

0040
2/1/01
HILDEAMO BONIFÁCIO OLIVEIRA

PERFIL DO ESTILO DE VIDA
DOS PROFESSORES DA ÁREA DE SAÚDE
DA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA - UCB

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação "Stricto Sensu" em Educação Física da Universidade Católica de Brasília, como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação Física
Área de Concentração: Atividade Física e Saúde
Orientador - Prof. Dr. Alberto Saturno Madureira

Brasília -DF - Janeiro de 2001

FICHA CATALOGRÁFICA

O48p Oliveira, Hildeamo Bonifácio

Perfil do estilo de vida dos professores da área de saúde da Universidade Católica de Brasília / Hildeamo Bonifácio Oliveira. - Brasília, 2001.
81p.

Orientador : Alberto Saturno Madureira
Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de Brasília, 2001.

1. Qualidade de Vida - professores. 2. Atividade física. I. Título.

CDU 796.03

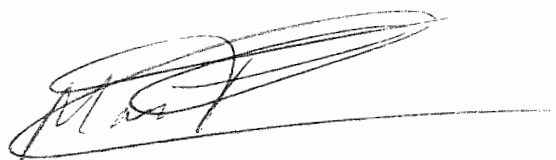
Ficha elaborada pela Seção de Processos Técnicos do SIBI- UCB

Dissertação defendida e aprovada,
em 23 de Agosto de 2001

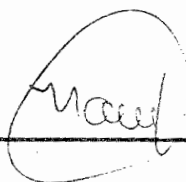
pela banca examinadora constituída pelos professores:

unfedeira

Prof. Dr. Alberto Saturno Madureira



Prof. Dr. Marco Túlio de Mello



Profª. Drª. Nanci Maria de França

DEDICATÓRIA

Aos meus, pais Hildebrando Bonifácio da Silva e Amália Maria Oliveira e Silva, que sempre estiveram e estarão presentes nas entrelinhas das minhas leituras.

À minha esposa, Sylmara M.S. Bonifácio e aos meus filhos Caroline e Heytor, pela compreensão dos vários momentos de ausência. Pelo amor recebido e apoio para vencer mais esta etapa da vida.

AGRADECIMENTOS

A DEUS.

À direção da UCB, pela oportunidade e confiança.

Ao Diretor do Curso de Pós Graduação, prof. Dr. Ricardo Jacó de Oliveira.

Ao Diretor do Curso de Educação Física, Professor Mileno Tossisi, pelo apoio e confiança.

A todos colegas que fazem parte desta família "Curso de Educação Física".

Ao Professor MS Rolando José Ventura Dumas, um amigo sempre presente.

Ao professor Dr. Laércio Elias Pereira pela abertura de novas perspectivas em Educação Física.

Ao Professor Dr. Alberto Saturno Madureira, pela confiança e orientação tão preciosa para a realização deste trabalho.

Aos professores membros da banca examinadora, e ao prof. Dr. Paulo Corbucci , pela atenção e colaboração.

Aos meus irmãos, Benedito e Joselito, e a minhas irmãs Rosa, Marízia e Simone e seus companheiros, pelo valioso apoio nos momentos mais difíceis.

Ao meu Tio Geovanne Camilo de Oliveira, que na minha infância me ensinou a gostar de Educação Física.

A todos que adotaram a Educação Física como proposta de vida.

A todos, que direta ou indiretamente tornaram possível a realização deste estudo, meus sinceros e eternos agradecimentos.

EPÍGRAFE

"Somos trabalhadores no jardim da saúde"
(Jürguem Palm)

SUMÁRIO	Pág
Lista de Quadros.....	x
Lista de Figuras.....	xi
Lista de Tabelas.....	xii
Lista de Gráficos.....	xiii
Lista de Pentáculos.....	xiv
Lista de Anexos.....	xv
Resumo.....	xvi
 CAPÍTULO I	
1.1 Introdução.....	1
1.2 Objetivos.....	3
1.2.1 Objetivo geral.....	3
1.2.2 Objetivos específicos.....	3
1.3 Hipótese.....	3
1.4 Relevância do estudo.....	4
1.5 Questões de estudo.....	6
1.6 Definição operacional de termos.....	6
 CAPÍTULO II	
2 Revisão da Literatura.....	9
2.1 Revolução Industrial, estilo de vida e atividade física.....	9
2.2 Estilo de vida urbano.....	13
2.3 Estilo de vida e suas implicações para a saúde.....	22
2.4 Atividade física, aptidão física e saúde	26
 CAPÍTULO III	
3.1 Material e método.....	35
3.1.1 Caracterização da pesquisa.....	35
3.1.2 População e amostra.....	35
3.1.2.1 População.....	35
3.1.2.2 Amostra.....	36

3.1.3 Instrumentos.....	36
3.1.4 Coleta de dados	37
3.1.5 Tratamento estatístico.....	39
CAPÍTULO IV	
4.1 Resultados e Discussão	41
4.1.1 Caracterização da amostra.....	41
4.1.2 Fatores limitantes para a prática de atividade física.....	45
4.1.3 Níveis de atividades físicas habituais	52
4.1.4 Perfil do estilo de vida	55
CAPÍTULO V	
5.1 - Conclusão e Sugestões.....	66
Referências bibliográficas.....	68
Abstract.....	816

LISTA DE QUADROS

	Pág.
QUADRO 1 Proporção de população urbana nos recenseamentos demográficos do IBGE: 1940-1991.....	14
QUADRO 2 Perspectiva geral do quadro de saúde no Brasil 1930-1988 - Percentual de óbitos por grupos e causas	18
QUADRO 3 Relação dos principais fatores de riscos e agravos à saúde de natureza crônico-degenerativa.....	22
QUADRO 4 Hierarquização das necessidades do homem.....	29
QUADRO 5 Número de docentes por curso e respectiva área de formação.....	36
QUADRO 6 Classificação quantitativa da prática de atividade física diária.....	37
QUADRO 7 Pentáculo do Bem Estar ocorrência de respostas por item versus curso.....	60
QUADRO 8 Pentáculo do Bem Estar - frequência de respostas por curso.....	60

LISTA DE FIGURAS

	Pág
FIGURA 1 Probabilidade de desenvolver DAC em 8 anos de acordo com gênero, idade e categoria de risco.....	20
FIGURA 2 Nível de realização ou de crescimento pessoal.....	30

LISTA DE TABELAS

	Pág
TABELA 1 Caracterização da amostra por curso, gênero e idade.....	41
TABELA 2 Idade <i>versus</i> curso onde lecionam.....	43
TABELA 3 Total de pontos de atividades físicas habituais.....	54
TABELA 4 Prova de Kruskal – Wallis para o componente Nutrição.....	55
TABELA 5 Prova de Kruskal – Wallis para o componente Atividades Físicas.....	56
TABELA 6 Prova de Kruskal – Wallis para o componente Comportamento Preventivo.....	57
TABELA 7 Prova de Kruskal – Wallis para o componente Relacionamentos.....	58
TABELA 8 Prova de Kruskal – Wallis para o componente Controle de Stress.....	59

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO 1 Característica dos professores por gênero e curso onde lecionam ...	42
GRÁFICO 2 Média da idade dos professores por curso	44
GRÁFICO 3 Característica dos professores por faixa etária e curso	44
GRÁFICO 4 Algum médico já disse que você tem problemas de coração e que só deverá fazer atividades físicas com orientação médica ?.....	45
GRÁFICO 5 Você sente dores no peito quando pratica atividades físicas ?.....	46
GRÁFICO 6 No último mês você teve dores no peito sem que tivesse fazendo atividade física?	47
GRÁFICO 7 Você perde o equilíbrio quando sente tonturas ou alguma vez perdeu os sentidos (desmaiou) ?.....	48
GRÁFICO 8 Você tem algum problema nas articulações ou nos ossos que poderiam piorar se praticar atividades físicas?	49
GRÁFICO 9 Você toma algum remédio para a pressão alta ou problema cardíaco.....	50
GRÁFICO 10 Existe qualquer razão pela qual você deveria evitar atividades físicas.....	51
GRÁFICO 11 Atividades Físicas Habituais - masculino	52
GRÁFICO 12 Atividades Físicas Habituais - feminino	53

LISTA DE PENTÁCULOS

	Pág
Pentáculo 1 Perfil do estilo de vida dos professores do curso de Educação Física	61
Pentáculo 2 Perfil do estilo de vida dos professores do curso de Nutrição.....	61
Pentáculo 3 Perfil do estilo de vida dos professores do curso de Fisioterapia.....	62
Pentáculo 4 Perfil do estilo de vida dos professores do curso de Odontologia.....	62
Pentáculo 5 Perfil do estilo de vida dos professores do curso de Psicologia.....	63
Pentáculo 6 Perfil do estilo de vida dos professores da área de saúde por gênero.....	64

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 1- Carta de Apresentação.....	77
ANEXO 2- Termo de Consentimento.....	77
ANEXO 3- Questionário de Prontidão para Atividade Física (Q-PAF).....	78
ANEXO 4- Questionário de Atividades Físicas Habituais.....	79
ANEXO 5- Perfil do Estilo de Vida Individual.....	80

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo traçar o perfil do estilo de vida dos professores dos cursos da área de saúde (Educação Física -EF, Nutrição -N, Fisioterapia - F, Odontologia - O e Psicologia - P) da Universidade Católica de Brasília.

A amostra foi composta por 89 professores, divididos em grupos, de acordo com a habilitação específica em cada curso. Utilizou-se, como instrumento de pesquisa, três questionários com perguntas sobre a prontidão para atividades físicas (Q-PAF), atividades físicas habituais e o perfil do estilo de vida (Pentáculo do Bem-estar).

Os resultados demonstraram evidências de que a maioria dos participantes estão na faixa etária entre 30 e 40 anos, sendo 49% do gênero masculino e 51% do feminino. Em relação à prontidão para atividade física, verificou-se, que a grande maioria dos professores, encontram-se aparentemente aptos para praticarem atividades físicas leves e moderadas. Com relação aos hábitos diários de atividades físicas, observaram-se diferenças significantes ao nível de 5% do curso de Educação Física em relação aos demais, e não verificaram-se diferenças entre os cursos de Nutrição, Fisioterapia, Odontologia e Psicologia. Quanto ao perfil do estilo de vida, observou-se por meio do Pentáculo do Bem-estar, que os grupos são heterogêneos quanto as características pessoais. O curso de Educação Física, apresentou, o melhor padrão de qualidade de vida, quando considerados, os cinco componentes desse instrumento.

Infere-se que os professores da área de saúde da UCB necessitam incorporar no seu estilo de vida, atitudes relacionadas aos componentes observados, principalmente para as atividades físicas, como forma de promoção da saúde e conseqüentemente da qualidade de vida. Demostram ainda, pelo seu estilo de vida atual, que não existe uma coerência entre o conhecer, querer e agir.

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUÇÃO

A industrialização, o desenvolvimento tecnológico, juntamente com o crescimento e urbanização das cidades, ocorridos nos últimos séculos decorrentes das transformações religiosas, políticas, sociais, econômicas e tecnológicas, levaram as pessoas a mudarem seu estilo de vida, afastando-as cada vez mais da natureza e de seus hábitos naturais.

Este novo estilo de viver tem afetado consideravelmente a qualidade de vida das pessoas, observando-se uma inversão dos índices de mortalidade por doenças infecto-contagiosas para doenças crônico-degenerativas (GUEDES e GUEDES, 1995), como também para os agravamentos na relação homem-trabalho-ambiente (POLLOCK, WILMORE E FOX III, 1986, COSTA, 1990).

Ao observar o conforto propiciado pelo avanço industrial e tecnológico, ASTRAND e RODHAL (1987); POLLOCK, WILMORE E FOX III (1986), expressam sua preocupação, citando os prejuízos ao corpo causados pela diminuição das práticas habituais de atividade física, como a substituição de escadas, por elevadores e escadas rolantes; esportes por jogos eletrônicos, atividades físicas no lar, por enceradeiras, máquinas de lavar, microondas, etc. Os autores demonstram que ocorreu uma nítida diminuição das práticas de esforços físicos, ao mesmo tempo em que houve uma busca exagerada pela produção e eficácia por meios da racionalização e automação.

Vários estudos têm demonstrado a importância da atividade física regular, como meio de interferir positivamente na promoção da saúde (LEITE, 1986; ACSM, 1996; POLLOCK, WILMORE E FOX III, 1986; NAHAS, 1989-2001; TUBINO, 1981). Esses autores demonstram ser importante a compreensão dos conceitos de exercício físico, de atividade física e de como estes podem influenciar na prevenção de doenças crônicas degenerativas e da morte prematura, favorecendo um estilo de vida mais saudável.

Assim sendo, verifica-se que o estilo de vida depende de um conjunto de padrões de atitudes que caracterizam o *modus vivendi* de um indivíduo ou grupo (NAHAS, 2001). As pesquisas na área de comportamento humano indicam que a atitude de um indivíduo frente a uma determinada questão está diretamente relacionada com o nível de seu conhecimento frente a mesma (GUEDES E GUEDES, 1995).

Baseado nestas informações, a presente pesquisa objetivará a verificação do estilo de vida dos professores dos cursos da área de saúde da UCB, considerando os cinco fatores citados por (NAHAS, 2001), que possam intervir na mudança de comportamento, que são: fatores sócio-culturais; fatores biológicos; auto estima; oportunidades e experiências anteriores. Ao mesmo tempo será analisado se os professores apresentam padrões de condutas similares ao nível de conscientização da importância da atividade física como promoção da saúde, bem como da qualidade de vida; e, se colocam estes conhecimentos em prática, ou seja, o nível da prática da atividade física.

1.2 - OBJETIVOS

1.2.1 - Objetivo Geral

Identificar o perfil do estilo de vida dos professores da área de saúde da Universidade Católica de Brasília.

1.2.2 - Objetivos específicos

1.2.2.1- Caracterizar os professores por curso, por meio das variáveis, faixa etária e gênero;

1.2.2.2 - Verificar a existência de fatores limitantes para prática de Atividade Física;

1.2.2.3 - Verificar os níveis de Atividades físicas habituais, em relação às atividades ocupacionais e de lazer por curso;

1.2.2.4 - Verificar, por meio dos cinco componentes apresentados por NAHAS (2001), o perfil de estilo de vida dos professores da UCB, por curso.

1.3 - HIPÓTESE

Os estudos do comportamento humano têm demonstrado que a atitude de uma pessoa frente a uma questão está relacionada diretamente com o conhecimento desta questão. Para NAHAS (2001), o estilo de vida corresponde ao conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, valores e oportunidades das pessoas. Sendo assim, como todos professores são da área de saúde (educação física,

nutrição, fisioterapia, odontologia e psicologia) espera-se que não hajam diferenças, entre os grupos, para os hábitos diários de atividade física. Assim, tem-se:

H_0 = não haverá diferença significativa entre os grupos para os hábitos diários de atividade física ($\alpha=0,05$).

H_1 = haverá diferença significativa entre os grupos para os hábitos diários de atividade física ($\alpha=0,05$).

1.4 - RELEVÂNCIA DO ESTUDO

A realização deste estudo justifica-se considerando que:

- São vários os estudos (ASTRAND e RODHAL, 1987; LEITE, 1986; ACSM, 1996; POLLOCK, WILMORE e FOX III, 1986) que apontam para os benefícios de um estilo de vida saudável, aliado à prática regular de atividade física, respeitando-se os diversos fatores que predisõem ou dificultam as modificações comportamentais.
- Pode-se verificar na literatura que *"Pesquisas em diversos países, inclusive no Brasil, têm mostrado que o estilo de vida, mais do que nunca, passou a ser um dos mais importantes determinantes da saúde de indivíduos, grupos e comunidades"* (NAHAS, 2001.p.11).
- Baixos níveis de aptidão estão relacionados a fadiga prematura no trabalho e no lazer, além de apresentarem maiores riscos de desenvolverem doenças cardiovasculares (COSTA, 1990).

- Mayer, citado por POLLOCK e WILMORE (1993), destaca a necessidade de incorporação de hábitos alimentares saudáveis, aliados à atividade física, pois é demonstrado que a inatividade física é o fator mais importante no aumento do excesso de peso encontrado nas sociedades ocidentais.
- Corbin e Philip, citados por MARÇAL (1984), afirmam que a inatividade provavelmente seja a maior causa da obesidade quando comparado com o excesso de alimentos ou distúrbios glandulares; posteriormente Corbin et al., citados por MARÇAL (1984), revelam que uma percentagem de adultos gordos começam a ter problemas de gordura no ponto de suas vidas onde param com a prática regular de atividade física.
- OLIVIA e HALPERN (1992) destacaram as propriedades benéficas dos exercícios físicos tais como: elevação do nível das lipoproteínas de alta densidade (HDL); melhora da captação de glicose pelos músculos e melhora da vascularização coronariana, entre outros.
- As pessoas fisicamente mais ativas convivem com hábitos mais saudáveis, controlando assim os chamados fatores de risco para doenças coronárias (PEGADO, 1990).

Segundo PEREIRA (2000), os hábitos de vida habitual possuem relação direta na manutenção e melhoria dos padrões de saúde, portanto merecedores de estudos e investigações em comunidades e populações, principalmente dos profissionais da área de saúde, responsáveis pela disseminação das informações sobre os fatores associados ao estilo de vida para os futuros agentes de saúde.

Outro aspecto importante é verificar este perfil em uma população com o mesmo nível cultural e socio-econômico, pois estes fatores influenciam diretamente nas atitudes dos indivíduos (COSTA, 1990).

1.5 - QUESTÕES DE ESTUDO

- Existem diferenças entre gênero e idade dos professores da área de saúde da UCB?
- Existem fatores limitantes para a prática de atividades físicas por parte dos professores da área de saúde da UCB?
- Existem diferenças no nível de atividade física habitual (ocupacionais e de lazer) dos professores da área de saúde da UCB?
- Existem diferenças nos fatores: nutrição; atividades físicas; comportamento preventivo; relacionamentos e controle de estresse que, segundo NAHAS (2001), indicam o perfil do estilo de vida dos indivíduos?
- Qual é o perfil do estilo de vida do professor da área de saúde da UCB?

1.6 - DEFINIÇÃO OPERACIONAL DE TERMOS

Em virtude da utilização em situações variadas, e muitas vezes com significados diferentes, abaixo encontram-se os principais termos relacionados ao presente estudo. Devendo, portanto, serem entendidos conforme as respectivas conceituações:

- Atividade física - qualquer movimento corporal voluntário, executado no contexto do esporte, da brincadeira, do Jogo, do exercício, deslocamentos, atividades laborais, afazeres domésticos, etc. , com gasto energético acima dos valores de repouso.
- Aptidão física é um conceito multidimensional que reflete um conjunto de características que as pessoas têm ou desenvolvem. Esta relacionada com a capacidade da pessoa realizar uma atividade física sem excesso de fadiga (voltada para saúde) e/ou com excesso de fadiga (finalidade competitiva ou de performance).
- Estilo de vida - é um conjunto de ações diárias que refletem as atitudes e os valores das pessoas, sendo passíveis de mudanças ao longo dos anos.
- Estilo de vida ativo - é um conjunto de fatores bio-psico-sociais e ambientais que favorecem o hábito diário da prática de atividades físicas promovendo a diminuição dos fatores de risco relacionados saúde e qualidade de vida.
- Estilo de vida inativo - hábito diário, que exclui cada vez mais a prática de atividades físicas, favorecendo o surgimento de vários fatores de riscos relacionados à saúde e à qualidade de vida do indivíduo.
- Estilo de vida saudável - representa o conjunto de ações cotidianas que promovam o bem estar físico, mental, social, espiritual, etc, com menor ocorrência de fatores de riscos.
- Exercício físico - é uma ou mais formas da atividade física, planejada, sistematizada, dentro dos princípios do treinamento, visando à manutenção, desenvolvimento e/ou recuperação de um ou mais componentes da aptidão física.
- Fator de risco – grau de ocorrência de situações ou condições, ou combinação desses fatores, que contribuam para promoção de doenças.

