...). Gostaria de poder comer em restaurantes, mas atualmente é impossível, não teria dinheiro para isso (...)”*. Já para outros sujeitos, existem formas alternativas de manter uma alimentação saudável, como o programa “Sacolão”, que se caracteriza por ações privadas que recebem apoio governamental, normalmente municipal, para propiciar a venda de alimentos hortifrutigranjeiros diretamente do produtor para o consumidor, como pode ser observado na verbalização do P13: *“(...) nos últimos dez anos, em relação a essa parte da alimentação, tem sido bem privilegiado, já que para fazer justamente dez anos que moro em Florianópolis e existe um programa que é denominado “sacolão”, que no meu ponto de vista, permite o acesso, na questão financeira, à compra de verduras, frutas, comparativamente em termos de preço bem acessível”*.

No que diz respeito à relação entre alimentação e conhecimento sobre a temática, deve-se reforçar a informação que os pesquisados são professores doutores, com a formação inicial em educação Física, pois estas características dos sujeitos podem gerar caso não se providenciem os devidos cuidados, a manipulação da resposta dada. Deste modo, mesmo considerando as diferentes áreas de atuação dos sujeitos, o conhecimento sobre os aspectos relacionados a uma

alimentação saudável faz parte do corpo de conhecimento da Educação Física, e portanto, deve ser admitido na análise dos dados sobre esta temática.

Portanto, é possível sugerir que a maioria dos participantes considera sua alimentação saudável. Entretanto, a síntese das verbalizações demonstra que a categoria trabalho configura-se como elemento influenciador na alimentação dos sujeitos, tanto de forma positiva, quanto de forma negativa, como pode ser observado no quadro 17.

**Quadro 17 – Síntese dos fatores que influenciam a categoria nutrição**

<b>FATORES QUE INFLUENCIAM A NUTRIÇÃO</b>	
<b>POSITIVAS</b>	<b>NEGATIVAS</b>
Condições financeiras	Condições financeiras
Histórico de atleta	Horários e locais de trabalho
Conhecimentos em Educação Física	Distanciamento entre teoria e prática
	Trabalho (sobrecarga, rotinas administrativas)

### 5.1.2 Comportamentos preventivos

Os comportamentos preventivos podem ser caracterizados por diferentes ações, pois dependem dos hábitos de vida, da cultura, do meio ambiente, entre outros. No Brasil é possível identificar três comportamentos de risco: quanto à atividade sexual, quanto ao trânsito, e quanto ao uso de álcool e tabaco. Este entendimento justifica-se pelo elevado número de casos de doenças sexualmente transmitidas – DST, tais como a síndrome da imunodeficiência adquirida – SIDA, de casos de traumatismos físicos e neurológicos decorrentes do trânsito, e de casos de doenças crônico-degenerativas (respiratórias, metabólicas, neurológicas, hepáticas, vasculares) decorrentes do abuso do fumo e do álcool.

No que se refere ao uso do preservativo sexual, conforme o quadro 18 verificam-se que existem alguns participantes que não fazem uso do códon, sendo que este comportamento se justifica, primeiramente pela não provocação de desconfianças entre os casais, já que a maioria afirmou manter parceiro sexual único (V1, V4 e V5), e em segundo lugar, que o uso do preservativo sexual não proporciona o mesmo prazer que uma relação sexual sem o uso deste (V2 e V3), e que possuem parceiras únicas não buscando relações sexuais fora do casamento.

**Quadro 18** – Percepções de participantes acerca dos comportamentos preventivos frente ao sexo e o não uso de preservativos

V1. “(...) eu tenho um marido, parceiro único (...), então é aquela coisa, a gente tenta mostrar que não é por aí, mas não adianta, você acaba ficando chata (...), se falar em usar um preservativo, é capaz de ele dizer: olha estás me traindo (...)” (P4)
V2. “(...) não da uma satisfação como sem a camisinha, e mesmo sabendo dos riscos as pessoas arriscam às vezes. Mas é importante. Eu acho que esta questão da prevenção importante, agora uma coisa é saber, outra coisa é agir de acordo com aquilo que é o certo (...)” (P9)
V3. “(...) eu não uso camisinha, então, sou da toda geração que não gosta da camisinha e claro que quando tenho que usar tenho dificuldade em utilizar, Então não que eu não tenha assim essa consciência. Consciência eu tenho, mas não tenho o hábito dos jovens de hoje, do uso”. (P10)
V4. “(...) pela própria formação religiosa, e também por acreditar nessa formação, e por convicção nessa formação, eu tenho uma companheira única, não há nenhum procedimento termos da utilização do preservativo”. (P13)
V5. “(...) por ter uma vida familiar constituída já há 15 anos, não tenho o hábito de usar camisinha em casa, mesmo que haja consciência do parceiro, porque pelo que entendo o casamento, ficaria meio constrangedor para parceiro”. (P15)

Já os participantes que declaram o uso do preservativo sexual, como podem ser verificados no quadro 19, justificam que o fazem por proteção aos riscos às doenças sexualmente transmissíveis - DST's (V1 e V3), pelo respeito ao cônjuge (V2), e pela possibilidade de relações amorosas e sexuais tanto duradouras, quanto ocasionais (V4).

**Quadro 19** – Percepções de participantes acerca dos comportamentos preventivos frente ao sexo e o uso de preservativos

V1. “(...) quanto ao sexo eu realmente eu tenho todos os cuidados do mundo, sou casado, (...) mas eu sempre fui uma pessoa extremamente responsável nunca me coloquei em risco nem coloquei ninguém em risco”. (P1)
V2. “(...) sobre a questão das relações sexuais, eu tenho minha parceira somos casados e tomamos a prevenção com o uso de preservativo, pois acho importante não por desconfiança, mas porque as pessoas têm ficado em uma condição que as deixam fragilizada pelo estresse cotidiano, então há vírus oportunistas que se aproveitam desses momentos (...)” (P3)
V3. “(...) em relação ao sexo, a minha geração foi aquela dos anos 80, foi a geração de mudança radical por causa da Aids, e o primeiro teve um pânico, um excesso, mas por outro lado incorporou definitivamente o uso de preservativo nas relações sexuais (...)” (P5)
V4. “(...) nas minhas relações sexuais o princípio básico é pelo uso da camisinha, sempre, desde as relações mais causais, até as mais simples, até as relações amorosas românticas, que podem durar 3, 4, 5 ou 10 anos, em qualquer tipo de relação”. (P8)

No que diz respeito aos comportamentos preventivos frente ao uso do álcool, foram identificados dois posicionamentos diferentes, o primeiro que indica o uso controlado de álcool, e o segundo que aponta o uso do álcool de forma não controlada. Quanto ao uso controlado de bebidas alcoólicas, segundo o quadro 20, é possível verificar que alguns participantes usam como uma ferramenta de descontração (V1), entrosamento familiar (V2), consciente de forma a não abusar (V3 e V4), motor de prazer (V5), e como ferramenta nas relações sociais (V6).

**Quadro 20** – Percepções de participantes acerca dos comportamentos preventivos frente ao uso controlado de álcool

V1. <i>“(...) em relação ao etilismo, basicamente a minha bebida que eu amo é o vinho, e bebo pouquíssimo, (...) eu bebo por dia o mínimo, e isso eu sei que realmente faz muito bem para a saúde, e faz bem para a minha alma, mesmo porque eu não bebo por uma razão medica, mas bebo por uma razão espiritual para mim mesmo, é o meu espaço ali a noite e final de semana (...)”</i> (P1)
V2. <i>“(...) o uso do álcool é esporádico, mais no final de semana quando a gente vai no churrasco ou em algum lugar, (...) não gosto de porre dessas coisas, pois não tenho esta necessidade (...)”</i> (P2)
V3. <i>“(...) sobre o álcool eu bebo o suficiente para não ficar embriagado. Bebo durante vários dias da semana, mas nunca o suficiente que me coloque em risco (...)”</i> (P3)
V4. <i>“(...) tudo na vida tem que ter um equilíbrio, gosto de uma cervejinha, mas não tomo todo dia, mais no final de semana, é aquela coisa, quando eu tenho vontade eu tomo, quando não tenho, os outros podem estar tomando que eu não ligo (...)”</i> (P4)
V5. <i>“(...) sobre os comportamentos preventivos, eu tenho uma teoria, uma filosofia de vida: o fanatismo sobre qualquer coisa é prejudicial. (...) bebo sem exageros. Eu acho que é um processo, pois eu acho que não se pode radicalizar tudo na vida, e o que tu pode é de forma comedida, até utilizar isto como uma forma de prazer em alguns momentos”.</i> (P7)
V6. <i>“(...) do ponto de vista social, para mim a bebida ainda é uma coisa muito importante para os encontros. Inclusive para os encontros no âmbito dos afetos, da sexualidade, e mesmo das amizades. Também ela pode ser uma válvula de escape muitas vezes, mais em grande parte é a possibilidade de me relacionar socialmente com o outro (...)”</i> (P14)

No que concerne aos riscos e danos provocados pelo uso abusivo de álcool, é possível verificar que os participantes que utilizam álcool apresentam conhecimento sobre seus estados. Entretanto, é possível detectar divergências, pois tanto ocorre a tolerância aos abusos no uso do álcool frente a determinadas categorias, como pode ser observado na verbalização do P5: *“(...) o etilismo é um hábito que eu tenho que controlar, (...) claro que não é nenhuma dependência, (...) mas daí entra o aspecto da direção, pois tem o retorno para casa, e que não impede as vezes de usar o carro mesmo tendo bebido um pouquinho a mais do que deveria. (...) Então eu tenho esse*

*cuidado do álcool com a direção, mas é uma mudança que eu fiz comigo, que antigamente não tinha limites (...)*”. Assim como ocorre a consciência pelo não abuso frente a outras categorias, como as exigências ocupacionais, como aponta o P15: *“(...) sobre etilismo, eu acho que bebo mais que deveria, principalmente aos domingos e sábados. (...) se tiver que trabalhar na segunda, eu não bebo, e eu não bebo porque eu não admito o hálito de bebida alcoólica. E isso é fácil de detectar. Só não acredita nisso que em bebe todos os dias e se eu trabalho eu não bebo”*.

Com relação aos comportamentos preventivos frente ao uso do tabaco, é possível reforçar, conforme a Tabela 32, que atualmente nenhum dos participantes faz uso de cigarros, charutos, cachimbos ou similares, sendo que apenas um participante declarou já ter fumado.

Quanto aos comportamentos preventivos frente ao trânsito, foi possível constatar posicionamentos diferenciados. De um lado verificam-se alguns participantes que apresentam comportamentos defensivos e despreocupação com o estresse causado no cotidiano do trânsito (V1, V2 e V5), e de outro lado, averiguaram-se sujeitos com descontentamentos com os outros no trânsito (V3 e V6), e com os próprios comportamentos (V4 e V5), como pode ser observado no quadro 21.

**Quadro 21** – Percepções de participantes acerca dos comportamentos preventivos frente ao trânsito

V1. <i>“(...) eu uso o cinto de segurança, (...) não me arrisco, jamais faço uma ultrapassagem desnecessária. Na cidade eu ando de maneira muito tranqüila (...)”</i> (P1)
V2. <i>“(...) eu tenho um comportamento muito tranqüilo no trânsito, e realmente sou muito cuidadoso (...)”</i> (P8)
V3. <i>“(...) o problema no trânsito, é a conjuntura como um todo, que é qualidade das estradas e os outros (...), tem muita gente se arriscando (...), acho que é mais uma questão educacional (...)”</i> (P9)
V4. <i>“(...) em relação ao trânsito eu até tento, assim na hora que você está mais estressado, no sentido de que se a pessoa cruza na sua frente (pausa)”</i> . (P10)
V5. <i>“(...) em relação ao trânsito eu acho que isto é uma das poucas coisas que me estressa, não em relação ao trânsito, mas a desatenção, a falta de cuidado dos outros motoristas, dos motociclistas, dos ciclistas, (...) devo reconhecer que uma é das poucas coisas que me tira do sério (...)”</i> (P12)
V6. <i>“(...) com relação a direção defensiva eu costumo ter muita calma, pois eu tenho que cuidar de mim e dos outros”</i> . (P15)

Apesar de ser referido por apenas poucos participantes, três fatores devem ser destacados frente aos comportamentos preventivos, haja vista que a literatura investigada não trata diretamente, e que podem ser observados no quadro 22. O primeiro refere-se aos comportamentos preventivos na busca pelo profissional médico (V1 e V2), pois ocorre a preocupação em ter acompanhamento profissional da saúde mesmo admitindo sua dificuldade em manter estes comportamentos, demonstrando que existe conhecimento e preocupação sobre o tema. O segundo refere-se aos comportamentos preventivos frente à consciência ecológica (V3 e V4), pois é possível verificar uma visão ampliada de saúde, já que consideram o meio ambiente parte integrante de suas vidas. O terceiro fator relaciona-se aos comportamentos preventivos frente às relações afetivas (V4), pois é possível verificar mais uma vez um entendimento ampliado sobre prevenção, demonstrando visão ampliada do conceito de saúde admitindo outras dimensões, como a psicológica.

**Quadro 22** – Percepções de participantes acerca de comportamentos preventivos ligados ao acompanhamento médico, à consciência ecológica e às relações afetivas

V1. *“(...) isto é uma coisa que eu sempre me preocupei com a estas questões relativas ao sexo e os exames ginecológicos, (...) eu sempre me preocupei muito com isto, eu sempre fui “crítica” (...) eu faço check-up ginecológico todo o ano, quando vou fazer os demais exames”.* (P2)

V2. *“(...) talvez eu devesse ir mais ao médico, eu vou muito pouco ao médico, raramente eu faço exames, eu vou ao médico quando estou com sintomas de estresse, aí que eu procuro médico. (...) É muito raro mesmo eu fazer isto, geralmente quando tenho estresse, a cada dois ou três anos”.* (P8)

V3. *“(...) eu acho que o parto de tudo, pelo respeito à vida. Não só pela minha, mas também à natureza. (...) acho que às vezes, temos que ter um maior respeito pelos outros. Não só pelos seres humanos, mas nem pelos outros seres”.* (P11)

V4. *“(...) há outros tipos de prevenção que não são abordadas, (...) a questão do ponto de vista ético, ou seja, procurar ver com que tipo de pessoa ela está se relacionando a partir de um ponto de vista ético e estético, (...) por isso que eu acho que prevenção fundamental, porque eu acho que a sexualidade humana é algo muito delicado, não é uma coisa e eminentemente biológica, mas está ligada com todas dimensões humanas, existenciais, biológicas, sensoriais, cognitivas, afetivas, culturais, sociais, econômicas. (...) também, como outro comportamento preventivo, eu tenho todo o cuidado com a natureza, tenho comigo esta questão de separação do lixo, (...) eu separo o papel, o vidro, as coisas orgânicas. Na minha casa eu faço uma espécie de vala só para colocar os lixos orgânicos, e o resto eu levo para um local onde se possa reciclar (...)”* (P14)

### 5.1.3 Relacionamentos sociais

Sobre os relacionamentos sociais, foi possível verificar percepções negativas e positivas a esta categoria no ambiente de trabalho, conforme quadro 23. Quanto às percepções negativas, é possível verificar em alguns sujeitos, a busca pelo afastamento das questões pessoais das profissionais, não considerando assim, o ambiente universitário propício à formação e manutenção de relações interpessoais (V1 e V3). Quanto às percepções positivas, é possível constatar que alguns participantes buscam estabelecer relações interpessoais visando melhorar o ambiente de trabalho, buscando inclusive a separação do pessoal e do profissional, sem deixar de manter as relações positivas (V2 e V4).

#### **Quadro 23** – Percepções de participantes acerca dos relacionamentos sociais no trabalho

V1. “(...) no trabalho já são mais difíceis os relacionamentos, pois são mais relacionamentos profissionais do que relacionamentos pessoais, eu gosto de manter uma certa diferenciação, ou seja, do relacionamento profissional e do relacionamento afetivo ou de amizade (...)” (P2)
V2. “No meu trabalho eu sempre tento ter um bom relacionamento com os meus colegas, até porque é aqui que eu mais fico e se não tiver me sentido bem, não produzo o que tem que fazer (...)” (P4)
V3. “(...) as minhas relações interpessoais na Universidade, hoje, são bem difíceis, pois eu não venho para criar laços afetivos, eu venho pra resolver problemas e sei que na Universidade você não tem aquele compromisso interpessoal de dizer assim: eu vou formar amigos. Assim, são colegas de trabalho e que a gente tem que trabalhar profissionalmente (...)” (P10)
V4. “(...) sempre tive um bom relacionamento, e isso foi uma surpresa agradável, pois não tive nenhum problema referente ao relacionamento. No convívio ao longo desses anos eu sempre procurei distinguir a questão dos relacionamentos do trabalho, dos relacionamentos pessoais. As discussões referentes às idéias, aos conceitos, não interferem, nos meus relacionamentos”. (P13)

Ainda no que se refere aos relacionamentos sociais negativos no trabalho, de acordo com o quadro 24, para alguns participantes Para alguns sujeitos, é possível verificar interferências significativas de diversas ordens, como a competitividade (V1 e V4), as diferenças teóricas e ideológicas (V2 e V5), e a sobrecarga de trabalho típica da carreira universitária (V3 e V6). Deste modo, é possível analisar que o ambiente universitário dificulta a formação e a manutenção de relacionamentos sociais, pois está cada vez mais impregnado pela lógica da competição e da

exploração dos sujeitos, típicas do modelo de produção de bens e serviços que acaba orientando o modelo de produção de conhecimento.

**Quadro 24** – Percepções de participantes acerca das interferências negativas aos relacionamentos sociais no trabalho

V1. <i>“(...) o ambiente acadêmico é um ambiente muito competitivo, sempre formal (...)”</i> (P2)
V2. <i>“(...) nos relacionamentos eu considero inclusive que se possa ter inimigos de projeto, pois no ambiente universitário isso está muito presente, ou seja, pessoas que têm diferenças políticas tão grande que acabam transformando essas diferenças em pessoais, (...) o cotidiano universitário hoje é muito pesado para quem tem projetos políticos muito claros”</i> (P3)
V3. <i>“(...) os relacionamento no trabalho são corridos (...), porque realmente há muito trabalho.(...) a gente sente muita falta desses relacionamentos (...)”</i> (P6)
V4. <i>“(...) os relacionamentos no trabalho, hoje, na universidade está cada vez mais acirrado, a competitividade hoje da sociedade nos tornou seres individuais, e na maioria das vezes o processo individual sobrepõe o coletivo (...)”</i> . (P7)
V5 <i>(...) eu sei que muitas pessoas têm uma visão crítica, talvez, em relação a algumas das coisas que eu falo e que algumas coisas que algumas vezes eu faço, mas eu consigo entender que isto uma crítica não pessoal, mais uma crítica relação aos meus comentários, ou as minhas observações, como por exemplos a ocupação dos espaços de poder, que são as coisas que mais provocam atrito aqui no nosso CEF 1.</i> (P12)
V6. <i>“(...) quanto aos meus relacionamentos interpessoais no trabalho, eu penso que este é um grande problema na universidade, não só na universidade pública, mas também nas privadas, mas eu penso que é uma questão desse tempo no capitalismo, chamado de neoliberal, que estamos vivendo e que chamam de pós-modernidade, que as relações de trabalho também foram coisificadas e reificadas como tudo no capitalismo é, pois viram uma coisa, uma mercadoria, o conhecimento, os desejos, os afetos também viram uma coisa muito utilitarista”</i> . (P14)

No que concerne aos relacionamentos interpessoais na família, verificou-se com o levantamento categorial que a maioria dos sujeitos apresenta boas relações, tanto com os parentes, quanto o cônjuge e os filhos, como pode ser observado na verbalização do P2 que afirma que *“(...) em relação minha família é normal, pois eu me dou bem com a minha família,(...), tanto na minha família quanto na família do meu marido, pois com eles eu não tenho problema nenhum”*, assim como na verbalização do P6 que aponta que *“(...) na família acredito que é um relacionamento normal, não faço, como muitas famílias de ficar brigando, nem tenho tempo para isto”*. Estas constatações referem-se também ao familiares oriundos de outros casamentos, já que alguns sujeitos encontram-se no segundo casamento e incorporando deste modo, os filhos do primeiro casamento.

Como exposto anteriormente, apesar dos relacionamentos familiares serem considerados “bons”, foram identificados fatores que interferem neste tema, conforme o quadro 25. Para alguns sujeitos, o primeiro fator identificado aponta as exigências do trabalho como um aspecto que dificulta as relações familiares (V1), o segundo fator, não necessariamente negativo, mas que causa dificuldades refere-se à questão da idade dos filhos dos participantes (V3 e V4) e o terceiro fator refere-se à distância geográfica entre o núcleo do participante e o de seus familiares, haja vista, serem naturais de outros estados, o que dificulta os contatos físicos (V2, V5, V6).

**Quadro 25** – Percepções de participantes acerca dos fatores que interferem nos relacionamentos familiares

V1. “(...) a gente além de ter um convívio pequeno em função de se ter que trabalhar muito, (...) eu sinto que tem falha, pois sempre estou mais no meu trabalho (...)” (P4)
V2. “(...) mesmo hoje afastado há bastante tempo dos familiares ela ainda permanece no imaginário, embora fisicamente nós estejamos distantes (...)” (P5)
V3. “(...) na família, eu sempre procuro fazer tudo na base do diálogo, (...) a gente procura construir na base do diálogo um processo entre pai e filha (...)” (P9)
V4. “(...) meu filho menor de 14 anos, tenho um relacionamento bom e saudável, mora comigo, (...) esta estabilidade em casa faz com que também eu possa ir para o trabalho tranquilo”. (P10)
V5. “(...) quanto à família, eu tenho um núcleo familiar de bem restrito, pois somos apenas eu, minha mulher, e meus filhos, e nós vivemos intensamente essa relação familiar”. (P12)
V6 “(...) por circunstância de ter mudado de cidade várias vezes, (...) isto de certa maneira acentua a questão das interações dentro da família, mas bem nuclear (...)” (P15)

No que diz respeito às relações interpessoais estabelecidas com o objetivo de buscar novas amizades identificaram-se dois aspectos significativos. Conforme o quadro 26, o primeiro aspecto é que a maioria dos participantes declara que nem sempre buscam amizades pessoais no ambiente de trabalho, pois não mantém relações de amizade no trabalho por falta de oportunidade (V1), e por ser opção a não manutenção das amizades no trabalho (V2). Entretanto, constatam-se alguns participantes que conseguem estabelecer amizades no contexto do trabalho (V3).

**Quadro 26** – Percepções de participantes acerca das amizades no ambiente de trabalho

V1. “(...) eu não tenho muitas relações de amizade aqui no trabalho, até gostaria de manter contato com colegas que eu tenho mais afinidade, gosto, respeito e admiro (...)” (P2)
V2. “(...) eu fico com eu me sinto bem, (...) convido para ir à minha casa somente quem eu gosto, só vou à casa de quem eu gosto, fico com pessoas que eu gosto (...), atendo todo mundo até porque é o meu trabalho, mas eu procuro compartilhar o tempo com quem eu tenho mais afinidade (...)” (P4)
V3. “(...) alguns colegas são amigos particulares, amigos de convivência fora daqui, (...) na média, eu acho que minha relação com os meus colegas é boa (...)” (P12)

O segundo aspecto significativo na busca de amizades se refere àquelas mantidas na vida pessoal, conforme quadro 27, já que alguns participantes enfatizaram que dão muita importância aos seus amigos (V1 e V3), e àquelas estabelecidas na comunidade e que buscam diferentes objetivos, como por exemplo, a melhoria do estilo de vida (V2).

**Quadro 27** – Percepções de participantes acerca das amizades na vida pessoal e na comunidade

V1. “(...) eu fico com eu me sinto bem, (...) convido para ir à minha casa somente quem eu gosto, só vou à casa de quem eu gosto, fico com pessoas que eu gosto (...)” (P4)
V2. “(...) Nos relacionamentos na comunidade, eu acho que esse é um ponto dos mais positivos, pois eu convivo com bastante pessoas pautado justamente nos relacionamentos interpessoais positivos. (...) então eu acredito que nesse ponto seja com um dos pontos positivos do meu estilo de vida, justamente essa questão dos relacionamentos interpessoais (...)” (P5)
V3. “(...) nos relacionamento interpessoais eu dou grande importância os amigos, eu priorizo mesmo, eu dou muito valor ao meu círculo de amizades, durante a semana mesmo eu vou visitar os amigos, e a gente meio que acaba tomando café ou almoçando juntos (...)” (P8)

No que tange aos relacionamentos sociais estabelecidos na comunidade, identificaram-se apenas alguns participantes que buscam a manutenção de suas amizades, como se pode verificar no quadro 28. A justificativa da maioria pela não manutenção destas amizades baseia-se em diversos fatores, como o pouco tempo disponível pelo excesso de trabalho (V1 e V2) e as características pessoais (impaciência) (V3).

**Quadro 28** – Percepções de participantes acerca da não manutenção das amizades na comunidade

V1. “(...) sobre os relacionamentos comunitários, tendo em vista o volume de trabalho que eu assumo na minha vida, que é bastante grande, eu acho que a gente acaba tendo com envolvimento comunitário com a comunidade, a gente vive um pouco distante”. (P3)
V2. “(...) na comunidade eu não desenvolvo nenhum trabalho, o CEF 2 me toma muito tempo (risos)”. (P8)
V3. “Na comunidade, sinceramente eu não tenho uma boa atuação comunitária (...) eu acho que eu não tenho paciência, eu acho que sou um pouco impaciente para isso”. (P16)

Foram identificados *a posteriori*, fatores que não são diretamente apontados na literatura investigada, mas que foram referidos por alguns participantes como intervenientes nos relacionamentos sociais conforme quadro 29. O primeiro fator pode ser descrito como dificuldades de estabelecer relações interpessoais em condição migrante (V1 e V4). O segundo fator pode ser descrito pela dificuldade das relações interpessoais na instituição, pois o clima institucional nem sempre favorece estas relações, ao contrário, por vezes apresenta-se como um fator que dificulta o estabelecimento de novas amizades devido à competitividade exacerbada (V2 e V3). E o terceiro fator, que pode ser descrito a partir da participação na comunidade universitária através de coordenações, projetos de pesquisa, extensão, inclusive de abrangência social, órgãos colegiados, e administração direta (V3, V5, V5 e V6).

**Quadro 29** – Percepções de participantes acerca de fatores intervenientes nos relacionamentos sociais

V1. “(...) para quem vem de outro estado, a família vai adquirindo outros significados (...)” (P3)
V2. “(...) Trabalho com todos independente da linha de pesquisa, até porque a gente sabe que tem o grupo de lá o grupo de cá”. (P4)
V3. “(...) na questão dos grupos, a gente sabe que existem dentro da universidade, eu procuro conversar com todos os grupos, não tem essa de sectarizar, como tem muita gente de um grupo que não conversa com o outro (...), na comunidade universitária eu tenho uma participação ativa (...)” (P9)
V4. “(...) tenho uma boa relação com os meus irmãos, com minha mãe, mas como não moram aqui, a relação acaba ficando mais distante (...), na comunidade acadêmica, acho que tenho uma relação até razoavelmente importante, dentro da minha comunidade acadêmica (...)” (P12)
V5. “(...) eu estou bem afastado da minha família há bastante tempo. (...) à medida que o tempo foi passando, eu me afastei muito da minha família. Hoje eu sou uma pessoa solitária (...)” (P14)
V6. “(...) o meu maior envolvimento é com a comunidade acadêmica quer ser seja no centro, aqui no CEF 2, quer seja na reitoria (...)” (P15)

#### 5.1.4 Estresse

No que diz respeito à percepção dos participantes sobre seus estados de estresse, foi possível averiguar, segundo levantamento categorial, que a maioria dos sujeitos se percebe em estados de estresse, como pode ser observado no quadro 30. A percepção sobre estes estados refere-se principalmente às características do trabalho docente dos participantes, como afirma o P1: “(...) o meu trabalho é um trabalho de natureza estressante (...)”, e pelas características pessoais, como aponta o P9: “(...) acho que sou uma pessoa com nível de estresse alto, (...) pela questão da ansiedade da tensão e do perfeccionismo, isso faz com que o meu nível de estresse, seja muito alto”.

No que tange à ansiedade, segundo o quadro 30, constatou-se através do levantamento categorial que a maioria dos participantes se percebe em estados de ansiedade, justificando que existem diversos aspectos que a provocam, como as contingências pessoais e profissionais (V1 e V2), o acúmulo de tarefas (V3), e o cumprimento de tarefas (V4 e V5).

#### **Quadro 30** – Percepções de participantes acerca da relação estresse e ansiedade

V1. “(...) quando a doença chegou à minha vida serviu para que, embora eu me sinta ansioso, eu pudesse internalizar que esta ansiedade não leva a nada (...). A ansiedade está muito presente no universo acadêmico e em sala de aula (...)” (P3)
V2. “(...) naturalmente sou uma pessoa ansiosa (...), mas não é uma ansiedade negativa, mais uma ansiedade que impulsiona para realizar coisas. Então eu sempre tenho certa ansiedade em ver as coisas funcionar em bem. (...) Então esta ansiedade é até um pouco benéfica, pois tu querer e ver as coisas se resolverem e funcionarem (...)” (P4)
V3. “(...) a ansiedade eu acho que é um problema. Tenho ansiedade, uma ansiedade constante, eu não desligo, eu não consigo me desligar processo. Então os problemas daqui eu levo para casa, fico sonhando com os problemas, levo problemas para resolver casa, fico planejando soluções para o outro dia, e aí chega aqui no outro dia e não se consegue dar conta, essa é minha rotina (...)” (P8)
V4. “(...) o meu nível de ansiedade é alto, eu fico ansioso para dar aula, ficou ansioso para dar uma entrevista, fico ansioso quando tenho que ir na apresentar alguma coisa, fico ansioso quando tem que ir aos congressos (...)” (P9)
V5. “(...) sou uma pessoa extremamente ansiosa e isso é uma coisa que me afeta a saúde, (...) a tensão está muito relacionada ansiedade, pois se eu tenho uma tarefa importante de trabalho a fazer, eu tenho tensão e ansiedade que a antecedem”. (P16)

No que se refere à ambição, verificou-se através do levantamento categorial que alguns participantes declaram que não apresentam mais ambições, justificando, principalmente, que já não precisam mais provar sua condição docente, pois já adquiriram condições financeiras suficientes, como afirma o P1: *“(...) quanto à ambição, olha eu já fiz quase tudo que eu queria, (...) com vinte anos as minhas ambições eram para o dinheiro, hoje eu tenho ambições ligadas aos meus valores”,* ou que está no topo da carreira e não tem mais necessidade de se “estressar” com a ambição, como aponta o P4: *“(...) não é que eu tenha ambição, eu não quero me estressar, pois sei que sou capaz (...)”*.

No que se relaciona à competitividade, segundo o quadro 31, apesar de não se considerarem competitivos, alguns dos participantes declaram que este tema configura-se como um dos aspectos negativos na busca por um estilo de vida saudável, justificando esta percepção, a partir das características pessoais e dos colegas (V1 e V2), das exigências para progressão funcional na carreira e para manter a produtividade necessária à sua manutenção nos programas de pós-graduação (V3 e V5), além do individualismo inerente à competitividade (V4).

**Quadro 31** – Percepções de participantes acerca da relação estresse e competitividade

V1. <i>“(...) eu não me sinto uma pessoa competitiva (...)”</i> (P2)
V2. <i>“(...) eu não me julgo uma pessoa competitiva, eu procuro não competir com as pessoas (...)”</i> (P3)
V3. <i>“(...) tem ainda a competitividade na pós-graduação, é artigo, é trabalho, a gente tenta sempre correr atrás da máquina senão não dá conta e isso gera muita tensão”</i> . (P6)
V4. <i>“(...) uma coisa que provoca estresse, principalmente no meio acadêmico e profissional, é o excesso de individualismo. É o excesso de competitivismo que leva a esse excesso de individualismo”</i> . (P12)
V5. <i>“(...) quanto à parte de produção científica, ela é sempre contínua, porque tem a questão de manutenção em um programa de pós-graduação e a ampliação desse programa de pós-graduação para outros níveis (...)”</i> . (P16)

Uma das conseqüências evidenciadas pela competitividade exacerbada, segundo alguns dos participantes, é o dano causado às questões éticas, pois o produtivismo suplanta os aspectos inerentes à condição humana, independentemente da

condição ocupacional dos indivíduos, como solidariedade, coletividade, dignidade, entre outros (V1 e V2), como pode ser observado no quadro 32.

**Quadro 32** – Percepções de participantes acerca da relação estresse e competitividade exacerbada

V1. “(...) eu penso que, de algum modo, por mais ético que você seja, que isso (competitividade) afeta você. Quer dizer você pode acabar não competindo conscientemente, mas se você bobear, você responde a tudo isso também com comportamentos éticos competitivos (...) eu tento respeitar o outro na sua plenitude da dignidade do direito do outro, mas, reconheço que quando não consigo isso eu ignoro, e ignorar também é uma forma de desrespeito (...)” (P3)

V2. “(...) eu tenho uma certa dificuldade conviver, do ponto de vista acadêmico, com pessoas que conjuguem excessivamente a primeira pessoa do singular. Isso até pode parecer meio esquisito, mas em função dessa forma de eu agir, eu prefiro evitar competir com essas pessoas, não porque eu ache que essas pessoas sejam melhores, e por isso não vou competir, mas até a partir de uma perspectiva solidária de não alimentar essa competitividade excessiva”. (P12)

Mesmo considerando os resultados expostos anteriormente, é possível verificar que existem divergências nas percepções sobre a competitividade, conforme quadro 33, pois alguns dos participantes entendem que a competitividade faz parte do ser humano (V1 e V2), assim como sendo algo necessário à vida social e acadêmica (V3 e V4).

**Quadro 33** – Percepções de participantes acerca da relação estresse e ambição

V1. “(...) eu sei que todos são pouco competitivos, pois tem que ser em certo grau, mas eu não tenho aquela competitividade negativa (...)” (P2)

V2. “(...) em alguma medida todo nós somos competitivos (...)” (P3)

V3. “(...) a única coisa que eu percebo da competitividade, é que temos que competir (...) no meio acadêmico não percebo isto, (...) a gente está sempre competindo com alguma coisa (...)” (P11)

V4. “(...) quanto à competitividade, bem eu acho que isto aqui é normal, e não vejo a minha vida e o meu trabalho como muita competitividade, pois eu faço a minha parte e não fico competindo (...)” (P15)

Quanto ao perfeccionismo, foi possível verificar que alguns participantes se percebem como perfeccionistas, principalmente no que se refere à realização das suas tarefas, como afirma o P1: “(...) eu sou perfeccionista, o perfeccionismo se manifesta nas coisas que eu faço, então eu sou um cara que eu demoro muito, eu reviso muitas vezes (...)” e o P6: “(...) eu tenho essa tendência de ser perfeccionista.

*Tudo tem que funcionar perfeitamente, se não estiver limpo, no lugar, (...) aí eu costumo ir à loucura. Eu realmente me estresso muito, em ver as coisas fora do lugar. E isso não é normal, eu ter que correr atrás para colocar no lugar”,* assim como à qualidade das suas produções, como aponta o P9: *“(...) a produção científica cobra o perfeccionismo, (...) a produção de artigos é cada vez maior para publicação. Até porque a cobrança da Capes é maior, e nós temos que produzir em periódicos e cada vez melhores de modo que eu artigos também tem que estar cada vez melhor, e isso está diretamente relacionado com o perfeccionismo (...)”.*

Sobre as conseqüências do estresse, foi possível constatar, segundo o quadro 34, que alguns dos participantes percebem a existência de doenças que os acometem e que se originam nos estados de estresse típicos da ocupação docente, assim como condições ocupacionais que são inerentes aos estados de estresse. Esta constatação refere-se principalmente àqueles participantes que se consideram perfeccionistas (V1 e V2), e àquelas relações que estabelecem com o ritmo/forma de trabalho típico do trabalho docente atual (V1 e V3).

