

PERCEPÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE DOS ALUNOS DO CURSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA

Charles Michael Falcão
Dr. Carlos Henrique Sampaio Moreira

RESUMO

A Educação Física como área de conhecimento tem como campo de estudo o corpo em movimento, enfocando as diferentes práticas físicas como perspectiva da prevenção da saúde. Observa-se que o aluno ao ingressar no curso de Educação Física não tem noção da importância da atuação desse profissional, percebendo a saúde muito em estado físico e mental. Com o intuito de verificar a percepção sobre o conceito de saúde segundo o entendimento dos graduandos de Educação Física fez-se necessário uma abordagem conceitual e teórica, além da aplicação de uma pesquisa, realizada através de entrevistas com os alunos do 1º e 2º períodos do curso de Educação Física da Universidade Salgado de Oliveira. Conclui-se com os dados obtidos com a pesquisa de campo que os alunos de Educação física da Universidade Universo BH 1º e 2º período possuem pouco entendimento sobre o conceito de saúde, acreditando apenas na sua relação com atividade física e alimentação, ignorando aspectos importantes como o social, cultural e econômico.

Palavras-chave: Atividade Física; Percepção de saúde; Qualidade de vida.

1 INTRODUÇÃO

A prática de atividade física regular juntamente com uma alimentação saudável contribui para uma boa qualidade de vida. Sendo assim a Organização Mundial de Saúde – OMS (1995) define a saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, pelo qual o indivíduo não apresenta enfermidades. Além disso, a atividade física tem sido considerada um fator determinante na manutenção, promoção e recuperação de funções orgânicas e musculares. (McARDLE *et al*, 2011)

Dantas e Oliveira (2003) abordam que a qualidade de vida é definida como uma opção pessoal a ser perseguida, além de associada à prevenção de doenças, ao bem-estar e à autonomia funcional do indivíduo.

Segundo Bagrichevsky (2004) a saúde é o resultado de necessidades primordiais que o indivíduo precisa para viver, tais como alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, dentre outras. Dessa forma, a Educação Física prova sua importância para a formação de jovens, no âmbito de aplicar a sociabilidade e auxiliar um melhor desempenho na saúde.

Nesse sentido, observa-se a importância da Educação Física, que segundo Geis (2003) conquistou seu espaço na sociedade por estar associada à qualidade de vida e saúde. Já Gomes e Moreira (2002) afirmam que a Educação Física coloca os alunos e praticantes de atividades físicas em contato direto com os exercícios que são propostos, o que promove o compartilhamento de experiências, produção de conhecimento e aplicação do que foi aprendido através da teoria pela prática das atividades sugeridas.

Krug (2009) diz que o professor de Educação Física, além de educador, é um profissional de saúde que deve informar aos seus alunos, bem como as demais pessoas, sobre os benefícios de um estilo de vida ativo, principalmente na prevenção e na reabilitação de doenças. Esse profissional deve ser o mediador da prática de atividade física contribuindo para hábitos de vida mais saudáveis. Logo, a Educação Física prova sua importância para a formação de pessoas no âmbito de aplicar a sociabilidade e a saúde pessoal.

Conforme definição feita pela Federação Internacional de Educação Física - FIEP (2000) o termo “Educação Física” foi utilizado pela primeira vez na Inglaterra, no ano de 1893 por John Locke e na França em 1762 por J. Ballexserd. A Federação acredita que a Educação Física deve ser compreendida como um dos direitos fundamentais de todas as pessoas, já que está diretamente associada à qualidade de vida. (FIEP, 2000).

Dantas (2001) relata a importância da educação no alcance da qualidade de vida pretendido. O autor afirma que a educação ajuda a entender os fatores que interferem na saúde. Nesse sentido, o Conselho Nacional de Educação - CNE (2004) define Educação Física. De acordo com o CNE o licenciado é preparado para atuar na Educação Básica e o bacharel atua fora da escola. A Educação Física é definida como, conforme art. 3º, do parecer CNE/CES n. 58/2004:

A Educação Física é uma área de conhecimento e de intervenção acadêmico-profissional que tem como objeto de estudo e de aplicação o movimento humano, com foco nas diferentes formas e modalidades do físico, da ginástica, do jogo, do esporte, da luta/arte marcial, da dança, nas perspectivas da prevenção de problemas de agravo da saúde, promoção, proteção e reabilitação da saúde, da formação cultural, da educação e da reeducação motora, do rendimento físico-esportivo, do lazer, da gestão de empreendimentos relacionados às atividades físicas, recreativas e esportivas, além de outros campos que oportunizem ou venham a oportunizar a prática de atividades físicas, recreativas e esportivas (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2004, p. 1).

Assim, acredita-se que a Educação Física tem um papel importante na busca da qualidade de vida das pessoas, e conseqüentemente na saúde. Dantas e Oliveira (2003) afirmam que o profissional de Educação Física tem como objetivo maior a busca da saúde, da autonomia funcional e da qualidade de vida, e, por isso, deve incentivar à prática do esporte e a busca de hábitos saudáveis. (DANTAS e OLIVEIRA, 2003).