- Risco absoluto - taxa ou incidência dos fatores de riscos que aparecem no grupo, em um dado período.
- Risco relativo - informa quantas vezes o risco é maior em um grupo.
- Risco atribuível - indica a diferença de incidências entre dois grupos, que possam ser atribuídas à exposição ao fator de risco.
- Saúde é o resultado do equilíbrio dinâmico do organismo do indivíduo e deste com o meio ambiente.
- Sedentarismo - estilo de vida que não inclui atividades físicas regulares, onde predomina o trabalho sentado e o lazer passivo. Sedentário é o indivíduo que tenha um gasto calórico semanal em atividades físicas inferior a 500 kcal (além do gasto basal).
- Estresse resposta integrada do organismo a qualquer estímulo ou ameaça, real ou imaginária, de origem interna ou externa, que provoque uma alteração da homeostase do organismo.
- Qualidade de Vida percepção individual sobre fatores relacionados à saúde, caracterizando um estado dinâmico de parâmetros fisiológicos, psicológicos, sociológicos, espirituais, culturais e ambientais que caracterizam as condições em que vive o ser humano

A definição operacional de termos foi elaborada a partir dos conceitos de diversas fontes (CASPERSEN et al, 1985; MATHEWS e FOX, 1986; BARBANTI, 1994; GUEDES. e GUEDES,1995; NAHAS, 2001).

CAPÍTULO II

2. REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo está dividido em tópicos e tem como finalidade fundamentar teoricamente a importância das atividades físicas e suas manifestações na vida do homem, principalmente na sua utilização ou não, dentro e fora do mundo do trabalho.

2.1 - Revolução Industrial, estilo de vida e atividade física

Desde a antigüidade, o homem busca alternativas para melhorar seu estilo de vida, favorecendo e favorecido pela melhoria do quadro geral de saúde (CARVALHO, 1995).

Devido à Revolução Industrial (1760-1860), houve uma grande mudança no estilo de vida do homem moderno. COSTA (1990) descreve que as atividades físicas eram responsáveis, na época, por cerca de 30% da energia utilizada nas fábricas e nas atividades agrícolas e, atualmente, nos países desenvolvidos, é gasto apenas 1%. Nos primeiros anos da Revolução Industrial, observou-se uma grande transformação social decorrente da utilização das máquinas e que, esta mudança, proporcionada pela mecanização, forneceu as bases do estilo de vida da civilização moderna.

A partir da Idade Média, com o surgimento dos "burgos", verificou-se o início da influência do poder econômico sobre o estilo de vida das pessoas. Segundo MOSQUEIRA e STOBBAUS (1984), o desenvolvimento atingido pelas famílias reinantes no Renascimento, firmou-se principalmente por meio do "protestantismo" e

seu espírito pragmático; posteriormente, a Revolução Industrial de consequência burguesa, onde verificou-se pela primeira vez, uma batalha ideológica entre o capital e o trabalho.

Com o decorrer dos anos a humanidade buscou e tem buscado, cada vez mais, a mecanização, criando um ambiente repleto de máquinas sofisticadas e seu funcionamento dependendo basicamente de apertar botões. MATHEWS (1979.p.5), ao criticar este processo de mecanização e sua influencia sobre o homem, destaca que "[...] *as atividades físicas se transformaram em funções do organismo humano que, com o passar dos dias, são consideradas cada vez mais importantes*".

POLLOCK, WILMORE e FOX III (1986) observam a assimilação, pela sociedade, deste estilo de vida inativo, a partir das grandes transformações proporcionadas pela Revolução Industrial, enfatizando que os indivíduos da população rural incorporaram ao seu estilo de vida ativo e saudável, um novo comportamento de ociosidade e de mau humor e, buscando nas cidades todo o "conforto" e facilidades proporcionadas pelos bens materiais.

HEMERITAS (1986) reconhece os benefícios da Revolução Industrial, porém chama a atenção para as desigualdades de oportunidades e benefícios, oriundos da prática de atividades físicas, quando relacionados com os diferentes níveis sociais.

Existem diferenças históricas sobre as manifestações de atividades físicas em sociedades industrializadas. Por exemplo, o hábito da prática de atividades físicas, assim como de outras manifestações do homem (arte, músicas, etc) dependem da cultura na qual este indivíduo está inserido. Observa-se ainda, um modelo de cultura de atividade física comum nos países do Ocidente, desde o final do século XIX até os dias atuais (COSTA,1990).

Parece existir uma relação de dependência entre a evolução das atividades físicas na sociedade e a economia desta mesma sociedade. LEFEBVRE (1971) cita a opressão dos jogos populares e festivais medievais, no período da Revolução Industrial e, que estes só não desapareceram, por serem praticados na clandestinidade. Os motivos desta opressão estão relacionados às causas religiosas, o que o autor chamou de "desprezo puritano pelos jogos". Porém, as manifestações de atividades físicas da aristocracia continuaram a expandir-se, por meio dos bailes, passeios, e atividades desportivas.

HARGREAVES (1986 p.58) faz referência de que as atividades físicas esportivas eram inicialmente organizadas para as classes dominantes e em suas escolas, posteriormente, espalharam-se pelas classes trabalhadoras, iniciando uma nova ideologia fundada em princípios de que : *"os esportes populares promovem harmonia entre as classes, promovem as qualidades marciais e de patriotismo, impedem a afeminação e a degeneração"*.

Percebe-se que o autor faz referência a uma forma de manipulação dos indivíduos pelas elites dominantes, uma vez que a transferência de valores é feita com objetivos de diminuir a busca por lazer não muito favorável para a imagem e saúde, como os bares, impondo, assim, valores de respeitabilidade e responsabilidade. Para o autor, as atividades físicas tinham a intenção de refazer e remodelar os indivíduos, segundo moldes das classes dominantes. De certa forma prevalece nesta fase a tese de Michael Foucault, em que as elites se preocuparam na disciplina e no controle social.

Para MAZO e GOELLNER(1990), citando Marx e Engels, o controle pelas classes dominantes representa a idéia de que os detentores do poder material

possuem meios para produção intelectual, submetendo os indivíduos às suas idéias, ou seja, detêm o poder intelectual, mesmo não representando necessariamente os hábitos e atitudes das classes dominantes.

ALTHUSSER (1987) descreve no âmbito da sociedade as formas em que se pode induzir e reproduzir os ideais das classes dominantes, seja pelos *aparelhos repressivos do estado* que usam a força, ou da imagem da força (polícias, prisões, exército, etc), seja pelos *aparelhos ideológicos do estado*, que buscam a preservação dos modelos sociais da elite (escola, igreja, meios de comunicação e a própria atividade esportiva).

As atividades relacionadas ao mundo do trabalho são consideráveis nos países industrializados, onde cada vez mais apresenta-se uma menor expectativa de vida útil, devido principalmente às doenças relacionadas ao trabalho. Segundo VERDUSSEM(1978), isso ocorre em função do desenvolvimento acelerado do processo de industrialização e seus efeitos sociais e econômicos. Esse processo tecnológico, para esse autor, está presente nos conflitos gerados pela busca do rendimento, o que leva o homem a uma atitude maquinicista, onde suas prioridades, enquanto ser humano, dão lugar à sua adaptação às máquinas, não observando as necessidades anátomo-fisiológicas individuais.

DANTAS (1995), observando a intensa industrialização e urbanização, descreve seus efeitos sobre o meio ambiente, afastando o homem cada vez mais da natureza e de seus hábitos naturais. Esse novo estilo de vida tem afetado consideravelmente o padrão de vida do homem, levando-o a uma maior incidência de doenças, designadas por MELLEROWICZ (1987) como doenças hipocinéticas e também conhecidas por doenças da civilização moderna.

ASTRAND e RODHAL (1987); POLLOCK, WILMORE E FOX III (1986) demonstraram preocupações pela nítida diminuição atividades laborativas do homem moderno, em função da exagerada busca pelo aumento da produção, racionalização e automação, principalmente no tocante à perda dos índices de aptidão física.

COSTA (1990), ao citar a Associação de Medicina do Trabalho do Brasil, descreve mudanças nos modos de produção, onde os indivíduos têm que utilizar equipamentos cada vez mais informatizados, ao mesmo tempo em que devem buscar uma constante capacitação. Isto resultou em um aumento na velocidade de decisão e tomadas de decisões, propiciando um grande nível de estresse.

Pode-se inferir que esse estilo de vida atual da sociedade é prejudicial à saúde, uma vez que não propicia alterações mínimas favoráveis para melhoria da aptidão física. LEITE (1986) corrobora afirmando que as atividades físicas do cotidiano como sentar, andar e levantar-se, não são suficientes para o desenvolvimento de uma capacidade física que aprimore as funções dos sistemas cardiorrespiratórios.

Observa-se, a partir dos posicionamentos dos especialistas, um grande número de evidências que demonstram uma relação direta entre o avanço tecnológico e a inatividade física, gerando um comportamento sedentário, característico do estilo de vida moderno, o qual ameaça o equilíbrio dos sistemas orgânicos do indivíduo e deles com o meio ambiente.

2.2 - Estilo de vida urbano

A partir da Revolução Industrial, o crescimento tecnológico influenciou uma reorganização espacial, onde cada vez mais os moradores do campo moveram-se

para os grandes centros urbanos em busca do trabalho, saúde, educação e conforto. No Brasil, pode-se observar a ocorrência do chamado êxodo rural, por meio dos dados apresentados por PEREIRA (2000), onde apenas um terço da população brasileira era considerada urbana em 1940, passando esta proporção para dois terços, em 1980 e três quartos em 1991. Esses dados (Quadro1) apontam para a necessidade de se observar e estudar as implicações nas condições de vida destas populações.

Quadro 1 - Proporção de população urbana nos recenseamentos demográficos do IBGE: 1940-1991

Ano	1940	1950	1960	1970	1980	1991
População (milhões de habitantes)	41.2	51.9	70.1	93.1	119.1	146.9
% urbana	31	36	45	56	68	75

Fonte: IBGE, citado por PEREIRA, 2000, p. 231.

Segundo POLLOCK, WILMORE E FOX III (1986), o conforto relativo propiciado pelas áreas urbanas (automóveis, aviões, telefones, computadores, máquinas de lavar e de passar, escolas, médicos, etc), diferentemente das expectativas de melhoria da qualidade de vida "total", levam, muitas vezes, os indivíduos a um estilo de vida sedentário, contribuindo assim com o aparecimento de um grupo de indivíduos, com sérios problemas em comum, como por exemplo: doença arterial coronariana, hipertensão, obesidade, ansiedade e depressão, e problemas de coluna. Além destes, outros fatores que se associam a hábitos como fumo, excesso e má qualidade da alimentação, consumo excessivo de álcool e estresse emocional, fazem-se presentes no cotidiano desta sociedade, levando muitas vezes à incidência dos problemas de saúde (emocionais, físicas e sociais).

De acordo com LAMB (1978, p 303), indivíduos que participam de atividades físicas regulares, *"são mais saudáveis e menos propensos a enfermidades do que*

aqueles que não o fazem". Esta visão acompanha pesquisadores que apontam vários motivos pelos quais os indivíduos buscam a prática de exercícios físicos. COSTA (1990) aponta para a redução do peso corporal, o aumento da força e estado psíquico da doença. Já LEITE (1990, p.47) cita que :

As razões vão desde aspirações políticas, conquista de status, corpo mais bonito, mais saúde e até esperança de retardar os processos degenerativos como avançar na idade e prevenir doenças cardíacas [...] higiene mental, quebra de rotinas fatigantes do trabalho, e obrigações familiares, fazer novas amizades e extravasar energia.

Vários estudos se destacaram como forma de evidenciar os benefícios terapêuticos da prática regular de atividades físicas como componente fundamental da aptidão física total dos indivíduos (MATEWS e FOX, 1986; COSTA, 1988; ASTRAND e RODAHL, 1987; LEITE, 1990; KATCH e McARDLE, 1996; McARDLE, KATCH e KATCH, 1998). Esses autores são unânimes em relatar os benefícios do exercício físico, desde que respeitadas as individualidades biopsicossociais, ao conceber o indivíduo como um ser complexo .

Segundo COSTA (1990), as contribuições do exercício regular, nos processos de prevenção e restabelecimentos dos processos degenerativos, foram objetos de estudos nos países economicamente desenvolvidos, onde existe uma grande preocupação das empresas públicas e privadas. Os resultados demonstraram que os trabalhadores obtiveram benefícios orgânico-funcionais, redução do percentual de gordura corporal, redução nos níveis de colesterol; da tensão arterial; das dores na coluna; da ansiedade e da depressão. Os ganhos da empresa foram caracterizados pelo aumento da produtividade (2 a 5%), redução dos acidentes de trabalho (20 a

25%), diminuição da rotatividade de pessoal (10 a 15%) e redução do absenteísmo (15 a 20 %).

O estilo de vida inativo, segundo DANTAS (1987), é aquele em que o indivíduo não realiza atividades físicas com frequência, volume e intensidade suficientes para manter ou melhorar seus níveis de aptidão física, independente da idade e da composição corporal. Com isso, têm-se indivíduos inaptos fisicamente, estressados, com hábitos nocivos à sua saúde, como o álcool, o fumo, excesso de ingestão alimentar, principalmente com alimentos ricos em gorduras.

MELLEROWICZ (1987) descreve os efeitos no organismo em decorrência da falta de atividade física, aliada à má alimentação e superestimulação nervosa, resultando em hipocinesias, que são produtos de uma série de modificações orgânicas e funcionais, em que são submetidos os vários órgãos. O autor enfatiza que a hipocinesia afeta principalmente os sistema músculo-esquelético, além do sistema cardiovascular e dos processos neurais de envelhecimento, dos indivíduos residentes em grande centros urbanos e com mais de 30 anos de idade.

A hipocinesia constitui uma carência relativa de movimento e a degeneração hipocinética leva a uma enfermidade característica da diminuição da capacidade funcional de vários órgãos e sistemas (LAMB, 1978; HOLLMANN e HETTINGER, 1989).

COSTA (1990), citando a Associação Nacional de Medicina do Trabalho, descreve que na década de 40 não se imaginava que se teria, como consequência da industrialização e urbanização, aumento de doenças relacionadas a este novo estilo de vida, inicialmente denominadas LER (lesões por esforços repetitivos), passou a ser chamada de Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho

(DORT). Estas enfermidades, estão sendo discutidas, atualmente, como, Afecção Músculo-Esquelética Relacionada ao Trabalho (AMERT).

LAMB (1978) destaca que estes distúrbios podem ser comparados aos demonstrados por indivíduos que se encontram acamados durante várias semanas ou meses, onde é comum apresentarem inúmeras disfunções orgânico-funcionais, com destaque para a osteoporose, atrofia muscular, perda de flexibilidade, degeneração cardiovascular, problemas respiratórios, alterações gastrointestinais, entre outros. DANTAS (1987) destaca que as hipocinesias mais graves são aquelas em decorrência às disfunções ou degenerescência dos sistemas respiratório e cardiovascular.

PEGADO (1990), numa perspectiva geral do quadro de saúde, demonstra que no Brasil, por volta de 1930, cerca de 10% dos óbitos eram relacionados a doenças cardiovasculares, enquanto que 45% ocorriam em virtude de doenças infecto-contagiosas. Já em 1980, este quadro se apresenta com os valores invertidos, predominando as doenças coronarianas (35%) sobre as infecto contagiosas (12%). No Quadro 2 (p.19), PEREIRA (2000) apresenta dados referentes ao número de óbitos e suas respectivas causas no período de 1930-1988, onde se percebe a tendência apontada por Pegado anteriormente.

Essa inversão no quadro de saúde do brasileiro pode ser melhor compreendida, observando-se as diferenças nas condições ambientais. Inicialmente houve um grande avanço nas condições médico-sanitárias, como conseqüência, observou-se a redução da incidência de doenças infecto-contagiosas. Por outro lado o estilo de vida inativo, conseqüente dos avanços industriais e tecnológicos, favoreceu o aumento dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares.

Quadro 2- Perspectiva geral do quadro de saúde no Brasil 1930-1988
Percentual de óbitos por grupos e causas

Causa	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1988
<u>Infecciosas e parasitárias</u>	45.6	43.5	35.9	25.9	15.7	11.8	7.1
Neoplasmas	2.7	3.9	5.7	8.1	9.7	10.4	11.7
<u>Aparelho circulatório</u>	11.8	14.5	14.2	21.5	24.8	32.1	34.5
Aparelho respiratório	11.5	12.1	9.1	8.0	9.0	10.1	10.5
Complicações na Gravidez	1.0	0.9	0.6	0.6	0.3	0.3	0.3
Externas (violência e acidentes)	2.6	2.4	3.3	4.8	7.5	11.8	14.3
Demais causas	24.8	22.7	31.1	31.1	33.0	23.5	21.6
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: 1930-1970: Radis 1982 e 1980-1988: Ministério da Saúde, Estatística de Mortalidade no Brasil. Adaptado de PEREIRA (2000 p.177)

Atendo-se às patologias cardiovasculares, LEITE(1986) cita que o sedentarismo tem sido apontado como o fator responsável pelo crescente índice de mortalidade, tendo como causa a cardiopatia coronariana aterosclerótica (CCA).

Nesse sentido, PEGADO (1990) esclarece que a doença coronariana é de origem multifatorial, devendo ser considerados os fatores de risco tais como: colesterol elevado, excesso de triglicerídeos, diabetes, antecedentes familiares ou carga genética. Segundo esse autor, a possibilidade de um indivíduo adquirir esta doença futuramente dependerá dos fatores de risco a que ele estiver exposto ao longo de sua vida.

LAMB (1978) demonstra que a doença arterial coronariana (DAC) pode iniciar sua manifestação já na infância e que os esforços preventivos para a doença, incluem, além da incorporação do hábitos de praticar atividades aeróbias; a diminuição do consumo de gordura animal; manutenção de baixos níveis de colesterol e triglicerídeos no sangue; controle da hipertensão arterial e não fumar. A carência de exercícios, a obesidade, o diabetes e os fatores hereditários, para o

autor, são elementos menos importantes do que os quatro fatores citados anteriormente.

Atualmente, os problemas cardiovasculares tornaram-se o centro das investigações das doenças da modernidade e, já foi estudada e comprovada a íntima relação entre as patologias cardíacas e a atividade física. No entanto, apesar de este estilo de vida inativo representar um expressivo fator de risco para os cardiopatas, os outros fatores, citados anteriormente, contribuem efetivamente para este mal (POLLOCK, WILMORE E FOX III, 1986).

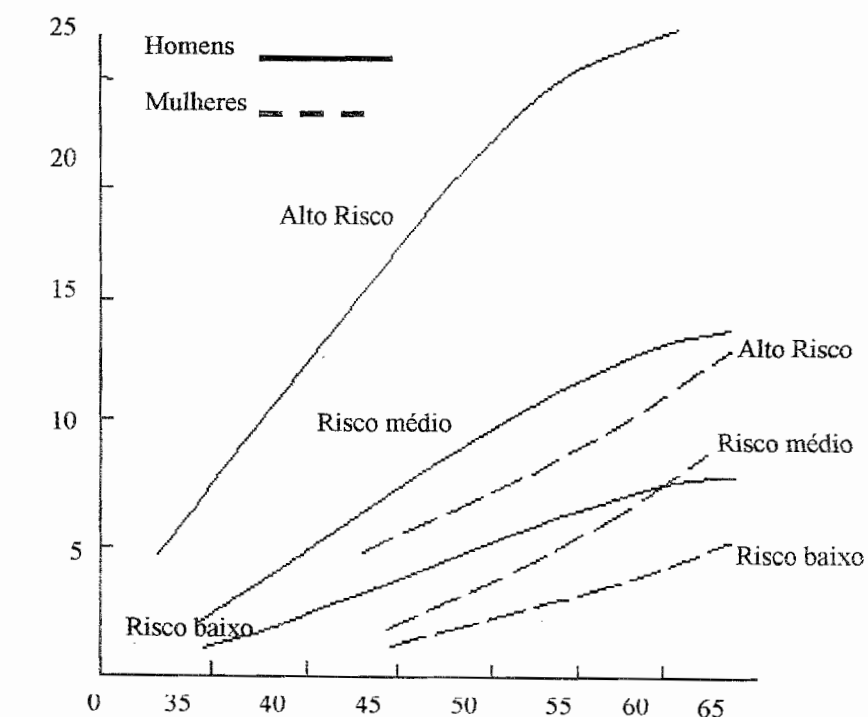
Aparentemente invisíveis, esses fatores de risco estão no dia-a-dia das pessoas, na medida em que seus estilos de vida resultam em diminuição das funções orgânicas devido à falta de estímulo adequado a determinados sistemas ou órgãos. Esta passividade fica evidente no posicionamento de Santos, citado por FARIA Jr. (1990,p.105):

"Atingimos a idade sentada, com a conseqüente degeneração postural e tonicidade muscular, propiciando o abaixamento do nível funcional cardiovascular, respiratório, digestivo, levando uma degeneração mais rápida e um envelhecimento precoce e isto, quando a média da longevidade aumenta. Paradoxalmente a civilização nos oferece mais anos de vida, em piores condições, desde cedo."