**Quadro 34** – Percepções de participantes acerca das conseqüências provocadas pelo estresse

V1. *“(...) eu tenho alguns traços de perfeccionismo que já me deixaram inclusive doente (...), nós falamos que estamos estressados, e não vemos que estamos estressados pelo volume de trabalho, mas por outro lado tenho pensado nisto, que não é o volume de trabalho que me deixa cansado, mas é a opção pelo volume e a intensidade com que a gente se entrega a esse volume trabalho (...)”* (P3)

V2. *“(...) nesses últimos seis anos que eu estou na administração, eu diria que minha vida tem tido muita ansiedade, muito estresse, a ponto de alguns dias eu esta com o pescoço duro, esta tenso, contraído, e a ponto de não conseguir dormir a noite”.* (P9)

V3. *“(...) eu me estresso profundamente, eu sou muito detalhista (...), então acabo tendo relações tensas no trabalho, por causa do estresse, então fico muito tenso, fico muito bravo porque eu acho que as pessoas não estão dando conta do que fazem”.* (P8)

De acordo com a literatura investigada, é possível afirmar que a prática de atividades físicas e esportivas pode ser considerada como uma técnica de controle do estresse. Considerando que os participantes têm formação em Educação Física, é preciso ter cuidados na análise de alguns resultados, como por exemplo, o da prática de atividades físicas e esportivas, minorando assim, vieses que possam interferir nesta análise. Conforme demonstrado no tópico 4.2.2, a maioria dos participantes é considerada “muito ativa” (P=62,5%) e “ativa” (P=32,5%). Deste

modo, é possível constatar, segundo o quadro 35, que alguns dos participantes se utilizam das atividades físicas e esportivas como ferramenta de controle de estresse (V1, V2 e V3).

**Quadro 35** – Percepções de participantes acerca do uso das atividades físicas e esportivas como ferramenta de controle do estresse

V1. *“(...) a atividade física vem para compensar isso, quando estou fazendo pouca atividade física que vejo o quanto a ansiedade começa a me prejudicar, daí aumento o nível de atividade física (...)”* (P2)

V2. *“(...) o estresse eu boto para fora na minha prática do judô (...)”* (P4)

V3. *“(...) minha forma de válvula de escape, de liberação do estresse, é a atividade física. (...), meu mecanismo de liberação do estresse é esse. Então acho que a minha terapia ainda é o exercício”.* (P10)

De acordo com os dados, é possível constatar ainda, que alguns dos participantes possuem diversas outras técnicas de controle de estresse. A primeira refere-se à religiosidade e à literatura, como aponta o P1: *“(...) eu sou um cara que hoje eu insisto nisso, nessa visão espiritual me ajuda profundamente no meu controle do estresse, na minha qualidade de vida, na minha paz de espírito (...) um lazer que eu tenho que é um controlador de stress, é que eu escrevo poesias (...)”*, e que se constitui como um tema ainda pouco tratado na literatura investigada. A segunda refere-se ao hábito de viajar, como aponta a P2: *“(...) Eu gosto muito de viajar e quando eu viajo, tenho a capacidade de desligar totalmente para não entrar em stress, (...) este é um mecanismo que eu adotei para amenizar o estresse (...)”*.

Considerando a necessidade de técnicas de controle do estresse como uma ferramenta de auxílio imediato, é possível destacar a necessidade de mudanças de longo prazo, pois, o estresse é um comprometimento típico das sociedades modernas, e como tal, está envolto de reducionismo e brevidade no entendimento deste fenômeno. Entretanto o saber científico não deve acompanhar os modismos sociais, ao contrário, para alguns participantes, deve oferecer a criticidade necessária à análise dos aspectos ligados ao estresse nas sociedades atuais, considerando assim, os aspectos sociológicos (V1 e V2), como pode ser observado no quadro 36.

**Quadro 36** – Percepções de participantes sobre os mecanismos sociológicos do estresse

V1. “(...) com relação às atividades estressantes, muita gente faz porque quer e eu não tenho dúvidas disto, a gente faz porque quer porque em algumas vezes não tem clareza política, a gente não prefere pedir apoio daqueles às situações feitas justamente para nos liquidar, mesmo coisas deliberadas que as pessoas fazem para nós fazerem mal, liquidar mesmo, e muitas vezes a falta de clareza política para se entender esse contexto maior (...)”. (P3)

V2. “(...) as demandas de instâncias internacionais, pois pelo fato de nós devermos muito ainda, que diz respeito à dívida externa, os próprios pacotes internacionais do banco mundial e do FMI, (...) são imposições determinadas para que sejam implementadas, e isto reverbera imediatamente nas relações de trabalho, no estresse, nas doenças, (...) pois para quem tem um outro projeto de universidade, que tem uma visão mais ética, gera uma ansiedade muito grande. Gera ansiedade, uma tensão, um estresse permanente, uma espécie de revolta e de indignação (...)”. (P14)

### 5.1.5 Atividade física

Dentre os aspectos relacionados ao estilo de vida ativo, os participantes identificaram fatores facilitadores, tais como a tendência pessoal e as aulas práticas próprias da Educação Física. Deste modo, é possível afirmar que as atividades físicas propriamente ditas se confundem com as atividades físicas ocupacionais, haja vista, as peculiaridades da docência em Educação Física.

A partir dos dados expostos no quadro 37 é possível sugerir que exercício físico configura-se como ferramenta no cotidiano de alguns dos participantes, tanto para melhoramento espiritual (V2), quanto para o condicionamento físico, pois estes se aproveitam das aulas práticas próprias da Educação Física para este objetivo (V1, V3 e V5). Entretanto, mesmo considerando as aulas práticas como um aspecto facilitador do estilo de vida ativo, verificou-se a preocupação de alguns sujeitos com a exploração humana no trabalho docente cada vez mais presente no cotidiano universitário, apresentando-se deste modo, como uma dificuldade do estilo de vida ativo pela sobrecarga de trabalho, pelo acúmulo de tarefas e pelo produtivismo exagerado (V4).

**Quadro 37** – Percepções de participantes acerca dos aspectos facilitadores das aulas práticas para o estilo de vida ativo

V1. “(...) o que sinto falta agora é de uma atividade física formal, pois eu não consigo encaixar no meu horário, então eu acabo fazendo um pouco de exercício na ginástica que eu dou, pois as minhas aulas são quase sempre práticas, e isso acaba sendo minha academia (...)” (P3)
V2. “Eu sempre gostei de desafios, mas não com o objetivo da competitividade, mas sim buscar outros valores, um melhor conhecimento espiritual, ter um melhor conhecimento, estar mergulhado no seu interior, saber que não é a prática pela prática, mas é a busca por outros mecanismos (...)” (P10)
V3. “(...) em função de estar envolvido com alguns projetos, nesse caso com meio liquido, tenho realizado algumas atividades, como a caminhada na piscina, então é uma atividade que é feita por pelo menos duas vezes por semana (...)” (P13)
V4. “(...) nas minhas atividades ocupacionais, ao mesmo tempo em que o meu discurso é contra o produtivismo, (...) termino reproduzindo isto, e acabo entrando no pântano do produtivismo (...)” (P14)
V5. “(...) estou juntando as atividades ocupacionais com as atividades físicas, (...) então aproveito as atividades profissionais para poder fazer um pouco de atividades físicas (...)” (P16)

Apesar dos participantes terem sido classificados como “ativos” e “muito ativos”, foram constatadas algumas percepções que demonstram a existência de atividades sedentárias, conforme quadro 38. Para tanto, verificam-se que, dentre a minoria dos sujeitos, estas atividades sedentárias são ocasionadas principalmente pelas aulas teóricas (V1), pela insuficiência de exercícios físicos (V2), pelas rotinas administrativas (V3), e pela existência de lesões físicas (V3).

**Quadro 38** – Percepções de participantes acerca dos fatores que ocasionam as atividades sedentárias

V1. “(...) as minhas atividades físicas têm sido leves, de leve a moderada, atividades localizadas, e de cunho recreativo (...), e as minhas atividades ocupacionais são predominantemente sedentárias, principalmente pelas próprias aulas que não são mais práticas”. (P9)
V2. “(...) estou muito aquém de uma condição de ativo, se é poderíamos chamar assim, pois caminho pouco, moro próximo da universidade (...),. E isso não uma coisa regular. (...) Esporadicamente também no final de semana jogo futebol e dou aula numa disciplina prática (...)” (P12)
V3. “(...) o dia só tem 24 horas e alguma coisa a gente tem de tirar, e nesse momento a atividade física eu deixo mais por últimos, até nos finais de semana (...) Depois de setembro quando eu lesionei o joelho eu também machuquei a coluna, eu fiquei até o início de abril com dificuldade de locomoção, mas nesse meio tempo eu fiquei nadando e caminhando regularmente (...)” (P15)

Alguns sujeitos identificaram ainda, fatores que dificultam o incremento de atividades físicas, como pode ser observado no quadro 39, tais como a motivação intrínseca e a sobrecarga de trabalho (V1), a falta de atividades sistematizadas em

conseqüências às exigências ocupacionais (V2), e as rotinas de trabalho inerentes à administração universitária (V3 e V4).

**Quadro 39** – Percepções de participantes acerca dos aspectos dificultadores da prática de atividades físicas e esportivas

V1. “(...) atualmente eu estou muito a desejar na parte de atividades físicas, principalmente pela sobrecarga de trabalho e pela motivação intrínseca, (...) antigamente eu tinha uma motivação maior, eu não precisava de ninguém para me estimular”. (P2)
V2. “(...) as minhas atividades físicas estão bastante restritas (...), mas eu me ressinto também da prática de algumas atividades físicas, ou esportivas, ou dança, que são hábitos que eu já tive incorporado e que hoje por uma questão de contingência da minha situação profissional (...), fica muito difícil de manter uma rotina esportiva”. (P5)
V3. “(...) no ano passado eu não consegui fazer nada, tentei me programar, mas não consegui fazer, por causa do corre-corre. Este ano eu disse para mim mesmo, que eu tenho que conseguir nem que seja no lugar do almoço”. (P6)
V4. “(...) o que sinto falta agora é de uma atividade física formal, pois eu não consigo encaixar no meu horário (...)” (P8)

Dentre as diversas modalidades de atividades físicas apontadas por alguns participantes, é possível incluir aquelas que se relacionam com as atividades no contexto doméstico. Deste modo, constataram-se, conforme o quadro 40, atividades físicas no contexto doméstico que são desenvolvidas no jardim ou quintal (V1 e V2), atividades de levantamento e carregamento (V2), e ainda caminhadas (V3), demonstrando que os participantes não se movimentam apenas com objetivos lúdicos, ou de condicionamento, mas também com funções domésticas específicas.

**Quadro 40** – Percepções de participantes acerca das atividades físicas no contexto doméstico

V1. “(...) há também as atividades de casa (...), que eventualmente a gente corta a grama junto, as vezes a gente retira material (...)” (P3)
V2. “(...) gosto de fazer as atividades de cuidar do jardim, de pintar uma parede, (...) faço sem o menor problema, (...) tem um jardim que eu cuido também, (...) se trabalhasse menos horas, com certeza eu faria mais atividade física (...)” (P8)
V3. “(...) tenho feito algumas caminhadas também diria, duas outras vezes por semana com o cachorro, isso me obriga a caminhar um pouco também, o que tem de brincar com o cachorro sair com ele também para dar uma caminhada”. (P10)

No que concerne ao lazer, a maioria dos participantes declararam que este é um aspecto que tem apresentado alguns prejuízos, como pode ser observado no quadro 56. Dentre a minoria que mantém o lazer verifica-se a adoção de diferentes tipos de atividades, como as atividades físicas formais, os esportes, e as atividades diversificadas (V1 e V3). Já no que se refere àqueles que não conseguem manter atividades de lazer, que são a maioria, é possível verificar a falta de tempo para esta atividade (V2), a exploração pelo modo de produção (V4), e os estados constantes de cansaço (V5).

**Quadro 41 –** Percepções de participantes acerca da relação entre lazer e atividades físicas

V1. “(...) no lazer ativo (...), nos últimos meses eu voltei a jogar tênis, então graças a deus a minha técnica está muito boa, eu treino duas, três vezes por semana sem parar e sempre corro (...)” (P1)
V2. “(...) eu acho que está faltando tempo para lazer (...). Gosto muito do que faço, das aulas que eu dou, mas eu tenho que achar tempo para mim também (...)” (P7)
V3. “(...) hoje meu lazer é bem maior do que era a dez ou vinte anos atrás. Eu vivencio bastante essa pratica com o meu filho, durante a tarde pode pegar ir num cinema. Então eu consigo aproveitar bem melhor. Acho que hoje eu valorizo muito a minha família e também me valorizo”. (P10)
V4. “(...) do ponto de vista do lazer, interessante perceber que o meu discurso é crítico, pela incompatibilidade do capitalismo com o tempo livre, mas de algum modo você, nas relações perversas trabalho, nos acidentes de trabalho, na produtividade do trabalho, isto acaba respingando nos meus finais de semana, sábado e domingos, feriados e férias (...)” (P14)
V5. “(...) no lazer, eu gosto de ir à praia, mas não tenho conseguido fazer isto. No lazer às vezes eu também visito amigos, cinema de vez quando, uma leitura, mas eu não tenho feito muita coisa não. Saio pouco à noite para dançar, porque estou tão cansado que não agüento (risos)”. (P16)

Portanto, é possível sugerir que a maioria dos participantes apresenta percepções positivas sobre a categoria atividade física. Entretanto, a síntese das verbalizações demonstra que a atividade física também apresenta aspectos negativos, como pode ser observado no quadro 42.

**Quadro 42 –** Síntese dos aspectos positivos e negativos da atividade física

ASPECTOS RELACIONADOS À ATIVIDADE FÍSICA	
POSITIVOS	NEGATIVOS
Características pessoais	Sobrecarga de trabalho
Aulas práticas	Acúmulo de tarefas
Melhoria física, psíquica e espiritual	Atividades sedentárias
	Cobrança pelo produtivismo

### 5.1.6 Saúde dos participantes

No que tange à percepção sobre saúde, de acordo com o quadro 43, é possível verificar que este conceito é entendido de forma ampla e compatível com a literatura investigada, inclusive avançando o conceito de saúde, pois rompem com algumas perspectivas que estabelecem relações diretas com o conceito de doença, já a maioria dos sujeitos não apresenta um entendimento linear e determinístico que considera a saúde como a simples ausência de doenças, mas ao contrário, que entendem que o fenômeno da doença pode sinalizar problemas na saúde do indivíduo (V1). O segundo avanço diz respeito à relação entre a percepção de saúde e a área de Educação Física, demonstrando contradições que afastam o discurso teórico do discurso real e cotidiano da maioria dos participante (V2). O terceiro avanço concerne à prioridade em saúde, demonstrando que as mudanças que ocorrem para alguns sujeitos ao longo da vida interferem nas suas percepções, modificando os objetivos, as aspirações e as ambições (V3).

#### **Quadro 43** – Percepções de participantes acerca da extrapolação ao conceito de saúde

V1. “(...) eu considero que a saúde e não pode ser vista como um fator isolado, eu vejo a saúde numa relação com a doença, pois a doença te dá muito mais ensinamento do que a tua própria saúde. Até porque a doença é a manifestação de que alguma coisa não vai bem (...)” (P3)

V2. “(...) existe uma contradição muito grande, eu acho que somos todos professores de educação física e damos importância em dar tudo para todos, e a gente esquece de si mesmo. A gente tem tanta atividade aqui, e a gente não consegue fazer uma atividade física aeróbica, uma atividade de lazer (...), hoje não consigo fazer mais nada. Estou numa situação de perigo. Eu estou no limite, vou ter que ir a um médico. Não estou legal. Vou ter que tomar alguma atitude”. (P7)

V3. “(...) à medida que a gente vai ficando mais velho, a gente vai cada vez dando mais importância para essa questão da saúde. Quando a gente é jovem (...), a preocupação é em se ter as coisas, em adquirir, depois que chega no 50, tu já vê que o adquirir já não é tão importante, o importante é ser feliz, estar bem (...), acaba havendo uma inversão do econômico pela saúde, enquanto a prioridade”. (P9)

Ainda referindo-se ao conceito de saúde, de acordo com o quadro 44, foi possível constatar que para alguns sujeitos, as características atuais do trabalho docente na universidade originam contradições. Estas contradições referem-se em primeiro lugar ao fato de que a Educação Física atualmente seja considerada uma das profissões da área da saúde e que a universidade deveria ter a responsabilidade na

produção de conhecimentos que propiciem a melhoria da vida em sociedade (V1). Em segundo lugar, as contradições demonstram que a exploração do trabalho humano, inclusive o intelectual, pelo sistema econômico atual, não favorece a saúde dos indivíduos (V2).

**Quadro 44** – Percepções de participantes acerca das contradições do trabalho frente conceito de saúde

V1. “(...) não é à toa aqui que em muitos centros tem muitas pessoas com câncer, a síndrome do pânico, depressão. Eu mesmo tive duas vezes depressão. Duas depressões que ainda não estão totalmente curadas (...), e quem conhece depressão, sabe que esta é uma coisa construída pelo nível de ansiedade, tensão, falta de esperança, a queda da tolerância, a baixa auto-estima, eu percebo isto como num nível mais alto que eu nunca tive na vida. Eu penso que universidade virou o celeiro, um universo de construção de ansiedades, de tensões e de estresse.(...) É a contradição em um lugar onde deveria ter a dimensão mais qualitativa, do ponto de vista da saúde, mais coletiva justamente no local onde você tem mais adoecer”. (P3)

V2. “(...) estou doente porque acho que tenho que desacelerar, porque uma coisa que se tente entender, é que esta aceleração é uma coisa, segundo os teóricos, é para nada, não serve para coisa alguma, a não ser, para acelerar, produzir, trabalhar, a ser explorado, e acumular dinheiro e capital para os capitalistas, para os organismos internacionais (...)” (P9)

## 5.2 Qualidade de vida

No que diz respeito às percepções individuais sobre qualidade de vida, a maioria dos participantes avalia positivamente esta categoria, como pode ser observado no quadro 45. No que tange à avaliação da sua própria qualidade de vida, é possível constatar diferentes fatores intervenientes, mas em sua maioria verificam-se relações entre o trabalho e a questão econômica, como aspectos principais na análise desta categoria (V1, V2 e V3).

**Quadro 45** – Percepções de participantes acerca da avaliação da qualidade de vida

V1. “(...) eu associo a minha qualidade de vida aquilo que eu quero fazer aquilo que eu realizo no meu trabalho, e aí eu acho que a minha qualidade de vida é altíssima (...)” (P1)

V2. “(...) no meu caso eu vejo que a parte econômica em termos de da remuneração percebida, ela me faz ter uma qualidade de vida, eu diria de boa para razoável, porque cumpre esses fatores (...)” (P13)

V3. (...) eu tenho uma boa qualidade de vida, mesmo tendo fatores que não posso dar conta, mas da forma como ele encaro esses fatores eu posso dizer que tenho uma boa qualidade de vida. Eu só tenho um fator que afeta a minha qualidade de vida, que é tempo. Pois eu tenho pouco tempo e muita tarefa e esse aspecto eu acredito que interfere, ou seja, muitas atividades, e pouco tempo para exercer essas tarefas. (P15)

### 5.2.1 Definição de qualidade de vida

A definição de qualidade de vida apresenta diferentes percepções dos sujeitos, pois apesar da não constatação na literatura investigada, identificaram-se entendimentos daquilo que os participantes consideram relevantes e que, portanto, devem ser devidamente apresentados valorizando seus posicionamentos, como pode ser constatado no quadro 46. Deste modo, é possível averiguar definições que se baseiam em aspectos psíquicos (V1, V2, V4, V6, V9, V10, V13), sociais e políticos (V3, V5, V7, V11, V12, V14, V15 e V16), físicos (V7), e espirituais (conectividade) (V8), sendo em sua maioria, considerada como uma categoria subjetiva.

#### **Quadro 46** – Percepções dos participantes acerca da definição de qualidade de vida

V1. <i>“Qualidade de vida, é ter equilíbrio emocional, ter um equilíbrio de vida”</i> (P1)
V2. <i>“Qualidade de vida é a percepção subjetiva que cada um tem sobre o que é viver bem”</i> (P2)
V3. <i>“Qualidade de vida, já começa com o sentido político, com um sentido de estar no mundo, se há vida de fato, seria redundante falar em qualidade, pois a vida é a plenitude, e seria muito difícil pensar em questões de uma vida plena se tu não tivesse qualidade”</i> (P3)
V4. <i>“Qualidade de vida é a avaliação pessoal que o individuo faz da vida que ele leva”</i> (P4)
V5. <i>“Qualquer definição que fosse emprestada a essa expressão deve ser relativa à pessoa e ao contexto”</i> (P5)
V6. <i>“Qualidade de vida eu definiria como perfeito bem-estar físico, mental, sócio-afetivo”</i> (P6)
V7. <i>“Qualidade de vida é você conciliar atividades produtivas com atividades de lazer, atividade corporais”</i> (P7)
V8. <i>“Qualidade de vida é paz de espírito”</i> (P8)
V9. <i>“Qualidade de vida é a forma que a gente percebe a vida”</i> (P9)
V10. <i>“Qualidade de vida seria eu poder está bem comigo mesmo”</i> (P10)
V11. <i>“O indicador mais claro para a falta de qualidade vida é não poder “contaminar” mais pessoas com esse estilo de vida”</i> (P11)
V12. <i>“Qualidade de vida é uma vida com qualidade”</i> (P12)
V13. <i>“Qualidade de vida vai estar relacionada ao desenvolvimento da parte econômica, da parte social, da parte emocional”</i> (P13)
V14. <i>“Qualidade de vida significa uma visão ampliada do que significa a própria vida em sociedade”</i> (P14)
V15. <i>“Qualidade vida é o modo como uma pessoa leva a vida levando em consideração os fatores positivos e negativos desta vida”</i> (P15)
V16. <i>“Qualidade de vida é algo muito difícil, pois na qualidade de vida, interferem muitas coisas, como o bem estar”</i> (P16)

## 5.2.2 Fatores intervenientes na qualidade de vida

No que se relaciona aos fatores intervenientes na qualidade de vida de alguns participantes, ou seja, fatores que provocam algum tipo de influência na qualidade de vida dos indivíduos, é possível, segundo o quadro 47, constatar diversos fatores, como os espirituais (V1), os económicos (V3 e V4), e os afetivos (V2, V3 e V4), e ocupacionais (V2), pois dentre os fatores que interferem positivamente na qualidade de vida, as aulas práticas, próprias da Educação Física, foi um dos aspectos apresentados por alguns dos sujeitos.

### **Quadro 47** – Percepções de participantes acerca dos aspectos que interferem na qualidade de vida

V1. <i>“(...) um aspecto fundamental na minha qualidade de vida é a religiosidade, é a espiritualidade (...)”</i> (P1)
V2. <i>“(...) ter qualidade de vida é ter equilíbrio emocional, ter um equilíbrio de vida (...), estou buscando este equilíbrio através da prática do judô (disciplina curricular)(...)”</i> (P4)
V3. <i>“(...) os aspectos que interferem nessa qualidade vida, são o resultado de todas as atividades, os relacionamentos na situação do trabalho, a satisfação com a família, a satisfação com as pessoas, a satisfação com o estilo de vida, a satisfação com emprego, a satisfação com salário, eu acho que esses são alguns itens que interferem na minha vida na minha qualidade, e não se pode esquecer da saúde”.</i> (P9)
V4. <i>“(...) eu vejo que a parte econômica em termos de da remuneração percebida, ela me faz ter uma qualidade de vida, (...) outro aspecto positivo seria a parte afetiva, e a parte familiar, e também com o aspecto social, ou seja, os entes de convivência, tanto no que foi dito na parte trabalho, e também fora do ambiente de trabalho (...)”</i> (P16)

Já no que tange aos aspectos que interferem negativamente na qualidade de vida, é possível constatar, de acordo com o quadro 48, que as exigências do trabalho foi o principal fator identificado pela maioria dos sujeitos, já que este determina a própria sobrevivência econômica atual. Estas exigências podem ser identificadas pela sobrecarga de trabalho (V1, V3 e V5), pela falta de cooperação em equipe (V1 e V2), pelas condições de trabalho (V1), e pelas relações de trabalho (V4).

**Quadro 48** – Percepções de participantes acerca dos aspectos que interferem negativamente na qualidade de vida

V1. “(...) o que piora a qualidade de vida são as condições de trabalho. Pois muitas vezes há uma sobrecarga de trabalho, falta trabalho de equipe (...)” (P2)
V2. “(...) o lado negativo é que tenho que trabalhar com coisas que não dependem de mim, e é por isso que eu nunca gostei de trabalhar em grupo, gosto de contar comigo e comigo mesmo (...)” (P4)
V3. “(...) Tudo isto interfere muito na qualidade de vida. Então a própria falta de tempo decorrente desse corre-corre do dia-a-dia mais a falta de dinheiro, é o que interfere muito (...)” (P6)
V4. “(...) o que mais interfere na minha paz de espírito são as relações de trabalho e as relações envolvendo relações de poder(...)” (P8)
V5. “(...) o que interfere na qualidade de vida, é que geralmente, mesmo nas férias, você tem trabalho para resolver, (...) a minha qualidade vida é muito afetada pelas questões profissionais”. (P8)

### 5.2.3 Fatores determinantes da qualidade de vida

A partir do levantamento categorial, é possível identificar ainda, para alguns dos sujeitos, fatores determinantes da qualidade de vida, ou seja, fatores que não apenas a influenciam, mas que a determinam como pode ser observado no quadro 49. Sendo assim, constata-se determinações políticas (V1), históricas (V2), sociais (V1 e V2), psíquicas (V2) e paradigmáticas, extrapolando a perspectiva funcionalista, tipicamente adotada por correntes da Educação Física e áreas da saúde (V2).

**Quadro 49** – Percepções de participantes acerca dos determinantes sociais, históricos, e políticos da qualidade de vida

V1. “(...) existem determinantes políticos e sociais na qualidade de vida das pessoas (...)” (P3)
V2. “(...) embora o conceito de qualidade de vida, como tem sido construído, haja elementos objetivos e subjetivos para percepção, construção e de construção dessa qualidade, eu poderia considerar também que são conceitos históricos e que ao longo dos tempos vão se transformando de acordo com as necessidades, normalmente humanas, e que são conceitos, tanto critérios objetivos e subjetivos, que têm diferenças de lugares para lugares, e têm diferenças de áreas para áreas (...), qualidade de vida depende dos meus hábitos saudáveis, de exercícios, de alimentação, e de uma série de coisas, se não tiver também os meus hábitos sociais, se não tiver as minhas relações interpessoais favoráveis, não adianta diante de qualquer ameaça física, hipocinética, de ter que fazer prevenção de uma série de coisas, se eu não tenho amigos, se eu sou uma pessoa rejeitada(...) Então eu vejo que a qualidade de vida só pode ser avaliada em relação ao contexto, (...) envolve todos os aspectos favoráveis à saúde, da socialização, da cultura, mas que não haja um desequilíbrio de um aspecto em relação ao outro”. (P3)

Quanto às determinações econômicas da categoria qualidade de vida, torna-se necessário que não seja considerada somente a perspectiva de ter ou não renda, possuir ou não poder de compra, mas que se analisem as possibilidades de ter acesso à cultura, ao lazer, à saúde e à educação a partir destas condições financeiras. Neste sentido, segundo o quadro 50, é possível verificar que para alguns dos sujeitos a condição financeira favorável pode determinar a percepção positiva da qualidade de vida (V1 e V2), enquanto que a condição financeira desfavorável pode determinar percepção negativa da qualidade de vida (V3).

**Quadro 50** – Percepções de participantes acerca dos determinantes econômicos da qualidade de vida

V1. “(...) hoje eu considero que a minha vida tem qualidade por eu ter segurança e independência financeira, segurança de moradia, conforto, estabilidade financeira que permite usufruir e gastar com algumas coisas (...)” (P5)

V2. “(...) a qualidade de vida ao contrário do que muita gente imagina, ter qualidade é ter bens, então essa idéia na minha opinião, e de muitos autores, é equivocada. A qualidade de vida é como a gente se percebe nesse meio. Então tem gente que ganha muito pouco, mas consegue perceber isso como positivo, e consegue ser feliz com isso, e por isso vivem mais e melhor. Tem pessoas que têm qualidade vida com muito pouco, mas têm uma qualidade de vida positiva (...)” (P9)

V3. “(...) para ter hoje uma qualidade de vida melhor do que eu teria antes, sem muitas preocupações a universidade teria que reconhecer para nós, como professores, por exemplo, a produtividade. Eu sairia daqui tranquilo sem me preocupar com que eu tenho que pagar hoje sem saber se o dinheiro vai dar ou não, (...) então isso gera um somatório de situações que desgasta o professor. (...)” (P10)

Sobre as determinações físicas e psíquicas da qualidade de vida, é possível verificar que para alguns sujeitos, existem diversos aspectos que causam a percepção negativa, como os processos de adoecimento, o acesso aos sistemas público e privado de atendimento, e os que causam a percepção positiva, como os estados de saúde e a educação para saúde, como pode ser observado no quadro 51. No que se refere ao envelhecimento, tanto aos processos de senescência quanto de senilidade, é possível verificar a direta determinação destas condições na percepção de qualidade de vida de alguns dos participantes (V1). No que concerne às doenças, é possível verificar que para alguns sujeitos os estados patológicos, determinam a avaliação da qualidade de vida (V2). E ainda, no que se refere às condições físicas, como a obesidade, é possível verificar que a avaliação da qualidade de vida depende da valoração de diversos fatores que a compõe, pois

existem preferências humanas que determinam as prioridades de alguns indivíduos (V3).

**Quadro 51** – Percepções de participantes acerca dos aspectos facilitadores das aulas práticas para o estilo de vida ativo

V1. “(...) a minha qualidade de vida, se eu for analisar, eu posso dizer que existem coisas que não posso mais fazer, mas por outro lado, essas coisas já não são tão importantes para mim hoje, pois o mais importante para mim hoje é ter paz, tranquilidade comigo mesmo. A deterioração natural que eu vou enfrentar a cada ano em função da idade cronológica, das limitações que eu tenho hoje, por exemplo, com as minhas variáveis morfofuncionais, já compromete, porque já não tenho mais a resistência que eu tinha, já não tenho a mesma condição”. (P5)

V2. “(...) a minha qualidade de vida, como o estilo de vida, é muito boa, a percepção que eu tenho negativa, do que pode ser mudado, mais uma vez para que eu tenho uma qualidade de vida melhor é a questão do estresse, e em decorrência de stress algumas doenças, mas tem algumas coisas que não dá para mudar, como essas doenças geneticamente transmitidas, como a questão do reumatismo, da rinite, e isso no alguma maneira incomoda e diminui a percepção da qualidade de vida e a sensação de viver bem”. (P10)

V3. “(...) na qualidade de vida, (...) do ponto de vista da saúde, eu diria que tenho algumas questões que eu nunca vou superar, por exemplo, eu tenho uma tendência à obesidade, que para chegar a um nível razoável, eu talvez tivesse abrir mão de determinadas coisas que no computo geral, mais atrapalharia do que ajudaria”. (P12)

Considerando os resultados sobre qualidade de vida, encontrados a partir do levantamento categorial, é possível afirmar que existem aspectos positivos e negativos que interferem e determinam esta categoria, como pode ser observado no quadro 52. Este entendimento baseia-se nos resultados levantados de que os aspectos apresentam múltiplas origens, tais como física, psíquica, social, histórica e econômica, que caracterizam a qualidade de vida dos sujeitos.

**Quadro 52** – Síntese das verbalizações acerca das percepções dos participantes sobre os aspectos positivos e negativos na qualidade de vida

ASPECTOS RELACIONADOS À QUALIDADE DE VIDA	
POSITIVOS	NEGATIVOS
Condições econômicas favoráveis	Condições econômicas desfavoráveis
Trabalho intelectual	Exigências do trabalho
Relações afetivas	Sobrecarga de trabalho
Aulas práticas	Relações de trabalho
Estados de saúde	Condições de trabalho
	Falta de cooperatividade
	Processos de adoecimento
	Sistema de atendimento à saúde

### 5.3 Docência em Educação Física

No que se refere à docência propriamente dita, é possível constatar que a maioria dos participantes optou pelo magistério de ensino superior, pois apesar de identificarem inúmeras dificuldades na atuação cotidiana, afirmam que sua escolha profissional foi muito boa, como afirma o P3: *“(...) eu considero, que inicialmente a minha profissão é fabulosa. É tudo aquilo que uma pessoa gostaria de encontrar em seu trabalho (...)”*, e que não gostariam de ter outra profissão, como pode ser exemplificado no fragmento de verbalização do P10: *“(...) eu se tivesse que fazer outra coisa, a não ser, ser professor, eu não saberia dizer o que poderia me envolver (...), tudo que eu faço eu faço da melhor forma possível, gosto do que faço e isto me gera prazer. Então, não sou um professor frustrado que vive na universidade”*.

#### 5.3.1 Condições de trabalho

No que diz respeito às condições de trabalho na universidade, é possível identificar fatores positivos e negativos. Quanto aos fatores negativos, percebido pela maioria dos sujeitos, é possível constatar fatores materiais, como laboratórios (equipamentos específicos de pesquisa, instrumentos de pesquisa), instalações físicas e equipamentos (mobiliário, equipamentos de climatização, equipamentos de informática, equipamentos audiovisuais), acervo (livros, periódicos), instalações arquitetônicas (salas de atendimento, salas de aula, bibliotecas, ginásios, piscinas, quadras), assim como equipamentos e implementos esportivos (trampolim, implementos ginásticos, implementos atléticos), como pode ser constatada nas verbalizações do quadro 53.

**Quadro 53** – Percepções de participantes acerca dos fatores materiais das condições negativas de trabalho na universidade

V1. “(...) na própria estrutura dos laboratórios há falta de computadores, há falta de espaço físico. Poucos são os professores que tem sala, (...) não tem um ambiente para poder estudar, (...) não tem um ambiente de estudo para poder preparar a tuas aulas, um simples ambiente reservado (...)” (P2)
V2. “(...) quanto às condições, eu não tenho todo os livros que gostaria de ter (...), porque são necessários à minha qualificação profissional (...)” (P3)
V3. “(...) dentro do que eu trabalho, poderia ser melhor, ter mais equipamento (...)” (P4)
V4. “(...) a estrutura física está comprometida, eu estou aqui, (...), acho que a estrutura física e os recursos materiais estão muito aquém do que a universidade precisaria”. (P6)
V6. “(...) as condições materiais da IESP 1, as condições físicas, estão muito precárias. (...) Falta recursos materiais, falta equipamentos mais modernos, (...) nós aqui só temos a área física, de quadras, (...) só temos computadores ultrapassados (...)” (P16)

Ainda no que concerne aos fatores negativos das condições de trabalho na universidade, é possível identificar, para alguns sujeitos, fatores humanos e organizacionais, como pode ser verificado no quadro 54. Dentre os fatores humanos e organizacionais, identificam-se a falta de recursos humanos qualificados para a categoria dos funcionários técnico-administrativos (V1, V2 e V5), as dificuldades na obtenção de recursos (V3 e V4), a transferência das responsabilidades da instituição para os docentes (V4 e V6).

**Quadro 54** – Percepções de participantes acerca dos fatores humanos e organizacionais das condições negativas de trabalho na universidade

V1. “(...) as questões técnicas administrativas, dos funcionários em si, muitas vezes não são operacionalizadas de uma forma profissional e isso emperra o trabalho (...)” (P2)
V2. “(...) nós temos poucos servidores técnico-administrativos, esses servidores que nós temos aqui boa parte deles estão desmotivados, desacreditados, alguns desqualificados, alguns desumanizado, e isso dificulta muito o nosso cotidiano (...)” (P3)
V3. “(...) já fiz projeto para tentar conseguir verba, e não se consegue (...)” (P4)
4 “(...) toda essa estrutura física está jogada na mão dos professores. Então, tudo depende do projeto, tudo depende do status do professor, que às vezes com sua influência consegue recursos específicos, mas nunca para manutenção (...)” (P6)
V5. “(...) uma das coisas que eu acho que a universidade, (...) esta devendo bastante, é a questão dos servidores técnico-administrativos (...)” (P12)
V6. “(...) a questão da estrutura física e dos recursos materiais, sofreu ao longo desses anos um afastamento da responsabilidade da instituição, e uma transferência das responsabilidades ao professor (...)” (P13)

Com relação às condições positivas de trabalho na universidade, segundo o quadro 55, é possível constatar, para alguns sujeitos, diversos fatores que também foram considerados como negativos nas condições de trabalho. A análise comparativa dos sujeitos que apresentam percepções diferenciadas sobre o mesmo fator, demonstrou que a maioria dos participantes que apresentam percepções positivas, é composta de docentes com tempo de atuação no ensino superior de pelo menos 20 anos, o que permite entender a suficiência da estrutura física e dos recursos materiais (V1, V2, V3 e V4).