Geis (2003) defende a ideia de que o corpo humano é uma máquina e que para funcionar corretamente necessita-se estar em movimento constante. O autor ainda acrescenta que é primordial a prática de atividade física, mas que se deve adaptar conforme aos grupos etários. Além disso, a atividade física deve ser praticada em qualquer idade devido aos benefícios que proporciona ao corpo e à mente.

Percebe-se através da mídia que, nos últimos anos, o governo e empresas privadas têm feito campanhas para sensibilizar a sociedade sobre os benefícios a prática de uma atividade física adaptada com o propósito de promover e organizar atividades e atos esportivos pontuais para cada grupo social, fazendo com que todos possam participar. Para isso, é necessário o envolvimento da área da Educação Física que através do conhecimento técnico e teórico que seus profissionais possuem, sugere exercícios físicos conforme o perfil de cada pessoa, ajudando a promover o bem-estar, qualidade de vida e conseqüentemente melhoria da saúde. (GEIS, 2003)

O Conselho Nacional de Saúde, em sua resolução n. 218, de 6 de março de 1997, considera que a saúde é um direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Com isso, concepção deste conceito foi ampliado de forma a se estabelecer a relação saúde/doença em decorrência de vida e trabalho, bem como do acesso igualitário de todos aos serviços de promoção e recuperação da saúde, fixando-se como uma das questões fundamentais da integridade da atenção à saúde e à participação social.

O Conselho Federal de Educação Física – CONFEF (2000) foi criado para estabelecer diretrizes que conscientizem as pessoas de que o sedentarismo é prejudicial para a saúde. Desse modo, a Educação Física tem o papel de estimular um estilo de vida mais saudável e ativo e, servir de motivação a toda a população, sem distinção de raça, cor, credo, classe social ou deficiência, para a prática de atividades físicas.

Desta forma o presente estudo tem como objetivo verificar, a percepção do conceito de saúde que os alunos do 1º e 2º períodos do curso de Educação Física, da Universidade Salgado De Oliveira.

2 MÉTODO

A pesquisa caracteriza-se como quantitativa básica de caráter descritivo contendo uma amostra composta por 92 graduandos do curso de Educação Física do 1º e 2º períodos da Universidade Salgado de Oliveira – BH, dos turnos da manhã e da noite. Como instrumento de pesquisa foi utilizado um questionário com 4 questões fechadas e 2 questões abertas, validado e adaptado pelas pesquisadoras Stela Maris Aguiar Lemos, professora adjunta do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Minas Gerais e Cristiane Aparecida dos Santos, estudante do 6º período de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Minas Gerais .

Como procedimento relacionado à coleta de dados foi feita uma inter-relação entre as questões abertas e uma análise dos dados utilizando o programa Microsoft Excel 2010, houve uma categorização das respostas encontradas para montar os grupos de resposta e as suas devidas porcentagens. A investigação foi realizada com princípios éticos e foi apresentado aos estudantes um termo de consentimento livre e esclarecimento. O questionário foi entregue e respondido durante as aulas na presente Universidade.

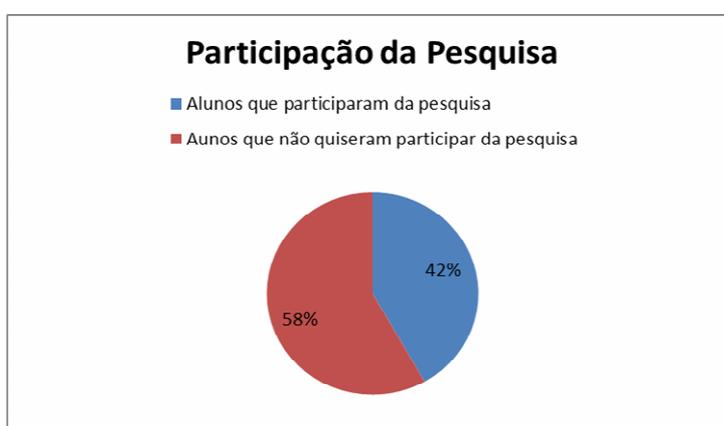
3 RESULTADOS

Após a pesquisa realizada na Universidade Salgado de Oliveira entre os dias 20 a 25 de outubro de 2016, em que os questionários foram distribuídos e respondidos pelos alunos do curso de Educação Física dos 1º e 2º períodos, é possível inferir algumas considerações a partir dos resultados. O questionário validado aplicado aos alunos do

curso de Educação Física da Universidade Salgado de Oliveira possuía perguntas voltadas à percepção do conceito de saúde.

No total foram distribuídos 220 formulários com o questionário, mas apenas 92 alunos sendo: 43 alunos do 1º período e 49 alunos do 2º período, das turmas que estudam nos turnos da manhã e da noite, quiseram participar da pesquisa, respondendo ao questionário. Um total de 128 alunos que não tiveram interesse em colaborar. A seguir, há a mensuração e análise dos dados.