BRAUNWALD (1987) cita outros fatores invisíveis relacionados com o desenvolvimento da aterosclerose como a pressão sistólica, os níveis de colesterol sangüíneo, a intolerância à glicose e o tabagismo. Na figura 1(pagina 21), observa-se, segundo esse autor, a probabilidade de desenvolver a DAC, em 8 anos, de acordo com gênero e idade. O autor chama a atenção para a importância de se descobrirem, o mais cedo possível, aqueles homens e mulheres com maiores chances de desenvolverem essa doença. Isto é fundamental para adoção de

medidas preventivas, entre elas, quando possível, a prática de atividade física regular, porém ressalta que qualquer medida feita isoladamente pode não refletir sobre outros possíveis fatores de risco. O mesmo autor, baseando-se nos estudos de Wood e Williams, comenta não haver dados sobre a melhoria da função do miocárdio e da circulação coronariana, ou se seu efeito protetor atuaria por meio de alterações de outros fatores de risco.

Figura 1 - Probabilidade de desenvolver DAC em 8 anos de acordo com gênero, idade e categoria de risco.



Fonte: Adaptado de Framingham Heart Study, citado por BRAUNWALD, 1987, p. 1180.

MATSUDO (1998) descreve que o efeito preventivo provocado pela atividade física ocorre indiretamente, ou seja, em função da ação sobre os outros fatores de risco diretamente relacionados à DAC como, a redução nos níveis de colesterol sanguíneo, redução do peso corporal gordo, melhoria no estado de humor, na diminuição dos sintomas de depressão e ansiedade.

COSTA (1988), através da análise multifatorial de quase 3000 homens, também demonstrou uma relação inversa entre a forma física, o peso, o percentual de gordura corporal, os níveis sanguíneos de colesterol, triglicerídeos e glicose, e os valores de pressão arterial. Descrevendo outro estudo com 2.854 mulheres, o mesmo autor, conclui haver uma relação positiva entre o estilo de vida ativo e a presença de fatores de risco para doença coronária. Para o autor, além da melhoria da capacidade de esforço, da qualidade de vida e da redução do risco de doença coronariana, o exercício físico prolongado proporciona a redução dos valores da tensão arterial. Isto foi evidenciado em um estudo de 105 casos, o treino aeróbio (correr 3 Km por dia) baixou os valores da pressão arterial média em cerca de 15 mmHg, possibilitando a suspensão da terapêutica medicamentosa em mais da metade dos doentes.

PEREIRA (2000), demonstrando sua preocupação pela multiplicidade das causas relacionadas às doenças crônico-degenerativas, apresenta uma relação dos principais fatores de riscos (Quadro 3, p22). Segundo o autor, esse tipo de doença é resultado de um processo multifatorial, gradativo e cumulativo, que é explicado por uma inter-relação complexa entre fatores hereditários e não hereditários. Desta forma, busca-se a identificação não de um agente, como se faz nas doenças infecciosas, mas dos fatores de risco associados ao aparecimento de doenças. Enfatiza o autor que o mais importante para manter ou melhorar o quadro geral de saúde é detectar a intensidade da exposição das pessoas a esses agentes e fatores de risco, propiciando assim ações que possibilitem eliminar ou atenuar um desses fatores, pois cada um deles tem repercussão sobre mais de uma doença crônica.

Quadro 3 - Relação dos principais fatores de riscos e agravos à saúde de natureza crônico-degenerativa

Fatores de risco	Doenças
<ol style="list-style-type: none"> 1. História familiar de doença crônica 2. Estresse/tipo de personalidade 3. Vida sedentária/falta de exercício 4. Dieta inadequada <ul style="list-style-type: none"> • Excesso de colesterol • Excesso de gordura saturada • Excesso de determinados elementos/nutrientes 5. Hipercolesterolemia 6. Obesidade 7. Hábito de fumar 8. Hipertensão arterial 9. Exposição a agentes específicos (radiação solar, álcool, mercúrio, etc. 	<ol style="list-style-type: none"> A- Coronariana B- Cerebrovascular C- Câncer D- Diabetes E- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) F- Cirrose

Fonte: Adaptado de PEREIRA (2000, p.485)

2.3. – Estilo de vida e suas implicações para a saúde

Segundo PEREIRA (2000), a importância, da incorporação, de hábitos saudáveis como forma de interferir favoravelmente na saúde, é preocupação antiga. O autor aponta uma série de estudos sobre a relação entre atitudes e doenças, iniciando seu enfoque a partir de Hipócrates, há mais de 2500 anos, vindo até os dias atuais. Na concepção do autor, para compreender o que vem a ser saúde, deve-se inicialmente observar sua relação com a capacidade adaptativa do homem ao meio ambiente em que vive, sendo a doença, um desequilíbrio desta adaptação, resultante da complexa interação dos vários fatores de riscos relacionados ao estilo de vida, como as doenças crônico-degenerativas, acidentes e violência. Esse autor cita como fatores associados ao estilo de vida, alimentação inadequada, pouca atividade física, hábitos de fumar, uso de drogas e promiscuidade sexual.

Segundo o mesmo autor, observa-se que outros fatores estão relacionados à inatividade física como a obesidade, a doença coronariana e problemas de coluna

vertebral. Estes fatores são influenciados pelo tipo de trabalho, predominantemente, em escritórios e lojas, automatizados e informatizados, excesso de horas à frente da televisão e/ou computadores, e a impossibilidade de acesso aos locais para prática de atividades recreativas, esportivas e de lazer, seja por falta de segurança ou mesmo pela inexistência destes locais, características dos grandes centros urbanos.

POLLOCK, WILMORE e FOX III (1986) destacam, que além da doença arterial coronariana, problemas comuns e sérios como a hipertensão arterial, a ansiedade e depressão, problemas de coluna, entre outros, têm sido relacionados direta ou indiretamente à falta de atividade física. Os autores observam que a o estilo de vida inativo, juntamente a inadequados hábitos alimentares, podem ser a causa principal de outra anormalidade, a obesidade.

Conforme KATCH e MCARDLE (1990), até bem pouco tempo era comum acreditar-se que a principal causa do aumento de peso progressivo era simplesmente um problema de excesso de ingestão calórica. No entanto, os autores registram que existem outros fatores, entre os quais se incluem influências genéticas, ambientais, psicológicas e sociais, que estimulam a instalação de tal desequilíbrio. Descrevem ainda que o excesso de peso é produto de um desequilíbrio entre o número de calorias ingeridas e o de calorias gastas nas atividades físicas.

A obesidade é vista atualmente como uma doença multifatorial, provocada por desequilíbrios entre estes. Para POLLOCK, WILMORE E FOX III (1986), esse desequilíbrio é um sério fator de risco para a doença cardiovascular, em especial a doença arterial coronariana (DAC) e a hipertensão arterial. MATHEWS e FOX (1986) também apontam para a relação entre obesidade e doença cardiovascular e

descrevem a necessidade de uma mudança no estilo de vida para a redução dos vários fatores de riscos.

A partir da década de 90, parece ter-se elevado o número de pessoas que passaram a praticar exercícios físicos. Os motivos são os mais variados possíveis. Segundo COSTA (1988), incluem-se como principais objetivos da procura da prática de exercícios físicos a ocupação de tempos livres e as atividades de lazer, a redução do peso, o aumento da capacidade de esforço e a prevenção ou reabilitação física ou psíquica da doença. Além de reverter o quadro desfavorável das hipocinesias, esta nova atitude de vida pode aumentar a expectativa, e a qualidade de vida dos indivíduos (NAHAS, 2001).

BARBANTI (1985) coloca que muitos indivíduos se exercitam visando melhorar sua aparência física, outros, para melhorar a saúde ou mesmo pelo simples prazer de se exercitar. Malinowski, citado por BECKER Jr. (1985), diz que o movimento é uma necessidade básica do organismo humano. Já Shepard, citado por VOGEL et al (1978), explica que a prática regular de atividade física melhora o condicionamento físico, provocando uma sensação de bem-estar físico, emocional e social, tendo como consequência um maior rendimento nas atividades laborativas.

ASTRAND e RODAHL (1987) relatam que um dos estudos pioneiros visando a estabelecer a relação entre a inatividade física e as doenças cardíacas foi realizado por Morris e Colab. Em 1954, tal investigação procurou comparar a incidência de doenças cardiovasculares entre motoristas e cobradores de ônibus urbanos de dois andares. Uma análise ergonômica demonstrou que a atividade ativa do cobrador, ao ter que andar fazendo cobrança, pelos dois andares dos ônibus, em relação à

inatividade física dos motoristas, apontaram como resultados uma maior ocorrência destas doenças nos motoristas.

Segundo Antonelli, Scott, Layman e Lawther, citados por BECKER (1985), a atividade física e o desporto servem como canais de escoamento das tendências anti-sociais. Dentro de uma abordagem psicossomática, e citando Layman, o autor entende que à medida que o sujeito vai se tornando mais forte e resistente fisicamente, o mesmo ocorre na área psíquica, pois as duas áreas são indissociáveis.

No intuito de correlacionar os níveis de determinados fatores de risco e o nível da capacidade aeróbia, PEGADO (1990) diz que a média de percentual de gordura em pessoas com boa capacidade aeróbia é de (15%), enquanto aquelas com baixa capacidade aeróbia é superior (23%). Essa diferença é estatisticamente significativa, sendo nítida a relação inversa entre a capacidade aeróbia e o percentual de gordura. Valores semelhantes foram encontrados por BARA FILHO et al (2000), em uma amostra de professores de Educação Física.

Percebe-se que a maioria dos estudos evidenciam conclusões favoráveis, mostrando que a atividade física regular melhora a capacidade funcional do organismo, ao mesmo tempo em que favorece a incorporação, forma prazerosa, de hábitos positivos que influenciam nos fatores determinantes do estilo de vida.

Ao relacionar a busca da satisfação das carências pessoais, DANTAS(1999) observa que é fundamental ir além do prazer propiciado pelas atividades físicas, devendo-se buscar o bem-estar físico, mental e social, como promoção da qualidade de vida. Já MADUREIRA (2001) aponta para outro fator de bem-estar, que deve ser

levado em consideração, ou seja, o bem-estar espiritual, ao mesmo tempo em que propõe a não utilização do termo qualidade de vida, em função do seu caráter estritamente pessoal e exemplifica: apesar de se sentir com uma ótima qualidade de vida, um indivíduo poderá apresentar alguns fatores que, sob a ótica do observador, não condizem com sua opinião pessoal de bem-estar. O autor sugere a utilização de um sexto componente, para se avaliar a qualidade de vida, o bem-estar espiritual, desta forma propõe a utilização de um hexagrama no lugar do pentágulo.

2.4 - Atividade física, aptidão física e saúde

Baseado na concepção de saúde já descrita anteriormente, apresentam-se a seguir alguns fenômenos que podem auxiliar na compreensão do papel do professor como agente de saúde.

TIRIBA e BARRADAS (1994) descrevem a necessidade da conscientização por parte dos profissionais de ensino, de perceber e valorizar o ser humano de forma integral. Que busquem meios que possibilitem equilíbrio entre seus pensamentos e sentimentos, valores e atitudes, observando-se as estruturas sociais e políticas na quais está inserido. Para Fritjof Capra, citado pelas mesmas autoras, todo desequilíbrio é gerado pelo sistema social, incluindo a competição exagerada, a necessidade de auto-afirmação que, na maioria das vezes, encaminha o indivíduo a crises sociais e existenciais, impedindo desta forma que seja capaz de compreender que a atividade física é uma necessidade vital, e que por meio dela os seres humanos podem conhecer a si próprios e a realidade à sua volta.

Este processo de alienação foi interpretado por Mezário, baseado nas idéias de Max, citado por TIRIBA e BARRADAS (1994), trata da existência de quatro

aspectos principais, para o processo de alienação: "1) o homem está alienado da natureza; 2) está alienado de si mesmo (de sua própria atividade); 3) de seu 'ser genérico' (de ser membro da espécie humana) e 4) o homem está alienado do homem (dos outros homens)."

Os estudos de TIRIBA e BARRADAS(1994), evidenciam que a ação do profissional "educador" é fundamental para a adoção de um estado crítico frente às novas necessidades. Para tanto, deve-se propiciar ao indivíduo, mediante integração corpo-razão-emoção, buscar de forma crítica e criativa, inteligente e principalmente cooperativa, a capacidade de sentir, pensar, e agir.

Sob a ótica do que NAHAS (2001) chamou de "conhecer, querer e agir", sendo esta tríade fundamental para a mudança de estilo de vida, apresenta-se o que seria o caráter utilitário da atividade física. Segundo PRIETO (1979), deve-se ter consciência de duas questões básicas: se a atividade física é utilizada como um resultado em si mesmo ou se é um meio para se alcançar outros fins.

BETTI (1988) também compartilha dessa linha de pensamento, ao demonstrar que a atividade física, por meio do esporte, tem sido usada como meio para se atingirem determinados fins inerentes ao indivíduo. Como exemplo, o autor cita seu uso na tentativa de solução de problemas sociais (drogas, criminalidade, etc.), como um derivativo para o instinto agressivo, como um meio de alívio para o "stress" dos grandes centros urbanos, como forma de treinamento para o trabalho industrial e até mesmo como forma de promoção da paz mundial e repressão da sexualidade.

HARGREAVES (1986) descreve sua preocupação com o uso das atividades físicas esportivas nas sociedades modernas, pois estas apresentam um caráter muito mais de controle do que de benefícios sociais. Neste sentido, HOBBERMAN (1984)

descreve que os interesses dos indivíduos retratam os interesses sociais, uma vez que são contaminados por estes. Esse autor observa ainda que existem múltiplas possibilidades de utilização da atividade física, principalmente as relacionadas ao esporte, em função de fatores político-ideológicos, uma vez que na sociedade atual essas atividades serão sempre oferecidas e organizadas em virtude de intenções pessoais, bem como de políticas empresariais e governamentais.

DANTAS (1999) apresenta cronologicamente como as atividades físicas foram utilizadas nas questões voltadas para a saúde. Com a finalidade de se promover saúde, sempre estiveram associadas a determinados paradigmas. Nos anos setenta, o modelo de atividade física e performance cedeu lugar ao de atividade física e saúde, nos anos oitenta, quando o termo aptidão física foi bastante utilizado. Percebe-se que o modelo atual aponta para um novo paradigma, ocorrido nos anos noventa quando o principal objetivo não estava centrado nos benefícios que as atividades físicas poderiam propiciar aos praticantes, o que importava eram os lucros das grandes empresas, que vêem os indivíduos como meros consumidores, o que se acentua em face do processo de globalização e *marketing*.

NAHAS(2001) chama a atenção para o caráter multifatorial do termo atividade física e qualidade de vida. Sendo assim, várias questões pessoais devem ser levadas em consideração ao analisar-se o estilo de vida, principalmente aquelas relacionadas ao conhecer, querer e agir, pela prática de atividades físicas, mas também na compreensão das intenções e finalidades destas práticas, segundo os esquemas político-ideológicos preestabelecidos.

DANTAS (1999) apresenta a hierarquização das necessidades básicas do indivíduo, identificadas por Masllow (Quadro 4), destacando que ele só buscará

satisfazer uma necessidade classificada em um nível superior quando a anterior estiver sido saciada. Psicologicamente, segundo o autor, citando Ausubel et al, o indivíduo deverá estar motivado para esta mudança de nível, sendo que essa motivação pode estar relacionada com suas prioridades, podendo ser de caráter de subsistência, conforto, diversão, novidades; expansão do ego e auto-respeito.

QUADRO 4- Hierarquização das necessidades do homem

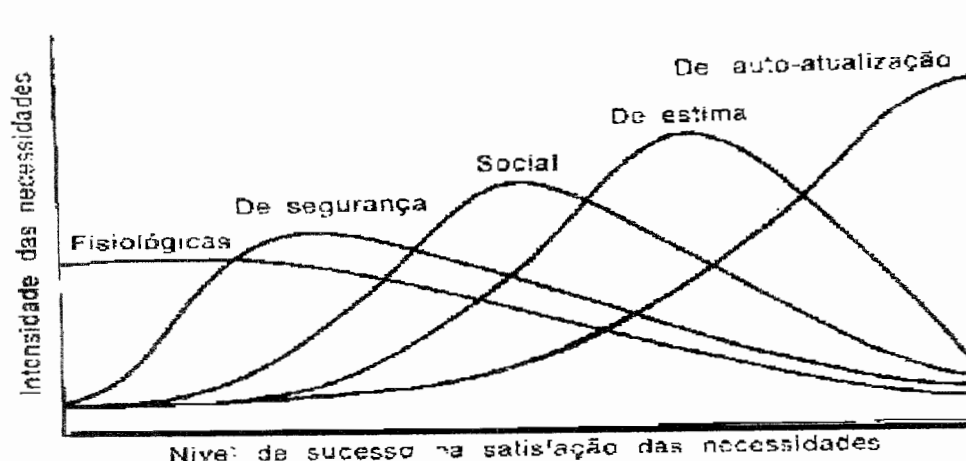
NECESSIDADES	ESPÉCIE
1. Fisiológica 2. Segurança	Básica
3. Afeição 4. Auto-estima	Meta - Necessidade
5. Auto-realização	Secundária

Fonte: Maslow (1973), (citado por DANTAS 1999,p 12)

Complementando as informações dadas anteriormente por Dantas, pode-se citar os estudos de CHIAVENATO (1980 p.85), sobre Maslow, dizendo que este procurou desfazer o mito de que é preciso satisfazer totalmente determinado nível de necessidade para que o nível superior possa tornar-se potencializado. Desta forma o ponto mais alto de cada nível de satisfação ocorre antes de o próximo nível tornar-se dominante (Figura 2, p30). O autor comenta ainda que:

[...] O comportamento do indivíduo é influenciado simultaneamente por um grande número de necessidades concomitantes, porém as necessidades mais elevadas têm uma ativação predominante em relação às necessidades mais baixas. [...] Porém se alguma necessidade mais baixa deixar de ser satisfeita durante muito tempo, ela se torna imperativa, neutralizando o efeito das necessidades mais elevadas.

Figura 2 - Nível de realização ou de crescimento pessoal



Fonte : Original David Krech, Richard S. Crutchfield e Egerton L. Ballachey, *the individual in Societ*, New York, McGraw-Hill, 1962, p.77. Citado Por CHIAVENATO, 1980, p. 85.

Analizando-se os estudos de BÖHEME (1993, p.53), sobre aptidão física, percebe-se a possibilidade de se utilizar a atividade física para alcançar os vários níveis de necessidades descritos por Maslow, principalmente sobre os aspectos físicos, sociais e psicológicos. A autora destaca ainda existirem várias possibilidades de utilização do termo aptidão física dependendo do objetivo proposto. Utilizando-se dos estudos de Hebbelink, descreve:

[...] a aptidão física se refere à totalidade bio-psico-social do homem, ou seja, ao fato do indivíduo estar apto para todas as suas necessidades do ponto de vista biológico, psicológico ou social, levando-o a uma integração adequada no seu meio ambiente.[...] é o resultado da interação das características genéticas com o meio ambiente e relaciona-se diretamente com a constituição, ou seja, com o Fenótipo do indivíduo.