**Quadro 55** – Percepções de participantes acerca dos fatores materiais das condições positivas de trabalho na universidade

V1. “(...) a estrutura física, apesar da dificuldade da IESP 2 de espaço físico do CEF 2 eu acho maravilhoso o que eu tenho, eu não posso reclamar, a gente tem muita coisa para trabalhar. (...)” (P1)
V2. “(...) na verdade não dá para reclamar, pois tudo que eu preciso da instituição para trabalhar, esta aí, está bem posto (...)” (P7)
V3. “(...) a estrutura física da universidade que eu trabalho é boa, tem tudo que é necessário para desempenhar um bom trabalho (...)” (P9)
V4. “(...) as minhas condições de trabalho, aqui na IESP 2 são muito boas (...)” (P15)

Quanto às questões econômicas, apenas a minoria dos participantes afirma estar contente com seu salário. Esta avaliação positiva é justificada por diversos fatores, como as gratificações agregadas pelo tempo de atuação e os benefícios das atividades administrativas. Já a maioria dos participantes percebe que a questão salarial é um aspecto negativo das condições de trabalho, conforme quadro 56, pois mesmo considerando que o cenário econômico atual é muito ruim para a maioria da população brasileira, a grande maioria dos participantes afirma que a questão salarial é um aspecto a ser superado na docência do ensino superior (V1 e V2).

**Quadro 56** – Percepções de participantes acerca das condições salariais do trabalho na universidade

V1. “(...) a nossa profissão é muito mal remunerada, nós somos uma elite pensante, pois de uma forma geral quem dá aula na universidade é uma elite, comparando então, se for pensar pelo que eu estou trabalhando, eu estou ganhando pouco (...)” (P4)
V2. “(...) acho que poderíamos ganhar um pouco mais, com as devidas correções, com mais incentivos (...), se considerar as condições da sociedade, o professor universitário seria privilegiado se comparado à grande parte da população, só que seria uma comparação um pouco estranha, porque nós estaríamos comparando com um quadro de condição subumana (...)” (P16)

Com respeito à questão salarial, como pode ser observado no quadro 57, é possível identificar dois aspectos que alguns dos participantes percebem como fundamental no trabalho docente. O primeiro aspecto levantado refere-se à produtividade (V1 e V2). O segundo aspecto verificado refere-se à consciência profissional dos docentes, tanto para a capacitação profissional, quanto para o desenvolvimento da área da Educação Física (V3).

**Quadro 57 –** Percepções de participantes acerca da produtividade e da consciência profissional nas condições salariais do trabalho na universidade

V1. *“(...) a universidade pública tem que nos valorizar, temos que ganhar produtividade em termos de produção científica, temos que ter um estímulo (...)”* (P2)

V2. *“(...) a exigência para produzir é que melhora o teu rendimento, nessa exigência para produzir envolve pesquisa e extensão (...)”* (P7)

V3. *“(...) os docentes estão perdendo a possibilidade de sua capacitação, (...) por exemplo, a licença sabática que existia a cada sete anos, que o professor tinha direito a seis meses de licença para escrever um livro, ou para se capacitar, não existe mais. Porque a legislação permitia que quem não tirassem essa licença contava em dobro para a aposentadoria. Ou seja, visto que é feito específico para a capacitação, que era para dar um retorno para a instituição, ela passou a ser transformada em termos de interesse pessoal e não mais para a instituição”.* (P13)

Considerando as condições de trabalho na universidade, é possível identificar percepções diferenciadas quanto à jornada de trabalho docente, conforme quadro 58. Dentre os participantes que aceitam o aumento da jornada de trabalho e a sobrecarga de trabalho, verifica-se a justificativa baseadas nas características pessoais, e no envolvimento com a administração, para além do ensino pesquisa e extensão (V1, V2 e V3). Já dentre os que não aceitam o aumento da jornada de trabalho, verifica-se o entendimento de que o produtivismo inerente ao modelo econômico atual orienta também o trabalho na universidade, pois os docentes precisam se adequar a uma série de cobranças de produções (V3).

**Quadro 58** – Percepções de participantes acerca da jornada de trabalho na universidade

V1. “(...) eu estou trabalhando de manhã, tarde e noite (...), então eu estou com uma jornada de trabalho grande, mas isto não me incomoda, pois apesar de que eu estou com uma jornada de trabalho muito além de quarenta horas, eu estou fazendo isto porque está me fazendo feliz (...)” (P4)

V2. : “(...) a minha jornada de trabalho é em torno de 10 a 12 horas por dia, até porque tenho uma carga de trabalho, que embora no papel esteja com 40 horas, é em torno de 60 a 80 horas (...). Isso é uma questão momentânea, apesar de já fazer seis anos (risos) (...), eu mesmo que eu faço minha jornada. Eu trabalho, eu diria que, até mais do que é exigido. E não porque eu seja a work a hollic, mas que eu gosto do que faço, mas o meu trabalho não se resume a estar na universidade, mas sim está em me envolver (...)” (P9)

V3. “Com relação à jornada, este aqui é que o problema, porque esse chamado 3 por 8, ou seja, 8 horas de trabalho, 8 horas de lazer, 8 horas de sono não existe no capitalismo, (...) pois a cobrança é grande, o produtivismo é muito grande (...)” (P14)

A não aceitação do aumento da jornada de trabalho por alguns participantes, como pode ser constatada no quadro 59, também pode ser observada na crítica à ocupação do lazer e do tempo livre para as tarefas ocupacionais (V1, V2 e V3), pois esta contamina os demais contextos da vida cotidiana, levando ao não desligamento do trabalho docente e a ocupação do tempo em casa com correções de provas e trabalhos, orientações, pesquisas, e elaboração de aulas.

**Quadro 59** – Percepções de participantes acerca da não aceitação do aumento da jornada de trabalho na universidade

V1. “(...) o professor vai para casa e ainda leva todo o trabalho para casa, (...) pois tens que ir a um projeto, organizar um evento, corrigir trabalho, então, nas horas de prazer sempre se peca (...)” (P2)

V2. “(...) você tem que fazer uma boa pontuação na avaliação para que você possa ter as gratificações por estímulo à docência, então você leva trabalho para casa para dar conta. Quer dizer se você não leva trabalho para casa, você fica aqui no mínimo 8 horas, que você acaba tendo que levar o trabalho para fazer a noite, e daí já se foram aquelas 8 horas de lazer que deveria conter em um dia”. (P14)

V3. “(...) aquele lazer no conceito popular, de sair para ir ao bar para se divertir, eu reduzi bastante, e isto eu atribuo a atividade ocupacional, pois eu assumi a administração e continuou fazendo as mesmas coisas que fazia aqui no centro”. (P15)

No que se refere à ocupação docente com os cargos administrativos, segundo o quadro 60, é possível constatar, para alguns sujeitos, conseqüências positivas e negativas. Dentre as conseqüências negativas, é possível citar a formação de grupos (guetos) (V1), já que a repetição na ocupação de alguns cargos pode gerar percepções distorcidas de democracia e permanência no poder. Já no que se refere às conseqüências positivas, é possível identificar as características pessoais, pois se verifica a satisfação dos sujeitos no cumprimento do seu dever e no trabalho de seus colegas (V2 e V3).

**Quadro 60** – Percepções de participantes acerca da ocupação docente com cargos administrativos

V1. “(...) outra questão refere-se aos cargos de professores que saem da docência e vão administrar a casa. Isto acaba por formar guetos e linhas que privilegiam uns e prejudicam outros, e isso atrapalha o teu trabalho docente, até para organizar um evento, desde uma simples organização de uma atividade acadêmica, pois falta estrutura técnico administrativa para favorecer o trabalho”. (P2)

V2. “(...) merece considerar também, o esforço de muitos colegas, administradores, que tem conseguido coisas importantes para a gente, que não são suficientes, mas nos alegra muito a sensibilidade dessas pessoas (...)” (P3)

V3. “(...) o importante é saber você está contribuindo com o sistema, e nesse ponto, eu penso que estou contribuindo bastante para a IESP 2 assumindo a administração, ou seja, se você quer fazer parte do processo, você tem que se inserir nesse processo (...)” (P15)

### 5.3.2 Carreira docente

Como pode ser observado no quadro 61, identificaram-se aspectos positivos e negativos sobre a carreira docente. Quanto aos aspectos positivos da carreira docente, constatam-se para alguns docentes que a carreira docente oferece oportunidades significativas em produções políticas (V1), e em produções pedagógicas e científicas (V4). Quanto aos aspectos negativos, verificam-se em alguns docentes, o não incentivo aos cursos de qualificação (doutoramento) (V2), e as disputas por relações de poder no contexto universitário (V3).

**Quadro 61** – Percepções de participantes acerca de aspectos que interferem na carreira docente

V1. <i>“(...) eu sempre foi tido dentro do universo da literatura brasileira em educação física, como um intelectual ligado à esquerda. Eu sempre tive um trabalho de mobilização das minorias, eu sempre tive o trabalho de questionamento dos valores estabelecidos, (...) Quando faço a minha crítica ao uso na minha titulação e do meu status acadêmico é para a questão é social”. (P1)</i>
V2. <i>“(...) a universidade não me deu um apoio sequer no início para me impulsionar para o doutorado. (...) o que a instituição me deu foi apenas a liberação para o doutorado, ou seja, depois de eu ter conseguido tudo que ela me auxiliou na liberação, ela não teve a capacidade de oferecer recursos (...)” (P2)</i>
V3. <i>“(...) quanto às relações de poder, eu tenho dito (...), que a pós-graduação é uma situação que serve para emancipar as pessoas das coisas que oprimem, e jamais ela deveria seguir outras coisas como aspiração por dinheiro, ou poder, ou pseudos poderes, para serem utilizados para dominarem, oprimirem, para desautorizar, para desqualificar, para colocar medo, para gerar tensões, para gerar estresse, enfim para desarticular, desestruturar e deixar as pessoas infelizes (...)” (P3)</i>
V4. <i>“(...) eu acho que a sociedade só se modificará quando o povo tiver acesso à educação, então tudo que pude fazer de cursos na carreira universitária eu fiz, (...), pois eu acho isto é necessário, principalmente para quem trabalha na universidade com formação profissional, ou seja, qualificação profissional para a formação e qualificação dos acadêmicos”. (P16)</i>

Ainda no que se relaciona à carreira docente, verificou-se que a maioria dos participantes sente-se realizada profissionalmente, como pode ser observado no fragmento do P2: *“(...) eu desenvolvo atividades no grupo de estudos da terceira idade, e isto é a minha realização profissional (...)”*, e do P3: *“(...) há trabalhos que a gente realiza que nos trazem muitas emoções, muitas alegrias, e não é porque é uma universidade pública que não reconhece os valores que as pessoas têm, nem mesmo as necessidades que as pessoas têm, não é o não reconhecimento e a não valorização financeira, mas não é por isso que eu não vou fazer esse trabalho, e isto me dá muita tranquilidade para continuar fazendo as coisas que eu acredito sem pretensões”*, sendo, deste modo, possível constatar percepções positivas em relação a sua opção profissional, principalmente pela função social de algumas atividades que desenvolvem.

### 5.3.3 Função social

No que diz respeito à função social dos docentes, segundo o quadro 62, é possível constatar que a maioria dos participantes percebe sua função social como

sendo positiva à sociedade (V1 e V3), pois podem provocar o desenvolvimento social, através da formação individual e coletiva dos cidadãos, além do desenvolvimento científico e tecnológico (V1, V2 e V4), pois tanto podem aumentar a produção acadêmica, quanto podem participar na formação de profissionais que serão multiplicadores de conhecimentos artísticos, científicos e filosóficos.

**Quadro 62** – Percepções de participantes acerca da função social da docência no ensino superior

V1. <i>“(...) com o trabalho de intervenção social com os idosos, eu enquanto profissional de uma universidade pública, estou dando o meu retorno a essa sociedade, e ainda contribuindo para a formação de novos profissionais que também é um grande retorno social, então eu tenha retorno diretos para a sociedade (...)”</i> (P2)
V2. <i>“(...) eu acho que a função do professor de ensino superior é imprescindível. Apesar do ensino superior na universidade pública não representar mais que 1% do ensino no Brasil, (...) mas em compensação 99% das pesquisas são feitas na universidade pública (...)”</i> (P6)
V3. <i>“(...) a função social que eu desempenho, eu acho de suma importância. As universidades, hoje, são responsáveis pela formação dos cidadãos, e das cidadãs também. É um papel muito importante e tem muita gente que não está ciente dessa responsabilidade (...)”</i> (P9)
V4. <i>“(...) eu penso que tenho uma função social que é inegável, que é: Privilegiar um ensino, pesquisa, extensão, práticas pedagógicas que tenham relação com a vida, com a natureza, com os que sofrem, com a miséria da condição humana, como dizia Bertolt Brecht: as ciências só se justificam se for para eliminar a miséria humana. Então é isto que eu tenho para mim como função social do professor, a de animar, a de animação cultural, social e política, mas não para animação dessa coisa do circo, mas a animação no sentido de dar para anima, de dar alma, de dar vida, de dar movimento, de dar capacidade de reação, de luta, de resistência, de se mostrar para as pessoas que existe um outro caminho de vida, de mundo, de sociedade. Eu penso que essa é a função social primeira de quem educa”. (P14)</i>

No que concerne ao papel da Universidade pública, é possível constatar. Para alguns sujeitos, dois aspectos básicos, segundo o quadro 63. O primeiro aspecto refere-se ao entendimento de que as ações da universidade devem ser cada vez mais pedagógicas, como afirma o P1: *“(...) eu não consigo mais conceber uma universidade que não seja pedagógica em todos os espaços (...)”*. O segundo aspecto refere-se à retomada da valorização institucional e docente, haja vista as negligências impostas à universidade atualmente, como pode ser observado no fragmento do P7: *“(...) eu acredito que a política das universidades públicas precisa urgentemente resgatar o valor da universidade pública, pois eu acredito que foi havendo uma negligência total que foi relegando os professores aos poucos”*.

### 5.3.4 Status profissional

No que tange ao status acadêmico, segundo o quadro 63, verificou-se que a maioria dos participantes considera que esta categoria ainda apresenta pontos que favorecem o trabalho docente, principalmente no que se refere à possibilidade de influência nos futuros profissionais que estão sendo formado na Universidade, como aponta o P3: *“(...) a atuação de um professor doutor é algo fabuloso, por que e se torna referência, não só acadêmica, mas na sociedade, mesmo que esta referência ao longo do tempo venha sida perdida, (...)”*. Entretanto, constatou-se também, que este status vem diminuindo através dos tempos, apesar da sua relevância, como afirma o P6: *“(...) quanto ao status profissional do professor, eu acho que ainda é um status bom, mas decaiu muito desde quando começou universidade (...)”*.

Considerando a diminuição do status acadêmico constatada anteriormente e de acordo com o quadro 63, verificou-se que para alguns participantes o fator fundamental deste fenômeno reside na desvalorização profissional, incluindo o declínio salarial, pois impõe determinadas condições que dificultam o desempenho e o desenvolvimento dos professores do ensino superior, pois lhes restringe o essencial de sua atuação, a constante busca pelo conhecimento (V1, V2 e V3).

#### **Quadro 63** – Percepções de participantes acerca dos fatores que diminuem o *status* profissional dos professores de ensino superior

V1. *“(...) hoje status profissional da carreira do magistério, até pelos salários não é nada, e isso repercuti muito na sociedade, (...) de maneira geral ser professor universitário hoje, não significa mais nada, (...) não vejo respeito, não vejo benefícios aparentes em função disso, não vejo uma maior respeitabilidade por causa disto, de forma que passou a ser uma atividade como outra qualquer (...)”* (P10)

V2. *“(...) o status social está diretamente relacionado com a parte do salário (...). E referente à parte do status profissional, este também está relacionado ao aspecto financeiro, pois fica difícil você realmente equilibrar esse aspecto. Ou seja, o aspecto sócio-econômico, a parte profissional e a parte social (...)”* (P13)

V3. *“(...) esse status sócio-econômico não existe, ao contrário, pois um doutor pela suas exigências em demandas culturais e intelectuais muito maiores do que uma pessoa que talvez não tenha feito doutorado. As exigências de um doutor são muito grandes, por que o doutor tem que orientar, tem que produzir, tem que publicar textos, tem de produzir, e no final das contas não te sobra nada (...)”* (P14)

### 5.3.5 Ambiente acadêmico

No que diz respeito ao ambiente acadêmico, segundo o quadro 64, é possível verificar que para alguns sujeitos o clima institucional é marcado pela competitividade exagerada que gera o individualismo, forma guetos e dificulta o crescimento coletivo (V1). O entendimento sobre a origem da competitividade, e consequentemente do individualismo, pode ser atribuída ao produtivismo que se instalou na Universidade pública atual (V2 e V3), pois a lógica da produção imposta pelo modo de produção de bens e serviços, acaba interferindo na lógica de produção de conhecimento ao oferecer a manutenção financeira da própria universidade, seja pelos organismos públicos também contaminados por esta lógica, seja pelas organizações privadas que se orientam pelo modelo econômico.

#### **Quadro 64** – Percepções de participantes acerca do ambiente acadêmico na universidade

V1. *“(...) as pessoas são muito competitivas, e todos têm essa visão de que o trabalho é muito individualista, e não conseguem trabalhar em grupo, e são pouquíssimas as pessoas que conseguem trabalhar em grupo, e então eu acho que a competitividade pode ocorrer mais ela pode ser coletiva, e não precisa ser apenas individual”. (P2)*

V2. *“(...) Michel Foucault deixa bem claro o processo de dominação do homem pela sociedade produtiva, que desde o nascimento, desde a primeira fralda colocada, como é que tu reage, e tu reage conforme a sociedade produtiva capitalista quer que aja. Então aqui o que é que acontece? É produção, produção, produção para ter a gratificação para ganhar um pouquinho mais, tu pensa nos bens materiais para poder manter a família, então fica toda uma situação filosófica e espiritual, jogada as traças, e principalmente, o não ter tempo para praticar a atividade prazerosas, de lazer e se recuperar de todos esses gastos em termos de produção (...)” (P7)*

V3. *“(...) a exploração tem aumentado muito, com esse excesso de produtivismo que a universidade colocou e que gerou uma competitividade, uma competição muito grande (...). Essa lógica produtivista, quantitativa, tem a ver com essa lógica da chamada pós-modernidade, que tem a ver com o efêmero, com o rápido, com o banal que prevalece, (...) digamos que é também é o público substituído pelo privado, é a posse em detrimento da cooperação, é a competição desvairada em detrimento da solidariedade, e essa lógica invade a todos, e não tem como deixar a de ser influenciado”. (P14)*

No que concerne ao modelo universitário e seus objetivos, alguns participantes declaram que a Universidade tem que ter objetivos muito claros em favor da coletividade, da gratuidade e da autonomia na produção do conhecimento, desvinculando-se do interesse mercadológico, tentando romper assim, ações externas e internas que buscam impor à universidade à lógica da produção de bens

e serviço atual, como pode ser observado na verbalização do P7: “(...) a gente pensou que universidade poderia ser um local de reflexão, de criação do novo, de desconstrução das misérias, de apontar sinais de superação, de emancipação (...)”, e do P13: “(...) tornar a academia aquilo que eu considero o que ela é, como um espaço de interesse coletivo, que de longe não é um espaço gratuito de formação profissional (...), onde a universidade deve ser destituída do interesse mercadológico (...)”.

### 5.3.6 Teoria e prática na promoção da saúde em Educação Física

No que diz respeito ao entendimento das categorias Educação Física e saúde, é possível constatar divergências de percepções sobre estes conceitos. Considerando que os conhecimentos da Educação Física são, em sua maioria, oriundos de diversas áreas do conhecimento humano, é possível admitir que ocorram variações teóricas, e conseqüentemente profissionais, sobre o mesmo tema, compatíveis às áreas, como sociologia, psicologia, fisiologia, saúde pública, entre outras.

A partir destas variações teóricas, foi possível identificar posicionamentos favoráveis e desfavoráveis à relação entre Educação Física e promoção da saúde, conforme quadro 65. No que se refere aos posicionamentos desfavoráveis, é possível constatar em alguns sujeitos a preocupação com determinados tipos de formação em saúde (V1 e V3), pois existem vertentes em Educação Física que tratam da saúde humana, e da qualidade de vida, de forma desvinculada do contexto econômico, histórico, cultural, social, não considerando a atenção à saúde como um fenômeno complexo. Já no que se refere ao posicionamento favorável à formação em saúde, é possível constatar, que para alguns sujeitos a Educação Física vem procurando avançar seus conhecimentos, buscando inclusive aplicá-los à saúde humana (V2).

**Quadro 65** – Percepções de participantes acerca da relação Educação Física e promoção da saúde

V1. *“(...) é um grande equívoco a tendência da atividade física relacionada à saúde é dizer que consegue melhorar a qualidade de vida das pessoas indistintamente, (...) porque seu método é o mesmo, as pessoas não são as mesmas, os grupos não são os mesmos e os efeitos de forma nenhuma são os mesmos (...), os benefícios hoje são muito mais aparentes, na atividade física relacionada saúde, na questão orgânica (...)”* (P3)

V2. *“(...) na época em que eu me formei em educação física, a gente não tinha esta preocupação com a qualidade de vida e a saúde, isto aí foi depois que se começou uma linha da educação física a trabalhar isto daí. Mas certamente, eu costumo fazer aquilo que eu prego.(...) Então eu tento mostrar para quem quer aprender. E isto influi muito, pois eu prego aquilo que eu acredito, e faço”.* (P4)

V3. *“(...) eu tenho algumas ressalvas em relação ao discurso relacionado à saúde no âmbito da educação física. Acho que boa parte dos discursos relacionados à atividade física e saúde, não vou generalizar, mas boa parte deles, são discursos muitos menos pedagógicos e muito mais terapêuticos. Eu acho que com isso a gente comete um equívoco profissional e acadêmico, que é de profissionalmente se coloca como uma linha auxiliar do médico, quando não deveria, e do ponto de vista acadêmico a gente comete também o equívoco acadêmico de formar pessoas achando que atividade física é a panacéia do mundo, que resolve muita coisa, quando a gente sabe que na perspectiva de saúde coletiva, que os fatores de risco, a própria teoria dos fatores de risco, é absolutamente questionável”.* (P12)

No que se refere à relação entre teoria e prática na busca pela promoção da saúde, verificou-se que a maioria dos participantes percebe o distanciamento entre o saber e o fazer, ou seja, uma dicotomia entre o discurso próprio da teoria, e a prática real desenvolvida no cotidiano profissional, sendo possível identificar diversos aspectos que estão relacionados a esta dicotomia. Para alguns sujeitos, o primeiro aspecto diz respeito à qualidade da formação em educação física, pois se verifica a preocupação com as condições estruturais, físicas, pedagógicas e metodológicas que sustentam a formação em Educação Física nos diversos níveis, desde a graduação até o doutoramento.

Deste modo, verifica-se a necessidade da reflexão sobre a coerência entre o discurso e prática no embate entre as diferentes correntes, como aponta o P6: *“(...) sempre existe esta contradição, essa dicotomia do biológico com pedagógico, para mim, (...) eu nunca vi nenhuma área evoluir, principalmente em termos de pesquisa de ponta, trabalhando somente com um ponto de vista, até porque você precisa da multidisciplinaridade (...)”*. Foi citada ainda, a necessidade de uma fundamentação teórica com conhecimentos sólidos, pois estes sustentam a formação em saúde no âmbito da Educação Física, e que não devem estar desvinculados da prática cotidiana, como afirma o P15: *“(...) ainda falta um discurso mais fundamentado, pois*

*existe um grupo de profissionais que estão lidando com essa questão, mas a grande parte dos que está diante do público-alvo, estão mais no nível de praticar exercícios físicos do que possuir um discurso que realmente convença o praticante, apenas de execução (...)*”.

O segundo aspecto do distanciamento entre teoria e prática identificado por alguns sujeitos, se refere à atuação propriamente dita em Educação Física e Saúde, conforme quadro 66, pois é possível verificar que a prática é dinâmica por tratar-se do real, e, portanto susceptível às vicissitudes humanas, enquanto que a teoria é estática por pretender-se ideal (V1), assim como a própria contradição faz parte do ser humano, levando a busca constante de aproximação entre a prática e o discurso (V3), e que pode ocorrer fraca incorporação da teoria à prática cotidiana, levando ao descrédito social conhecimentos que podem melhorar a vida humana (V1 e V2).

**Quadro 66** – Percepções de participantes acerca da atuação em Educação Física e saúde na dicotomia entre a teoria e a prática

V1. *“(...) existe uma contradição na prática, ou seja, a educação física enquanto, do grupo de intelectuais, enquanto instituição, enquanto ciência do movimento humano, tem um discurso de que a atividade física é boa para a saúde, mas na prática os intelectuais não realizam. É um paradoxo, é uma contradição, e isto é um fato”.* (P1)

V2. *“(...) acredito que seja dicotômico porque o discurso me parece que ele não é fruto da nossa própria prática, mas algo que incorporamos da literatura, e repassamos para os outros nos colocando como exemplos desse discurso (...), e nós por repetir muito esse discurso, podemos até enfraquecer esse discurso, entrar em descrédito, porque nós não convencemos nossos interlocutores pela fragilidade desse nosso discurso (...)*” (P5)

V3. *“(...) na verdade a grande essência do ser humano é a contradição (...). Nada deve ser idealizado, (...) pois se for idealizado, você cria um preconceito em respeito aquilo, enquanto que as coisas não são assim, elas vão se construindo paulatinamente, é tudo um processo mesmo, não é o produto que conta, é o processo (risos). Então existe esta necessidade de reflexão, de dar uma reviravolta e se aproximar do discurso, então, da prática bem próxima do discurso (...)*” (P7)

O terceiro aspecto do distanciamento entre teoria e prática apontado por alguns participantes, segundo o quadro 67, pode estar associado às atitudes e comportamentos individuais (V1 e V4), pois apesar dos saberes inerentes ao professor do ensino superior, existem características pessoais que extrapolam os conhecimentos adquiridos, e que estão associadas às reais condições dos indivíduos, pois o estilo de vida é constituído por diferentes fatores (V2 e V3).

**Quadro 67 –** Percepções de participantes acerca das atitudes e comportamentos na dicotomia entre a teoria e a prática

V1. <i>"(...) um professor de educação física que prega uma saúde e fica encostado no poste fumando, e olhando, sem estar mais ativo, também não pega muito bem (...), a gente tem que ser aquilo que a gente prega, por isso que você tem que estar consciente, se quer ficar só filosofando vai para outra área". (P4)</i>
V2. <i>"(...) aquela máxima de casa de ferreiro espeto de pau e, acontece perfeitamente na educação física (risos) (...). Então, eu acho que a gente prega muito, mas eu acho que a nossa prática passa muito longe disto (...)" (P6)</i>
V3. <i>"(...) não vejo muitos docentes falando em promover a qualidade de vida, ou mesmo a promoção de saúde, porque eu acho que as pessoas estão tão doentes que eles têm vergonha de querer promover isto, isso seria hipócrita demais (...)" (P8)</i>
V4. <i>"(...) realmente a gente tem um discurso que vai além daquilo que na prática acontece (...). Então na realidade existe um descompasso entre aquilo que se sabe, até pelo fato de se atuar no ensino superior, e aquilo que na realidade acontece (...). Então o discurso eu sei muito bem, está na literatura, mas a questão prática eu deixo a desejar (...)" (P9)</i>

O quarto aspecto do distanciamento entre teoria e prática destacado por alguns sujeitos, diz respeito aos fatores sociais e econômicos, pois se verifica que mesmo que a docência no ensino superior venha sendo mal gratificada, ainda assim deveria ocorrer a coerência entre o saber e o fazer, como aponta o P1: *"(...) o profissional em educação física, mesmo vivendo a realidade de um profissional ou intelectual mal remunerado, ele deveria por uma questão de conhecimento que tem, deveria fazer, porque é bom para a saúde dele, é coerente com o trabalho dele, e para ele sentir que ele está fazendo uma coisa coerente (...)"*, já que o docente do ensino superior está exposto às mesmas dificuldades pessoais e profissionais que qualquer outro cidadão, como afirma o P13: *"(...) o profissional em educação física do ensino superior espelha qualquer cidadão, (...) as mesmas dificuldades que existem para o docente, são as mesmas do cidadão comum (...)"*. (V2).

O quinto aspecto do distanciamento entre teoria e prática de alguns participantes, diz respeito às exigências institucionais do ensino superior, como pode ser observado no quadro 68. Este entendimento identifica as dificuldades de se produzir conhecimentos em saúde na universidade numa instituição social que não se apresenta saudável, pois explora seus trabalhadores, paga mal seus professores, nem sempre oferece condições dignas de trabalho, que admite preconceitos (sexismos, racismos, entre outros), e que cobra uma formação profissional com

docentes nem sempre sadios, formando futuros profissionais contaminados por estes agravos (V1, V2, V3).

**Quadro 68** – Percepções de participantes acerca das exigências institucionais na dicotomia entre a teoria e a prática

V1. “(...) o professor de educação física, o intelectual da educação física, ele é antes de ser um produtor e um veiculador do discurso da saúde e da educação física, ele é antes disso um trabalhador. (...) a realidade da formação do intelectual produtor do conhecimento e veiculador do conhecimento produz essa contradição (...)” (P1)

V2. “(...) eu analiso dessa forma: promoção da saúde quando há autoritarismo, preconceito, competitividade, inveja, individualismo? E isso é saúde? É óbvio que você não pode generalizar, na prática docente tem pessoas muito legais, na educação, na educação física, na universidade em geral. Eu acho que há um exagero, uma descontextualização do significado do que seja promover saúde, (...) na prática de atividades físicas no ensino superior público existe uma contradição. (...) É uma incongruência entre teoria e prática (...). Podemos ver professores que promovem a saúde, mas, não são exemplos do que eles dizem o que a saúde (...)” (P14)

V3. “(...) em geral há uma grande dicotomia, eu acho que o professor prega isto e não faz, por que o professor tem poucas condições de pouco tempo para realizar a atividades relacionadas às atividades físicas e ao seu trabalho, que é estressante e que lhe prejudica, (...) não precisa ir longe, basta pegar alguns colegas aqui perto que estão adoecendo por doenças que muitas vezes são provocadas pelo estresse, típicas deste estilo de vida”. (P16)

O sexto e último aspecto que se relaciona com o distanciamento entre teoria e prática de alguns docentes, segundo o quadro 69, refere-se ao valor da consciência e o papel do discurso na formação universitária, pois o docente deveria ser autônomo (V1, V3 e V4), devendo para isto, ter controle sobre suas atitudes e ações. Além disso, o professor não pode esquecer da força que o discurso oferece, buscando deste modo, a manutenção da legitimidade de seu discurso, para que este não caia no descrédito social (V2).

**Quadro 69** – Percepções de participantes acerca do valor da consciência e do discurso na dicotomia entre a teoria e a prática

V1. “(...) o próprio profissional tem que ter um discurso coerente com a sua prática. Então se prega o benefício da atividade física e saúde ele tem que ser uma pessoa que busca por ele mesmo promover a sua própria saúde, de gerenciar a sua saúde, eu que gerenciar a saúde, nada mais é do que controlar suas atividades físicas, diminuindo o seu nível de estresse (...)” (P4)

V2. “(...) não vamos aqui menosprezar o discurso na importância da formação, eu acho que também você pode trabalhar esse discurso, para que esse discurso venha suscitar nas pessoas a vontade mudança, e nem sempre se esta agindo conforme esse teu discurso, se for só de despertar isto nas pessoas, você já conseguiu algo”. (P7)

V3. “(...) dentro daquilo que eu prego, eu procuro trabalhar internamente comigo também, então eu acho que na educação física eu trabalho e procuro fazer atividades físicas (...), acho que uma vantagem é você fazer, saber do benefício, ser da área da saúde, e ser da educação física”. (P10)

V4. “(...) a gente deve pensar a educação física como emancipação, como facilitação da autonomia, ou seja, dar os elementos para que as pessoas sejam autônomas, para fazer seu caminho, e a saúde estaria dentro dele (...)” (P12)

Já no que diz respeito à possibilidade de reduzir a distância entre a teoria e a prática na atuação em saúde na Educação Física, conforme quadro 70, foi possível identificar dois posicionamentos básicos. O primeiro defendido por alguns sujeitos, se refere à possibilidade de ampliação do conceito de promoção da saúde visando as questões políticas e sociais (V1). O segundo apresentado por alguns sujeitos refere-se à possibilidade de mudanças teóricas e paradigmáticas em Educação Física (V2 e V3).

**Quadro 70** – Percepções de participantes acerca da superação da dicotomia teoria e prática em Educação Física e Saúde

V1. “(...) o conceito de promoção da saúde vem sendo muito discutido internacionalmente (...). Assim, a saúde é determinada pelo contexto político-social, ela chega na vida das pessoas, não dá para abrir mão das dimensões biológicas e comportamentais das pessoas, mas essas dimensões são orientadas, determinadas pelo contexto social (...)” (P3)

V2. “(...) a educação física tem que repensar o discurso, (...) temos que nos colocar com as nossas limitações. Pis o discurso deve sempre mostrar o ideal, mas como parâmetro, então, aqui que nós deveríamos enfatizar mais não só o parâmetro, o ideal, mas também o processo de mudança enfatizando como que eu mudo os hábitos de vida, como que eu posso me engajar nessa promoção de saúde (...)” (P5)

V3. “(...) o discurso da saúde e na educação física deveria ser direcionado, e exclusivamente para uma perspectiva de educação para saúde. E educação no sentido de emancipar as pessoas, e não é nem no âmbito da promoção (...). Eu digo educação em saúde, ou educação para saúde, é reeducar as pessoas para construir a sua condição de saúde. Eu acho que este é o papel que cabe a educação física. E educar pessoas para conquistar a sua condição de saúde (...)” (P12)

Considerando os resultados sobre relação teoria e prática em Educação Física e Saúde, encontrados a partir do levantamento categorial, é possível afirmar que existem aspectos positivos e negativos que se relacionam com esta categoria, como pode ser observado no quadro 93. Este entendimento baseia-se nos resultados levantados de que, apesar das contradições e do distanciamento entre o ideal (teoria) e o real (prática), os sujeitos buscam minorar este distanciamento, pois apresentam conhecimento sobre estas áreas e tem consciência sobre a necessidade de superação.

**Quadro 71** – Síntese sobre a relação teoria e prática em Educação Física e Saúde

<b>RELAÇÃO TEORIA PRÁTICA EM EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE</b>	
<b>POSITIVOS</b>	<b>NEGATIVOS</b>
Paradigmas em Educação Física e saúde	Formação em saúde na Educação Física
Avanços teóricos em Educação Física e saúde	Desvinculação dos contextos econômico e social
Avanços práticos da Educação Física e saúde	Desvinculação dos contextos histórico e cultural
Conhecimentos da Educação Física e saúde	Atitudes e comportamentos individuais
Reconhecimento das contradições em saúde	Atuação em Educação Física e Saúde
Consciência do papel e do valor do discurso	Condições sociais e econômicas
Ampliação do conceito de Promoção de Saúde	Exigências institucionais

## **CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Este capítulo discute os resultados obtidos tanto na análise dos dados numéricos, quanto na análise dos dados verbais, relacionando-os ao material teórico abordado no capítulo 2 que fornece o suporte da literatura sobre Educação Física, estilo de vida e qualidade de vida, respondendo deste modo, aos objetivos da pesquisa e avançando às hipóteses de trabalho adotadas. Para tanto, está dividido em três tópicos. O primeiro tópico discute o estilo de vida, abordando seis itens: saúde dos participantes, nutrição, comportamentos preventivos, relacionamentos sociais, estresse, e atividade física. O segundo tópico debate a qualidade de vida, tratando de seis itens: domínio físico, domínio psicológico, domínio das relações sociais, domínio do meio ambiente, fatores intervenientes na qualidade de vida, e fatores determinantes da qualidade de vida. O terceiro tópico trata da docência em Educação Física, apresentando três itens: trabalho docente, atividade docente, e teoria e prática na promoção da saúde.