A expressão "Aptidão Total" surgiu como sendo uma integração das aptidões física, emocional, social e intelectual. Para BARBANTI (1990), a aptidão num sentido global é caracterizada por uma excelente disposição sob o aspecto intelectual, social,

emocional e físico, onde aparece sobretudo a atuação dessas quatro dimensões influenciando-se mutuamente.

Nieman, citado por BARBANTI (1990, p.12), sugeriu a seguinte definição para o termo Aptidão Física:

É um estado dinâmico de energia e vitalidade que permite a cada um não apenas realizar as tarefas diárias, as ocupações ativas das horas do lazer e enfrentar emergências imprevisíveis sem fadiga excessiva, mas também ajuda a evitar doenças hipocinéticas, enquanto funcionando no pico da capacidade intelectual e sentindo uma alegria de viver.

LEITE (1990), baseado nos estudos de Rizzo, chama a atenção para a necessidade da adequação deste conceito de aptidão física total, devendo-se observar também outros aspectos que influenciam o estilo de vida ativo, como o componente social e psicológico. O autor esclarece que este indivíduo deverá estar, além de fisicamente apto, ajustado socialmente.

Segundo MOREHOUSE e MILLER (1976), a palavra isolada "aptidão" envolve uma relação entre uma tarefa a ser realizada e a capacidade individual para executá-la, caso consiga, é considerado apto e, caso contrário, inapto. Em relação às atividades da vida diária, têm-se basicamente dois critérios: a capacidade de execução das atividades com eficiência e sem fadiga, e a sua capacidade de recuperação.

BARBANTI (1990) divide os componentes da aptidão física em dois grupos: um, relacionado às habilidades esportivas e outro relacionado à saúde e à qualidade de vida. No primeiro, busca-se evidenciar ao máximo os vários componentes necessários para a prática de alto rendimento, observando-se a especificidade de cada modalidade e a individualidade do atleta, além dos equipamentos, os aspectos

técnicos, fisiológicos, psicológicos, biomecânicos, etc. Esse autor comenta que capacidades como, velocidade, força, agilidade, potência muscular, apesar de serem fundamentais, por exemplo, para o basquetebol competitivo, não serão necessárias se o objetivo principal é a saúde funcional. Neste aspecto, apresenta-se o segundo componente, a aptidão física relacionada à saúde (AFRS), o qual tem como característica desenvolver e/ou manter os níveis da resistência cardiorespiratória, da força/resistência muscular, da flexibilidade e da composição corporal (AAHPERD, 1980). A manutenção ou melhoria destes componentes depende diretamente da quantidade e qualidade das atividades físicas (MATHEWS, 1979; TUBINO, 1981; DANTAS, 1990; ELLIOT e MESTER, 2000).

Vários estudos são citados por FREITAS JÚNIOR (1995), acerca dos efeitos da atividade física sobre a AFRS. Para o autor, a maioria destes estudos inclui comparações com a duração da vida entre estudantes desportistas e pessoas em geral. Mostram que os estudantes desportistas viveram aproximadamente 2 anos mais que a população em geral. Entretanto, devido às melhores condições médicas, nutricionais e de trabalho, tidas pelos estudantes graduados, tais estudos não são muito úteis para determinar efeitos dos exercícios na longevidade. Ao mesmo tempo em que destaca que a saúde é um dos principais fatores determinantes da qualidade de vida, LAMB (1978) comenta não existirem experimentos que confirmem a hipótese de que o exercício físico, realizado regularmente pode influenciar a longevidade.

LAMB ainda argumenta que o exercício físico regular desempenha um papel muito mais importante em relação à qualidade de vida, do que em relação ao aumento da expectativa de vida. No entanto, para o autor, é muito difícil realizar

experimentos dessa natureza, pois homens e mulheres que se exercitam regularmente, o fazem voluntariamente quase sempre devido ao fato de estarem conscientes de que a atividade física melhora a qualidade de vida.

No entanto, as pesquisas atuais apontam que um estilo de vida fisicamente ativo (prática regular e sistemática de exercícios físicos), poderia aumentar a esperança de vida. BORMS (1988) cita as pesquisas de Paffenbarger et al, em que observaram, entre os sujeitos praticantes de exercícios físicos, a taxa de mortalidade de 28% menos em relação aos não praticantes, e uma expectativa de vida superior de 1 a 2 anos.

KATCH e McARDLE (1990) apresentam dados de uma pesquisa sobre o estilo de vida e os hábitos de exercícios de 17.000 alunos de Harvard, que ingressaram na universidade entre 1916 e 1950. Os resultados fornecem fortes evidências de que os exercícios aeróbios moderados, equivalentes a 4.5 Km diários, promovem uma boa saúde e indicam a possibilidade de se acrescentar alguns anos à vida.

JÜRGEN PALM (2000, p.6), comentou sobre as possibilidades de se beneficiar o indivíduo, em termos de mudança de estilo de vida, por meio de atividades físicas não formais, onde o objetivo básico seria a busca do prazer pela prática de atividades físicas. Ressaltou ser fundamental a participação ativa dos profissionais da área de saúde, para que estas propostas possam ser atingidas. Destacando que:

Então se você até agora não experienciou a visão prioritária em nosso trabalho, ela pode se tornar clara agora: nós somos trabalhadores no jardim da saúde. Ajudando os indivíduos em nossa sociedade com maior conhecimento, idéias, motivações e chances de participação em atividades físicas regulares e moderadas nós estamos adicionando qualidade de vida para suas

próprias existências e por isso, para a prosperidade de nossas nações.

Sendo assim, a identificação do estilo de vida individual pode auxiliar no processo auto-conhecimento e da conscientização do papel do profissional de saúde, enquanto Homem, que influencia e é influenciado por suas ações, pelo grupo e pelo ambiente em que vive. Desta forma poderá, além da identificação, intervir sobre os vários fatores de risco, principalmente sobre aqueles os quais têm controle. Isto poderá possibilitar a mudança de estilo de vida, de inativo o ativo, obtendo assim, melhoria no quadro geral da qualidade de vida (PEREIRA, 2000).

Desta forma, foi possível verificar, pela literatura consultada, a importância das atividades físicas/exercícios físicos, no estilo de vida dos indivíduos, como fator fundamental para melhoria da qualidade de vida.

CAPÍTULO III

3. 1 - MATERIAL E MÉTODO

3.1.1 Caracterização da pesquisa.

Esta pesquisa caracteriza-se como descritiva, formulada através de estudo transversal, visando identificar e comparar o estilo de vida e os hábitos diários de atividades físicas dos professores dos cursos da área de saúde da Universidade Católica de Brasília (UCB), nomeadamente: Educação Física (EF); Nutrição (N), Fisioterapia (F); Odontologia (O) e Psicologia(P).

3.1.2 População e amostra

Descreve-se a seguir a população, bem como o processo para escolha da amostra.

3.1.2.1 População

Do universo de 248 professores pertencentes aos cursos da área de saúde, nas diversas áreas curriculares, da Universidade Católica de Brasília, foi retirada, para compor esta pesquisa, a população 100 professores cuja formação coincida com o curso (Quadro 5, p.38). Por exemplo: dos 76 professores lotados no curso de Educação Física(EF), só constam na população do estudo, aqueles com formação em EF. Os professores com mais de uma formação foram alocados no curso com maior dedicação, desta forma cada indivíduo só aparece em um único curso.

Quadro 5 - Número de docentes por curso e respectiva área de formação

CURSO / GÊNERO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	população	amostra	população	amostra	população	amostra
Educação Física (EF)	22	20	5	5	27	25
Nutrição (N)	2	1	9	8	11	09
Fisioterapia (F)	9	9	6	6	17	15
Odontologia (O)	8	7	4	3	12	10
Psicologia (P)	8	7	26	23	34	30
					100	89

3.1.2.2 Amostra

Como demonstrado no quadro 5, a amostra, foi composta por professores com formação específica em cada um dos cursos da área de saúde. Devido ao número de sujeitos da população ser pequeno nos grupos, optou-se por trabalhar com todo grupo. Porém, como forma de garantir um certo sigilo nas informações prestadas, adotou-se o procedimento de destacar, aleatoriamente, dois sujeitos de cada grupo, critério que não foi adotado no grupo (P). O pequeno número de docentes nos grupos (N) e (O) deve-se ao fato de estes cursos terem sido criados recentemente, estando os mesmos no quarto semestre. Por ser de caráter voluntário e por ter sido encontrada uma certa resistência por parte de alguns docentes para este tipo de estudo, não foi possível trabalhar com todo grupo. Desta forma não houve necessidade de se excluírem sujeitos da amostra do grupo (P).

3.1.3 Instrumentos

Foram utilizados, como instrumentos básicos, três questionários:

- 1º - questionário para Prontidão de Atividade Física (Q-PAF), o qual permite avaliar se uma pessoa necessita de um exame médico antes de iniciar a prática de atividades físicas. Desenvolvido pelo Ministério de Saúde do Canadá para indivíduos

entre 15 e 69 anos de idade, originalmente denominado (PAR-Q) Physical Activity Readness - Questionary, validation report, British Columbia Ministry of Health, maio de 1997. Citado por NAHAS (2001, p. 45-46) (Anexo III);

- 2º - questionário desenvolvido para analisar quantitativamente a prática de atividade física habitual, desenvolvido por Russel R. Pate - University of South Carolina/EUA. Traduzido e modificado por M.V. Nahas - NuPAF/UFSC, com autorização do autor, para uso educacional, servindo como estimativa do nível de atividade física (Anexo IV), sendo sua classificação apresentada a seguir (Quadro 6)

Quadro 6 - Classificação quantitativa da prática de atividade física diária

Classificação	Inativo	00 a 05 pontos
	Moderadamente Ativo	06 a 11 pontos
	Ativo	12 a 20 pontos
	Muito Ativo	21 ou mais pontos

Fonte: Desenvolvido por Russel R. Pate, traduzido e modificado por NAHAS (2001,p.36)

3º - questionário para verificar o estilo de vida individual, derivado do modelo do Pentágulo do Bem-Estar apresentado por NAHAS (2001 p. 18) (Anexo V). Tem como artigo de validação: Nahas, M.V.; Barros, MVG e Francalacci, V. (2000) - O pentágulo do bem estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos e grupos, tendo sua validação publicada na Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, 5(2), 48-59.

3.1.4 - Coleta de dados

Como forma de avaliar os procedimentos adotados para coleta de dados, foi realizado inicialmente um estudo piloto, no qual se observou a possibilidade de utilização de dois procedimentos: 1º)- o uso de auxiliares, esses apresentaram problemas de acesso à sala e outros setores restrito aos professores. Mostraram-se algumas vezes receosos, passando a impressão de falta de credibilidade, ocasionando em desculpas pelos entrevistados para não responderem os questionários e 2º)- foram deixados 20 questionários na pauta dos professores, após uma semana, verificou-se que apenas dois questionários foram respondidos, aliás, a evidência de se obter um baixo número de respostas, já havia sido descrito por COSTA (1990) em estudo no ano de 1983 no Estado do Rio de Janeiro, onde obteve um índice de 22,8 % de respostas e também por BARA FILHO et al (2000), na Universidade Gama Filho, com índices de respostas, ainda, mais baixos. Estes dados refletem as dificuldades de tal prática, sendo assim, o pesquisador optou por apresentar, ele mesmo, os questionários aos respondentes, uma vez que os dois procedimentos, utilizados no estudo piloto, não se mostraram eficientes.

Juntamente com os questionários, foi entregue aos sujeitos, uma carta de apresentação onde se esclareceu o objetivo do estudo, o problema a ser investigado e o sigilo quanto à identificação do respondente. Alguns docentes não foram encontrados, em função de viagens e/ou outros compromissos como cursos, reuniões, etc; outros não se mostraram receptivos, a participarem no estudo, o que foi de pronto aceito, pelo pesquisador, tendo em vista o aspecto de voluntariedade do estudo.

Após a leitura da carta de apresentação (Anexo I) e do termo de consentimento (Anexo II), os sujeitos responderam aos questionários, os quais são auto-explicativos, não havendo interferência do entrevistador.

3.1.5 - Tratamento Estatístico

O presente trabalho teve por finalidade verificar o perfil do estilo de vida dos professores da área de saúde da Universidade Católica de Brasília. Além disso, a análise dos dados buscou comprovar a existência de diferenças significativas no estilo de vida dos professores, de acordo com o curso no qual estes lecionam.

Para responder a tais questões foi realizada a análise estatística dos dados, de forma descritiva e inferencial. Entende-se por estatística descritiva aquela cujo objetivo é a observação de fenômenos de mesma natureza por meio da coleta, organização e classificação de dados numéricos referentes a esses fenômenos e a sua apresentação através de gráficos e tabelas. A estatística inferencial irá comparar grupos (professores segundo os cursos) por meio de testes estatísticos, para identificar se existem diferenças estatisticamente comprováveis entre estes.

A análise inferencial adotada neste trabalho foi da forma *Paramétrica (Análise de Variância)* e *Não Paramétrica (Prova de Kruskal – Wallis)*, largamente utilizadas nas Ciências Sociais, da Saúde, entre outras.

A análise de variância pretende comparar se existem diferenças significativas entre os professores, segundo os cursos, no que se refere à variável idade (em média). A escolha dessa técnica deveu-se ao fato da variável escolhida ser quantitativa.

A prova de Kruskal – Wallis, do tipo Não Paramétrica, também tenciona comparar se existem diferenças significativas entre os professores, segundo o curso, só que, neste caso, em relação: a) a prontidão para prática de atividades físicas (Q-PAF) e b) aos cinco componentes determinantes do perfil de estilo de vida (Nutrição, Atividades Físicas, Comportamento Preventivo, Relacionamentos e Controle de Stress). A escolha dessa técnica se deve ao fato das variáveis escolhidas serem qualitativas.

CAPÍTULO IV

4.1 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1.1 Caracterização da amostra

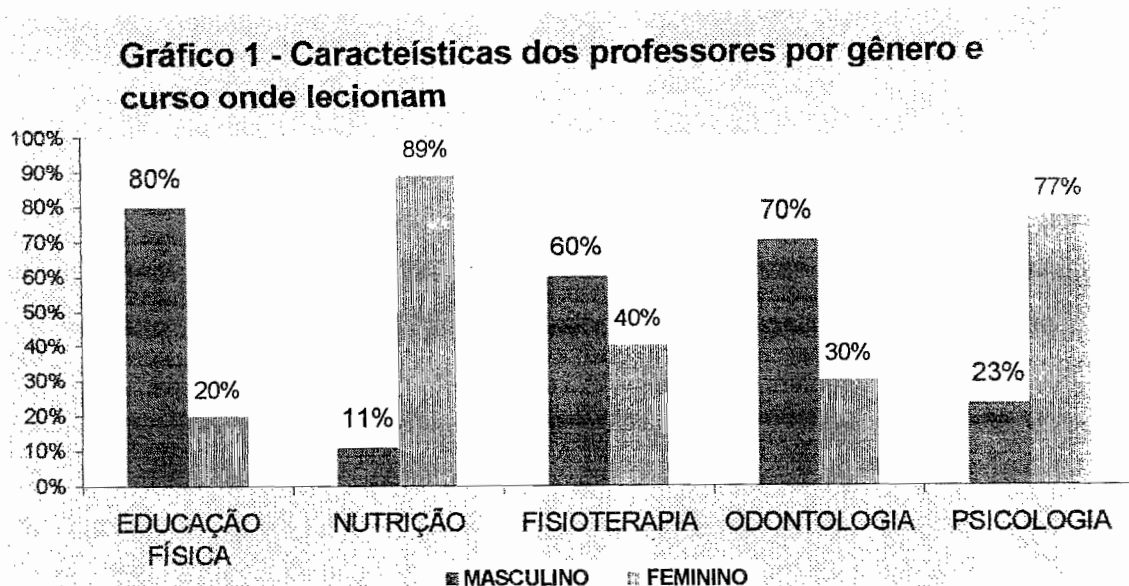
Procurando facilitar a divulgação dos resultados optou-se inicialmente por apresentar as características dos participantes por curso, gênero e faixa etária. A seguir, buscou-se apresentá-las respondendo aos objetivos propostos.

Na análise descritiva, estão apresentadas, em gráficos, as características do perfil dos professores, segundo gênero e idade, para o curso no qual lecionam. De acordo com a Tabela 1 e Gráfico 1, em relação a amostragem, que o gênero feminino (51%) é mais representativo que o masculino (49%). Verifica-se, que enquanto o curso de EF têm a maior representatividade de homens (22%), o curso de Psicologia possui o maior percentual de mulheres (26%). Nota-se que a presença masculina é mais freqüente nos cursos de EF, F e O (80%, 60% e 70%) respectivamente, enquanto a feminina predomina nos cursos de P(76,7%) e N(89,9.

TABELA 1 – Caracterização da amostra por curso, gênero e idade

CURSO	PARTICIPANTES					
	Gênero					Idade Média (anos)
	MASCULINO		FEMININO		total	
	Curso	Amostra	Curso	Amostra		
EDUCAÇÃO FÍSICA	80%	22,0%	20%	6,0%	28%	41.9
NUTRIÇÃO	11,1%	1,0%	88,9%	9,0%	10%	34.0
FISIOTERAPIA	60,0%	10,0	40,0%	7,0%	17%	33.7
ODONTOLOGIA	70,0%	8,0%	30,0%	3,0%	11%	35.3
PSICOLOGIA	23,3%	8,0%	76,7%	26,0%	34%	34.0
TOTAL		49,0%		51,0	100%	X = 35.7
	100%					

De maneira geral, a área de saúde da UCB, apresenta-se com valores muito próximos para a variável gênero. Verifica-se que os cursos de Nutrição, Odontologia e Fisioterapia, ainda não estão com seu quadro de professores completos, pois os cursos ainda estão nos semestres iniciais, indicando assim a possibilidade de estes resultados poderem alterar-se. BARA FILHO et al (2000) encontraram resultados semelhantes ao deste estudo quando pesquisaram professores de Educação Física da Universidade Gama Filho, RJ, e observaram uma igualdade entre os gêneros quando agrupados por titulação (graduados e mestres).



Após a análise de variância da variável idade, verificou-se existir diferença estatística entre os cursos, ao nível de 5% de significância. Em seguida foi realizado um teste de comparação de médias (Teste de Tukey), o qual identificou que as diferenças eram significantes apenas para o grupo do curso de Educação Física, quando comparados aos demais. Além disso evidenciou-se não haver diferenças estatisticamente significantes entre os cursos de Nutrição, Fisioterapia, Odontologia e Psicologia, no que se refere à idade.

Ainda em relação à faixa etária, observa-se na TABELA 2 e no Gráfico 2, que com exceção feita ao curso de EF, os grupos encontram-se com maior percentual de professores na faixa de 30 a 40 anos, sendo os valores do curso de P que mais influenciaram estes resultados. Para faixa de idade (20 a 30 anos), somente o curso de Educação Física não apresentou resultados para esta categoria, ao mesmo tempo em que apresentou o maior valor médio de idade (41,9 anos), além do maior número de sujeitos na faixa etária de 50-60 anos, correspondente a 4% do total da amostra.

TABELA 2 – IDADE *versus* CURSO ONDE LECIONAM

Faixa Etária	CURSO ONDE LECIONA (%)										TOTAL Amostra
	EDUCAÇÃO FÍSICA		NUTRIÇÃO		FISIOTERAPIA		ODONTOLOGIA		PSICOLOGIA		
	curso	amostra	curso	amostra	curso	amostra	curso	amostra	curso	amostra	
20 -- 30	-	-	11	1%	27	4	30	3	23	8	
30 -- 40	40	11	89	9%	53	10	30	3	57	19	
40 -- 50	44	12	-	-	20	3	30	3	17	6	
50 -- 60	16	4	-	-	-	-	10	1	3	1	
TOTAL	100%	28%	100%	10%	100%	17%	100%	11%	100%	34%	100%

No estudo de BARA FILHO et al (2000), observaram-se resultados médios entre graduados $35(\pm 5,1)$ anos e mestres $37(\pm 3,7)$ anos, bem abaixo dos valores apresentados, neste estudo, pelo curso de Educação Física ($41,9 \pm 5,9$ anos). Os mesmos autores observaram, a existência da relação entre as maiores idades médias e a titulação.

O programa das Nações Unidas para educação e cultura - UNESCO (2000) alerta para a relação entre faixa etária dos professores e nível de desenvolvimento do país, destacando que nos países desenvolvidos a faixa etária é bem maior do que aquelas observadas nos países em desenvolvimento, e esta diferença aumenta significativamente do nível primário para o médio e deste para o superior. Desta forma, pela faixa etária média geral apresentada de 35,7 anos, o corpo docente da

área de saúde, reflete uma característica apresenta pelos países, ditos, em desenvolvimento.

GRÁFICO 2- Média da idade dos professores por curso

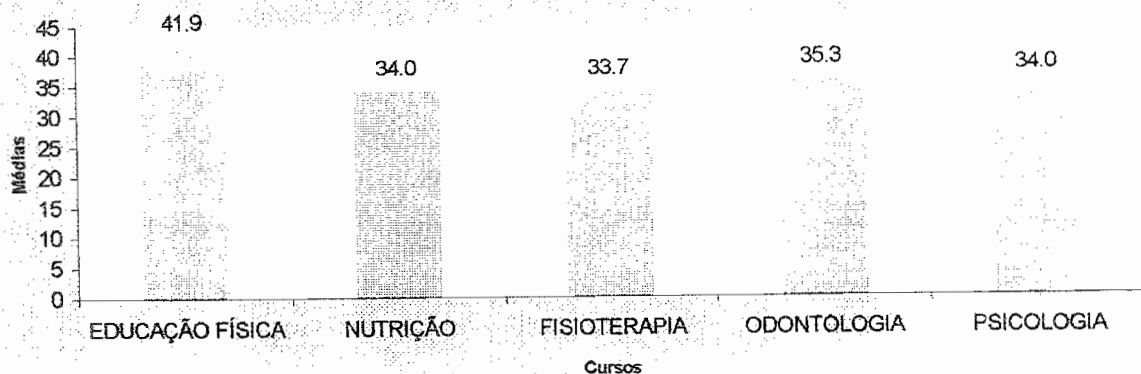
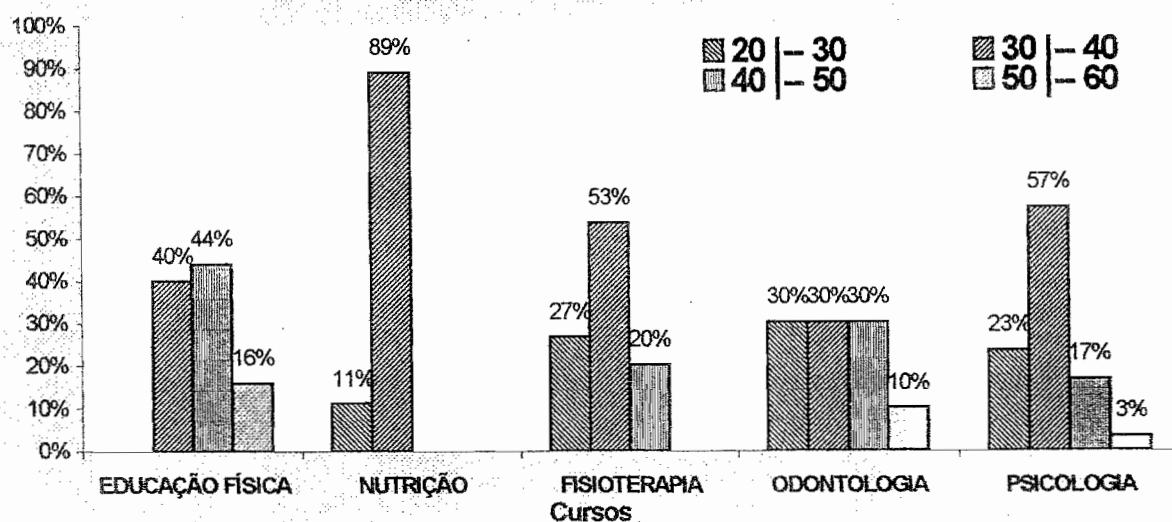


Gráfico 3- Característica dos professores por faixa etária e curso

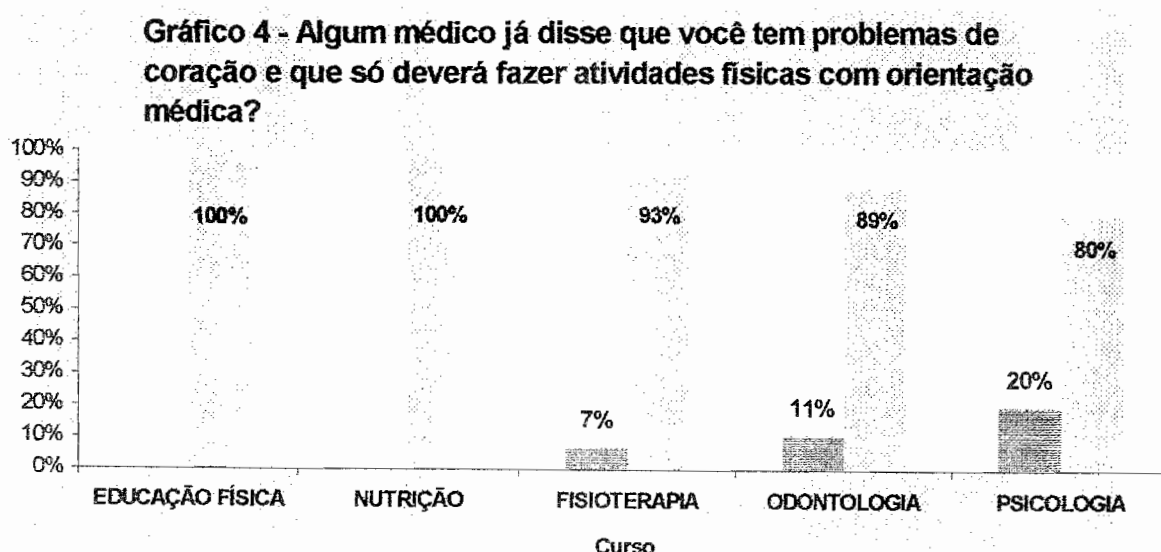


Acredita-se que, entre outros fatores, que poderiam estar influenciando na redução da faixa etária do corpo docente, exigências de mercado, e indiretamente do MEC (Ministério da Educação e Cultura) para titulação. Outro fator pode ser o aumento no número de novos cursos e instituições, os quais necessitam contratar estes profissionais e com isto saturam o mercado, restando como opção a

contratação de professores mais novos, recém titulados, tendo em vista que os mais experientes (maior faixa etária), já estão alocados nos cursos e instituições tradicionais. Isto pode ser notado nos gráficos 1 e 3, onde o curso de Educação Física, com 25 anos de existência, apresentou as maiores médias de idade em relação aos demais cursos. É importante ressaltar que neste estudo não está sendo questionada a competência dos professores em função da faixa etária.

4.1.2 - Fatores limitantes para a prática de atividade física

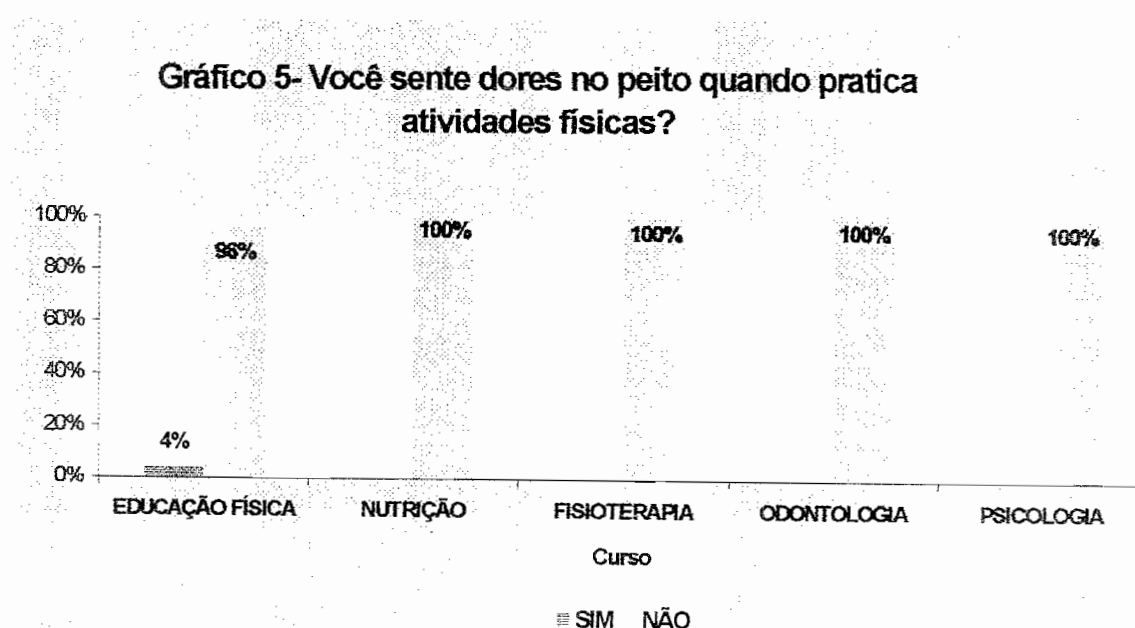
Em prosseguimento à análise descritiva, serão apresentados a seguir os resultados referentes ao Questionário de Prontidão para Atividade Física (Q-PAF). O primeiro resultado refere-se à seguinte pergunta: *“Algum médico já disse que você tem problemas de coração e que só deverá fazer atividades físicas com orientação médica?”*. De acordo o Gráfico 4 (pág. 46), que apresenta os resultados dessa



pergunta, observa-se que a resposta foi negativa para a maioria dos professores, independente do curso que leciona. Verifica-se ainda que os cursos de Educação Física e Nutrição não apresentaram nenhuma resposta positiva, enquanto que o

curso de Psicologia apresentou o maior número destas respostas. Isto aponta para a necessidade destes indivíduos em aumentarem sua atenção para realização de exames antes de iniciarem um programa de atividades físicas, porém, 6% destes indivíduos, que responderam positivamente, disseram praticar atividades físicas intensas 3 vezes por semana. Segundo LEITE (1986) estes indivíduos só deveriam realizar atividades físicas, após uma avaliação clínica, o que propiciaria maior segurança, levando-se em consideração a frequência, duração e intensidades destas atividades, sendo estes pontos fundamentais, quando se objetiva a promoção de saúde.

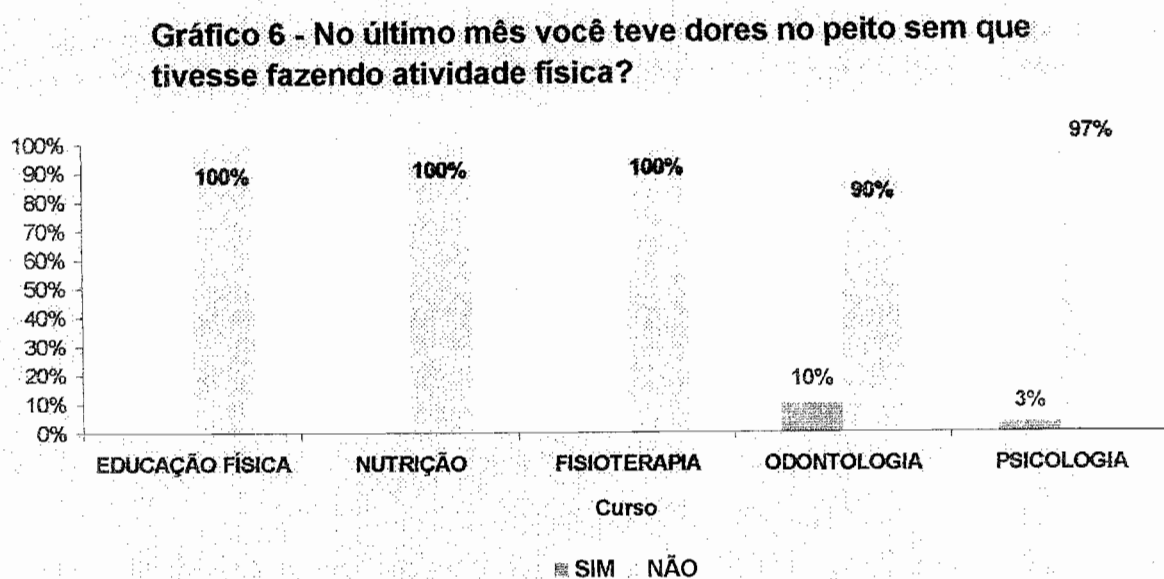
O Gráfico 5, apresenta os resultados da pergunta “Você sente dores no peito quando pratica atividades físicas?”. De acordo com os resultados percebe-se que somente o grupo de EF apresentou respostas afirmativas.



Apesar da aparente gravidade das informações, estes sinais não são suficientes para que estes sujeitos, realizem condutas de segurança, como por

exemplo, a interrupção das atividades até a liberação por parte dos especialistas. Verifica-se ainda que estes sinais estão associados ao grupo com maior faixa etária.

No Gráfico 6 estão apresentados os resultados referentes a esta pergunta: “No último mês você teve dores no peito sem que tivesse fazendo atividade física?”. A resposta não foi diferente das anteriores, ou seja, a maioria respondeu de forma negativa. Observa-se que as respostas positivas coincidem com aqueles indivíduos citados anteriormente que responderam praticar atividades intensas.

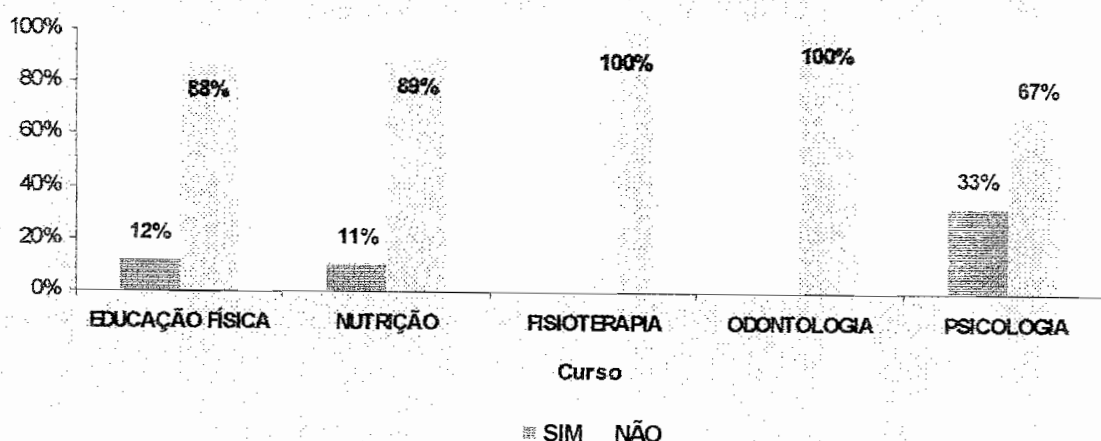


Verifica-se, ainda, que apesar de terem as informações sobre a necessidade de uma avaliação clínica, quando da presença deste tipo de sinal, as evidências apontam para o fato destes professores da área de saúde não praticarem estes conhecimentos, o que aparentemente, demonstra uma incoerência entre o conhecer e fazer.

Outra questão investigada junto aos professores avaliou se estes perdiam o equilíbrio ao sentir tonturas, e se já haviam desmaiado ou perdido os sentidos alguma vez. O Gráfico 7 resume os resultados onde a maioria dos professores

responderam negativamente, por outro lado, dentre aqueles que responderam positivamente, a grande maioria era do gênero feminino, havendo uma predominância ao curso de Psicologia, o qual apresenta maior proporção de mulheres. Nota-se ainda que os cursos de EF e N, também apresentaram respostas positivas, o que sugere uma maior preocupação pessoal, por parte destes profissionais. Os cursos de Fisioterapia e Odontologia não tiveram nenhuma resposta positiva. Observa-se dentre os sujeitos que responderam positivamente, a grande maioria relatou verbalmente, que o fizeram em relação a segunda parte da questão (já perdeu os sentidos ?), infelizmente o instrumento não evidencia as causas para esta questão.

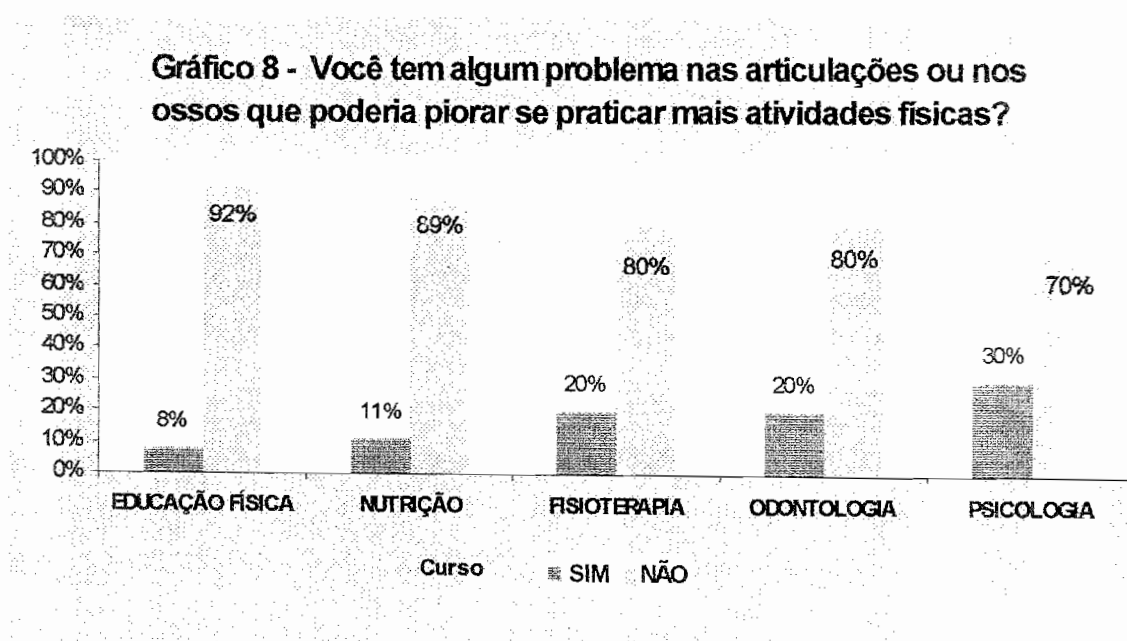
Gráfico 7 - Você perde o equilíbrio quando sente tonturas ou alguma vez perdeu os sentidos(desmaiou)?