Deve-se esclarecer que visando à credibilidade científica, buscou-se triangular os dados obtidos pelos instrumentos adotados neste estudo, configurando deste modo, um dos tipos de triangulação (DENZIN, 1978). Deve-se esclarecer que esta triangulação ocorreu principalmente entre os dados dos questionários (WHOQOL-36, I-PAQ, QEV) e as informações das Entrevistas, inclusive da Entrevista recorrente,

### **6.1 Estilo de vida**

Segundo a literatura especializada a definição de estilo de vida ainda carece de demarcação precisa do termo. Os autores, oriundos de diversas áreas do conhecimento humano tais como a psicologia, a medicina, a sociologia, e também a Educação Física, referem que a delimitação precisa é algo de difícil consecução, haja vista a multideterminação fatorial e paradigmática deste termo (GREEN e ANDERSON, 1986; FORATTINI, 1992a; OUTHWAITE e BOTTOMORE, 1996; SALLIS e OWEN, 1999). Neste estudo o estilo de vida está vinculado ao modo de vida dos indivíduos, ou seja, os comportamentos e as atitudes que o indivíduo adota relacionam-se às necessidades e exigências da vida social na qual está inserido.

Deste modo, o estilo de vida é uma construção cultural e social, que depende do entendimento que cada sociedade tem sobre saúde, lazer, trabalho, qualidade de vida, alimentação, entre outros.

Mesmo considerando que não existe uma definição consensual de estilo de vida, verificam-se diferentes perspectivas sobre esta categoria, como Forattini (1992a) que entende que estilo de vida designa um “(...) tipo de conduta individual que apresente algum grau de persistência, maior ou menor, no tempo” (p. 320). Já Nahas (2001, p. 224) define estilo de vida como um “(...) conjunto de ações cotidianas que reflete as atitudes e valores das pessoas. Estes hábitos e ações conscientes estão associados à percepção de qualidade de vida do indivíduo”. Green e Anderson (1986), consideram que o estilo de vida abrange as decisões tomadas pelos indivíduos, e que estas afetam a saúde humana, incluindo a aceitação dos riscos inerente a diversos comportamentos, tais como tabagismo, alimentação inadequada, abuso de drogas, alcoolismo, promiscuidade, direção descuidada, sedentarismo, falta ou diminuição de lazer, pressões ocupacionais, e estresse.

Os participantes deste estudo foram caracterizados *a priori* como professores doutores que tivessem intenção de participar do estudo, graduados em educação física, com estabilidade profissional, atuante no ensino superior público em Educação Física, de instituição que permitisse o livre acesso às informações. A partir dos critérios de seleção foram identificados 16 professores que são caracterizados, *a posteriori*, segundo dados do QEV, em sua maioria como sendo do sexo masculino (P=87,5%), com média de idade de 46,9 anos, peso de 80,7 kg, estatura de 176,1 cm, somatotipo mesomorfo (P=43,8%), condição física auto-relatada moderada (P=68,8%), com sobrepeso (P=50%) e na faixa recomendável de peso (P=43,8%).

Esta caracterização tem como objetivos a contextualização dos dados obtidos, pois os participantes da pesquisa são doutos conhecedores das temáticas tratadas neste estudo, portanto, pode ocorrer a aproximação entre o discurso próprio do participante e o discurso próprio da teoria. No entanto, esta consideração não deve ser entendida como manipulação de informações, pois alguns dos próprios participantes salientam na entrevista a necessidade do cuidado de manter a objetivação da pesquisa científica, já que todos são pesquisadores em suas áreas de atuação.

Estes cuidados com os resultados dos dados dos participantes, já que alguns dos sujeitos demonstram esta consciência, ampliando a possibilidade de maior confiabilidade no entendimento das temáticas desta pesquisa, pois fundem a ação educativa e o trabalho na mesma perspectiva de análise, ocasionando assim forte ligação entre estilo de vida e trabalho docente, provocando ainda, fidedignidade dos dados obtidos.

O estilo de vida da maioria dos participantes é considerado por eles, conforme as entrevistas, como saudável ou que pelo menos existe a busca por um estilo de vida saudável. São identificados alguns fatores que interferem negativamente, mas a maioria aponta fatores que interferem positivamente no estilo de vida, possibilitando manter os aspectos básicos para uma vida saudável. Entretanto, o estilo de vida saudável apresenta aspectos diretos que devem ser modificados, como o excesso de trabalho, a falta de lazer e os estados de estresse, e aspectos indiretos que poderiam ser melhorados, como determinados hábitos relacionados à saúde (etilismo e prevenção sexual), à atividade física, à nutrição, à família e à condição socioeconômica.

Os fatores que definem e determinam o estilo de vida foram classificados como aspectos determinantes. Verificou-se através da entrevista a ocorrência destes determinantes nas dimensões física, psíquica, social e cultural dos indivíduos, tais como saúde, alimentação, lazer, atividade física, condição física, hábitos de vida, estresse, qualidade de vida, religiosidade, modelo social, modelo político, modelo econômico, tipo de trabalho, condições de trabalho, condições socioeconômicas, meio ambiente, contexto histórico, e cultura, confirmando deste modo, a literatura investigada (GREEN e ANDERSON, 1986; FORATTINI, 1992a; OUTHWAITE e BOTTOMORE, 1996; SALLIS e OWEN, 1999). A literatura investigada não trata o meio ambiente como uma categoria diretamente relacionada ao estilo de vida. Entretanto, constataram-se três participantes que manifestaram em suas verbalizações a preocupação com as questões ecológicas e suas determinações no modo de vida. Com relação ao meio ambiente, verificou-se a preocupação na conservação e melhoramento do meio ambiente como condição associada ao melhoramento do seu estilo de vida frente às características geográficas e ambientais da região de abrangência da pesquisa.

Já os fatores que não são determinantes diretos do estilo de vida foram classificados como intervenientes. Estes fatores podem provocar influências que

podem gerar conseqüências à categoria, como por exemplo, a discordância teórica ao conceito de estilo de vida, que pode influenciar toda uma classe profissional, pois ainda que esta discordância não seja considerada pela literatura como fator primordial na análise do estilo de vida, o conhecimento aprofundado das temáticas relacionadas ao estilo de vida é utilizado cotidianamente na formação profissional, já que os participantes são doutos conhecedores em Educação Física. Entretanto, é necessário esclarecer que as divergências teóricas são necessárias a qualquer área de produção científica, mas que, no entanto, devem ser entendidas como posicionamentos e não definições unilaterais e definitivas do que seja ou não válido, e que, portanto, são passíveis de relativização.

Os resultados analisados das entrevistas e do QEV demonstram dois aspectos que apresentam elevado grau de determinação no estilo de vida saudável: o trabalho e as condições sócio-econômicas. Quanto ao primeiro aspecto, o trabalho, verificou-se que para a maioria dos participantes esta categoria provoca determinações negativas ao estilo de vida. Os aspectos do estilo de vida mais afetados pelo trabalho são: lazer, atividades físicas, estresse, sobrecarga de trabalho. Estes resultados ratificam a literatura investigada que demonstra que os aspectos deletérios do trabalho, típicos do modo de produção vigente influenciam o estilo de vida atual dos indivíduos através da diminuição de tempo livre ao lazer e à família, da deterioração do poder econômico, da restrição ao acesso de bens e serviços e das restrições às oportunidades de atividades físicas formais e não-formais, do aumento dos estados de estresse e da exposição às doenças crônico-degenerativas, entre outros (SALLIS e OWEN, 1999). Deste modo, além do trabalho gerar conseqüências que influenciam o estilo de vida, provoca também a diminuição da qualidade de vida dos indivíduos com custos econômicos e humanos.

Considerando então o estresse provocado pelo trabalho como um dos principais determinantes do estilo de vida, segundo as entrevistas, verificou-se que as condições de trabalho, principalmente o deterioramento das condições materiais, estruturais e físicas, configuram-se como a principal causa que origina os estados patológicos do estresse. Andrade (2001, p.40), demonstra em seus estudos que as conseqüências negativas das condições de trabalho podem ser consideradas como uma das principais causas dos transtornos de saúde, neste caso, os estados patológicos do estresse, que podem provocar desordens tanto físicas, quanto psíquicas.

O segundo aspecto que apresenta maior determinação sobre o estilo de vida, a condição sócio-econômica, assume proporções negativas à medida que limita ações necessárias ao trabalho docente, como a compra de livros, a assinatura de periódicos, a aquisição de equipamentos, entre muitos outros. Dentre os participantes que se referiram à situação socioeconômica como positiva, a maioria é formada por participantes que já possuem aposentadoria, ou trabalham em mais de uma instituição, ou que já estão próximo ou no topo de sua situação funcional, e que, portanto, percebem mais de um salário, ou acumularam ao longo dos anos gratificações, abonos e vantagens que hoje já não são mais viáveis à carreira docente.

A relação entre estilo de vida, trabalho e condições sócio-econômicas pode ser verificada na literatura investigada, pois segundo Antunes (1986), o processo de exploração da mão-de-obra humana, inaugurada com a Revolução Industrial, determinou mudanças políticas e econômicas que configuram a maioria das sociedades ocidentais atuais, orientando deste modo, também o entendimento do fenômeno da saúde humana.

Diante das características ocupacionais da docência universitária, percebe-se que o modelo de universidade atual apresenta sua sustentação econômica no modo de produção de bens e serviços, o qual maltrata e explora a mão de obra humana, seja através do trabalho braçal, seja através do trabalho intelectual, refletindo diretamente na saúde dos indivíduos. Esta realidade apresenta uma grave dissonância, pois ao mesmo tempo em que a Universidade é o *locus* de produção de conhecimentos reflexivos sobre a exploração da mão de obra humano no trabalho, ela própria está sujeita às vicissitudes do modelo político e econômico. Portanto, esta dissonância entre as exigências do mercado e a própria existência da universidade, acaba restringindo os conhecimentos produzidos a uma parcela muito estreita da população, podendo inclusive levar a futura desestruturação das instituições econômicas e a diminuição de status à dignidade e vida humana, pois o modelo de produção de conhecimento está se voltando à satisfação da produção de bens e serviços, não conseguindo satisfazer ou contemplar as necessidades sociais (BUNGE, 1980; SINGER, 1994b).

### 6.1.1 Saúde dos participantes

A saúde do indivíduo deve ser entendida a partir de múltiplas dimensões, considerando deste modo, tanto indicadores quantitativos quanto aspectos qualitativos da percepção dos indivíduos. Para tanto, sugere-se que fenômenos relacionados à saúde humana sempre sofreram influência de diversos aspectos, sendo que o próprio conceito de saúde suscita polêmicas que muitas vezes se confundem com a própria busca pelo bem estar humano. Com base na literatura investigada, neste estudo a saúde está relacionada aos aspectos que se relacionam aos estados de saúde dos indivíduos e suas conseqüências, e não a um conceito estanque e descontextualizado. Dentre os aspectos que podem influenciar os estados de saúde do indivíduo encontram-se os fatores de risco modificáveis e não modificáveis, assim como a percepção dos participantes sobre o seu estado de saúde e a satisfação com sua saúde (FOX, BOWERS e FOSS, 1991; MINAYO, 1992; OUTHWAITE e BOTTOMORE, 1996; BULLINGER, HARPER e POWER, 1999; MAZO, 2003).

No que diz respeito aos fatores não modificáveis de risco à saúde, constatou-se através do QEV que o maior percentual individual dos participantes (P=37,5%) não apresenta nenhuma história conhecida da doença cardiovascular na família, é formada por homens (P=87,5%), com média de 46,9 anos. Já no que se refere aos fatores modificáveis de risco à saúde, verificou-se que um percentual de 25% apresenta índice de colesterol total abaixo de 181 mg% e 25% (P) entre 181 e 105mg%, sendo que um percentual de 18,8% (P) dos sujeitos não conhece seus índices de colesterol, que um percentual de 56,3% (P) apresenta limite de pressão arterial superior de 120 mmHg. Já no que tange à percepção dos indivíduos sobre sua saúde, constatou-se que a grande maioria dos participantes (P=81,3%) considera seu estado de saúde como “bom” ou “muito bom”, que um percentual de 62,5% (P) está satisfeita com a sua saúde, que um percentual de 62,5% (P) considera que a dor física não causa nenhum impedimento, e que um percentual de 68,8% (P) não precisa de tratamento médico para levar a vida diária.

Considerando os conhecimentos da área da Educação Física, identificou-se através das entrevistas que os participantes avançam as discussões sobre a teoria dos fatores de risco frente ao conceito de saúde, apontando diversos outros aspectos, como os contextos políticos, históricos e econômicos que interferem nesta

categoria. Entretanto, os participantes percebem determinadas contradições no seu próprio estado de saúde, que demonstra que apesar da Educação Física ser legalmente vinculada à área da saúde, os profissionais em Educação Física ainda não incorporaram este conceito no seu estilo de vida contaminando inclusive, a própria atuação profissional, haja vista que as relações políticas e pedagógicas desta área são consideradas “doentes” e que a fraqueza e a repetição superficial do discurso poderão levar ao descrédito social da área.

No que concerne à prioridade à saúde, através das entrevistas constatam-se que os participantes têm consciência das negligências em alguns momentos de sua vida, a sua saúde, em virtude das condições socioeconômicas, da formação, e mesmo das exigências que trabalho docente impõe, gerando conseqüências deletérias à sua saúde. A maioria dos participantes alerta que à medida que o profissional em Educação Física avança na sua formação, maior é o número de coisas que deve abrir mão, e a saúde é uma delas. Com base no exposto, é possível sugerir, portanto, que a subcategoria saúde configura-se como um aspecto negativo na busca por um estilo de vida saudável, principalmente no se refere às condições de saúde provocadas pelos estados de estresse ocasionados pelo excesso de trabalho. Entretanto, existem alguns aspectos que minoram estas condições, como o próprio entendimento do conceito de saúde e as características da atuação em Educação Física, principalmente a oportunidade de realizar as aulas práticas.

Para Green e Anderson (1986), o estilo de vida abrange as decisões tomadas pelos indivíduos. Estas decisões acabam por afetar a saúde dos indivíduos, pois alguns comportamentos como o sedentarismo, a alimentação inadequada, a falta ou diminuição de lazer, as pressões ocupacionais e o estresse geram diversos estados patológicos aos indivíduos. Além disto, a aceitação dos riscos inerentes a diversos outros comportamentos, tais como o tabagismo, a promiscuidade, a direção descuidada, o alcoolismo, o abuso de drogas, extrapola a abrangência do risco à própria saúde, pois colocam em risco não apenas a saúde do indivíduo, mas a saúde de outras pessoas. Portanto, com base na literatura, apesar dos fatores de risco suscitarem diversas polêmicas, é possível sugerir que os comportamentos relacionados ao estilo de vida atual desafiam o simples controle ambiental, porque envolvem o prazer, o conforto e as relações sociais dos indivíduos, além da adição de novos hábitos de vida não vivenciados e que provocam conseqüências físicas, psíquicas e sociais que nem sempre se consegue analisar. Para Minayo (1992), um

dos resultados deste estilo de vida atual são as doenças crônico-degenerativas. Com base na literatura, é possível afirmar que as doenças que hoje acometem os indivíduos expostos às condições inerentes ao processo de produção de bens e serviços, geram um estilo de vida onde prevalece o sedentarismo, a falta de lazer, e os estados contínuos de estresses, fenômenos reais que fazem parte da grande maioria da população dos países industrializados. Portanto, o entendimento do fenômeno saúde-doença, deve necessariamente incluir em suas análises as reflexões macroeconômicas e histórico-estruturais presentes nas sociedades atuais. Assim, com base na literatura especializada é possível sugerir que a saúde pública ou coletiva deve incluir os aspectos culturais, econômicos e políticos, no entendimento do trabalho humano, permitindo deste modo, a oportunidade de ampliação ao entendimento desta categoria na vida humana (MINAYO, 1992; MONTEIRO e GONÇALVES, 1994; DEL PALACIO e VILLA VICENTE, 1996; OUTHWAITE e BOTTOMORE, 1996; ALMEIDA FILHO, 2000; AYRES, 2002).

### 6.1.2 Nutrição

A nutrição é um dos fatores que interfere diretamente no estilo de vida dos indivíduos, pois apresenta relação direta com a saúde do indivíduo, seja através da quantidade de alimentação com ingestas calóricas acima ou abaixo do recomendado, seja através da qualidade dos alimentos ingeridos e suas fontes nutricionais. Entretanto, as características dos participantes estabelece relação com controle do peso corporal, principalmente com o ganho de peso, pois a obesidade, é caracterizada pelo aumento do peso corporal, devido à acumulação de tecido adiposo. A obesidade relacionada à saúde do indivíduo apresenta dois aspectos fundamentais: atividade física (falta ou ausência); nutrição desbalanceada (dieta excessivamente rica em calorias) (LEAVELL e CLARK, 1978, FOX *et al.*, 1991).

Assim, os hábitos e os comportamentos alimentares baseados em uma dieta balanceada se aproximam mais do estilo de vida saudável do que uma alimentação que tenha excessos de alguns alimentos, como gorduras, em detrimento a outros, como frutas ou verduras. Para tanto, contempla fatores como rotinas, qualidade de alimentos, quantidade de alimentos, número e locais de refeição, entre outros. Quanto ao comportamento frente às refeições, verificou-se que a maioria não

respondeu esta temática no questionário sobre estilo de vida. Deste modo, foi necessário inquirir os participantes durante a entrevista, verificando assim, que a maioria percebe que as rotinas de trabalho influencia diretamente o modo como se alimentam (pressa e sem prazer). Quanto ao modo de se alimentar, os dados do QEV apontam um percentual de 31,3% declarou que se alimenta com calma e prazer, mesmo percentual que declara que se alimenta com pressa e sem apreciar a refeição obteve (P=31,3%). Quanto ao número de refeições, a maioria realiza entre 2 e 3 refeições diárias (P=62,5%), um percentual de 25% (P) realiza 4 a 5 refeições diárias. Quanto ao tipo de alimentos adotados, verificou-se que um percentual de 100% (P) inclui verduras em sua alimentação, 93,8% (P) inclui laticínios, 93,8% (P) panificios e massas, 87,5% (P) legumes, 87,5% (P) carnes brancas, 81,3% (P) frutas, 62,5% (P) doces e 56,3% (P) carnes vermelhas. Quanto à origem dos alimentos, maioria prefere alimentos animais e não gordurosos (P=93,8%), e ainda, 68,8% (P) prefere alimentos unicamente orgânicos e integrais.

Com base nos dados das entrevistas, é possível verificar que a maioria dos participantes considera que apresenta uma alimentação saudável e que, apesar de alguns fatores negativos ainda persistirem, consegue manter hábitos que favorecem uma vida saudável alegando que isto ocorre porque possuem condições financeiras suficientes, conhecem os princípios de uma alimentação adequada, e que ainda, relacionam a alimentação saudável à sua condição atlética.

No que diz respeito aos aspectos negativos, a maioria dos sujeitos afirma nas entrevista que tem consciência dos hábitos que prejudicam sua alimentação, mostrando que estes se referem principalmente às questões relacionadas às rotinas de trabalho, à quantidade e qualidade dos alimentos, à questão financeira, entre outros. No que se refere ao aspecto positivo, os participantes destacam o seu histórico de atleta, e as conseqüências positivas dos hábitos de uma alimentação saudável necessária à condição atlética.

No que concerne à relação entre os hábitos alimentares e os aspectos relacionados ao trabalho, constatou-se que esta relação pode ser considerada um aspecto negativo no estilo de vida. Segundo o levantamento categorial, sete dos 16 sujeitos declararam que as rotinas de trabalho interferem negativamente em seus hábitos alimentares, principalmente no que se refere às rotinas (horários e locais), quantidade, qualidade e objetivos da alimentação. No que se refere aos horários de alimentação, foi possível constatar que pelo fato do trabalho não ter horários

definidos, regulados, ou seja, não se resume unicamente à aula, mas também inclui atividade de pesquisa e de extensão, reuniões, e até mesmo o cumprimento do excesso de tarefas. Quanto aos locais de alimentação, foi possível constatar que, dentre aqueles que não se alimentam em suas residências, os estabelecimentos procurados estão próximos aos locais de trabalho, implicando deste modo, a redução de oportunidades, assim como a possibilidade de escolher o alimento e o preparo, sendo que a dificuldade não está na variedade de alimentos, mas, justamente na repetição desta variedade.

Outro aspecto destacado pelos sujeitos nas entrevistas refere-se às exigências do trabalho administrativo. As atribuições inerentes às direções, coordenações e chefias, segundo a percepção dos participantes dos oito sujeitos que participam da administração direta das suas Instituições, reduz drasticamente os horários. Deste modo, é possível inferir que a sobrecarga de trabalho prejudica a alimentação.

Alguns dos participantes não se percebem como obesos ou sobrepeso, buscando apenas cuidados com a manutenção do peso corporal. Entretanto, é necessário apresentar, segundo dados do QEV, que a maioria está na faixa de sobrepeso (P=50%), que um percentual de 43,8% (P) está na faixa recomendável de peso, e que um percentual de 6,3% (P) está com obesidade grau 1. No que diz respeito à relação entre alimentação e controle de peso corporal, verificam-se que as percepções apresentadas pelos participantes são compatíveis com os resultados das medidas de peso e altura. O Participante que está com obesidade grau 1, (P12), tem consciência desta condição, entretanto, ele afirma que neste momento a obesidade não lhe traz prejuízos, nem mesmo orgânicos, haja vista que seus exames clínicos apresentam parâmetros aceitáveis. Ainda relacionado ao controle de peso, foi possível constatar que um percentual de 62,5% (P) está satisfeito com sua aparência física, sendo 37,5% (P) extremamente satisfeitos, e 25% (P) bastante satisfeitos.

Quanto à relação entre a alimentação e a condição financeira, através das entrevistas, constataram-se posicionamentos diferenciados pois alguns participantes têm condições financeiras e realizam suas refeições em restaurantes mas percebem isto como negativo a sua alimentação, pois gostariam de almoçar em casa podendo escolher seu cardápio e a forma de preparo dos alimentos, assim como têm participantes que almoçam em casa, e percebem isto como negativo a sua alimentação e que gostariam de almoçar em restaurantes, pois assim poderiam

escolher de uma variedade maior e incluir alimentos que não fazem parte das refeições cotidianas. No que toca à condição econômica, é possível verificar através do WHOQOL-36 que, o maior percentual das respostas indica que os sujeitos percebem que “mais ou menos” tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades (P=37,5%), mas um percentual de 6,3% (P) considera que tem “muito pouca” condição financeira para satisfazer suas necessidades.

Segundo Fox *et al.* (1991, p.381) a “quantidade de alimento necessário a cada dia depende das necessidades energéticas da pessoa”, e que dentre outros aspectos, está relacionada à idade e ao nível de atividade física. Segundo o autor, à medida que ocorre o envelhecimento o indivíduo, as necessidades energéticas vão diminuindo, ou seja, os hábitos alimentares relacionados à quantidade também deveria ser reduzido com os anos. Outro aspecto identificado refere-se à escolha dos alimentos, pois a alimentação adequada deveria ser composta de no mínimo quatro grupos básicos de alimentos: leite; carne; cereais; vegetais e frutas. Quanto ao número de refeições diárias, os autores esclarecem que apesar dos extensos estudos, ainda existem mais dados divergentes que convergentes. Entretanto, os autores esclarecem que, embora não sejam dados conclusivos, o número aproximado de refeições diárias é de 3 refeições, acrescidos de lanches regrados pouco calóricos.

Reitera-se ainda, que os pesquisados são Professores Doutores, com a formação inicial em educação Física, e que, portanto, possuem conhecimentos básicos sobre nutrição. Deste modo, mesmo considerando as diferentes áreas de atuação dos participantes, o conhecimento sobre os aspectos relacionados a uma alimentação saudável faz parte do corpo de conhecimento da Educação Física, o que justifica a noção mínima acerca destes saberes. Entretanto, mesmo considerando o conhecimento acerca da temática, é possível sugerir, portanto, que a subcategoria alimentação configura-se como um aspecto positivo na busca por um estilo de vida saudável, principalmente no que se refere ao acesso e ao conhecimento da alimentação. Entretanto, existem alguns fatores que prejudicam esta busca, como a características do trabalho e suas conseqüências (locais, horários, quantidade e qualidade da alimentação), a condição financeira e o controle do peso corporal.

### 6.1.3 Comportamentos preventivos

Quanto aos comportamentos preventivos, é necessário primeiramente identificar alguns fatores que afetam diretamente à saúde do indivíduo, como os cuidados no uso do preservativo nas relações sexuais, a moderação no etilismo e a abstinência ao tabagismo. Segundo Green e Anderson (1986), a consideração de alguns comportamentos que geram risco à saúde dos indivíduos tem sido um dos focos atuais da saúde pública. Entretanto, a intervenção sobre estes fatores ainda causa polêmica e sofre com alguns tipos de barreiras que exigem grande esforço dos sistemas públicos e privados de saúde. Estas dificuldades foram claramente verificadas neste estudo, haja vista a explícita negação de participantes sobre o poder deletério de alguns comportamentos, como por exemplo, o abuso de álcool e não adoção da direção defensiva. A justificativa apresentada por estes participantes é de que, primeiro a concepção dos fatores de risco é questionável, e segundo que a escolha dos indivíduos deve ser amplamente respeitada.

No que concerne à resistência ao uso do preservativo sexual, constatou-se através das entrevistas que os participantes, apesar de conhecerem os riscos inerentes à prática sexual, declaram que não o fazem, principalmente pelo desconforto físico e psíquico. No que se refere à utilização desta proteção, a maioria (P=68,8%) dos participantes declara que não faz uso do preservativo. No que se refere aos desconfortos psíquicos, justificam o não uso principalmente para não provocar desconfianças já que mantém parceiro sexual único. Conforme os dados do QEV, a maioria dos participantes apresenta relacionamentos sexuais com parceiros únicos (P=75%). Quanto aos desconfortos físicos, os participantes alegam que o uso do preservativo sexual não proporciona o mesmo prazer que uma relação sexual sem o uso deste, e que os participantes citados também afirmam que possuem parceiras únicas e que não buscam relações sexuais fora do casamento. Já os participantes que declaram o uso do preservativo sexual, (P=31,8%), justificam que o fazem por proteção aos riscos às doenças sexualmente transmissíveis (DST's), pelo respeito ao cônjuge, e pela existência de relações ocasionais.

No que tange aos comportamentos preventivos, os comportamentos frente ao uso do álcool também é um dos fatores que afetam diretamente à saúde do indivíduo. Para tanto, verificou-se através do QEV, que a maioria, ou seja, 62,6% dos investigados fazem uso de bebida alcoólica. Através das entrevistas, verificou-se

que os sujeitos apresentam posicionamentos diferenciados, justificando o uso controlado como uma ferramenta social de aumento das relações interpessoais, convívio familiar e descontração do dia-a-dia, entretanto, há também o uso descontrolado de bebidas alcoólicas, inclusive com riscos à integridade física do participante. Considerando apenas os sujeitos que fazem uso do álcool, quanto ao tempo que faz uso do álcool, segundo dados do QEV, é possível demonstrar um percentual de 20% (P) dos sujeitos fazem uso entre 21 e 25 anos, e um percentual de 20% (P) dos sujeitos faz uso do álcool há 36 anos ou mais. Quanto aos riscos e danos provocados pelo uso excessivo do álcool, identificou-se através das entrevistas que os participantes têm conhecimento sobre seus estados. Deste modo, os participantes, apesar de fazerem uso do álcool, alguns inclusive abusivos, tendem a não perceber o etilismo como fator negativo, ao contrário, desde que usado de modo controlado pode ajudar em diversos aspectos.

Quanto aos comportamentos preventivos frente ao uso do tabaco obtidos pelo QEV, atualmente nenhum dos participantes faz uso de cigarros, charutos, cachimbos ou similares. Entretanto, o discurso dos participantes demonstra que muitos já fumaram e pararam.

Apesar de não ser uma subcategoria diretamente questionada nos comportamentos preventivos, a direção defensiva no trânsito foi citada pelos participantes durante as entrevistas, sendo possível constatar posicionamentos diferenciados. De um lado verificam-se participantes com comportamentos defensivos e a despreocupação com o estresse causado no cotidiano do trânsito, e de outro lado, constatam-se participantes com descontentamentos com o trânsito e com os demais motoristas que abusam em determinadas situações.

Mesmos referidos na entrevista por poucos participantes, três fatores podem ser acrescidos aos comportamentos preventivos: relações afetivas, visita ao profissional médico, consciência ecológica. Entretanto, estes aspectos não são diretamente abordados pela literatura especializada. No que concerne aos comportamentos preventivos frente às relações afetivas, verificou-se a preocupação com as escolhas afetivas que se estabelecem nas relações dos participantes, ressaltando alguns cuidados éticos e estéticos. Para tanto, segundo dados do WHOQOL-36 a maioria dos participantes (P=87,5%), está satisfeita (P=62,5%) ou muito satisfeito com as suas relações pessoais (P=25%), assim como a maioria (P=75%) está satisfeita (P=37,5%) ou muito satisfeita (P=37,5%) com suas relações sexuais, mas um

percentual de 6,3% (P), considera que está muito insatisfeito com a vida sexual. No que se refere aos comportamentos preventivos em buscar o profissional médico, os participantes procuram o médico regularmente, entretanto, a minoria apresenta resistência a este comportamento preventivo, buscando auxílio apenas quando já se encontram em estados patológicos, pois segundo dados do QEV um percentual de 18,8% (P) dos participantes não conhece os níveis sanguíneos de colesterol, e um percentual de 6,3% (P) não conhece seus níveis de pressão arterial, mesmo percentual dos que não sabe do histórico de doença cardiovascular na família. Quanto aos comportamentos preventivos frente à consciência ecológica, identificou-se a necessidade de buscar estas atitudes até mesmo nos menores aspectos, como a separação do lixo, a escolha de produtos, entre outros. Conforme os dados do WHOQOL-36, é possível ressaltar que um percentual de 87,6% (P) considera-se satisfeito ou muito satisfeito com as condições do local onde mora, assim como um percentual de 62,5% (P) considera o ambiente físico bastante saudável e extremamente saudável.

Sendo assim, considerando a literatura especializada, é possível verificar que apesar da noção, concepção ou teoria dos fatores de risco apresentarem inúmeros questionamentos, como qualquer conhecimento científico, é necessário esclarecer que a negação ou o negligência de determinados fatores não coloca em risco apenas a saúde do indivíduo que os despreza, mas por exemplo a direção defensiva ou o abuso do álcool, geram riscos a saúde de pessoas alheias, e que devem ser analisadas de modo mais ampliada que a satisfação pessoal do indivíduo. (LEAVELL E CLARK, 1978; ROSEMBERG, 1981; GREEN e ANDERSON, 1986; FOX *et al.*, 1991; LEE, 1993; SALLIS e OWEN, 1999). Com base no exposto, é possível sugerir, portanto, que a subcategoria comportamentos preventivos configura-se como um aspecto positivo na busca por um estilo de vida saudável. Entretanto, existem alguns fatores que prejudicam esta busca, como a não utilização de preservativo sexual, o uso do álcool, e os estados de estresse ocasionado pelo trânsito.

#### 6.1.4 Relacionamentos sociais

A subcategoria dos relacionamentos sociais refere-se às relações interpessoais estabelecidas no contexto da família, do trabalho, do círculo de amizades e da comunidade, inclusive a universitária. Apesar da migração e do clima institucional não serem temas adotados a priori, foi possível incluí-los, a partir do discurso dos participantes, por se verificar que ambos os temas apresentam interferências nesta subcategoria (relacionamentos sociais).

Compatível com a literatura adotada neste estudo, o tema com maior ocorrência de elaborações pelos participantes durante as entrevistas foram as relações interpessoais no trabalho, tanto as positivas, quanto as negativas, as quais verificou-se maior ocorrência. Com relação aos relacionamentos positivos, constatou-se o entendimento de que apesar da sociedade apresentar competitividade exacerbada, ainda existe espaços que propiciam relações sociais positivas. No que se refere à satisfação com as relações sociais, é possível verificar segundo o WHOQOL-36 que a maioria dos participantes está satisfeita com estas relações sociais (P=62,5%). E que ainda, um percentual de 43,8% (P) está satisfeito com o apoio que recebem dos amigos. Com relação aos relacionamentos interpessoais negativos no trabalho, foi possível verificar através das entrevistas a existência de diversos fatores, tais como as diferenças de tratamento pessoal e profissional, as diferenças teóricas e ideológicas, a competitividade, a sobrecarga de trabalho, a formação de guetos, e a exploração do trabalho a partir do atual modelo econômico.

Quanto aos relacionamentos interpessoais na família, a maioria dos sujeitos, segundo o levantamento categorial, apresenta boas relações, tanto com o cônjuge, quanto com os filhos, inclusive daqueles oriundos de outros casamentos. Apesar de considerarem bons os relacionamentos familiares, foram identificados alguns fatores que interferem direta ou indiretamente neste tema, como as exigências do trabalho como um aspecto que dificulta as relações familiares, a questão da adolescência dos filhos dos participantes, que interfere nas relações familiares, não necessariamente de forma negativa, mas que dificulta, e a distância física entre o núcleo familiar do participante e seus demais familiares, haja vista, que estes sujeitos são naturais de outros estados.

No que diz respeito às relações interpessoais estabelecidas com o intuito de buscar amizades, a maioria dos participantes fizeram questão de declarar que nem

sempre buscam amizades pessoais no ambiente de trabalho. Esta constatação foi verificada tanto no levantamento categorial das entrevistas, quanto na análise estatística dos questionários, pois foi possível constatar através do QEV que um percentual de 100% (P) dos participantes não se interessa por amizades, e que um percentual de 56,3% (P) não busca novas amizades. Já no que se refere ao círculo de amizades mantido na vida pessoal, alguns participantes enfatizaram através do WHOQOL-36 que dão muita importância aos seus amigos, pois um percentual de 87,5% (P) possui círculo de amizades.

Quanto aos relacionamentos sociais estabelecidos na comunidade, são poucos os participantes que apresentam consistência neste tipo de relação social, já que um percentual de 81,3% (P) não se envolve com a comunidade, assim como um percentual de 87,5% (P) não busca realizar ações na comunidade, e que um percentual de 50% (P) não apresenta relações significativas na comunidade, segundo dados do WHOQOL-36. Dentre aqueles que as mantém, as fazem por motivos diferenciados, como o interesse na melhoria do estilo de vida, e pelo compromisso social. Já no que se refere àqueles que não mantém, justificam em seus discursos, principalmente que possuem pouco tempo disponível para estas ações pelo excesso de trabalho.

Como exposto anteriormente, foram verificados três fatores que não foram estabelecidos *a priori*, as relações interpessoais na comunidade universitária ou acadêmica, as dificuldades inerentes à migração de outros estados, e as dificuldades originadas no clima institucional. Considerando então, a comunidade acadêmica como uma das possibilidades de relacionamentos sociais, é possível sugerir que os participantes apresentam forte inserção, com participação em diversos setores, inclusive fora dos seus núcleos de atuação, como por exemplo, nos órgãos colegiados da universidade (CONSEPE, CONSUNI), na administração direta (Reitoria, Direções de Centro), na administração indireta (Coordenadorias e Chefias), e principalmente em projeto de extensão e de pesquisa.

O primeiro fator incluído *a posteriori*, a partir dos dados das entrevistas, se refere à participação na comunidade universitária através de coordenações, projeto de pesquisa, projetos de extensão, e órgão colegiados, os participantes percebem esta participação como de grande relevância acadêmica e social, e que, portanto, descrevem-se como altamente participativos. O segundo fator incluído, *a posteriori*, refere-se às dificuldades de estabelecer relações interpessoais em condição

migrante, ou seja, ter um núcleo de amizades em uma região do país onde não é a origem de sua naturalidade, além do afastamento do núcleo original inerente à distância física. O terceiro e último fator incluído, *a posteriori*, pertinente às relações interpessoais se refere ao clima institucional, sendo que os participantes percebem que a atual conjuntura institucional não favorece as relações interpessoais, ao contrário, apresenta-se como um fator que dificulta o estabelecimento de novas amizades.

Considerando esta relação verificada entre a subcategoria relacionamentos sociais e trabalho, é possível apontar, com base em Andrade (2001), que "(...) a promoção da saúde e da qualidade de vida do trabalhador deverá obrigatoriamente levar em consideração os hábitos e padrões de conduta, envolvendo (...) as relações no trabalho e lazer, entre outras, e que são formadas, vividas, reproduzidas e cristalizadas ao longo do tempo, envolvendo complexas redes de relações sociais e culturais". Já a relação entre a subcategoria relacionamentos sociais e família, segundo Andrews (2001), o papel da família é imprescindível na vida humana, e que pessoas que mantêm relações afetivas positivas na família tendem a ser mais saudáveis que aquelas que não as mantêm.