Dando continuidade às questões da prontidão para atividades físicas, a pesquisa indagou o seguinte: “Você tem algum problema nas articulações ou

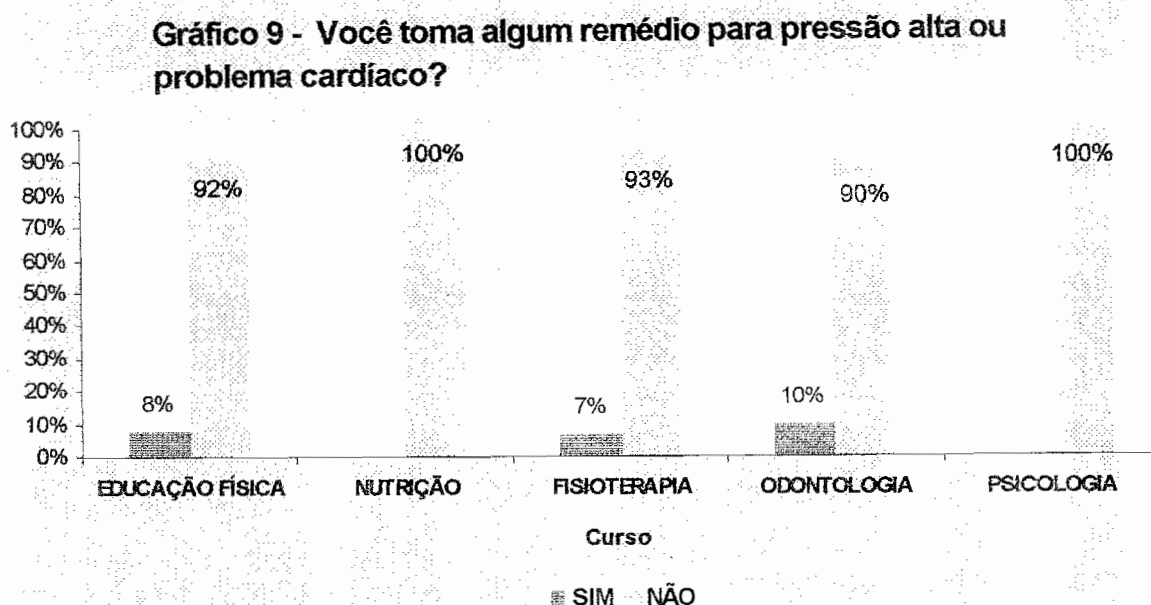
nos ossos que poderia piorar se praticar mais atividades físicas?”. No Gráfico 8, verifica-se que em todos os cursos houveram respostas positivas e negativas à pergunta. Nota-se que os maiores resultados positivos foram apresentados pelo curso de Psicologia (30%) e os menores valores, 8% do curso de EF, apesar da maior faixa etária. Infelizmente o questionário não permite inferir sobre o tipo e a gravidade do problema, bem como sobre quem deu o diagnóstico, não permitindo assim uma discussão mais ampla do assunto.

É importante ressaltar que tais resultados sugerem uma investigação mais



detalhada junto a esses participantes, uma vez que tais "problemas" podem interferir futuramente na saúde, e consequentemente, na vida profissional destes. Percebe-se ainda parecer existir uma relação entre os cursos com maiores níveis de práticas habituais de atividade física e menores queixas de problemas ósteo-musculares, o que foi evidenciado por GALOPIN (1985).

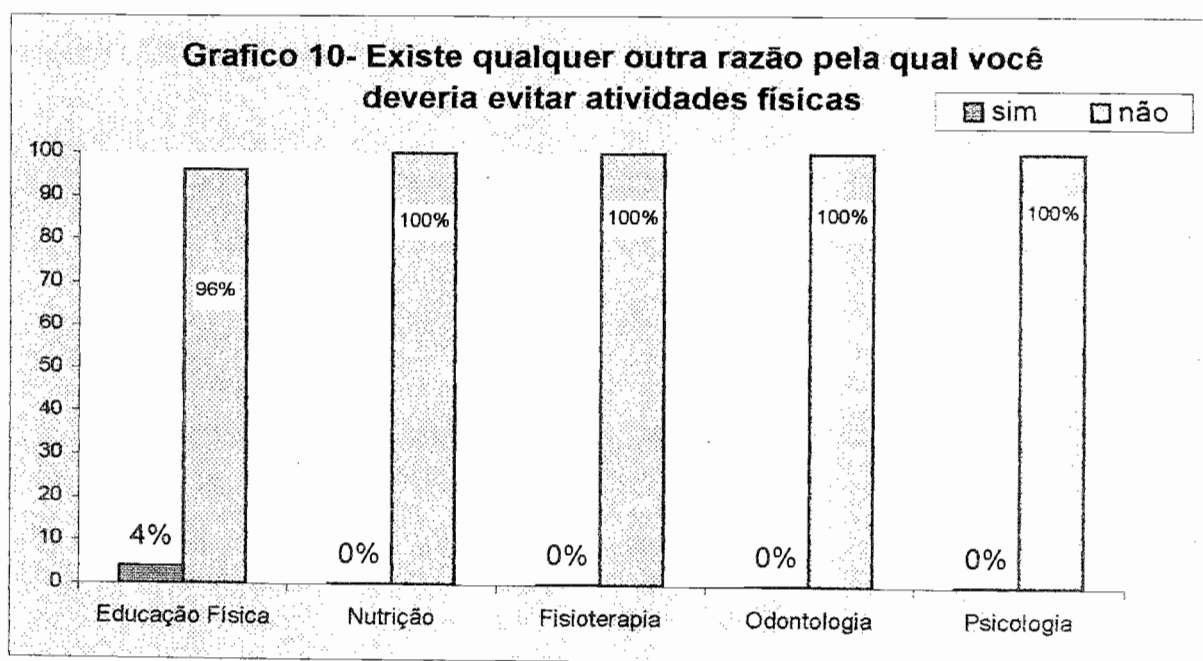
Fizeram parte do estudo sobre a prontidão para atividades físicas, questões relativas à ingestão de remédios para pressão alta ou problemas cardíacos. De acordo com os dados do Gráfico 9, observa-se que 16% dos professores responderam que ingeriam tais medicamentos. As respostas positivas estão relacionadas com os indivíduos de maior faixa etária, pertencentes aos cursos de P, EF e F respectivamente, onde a maioria destes responderam não praticar qualquer tipo de atividade física.



Ainda, sobre o consumo de medicamentos, é importante observar os efeitos destes sobre o organismo, uma vez que vários parâmetros fisiológicos são alterados pelos exercícios. Os estudos apresentados por CAMP(1994) e LEITE (1986), demonstram que qualquer medicação que afete diretamente ou indiretamente o tônus simpático e parassimpático, frequência cardíaca, pressão arterial, contratilidade miocárdica, retorno venoso, interferem na capacidade de realização

de atividades físicas. Devendo-se, portanto, primeiramente identificar o grau da enfermidade para posteriormente iniciar de forma supervisionada as atividades físicas regulares, as quais poderão interferir positivamente no quadro geral de saúde destes indivíduos.

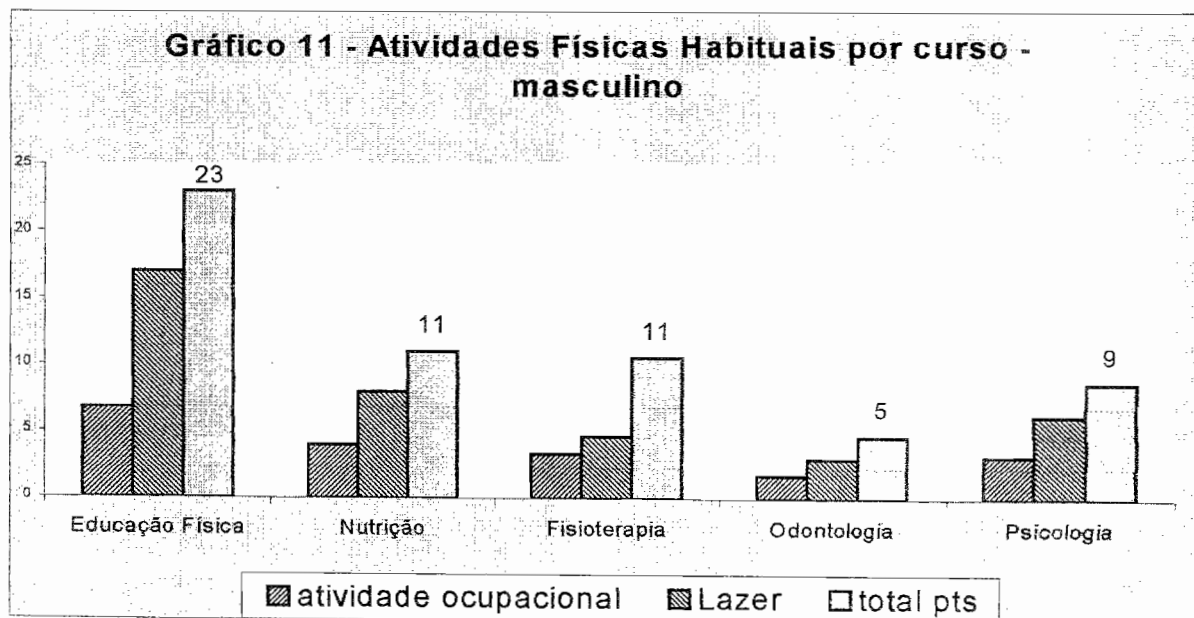
Finalizando as questões referentes à prontidão para atividades físicas, foi investigado junto aos professores se estes tinham alguma razão pela qual deveriam evitar a realização de atividades físicas. Novamente, praticamente todos responderam que não. A única resposta positiva, está associada a um dos indivíduos do grupo anterior, que dizia tomar medicação para controle de pressão arterial.



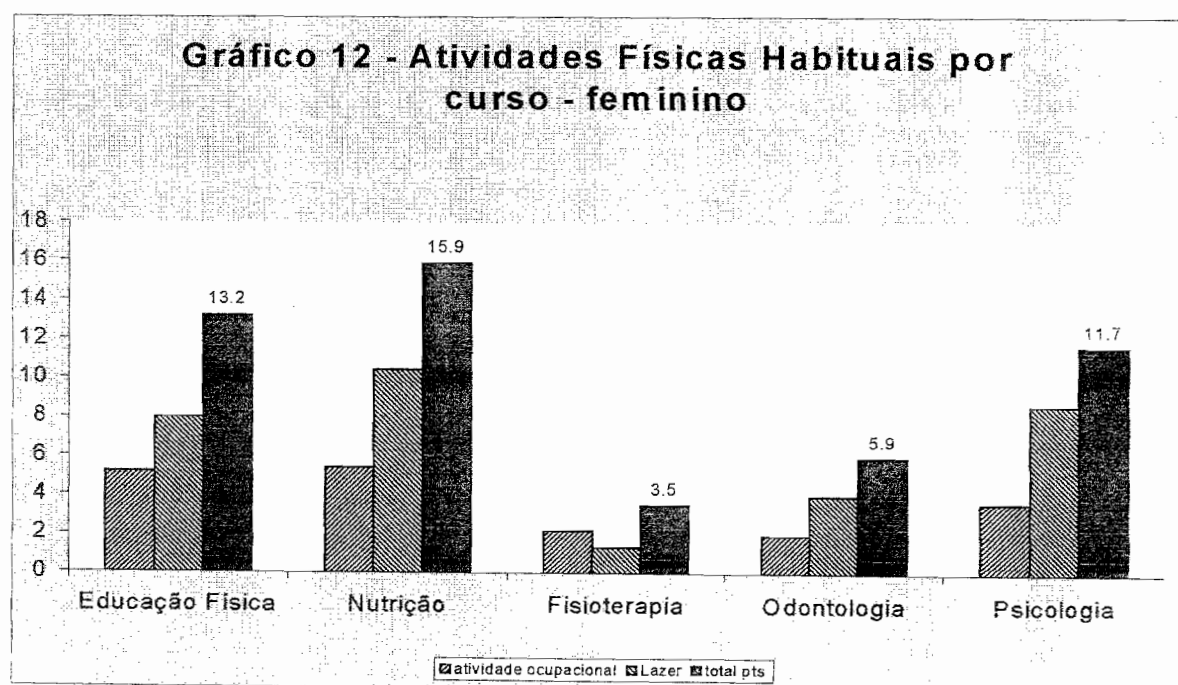
Observa-se, neste caso, que não foram identificados outros fatores que contra-indicassem a atividade física. Vários autores (MATHEWS e FOX , 1986; BRAUNWALD, 1987; KATCH e McARDLE ,1990) demonstraram as vantagens de se associar ao tratamento, quando possível, à atividade física. O Gráfico 10 apresenta os resultados referentes à questão.

4.1.3 - Níveis de atividades físicas habituais

No Gráfico 11, estão apresentados os valores médios masculinos para os hábitos diários de atividades físicas, onde se verifica, que o curso de Educação Física apresentou uma soma média de 23 pontos, classificando-se como "muito ativo" (Quadro 6, pág. 37). O curso de Nutrição assemelha-se ao de Fisioterapia, com valores médios de 11 pontos, o que os caracterizam como "moderadamente ativos". Nesta mesma caracterização encontra-se o grupo pertencente ao curso de Psicologia, com 9 pontos. Já o grupo representativo do curso de Odontologia caracteriza-se como "inativo", pois apresentou uma soma total de 5 pontos. Verifica-se, ainda, que o componente de lazer é o que mais influencia sobre estes hábitos diários de atividade física, onde o maior valor médio encontrado foi para o curso de Educação Física. Isto pode estar relacionado ao fato, deste grupo, apresentar o maior número de participantes do gênero masculino.



Para o gênero feminino (Gráfico 12), foi possível identificar as seguintes características: o curso de EF e Nutrição foram classificados como "ativos", pois apresentaram, respectivamente, os valores médios de 13,3 e 15,9 pontos. Os cursos de Fisioterapia e Odontologia, obtiveram os piores resultados médios (3,5 pontos e 5,9 pontos, respectivamente), e foram classificados como "inativos". O curso Psicologia, classificado como "moderadamente ativo", apresentou um total de 11,7 pontos. Observa-se que apesar de terem a mesma classificação, o curso de Educação Física e Nutrição apresentaram valores de médias diferentes, podendo, neste caso, terem influenciado os resultados, as diferenças de médias de idade e tamanho de amostragem. Novamente observa-se que o componente lazer foi o que mais influenciou os resultados. O curso de Fisioterapia apresentou os mais baixos escores relacionados aos componentes de lazer e de atividades ocupacionais. Este estilo de vida sedentário, pode vir a predispor o grupo a inúmeros fatores de riscos relacionados com diversas enfermidades, podendo interferir negativamente na sua



capacidade funcional e laborativa, caso não modifiquem este comportamento (FREITAS JUNIOR, 1995; NAHAS, 2001).

Verificou-se, por meio da análise de variância, existirem diferenças significativas entre às médias dos grupos quanto às atividades ocupacionais diárias, ao nível de 5% de significância. Buscou-se, posteriormente, pelo teste de Tukey, identificar, quais grupos apresentavam tais diferenças. Verificou-se que o curso de Educação Física era o único que se diferenciava em relação aos demais.

Observou-se ainda, que o curso de Fisioterapia apresentou os valores mais aproximados aos do curso de Educação Física, apesar desta diferença ser significativa, enquanto o curso de Odontologia é o que mais se difere. Nota-se ainda que se fosse excluído os valores referentes ao curso de Educação Física, não haveria diferença significativa entre os cursos da área de saúde, para este componente.

As outras questões que compõem o Questionário de Atividades Físicas Habituais, referem-se às atividades de lazer. Foi realizada uma análise de variância que evidenciou existir diferenças entre os grupos, ao nível de significância de 5%. Novamente foi utilizado o Teste de Tukey, onde se verificou que, o curso de EF, apresentou resultados significativamente diferentes em relação aos demais cursos e, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativa entre os cursos de P,O,F e N., para este componente. A tabela 3 apresenta os resultados para o total de pontos, apontando o padrão verificado anteriormente.

TABELA 3 - Total de pontos de atividades físicas habituais

	gl	Sig
Entre Grupos	4	,000
Dentro de Grupos	84	
Total	88	

Finalizando a comparação entre os grupos, observa-se existir diferenças estatisticamente significantes ao nível de 5%, do total de pontos, quanto ao questionário de atividades físicas habituais. Segundo os resultados o curso de Educação Física se difere dos demais cursos e não foram encontradas diferenças estatisticamente diferentes entre os outros cursos (N, F, O e P) entre si.

4.1.4 - Perfil do estilo de vida

Para concluir a análise estatística dos dados, foi investigado o Perfil de Estilo de Vida Individual, a fim de se verificarem possíveis diferenças entre os professores dos cursos de Educação Física, Nutrição, Fisioterapia, Odontologia e Psicologia, quanto à classificação dada por estes às características do estilo de vida, relacionadas ao bem estar (nutrição; atividade física; comportamento preventivo; relacionamento social e controle de estresse).

A prova de Kruskal – Wallis, escolhida em função do tipo da variável (qualitativa ordinal), apontou que existem diferenças significativas entre os professores apenas para o item (a) do componente *Nutrição*.

TABELA 4 - Prova de Kruskal – Wallis para o componente Nutrição

NUTRIÇÃO			
	a- Sua alimentação inclui ao menos 5 porções de frutas e verduras ?	b- Você evita ingerir alimentos gordurosos (Carnes gordas, frituras) e doces ?	c- Você faz 4 a 5 refeições variadas ao dia, incluindo café da manhã completo?
Qui quadrado	11,410	9,082	3,855
GL	4	4	4
Significancia	,022	,059	,065

Observa-se que para os 3 primeiros componentes relacionados aos aspectos Nutricionais (a, b, c), que o curso de Nutrição se difere dos demais cursos para o item a, e ainda apresentou os melhores resultados para os demais itens, embora não seja estatisticamente significativa. Apesar dos resultados, não se pode afirmar que esse grupo procura melhorar seus padrões de saúde, observando os aspectos Nutricionais, pois demonstra, aparentemente, os mesmos hábitos para os itens b e c, que os demais grupos.

TABELA 5 - Prova de Kruskal – Wallis para o componente Atividades Físicas

ATIVIDADE FÍSICA			
	d- Você realiza ao menos 30 minutos de atividades físicas moderadas /intensas, de forma contínua ou acumulada, 5 ou mais vezes por semana ?	e- Ao menos duas vezes por semana você realiza exercícios que envolvam força e alongamento muscular ?.	f- No seu dia a dia, você caminha ou pedala como meio de transporte e, preferencialmente, usa as escadas ao invés de elevador ?
Qui quadrado	14,296	21,390	19,945
Gl Significancia	,006	,000	,001

Quanto ao componente *Atividade Física*, o teste apontou diferenças significativas entre as opiniões dos professores para as questões referentes aos itens (e) e (f), demonstrando que, aparentemente, estes hábitos não estão incorporados ao estilo de vida dos participantes. Para estes itens, o grupo de EF, se destacou-se em relação aos demais, principalmente pelo caráter prático do curso, onde grande parte destes profissionais, necessitam de demonstrar os vários movimentos, referentes às suas atividades. Os resultados demonstram que a amostra estudada, apresenta, com exceção feita ao cursos de EF, as tendências modernas de falta de hábitos

incorporados de praticas de atividades físicas (ÄSTRAND & RODHAL ,1987; LEITE, 1986; NAHAS, 2001).

Em relação ao componente *Comportamento Preventivo*, os itens (g) e (i) apresentaram diferenças significativas, entre as opiniões dos professores. Observou-se que esta diferença foi maior para o curso de Odontologia, que respondeu negativamente ao item (g). Novamente observa-se que estes hábitos não estão incorporados nos indivíduos pertencentes à amostra. De certa forma, são dados preocupantes, pois demonstram que são hábitos que devem ser estimulados, a partir da infância.

TABELA 6 - Prova de Kruskal – Wallis para o componente Comportamento Preventivo

COMPORTAMENTO PREVENTIVO

	g- Você conhece sua PRESSÃO ARTERIAL, seus níveis de COLESTEROL e procura controlá-los ?	h- Você NÃO FUMA e NÃO BEBE MAIS QUE UMA DOSE POR DIA ?	i- Você respeita as Inormas de trânnsito (pedestre, ciclista ou motorista)?
Qui quadrado	19,189	3,023	4,247
Gl	4	4	4
Significância	,001	,554	,374

Para o componente *Relacionamentos*, apresentado na Tabela 7, referente aos itens (k) e (l) revelaram que as opiniões dos professores diferem significativamente de curso para curso. Isto demonstra que apesar de pertencerem a um mesmo nível sócio-intelectual, caso não hajam iniciativas, dentro dos grupos, ou pela instituição, as relações interpessoais, parecem, estarem condicionadas a breves encontros na sala de professores e/ou reuniões de departamentos. COSTA (1990) aponta para os benefícios nos níveis de relacionamentos entre funcionários, por meio de atividades

físicas orientadas, principalmente as atividades esportivas, que podem ser realizadas dentro e fora das empresas.