Com base no exposto, é possível sugerir, portanto, que a subcategoria relacionamentos sociais com a família, com os amigos e com a comunidade universitária ou acadêmica, configura-se como um aspecto positivo na busca por um estilo de vida saudável. Entretanto, existem alguns fatores que prejudicam esta busca, principalmente nos relacionamentos sociais estabelecidos no trabalho, principalmente no que se refere às dificuldades originadas no clima institucional, além das relações interpessoais pouco desenvolvidas na comunidade, e das dificuldades inerentes à migração de outros estados.

#### 6.1.5 Estresse

A subcategoria estresse, refere-se aos aspectos de podem determinar os estados de estresse no indivíduo, como a ansiedade, a tensão, o perfeccionismo e a competitividade. Torna-se ainda, necessário diferenciar este conceito do seu sentido lato, o qual segundo a literatura especializada, considera os estímulos que provocam mudanças ou alterações no equilíbrio do indivíduo. Deste modo, neste estudo,

considerando o sentido estrito do conceito de estresse, foi possível verificar que este é um conceito chave na análise do estilo de vida dos docentes, pois os aspectos provocadores deste estado, na maior parte das vezes estão relacionados à própria atividade docente e suas exigências, como a produtividade, o perfeccionismo, os aprazamentos, a sobrecarga de tarefas, entre muitos outros.

No que diz respeito à percepção dos participantes sobre seus estados de estresse, foi possível averiguar, segundo levantamento categorial, que a maioria dos sujeitos se percebe em estados de estresse, pois determinadas condições provocadoras destes estados de estresse fazem parte do cotidiano docente. Constatou-se ainda, que a maioria não se enquadrou em nenhum tipo de personalidade relacionada ao estresse (P=68,8%), e que apenas um percentual de 25% (P) enquadra-se como do tipo “A” e um percentual de 6,3% (P) como do tipo “C”, conforme dados do QEV.

Quanto à ansiedade, segundo o levantamento categorial, constatou-se que a maioria dos participantes apresenta estados de ansiedade, justificando que existem diversos aspectos que propiciam esta ansiedade, como as características pessoais, o acúmulo de tarefas, os aprazamentos inadequados, entre outros. Ainda se referindo à ansiedade, é necessário destacar a consequência deste estado à saúde do indivíduo, ocasionando diversos estados patológicos, os quais os participantes já percebem como negativos em si e nos outros. Quanto à ambição, segundo o levantamento categorial, a maioria dos participantes declara que não apresenta mais ambições, justificando, principalmente, que já não precisam mais provar sua condição docente, já adquiriram condições financeiras suficientes, e já estão no topo da carreira.

Com relação à competitividade, apesar dos participantes não se considerarem competitivos, declaram nas entrevistas que este tema configura-se como um dos aspectos negativos na busca por um estilo de vida saudável, justificando esta percepção, a partir das características pessoais dos colegas, das exigências para progredir funcionalmente na carreira, e da produtividade necessária à manutenção nos programas de pós-graduação, e do individualismo atual. Entretanto, há ainda participantes entendem a competitividade como algo necessário à vida em sociedade. Uma consequência, evidenciada pela competitividade exacerbada, segundo os participantes, é o dano causado às questões éticas, pois o produtivismo suplanta alguns aspectos referentes à condição humana, independentemente da

condição ocupacional dos indivíduos, como a solidariedade, coletividade, a dignidade, entre outros.

Quanto ao perfeccionismo, parte dos participantes se percebe como perfeccionistas, principalmente no que se refere à qualidade das suas produções e na realização das suas tarefas. Os participantes afirmam ainda nas entrevistas, que o perfeccionismo é uma condição essencial da função docente. No que diz respeito às doenças provocadas pelo estresse, foi possível verificar que o perfeccionismo provoca estados que aumentam o estresse e conseqüentemente às doenças crônico-degenerativas.

Como conseqüência do estresse, foi possível detectar diversos danos aos sujeitos, como o desenvolvimento de doenças crônico degenerativas e a deterioração do trabalho, provocadas pelos aspectos relacionados ao estresse. No que concerne à deterioração do trabalho, foi possível constatar através do discurso que o estresse também diminui a capacidade de trabalho, não só pelo volume, mas também pelas condições que o acompanham.

A subcategoria técnicas de controle do estresse refere-se às possibilidades de ações visando à diminuição ou aniquilação dos estados de estresse. Estas ações podem ser de diferentes tipos, tais como as atividades de lazer, a atividade física, a dança, a meditação, a literatura (escrita ou leitura), o teatro, o canto, a pesca, as viagens, as terapias alternativas, entre muitos outros. Um aspecto que também foi citado pelos participantes como co-auxiliar nos estados de estresse, refere-se à religiosidade ou espiritualidade. Assim sendo, constatou-se através do QEV que um percentual de 43,8% (P) realiza técnicas de controle do estresse (25% diariamente e 18,8% semanalmente), e que um percentual de 37,5% (P) não realiza técnicas de controle do estresse.

No que se refere a alguns sintomas do estresse, como insônia, verificou-se através do QEV que a grande maioria (P=81,3%) não apresenta eventos de insônia. Constatou-se também, que a grande maioria (P=75%) dorme entre 4 e 7 horas, e um percentual de 18,8% (P) dorme 8 horas ou mais. Averiguou-se ainda, que a grande maioria (P=75%) não inclui o repouso ativo como descanso, que a maioria (P=56,3%) inclui o repouso passivo como descanso, e que a maioria (P=56,3%) inclui atividades físicas, recreativas de lazer no descanso. A maioria (P=68,8) não inclui atividades diversificadas no seu descanso.

Considerando que a maioria dos participantes se percebe em estados de estresse, e com base na literatura especializada adotada neste estudo, é possível afirmar que o controle do estresse é um dos aspectos que devem ser destacados nesta pesquisa. Mesmo pressupondo que a admissão das técnicas de controle do estresse se configure como uma ferramenta que atue apenas nos sintomas deste estado, e não na causa, ou seja, não questiona ou problematiza a exploração do trabalho ou a dignidade da pessoa humana, entre outros, torna-se necessário esclarecer que seria ingênuo aspirar mudanças tão profundas nos sistema econômico e no sistema político, de modo a não atuar sobre os estados de estresse presentes no mundo do trabalho. Conquanto, é muito mais plausível buscar soluções que minorem imediatamente os danos físicos e psíquicos gerados pelo trabalho, e concomitantemente provocar a produção de conhecimentos que promovam mudanças a médio e longo prazo, não penalizando desta forma a parte mais frágil do processo, o trabalhador.

Para Forattini (1992a) as reações do indivíduo, próprias do estresse, alteram o equilíbrio orgânico e podem gerar fatores de risco agudos ou crônicos. Estes estados patológicos, agudos ou crônicos, estão relacionados a diversas doenças, tais como hipertensão arterial, infarto, apoplexia, neoplasias, úlcera, artrite, alergias, cefaléias, depressão e dos distúrbios nervosos. A maioria destes acometimentos, segundo Nahas (2001), está relacionada ao estilo de vida atual. Baseando-se no entendimento de Green e Anderson (1986), é possível afirmar que o estilo de vida afeta a saúde humana, e que as decisões tomadas pelos indivíduos, incluem a aceitação dos riscos inerentes aos comportamentos. Entretanto, é necessário destacar que algumas condições extrapolam a opção individual, e uma destas condições que se destaca é o trabalho humano. Segundo Minayo (1992), os acometimentos à saúde humana têm suas causas relacionadas ao modo de produção econômica e ao estilo de vida atual que se configura como a realidade da maioria dos países industrializados.

Com base no exposto, é possível sugerir, portanto, que a subcategoria estresse configura-se como um aspecto negativo na busca por um estilo de vida saudável. Entretanto, existem algumas ações que provocam melhorias deste estado, como o esporte, a atividade física, as viagens, a literatura (escrita e leitura), e religiosidade.

### 6.1.6 Atividade física

A atividade física é caracterizada pelas possibilidades de movimentos desenvolvidos a partir de modalidades como caminhadas, natação, ciclismo (pedalada), musculação, ginásticas, lutas marciais, e sob diversos contextos, como o do lazer, do trabalho e do exercício físico propriamente dito. Deste modo, a maioria dos participantes é considerada, segundo a classificação do nível de atividade física obtido pelo I-PAQ, como “muito ativa” (P=62,5%) e “ativa” (P=37,5%). Esta classificação adota os critérios da Organização Mundial de Saúde, e diferentemente do que é tratado em algumas literaturas, são considerados os diversos contextos das atividades físicas, ou seja, lazer, trabalho e exercício físico (NAHAS, 2001).

Comparativamente aos níveis de atividade física obtidos pelo IPAQ, verificou-se que a maioria dos participantes se percebe como fisicamente ativa, entretanto, identificam-se aspectos que facilitam e outros que dificultam o estilo de vida ativo. As exigências do trabalho na universidade é o aspecto que apresenta maiores entraves ao estilo de vida ativo. Dentre os aspectos que facilitam o estilo de vida ativo, identificou-se a tendência pessoal e as aulas práticas próprias da Educação Física.

Ainda segundo dados do I-PAQ, a média de dias por semana que os participantes caminham rápido é de 3,6 dias (X), com média de tempo gasto é de 55 min (X). A média de dias por semana que pedala é de 1,7 dias (X), com média de tempo gasto de 80 min (X). Já o entendimento dos participantes sobre a categoria atividade física, apresenta divergências teóricas sobre a temática do estilo de vida ativo, pois apesar de um participante declarar que não é adepto da matriz teórica que considera funcionalista e que prefere se filiar a uma matriz teórica marxista, verifica-se que este realiza diferentes movimentos, com diferentes significados e intenções, ou seja, apresenta um acervo de movimentos que não considera apenas orgânico, mas que possui intencionalidade, com influências históricas e culturais que o levam a significar diferentemente o exercício e a atividade física.

As aulas práticas são consideradas como um aspecto facilitador do estilo de vida ativo, inclusive, levando a fusão entre as atividades físicas e as atividades físicas ocupacionais, confundindo-se entre si, conforme dados das entrevistas. Entretanto, verificou-se que os participantes percebem que a exploração humana do trabalho está cada vez mais presente no cotidiano universitário, dificultando o estilo de vida ativo pela sobrecarga de trabalho, pelo acúmulo de tarefas, pelo produtivismo

exagerado, entre outros. Para tanto, constatou-se que através do I-PAQ que a média de dias de trabalho na semana é de 5,3 (X). Este referencial de duração (dias por semana) serviu de base para todas as respostas sobre as atividades ocupacionais, sendo que a média de tempo gasto de trabalho sem deslocamentos é de 329,3 min (X), a média de tempo andando rápido no trabalho é de 60,4 min (X), a média de tempo em atividades de esforço moderado no trabalho é de 110,4 min (X) e a média de tempo em atividades vigorosas no trabalho é de 96 min (X).

Verificou-se também através do I-PAQ e das entrevistas que os participantes desenvolvem diversas atividades físicas no contexto doméstico, como cuidar do quintal, realizar as tarefas domésticas, cuidar dos animais domésticos, entre outros. Entretanto, alguns participantes reclamam das dificuldades de morar em apartamentos, justificando-as pelas limitações de espaço físico. Para tanto, no que se refere às atividades físicas vigorosas realizadas no ambiente doméstico, constatou-se que a média de dias por semana que realiza esta atividade no quintal é de 2,3 dias (X), com média de tempo gasto de 152,5 min. A média de dias por semana das atividades físicas moderadas realizadas no quintal é de 3,2 dias (X), com média de tempo gasto de 103,6 min (X), e a média de dias por semana que realiza esta atividade dentro de casa é de 3,8 dias (X), com média de tempo gasto de 67,3 min (X).

O lazer, para a maioria dos participantes, é um aspecto que tem apresentado alguns prejuízos, principalmente pelo excesso de trabalho e suas conseqüências. O levantamento categoria revela que os poucos participantes que mantêm o lazer, adotam diferentes tipos de atividades, como atividades físicas propriamente ditas, esportes e atividades diversificadas como cinema e literatura. Já no que tange à não manutenção do lazer, verificou-se que a maioria dos participantes não tem conseguido realizar atividades suficientes, justificando que não possuem tempo para esta atividade. Para tanto, no que se refere às atividades físicas vigorosas realizadas no lazer, constatou-se que a média de dias por semana que realiza esta atividade no lazer é de 2,4 dias (X), com média de tempo gasto de 122,7 min (X). A média de dias por semana de atividades físicas moderadas realizadas no lazer é de 2,1 dias (X), com média de tempo gasto de 57,3 min (X), mas com desvio padrão de 46,5 (DP). A média de dias por semana das caminhadas rápidas realizadas no lazer é de 2,6 dias (X), com média de tempo gasto de 54,4 min (X).

As atividades sedentárias são caracterizadas pelo uso de veículo a motor, e por aquelas que se passa sentado ou deitado em casa, como assistir televisão ou ler. A média de dias por semana que utiliza veículo a motor, levantada pelo I-PAQ, é de 5,6 dias (X), com média de tempo gasto de 54,1 min (X). A média de tempo por semana gasto sentado ou deitado em casa é de 147,2 min (X). A média de tempo por final de semana gasto sentado ou deitado em casa é de 268,1 min (X).

Deste modo, com base na literatura investigada, o sedentarismo e os baixos níveis de atividade física podem ser atualmente considerados como um problema de saúde pública. Para Pitanga (2002), o sedentarismo é um risco primário para doenças cardiovasculares. Segundo Pardini *et al.*, (2001), as doenças cardiovasculares é a principal causa de morte por doenças crônico-degenerativas, tanto nos países desenvolvidos, quanto nos países em desenvolvimento com alto índice de industrialização. Para Fox *et al.*, (1981, p.299), apesar das “(...) *poucas dúvidas de que o treinamento habitual com exercícios apropriados seja um fator importante na redução das doenças cardiovasculares e de outros tipos entre pessoas de todo o mundo (...)*”, ainda não é possível oferecer conclusões definitivas sobre a relação entre atividade física e melhoria de doenças.

Entretanto, já há evidências substanciais que demonstram os benefícios da atividade física sobre diversas doenças, pois existem estudos prospectivos e contínuos que mostram evidências consistentes acerca dos efeitos protetores da atividade sobre diversas doenças crônicas, como diabetes mellitus, aterosclerose, hipertensão, osteoporose e diversos tipos de câncer (HORTA e BARATA, 1995; PATE *et al.*, 1995; PAGANI, 1996; BORREGO, 1998; MCTIERNAN, 2000; BAPTISTA, 2001; BARQUERO e VILASECA, 2001; SANCHO e MATEO, 2002; HITT, 2003; MYERS *et al.*, 2003).

Com base no exposto, é possível sugerir, portanto, que a categoria atividade física configura-se como um aspecto positivo na busca por um estilo de vida saudável, principalmente nas atividades físicas propriamente ditas e nas atividades ocupacionais. Entretanto, existem atividades que provocam prejuízos nestas ações, como a sobrecarga de trabalho e a diminuição do tempo livre, que acarretam danos ao lazer.

## 6.2 Qualidade de vida

A categoria qualidade de vida refere-se, segundo a Organização Mundial de Saúde, aos domínios físicos, psíquicos, das relações sociais e do meio ambiente, assim como à percepção individual que os sujeitos apresentam sobre sua vida e seu bem estar, incluindo os aspectos que interferem e os aspectos que determinam a qualidade de vida (MEEBERG, 1993; HARPER e POWER, 1998).

A percepção da qualidade de vida, segundo o WHOQOL-36, para a maioria dos participantes (P=75,1%), é caracterizada como “boa” ou “muito boa”. Verifica-se ainda, segundo os dados das entrevistas, que existem aspectos que apenas interferem na sua qualidade de vida e outros aspectos que determinam esta categoria. Segundo Farquhar (1995), é necessário admitir que qualidade de vida apresenta inúmeros determinantes, assim como índices e padrões que dificultam o entendimento sobre esta categoria. Gill e Feinstein (1994) demonstram que qualidade de vida é um fenômeno exclusivamente de percepção pessoal, ou seja, qualidade de vida é o modo como o indivíduo se percebe frente diversos aspectos, como saúde, trabalho, lazer, situação econômica, entre muitos outros.

### 6.2.1 Domínio físico

Considerando os resultados dos dados numéricos obtidos por meio do WHOQOL-36, constatou-se que a maioria dos participantes considera que os aspectos relacionados ao domínio físico são positivos à sua qualidade de vida, como: estado de saúde (P=81,2%), satisfação com este estado de saúde (P=62,5%), energia suficiente para o dia a dia (P=68,5%), capacidade de locomoção (P=87,6%), satisfação com o sono (P=68,8%), capacidade de desempenhar as atividades cotidianas (P=75,1%), capacidade para o trabalho (P=81,3%). Mesmo ponderando os temas que poderiam oferecer escores negativos, verificou-se que a maioria dos indivíduos percebe os impedimentos causados pela dor física como ausentes (P=62,5%), e a necessidade de tratamentos médicos para levar a vida diária como dispensável (P=68,8%), caracterizando deste modo, estes aspectos como positivos à qualidade de vida.

Portanto, o domínio físico apresenta somente escores positivos em seus temas, inclusive naqueles que poderiam gerar escores negativos. Os temas considerados positivos são: percepção sobre o estado de saúde, satisfação com estado de saúde, energia suficiente para o dia a dia, capacidade de locomoção, satisfação com o sono, capacidade de desempenhar as atividades cotidianas, capacidade para o trabalho.

### 6.2.2 Domínio psicológico

Analisando os resultados dos dados numéricos obtidos através do WHOQOL-36, verificou-se que a maioria dos participantes considera os aspectos relacionados ao domínio psicológico positivos à sua qualidade de vida, como: quanto aproveita da sua vida (P=68,8%), percepção de que a vida tem sentido (P=93,8%), capacidade de concentração (P=62,5%), aceitação da sua aparência física (P=62,5%), satisfação consigo mesmo (P=68,8%). Entretanto, considerando os temas que poderiam oferecer escores negativos, constatou-se que a maioria dos indivíduos apresenta sentimentos negativos, como mau humor, desespero, ansiedade, depressão (P=62,5%), configurando este tema como negativo a sua qualidade de vida, e ratificando a literatura investigada (MEEBERG, 1993; HARPER e POWER, 1998).

Assim sendo, o domínio psicológico apresenta escores positivos e negativos em seus temas. Os temas considerados positivos são o quanto o participante aproveita a sua vida, a percepção de que a vida tem sentido, a capacidade de concentração, a aceitação da sua aparência física, a satisfação consigo mesmo. O tema considerado negativo a qualidade de vida refere-se à existência de sentimentos negativos, como mau humor, desespero, ansiedade, depressão.

### 6.2.3 Domínio das relações sociais

Ponderando os resultados dos dados numéricos apontados pelo WHOQOL-36, averiguou-se que os participantes consideram que os aspectos relacionados ao domínio das relações sociais são positivos à sua qualidade de vida, como: satisfação

com as relações sociais (P=87,5%), satisfação com a vida sexual (P=75%), satisfação com o apoio que recebe dos amigos (P=68,8%). Portanto, o domínio das relações sociais apresenta somente escores positivos em seus temas. Os temas, considerados positivos pelos participantes, são a satisfação com as relações sociais, a satisfação com sua vida sexual, e a satisfação com o apoio que recebe dos amigos.

#### 6.2.4 Domínio do meio ambiente

Examinando os resultados dos dados numéricos identificados através do WHOQOL-36, foi possível constatar que os participantes consideram que os aspectos relacionados ao domínio do meio ambiente são positivos à sua qualidade de vida, como: segurança na vida diária (P=62,5%), ambiente físico saudável (P=62,5%), dinheiro suficiente para satisfazer as necessidades (P=56,5%), disponibilidade das informações (P=81,3%), satisfação com as condições do local onde mora (P=87,6%), satisfação com os serviços de saúde (P=68,8%), satisfação com os meios de transporte (P=87,6%). Entretanto, constatou-se ainda, a partir dos dados quantitativos, que um percentual de 56,3% (P) não apresenta ou apresenta poucas oportunidades de lazer, percebendo este aspecto como negativo a sua qualidade de vida.

Segundo Rodrigues (1999) o ser humano buscou continuamente a melhoria de seu bem estar, inclusive no mundo do trabalho. Entretanto, as implicações do modelo social inaugurado com a Revolução Industrial provocaram tanto conseqüências positivas, quanto negativas aos indivíduos. Os avanços tecnológicos, por exemplo, avançam diagnósticos e melhoram o tratamento de patologias, desenvolvem as sociedades e colaboram para o conforto e a melhoria da vida dos indivíduos (ANTUNES, 1986; OUTHWAITE e BOTTOMORE, 1996; BOBBIO e PASQUINO, 2002). Entretanto, Segundo Sallis e Owen (1996), uma das conseqüências negativas deste modelo social refere-se às exigências que o trabalho humano atual é submetido, pois desencadeia processos patológicos que geram problemas físicos, psíquicos e sociais aos indivíduos.

Portanto, o domínio psicológico apresenta escores positivos e negativos em seus temas. Os temas considerados positivos são: segurança na vida diária, ambiente

físico saudável, dinheiro suficiente para satisfazer as necessidades, disponibilidade das informações, satisfação com as condições do local onde mora, satisfação com os serviços de saúde, satisfação com os meios de transporte. O tema considerado negativo a qualidade de vida refere-se à não apresentação, apresentação de poucas, ou apresentação mais ou menos de oportunidades de lazer.

#### 6.2.5 Fatores intervenientes na qualidade de vida

A partir da análise dos dados das entrevistas, constatou-se que existem fatores que provocam algum tipo de influência na qualidade de vida dos indivíduos, tanto positiva, quanto negativamente. Dentre os fatores que interferem positivamente na qualidade de vida, identificaram-se as aulas práticas próprias da Educação Física, a religiosidade, a questão econômica e as questões afetivas e familiares. Dentre os aspectos que interferem negativamente na qualidade de vida foram identificadas as exigências do trabalho, as condições econômicas relacionadas ao trabalho docente, a dificuldade de realizar trabalhos integrados ou coletivos e a falta da consciência coletiva do ambiente universitário.

Segundo Gill e Feinstein (1994) a qualidade de vida não deve possuir um significado isolado, desprovido das relações que estabelece com diversos outros fenômenos, pois isto leva os indivíduos a terem diferentes percepções sobre seu estado de vida. Segundo os autores é necessário avançar o entendimento que limita a qualidade de vida a condições que remetem exclusivamente à saúde do indivíduo, e esta como um estado funcional. Sendo assim, a qualidade de vida deve ser entendida como um conceito global, que não inclua somente aspectos relacionados à saúde, mas também elementos relacionados à sociedade, ao trabalho, à família, e outras circunstâncias inerentes à vida humana.

Portanto, os fatores intervenientes na qualidade de vida configuram-se como aspectos que apresentam fatores positivos e negativos, não modificando, no entanto, a avaliação positiva da qualidade de vida. Os fatores intervenientes positivos referem-se principalmente, às aulas práticas, à religiosidade, às questões econômicas favoráveis, e às questões afetivas e familiares. Os fatores intervenientes negativos relacionam-se especialmente, às exigências do trabalho, às condições

econômicas desfavoráveis, à dificuldade de trabalho integrado ou coletivo, e à falta de consciência coletiva. E ainda, que ocorre.

#### 6.2.6 Fatores determinantes da qualidade de vida

De acordo com os dados verbais, constatou-se que existem fatores que determinam ou geram primariamente a qualidade de vida, como os determinantes históricos, sócio-políticos, econômicos, ambientais, físicos e psíquicos. A determinação histórica da qualidade de vida exige a análise dos mecanismos deste processo, pois podem oferecer explicações necessárias às construções e desconstruções humanas, demonstrando deste modo, que a vida humana não é produzida de modo linear ou determinística, nem tampouco da mesma forma no tempo e no espaço, e que se modifica conforme alteram as condições materiais (físicas, ambientais, sócio-políticas, entre outras) numa relação dinâmica.

Na definição do termo qualidade de vida, a maioria dos participantes não se limitou a abordar apenas os aspectos econômicos, demonstrando deste modo, compatibilidade às atuais discussões da Organização Mundial de Saúde. Entretanto, verificaram-se aspectos variados que, apesar de não serem diretamente abordados na literatura investigada, fazem parte daquilo que os participantes consideram relevantes e que, portanto, devem ser devidamente discutidos, valorizando suas percepções. Considerando as definições apresentadas, a qualidade de vida pode ser entendida como um conceito humano, subjetivo e contextual (referente ao local, tempo e espaço), que está relacionado à satisfação sobre as condições físicas, psicológicas, afetivas, emocionais, financeiras, de saúde, religiosas, sociais e culturais do bem-estar e do viver bem.

Diante da dificuldade de separar a definição estéril do conceito de qualidade de vida dos fatores que geram esta categoria, identificaram-se diversas determinações que extrapolam o conceito de qualidade de vida. No que se refere às determinações sociais e políticas da qualidade de vida, constatou-se a necessidade de considerar os fatores sociais e contextuais, haja vista, as diferenças humanas, as escolhas de vida, as escolhas profissionais e a origem dos indivíduos (classe econômica).

As determinações econômicas da qualidade de vida foram identificadas, porém não somente como a existência ou não de renda, a presença ou a ausência do

poder de compra, mas pelas possibilidades que se abrem à cultura, ao lazer, à saúde e à educação a partir destas condições financeiras, pois neste sentido, a condição financeira favorável determina a percepção positiva da qualidade de vida, assim como a condição financeira desfavorável gera a percepção negativa da qualidade de vida.

As determinações ambientais da qualidade de vida, apesar de pouco abordadas pelos participantes naturais da região das Instituições, foram destacadas por aqueles docentes que migram de outras regiões do Brasil, principalmente do extremo sul e sudeste. Deste modo, apesar de se verificar que a maioria dos nativos não avalia o estado da flora, da fauna, das águas e da própria urbanização na sua qualidade de vida, constatou-se que os participantes oriundos de outros estados entendem que as questões ambientais, apesar de ainda estarem contribuindo para a qualidade de vida, podem no futuro tornarem-se negativas, caso seja mantido as atuais diretrizes políticas e ambientais.

As determinações físicas e psíquicas da qualidade de vida foram relacionadas a diversos aspectos, como os estados de saúde, os processos de envelhecimento e adoecimento, o acesso aos sistemas público e privado de atendimento, a educação para saúde, entre muitos outros. No que se refere ao envelhecimento, tanto aos processos de senescência quanto de senilidade, verificou-se a determinação direta desta condição na percepção de qualidade de vida dos participantes, assim como os estados patológicos dos participantes, principalmente as doenças crônico-degenerativas e as psicossomáticas.

Segundo Mazo (2003, p.06), a expressão qualidade de vida surgiu por volta da década de 20 com as discussões sobre economia e bem-estar material, abordando as ações governamentais frente aos indivíduos necessitados e os impactos sobre o orçamento do Estado norte americano. Entretanto, desde os primórdios da humanidade o homem sempre lutou pela sua sobrevivência, e o modo que cada sociedade ou cultura tratou as diferentes formas de viver é considerado como uma das raízes do que hoje é entendido como qualidade de vida.

Para Farquhar (1995) existem inúmeras definições de qualidade de vida e esta abundância de definições exige uma taxionomia sobre esta categoria. Diversos autores demonstram a necessidade de padronização do conceito, já que a definição operacional adequada diminui as variações significativas nas investigações,

enquanto que a falta de clareza conceitual pode gerar problemas à cientificidade dos estudos (PIRES e MATIELLO JÚNIOR, 1998; SHARKEY, 1998).

A partir da literatura investigada verificou-se que existe estreita relação entre o modelo social, baseado no modo de produção capitalista e a constituição da qualidade de vida dos indivíduos (MINAYO, 1992; OUTHWAITE e BOTTOMORE, 1996; SALLIS e OWEN, 1996). Entretanto, segundo Minayo (1992), para considerar a relação entre o modelo econômico e a qualidade de vida dos indivíduos, é necessário reconhecer que o trabalho está relacionado à própria existência humana atual, e que, portanto, pode ser considerado como elemento básico da organização social, afetando diretamente os indivíduos nos mais diferentes contextos.

Deste modo, os fatores determinantes da qualidade de vida apresentam maior ou menor grau de relevância, tanto na construção do conceito, quanto na consideração da própria qualidade de vida dos indivíduos. Os aspectos com maior grau de relevância são os determinantes econômicos, físicos e psíquicos, pois se destacam principalmente por estarem presentes na vida diária dos indivíduos. Já os aspectos com menor grau de determinação, como são os determinantes históricos, sociais, políticos e ambientais, pois estão mais afastados da vida cotidiana dos indivíduos, pois exigem reflexões teóricas sobre a categoria “qualidade de vida”.

### **6.3 Docência em Educação Física**

Neste estudo a docência em Educação Física estabelece-se como uma categoria fundamental de análise, pois o ensino superior em Educação Física apresenta determinadas características que podem influenciar ou mesmo determinar o estilo de vida e a qualidade de vida dos participantes. Deste modo, a categoria “docência em Educação Física” refere-se à atuação de professores doutores, graduados em educação física, que atuam no ensino superior público em Educação Física de Santa Catarina. Assim, são analisados os aspectos relacionados a este nível de ensino, tais como o trabalho docente, a atividade docente e a relação entre a teoria e a prática na promoção da saúde em Educação Física.

### 6.3.1 Trabalho docente

Considerando os dados obtidos através do levantamento categorial, identificam-se percepções diferenciadas sobre o tema condições de trabalho. Estas percepções distintas são provocadas por diferentes fatores, tais como o tempo de atuação, pois permite aos sujeitos maior familiaridade com o funcionamento da Instituição, o tempo de doutoramento, já que proporciona oportunidades com melhores condições estruturais, físicas e materiais, e ainda o comprometimento político pedagógico, que leva o sujeito a assumir determinados cargos, funções ou posicionamentos que provocam implicações, tanto positivas quanto negativas.

As condições físicas e materiais foram apontadas principalmente pela deterioração do patrimônio institucional, pois se verificam dificuldades dos professores na obtenção de recursos, nas insuficiências físicas e estruturais, na carência de condições materiais, e nas condições humanas, tanto pela falta, quanto pelo despreparo dos servidores técnico-administrativos. Deste modo, verificou-se que não vem ocorrendo à devida consideração governamental a estas questões, pois o que se verificou foi uma transferência indevida de responsabilidades do poder público para os professores.

As condições positivas de trabalho na universidade foram apontadas, por uma minoria dos participantes, principalmente na suficiência da estrutura física e dos recursos materiais. Entretanto verificou-se que a maioria dos participantes que apresenta estas percepções positivas está vinculada a laboratórios de pesquisa ou participa da administração direta das instituições, como eles mesmos demonstraram consciência disto. Constatou-se ainda que, dentre aqueles que apresentam condições de trabalho positivas, dois participantes informam que algumas destas condições de trabalho só existem porque os docentes pagam do seu próprio bolso os computadores, os móveis, os condicionadores de ar, entre outros.

Quanto às dificuldades econômicas, verificou-se que a minoria dos participantes está contente com seu salário, justificando-se esta percepção positiva pelo fato de ter tido as gratificações pelo tempo de atuação e pelas oportunidades administrativas agregadas à sua remuneração. Deste modo, mesmo considerando que o cenário econômico atual é muito ruim, já que a média salarial brasileira é uma das menores do mundo, averiguou-se que a maioria dos participantes entende que a

questão salarial é um aspecto a ser urgentemente superado na docência do ensino superior.

A produtividade, que está relacionada à questão salarial, é considerada um fator de destaque, pois apesar da sobrecarga das atividades, verificou-se que a exigência pelo aumento da produtividade representa uma pequena melhoria na questão salarial. Esta produtividade é representada pela cobrança de órgãos superiores à Universidade como Capes e CNPq, por manutenção de pesquisas, publicações de artigos em periódicos avaliados pelo *qualis*, publicações de livros com inscrições bibliográficas, e ainda a atuação na pós-graduação. Um segundo aspecto também destacado pelos participantes na questão salarial, refere-se ao corporativismo, haja vista que as melhores condições salariais passam pela consciência profissional dos docentes para o avanço da área da Educação Física, e não por ações que beneficiem individualmente os professores, como é o caso da licença sabática que existia para melhoria na qualificação profissional e foi substituída por ganhos salariais.

Como exposto anteriormente, verificou-se que existe uma sobrecarga de trabalho ocasionada por questões inerentes ao funcionamento da própria universidade, tais como as exigências administrativas, a produtividade e as peculiaridades do trabalho intelectual (função administrativa, não desligamento do trabalho e ocupação do tempo livre pelo trabalho).

O aumento da jornada de trabalho pela sobrecarga de trabalho e a aceitação desta condição são justificadas por questões pessoais, como o prazer e a vontade de realizar o trabalho, além da percepção de compromisso com a Universidade. Já o aumento da jornada de trabalho pelas exigências de produtividade e a não aceitação desta condição são justificadas pelas conseqüências negativas, como o estresse, as doenças crônico-degenerativas, e ainda, o entendimento de que a própria aceitação destas cobranças por produtividade implica na continuidade do processo de exploração docente.

O não desligamento do trabalho docente e a ocupação do tempo livre referem-se à percepção dos participantes de que não conseguem deixar de trabalhar mesmo quando estão em casa, no lazer, ou mesmo de férias, pois existe uma exigência constante de produtividade (artigos, livros, pesquisas) e de atendimento discente para que consigam se manter nos programas de pós-graduação, como por exemplo,

a necessidade de orientação contínua para atender o tempo de permanência discente nos programas.

Quanto à ocupação docente com os cargos administrativos, foi possível constatar conseqüências positivas e negativas. Dentre as conseqüências negativas, identificam-se a formação de grupos, chamados de por alguns participantes de guetos, e a já citada sobrecarga de trabalho. Já no que se refere às conseqüências positivas, constatam-se a satisfação dos sujeitos no cumprimento do seu dever e a dedicação de colegas ao trabalho.

Como a jornada de trabalho e a sobrecarga são relacionadas a diversos aspectos negativos, é possível constatar através do QEV que a maioria dos participantes (P=81,3%) possui regime de trabalho de 40 horas com dedicação exclusiva, que um percentual de 43,8% (P) trabalha nos períodos matutino, vespertino e noturno, sendo que a jornada semanal mínima é de 40 horas e a máxima de até 70h. Os participantes que possuem jornada semanal de trabalho acima das 40 horas são aqueles que possuem cargos na administração dos centros ou da própria universidade.

O trabalho humano está relacionado aos diferentes contextos da vida em sociedade, desde aqueles que necessitam do trabalho braçal até os que exigem o trabalho intelectual. Considerando que a proposta principal da Universidade é produção de conhecimentos, já que surgiu como uma alternativa de oferecer um conhecimento que se opusesse ao modelo religioso de produção de conhecimento hegemônico na Idade Média, é possível afirmar que hoje a Universidade adquiriu legitimidade social (CHAUÍ, 1998; SINGER, 1994b).

Entretanto, Bunge (1980), alerta já na década de oitenta, que a universidade apresentava aspectos que comprometiam sua própria existência, como o modelo econômico, a desvalorização dos conhecimentos básicos, a supervalorização dos conhecimentos aplicados, o detrimento do conhecimento científico e a exacerbada consideração do conhecimento tecnológico, entre outros. Apesar das décadas que separam estas considerações, ainda hoje a Universidade apresenta aspectos negativos que comprometem sua existência e funcionamento, pois o modelo político e econômico exige da universidade soluções tecnológicas ao modo de produção de bens e serviços, que relegam a produção de conhecimentos científicos básicos a condições pouco favoráveis (BUNGE, 1980; SINGER, 1994b). Deste modo, é possível sugerir que esta valorização dos conhecimentos tecnológicos tem não tem

conseguido satisfazer ou contemplar as necessidades sociais, pois restringe o acesso da maioria da população a bens e serviços inalcançáveis, gerando deste modo, inquietações sociais.

Portanto, o tema condições de trabalho apresenta fatores positivos e negativos que interferem diretamente na docência do ensino superior público em Educação Física. Quanto aos fatores positivos é possível constatar os benefícios da carreira docente e a percepção de cumprimento do dever docente. Quanto aos fatores negativos, é possível constatar as dificuldades estruturais, físicas e materiais, a escassez de recursos humanos (servidores técnico-administrativos), a questão salarial, a jornada de trabalho e as funções administrativas.

### 6.3.2 Atividade docente

O tema “carreira docente” refere-se à formação acadêmica e suas conseqüências profissionais aos professores que atuam no ensino superior em Educação Física. No que tange à formação na área de Educação Física e do doutorado em diferentes áreas, é possível constatar percepções positivas e negativas. No que se refere às percepções negativas relacionadas à formação docente, constatou-se por meio das entrevistas que a minoria identifica o não incentivo à qualificação e as relações de poder no contexto universitário como aspectos que influenciam esta categoria. No que tange às percepções positivas da carreira docente, a maioria dos participantes demonstra que esta categoria tem oferecido oportunidades significativas em produções científicas, pedagógicas, e até mesmo políticas.

Quanto à realização profissional, constataram-se percepções positivas sobre a opção profissional nas entrevistas, pois se verificou que os participantes entendem que têm conseguido proporcionar retorno social a comunidade social e científica. Este entendimento é ratificado pela percepção da função social, pois os participantes entendem que a atuação na formação profissional tem gerado benefícios à sociedade. No que concerne ao papel da Universidade pública, é possível constatar que os participantes entendem que as ações devem ser mais pedagógicas, buscando retomar a valorização institucional e docente, atuando assim como uma instituição verdadeiramente educadora.

O tema *status* acadêmico e social refere-se à percepção dos participantes sobre a sua condição acadêmica e social, principalmente frente à respeitabilidade de sua produção acadêmica, da sua autoridade teórica, e do poder de influência na área que atua. No que diz respeito ao status acadêmico, verificou-se através das entrevistas que a maioria dos participantes, considera que existem pontos que favorecem o trabalho docente, especialmente a possibilidade de influência nos futuros profissionais que estão formando na Universidade. Já os aspectos que diminuem o status acadêmico, são relacionados principalmente à desvalorização profissional, como por exemplo, o declínio salarial e o crescente descrédito social.

O tema ambiente acadêmico diz respeito ao clima institucional, às conseqüências do produtivismo na universidade, e à função desta Instituição. Para tanto, é possível verificar que o clima institucional é marcado pela competitividade que gerando o individualismo típico do produtivismo que se instalou na Universidade pública. Diante da produtividade imposta à Universidade, os participantes posicionam-se contrários ao modelo que vem se instalando lentamente. Para tanto, verificou-se através do levantamento categorial que a Universidade tem que ter objetivos muito claros em favor da coletividade, da gratuidade e da autonomia na produção do conhecimento.

Segundo a literatura investigada, a atuação como professor não é uma profissão surgida no mundo moderno, mas uma ocupação que surgiu na Idade Antiga, com a cultura ocidental, principalmente na sociedade ateniense que destacava o antagonismo entre o paradigma da vocação e o da profissão (SINGER, 1986a; FERNANDES, 1998). Analisando as características que diferenciam o ensino superior dos demais níveis de educação, Fernandes (1998) demonstra que o docente que atua no ensino superior apresenta formação intelectual longa, competência técnica e especializada, serviço relevante para o conjunto da coletividade, controle de seus pares e autonomia profissional. Contudo, todas estas características nem sempre se fizeram presentes, pois é necessário considerar as características sociais de determinadas épocas em diferentes locais. Segundo Moreira (1994), a função da universidade extrapola a simples formação profissional, exigindo verdadeiramente a geração de conhecimentos. Entretanto, o que se verifica hoje são organizações que não mantêm o compromisso com o crescimento coletivo e a responsabilidade social, mas com o atendimento às ordens do mercado de trabalho. Ianni (1986) evidencia que atualmente o capital industrial tomou conta do Estado e da própria universidade. Esta lógica de mercado que contamina a

universidade não exige professores críticos, cultos e comprometidos com a educação, mas um profissional que teve que abreviar sua formação para atender a demanda de mercado, além da sua própria sobrevivência econômica, que está susceptível às instabilidades do mercado de trabalho, exposto aos baixos salários e diminuído da sua função social, antes legitimada socialmente (FERNANDES, 1998).

A complexidade dos aspectos envolvidos na docência no ensino superior, que está relacionada às condicionantes históricas e culturais, dificulta, entre outros aspectos, o *status* da carreira docente. Segundo Costa, Carvalho, Onofre, Diniz e Pestana (1996), existem pontos problemáticos na análise do *status* profissional, como o controle político de um campo de ação e de discurso, a legitimidade social da universidade, a formulação e dominação do discurso, a autoridade do conhecimento científico, o descrédito à produção de determinados conhecimentos e ainda, a relação entre o modo de produção e o modo de produção de conhecimentos.

Portanto, a carreira docente, a função social, o *status* acadêmico e social, são fatores positivos na docência do ensino superior em Educação Física. Entretanto, ainda faltam incentivos das Instituições para a qualificação docentes, existem relações de poder que prejudicam os sujeitos, ocorre desvalorização institucional, incide a desvalorização acadêmica e salarial dos docentes. Já o ambiente acadêmico é percebido como um fator negativo na docência do ensino superior em Educação Física, pois a competitividade e o individualismo próprio do produtivismo exagerado estão cada vez mais enraizados na Universidade.

### 6.3.3 Teoria e prática na área da promoção da saúde

A relação entre a teoria e prática na promoção da saúde gera controvérsias, pois busca conhecer a realidade do cotidiano profissional e pessoal dos participantes e seu discurso frente a alguns conceitos da promoção da saúde, ou seja, a relação entre o que o professor conhece e apresenta em seu discurso e aquilo o que realmente é a realidade vivida nos diversos contextos da sua vida cotidiana.

No Brasil existem divergências quanto à vinculação da Educação Física a uma área do conhecimento humano, pois alguns teóricos entendem que pertence às Ciências Humanas e Sociais e outros às Ciências da Saúde. Entretanto, a legislação

brasileira determina que a Educação Física, desde a década de 90, é uma das áreas profissionais integrantes das ciências da saúde (BRASIL, 1997d; BRASIL, 1998e). Entretanto, existem autores que não concordam com a legislação e se filiam a uma matriz paradigmática que relaciona a Educação Física à Educação. Estas divergências configuram-se então, como o primeiro obstáculo ao entendimento da relação entre teoria e prática dos participantes, pois aqueles participantes que não aceitam a vinculação da Educação Física às ciências da saúde podem apresentar dificuldades de adotar ações docentes que tratem da promoção da saúde na Educação Física.

O segundo aspecto da relação entre teoria e prática dos participantes refere-se à formação profissional em Educação Física, pois os cursos de Educação Física adotam diferentes filosofias, formando, portanto, diferentes profissionais. Deste modo, algumas das dificuldades na incorporação do discurso, residem no fato de que até a década de 80, pela própria indefinição profissional a uma área específica, os cursos de graduação em Educação Física, tanto os de bacharelado como os de licenciatura, não tratavam de temas relacionados à saúde, e assim sendo, alguns profissionais em Educação Física formados até a década de oitenta não tiveram esta temática em seus currículos.

O terceiro aspecto da relação entre teoria e prática dos participantes, refere-se à qualidade da formação em educação física, haja vista, as condições estruturais, físicas, pedagógicas e metodológicas que sustentam a formação em Educação Física nos diversos níveis, desde a graduação até o doutoramento, tais como a necessidade de reflexão sobre estas condições, o embate entre as diferentes correntes e a fundamentação teórica destas correntes. Deste modo, a manutenção pelo poder público de um curso de graduação em Educação Física não é barata, ao contrário, a necessidade de equipamentos ginásticos e esportivos, de laboratórios (biológicos, humanísticos, aplicados, metodológicos, entre outros), de espaços físicos e estruturais (quadras, piscinas, campos, ginásios, entre muitos outros), exige investimentos consideráveis, o que nem sempre vem ocorrendo.

A partir destes aspectos que dificultam o entendimento da relação entre teoria e prática dos participantes, é possível constatar através das entrevista que a grande maioria percebe que existem contradições entre a teoria que representa o ideal, e a prática que representa o real. Para tanto, verificam-se que existem contradições, mas que a contradição é inerente ao ser humano, e que o ideal não se consegue

alcançar, provocando deste modo, um distanciamento nem sempre compreendido e aceito. No que tange à distância entre o discurso e a prática, identificam-se que existem inúmeros fatores que a acentuam, tais como a fraca incorporação da teoria, às reais condições do indivíduo, as atitudes e comportamentos individuais, os aspectos sociais e econômicos, as características institucionais do ensino superior, as características do trabalho docente, as exigências da formação e do trabalho intelectual. A partir da identificação destes fatores, identificam-se também aspectos necessários à convergência entre o ideal e o real, tais como o controle de suas próprias ações, a valorização do discurso, a valorização da consciência e da formação e o redirecionamento do discurso.

O conceito de promoção da saúde, muito mais próximo da sociologia do que da fisiologia, teve sua matriz teórica originada na sociologia funcionalista norte americana, a qual iniciou as principais ações em saúde pública no mundo atual (OUTHWAITE e BOTTOMORE, 1996). Assim sendo, verificou-se que este conceito é relacionado à própria instituição universitária, pois se identificam questionamentos sobre a operacionalização destes conhecimentos na formação em Educação Física, como por exemplo, a exploração humana no *locus* que deveria refletir sobre isto, a existência de ações sociais negativas como o preconceito apresentado por professores, o desenvolvimento de estados físicos e psíquicos patológicos, como o estresse, a fadiga, e as doenças crônico-degenerativas, assim como hábitos de vida deletérios à saúde humana (tabagismo, etilismo, entre outros). Portanto, considerando os entendimentos do conceito de promoção da saúde apresentados pelos participantes, verificou-se que se fazem necessárias modificações não somente nos hábitos e comportamentos dos indivíduos, mas também que seja modificado também o discurso da Educação Física para promoção da saúde, aproximando-se mais de ações concretas, coerentes e alcançáveis ao poder público e aos cidadãos buscando assim, a melhoria da qualidade de vida e o aumento da dignidade humana.

A literatura investigada aponta que o principal agente do processo de diminuição da dignidade da vida humana é o próprio modo de organização social baseado no modelo econômico vigente, principalmente no que se refere ao modo de produção de bens e serviços, que explora a mão de obra de trabalho e reduz a dignidade humana. As conseqüências negativas deste fenômeno apresentam abrangências psicológicas, fisiológicas e sociológicas. Porém, o aspecto que sofre maior influência

é justamente a saúde humana, haja vista que este conceito está relacionado à própria existência dos indivíduos (MINAYO, 1992; OUTHWAITE e BOTTOMORE, 1996; SALLIS e OWEN, 1999). Este cenário tem levado a um quadro de saúde pública preocupante, pois a Universidade não tem conseguido produzir conhecimentos suficientes para provocar mudanças no modo de produção de bens e serviços em favor dos indivíduos (BUNGE, 1980). Chauí (1998), mesmo considerando esta relação, reconhece que a produção de conhecimento no Brasil ainda é preponderantemente desenvolvida na Universidade, local de produção científica, tecnológica e crítica dos saberes. Entretanto, a maior parte dos conhecimentos produzidos atualmente em Educação Física não estão relacionados ao fenômeno da saúde coletiva, área diretamente relacionada à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos (FARIA JÚNIOR e FARINATTI, 1992).

Para Minayo (1992) a promoção da saúde exige que a saúde humana não seja foco de uma única área, ao contrário, deve ser apropriada pelas diversas áreas envolvidas nos processos sociais que configuram a saúde coletiva. Deste modo, a Educação Física ao tratar da saúde humana através das atividades físicas configura-se como uma das áreas da promoção da saúde, pois busca primariamente desenvolver o estilo de vida ativo nos indivíduos (CONFED, 2000a; CONFED, 2002b; BRASIL, 1997d; BRASIL, 2004h). Uma das conseqüências do estilo de vida atual, típico das sociedades industrializadas, são as doenças crônico-degenerativas. Segundo Minayo (1992), a maior causa das doenças crônico degenerativas, está vinculada ao modo de produção econômica e ao estilo de vida decorrente tanto do excesso de trabalho, quanto da falta de tempo para a prática do lazer e das atividades físicas que levam ao sedentarismo das pessoas inseridas nesse modelo. Deste modo, um dos fatores que podem combater o sedentarismo é justamente a promoção de ações que ofereçam condições para a instalação, manutenção ou acréscimo no nível de atividades físicas, ou conforme a matriz teórica em discussão, a ampliação do mundo de movimentos.

Portanto, os estudos sobre o fenômeno saúde-doença não devem se orientar apenas pelo paradigma hegemônico, mas devem também contemplar reflexões macroeconômicas e histórico-estruturais, possibilitando que a saúde pública, ou coletiva, não seja entendida como um fenômeno isolado e desprovido de influências culturais, econômicas e políticas (MINAYO, 1992; MONTEIRO e GONÇALVES,

1994; DEL PALACIO e VILLA VICENTE, 1996; OUTHWAITE e BOTTOMORE, 1996; ALMEIDA FILHO, 2000; AYRES, 2002).

Com base no exposto, a relação entre teoria e prática na área da promoção da saúde em Educação Física, apresenta contradições que afetam toda a área, pois denota fragilidade nas ações pouco fundamentadas teoricamente e pouco realizadas no cotidiano do seu agente promotor. Entretanto, verificou-se a existência de inúmeras possibilidades de superação deste estado, tais como o controle das ações individuais, a valorização do discurso, a valorização da consciência e da formação, o redirecionamento do discurso, e a ampliação dos paradigmas hegemônicos em Educação Física.

## **CAPÍTULO 7 – CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES**

Este capítulo apresenta as conclusões e recomendações sobre esta pesquisa. As conclusões obedecem à sistematização dos dados obtidos a partir da análise dos dados numéricos e verbais que foram confrontados com literatura investigada.

Considerando o objetivo principal deste estudo, conclui-se de maneira geral que as temáticas investigadas fazem parte dos conhecimentos da área dos participantes, e que existe a possibilidade de aproximação do discurso do participante com estes conhecimentos, podendo inclusive, levar a superestimação daquilo que o sujeito realiza. Entretanto, existe o cuidado com esta aproximação através da consciência e preocupação com a construção do conhecimento científico, ampliando a confiabilidade, já que ocorre a ação educativa e o trabalho na mesma perspectiva de análise, demonstrando ligação significativa entre estilo de vida e trabalho docente. Conclui-se também que existe a preocupação pela busca e manutenção do estilo de vida saudável e que a maior parte dos fatores investigados interfere positivamente nesta categoria. Entretanto, existem fatores que interferem negativamente, tanto os que poderiam ser modificados, quanto os que poderiam ser melhorados. Conclui-se ainda, que existem determinantes físicos, psíquicos, sociais e culturais ao estilo vida, e que dois aspectos que apresentam maior grau de determinação no estilo de vida saudável: a) trabalho; b) condições socioeconômicas. O trabalho docente é um determinante negativo, pois está relacionado à sobrecarga de atividades, altas exigências de produção e condições de trabalho insuficientes, gerando estados de estresse e provocando prejuízos ao lazer, às atividades físicas. A condição socioeconômica é um determinante negativo porque limita ou impede o acesso ao lazer, à cultura e às ferramentas profissionais (livros, periódicos, entre outros). Já no que diz respeito a definição do termo qualidade de vida, esta não é limitada aos aspectos econômicos, sendo entendida como um conceito humano, subjetivo e contextual (referente ao local, tempo e espaço), que está relacionado à satisfação sobre as condições físicas, psicológicas, afetivas, emocionais, financeiras, de saúde, religiosas e sócio-culturais do bem-estar e do viver bem. Apesar das percepções positivas sobre qualidade de vida, existem aspectos históricos, sócio-políticos, econômicos, ambientais, físicos e psíquicos que determinam a qualidade de vida, e aspectos que apenas interferem na qualidade de vida e, inclusive de forma negativa,

principalmente aqueles relacionados ao trabalho docente. Entretanto, existem fatores que possuem maior e menor grau de relevância. Os aspectos com maior grau de relevância, são os determinantes econômicos, físicos e psíquicos, e os de menor relevância são os determinantes históricos, sócio-políticos e ambientais.

Considerando as questões de pesquisa, no que se refere ao estilo de vida dos investigados, conclui-se de maneira específica, que as categorias atividade física, nutrição, relacionamentos interpessoais e comportamento preventivos são positivas à busca por um estilo de vida saudável. Entretanto, a atividade física é prejudicada pela sobrecarga de trabalho e diminuição do tempo livre, que acarretam danos ao lazer; a nutrição é prejudicada pelo trabalho, quantidade e qualidade da alimentação, condição financeira, controle do peso corporal; os relacionamentos interpessoais são prejudicados pelas relações de trabalho, clima institucional, relações na comunidade, condição migrante; e comportamentos preventivos frente ao uso do tabaco e drogas são prejudicados pela não utilização de preservativo sexual, o uso do álcool, e os estados de estresse ocasionado pelo trânsito. A categoria estresse configura-se como um aspecto negativo na busca por um estilo de vida saudável. Entretanto, existem algumas ações que, apesar de não serem realizadas integralmente, como técnicas de controle do estresse (esporte, atividade física, viagens, literatura, religiosidade), provocam melhorias deste estado.

No que tange às atividades físicas, apesar dos participantes apresentarem níveis de atividade física que os classificam como ativos e muito ativos, são identificados aspectos que dificultam como, as exigências do trabalho docente, e aspectos que facilitam o estilo de vida ativo, como as características pessoais e as aulas práticas. Foram identificadas ainda, divergências teóricas sobre a temática do estilo de vida ativo originadas principalmente nas vertentes epistemológicas das diferentes áreas e correntes de qualificação dos participantes. As atividades físicas ocupacionais são consideradas como facilitadoras do estilo de vida ativo, entretanto, verificou-se que a exploração humana do trabalho está cada vez mais presente no cotidiano universitário dificultando o estilo de vida ativo, pois existe a sobrecarga de trabalho, o acúmulo de tarefas, e o produtivismo exagerado. As atividades físicas realizadas para o transporte, são principalmente sedentárias. As atividades físicas no contexto doméstico são desenvolvidas com diferentes objetivos, tais como cuidar do quintal, realizar as tarefas domésticas, e tratar dos animais domésticos. As atividades físicas de lazer apresentam prejuízos gerados pelo excesso de trabalho e a diminuição do

tempo livre. Entre os poucos participantes que mantêm o lazer, foi possível verificar diferentes tipos de atividades, como as atividades físicas propriamente ditas, os esportes, o cinema, e a literatura. E ainda, que as atividades sedentárias sentadas nos dias de semana, e as sentadas ou deitadas em casa no final de semana não possuem resultados suficientes para interferir na classificação do nível de atividade físicas dos participantes.

No que se refere à qualidade de vida, o domínio físico apresenta somente escores positivos em seus temas, inclusive naqueles que poderiam gerar escores negativos; o domínio psicológico apresenta escores positivos, com exceção da existência de sentimentos negativos; o domínio das relações sociais apresenta somente escores positivos em seus temas; o domínio do meio ambiente apresenta escores positivos, exceto no que importa à ausência ou diminuição das oportunidades de lazer.

No que concerne à percepção sobre a docência em Educação Física, o trabalho docente é relacionado principalmente às condições de trabalho e as condições sócio-econômicas. As condições de trabalho apresentam fatores positivos (carreira, cumprimento do dever) e negativos (dificuldades estruturais, físicas e materiais, recursos humanos, questão salarial, jornada de trabalho, funções administrativas) que interferem diretamente na docência do ensino superior público em Educação Física. A condição sócio-econômica provoca determinações negativas (exigências do trabalho docente) e positivas (acesso à cultura, à música e à literatura) ao estilo de vida, e conseqüentemente à qualidade de vida.

A atividade docente é relacionada à função social, ao *status* profissional, ao ambiente acadêmico, e às condições de trabalho e é caracterizada como positiva à docência no ensino superior em Educação Física. A função social é relacionada ao retorno social fundamental da formação de futuros profissionais, entretanto, existe uma desvalorização institucional e docente, que vem gerando uma diminuição do *status* profissional. Constatou-se ainda, que a falta de incentivos das Instituições à qualificação e as relações de poder, são aspectos negativos na docência em Educação Física. Além disso, o ambiente acadêmico é negativo à docência no ensino superior em educação física, pois está relacionado à competitividade e ao individualismo próprio da produtividade a que vem sendo exposta a Universidade;

A promoção da saúde é relacionada ao conceito de saúde propriamente dito, aos fatores de risco à saúde, à percepção sobre a saúde individual, aos conhecimentos

em educação Física, às concessões em saúde, e às condições inerentes ao estresse. A percepção sobre a categoria saúde apresenta entendimentos positivo (fatores de risco, saúde individual boa e muito boa, nível de atividade física) e negativos (doenças crônico-degenerativas, estresse). Verificou-se ainda, que os conhecimentos sobre a categoria saúde são saberes correntes dos participantes, pois a maioria dos participantes conhece a literatura especializada, possibilitando avançar o conceito ao incluir os contextos políticos, históricos e econômicos em suas análises. Entretanto, existem contradições inerentes ao conceito de saúde, pois apesar da Educação Física ser legalmente vinculada à área da saúde, os profissionais em Educação Física ainda não incorporaram este conceito em sua vida pessoal contaminando inclusive, a própria a vida profissional, haja vista que as relações políticas e pedagógicas da área são consideradas doentes e que a fraqueza e a repetição superficial do discurso podem levar ao descrédito social da área. Os estados de estresse são negativos à busca por um estilo de vida saudável, principalmente no se refere às condições de saúde provocadas excesso de trabalho. Entretanto, existem aspectos que minoram estas condições, como o próprio entendimento do conceito de saúde e as características da atuação em Educação Física, principalmente a oportunidade de realizar as aulas práticas;

No que diz respeito à relação entre o estilo de vida e a qualidade de vida, conclui-se que o tema teoria e prática na promoção da saúde é percebido como uma contradição que afeta toda a área da Educação Física, pois denota fragilidade nas ações pouco fundamentadas teoricamente e pouco realizadas no cotidiano do seu agente promotor. Entretanto, foram constatadas possibilidades de superação deste estado de contradição, principalmente no que se refere ao controle de suas ações, à valorização do discurso, à valorização da consciência e da formação e ao redirecionamento do discurso.

Considerando o pressuposto da pesquisa, é possível afirmar que as características do estilo de vida e da qualidade de vida dos docentes investigados correspondem ao discurso sobre a promoção da saúde em Educação Física, pois estes buscam desenvolver hábitos e comportamento saudáveis em relação a diversos aspectos, como a atividade física, a nutrição, os relacionamentos sociais. Entretanto, as universidades públicas de ensino superior em Educação Física apresentam diversas características que causam prejuízos à saúde dos indivíduos, como a exploração pelo trabalho, o estado das estruturas física e material, e baixas

condições salariais. E ainda, que existem contradições próprias à relação entre o discurso e a realidade, contudo, elas têm sido minoradas, primeiro porque os sujeitos reconhecem esta contradição e buscam superá-las, e em segundo porque os conhecimentos que geram tais contradições são de uso corrente dos participantes possibilitando à aproximação entre a teoria (ideal) e a prática cotidiana (real).

Considerando as conclusões acerca dos objetivos da pesquisa, das questões de pesquisa, do avanço aos pressupostos iniciais deste estudo, e das limitações do estudo é possível sugerir, com base nas investigações realizadas na pesquisa e na percepção dos participantes, que:

- Os resultados da pesquisa sejam amplamente divulgados no ambiente acadêmico, propiciando deste modo, reflexões acerca dos principais problemas que configuram o ensino superior público em Educação Física, possibilitando inclusive avanços teóricos, práticos e políticos à realidade investigada;
- A pesquisa seja estendida às universidades privadas de ensino superior em Educação Física do estado de Santa Catarina, assim como suas congêneres, abrangendo deste modo, instituições, docentes e cursos com realidades diferentes da investigada;
- Os dados possam gerar instrumentos de investigações sobre estilo de vida adequado à realidade brasileira, disponível às investigações científicas que busquem avançar a temática da promoção da saúde.

## REFERÊNCIAS

### OBRAS CITADAS

ALMEIDA FILHO, N. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? **Revista Brasileira Epidemiologia**. Volume 3, n. 1-3, p. (4-20), 2000.

ALVES-MAZZOTTI, A. J. e GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: Pesquisa quantitativa e qualitativa. 2 ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

AMERICAN COLLEGE SPORTS OF MEDICINE. **Manual para teste de esforço e prescrição de exercício**. 4. ed. Rio de Janeiro: REVINTER, 1996.

ANDRADE, A. **Ocorrência e controle subjetivo do stress na percepção de bancários ativos e sedentários: A importância do sujeito na relação “atividade física e saúde”**. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, do Centro Tecnológico, da Universidade Federal de Santa Catarina. 2001.

ANDRADE, S. C. S. de M. **A influência das condições de trabalho na qualidade de vida do corpo docente de uma instituição de ensino superior: Um estudo de caso**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, do Centro Tecnológico, da Universidade Federal de Santa Catarina. 2002.

ANDREWS, S. O poder da consciência e empatia na conquista do bem estar e da saúde. I CONGRESSO DA ISMA – BR – INTERNATIONAL STRESS MANAGEMENT ASSOCIATION. III Fórum internacional de qualidade de vida no trabalho. Porto Alegre. 2001. **Anais**. Porto Alegre: ISMA – BR, 2001, p. 10-11.

ANTUNES, R. **Crise e Poder**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 1986.

AYRES, J. R. de C. M. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Revista Brasileira Epidemiologia**, v. 5, p. 28-42, 2002.

BAHIA, P. H. do N. **O estresse como indicador de qualidade de vida em professores do curso de fisioterapia**. 2002. 105f. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, do Centro Tecnológico, da Universidade Federal de Santa Catarina. 2002.

BAPTISTA, F. Exercício físico e prevenção da osteoporose - Que perspectivas? **Sociedade Portuguesa de Educação Física**. p. (9-22), 2001.

BARBANTI, V. **Dicionário de Educação Física e esportes**. 2 ed. São Paulo: Manole, 2003.

BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 3 ed. Florianópolis: EDUFSC, 1999.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2000.

BARQUERO, L. DEL R. e VILASECA, D. R.. Actividad física y calidad ósea. **Archivos de Medicina del Deporte**, v. XVIII, n. 83, p. 211-221, 2001.

BECKER, A. C.; CREMA, M. C. da S.; ERN, E.; DE LÁZARI, J. S.; SILVA, R. da. (et al.) **Estrutura e Funcionamento do Ensino Médio**. Florianópolis: UFSC/LED, 2002.

BLAIR, S. N. Actividad física, aptitud física y salud. **Actualización en Ciencias del Deporte Journal of Actualization on Sports Sciences**, v. 2, n.5, p. 13-25, 1994.

BLAIR, S. N., APPLGATE, W. B., DUNN, A. L., ETTINGER, W. H., HASKELL, W. L., KING, A. C., MORGAN, T. M., SHIH, J. H., SIMONS-MORTON, D. G. (et al). (The Activity Counseling Trial Research Group) Activity Counseling Trial: rationale, design, and methods. **Medicine Science Sports Exercise**, v. 30, n. 7, p. 1097-1106, 1998. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

BOBBIO, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de política**. Brasília: EDUNB, 2002.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação**: Uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto, 1994.

BORREGO, F. C. Repercusiones del ejercicio em la diabetes mellitus insulín-dependiente (DMID). **Archivos de Medicina del Deporte**, v. XV, n. 66, p. 313-319, 1998.

BRASIL. Lei de Diretrizes e Bases da Educação: Lei 4.024/61. Normatiza a educação em nível nacional. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, de 27 de dezembro de 1961 (a).

\_\_\_\_\_. Lei de Diretrizes e Bases da Educação: Lei 5.692/71. Normatiza a educação no Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, de 12 de agosto de 1971 (b).

\_\_\_\_\_. Lei de Diretrizes e Bases da Educação: Lei 9.394/96. **Diário Oficial da União**, Brasília, de 23 de dezembro de 1996 (c).

\_\_\_\_\_. Resolução 218/1997. Conselho Nacional de Saúde. Dispõe sobre as áreas da saúde. 1997 (d). Acessado em: 01/03/2004. Extraído de: [www.crefsc.org.gov.br](http://www.crefsc.org.gov.br).

\_\_\_\_\_. Lei 9.696/98. Dispõe sobre a regulamentação do Profissional em Educação Física. 1998 (e). Acessado em: 01/03/2004. Extraído de: [www.crefsc.org.br](http://www.crefsc.org.br).

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO – MTE. **Caminhos da análise de acidentes do trabalho**. 2003 (f). Acessado em: 01/04/2004. Extraído de: [www.mte.gov.br/Temas/SegSau/analise/TextoAcidentesTrabalho/Conteudo/AnaliseAcidentes.pdf](http://www.mte.gov.br/Temas/SegSau/analise/TextoAcidentesTrabalho/Conteudo/AnaliseAcidentes.pdf)

BRASIL. **Levantamento dos cursos de Educação Física no Brasil**. 2004. Acessado em: 01/03/2004. Extraído de: [www.mec.gov.br](http://www.mec.gov.br) (g).

\_\_\_\_\_. Resolução 7/CNE/CES. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física, em nível superior de graduação plena. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5, de abril de 2004 (h).

\_\_\_\_\_. **Anuário estatístico de saúde do Brasil**. 2004 (i). Acessado em: 01/03/2004. Extraído de: [//portal.saude.gov.br/saude/aplicacoes/anuario2001](http://portal.saude.gov.br/saude/aplicacoes/anuario2001).

BULLINGER, M.; HARPER, A. e POWER, M. (*et al.*). The World Health Organization WHOQOL-100: Tests of the Universality of Quality of Life in 15 Different Cultural Groups Worldwide (The World Health Organization Quality of Life Group). **American Psychological Association**, v. 18, n. 5, p. 495-505, 1999. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

BUNGE, M. **Ciência e desenvolvimento**. Belo Horizonte: Itatiaia, São Paulo: EDUSP, 1980.

BURKE, V.; BEILIN, L.; DUNBAR, D. (*et al.*) Paternal Blood Pressure, Obesity, and Lifestyle Predict Blood Pressure in 18-Year-Old Sons and Daughters. **Journal Clinic of Hypertension**, v. 2, n. 6, p. 379-386, 2000. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

CARVALHO, M. B. de. **O que é natureza**. São Paulo: Brasiliense, 1991.

CARVALHO, R. E. **A nova LDB e a educação especial**. Rio de Janeiro: WVA, 1997.

CELAFISCS (Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul). **Classificação do Nível de Atividade Física (IPAQ)**. Acessado em: 01/09/2004. Extraído de: [www.celafiscs.com.br](http://www.celafiscs.com.br)

CHAUÍ, M. A Universidade Hoje. **Revista Almanaque**. nº 11, 1998.

COLDITZ, G. A. Economic costs of obesity and inactivity. **Journal of the American College of Sports Medicine**, v. 31, n. 11, suplemento 1, p. 663, 1999. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA – CONFEF. Resolução 025/2000. Dispõe sobre o Código de Ética e Deontologia dos Profissionais em Educação Física. 2000 (a). Acessado em: 01/03/2004. Extraído de: [www.confef.org.br](http://www.confef.org.br).

\_\_\_\_\_. Resolução 046/2002. Dispõe sobre a Intervenção do Profissional de Educação Física. 2002 (b). Acessado em: 01/03/2004. Extraído de: [www.confef.org.br](http://www.confef.org.br).

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA – CONFEF. Resolução 056/2003. Dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais de Educação Física registrados no Sistema CONFEF/CREF 2003 (c). Acessado em: 01/06/2004. Extraído de: [www.confef.org.br](http://www.confef.org.br).

\_\_\_\_\_. **Levantamento dos cursos de Educação Física no Brasil**. 2004 (d). Acessado em: 30/01/2004. Extraído de: [www.confef.org.br](http://www.confef.org.br).

CONSELHO REGIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA – CREFSC. **Levantamento dos cursos de Educação Física de Santa Catarina**. 2004. Acessado em: 30/04/2004. Extraído de: [www.crefsc.org.br](http://www.crefsc.org.br).

COSTA, F. C.; CARVALHO, L. M.; ONOFRE, M. S.; DINIZ, J. A.; e PESTANA, C. (et al.). **Formação de professores em Educação Física: Concepções, investigação, prática**. Lisboa, Portugal: FMH, 1996.

COSTA, G. P. da. **Qualidade de vida no trabalho de docentes da universidade estadual do Maranhão: Depende do, da Instituição ou de nós?** Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração, do Centro Sócio-Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina. 2000.

CRAWFORD, R. You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. **International journal of health services**, Original articles on ideology and medicine, v. 7, n. 4, 1977. Acessado em: 19/09/2006. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

DARIDO, S. C. Apresentação e análise das principais abordagens da Educação Física escolar. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 20, n. 1, p.58-66, 1998.

DARREN, D.; CORBIN, C. B. e CUDDIHY, T. F. Can conceptual physical education promote physically active lifestyles? **Pediatric Exercise Science**, v. 10, p. 97-109, 1998.

DE BOURDEAUDHUIJ, I. e VAN OOST, P. A cluster-analytical approach toward physical activity and other health related behaviors. **Journal of the American College of Sports Medicine**, v. 31, n. 4, 1999, p. 605-612. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. São Paulo: Oboré, 1987.

DEL NEGRO, A. It's Time to Treat Obesity. **73rd Scientific Sessions of the American Heart Association**, p. 12-15, 2000. Acessado em: 30/08/2003. Extraído de: [www.medscape.com.br](http://www.medscape.com.br)

DEL PALACIO, A. e VILLA VICENTE, J. G. El ejercicio corporal como forma de mantenimiento físico y conservación de la salud: Una perspectiva histórica. **Archivos de Medicina del Deporte**, v. XIII, n. 51, p. 37-45, 1996.

DEMO, P. **A nova LDB: Ranços e avanços**. São Paulo: Papirus, 1997.

DENZIN N. K. **The research act: A theoretical introduction to sociological methods.** New York, USA: McGraw-Hill, 1978.

DUNN AL, ANDERSEN RE, JAKICIC JM. Lifestyle physical activity interventions history, short- and long-term effects, and recommendations. **American Journal Preventive Medicine.** V. 15, p. 398-412, 1998. Acessado em: 30/08/2003. Extraído de: [www.medscape.com.br](http://www.medscape.com.br)

FARIAS, J. C. Reprodutibilidade de um questionário para o levantamento de informações sobre comportamento relacionados à saúde em adolescentes. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 10, n. 3, p. 43-48, 2002.

FARIA JÚNIOR, A. G. E FARINATTI, P. DE. (org.) (*et al.*). **Pesquisa e produção do conhecimento em Educação Física.** Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico, 1992.

FARQUHAR, M. Definitions of quality of life: a taxonomy. **Journal of Advanced Nursing**, v. 22, p. 502-508, 1995. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

FAZENDA, I. A pesquisa no cotidiano escolar. **Metodologia da pesquisa educacional.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

FERNANDES, R. Ofício de professor: O fim e o começo dos paradigmas. *In*: SOUSA, C. P. & CATANI, D. B. (org.). **Práticas educativas, culturas escolares, profissão docente.** São Paulo: Escrituras, 1998.

FLECK, M. P. A.; LEAL, O. F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, E. L. e PIZON, V. (*et al.*). **Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL-100).** 1999. Acessado em: 03/09/2003. Extraído de: [www.hcpa.ufrgs.br/psiq](http://www.hcpa.ufrgs.br/psiq)

FOLSOM, A. R.; ARNETT, D. K.; e HUTCHINSON, R. G. (*et al.*). Physical activity and incidence of coronary heart disease in middle-aged women and men. **Epidemiology**, v. 29, n. 7, p. 901-909, 1997. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

FORATTINI, O. P. **Ecologia, epidemiologia e sociedade.** São Paulo: Artes Médicas, 1992a.

\_\_\_\_\_. A saúde pública no século XX. **Revista Saúde Pública**, p. (211-213), 2000b.

FOX, E. L.; BOWERS, R. W. e FOSS, M. L. (*et al.*) **Bases fisiológicas da Educação Física e dos desportos.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

FRANCO, M. L. P. B. **O estudo de caso no falso conflito que se estabelece entre a análise quantitativa e a análise qualitativa.** São Paulo: PUC, 1986.

FRIEDMAN, H. S., e BOOTH-KEWLEY, S. (1987). Personality, Type A Behavior, and Coronary Heart Disease: The Role of Emotional Expression. **Journal of Personality**

& **Social Psychology**, v. 53, n. 4, p. 783-792, 1987. Acessado em: 31/08/2005. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br).