TABELA 7 - Prova de Kruskal – Wallis para o componente Relacionamentos

RELACIONAMENTOS

	j- Você procura cultivar amigos e está satisfeito com seus relacionamentos ?	k - Seu lazer inclui encontros com amigos, atividades esportivas em grupo, participação em associações ou entidades sociais?	l- Você procura ser ativo em sua comunidade, sentindo-se útil no seu ambiente social?
Qui quadrado	5,385	24,854	16,316
Gl	4	4	4
Significância.	,250	,000	,003

Ainda, em relação aos itens (j, k e l), os resultados do curso de Fisioterapia, mostraram-se inferiores aos demais. Para os mesmos itens, os melhores resultados foram apresentados pelo curso de EF, principalmente em relação ao item j.

Por fim, o componente *Controle de Estresse* apontou que existem diferenças entre as opiniões dos professores apenas para o item (m). Segundo POLLOCK, WILMORE E FOX III (1986), a falta deste hábito, demonstra que os professores da área de saúde compreendem a necessidade de se adotar este hábito. Estes dados refletem comportamento tipo 1, associado por PEREIRA (2000), às várias doenças, como a obesidade, DAC, hipertensão, entre outras.

Os últimos itens (m, n e o), apresentados na tabela 8 (p.59), estão relacionados ao controle de estresse. Novamente, os melhores resultados foram obtidos junto aos professores do curso de Educação Física, com valores bem próximos aos do curso de Psicologia. Estes resultados demonstram não ser este, um comportamento característico aos professores participantes deste estudo.

TABELA 8 - Prova de Kruskal – Wallis para o componente Controle de Estresse

CONTROLE DE STRESS			
	m- Você reserva tempo (ao menos 5 minutos) todos os dias para relaxar?	n- Você mantém uma discussão sem alterar-se, mesmo quando contrariado?	O- Você equilibra o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer?
Qui quadrado	12,255	1,871	1,819
Gl	4	4	4
Significância.	,016	,759	,769

Apesar das evidências científicas que apontam para os benefícios das atividades físicas como promoção da saúde (MATHEWS, 1986; MELLEROWICZ, 1987; McARDLE, KATCH, F. e KATCH, 1998), esta prática não é demonstrada de forma satisfatória pelos participantes deste estudo, exceção feita ao curso de EF, segundo o pentáculo do bem-estar. Esta mesma atitude frente às atividades físicas, também foi observada por BARA FILHO et al (2000),.

Como forma de caracterizar o Perfil de Estilo de Vida Individual, por meio do pentáculo proposto por NAHAS (2001), optou-se por categorizar as respostas em função da Moda, ou seja, adotar a resposta com maior frequência observada para cada um dos 15 itens, inicialmente por curso, para, em seguida, traçar o perfil geral da área de saúde por gênero.

O Quadro 7 (p.60) apresenta os resultados das frequências de respostas do maior número de ocorrências (frequências), por curso para cada um dos itens que caracterizam o estilo de vida relacionados ao bem estar, proposto por (NAHAS,2001), considerando-se que para o autor quanto maior o valor da resposta (que na escala apresentada pelo mesmo autor vai de 0(zero) a 3(três)), mais este componente faz parte do estilo de vida do indivíduo, sendo esperado portanto, o maior número de respostas para o item 3.

QUADRO 7- Pentáculo do Bem Estar Frequência de respostas por item e curso.

Curso	NUNCA	ÀS VEZES	QUASE SEMPRE	SEMPRE
	0	1	2	3
Educação Física	6%	15%	17%	33%
Nutrição	19%	15%	12%	29%
Fisioterapia	25%	25%	36%	9%
Odontologia	31%	25%	12%	12%
Psicologia	19%	20%	23%	17%
total	100%	100%	100%	100%

Percebe-se que o curso de Educação Física foi o que apresentou a maior ocorrência (33%) do item 3, o que de certa forma estaria refletindo um melhor padrão de saúde geral e da qualidade de vida (GUEDES e GUEDES, 1995; NAHAS, 2001; DANTAS, 1996).

No quadro 8, são apresentados os resultados dos valores de maior frequência observados por curso, para cada item (Anexo V). De acordo com estes valores, traçaram-se os pentáculos para caracterizar o estilo de vida de cada curso.

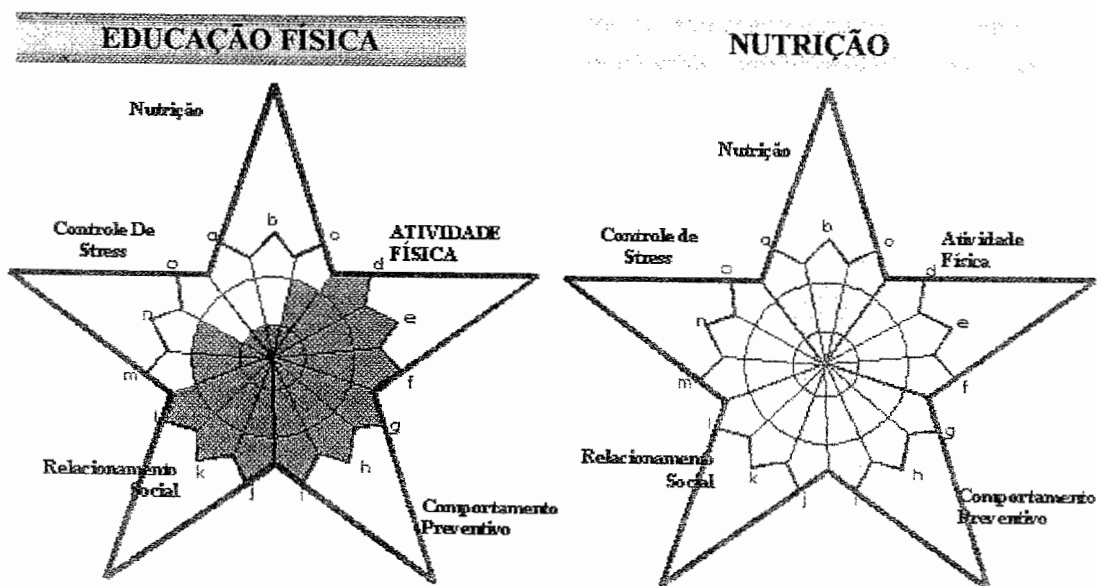
QUADRO 8 - Pentáculo do Bem Estar - Frequência de respostas por curso

Componentes	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o
Educação FísicaF	1	1	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	1
Nutrição	3	2	3	0	0	1	3	3	3	3	3	1	0	1	0
Fisioterapia	1	1	2	0	0	0	2	3	3	2	2	2	1	2	2
Odontologia	1	2	0	0	0	0	0	3	3	3	1	2	2	2	1
Psicologia	1	1	2	0	0	0	1	3	3	3	2	3	2	2	1
Geral Masculino	3	3	3	0	0	0	3	3	3	3	2	2	1	2	1
Geral Feminino	3	2	3	0	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	1

De início são apresentados os pentáculos referentes a cada curso e, posteriormente, uma caracterização geral por gênero. Observa-se que os posicionamentos dos profissionais investigados, mostraram-se contraditórios em relação a atitude pessoal frente aos conhecimentos dos vários aspectos relacionados a um perfil de estilo de vida saudável, principalmente no que se refere a prática da atividade física como promoção deste estilo. BARA FILHO et al (2000), observaram também esta tendência em seu estudo com professores de Educação Física, na Universidade Gama Filho - RJ. Esse autor também se referiu aos, estudos de Gaertner et al, realizados no Canadá, os quais demonstraram que 70% de profissionais da área de saúde (médicos) também se mostraram inativos fisicamente.

Verifica-se nos pentáculos 1 e 2, que os professores de Educação Física e Nutrição aparentemente apresentam padrões de comportamento coerentes somente com suas áreas específicas de conhecimento. Isto pode estar relacionado a ampla divulgação, no meio científico, da importância dos hábitos Nutricionais por parte dos profissionais de Educação Física e das atividades físicas pelos professores do Curso

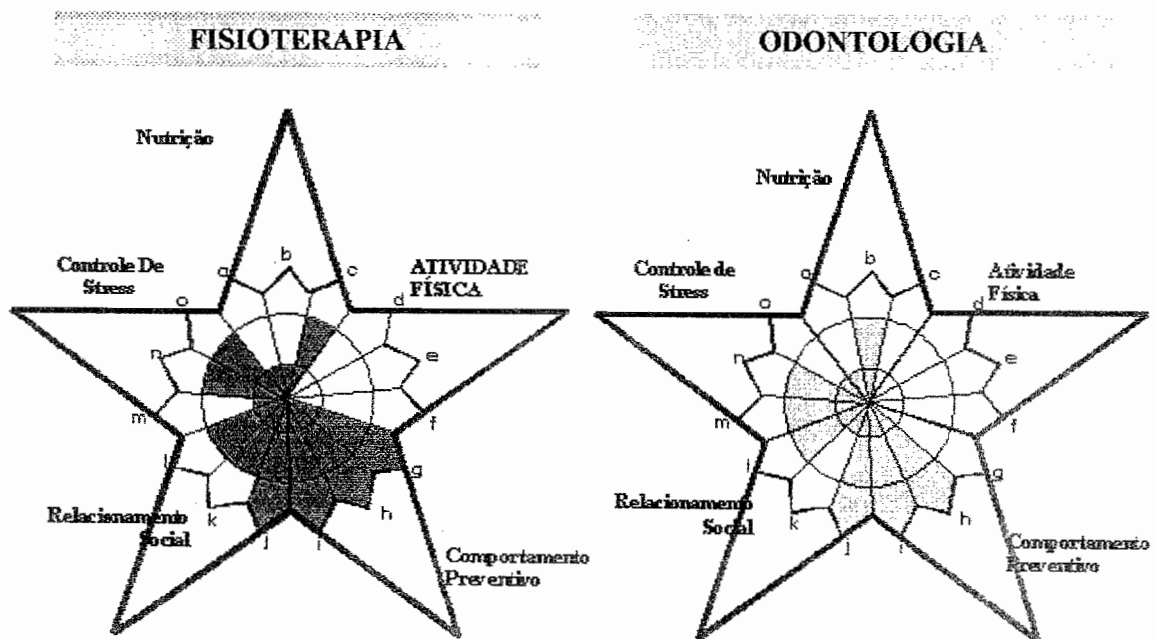
Pentáculos 1 e 2 - Perfil do estilo de vida dos professores dos cursos de Educação Física e Nutrição



de Nutrição (KATCH e McARDLE, 1990;1996, LEITE, 1986; POLLOCK e WILMORE, 1993, SETTINERI, 1987), o que de certa forma, já foi demonstrado no quadro 5, onde são apresentadas estatisticamente estas diferenças. Outro ponto observado foi em relação pouca atenção, dada por ambos os grupos, para as atitudes de controle de stress.

Nos pentáculos 3 e 4, verifica-se, em comparação aos grupos de Educação Física e Nutrição, uma maior preocupação em relação ao comportamento controle de estresse. Além disso, os resultados do componente preventivo do curso de Odontologia e Psicologia, apresentaram os piores níveis em comparação aos demais grupos, o que pode ser observado na Tabela 6(p. 57)., porém esta diferença não é estatisticamente significativa.

Pentáculos 3 e 4 - Perfil do estilo de vida dos professores dos cursos de Fisioterapia e Odontologia

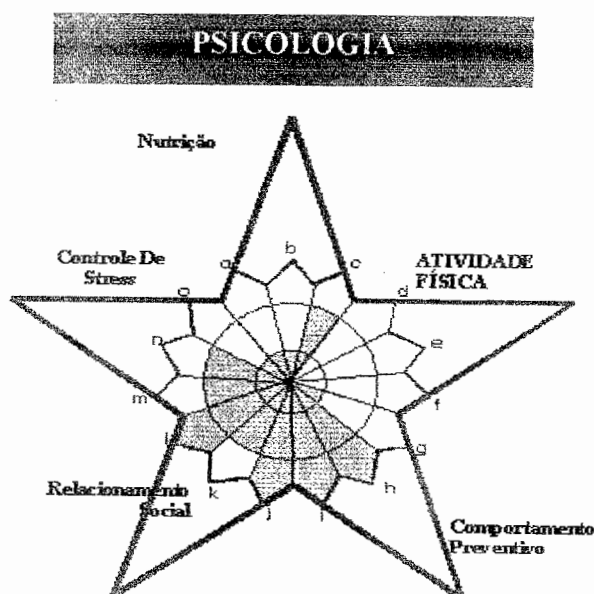


Observa-se com base no pentáculo 5, que o curso de Psicologia não demonstrou a mesma relação verificada junto aos cursos de Educação Física e

Nutrição, dos conhecimentos específicos e atitudes, ou seja, os aspectos relacionados ao controle de stress, que aparentemente deveriam ser uma atitude freqüente do grupo. Este grupo foi o único que não apresentou escores máximos, para sequer um dos cinco componentes do pentáculo do bem estar. Como a maioria dos respondentes deste grupo é composto pelo gênero feminino e tendo como referência os estudos de NUNOMURA (1999), isto pode estar ocorrendo em função dos diferentes papéis que as mulheres buscam conciliar como a vida profissional, mãe, esposa, administradora do lar, vida social e afetiva.

Constatou-se, por este instrumento, que somente o grupo da Educação Física apresentou um estilo de vida mais ativo. Isto pode estar ocorrendo em função da faixa etária, ou seja, os professores de idade mais baixa, estariam ainda em um processo de busca de estabilidade econômica, e somente após essa conquista é que poderiam dispor de tempo para tais atividades (CHIAVENATO, 1980).

Pentáculo 5 - Perfil do estilo de vida dos professores do curso de Psicologia

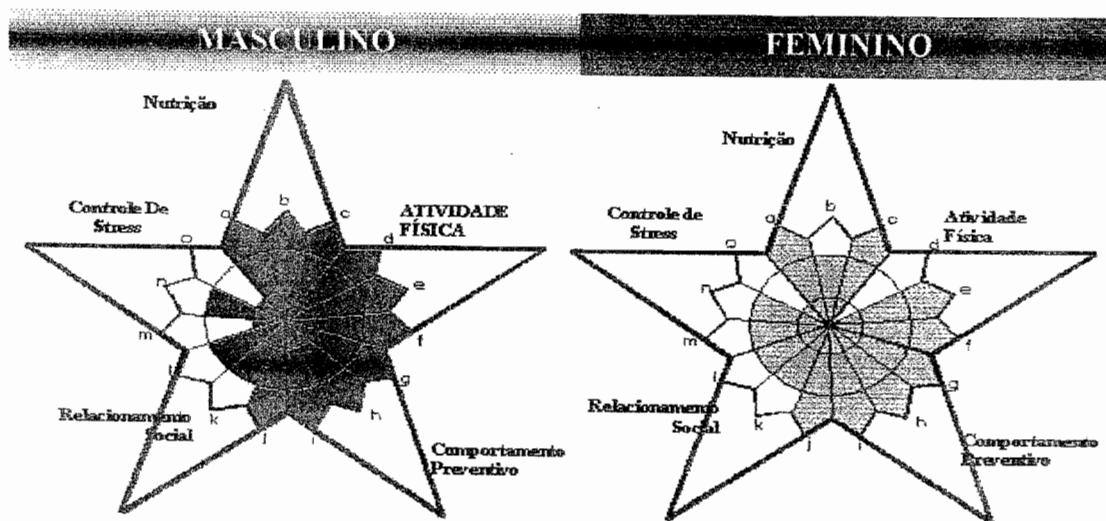


Ao comentar sobre as possíveis causas desta apatia pela atividade física, BARA FILHO et al (2000), citam os trabalhos de Telema et al (1997), Taylor et al (1999) e Dennison (1988), onde observaram que os hábitos adquiridos na infância e adolescência é que determinam os hábitos dos indivíduos quando adultos. Desta forma, deveria-se buscar fatores motivacionais (internos e externos), para que houvesse uma mudança deste estilo de vida aparentemente inativo para um outro mais ativo.

Observa-se, que em relação, a este instrumento, o pentágulo 6, que caracteriza o perfil do professores da área de saúde por gênero, parece demonstrar que os participantes masculinos, apresentam melhores hábitos nutricionais e de atividade física em comparação com o feminino, para os componentes de comportamento preventivo e relacionamento social, os resultados são semelhantes.

Para o componente controle de stress, apesar dos vários papéis desempenhados pelas mulheres, estas ainda mantêm melhores resultados para este componente, quando comparado ao gênero masculino.

Pentagrama 6 - Perfil do estilo de vida dos professores da área de saúde por gênero



A partir dos resultados obtidos pelos três instrumentos, verificou-se que os participantes apresentaram-se indecisos para responderem algumas questões, pois consideravam terem perguntas distintas em uma mesma questão, como por exemplo, item 4 do Q-Paf (Você perde o equilíbrio quando sente tonturas ou você alguma vez perdeu os sentidos(desmaiou)?) ; e item h do perfil do estilo de vida (Anexo 5, p. 82). Este pode ser um bom exemplo do que CICONELLI (1997), observou em sua pesquisa sobre os problemas de tradução e utilização de instrumentos originalmente concebidos em outros países. O que também foi objeto de críticas por Fox-Rushby e Parker, citados por FLECK et al (1999).

CAPÍTULO V

5.1 - CONCLUSÃO

De acordo com a literatura e os resultados encontrados, pode-se inferir que:

- ser profissional da área de saúde, não garante ter um estilo de vida saudável;
- as mulheres são maioria no grupo amostral, enquanto os homens possuem as maiores médias de idade.
- a faixa etária média dos professores da área de saúde está abaixo daquelas apresentadas por países desenvolvidos;
- em questionário recordatório Q-PAF, a grande maioria grupo, não apresenta restrições para a prática de atividades físicas, porém este instrumento deve ser utilizado com cautela, devido às situações contraditórias observadas nas respostas;
- o fato dos professores não praticarem atividades físicas, não pode ser atribuído as limitações por problemas de saúde;
- as atividades de lazer têm em relação aos hábitos diários de atividades físicas, maior impacto do que as atividades ocupacionais, portanto merecedoras de maior incentivo e atenção;
- o curso de Educação Física, apresentou, o melhor padrão de qualidade de vida, quando considerados, os cinco componentes do pentágono do bem estar,

- o questionário do pentáculo do bem estar, não mostrou-se satisfatório para avaliar o perfil do estilo de vida, quando utilizado em grandes grupos;
- a hipótese da não existência de diferenças estatísticas entre os grupos de professores no que se refere ao estilo de vida e bem estar individual, foi rejeitada.

Sugestões:

- trabalhar a sensibilização dos sujeitos, uma vez que se admite terem consciência dos benefícios da atividade física;
- estudar a viabilização de um instrumento recordatório que permita amenizar respostas contraditórias ou de extrema subjetividade, como os que foram utilizados nestes estudo;
- aplicar, instrumentos específicos de cada componente proposto pentáculo do bem estar, comparando-os. Uma vez que o número reduzido de questões podem não refletir a realidade de grupos.
- realizar estudos que busquem as causas da não aderência à atividade física.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AAHPERD. **Health-related fitness test manual**. Reston: American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance, 1980.
- ALTHUSSER, L. **Aparelhos ideológicos do Estado**. Rio de Janeiro: Edição Graal, 1987.
- ÅSTRAND, P. O . e RODAHL, K. **Tratado de fisiologia do exercício**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.
- BARA FILHO, M.G; BIESEK, S.; FERNANDES, A. P.T.; ARAUJO, C.G. Comparação do Padrão de Atividade Física e peso corporal pregressos e atuais entre graduados e mestres em educação física. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, 21(2/3), Jan. / Maio 2000.
- BARBANTI, V. J. **Aptidão Física - um convite à saúde**. São Paulo: Manole, 1990.
- BARBANTI, V. J. **Dicionário de Educação Física e do Esporte**. São Paulo: Manole, 1994.
- BARBANTI, V. J. **Exercícios Aeróbicos**. São Paulo: CLK Balieiro, 1985.
- BECKER Jr, B. A corrida : uma nova psicoterapia? **Comunidade Esportiva**. Rio de Janeiro: nº 34, Ano V, p.2, Set./Out, 1985.
- BETTI, M. Esporte, Educação e Socialização: algumas reflexões à luz da sociologia. **Revista Kinesis**. Santa Maria: nº 4, v.1, p.31-43, 1988.
- BÖHME, M.T.S. Aptidão Física - Aspectos Teóricos- **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo , 7(2):52-65, jul./dez..1993.