FRIEDMAN, H. S., HALL, J. A., e HARRIS, M. J. (1985). Type A behavior, nonverbal expressive style, and health. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 48, p. 1299–1315. Acessado em: 31/08/2005. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br).

GARCÍA, F. G.; SÁNCHEZ, J. J. C. e GARCIA, M. A. G. (et al.). Calidad de vida, salud y ejercicio físico: una aproximación al tema desde una perspectiva psicosocial. **Revista de Psicología del Deporte**, v. 12, p. 91-107, 1997.

GILL, T. M. e FEINSTEIN, A. R.. A Critical Appraisal of the Quality Of Quality-of-Life Measurements. **Journal American Medical Association – JAMA**, v. 272, n. 8, p. 619-626, 1994. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

GONÇALVES, A.; **Saúde coletiva e urgência em Educação Física**. São Paulo: Papirus, 1994.

GRAWITZ, M. **Metodos e tecnicas de las ciencias sociales**. Barcelona: Editorial Hispano Europa, 1975.

GREEN, L. W. e ANDERSON, C. L. **Community health**. St. Louis-USA: Times Mirror/Mosby College Publishing, 1986.

GUIRALDELLI JÚNIOR, P. **Educação Física progressista: A pedagogia crítico-social dos conteúdos e a Educação Física brasileira**. São Paulo: Loyola, 1991.

GUYTON, A. **Tratado de fisiologia médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992.

HACKAM, D. G. e ANAND, S. S. Emerging Risk Factors for Atherosclerotic Vascular Disease: A Critical Review of the Evidence. **Journal American Medical Association – JAMA**, v. 290, n. 7, p. 932–940, 2003. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

HARPER A. e POWER M. (THE WHOQOL GROUP). Development of the World Health Organization WHOQOL - BREF Quality of Life Assessment. **Psychological Medicine**, v. 28, n. 3, p. 551-558, 1998. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

HERNÁNDEZ, C. E. H.; FERRER, E. H.; MATOS, L.G. e BALÓN, G. N. (et al.) Efecto del entrenamiento físico sistemático sobre el HDLC. **Archivos de Medicina del Deporte**, v. XVII, n. 75, p. 21-24, 2000.

HITT, E.. Lifestyle Changes May Prevent or Reverse Prostate Cancer. **Medscape Medical News 2003**. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

HORTA, L. e BARATA, T. Actividade física e prevenção primária das doenças cardiovasculares. **Ludens**, v. 15, n. 3, p. 24-28, 1995.

IANNI, O. O professor como intelectual: Cultura e dependência. *In*: CATANI, D. B. (org.) (*et al.*). **Universidade, escola e formação de professores**. São Paulo: Brasiliense, 1986.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico – 2000**. 2004. Acessado em: 01/03/2004. Extraído de: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)

KAWACHI, I.; KENNEDY, B. P. e GLASS, R. Social Capital and Self-Rated Health: A Contextual Analysis. **American Public Health Association**, v. 89, p. 8, p 1187-1193, 1999. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

KRAUSS, R. M. e WINSTON, M.. Obesity: Impact on Cardiovascular Disease. **American Heart Association**, v. 98, n. 14, p. 1472-1476, 1998. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

KUJALA, U. M.; KAPRIO, J. e KOSKENVUO, M. (*et al.*) Modifiable Risk Factors as Predictors of All-Cause Mortality: The Roles of Genetics and Childhood Environment. **Journal American of Epidemiology**, v. 156, n. 11, p. 985-993, 2002. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

LAVILLE, C. & DIONE, J. **A construção do saber**: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artes Médicas; Belo Horizonte: EUFMG, 1999.

LEAVELL, H. R. e CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw Hill do Brasil, 1978.

LEE, C. Attitudes, Knowledge, and Stages of Change: A Survey of Exercise Patterns in Older Australian Women. **Health Psychology**. Volume 12(6), November 1993, p. 476–480. Acessado em: 30/05/2004. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

LENHARD, M. J. Perspectives on Obesity. Annual Scientific Meeting. **North American Association for the Study of Obesity**. 1999. Acessado em: 30/08/2003. Extraído de: [www.medscape.com.br](http://www.medscape.com.br)

LIDA, I. **Ergonomia**: Projeto e Produções. São Paulo : Edgar Blücher, 1992.

LE MOS, J. C. **Cargas psíquicas no trabalho e processos de saúde em professores universitários**. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, do Centro Tecnológico, da Universidade Federal de Santa Catarina. 2005.

LIMA, M. G. de. **Qualidade de vida no trabalho de: Um estudo quantitativo e qualitativo na universidade do oeste de Santa Catarina – Campus Chapecó**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração, do Centro Sócio-Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina. 2001.

MARROU, H. I. **História da educação na antigüidade**. São Paulo: EPU, 1975.

MARTINS, M. de O. **Estudo dos fatores determinantes da prática de atividades físicas de professores universitários**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física, do Centro de Desportos, da Universidade Federal de Santa Catarina. 2000.

MASTERS, K. S.; LACAILLE, R. A. e SHEARER, D. S. The Acute Affective Response of Type A Behaviour Pattern Individuals to Competitive and Noncompetitive Exercise. **Canadian Journal of Behavioral Science**, v. 35, n. 1, p. 25–34, 2003. Acessado em: 30/05/2004. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

MATSUDO, S.; ARAÚJO, T.; MATSUDO, V.; ANDRADE, D.; ANDRADE, E.; OLIVEIRA, L. C. e BRAGGION, G.. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): Estudo de validade e reprodutividade no Brasil. **Revista Brasileira Atividade Física & Saúde**, v. 6, n. 2, p. 5-18, 2001.

MAZO, G. Z. **Atividade física e qualidade de vida de mulheres idosas**. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Ciências do Desporto, da Faculdade de Ciências do Desporto e da Educação Física, da Universidade do Porto. 2003.

MCAULEY, K. A; WILLIAMS, S. M. e MANN, J. I. (*et al.*) Intensive Lifestyle Changes Are Necessary to Improve Insulin Sensitivity: A Randomized Controlled Trial. **American Diabetes Association**, v. 25, n. 3, p. 445-452, 2002. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

MCTIERNAN, A. Physical Activity and the Prevention of Breast Cancer. **Medscape Women's Health**, v. 5, n. 5, 2000. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.medscape.com](http://www.medscape.com).

MEEBERG G. A. Quality of life: a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing – JAN**, v. 18, p. 32-38, 1993. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

MINAYO, M. C.de S.. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1992.

MINAYO, M. C.de S. e SANCHES, O.. Quantitativo-qualitativo: Oposição ou complementaridade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MONTEIRO, O. O. A. (*et al.*). Diagnóstico de sobrepeso em adolescentes: Estudo do desempenho de diferentes critérios para índice de massa corporal. **Revista de Saúde Pública**, v.5, n. 34, p.506-513, 2000.

MONTEIRO, H. L. e GONÇALVES, H. L. Salud colectiva y actividade física: Evolucion de las Principales concepciones y practicas. **Revista Ciências de la Actividad Física**, v. 2, n. 3, p. 33-45, 1994.

MONTMOLLIN, M. **A ergonomia**. Lisboa: instituto Piaget, 1990.

MORAES, A. e MONT'ALVÃO, C. **Ergonomia**: Conceitos e aplicações. 2 ed. Rio de Janeiro : 2AB, 2000.

MOREIRA, A. F. B.. A formação de professores na universidade e a qualidade da escola fundamental. *In*: MOREIRA, A. F. B. (org.). **O conhecimento educacional e formação do professor**. Campinas: Papirus, 1994.

MYERS, J.; ATWOOD, J. E. e FROELICHER, V. (*et al.*). Active Lifestyle and Diabetes. **American Heart Association**, v. 107, n. 19, p. 2392-2394, 2003. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

NAHAS, M. V.; BARROS, M. G. de. e FRANCALACCI, V. (*et al.*). O pentágulo do bem estar – Base conceitual para avaliação do estilo de vida em indivíduos ou grupos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 5, n.2, p. 48-59, 2000.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**: Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 2 ed. Londrina: Midiograf, 2001.

NEGRINE, A. Instrumentos de coleta de informações na pesquisa qualitativa. *In*: TRIVIÑOS, A. N. S.; MOLINA NETO, VICENTE. (orgs.). **A pesquisa qualitativa na Educação Física**: Alternativas metodológicas. Porto Alegre: UFRGS/SULINA, 1999. p. 61-94.

OLIVEIRA, A. A. B. Metodologias emergentes no ensino da Educação Física. **Revista da Educação Física/UEM**, p. 21-27, 1997.

OLIVEIRA, E. A.; OLIVEIRA, W.B.; VILLAVERDE, R. R. e GUTIERREZ, C. V. (*et al.*). Salud y Estilo de Vida: Una revisión. **Archivos de Medicina del Deporte**, v. XVIII, n. 84, p. 315-321, 2001.

OLIVEIRA, V. M. de. **O que é Educação Física**. São Paulo: Brasiliense, 1991.

OSTER, G.; THOMPSON, D.; EDELSBERG, J.; BIRD A. P. e COLDITZ, G. A. (*et al.*). Lifetime Health and Economic Benefits of Weight Loss Among Obese Persons. **American Journal Public Health**, v. 89, n. 10, p. 1536-1542, 1999. Acessado em: 30/08/2003. Extraído de: [www.medscape.com.br](http://www.medscape.com.br)

OUTHWAITE, W e BOTTOMORE, W.. **Dicionário do pensamento social do século XX**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

PADEZ, C. Actividade física, obesidade e saúde: Uma perspectiva evolutiva. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 11-20, 2002.

PAFFENBARGER, R. S. Exercise Protects Against Death from Cardiac Disease. **American Heart Association's 70th Annual Scientific Sessions**. Acessado em: 30/08/2003. Extraído de: [www.medscape.com.br](http://www.medscape.com.br)

PAGANI, P. A. A contribuição da epidemiologia da atividade física para a área da Educação Física. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, p. 161-166, 1996.

PARDINI, R.; MATSUDO, S.; ARAÚJO, T.; MATSUDO, V.; ANDRADE, E.; BRAGGION, G.; ANDRADE, D.; OLIVEIRA, L.; FIGUEIRA JÚNIOR, A. e RASO, V..

Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ – versão 6): Estudo piloto em adultos jovens brasileiros. **Revista Brasileira Ciência e Movimento**, v. 9, n.3, p. 45-51, 2001.

PATE, R. R.; PRATT, M.L; BLAIR, S. N. (*et al.*). Physical Activity and Public Health: A Recommendation From the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. **Journal American Medical Association – JAMA**, v. 273, n. 5, p 402-407, 1995. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

PEEKE, M. P. e WOMBLE, G. L.. Lifestyle and Behavior Modification in the Management of Obesity. **Journal of Advanced Nursing**, 2001. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

PEDERSEN, S. S. e DENOLLET, J..Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. **European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation**, v. 10, n. 4, p. 241-248, 2003. Acessado em: 25/08/2005. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

PEREIRA, L. **Esportes**. Rio de Janeiro: Bloch, 1980.

PESCATELLO, L. S. Exercising for Health: The Merits of Lifestyle Physical Activity. **West Journal Medical**, v. 174,n 2, p. 114-118, 2001. Acessado em: 30/08/2003. Extraído de: [www.medscape.com.br](http://www.medscape.com.br)

PETROSKY, H. C. **Qualidade de vida no trabalho e suas relações com estresse, nível de atividade física e risco coronário de professores universitários**. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, do Centro Tecnológico, da Universidade Federal de Santa Catarina. 2005.

PIRES, G. de L e MATIELLO JÚNIOR, A. Alguns olhares sobre aplicações do conceito de qualidade de vida em Educação Física/ciências do esporte. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, p. 53-57, 1998.

PITANGA, F. J.G. Epidemiologia, atividade física e saúde. **Revista Brasileira Ciência e Movimento**, v. 10, n. 3, p. 49-54, 2002.

POLLOCK, M. L. e WILMORE, J. H. **Exercício na saúde e na doença: Avaliação e prescrição para prevenção e reabilitação**. 2 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1993.

RAM, F. S. F.; ROBINSON, S. M. e BLACK, P. N. (*et al.*). Physical training for asthma Cochrane Review. **The Cochrane Library**, v. 4, 2001. Acessado em: 30/08/2003. Extraído de: [www.medscape.com.br](http://www.medscape.com.br)

RAUEN, F. J. **Roteiros de investigação científica**. Tubarão: EdUnisul, 2002.

REIS, R. S. **Comportamentos de risco à saúde e percepção de estresse em professores universitários no sul do Brasil**. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, do Centro Tecnológico, da Universidade Federal de Santa Catarina. 2005.

- RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: Métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1985.
- RODRIGUES, M. V. C.. **Qualidade de vida no trabalho**. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
- ROSEMBERG, J. **Tabagismo: Sério problema de saúde pública**. São Paulo: EDUSP, 1981.
- SALLIS, J. F. e OWEN, N. **Physical activity and behavioral medicine**. Thousands Oaks: Sage Publications, 1999.
- SANCHO, M.T.A. e MATEO, R. J. N.. Lípidios y ejercicio físico. **Archivos de Medicina del Deporte**, v. XIX, n. 90, p. 317-329, 2002.
- SEEMAN, E. The Role of Exercise in Osteoporosis Prevention. **World Congress on Osteoporosis 2000**, 2000. Acessado em: 30/08/2003. Extraído de: [www.medscape.com.br](http://www.medscape.com.br)
- SHARKEY, B. J. **Condicionamento Físico e Saúde**. São Paulo: Manole, 1998.
- SCHUCH, C. **Qualidade de vida no trabalho de: A percepção dos professores da universidade do Planalto Catarinense**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração, do Centro Sócio-Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina. 2001.
- SILVA, P. P. Descrição metodológica do uso de aparelhos de musculação para pessoas portadoras de deficiência física: Poliomielite e AVC. In: **Educação Física e a pessoa portadora de deficiências: contribuição à produção do conhecimento**. Uberlândia: 1995.
- SILVA, M. A. L. da. **Qualidade de vida no trabalho, estresse e saúde mental dos professores universitários: Um estudo comparativo entre instituições públicas e privadas em belo horizonte**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, do Centro Tecnológico, da Universidade Federal de Santa Catarina. 2002.
- SINGER, P. Diploma, profissão e estrutura social. In: CATANI, D. B. (org.) (*et al.*). **Universidade, escola e formação de professores**. São Paulo: Brasiliense, 1986 (a).
- \_\_\_\_\_. **Poder, política e educação**. Revista Brasileira de Educação, n.1, p. 5-15, 1994 (b).
- SOUZA, S. de. **Qualidade de vida de professores universitários em fase de mestrado**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, do Centro Tecnológico, da Universidade Federal de Santa Catarina. 2001.

TAFFAREL, C. Z. Formação profissional inicial e continuada e produção de conhecimento científicos na área de Educação Física e esportes no nordeste do Brasil: Um estudo a partir da UFPE. In: **Anais do X Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte**. Goiás: [s.e], 1997. vol II.

TAMAYO, A.; BORGES-ANDRADE, J. E. e CODO, W. **Trabalho, organizações e cultura**. São Paulo: Cooperativa de Autores Associados, 1997.

THOMPSON, P. D.; BUCHNER, D. e PIÑA, I. L. (*et al.*). Exercise and Physical Activity in the Prevention and Treatment of Atherosclerotic Cardiovascular Disease: A Statement From the Council on Clinical Cardiology and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. **American Heart Association**, v. 107, n. 24, p. 3109-3116, 2003. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

TRIVIÑOS, A. N. da S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TRIVIÑOS, A. N. S.; MOLINA NETO, VICENTE. (orgs.). **A pesquisa qualitativa na Educação Física: Alternativas metodológicas**. Porto Alegre: UFRGS/SULINA, 1999.

TUBINO, M. J. G. **Esporte e cultura física**. São Paulo: IBRASA, 1992.

VALLA, V. V. e STOTZ, E. N. **Educação, saúde e cidadania**. Petrópolis, Vozes, 1994.

VUORI, I. M. Dose-response of physical activity and low back pain, osteoarthritis, and osteoporosis. **Journal of the American College of Sports Medicine**, v. 33, n. 6, suplemento, p. S551-S586, 2001. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

WANDERLEY, L. .E. W.. Compromissos filosóficos e políticos do docente. In: D'ANTOLA, A.. **A prática docente na universidade**. São Paulo: EPU, 1992.

WEBER, M. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. 4 ed. São Paulo: Livraria Pioneira, 1985.

WEINECK, B.. **Biologia do esporte**. São Paulo: Manole, 1991.

WING, R. R. e TATE, D. F.. Lifestyle changes to reduce obesity. **Current Opinion in Endocrinology and Diabets**, v. 7, n. 5, p. 240-246, 2000. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

WING, R. R.; GOLDSTEIN, M. G.; ACTON, K. J. e BIRCH, L. L. (*et al.*). Behavioral Science Research in Diabetes: Lifestyle changes related to obesity, eating behavior, and physical activity. **American Diabetes Association**, v. 24, n. 1, p. 117-123, 2001. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

ZANELLI, J. C. Um procedimento informatizado de entrevistas recorrentes para identificação e análise de problemas organizacionais e sociais. In: **Anais do 16º**

**Encontro Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração – Recursos Humanos**. V. 8, p.66-80, 1992. Canela, Rio Grande do Sul.

\_\_\_\_\_. Pesquisa qualitativa em estudos da gestão de pessoas. **Revista Estudos de Psicologia**, v. 7, número especial, p. 79-88, 2002. Acessado em: 01/06/2004. Extraído de: [www.scielo.br/scielo.php/Ing\\_en](http://www.scielo.br/scielo.php/Ing_en)

**OBRAS CONSULTADAS**

AL-KHALILI, F; SVANE, B; WAMALA, S. P.; ORTH-GOMÍR, K; RYDÍN, L; SCHENCK-GUSTAFSSON, K. (*et al.*). Clinical Importance of Risk Factors and Exercise Testing for Prediction of Significant Coronary Artery Stenosis in Women Recovering From Unstable Coronary Artery Disease: The Stockholm Female Coronary Risk Study. **American Heart Journal**, v. 139, n. 6, p. 971-978, 2000. Acessado em: 30/08/2003. Extraído de: [www.medscape.com](http://www.medscape.com). 30/08/2003.

ALVAREZ, J. L. H. La formacion del profesorado del educación física: Nuevos interrogantes, nuevos retos. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 22, n. 3, p. 39-52, 2001.

ANDERSEN, R. E. Exercise, an active lifestyle, and obesity. **The Phisician and Sportsmedicine**, v. 27, n. 10, p. 41-50, 1999.

ANDERSEN, R. E.; BLAIR, S. N.; CHESKIN, L. J. (*et al.*). Encouraging Patients To Become More Physically Active: The Physician's Role. **American College of Physicians Annals of Internal Medicine**, v. 127, n. 5, p. 395-400, 1997. Acessado em: 01/09/2003. Acessado em: 30/08/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

ANDERSON, K. L.; BURCKHARDT, C. S. Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research. **Journal of Advanced Nursing – JAN**, v. 29, n. 2, p. 298, 1999. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

ANDREW D. M. Secondary Prevention - What is Known? American Heart Association 71st Scientific Sessions. **Medscape**. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

ARAVENA, C. O. Educacion física: Disciplina academica o profesion. **Revista: Ciências de la Actividade Física**, v. 1, n.1, p. 83-96, 1993.

ARONNE, L. J. Treating Obesity: A New Target for Prevention of Coronary Heart Disease. **Program Cardiovasculars Nurses**, v. 16, n. 3, p. 98-106, 2001. Acessado em: 30/08/2003. Extraído de: [www.medscape.com.br](http://www.medscape.com.br)

ARROBA, J. E JAMES, K. **Pressão no trabalho**. São Paulo: McGraw-Hill, 1988.

BALASUBRAMANYAM, A. The Physiology and Biochemistry of Exercise: Implications for Diabetes. **60th Scientific Sessions of the American Diabetes Association**, 2000. Acessado em: 30/08/2003. Extraído de: [www.medscape.com.br](http://www.medscape.com.br)

BESSLER, M. Multidisciplinary Management of Obesity. 85th Clinical Congress of the American College of Surgeons. **Medscape**. Acessado em: 30/08/2003. Extraído de: [www.medscape.com.br](http://www.medscape.com.br)

BLAIR, S. N.; HORTON, E.; LEON, A. S. (*et al.*). Physical activity, nutrition, and chronic disease. **Epidemiology: Review**, v. 28, n. 3, p. 335-349, 1996. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

BLAIR, S.N. Physical activity, nutrition, and chronic disease. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 28, n. 3, p. 335-349, 1996.

BOUCHARD, C.; Physical activity and health: introduction to the dose-response symposium. **Journal of the American College of Sports Medicine**, v. 33, n. 6, suplemento, p. S347-S350, 2001. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

BRACHT, V. **A Educação Física e a aprendizagem social**. Porto Alegre: Magister Ltda, 1992.

BRASIL. Constituição do. Brasília: Senado Federal, **Centro Gráfico**, 1988.

BRESLOW, L.. From Disease Prevention to Health Promotion. **Journal American Medical Association – JAMA**, v. 281, n. 11, p. 1030-1033, 1999. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

BRUYNE, P. (*et al.*). **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: Os pólos da prática metodológica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

CASTELLANI FILHO, L. **Educação Física no Brasil: A história que não se conta**. 3. ed. Campinas: Papirus, 1991.

CAULIN-GLASER, T. Primary Prevention of Hypertension in Women. **J Clin Hypertens**, v. 2, n. 3, p. 204-214, 2000. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence of Healthy Lifestyle Characteristics - Michigan, 1998 and 2000. **Centers for Disease Control and Prevention (CDC)**, v. 50, n. 35, p. 758-761, 2001. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence of Physical Activity, Including Lifestyle Activities Among Adults - United States, 2000 – 2001. **Centers for Disease Control and Prevention (CDC)**, v. 52, n. 32, p. 764-769, 2003. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

COCCOZ, M. Ejercicio en situaciones especiales/ Factores de riesgo cardiocoronario y actividade física. **Actualizacion en Ciências del Deporte**, v. 1, n. 1, p. 13-18, 1993.

Consenso Desenvolvimento Painel in Physical Activity and Cardiovascular Health. Physical activity and Cardiovascular Health. **Journal American Medical Association – JAMA**, v. 276, n. 3, p. 241-246, 1996. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

COOPER, R.; CUTLER, J.; DESVIGNE-NICKENS, P. (*et al.*). Trends and Disparities in Coronary Heart Disease, Stroke, and Other Cardiovascular Diseases in the United States: Findings of the National Conference on Cardiovascular Disease Prevention. **American Heart Association**, v. 102, n. 25, p. 3137-3147, 2000. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

COSTA, M. V.. Trabalho docente e profissionalismo: Poder, saber e suas tramas. *In*: MORAES, V. R. P.. **Melhoria do ensino e capacitação docente**. Porto Alegre: EDUEFRGS, (s.d.).

CUNHA, L. A. Ensino superior e universidade no Brasil. *In*: LOPES, E. M. T.; FARIA FILHO, L. M.; VEIGA, C. G.. **500 anos de educação no Brasil**. 2 ed. Belo Horizonte: Autentica, 2000.

CHIMONAS, E. T. The Treatment of Coronary Heart Disease. Mortality Trends and Main Causes of Death in the Greek Population. **Current Medical Research and Opinion**, v. 17, n. 1, p. 27-33, 2001. Acessado em: 30/08/2003. Extraído de: [www.medscape.com.br](http://www.medscape.com.br)

DAWSEY, J. C. Coisa de macunaíma: cultura e dialética da qualidade de vida. **Qualidade de vida: Complexidade e Educação**, p. 27-44, 2001.

DE JONG, N.; CHIN PAW, M. J. M. A.; DE GROOT, L. C. P. G. M. (*et al.*). Dietary Supplements and Physical Exercise Affecting Bone and Body Composition in Frail Elderly Persons. **American Public Health Association**, v. 90, n. 6, p. 947-954, 2000. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

DE TOMASI, L.; WARDE, M. J. e HADDAD, S. (org.). **O banco mundial e as políticas educacionais**. São Paulo: Cortez, 1998.

DEEDWANIA, P. Hypertension. **ACC Scientific Session 2000**, 2000. Acessado em: 30/08/2003. Extraído de: [www.medscape.com.br](http://www.medscape.com.br)

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.

DESHAIES, B. **Metodologia da investigação em ciências humanas**. Lisboa: Instituto Piaget, 1992.

DESLANDES, S. F. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

DUGGAN, C. H.; DIJKERS, M., **Quality of Life After Spinal Cord Injury: A Qualitative Study**. **American Psychological Association – Rehabilitation Psychology**, v. 46, n. 1, p. 3–27, 2001. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

EAKIN, E. G.; GLASGOW, R. E.; RILEY, K. M. (*et al.*). Review of Primary Care-Based Physical Activity Intervention Studies: Effectiveness and Implications for

Practice and Future Research. **Appleton & Lange**, v. 49, n. 2, p. 158-168, 2000. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

FELDMAN, D. E.; BARNETT, T.; SHRIER, I. (*et al.*). Is Physical Activity Differentially Associated With Different Types of Sedentary Pursuits? **Journal American Medical Association – JAMA**, v. 157, n. 8, p. 797–802, 2003. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

FERRER, R. E. Efectos inmediatos y a largo plazo de la educación física cotidiana. **Archivos de Medicina del Deporte**, v. XVI, n. 72, p. 349-354, 1999.

FERRUCCI, L.; IZMIRLIAN, G.; LEVEILLE, S. (*et al.*). Smoking, Physical Activity, and Active Life Expectancy. **The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health**, v. 149, n. 7, p. 645-653, 1999. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

FONSECA, M. O banco mundial como referência para a justiça social no terceiro mundo: Evidências do caso brasileiro. **Revista da Faculdade de Educação de São Paulo**, v. 24, n. 1, p.37-69, 1998.

FONTAINE, K.R.; CHESKIN, L. J.; BAROFSKY, I. (*et al.*). Health-Related Quality of Life in Obese Persons Seeking Treatment. **Journal Fam Pract**, v. 3, n. 43, p. 265-270, 1996. Acessado em: 30/08/2003. Extraído de: [www.medscape.com.br](http://www.medscape.com.br)

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: 1992.

GILES, T. R. A fundação das universidades. *In*: **História da educação**. São Paulo: EPU, 1987.

GLADIS, M. M.; GOSCH, E. A.; DISHUK, N. M. (*et al.*). Quality of Life: Expanding the Scope of Clinical Significance. **Journal of Consulting and Clinical Psychology - American Psychological Association**, v. 67, n. 3, p. 320–331, 1999. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

GOFFMAN, E. **Estigma**: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

GOLLEMAN, D. **Inteligência emocional**. 63. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 1995.

GORENDER, J. O nascimento do materialismo histórico. *In* : Marx, K.. **A ideologia alemã**. Tradução Luiz Cláudio de Castro e Costa. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

GRILLO, A. N. Carreira: Elo de ligação de professores, pesquisadores, técnicos e administradores à universidade. *In*: GRILLO, A. N. **Desenvolvimento de pessoal nas universidades: Em busca da qualidade do ensino superior**. Florianópolis: Insular, 1996.

GUEDES, D. P. e GUEDES, J. E. R. P.. **Controle de peso corporal**: Composição corporal, atividade física e nutrição. Londrina: Midiograf, 1998.

HAAN, C. K. What Can Be Done to Prevent Coronary Heart Disease in Women? **Medscape Women's Health**, v. 1, n. 12, 1996. Acessado em: 30/08/2003. Extraído de: [www.medscape.com.br](http://www.medscape.com.br)

HAN, T.S.; TIJHUIS, M.A.R.; LEAN, M.E.J. (*et al.*). Quality of Life in Relation to Overweight and Body Fat Distribution. **American Public Health Association**, v. 88, n. 12, p. 1814-1820, 1998. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

HAVEMAN-NIES, A.; DE GROOT, L. C.P.G.M.; VAN STAVEREN, WIJA A. (*et al.*). Relation of Dietary Quality, Physical Activity, and Smoking Habits to 10-Year Changes in Health Status in Older Europeans in the SENECA Study. **American Public Health Association**, v. 93, n. 2, p. 318-323, 2003. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

HILDEBRANDT, R.; LAGING, R. **Concepções abertas no ensino da Educação Física**. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico, 1986.

JONES, K. D.; JONES, J. M. Physical Activity and Exercise. Promotion in Primary Care Practice. **Clinician Reviews**, v. 7, n. 3, p. 81-83, 86-88, 93-94, 97-98, 101-102, 104, 1997. Acessado em: 30/08/2003. Extraído de: [www.medscape.com.br](http://www.medscape.com.br)

KETEVIAN, S. J.; BRAWNER, C. A.; SCHAIRER, J. R.; LEVINE, B.; LEVINE, A. B.; ROGERS, F. J.; GOLDSTEIN, S. (*et al.*). Effects of Exercise Training on Chronotropic Incompetence in Patients With Heart Failure. **American Heart Journal**, v. 138, n. 2, p. 233-240, 1999. Acessado em: 30/08/2003. Extraído de: [www.medscape.com.br](http://www.medscape.com.br)

KING, A. C. Physical Activity as a Contributor to Heart Disease in Women. **First International Conference on Women, Heart Disease and Stroke held**, 2000. Acessado em: 30/08/2003. Extraído de: [www.medscape.com.br](http://www.medscape.com.br)

KÖCHE, J. C. **Fundamentos de metodologia científica**: Teoria da ciência e prática da pesquisa. 14 ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

KOVALSKI, N. Resistance Training Vs Aerobic Exercise for Weight Loss. **Medscape**. Acessado em: 30/08/2003. Extraído de: [www.medscape.com.br](http://www.medscape.com.br)

KRAHENBUHL, G. S. Higher education in the 21st century: The role of kinesiology and physical education. **Quest**, v. 50, p. 108-115, 1998.

KRUG, D. H. K. Uma proposta metodológica para o ensino da Educação Física. **Revista da Associação dos Professores de Educação Física de Londrina**, v. 12, n. 1, p. 80-92. 1997.

LAKATOS, E.M. & MARCONI, M. De A. **Fundamentos de metodologia científica**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LEAN, M. E. J.; HAN, T. S.; SEIDELL, J. C. (*et al.*). Impairment of Health and Quality of Life Using New US Federal Guidelines for the Identification of Obesity. **Journal**

**American Medical Association – JAMA**, v. 159, n. 8, p. 837-843, 1999. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

LOGUE, E.; SUTTON, K.; JARJOURA, D.; SMUCKER, W. (*et al.*). Obesity Management in Primary Care: Assessment of Readiness to Change Among 284 Family Practice Patients. **Journal American Board Family Practice**, v. 13, n. 3, p. 164-171, 2000. Acessado em: 30/08/2003. Extraído de: [www.medscape.com.br](http://www.medscape.com.br)

LOZADA, B. B. Rehabilitación cardíaca por el ejercicio físico. **Archivos de Medicina del Deporte**, v. XVI, n. 71, p. 243-249, 1999.

LUDKE, M. & ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: Abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LUCKESI, C. C.; BARRETO, E.; COSMA, J.; BAPTISTA, N. **Fazer universidade: Uma proposta metodológica**. 10 ed. São Paulo: Cortez, 1998.

LYONS, P.; MILLER, W. C. Effective health promotion and clinical care for large people. **Journal of the American College of Sports Medicine**, v. 31, n. 8, p. 1141-1146, 1999. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

McARDLE, W.D. *et al.* **Fisiologia do Exercício: Energia, Nutrição e Desempenho Humano**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1999

MCKINLAY, J. B.; MARCEAU, L. D. To Boldly Go. **American Public Health Association**, v. 90, n. 1, p. 25-33, 2000. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

MCTIERNAN, A.; ULRICH, C. M.; YANCEY, D. (*et al.*). The Physical Activity for Total Health (PATH) Study: rationale and design. **Journal of the American College of Sports Medicine**, v. 31, n. 9, p. 1307-1312, 1999. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

MEDSCAPE MEDICAL NEWS. Smoking, Exercise and Other Lifestyle Habits Can Affect Blood Clotting. **Medscape**, 2000. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

MEDSCAPE MEDICAL NEWS. Type 2 Diabetes Can Be Prevented With Lifestyle Change. **Medscape**, 2000. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

MELISSAS, M.; CHRISTODOULAKIS, M.; SPYRIDAKIS, M.; SCHORETSANITIS, G.; MICHALOUDIS, D.; PAPAVALIOU, E.; TSIFTSIS, D. Disorders Associated With Clinically Severe Obesity: Significant Improvement After Surgical Weight Reduction. **Southern Medical Association**, v. 91, n. 12, p. 1143-1148, 1998. Acessado em: 30/08/2003. Extraído de: [www.medscape.com.br](http://www.medscape.com.br)

MELVILLE, S. Are overweight physical educators at a disadvantage in the labor market? A random survey of hiring personnel. **The Physical Educator Early Winter**, v. 54, n. 4, p. 216-224, 1997.

MOREIRA, W. W. e SIMÕES, R. **Esporte como fator de qualidade de vida**. Piracicaba: EDUNIMEP, 2002.

NATIONAL TASK FORCE ON THE PREVENTION AND TREATMENT OF OBESITY. OVERWEIGHT, OBESITY, AND HEALTH RISK. **Journal American Medical Association - JAMA**, v. 160, n. 7, p. 898-904, 2000. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

NEW, S. A. Lifestyle. **Ob/Gyn & Women's Health - Journal Scan**, v. 7, n. 1, 2002. Acessado em: 01/09/2003. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.medscape.com](http://www.medscape.com)

NEW, S. A. The Role of Physical Activity in Development and Maintenance of Bone Health Throughout the Lifecycle. **1st Joint Meeting of the International Bone and Mineral Society and the European Calcified Tissue Society**, 2001. Acessado em: 30/08/2003. Extraído de: [www.medscape.com.br](http://www.medscape.com.br)

OMAN, R. F.; KING, A. C. The Effect of Life Events and Exercise Program Format on the Adoption and Maintenance of Exercise Behavior. **American Psychological Association**, v. 19, n. 6, p. 605–612, 2000. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

PAGNI, P. A. As contribuições da história para a Educação Física: Um ponto de vista. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 17, n. 2, p. 153-160, 1996.

PICKERING, T. The effects of occupational stress on blood pressure in men and women. **Stress, Health And The Social Environment**, v. 161, suplemento, p 125-128, 1997. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

POWERS, Scott K.; HOWLEY, Edward T. **Fisiologia do Exercício**. Teoria e aplicação ao condicionamento e ao desempenho. 3ª ed. São Paulo: Manole, 2000.

RAFFERTY, A. P.; REEVES, M. J.; MCGEE, H. B. (*et al.*). Physical activity patterns among walkers and compliance with public health recommendations. **Journal of the American College of Sports Medicine**, v. 34, p. 8, p. 1255-1261, 2002. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

REJESKI, W J.; BRAWLEY, L. R.; AMBROSIUS, W.T. (*et al.*). Older Adults With Chronic Disease: Benefits of Group-Mediated Counseling in the Promotion of Physically Active Lifestyles. **American Psychological Association**, v. 22, n. 4, p. 414–423, 2003. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

RICH-EDWARDS, J. W.; MANSON, J. E.; HENNEKENS, C. H. (*et al.*). Medical Progress: The Primary Prevention of Coronary Heart Disease in Women. **The New England Journal Medicine**, v. 332, n. 26, p. 1758-1766, 1995. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

RINDER, M. R.; MILLER, T. R.; ALI EHSANI, A. (*et al.*). Effects of Endurance Exercise Training on Left Ventricular Systolic Performance and Ventriculoarterial

Coupling in Patients With Coronary Artery Disease. **American Heart Journal**, v. 138, n. 1, p. 169-174, 1999. Acessado em: 30/08/2003. Extraído de: [www.medscape.com.br](http://www.medscape.com.br)

RISSANEN, A.; FOGELHOLM, M.. Physical activity in the prevention and treatment of other morbid conditions and impairments associated with obesity: current evidence and research issues. **American College Sports of Medicine**, v. 31, n. 11, suplemento 1, p. S635, 1999. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

RIVERA, M. A. El concepto "fitness". Definiciones conceptuales y operacionales. **Archivos de Medicina del Deporte**, v. XIII, n. 52, p. 143-148, 1996.

ROCHA FERREIRA, M. B. Construção social da atividade corporal em áreas emergentes: Sobrevivência e/ou saúde. **Revista Kinesis**, v. 17, p. 55-64, 1997.

ROSA, L. P.. Universidade, intelectuais e ciência para transformação social existem? *In*: LOPEZ, J. L. **O poder e o saber**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1984.

RIBEIRO, D. **A universidade necessária**. 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

SALMON, J.; OWEN, N.; CRAWFORD, D.; BAUMAN, A. e SALLIS, J. Physical Activity and Sedentary Behavior: A Population-Based Study of Barriers, Enjoyment, and Preference. **Health Psychology**, v. 22, n. 2, p 178-188, 2003. Acessado em: 01/05/2004. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

SANDMARK, H; WIKTORIN, C.; HOGSTEDT, C. (*et al.*). Physical Work Load in Physical Education Teachers. **Applied Ergonomics**, v. 30, p. 435- 442, 1999. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

SEED/CE/DEF (Secretaria de Estado de Educação/Coordenação de Ensino/Divisão de Educação Física e Desportos). **Política de ação para a rede de ensino do estado de Santa Catarina: Educação Física e desportos**. Florianópolis: IOESC, 1990.

SENGE, P. **A quinta disciplina**. São Paulo : Best Seller, 1990.

SHERMAN, S. E.; D'Agostino, R. B.; Silbershatz, H.; Kannel, W. B. (*et al.*). Comparison of Past Versus Recent Physical Activity in the Prevention of Premature Death and Coronary Artery Disease. **American Heart Journal**, v. 138, n 5, p. 900-907, 1999. Acessado em: 30/08/2003. Extraído de: [www.medscape.com.br](http://www.medscape.com.br)

SILVA, E. L. DA. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001. Acessado em: 30/05/2004. Extraído de: [www.ppgep.ufsc.br](http://www.ppgep.ufsc.br)

SLEAP, M.; TOLFREY, K. Do 9- to 12 yr-old children meet existing physical activity recommendations for health? **American College Sports of Medicine**, v. 33, n 4, p. 591-596, 2001. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

SOARES, C. L.; TAFFAREL, C. Z. e ESCOBAR, M. O. A Educação Física escolar na perspectiva do século XXI. *In*: MOREIRA, W. **Educação Física & esportes: Perspectivas para o século XXI**. Campinas: Papirus, 1992.

STEFFEN-BATEY, L.; NICHAMAN, M. Z.; GOFF, D. C. (*et al.*). Change in Level of Physical Activity and Risk of All-Cause Mortality or Reinfarction: The Corpus Christi Heart Project. **American Heart Association**, v. 102, n. 18, p. 2204-2209, 2000. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

STERNFELD, B.; CAULEY, J.; HARLOW, S.; LIU, G. (*et al.*). Assessment of Physical Activity with a Single Global Question in a Large, Multiethnic Sample of Midlife Women. **The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health**, v. 152, p. 7, p. 678-687, 2000. Acessado em: 01/09/2003. Extraído de: [www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)

TEODORO, A.. Da profissionalização da actividade docente à crise de identidade dos professores: Considerações preliminares para um estudo da situação portuguesa. **Boletim da Sociedade Portuguesa de Educação Física**. n. 9, inverno de 1999.

TORRES, C.A. Fitness y rehabilitación cardíaca. **Archivos de Medicina del Deporte**, v. XV, n. 64, p. 151-153, 1998.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. SISTEMA DE BIBLIOTECAS. **Normas para Apresentação de Documentos Científicos**. Volumes 2, 6,7,8. Curitiba, 2000.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. PHYSICAL ACTIVITY AND HEALTH. **Physical Activity Trends - United States (1990 – 1998)**. Atlanta, Georgia: US Department of Health and Human Services, CDC, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996. Acessado em: 30/08/2003. Extraído de: [www.medscape.com.br](http://www.medscape.com.br)

VEIGA NETO, A. J. da. Currículo, disciplina e interdisciplinaridade. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. v.17 (2), jan., p. 128-136, 1996.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1988.

VIANA, F. B. **Ensino superior: Estrutura, funcionamento e atos legais**. São Paulo: Lúmen, 1998.

VIOLA, E. Formas de produção científico-técnica e formação social: Esboços de uma problemática. *In*: VILLALOBOS, A. (*et al.*) **Classes sociais e trabalho produtivo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

ZAFRIR, N.; FINK, G.; KLAINMAN, E.; SULKES, J.; SPITZER, S. (*et al.*) Relation Between Aerobic Capacity and Extent of Myocardial Ischemia in Patients With Normal Cardiac Function. **American Heart Journal**, v. 138, n. 6, p. 1088-1092, 1999. Acessado em: 30/08/2003. Extraído de: [www.medscape.com.br](http://www.medscape.com.br)

## APÊNDICES

<b>APÊNDICE A</b>	– Resumo dos resultados do estudo piloto.....	247
<b>APÊNDICE B</b>	– Esclarecimentos à realização da coleta das informações .....	251
<b>APÊNDICE C</b>	– Questionário sobre estilo de vida .....	252
<b>APÊNDICE D</b>	– Esclarecimentos à realização da entrevista .....	255
<b>APÊNDICE E</b>	– Roteiro de entrevista .....	256
<b>APÊNDICE F</b>	– Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa .....	258

## APÊNDICE A – Resumo dos resultados do estudo piloto

**Quadro 72 – Resultados do estudo piloto sobre informações genéricas e saúde**

<b>INFORMAÇÕES GENÉRICAS</b>	<b>PARTICIPANTE 1</b>	<b>PARTICIPANTE 2</b>
Idade	41	39
Peso	85	61
Estatura	190	163
IMC	Faixa Recomendável	Faixa Recomendável
Sexo	Masculino	Feminino
Somatotipia	Mesomorfia	Não Respondeu
Condição Física Auto Relatada	Fraca	Moderada
Ano de Graduação	1985	1989
Tempo de Graduação	Entre 16 e 20 anos	Entre 16 e 20 anos
Ano do Doutorado	2001	2003
Tempo do Doutorado	Entre 1 e 5 anos	Entre 1 e 5 anos
Área do Doutorado	Psicologia	Movimento Humano
Nº Turmas que Atua	3	3
Nº Alunos que Atua	60	78
Turno que Atua	mat./vesp./not	vesp./not.
Jornada de Trabalho	60	40
Adota Regime de Dedicção Exclusiva	Não	Sim
Histórico de Doença Cardiovascular	3 parentes menos de 60 anos com doença cardiovascular	2 parentes mais de 60 anos com doença cardiovascular
Nível de Colesterol total	Abaixo de 180mg%	Entre 181 e 205mg%
Nível de Pressão Arterial	Limite superior de 120	Limite superior de 100

**Quadro 73 – Resultados do estudo piloto sobre estilo de vida**

<b>ESTILO DE VIDA</b>	<b>PARTICIPANTE 1</b>	<b>PARTICIPANTE 2</b>
Apresenta Círculo de Amizades	Sim	Não
Busca Novas Amizades	Sim	Não
Não se Interessa por Amizades	Não	Não
Apresenta Relações Significativas na Comunidade	Sim	Sim
Busca Ações na Comunidade	Não	Não
Não se Envolve com a Comunidade	Não	Não
Alimenta-se com Calma e Prazer	Sim	Não respondeu
Alimenta-se com pressa e sem apreciar a refeição	Não	Não respondeu
Prefere alimentos animais e gordurosos	Não	Não
Prefere alimentos animais e não gordurosos	Não	Não
Prefere alimentos orgânicos-integrais	Não	Não
Prefere alimentos orgânicos-integrais e ovolactínicos	Sim	Sim
Alimentação envolve laticínios	Sim	Sim
Alimentação envolve doces	Sim	Não
Alimentação envolve panificados e massas	Não	Sim
Alimentação envolve carnes brancas	Sim	Sim
Alimentação envolve carnes vermelhas	Não	Não
Alimentação envolve frutas	Sim	Sim
Alimentação envolve verduras	Sim	Sim
Alimentação envolve legumes	Sim	Sim
Número de refeições diárias	Entre 4 e 5 refeições	Entre 4 e 5 refeições
Personalidade Relacionada ao Estresse	Tipo C	Não se enquadrou
Técnicas de Controle do Estresse	Realiza diariamente	Realiza semanalmente
Apresenta eventos de insônia	Não	Não
Nº Horas de Sono	Entre 4 e 7 horas	Entre 4 e 7 horas
Descanso inclui repouso ativo	Sim	Não
Descanso inclui repouso passivo	Não	Não
Descanso inclui atividades físicas, recreativas e de lazer	Não	Sim
Descanso inclui atividades diversificadas	Sim	Não
Mantém parceiro único	Sim	Sim
Faz uso de preservativo sexual	Não	Sim
Uso do Álcool (por dia)	Bebe 1 dose ou menos	Não bebe
Tempo de Uso do Álcool (etilismo)	10	0
Uso do tabaco	Não fuma	Não fuma

**Quadro 74 – Resultados do estudo piloto sobre qualidade de vida**

<b>PERCEPÇÃO SOBRE A CATEGORIA</b>	<b>PARTICIPANTE 1</b>	<b>PARTICIPANTE 2</b>
Estado de saúde	Muito Bom	Muito Bom
Avaliação da qualidade de vida	Muito Boa	Boa
Satisfação com a saúde	Extremamente	Extremamente
Quão a dor física causa impedimentos	Nada	Nada
Necessidade de tratamento médico para levar a vida diária	Nada	Nada
Quão aproveita a vida	Extremamente	Bastante
Sentido da vida	Extremamente	Extremamente
Capacidade de concentração	Extremamente	Bastante
Quão se sente seguro na vida diária	Extremamente	Mais ou Menos
Quão é saudável o ambiente físico	Bastante	Bastante
Energia é suficiente para o dia-a-dia	Extremamente	Extremamente
Percepção sobre o quanto é capaz de aceitar a aparência Física	Extremamente	Extremamente
Quão o dinheiro é suficiente para satisfazer as necessidades	Extremamente	Bastante
Quão disponíveis estão as informações que precisa no dia-a-dia	Extremamente	Bastante
Medida que tem oportunidades de atividades de lazer	Bastante	Bastante
Quão bem é capaz de se locomover	Muito Bom	Muito Bom
Quão satisfeito está com o sono	Muito Satisfeito	Muito Satisfeito
Quão satisfeito com a capacidade de desempenhar as atividades diárias	Muito Satisfeito	Muito Satisfeito
Quão satisfeito está com a capacidade para o trabalho	Muito Satisfeito	Muito Satisfeito
Quão satisfeito está consigo mesmo	Muito Satisfeito	Muito Satisfeito
Quão satisfeito está com as relações pessoais	Muito Satisfeito	Satisfeito
Quão satisfeito está com a vida sexual	Muito Satisfeito	Muito Satisfeito
Quão satisfeito está com o apoio que recebe dos amigos	Muito Satisfeito	Satisfeito
Quão satisfeito está com as condições do local que mora	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito
Quão satisfeito está com o acesso aos serviços de saúde	Satisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito
Quão satisfeito está com seu meio de transporte	Muito Satisfeito	Satisfeito
Freqüência que tem sentimentos negativos	Algumas Vezes	Nunca

**Quadro 75 – Resultados do estudo piloto sobre atividade física**

<b>CATEGORIA</b>	<b>PARTICIPANTE 1</b>	<b>PARTICIPANTE 2</b>
Número de dias na semana trabalha, mesmo voluntariamente	6	6
Tempo gasto em minutos em um dia da semana no trabalho sem deslocamento	480	240
Tempo gasto em minutos em um dia da semana no trabalho andando rápido	60	30
Tempo gasto em minutos em um dia da semana no trabalho em atividades de esforço moderado	12	30
Tempo gasto em minutos em um dia da semana no trabalho em atividades vigorosas	30	0
Número de dias por semana que faz atividades vigorosas ou fortes no quintal, por no mínimo 10 min	1	0
Tempo gasto nos dias que faz atividades vigorosas ou fortes no quintal	60	0
Número de dias por semana que faz atividades de esforço moderado no quintal, por no mínimo 10 min	2	0
Tempo gasto nos dias que faz atividades de esforço moderado no quintal	60	0
Número de dias por semana que faz atividades de esforço moderado dentro de casa, por 10 min	3	1
Tempo gasto nos dias que faz atividades de esforço moderado em casa	60	60
Número de dias na semana que caminha rápido, por no mínimo 10 min, para ir de um lugar ao outro	5	1
Tempo gasto nos dias que caminha rápido para ir de ou lugar a outro	20	30
Número de dias na semana que pedala rápido, por no mínimo 10 min, para ir de um lugar ao outro	0	0
Tempo gasto nos dias que pedala rápido para ir de ou lugar a outro	0	0
Número de dias na semana que usa veículo a motor para ir de um lugar ao outro	7	5
Tempo gasto nos dias que usa veículo a motor para ir de um lugar a outro	60	120
Número de dias na semana, que realiza atividades físicas vigorosas/fortes, no lazer, por no mínimo 10 min	2	2
Tempo gasto nos dias que pratica atividades físicas vigorosas/fortes no lazer	45	120
Número de dias na semana, que realiza atividades físicas moderadas, no lazer, por no mínimo 10 min	1	0
Tempo gasto nos dias que pratica atividades físicas moderadas no lazer	30	0
Número de dias na semana, que realiza caminhadas rápidas, no lazer, por no mínimo 10 min	0	3
Tempo gasto nos dias que pratica caminhadas rápidas no lazer	0	60
Tempo gasto nos dias de semana, sentado ou deitado em casa	60	360
Tempo gasto nos dias do final de semana, sentado ou deitado em casa	240	480
Classificação do Nível de Atividade Física	Muito Ativo	Muito Ativo

## **APÊNDICE B – Esclarecimentos à realização da coleta das informações**

### **Caro Professor,**

Apesar de já ter fornecido informações no termo de consentimento e livre esclarecido, gostaríamos de lhe proporcionar informações suplementares sobre:

1 – **Tempo necessário à coleta:** 10-30 min para preenchimento dos questionários e, 30-60 min para realização das entrevistas gravadas (modo digital e analógico).

2 – **Sessões necessárias:** Dependendo dos horários disponibilizados pelo pesquisado à coleta dos dados e da necessidade de recorrências às entrevistas, poderá(ão) ocorrer entre 1 e 5 sessões.

3 – **Local onde será realizado:** Todas as sessões serão previamente marcadas com dia, horário e local estabelecidos segundo as prioridades do pesquisado.

4 – **Equipamentos ou instrumentos que serão utilizados:** Serão operacionalizados três instrumentos a serem preenchidos: 1 - Questionário Internacional sobre Atividades Física Habituais, 2 - Questionário da Organização Mundial de Saúde sobre Qualidade de Vida, 3 - Questionário sobre Informações Gerais, Docência em Educação Física, Saúde e Estilo de vida. Quanto a Entrevista Semi-estruturada e suas recorrências, serão utilizados ainda, um gravador digital e outro gravador analógico (back-up), os quais poderão estar ocultos ou expostos, segundo a escolha do pesquisado.

5 – **Medidas a serem obtidas:** Quanto ao estilo de vida: atividade física, tabagismo, dieta, uso de álcool, relacionamentos interpessoais, controle do estresse, comportamentos preventivos; Quanto às atividades físicas no: trabalho, transporte, tarefa doméstica, lazer, atividades de tempo sentado; Quanto à qualidade de vida: domínio: físico, psicológico, das relações sociais, e do meio ambiente; Quanto à docência em Educação Física: trabalho, profissão, condição sócio-econômica, atividade docente, saúde coletiva; e ainda, a relação entre o estilo de vida e a qualidade de vida frente a o discurso da promoção da saúde.

6 – **Exigência em responder a todas as perguntas dos instrumentos:** Não é exigida a obrigatoriedade em responder a todos os questionamentos, porém solicita-se a máxima disposição no preenchimento das perguntas.

7 – **Pessoas que acompanharão os procedimentos deste estudo:** Apenas o pesquisador responsável.

8 – **Realização de fotos ou filmagens:** Não será realizado nenhum tipo de gravação de foto ou vídeo.

Diante dessas informações suplementares, agradecemos sua atenção, lembrando que sua participação neste estudo é de vital importância.

Florianópolis, agosto de 2004.

Prof. Ms. Rudney da Silva  
Doutorando

Prof. Dr. Alexandro Andrade  
Co-Orientador

Prof. Dr. José Carlos Zanelli  
Orientador

**APÊNDICE C – Questionário sobre Estilo de Vida**

Código de Identificação: \_\_\_\_\_

**I – INFORMAÇÕES GERAIS****DADOS PESSOAIS**

Data de Nascimento: ...../...../.....

Peso: (.....) kg

Estatura: (... , .....) m

Gênero: ( ) Feminino. ( ) endomorfa ( ) mesomorfa ( ) ectomorfa  
 ( ) Masculino. ( ) endomorfo ( ) mesomorfo ( ) ectomorfo

Condição física auto-relatada: ( ) Fraca ( ) Moderada ( ) Forte

Ano de graduação: (.....)

Ano do Doutorado: (.....)

Área e Linha de Pesquisa do Doutorado: (.....)

**DADOS SOBRE A DOCÊNCIA EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

Quais as áreas e há quanto tempo você atua no Ensino Superior em Educação Física?

1 - ..... (.....) 3 - ..... (.....)  
 2 - ..... (.....) 4 - ..... (.....)

Para quantas turmas de graduação e pós-graduação você leciona? (.....)

Para quantos alunos de graduação e pós-graduação você leciona? (.....)

Em qual(is) turno(s) leciona? ( ) Matutino ( ) Vespertino ( ) Noturno

Qual à sua jornada de trabalho semanal? (.....)

Você possui regime de trabalho com dedicação exclusiva?

( ) Sim

( ) Não. **Caso não possua regime de trabalho com Dedicação Exclusiva, responda:**

Você trabalha em mais de uma Instituição?

( ) Sim. Quais?.....

( ) Não

**DADOS SOBRE A SAÚDE**

Quanto à hereditariedade, você possui:

( ) Nenhuma história conhecida de doença cardiovascular

( ) 1 parente com mais de 60 anos com doença cardiovascular

( ) 2 parentes com mais de 60 anos com doença cardiovascular

( ) 1 parente com menos de 60 anos com doença cardiovascular

( ) 2 parentes com menos de 60 anos com doença cardiovascular

( ) 3 parentes com menos de 60 anos com doença cardiovascular

( ) Não sabe

Quanto aos níveis lipídicos, você possui:

- Colesterol total abaixo de 180mg%
- Colesterol total entre 181 e 205mg%
- Colesterol total entre 206 e 230mg%
- Colesterol total entre 231 e 255mg%
- Colesterol total entre 256 e 280mg%
- Colesterol total acima de 281mg%
- Não conhece

Quanto aos índices de pressão arterial, você possui:

- Limite superior de 100
- Limite superior de 120
- Limite superior de 140
- Limite superior de 160
- Limite superior de 180
- Limite superior de 200 ou mais
- Não conhece

#### **IV – INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS SOBRE ESTILO DE VIDA**

##### **DADOS SOBRE AS RELAÇÕES SOCIAIS**

Quanto aos relacionamentos interpessoais você:

- Possui círculo de amizades
- Busca novas amizades
- Não se interessa por amizades
- Apresenta relações significativas na sua comunidade
- Busca ações na sua comunidade
- Não se envolve com sua comunidade

##### **DADOS SOBRE A NUTRIÇÃO**

Quanto a sua alimentação, você:

- Alimenta-se com calma e prazer
- Alimenta-se apressadamente e sem apreciar a refeição
- Prefere alimentos de origem animal e gordurosos
- Prefere alimentos de origem animal e não gordurosos
- Prefere alimentos unicamente orgânicos-integrais
- Prefere alimentos orgânicos-integrais e ovolactícínios

Quanto ao tipo de alimentos, sua alimentação diária envolve:

- Lactícínios
- Doces
- Panifícios e massas
- Carnes brancas
- Carnes vermelhas
- Frutas frescas
- Verduras frescas
- Legumes frescos

Quanto ao número de refeições diárias, você realiza:

- Até uma refeição diária
- Entre 2 e 3 refeições diárias
- Entre 4 e 5 refeições diárias
- Mais de 6 refeições diárias

### **DADOS SOBRE O ESTRESSE**

Quanto ao tipo de personalidade e às técnicas de controle do estresse, você:

- Enquadra-se como indivíduo de personalidade tipo A
- Enquadra-se como indivíduo de personalidade tipo B
- Enquadra-se como indivíduo de personalidade tipo C
- Não realiza técnicas de controle do estresse
- Realiza técnicas de controle do estresse diariamente
- Realiza técnicas de controle do estresse semanalmente

Quanto ao sono, você:

- Apresenta eventos de insônia
- Dorme menos de 3 horas
- Dorme entre 4 e 7 horas
- Dorme 8 horas ou mais

Quanto ao descanso, você:

- Inclui repouso ativo
- Inclui repouso passivo
- Inclui atividades físicas, recreativas e de lazer
- Inclui atividades diversificadas (pintura, literatura, tear, entre outros)

### **DADOS SOBRE OS COMPORTAMENTOS PREVENTIVOS**

Quanto aos comportamentos sexuais, você:

- Mantém único(a) parceiro(a)
- Mantém múltiplos(as) parceiros(as)
- Faz uso de preservativos
- Não faz uso de preservativos

Quanto ao etilismo, você:

- Bebe uma dose ou menos por dia.
  - Bebe até 02 doses por dia.
  - Bebe até 03 doses por dia.
  - Bebe até 04 doses por dia.
  - Bebe 05 doses ou mais por dia.
  - Não bebe
- } Há quanto tempo? (.....)

Quanto ao tabagismo, você:

- Fuma charuto e/ou cachimbo.
  - Fuma 10 cigarros ou menos por dia.
  - Fuma até 20 cigarros por dia.
  - Fuma até 30 cigarros por dia.
  - Fuma até 40 cigarros.
  - Fuma mais de 40 cigarros por dia.
  - Não fuma
- } Há quanto tempo? (.....)
- } Há quanto tempo? (.....)

## **APÊNDICE D – Esclarecimentos à realização da entrevista**

### **Caro Professor,**

Conforme a ética científica, não existem dados que o identifique, apenas a codificação adotada. Lembramos que este estudo tem como objetivo analisar o estilo de vida e a qualidade de vida dos professores de Educação Física do ensino superior público de Santa Catarina.

A realização do roteiro inicial de entrevista terá duração máxima 90 minutos, através de equipamento de gravação de áudio controlado por este pesquisador e que, dependendo da sua opção, poderá ficar exposto ou resguardado do seu olhar. Admitindo-se a possibilidade de que o roteiro possa levá-lo a problemas de entendimento, as perguntas serão previamente apresentadas e discutidas as possíveis dúvidas sobre o instrumento. Caso você concorde, pedimos que você acrescente informações ou mesmo aponte dados que não foram contemplados na coleta das informações, proporcionando-lhe autonomia e liberdade para não responder, responder ou ainda acrescentar dados.

Considerando a ética necessária à pesquisa científica, é necessária a adoção de procedimentos que lhe informem, situem e precisem a pesquisa. Deste modo, serão adotados os seguintes cuidados:

- **Antes da entrevista**

- Apresentação clara do sigilo necessário a ética da pesquisa científica;
- Apresentação formal do objetivo geral, das questões e dos procedimentos da pesquisa;
- Apresentação formal dos recursos de áudio envolvidos na entrevista;
- Esclarecimento quanto liberdade/ autonomia para responder os questionamentos;

- **Durante a entrevista**

- Não indução as respostas;
- Repetição do questionamento quantas vezes for solicitada;
- Realização prioritária do questionamento segundo o roteiro de perguntas da entrevista semi-estruturada;
- Realização dos questionamentos que possam crescer ou detalhar as respostas efetuadas;

- **Após a entrevista**

- Realização dos questionamentos sobre as possibilidades de contribuições não contempladas na entrevista;
- Informação de que poderão ocorrer entrevistas recorrentes;
- Agradecimento pela colaboração e contribuição à pesquisa.

Florianópolis, março de 2004.

Prof. Ms. Rudney da Silva  
Doutorando

Prof. Dr. Alexandro Andrade  
Co-Orientador

Prof. Dr. José Carlos Zanelli  
Orientador

## APÊNDICE E – Roteiro de Entrevista

Código de Identificação: _____
--------------------------------

### INFORMAÇÕES REFERENTES À ÉTICA CIENTÍFICA

Inicialmente é necessário esclarecer que não existe nenhum tipo de informação que possa identificá-lo(a) e que você tem plena liberdade de não responder a qualquer um dos questionamentos ou mesmo interromper a entrevista a qualquer momento. Esta entrevista semi-estruturada deve durar entre 30-60 min e será gravada através de dois mini áudio cassete (01 digital e 01 analógico), que poderão estar ocultos ou aparentes, conforme sua escolha.

Deste modo, este estudo tem como objetivo geral analisar o estilo de vida e a qualidade de professores de Educação Física do ensino superior público em Santa Catarina. Para o detalhamento deste objetivo optou-se pelas seguintes questões de pesquisa:

- Qual é o estilo de vida dos docentes investigados, quanto às subcategorias: atividade física, nutrição, relacionamentos interpessoais, controle do estresse, comportamentos preventivos frente ao uso do tabaco, drogas e álcool?
- Quais atividades físicas são realizadas pelos docentes investigados com relação aos temas: trabalho, transporte, tarefa doméstica, lazer, atividades de tempo sentado?
- Qual é a qualidade de vida dos docentes investigados segundo as subcategorias de domínio: físico, psicológico, das relações sociais, e do meio ambiente?
- Qual é a percepção dos docentes investigados acerca da docência em Educação Física, segundo as subcategorias: trabalho, profissão, condição sócio-econômica, atividade docente, saúde coletiva?
- Qual é a relação entre o estilo de vida e a qualidade de vida dos docentes investigados e o discurso da promoção da saúde?

Para tanto, o roteiro é composto de 13 questões abertas, as quais você poderá extrapolar ou mesmo acrescentar qualquer outra informação que julgue necessária.

## **ROTEIRO DE ENTREVISTA**

### **ESTILO DE VIDA**

- 1 – Fale sobre seus hábitos relacionados à alimentação.
- 2 – Comente seus comportamentos preventivos relacionados ao sexo, ao etilismo e ao tabagismo,
- 3 – Fale sobre seus relacionamentos interpessoais na família, no trabalho e na comunidade.
- 4 – Como você percebe seu nível de ansiedade, tensão, competitividade, ambição e perfeccionismo?
- 5 – Como você avalia a sua prática de atividades físicas, ocupacionais e de lazer.
- 6 – Como você analisa o seu estilo de vida?

### **QUALIDADE DE VIDA**

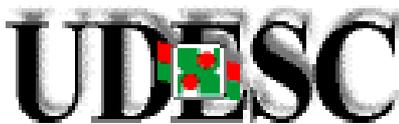
- 7 – Como você define Qualidade de Vida?
- 8 – Quais os aspectos que interferem na sua Qualidade de Vida?
- 9 – Como você analisa a sua Qualidade de Vida?

### **DOCÊNCIA NO ENSINO SUPERIOR**

- 10 – Fale das suas condições de trabalho na universidade pública (jornada, estrutura física, recursos materiais, salário).
- 11 – Comente sua carreira docente em relação: a condição sócio-econômica, o status profissional e, a função social?
- 12 – Como você analisa o discurso da promoção da saúde e a prática do docente no ensino superior em educação física?

Para finalizar a entrevista, fique a vontade para, realizar qualquer comentário que considere relevante para a temática deste estudo. É importante lembrar que existe a possibilidade de recorrer a uma nova entrevista, este procedimento justifica-se pela necessidade de esclarecer, clarear ou aprofundar informações.

Para tanto, agradeço sua participação. Muito Obrigado!

**APÊNDICE F – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos**

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS**

Florianópolis, 26 de novembro de 2004

Nº. de Referência 112/04

Aos Pesquisadores Prof. Dr. José Carlos Zanelli e Rudney da Silva

Prezados Senhores,

Analizamos o projeto de pesquisa intitulado *“Características do estilo de vida e da qualidade de vida de professores do ensino superior público em Educação Física”* enviado previamente por V.S.<sup>a</sup>. Desta forma, vimos por meio desta, comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos tem como resultado a **aprovação** do referido projeto.

Este Comitê de Ética em Pesquisa segue as Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – Resolução CNS 196/96, criado para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Gostaria de salientar que quaisquer alterações do procedimento e metodologia que houver durante a realização do projeto em questão e, que envolva os indivíduos participantes, deverão ser informadas imediatamente ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos.

Duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverão ser assinadas pelo indivíduo pesquisado ou seu representante legal. Uma cópia deverá ser entregue ao indivíduo pesquisado e a outra deverá ser mantida pelos pesquisadores por um período de até cinco anos, sob sigilo.

Atenciosamente,

Elisabete Maria de Oliveira  
Vice-Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – UDESC

## **ANEXOS**

<b>ANEXO A</b> – Questionário Internacional sobre Atividade Física.....	260
<b>ANEXO B</b> – Questionário sobre Qualidade de Vida – OMS.....	263

**ANEXO A – Questionário Internacional sobre Atividade Física**

**Nós queremos saber quanto tempo você gasta fazendo atividades físicas em casa, no trabalho, como meio de transporte e no período de lazer.**

1. Quantos dias em uma SEMANA NORMAL você trabalha ou realiza trabalho voluntário?

\_\_\_\_\_ dias/semana

2. Durante um DIA NORMAL de trabalho, quanto tempo você gasta:

a) Sentado ou em pé, sem deslocar-se (sem esforço físico).

\_\_\_ horas \_\_\_ min.

b) Andando rápido.

\_\_\_ horas \_\_\_ min.

c) Em atividades de esforço moderado (subir escadas, cobrir áreas pequenas).

\_\_\_ horas \_\_\_ min.

d) Em atividades vigorosas (carregar objetos pesados, cobrir grandes áreas).

\_\_\_ horas \_\_\_ min.

3.1 Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades de esforço vigoroso ou forte no jardim ou quintal por pelo menos 10 minutos (tais como: capinar, arar, lavar o quintal, etc).

\_\_\_ dias por semana ( ) não faço atividade física ( ) não sei responder

3.2 Nos dias em que você faz este tipo de atividade, quanto tempo você gasta fazendo essas atividades?

\_\_\_ horas \_\_\_ minutos ( ) não faço atividade física ( ) não sei responder

4.1 Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades de esforço moderado, no jardim ou quintal por pelo menos 10 minutos (tais como: podar árvores ou varrer o quintal).

\_\_\_ dias por semana ( ) não faço atividade física ( ) não sei responder

4.2 Nos dias em que você faz este tipo de atividade, quanto tempo você gasta fazendo essas atividades?

\_\_\_ horas \_\_\_ minutos ( ) não faço atividade física ( ) não sei responder

5.1 Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades de esforço moderado, dentro da sua casa, por pelo menos 10 minutos (tais como: aspirar, varrer ou arrumar as camas)

\_\_\_ dias por semana ( ) não faço atividade física ( ) não sei responder

5.2 Nos dias em que você faz este tipo de atividade, quanto tempo você gasta fazendo essas atividades?

\_\_\_horas\_\_\_minutos. ( ) não faço atividade física ( ) não sei responder

6.1 Em quantos dias de uma semana normal você caminha de forma rápida por pelo menos 10 minutos para ir de um lugar para outro? (não inclua as caminhadas por prazer ou exercício)

\_\_\_dias por semana ( ) não faço atividade física ( ) não sei responder

6.2 Nos dias em que você faz este tipo de atividade, quanto tempo você gasta fazendo essas atividades?

\_\_\_horas\_\_\_minutos ( ) não faço atividade física ( ) não sei responder

7.1 Em quantos dias de uma semana normal você anda de bicicleta (pedala) rápido por pelo menos 10 minutos para ir de um lugar para outro? (não inclua o pedalar por prazer ou exercício)

\_\_\_dias por semana ( ) não faço atividade física ( ) não sei responder

7.2 Nos dias em que você faz este tipo de atividade, quanto tempo você gasta fazendo essas atividades?

\_\_\_horas\_\_\_minutos. ( ) não faço atividade física ( ) não sei responder

8.1 Em quantos dias de uma semana normal você utiliza um veículo a motor (ônibus, carro ou moto) para ir de um lugar para outro.

\_\_\_dias por semana ( ) não faço atividade física ( ) não sei responder

8.2 Nos dias em que você utiliza veículo a motor, quanto tempo você gasta por dia neste tipo de transporte para ir de um lugar para outro?

\_\_\_horas\_\_\_minutos. ( ) não faço atividade física ( ) não sei responder

9.1 Em quantos dias de uma semana normal, no seu período de lazer, você realiza atividades físicas vigorosas ou fortes durante pelo menos 10 minutos em cada dia? (exemplos: jogar futebol, correr ou qualquer outra atividade que faça aumentar muito a sua respiração ou batimentos do coração).

\_\_\_dias por semana ( ) não faço atividade física ( ) não sei responder

9.2 Nos dias em que você participa dessas atividades, quanto tempo você gasta (por dia)?

\_\_\_horas\_\_\_minutos. ( ) não faço atividade física ( ) não sei responder

10.1 Em quantos dias de uma semana normal, no seu período de lazer, você realiza atividades físicas moderadas durante pelo menos 10 minutos em cada dia? (exemplos: andar de bicicleta, nadar, jogar, bocha ou qualquer outra atividade que aumente a respiração ou batimentos do coração).

\_\_\_dias por semana ( ) não faço atividade física ( ) não sei responder

10.2 Nos dias em que você participa dessas atividades, quanto tempo você gasta (por dia)?

\_\_\_horas\_\_\_minutos.      ( ) não faço atividade física      ( ) não sei responder

11.1 Em quantos dias de uma semana normal, no seu período de lazer, você realiza caminhadas rápidas (vigorosas) durante pelo menos 10 minutos em cada dia, por diversão ou exercício? (Por favor, não incluir caminhadas no trabalho ou como meio de transporte).

\_\_\_dias por semana      ( ) não faço caminhadas      ( ) não sei responder

11.2 Nos dias em que você caminha rápido, por diversão ou exercício, quanto tempo você gasta por dia?

\_\_\_horas\_\_\_min.      ( ) não faço caminhadas      ( ) não sei responder

12.1 Em um dia normal (típico) da semana, quanto tempo você gasta sentado ou deitado em casa (lendo, conversando com amigos, jogando cartas ou assistindo televisão)?

\_\_\_horas\_\_\_min      ( ) não sei responder

12.2 Em um dia normal (típico) do final de semana, quanto tempo você gasta sentado ou deitado em casa (lendo, conversando com amigos, jogando cartas ou assistindo televisão)?

\_\_\_horas\_\_\_min      ( ) não sei responder

## ANEXO B – Questionário sobre Qualidade de Vida – OMS

### INSTRUÇÕES

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Como exemplo:

Questões	muito ruim	ruim	nem ruim/ nem bom	bom	muito bom
Como está o seu estado de saúde?	1	2	3	4	5

Questões	muito ruim	ruim	nem ruim/ nem boa	boa	muito boa
Q1 Como você avaliaria sua qualidade de vida	1	2	3	4	5

Questões	nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extrema- mente
Q2 Quão satisfeito(a) você está com sua saúde	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.					
Questões	nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extrema- mente
Q3 Em que medida você acha que a sua dor física impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
Q4 O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
Q5 O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
Q6 Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
Q7 O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
Q8 Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
Q9 Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

Questões	nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	Extremamente
<b>Q10</b> Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
<b>Q11</b> Você é capaz de aceitar sua aparência Física?	1	2	3	4	5
<b>Q12</b> Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
<b>Q13</b> Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
<b>Q14</b> Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

Questões	Muito ruim	Ruim	Nem Ruim/Nem bom	Bom	Muito bom
<b>Q15</b> Quão bem você é capaz de se locomover?					

Questões	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
<b>Q16</b> Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?					
<b>Q17</b> Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?					
<b>Q18</b> Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?					
<b>Q19</b> Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?					
<b>Q20</b> Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?					
<b>Q21</b> Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?					
<b>Q22</b> Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe dos seus amigos?					
<b>Q23</b> Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?					
<b>Q24</b> Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?					
<b>Q25</b> Quão satisfeito(a) você está com seu meio de transporte?					

As questões seguintes referem-se à **com que freqüência** você sentiu ou experimentou coisas nas duas últimas semanas.

Questões	Nunca	Algumas Vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
<b>Q26</b> Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como, mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5