BORMS, J. Exercício físico, aptidão física e o novo paradigma de saúde. In: **ACTAS DAS JORNADAS CIENTÍFICAS**, 1988, Portugal. Anais...Desporto, Saúde e Bem estar: Universidade do Porto, 1988. p.11-118.

BRAUNWALD, E. **Tratado de Medicina Cardiovascular**. 2ª ed. Editora ROCA. Vol. 2. São Paulo, 1987.

CAMP, S.V. Fatores Farmacológicos no exercício e no teste de esforço. BLAIR, S.N.; PATE, R.R.; SMITH. L.K.; TAYLOR, C.B. . American College of Sports Medicine (ACMS). **Prova de Esforço e Prescrição de Exercício**. Rio de Janeiro. REVINTER. 1994. p.131.

CARVALHO, T. Orientações básicas sobre atividade física e saúde para usuários. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação e do Desporto, 1995.

CASPERSEN, C.J.; POWELL, K.E. e CHRISTENSEN, G.M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitiond snd distinctions for health-related research. Public Helth Reports, 100(2), 172-179. 1985.

CHIAVENATO,I. **Administração de Recursos Humanos**. Editora Atlas. São Paulo. 1980.

CICONELLI, R.M. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Médical Outcomes Study 36 - Item Short- Form Health Survey (SF-36)". São Paulo, 1997.(Tese de Doutorado).

COSTA, L. P. Fundamentos do lazer e esporte na empresa. **Esporte e Lazer na Empresa**. Brasília: MEC-SEED. 1990.

COSTA, O. Desporto e qualidade de vida. In: **ACTAS DAS JORNADAS CIENTÍFICAS**. Portugal. Anais... Desporto, Saúde e Bem-estar: Universidade do Porto. p.53-60. 1988.

DANTAS, E. M. **A Prática da preparação Física**. 3ª ed. Rio de Janeiro: SHAPE, 1990.

_____. Atividade física, prazer e qualidade de vida. **Revista Mineira de Educação Física**, Viçosa, 7(1):5-13, 1999.

_____. **Condicionamento Físico para não atletas**. Campo Grande: Secretaria de Desenvolvimento do Desporto e Lazer, 1987.

DIECKERT, J. (1984). **Esporte de lazer- tarefa e chance para todos**. Ao Livro Técnico S/A, Rio de Janeiro.

ELLIOT, B. e MESTER, J. **Treinamento no Esporte - Aplicando Ciência no Esporte**. Phorte Editora. São Paulo, 2000.

FARIAS Jr, A . G. **Educação Física no Mundo do Trabalho: Ginástica de Pausa, em Busca de uma metodologia - Esporte e Lazer na Empresa**. Brasília: MEC-SEED. 1990.

FARIAS Jr, A . G.; JUNIOR, C.F.F. da C.;NOZAKI, H.T.; JUNIOR, C.P. da R. **Uma introdução à Educação Física**. Rio de Janeiro. CORPUS, 1999.

BARA FILHO, M.G., BIESEK, S. , FERNANDES, A. P. T. , ARAUJO,C.G.S. **Comparação o padrão de atividade física e peso corporal pregressos e atuais entre graduados e mestres em educação física**. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. 21(2/3), Jan./Maio 2000

FLECK, M.P.A ., Sergio Louzasa, Martha Xavier, Eduardo Chachamivich, Guilherme Vieira, Lyssandra Santos, Vanessa Pinzon. **Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100)**. **Revista de Saúde Pública**, 33 (2): 198-205, 1999.

FREITAS JÚNIOR, I.F. Aptidão Física relacionada a saúde em adultos. **Revista Brasileira de Educação Física e Saúde**, V. I. N. 2, p. 39-48, 1995.

GALOPIN, R. Gimnasia corretiva. Barcelona-Espanha. Editorial Hispanico Europea, SA. 1985.

HARGREAVES, J. **Sports, Power and Culture**. Nova Iorque: St Martins Press, 1986.

HEMERITAS, A B. **Organização e Normas**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1986.

HOBERMAN, J. **Sport and Political Ideology**. Austin: University of Texas. 1984.

HOLMANN, W. e HETTINGER, Th. **Medicina do Esporte**: São Paulo: Manole Ltda, 1989.

HULLEMANN, K. D. **Medicina Esportiva; Clínica e Prática**. São Paulo: EPU-EDUSP, 1978.

KATCH, F.I. e McARDLE, W.D. **Nutrição, Controle de Peso e Exercício**. 3ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI. 1990.

KATCH, F.I. e McARDLE, W.D. **Nutrição, Exercício e Saúde**. 4ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1996.

KIG, A. C. e MARTIN, J.E. - Aderência ao exercício. In: BALIR, S.N.; PATE, R.R.; SMITH, L.K.; TAYLOR, C.B. . American College of Sports Medicine (ACMS). **Prova de Esforço e Prescrição de Exercício**. Rio de Janeiro. REVINTER. 1994. p.332-341.

LAMB, D.R. **Fisiologia del Ejercicio - respuestas y adaptaciones**. Madrid: Editorial Augusto E. Pila Telena, 1978.

LEFEBVRE, H. (1971). **Everyday Life in the Modern World**, Harper Torchbooks, 1971.

LEITE, P. F. **Aptidão Física - Esporte e Saúde: Prevenção e reabilitação de doenças cardiovasculares, metabólicas e psicossomáticas**. São Paulo: Robe Editorial. 1990.

LEITE, P. F. **Fisiologia do exercício, Ergometria e Condicionamento Físico**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu. 1986.

MADUREIRA, A. S. **Do científico para o empírico**. Brasília: Gráfica Valci, 2001

MARÇAL, A. F. Inter-relação entre exercício e controle de peso. **Revista de Educação Física**, n.10, p.29-36, 1984.

MATHEWS, D. K. **Programa Básico de Preparo Físico**. Lince Editorial. v.II, 1979.

MATHEWS, D.K. e FOX, E.L. **Bases Fisiológicas da Educação Física e dos Desportos**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1986.

MATSUDO, V.K.R. **Atividade física e saúde - Programa agita São Paulo**. Secretaria do Estado de São Paulo/CELAFISCS . São Paulo 1998.

MAZO, J. e GOELLNER, S.V. Esporte e meios de comunicação : uma reflexão crítica. Santa Maria: **Revista Kinesis**, v.6, nº 01, Jan/ Jun. 1990.

McARDLE, w.d.; KATCH, F.I.; KACCH, V.L. **Fisiologia do Exercício - Energia, Nutrição e desempenho Humano**. 4ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1998.

MELLEROWICZ, H. **Bases Fisiológicas do Treinamento Físico**. São Paulo: EPU-EDUSP, 1987.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas. Projeto saúde: Estudo sobre o estilo de vida.sd.

MOREHOUSE, L.E. e MILLER Jr, A .T. **Fisiologia del Ejercicio**. 3ª ed. Buenos Aires: Libreria "El Atheneu"Editorial, 1976.

MOSQUEIRA, J. e ESTOBAUS, C. **Psicologia do Desporto**. Porto Alegre : Editora da UFRGS, 1984.

NAHAS, M.V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida**. Conceitos e sugestões para um Estilo de Vida Ativo. Londrina: Midiograf, 2001.

NAHAS, M.V., BARROS,M.V.G. e FRANCALACCI, V.L. O pentágulo do bem-estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos e grupos. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, 5(2), 48-59.2000.

NAHAS, M.V. Revisão de métodos para determinação da atividade física habitual em diversos grupos populacionais. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, 1(4), 27-37. 1996.

NUNOMURA, M. ; TEIXEIRA, L. A . C. ; CARUSO, M. R. F. Nível de estresse, qualidade de vida e atividade física: Uma comparação entre praticantes regulares e ingressastes sedentários. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v.4, n.3, p. 17-26, 1999.

OLIVIA, A G. e HALPERN, G. Como diagnosticar e tratar a obesidade. **Revista Brasileira de Medicina**, v.49, n.6, p. 256-264, jun.,1992.

PALM, JÜRGEN. **Esporte para todos e suas projeções para o ano 2000**, in: Worldwide Trends in Sport for All, TAFISA/UNESCO, to appear, 2000.

PEGADO, P. **Saúde e Atividade Física na Empresa - Esporte e Lazer na Empresa**. Brasília: MEC-SEED, 1990.

PEREIRA, M. G., **Epidemiologia Teoria e Prática**. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2000.

POLLOCK, M.L.; WILMORE, J.H. **Exercícios na saúde e na doença**. 2ª ed. Rio de Janeiro, MEDISI, 1993.

_____. **Exercícios na saúde e na doença: avaliação e prescrição para prevenção e reabilitação**. Rio de Janeiro, MEDISI, 1986.

PRIETO, L.M. C. **Deporte y Estado**. Madri: Editorial Labor, 1979.

SANCHES y FERNANDES, Modalidades de práctica de actividad física em el estilo de vida de los escolares. **Revista Digital** - Buenos Aires - Año 5 - nº 24 - Ago., 2000.

SETINERRI, L.I.C. **Nutrição e Atividade Física**. Livraria Atheneu. Rio de Janeiro/São Paulo, 1987.

TIRIBA, L. e BARRADAS, M. S. Criança, Meio Ambiente e Cidadania. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**. MEC-INEP. Brasília, 1994.

TUBINO, M. G. **Metodologia científica do treinamento desportivo**. Ibrasa. São Paulo. 1981.

UNESCO. Programa das Nações Unidas para Educação e Cultura. 2000.
<http://www.unesco.org>.

VERDUSSEM, R. **Ergonomia: A racionalização humana do trabalho**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e científicos, 1978.

VOGEL, J. A et al. Mudanças no condicionamento aeróbio e gordura corporal durante o treinamento de recrutas do exército. **International Journal of Obesity**, nº 10, p.511-517, 1978.

WEINECK, J. **Treinamento Ideal**. Editora Manole 9ª ed. São Paulo , 1999.

ANEXOS

ANEXO I

Carta de Apresentação

Universidade Católica de Brasília
Pró Reitoria de Pós- Graduação - Mestrado em Educação Física
Área de Concentração: Atividade Física e Saúde
Mestrando : Prof. Hildeamo Bonifácio Oliveira
Orientador: Prof. Dr. Alberto Saturno Madureira

Prezado Sr.(a)

Os questionários, em anexo, fazem parte de um trabalho de dissertação de Mestrado em Educação Física, em que se busca identificar o estilo de vida e de atividades físicas habituais dos professores da UCB, nos diferentes cursos da área de saúde.

As informações são confidenciais, não implicando qualquer identificação do(a) professor(a).

Contando com sua colaboração, desde já antecipo meus sinceros agradecimentos.

Brasília, 09 de maio de 2001

Atenciosamente

Professor Hildeamo Bonifácio Oliveira

ANEXO II

Termo de Consentimento

Universidade Católica de Brasília
Pró Reitoria de Pós- Graduação - Mestrado em Educação Física
Área de Concentração: Atividade Física e Saúde
Mestrando : Prof. Hildeamo Bonifácio Oliveira
Orientador: Prof. Dr. Alberto Saturno Madureira

Como voluntário(a), participarei do estudo sobre o perfil do estilo de vida dos professores da área de saúde da Universidade Católica de Brasília, orientado pelo professor Doutor Alberto Saturno Madureira (Laboratório de Estudos em Educação Física e Saúde da Universidade Católica de Brasília, Campus 1 - Taguatinga, DF).

Declaro que o investigador forneceu a mim todas as instruções relacionadas ao estudo, incluindo:

1. Explicação sobre a natureza e o propósito do estudo;
2. De forma a proteger meus direitos de privacidade, todas as informações relacionadas a minha pessoa e obtidos nesta oportunidade serão mantidas confidenciais e de acesso somente ao pesquisador e a minha pessoa;
3. Os dados não serão usados para nenhum outro propósito além daqueles aqui explorados;
4. Entendo todas as informações acima e concordo em participar do estudo

GÊNERO [] M [] F

IDADE _____ anos

Curso onde ministra a maior carga horária

[] Educação Física [] Nutrição [] Odontologia
[] Psicologia [] Fisioterapia

Formação

[] Medicina [] Educação Física [] Nutrição [] Odontologia
[] Psicologia [] Fisioterapia [] Outra. Qual? _____

Brasília ____/____/2001

ANEXO III

Questionário de Prontidão para Atividade Física (Q-PAF)

Universidade Católica de Brasília
Pró Reitoria de Pós- Graduação - Mestrado em Educação Física
Área de Concentração: Atividade Física e Saúde
Mestrando : Prof. Hildeamo Bonifácio Oliveira
Orientador: Prof. Dr. Alberto Saturno Madureira

Este instrumento(Q-PAF) indicará se existe algum motivo para que você procure um médico antes de tornar-se mais ativo(a) fisicamente.

- | | | |
|--|---------|---------|
| 1- Algum médico já disse que você tem problemas de coração e que só deverá fazer atividades físicas com orientação médica? | [] SIM | [] NÃO |
| 2- Você sente dores no peito quando pratica atividades físicas? | [] SIM | [] NÃO |
| 3- No último mês você teve dores no peito sem que tivesse fazendo atividade física? | [] SIM | [] NÃO |
| 4- Você perde o equilíbrio quando sente tonturas ou você alguma vez perdeu os sentidos(desmaiou)? | [] SIM | [] NÃO |
| 5- Você tem algum problema nas articulações ou nos ossos que poderia piorar se você praticar mais atividades físicas? | [] SIM | [] NÃO |
| 6- Você toma algum remédio para pressão alta ou problema cardíaco? | [] SIM | [] NÃO |
| 7- Existe qualquer outra razão pela qual você deveria evitar atividades físicas? | [] SIM | [] NÃO |

Fonte : Citado por NAHAS, 2001. PAR-Q Validation report, British Columbia Ministry of Health, maio de 1997.

Brasília ____/____/2001

ANEXO IV

Questionário de Atividades Físicas Habituais

Universidade Católica de Brasília

Pró Reitoria de Pós- Graduação - Mestrado em Educação Física

Área de Concentração: Atividade Física e Saúde

Mestrando : Prof. Hildeamo Bonifácio Oliveira

Orientador: Prof. Dr. Alberto Saturno Madureira

Para cada questão respondida SIM, marque os pontos indicados à direita. A soma dos pontos é um indicativo de quão ativo(a) você é. A faixa ideal para saúde é a de ativo(a)- 12 a 20 pontos

Atividades ocupacionais diárias	SIM	NÃO	Pontos
1- Eu geralmente vou e volto do trabalho(ou escola) caminhando ou de bicicleta (ao menos 800m cada percurso)	[]	[]	3
2- Eu geralmente uso as escada ao invés do elevador	[]	[]	1
3- Minhas atividades diárias podem ser descritas como:			
a- Passo a maior parte do tempo sentado e, quando muito, caminho distâncias curtas	[]	[]	0
b- na maior parte do dia realizo atividades físicas moderadas, como caminhar rápido ou executar tarefas manuais	[]	[]	4
c- Diariamente realizo atividades físicas intensas (trabalho pesado)	[]	[]	9
Atividades de lazer			
4- Meu lazer inclui atividades físicas leves, como passear de bicicleta ou caminhar(duas ou mais vezes por semana)	[]	[]	2
5- Ao menos uma vez por semana participo de algum tipo de dança	[]	[]	2
6- Quando sob tensão, faço exercícios para relaxar	[]	[]	1
7- Ao menos duas vezes por semana faço ginástica localizada	[]	[]	3
8- Participo de aulas de ioga ou tai-chi-chuan regularmente	[]	[]	2
9- Faço musculação duas ou mais vezes por semana	[]	[]	4
10- Jogo tênis, basquete, futebol ou outro esporte recreacional, 30 minutos ou mais por jogo:			
a- uma vez por semana	[]	[]	2
b- duas vezes por semana	[]	[]	4
c- três vezes por semana	[]	[]	7
11- Participo de exercícios aeróbios fortes (correr, pedalar, remar, nadar) 20 minutos por sessão;			
a- uma vez por semana	[]	[]	3
b- duas vezes por semana	[]	[]	6
c- três ou mais vezes por semana	[]	[]	10

Fonte : Tradução e adaptação para o português por NAHAS (2001), autorizada pelo autor, Dr. Russel R Pate, da Universidade da Carolina do sul.

ANEXO V

Perfil do Estilo de Vida Individual

Universidade Católica de Brasília

Pró Reitoria de Pós- Graduação - Mestrado em Educação Física

Área de Concentração: Atividade Física e Saúde

Mestrando : Prof. Hildeamo Bonifácio Oliveira

Orientador: Prof. Dr. Alberto Saturno Madureira

ESTILO DE VIDA corresponde ao conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, valores e oportunidades das pessoas.

Os itens abaixo representam características do estilo de vida relacionadas ao bem-estar individual. Manifeste-se sobre cada afirmação considerando a escala:

[0] absolutamente **não** faz parte do seu estilo de vida

[1] **às vezes** corresponde ao seu comportamento

[2] **quase sempre** verdadeiro no seu comportamento

[3] a afirmação é **sempre** verdadeira no seu dia-a-dia; faz parte do seu estilo de vida

Componente: Nutrição

- a- Sua alimentação diária inclui ao menos 5 porções de frutas e verduras []
- b- Você evita ingerir alimentos gordurosos (carnes gordas, frituras) e doces []
- c- Você faz 4 a 5 refeições variadas ao dia, incluindo café da manhã completo. []

Componente: Atividade Física

- d- Você realiza ao menos 30 minutos de atividades físicas moderadas/intensas, de []
forma contínua ou acumulada, 5 ou mais vezes por semana
- e- Ao menos duas vezes por semana você realiza exercícios que envolvam força e []
alongamento muscular.
- f- No seu dia-a-dia, você caminha ou pedala como meio de transporte e, []
preferencialmente, usa as escadas ao invés do elevador.

Componente: Comportamento Preventivo

- g- Você conhece sua PRESSÃO ARTERIAL, seus níveis de COLESTEROL e procura []
controlá-los
- h- Você NÃO FUMA e NÃO BEBE MAIS QUE UMA DOSE POR DIA []
- I- Você respeita as normas de trânsito (pedestre, ciclista ou motorista) []

Componente: Relacionamentos

- j- Você procura cultivar amigos e está satisfeito com seus relacionamentos []
- k- Seu lazer inclui encontros com amigos, atividades esportivas em grupo, participação em []
associações ou entidades sociais
- l- Você procura ser ativo em sua comunidade, sentindo-se útil no seu ambiente social. []

Componente: Controle de Stress

- m- Você reserva tempo (ao menos 5 minutos) todos os dias para relaxar []
- n- Você mantém uma discussão sem alterar-se, mesmo quando contrariado. []
- o- Você equilibra o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer []

Fonte : Citado por NAHAS (2001). Artigo de validação: NAHAS, M.V. Barros, M.V.G e FRANCALACCI, V.(2000). O pentágono do bem estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, 5(2), 48-59.

ABSTRACT

The aim of this work was to identify the Professors' style of life linked to Human Health Area of UCB – Universidade Católica de Brasília – DF (Catholic University of Brasília –FD) .Three questionnaires were asked to be fill in by the Professors in order to get information about physical aptitude, physical activities habits and life style way.

Results showed that the majority of participants are between 30-40 years of age, with 49% belonging to male gender and 51% to female gender.

In relation to physical aptitude, it was observed that the great majority of professors are capable to practice light to moderate physical exercises. In relation to daily physical habits, it was observed significant differences among Physical Education the other ones (Nutrition, Physiotherapy, Odontology and Psychology) at $\alpha = 5\%$. Aspects related to life style, analysed based on the "Wellbeing Pentagon" chart, showed that the groups are heterogeneous due to personnel characteristics.

There is no doubt that the UCB Professors need to incorporate in their life style some aspects related to the variables observed, mainly those related to physical activities, in order to promote better levels of health and life quality. Yet, results showed that due to their actual life style, there's no coherence among knowledge, desire and to take action.