GRÁFICO 1: Participação dos alunos na pesquisa



Fonte: Dados da pesquisa realizada pelos autores, 2016.

Conforme consta no gráfico acima, 42% dos alunos participaram da pesquisa, sendo 63 entrevistados do sexo masculino e 29 do sexo feminino, totalizando o número de 92 questionários respondidos. Enquanto isso, 58% não mostraram interesse em colaborar com o estudo por diversos motivos alegados pelos entrevistados.

A primeira pergunta da pesquisa consistia em saber o sexo dos entrevistados. O gráfico a seguir permite uma melhor visualização dos resultados.

GRÁFICO 2 - Sexo dos entrevistados



Fonte: Dados da pesquisa realizada pelos autores, 2016.

Conforme consta no gráfico acima, 68% dos entrevistados são do sexo masculino e 32% são do sexo feminino. Analisando a porcentagem citada, pode-se observar que dos 92 alunos que participaram da pesquisa, 63 são do sexo masculino e 29 do sexo feminino. Os números revelam que o gênero masculino é predominantemente maior que o do feminino no curso de Educação Física na Universidade Salgado de Oliveira, considerando alunos do 1º e 2º períodos.

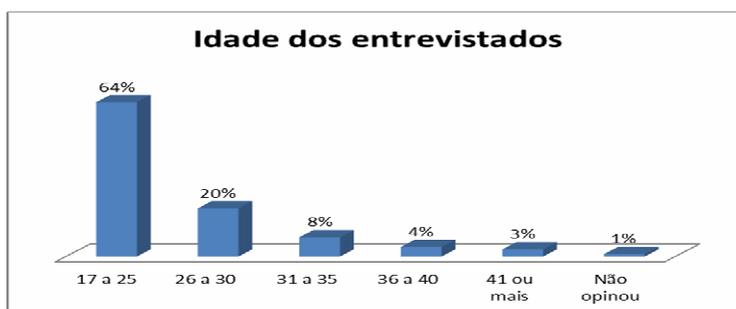
Ao analisarmos o gráfico verifica-se que apesar de termos um maior número de participantes do sexo masculino sendo entrevistado, o retorno às questões abordadas aponta um maior percentual do gênero feminino respondendo a essa demanda, vejamos abaixo:

	TOTAL DE ALUNOS SOLICITADOS	TOTAL DE ALUNOS PARTICIPANTES	PERCENTUAL DE ALUNOS QUE RESPONDERAM
MASCULINO	155	63	40%
FEMININO	65	25	44%

Azevedo e Ferreira (2006) constataam que a partir da década de 50 as experiências de escolarização em nível superior, proporcionada pelas políticas sociais e educacionais implantadas, foram às medidas responsáveis por importantes mudanças no sistema de gênero, especialmente no que diz respeito à inserção profissional de mulheres em carreiras científicas que até então se constituíam em “um monopólio masculino”. Isso aponta por uma expectativa de que é possível de dar início a descrição de uma maior participação feminina no campo da ciência da saúde.

Em relação da idade dos entrevistados, os resultados são apresentados no gráfico a seguir.

GRÁFICO 3 - Idade dos entrevistados

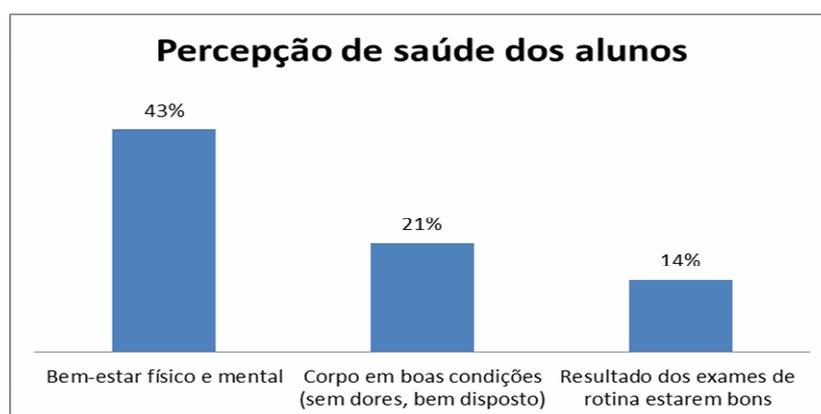


Fonte: Dados da pesquisa realizada pelos autores, 2016

A idade dos entrevistados foi dividida em grupos. O resultado foi o seguinte: 64% dos entrevistados disseram estar com a idade entre 17 a 25 anos. Os entrevistados com idade entre 26 a 30 anos totalizaram 20%. Já aqueles com idade entre 31 a 35 anos ficaram com 8%; entre 36 a 40 anos, com 4%, e, 41 anos ou mais, com 3%. Apenas 1% dos entrevistados não quiseram informar a idade. Assim, é possível verificar que grande parte dos alunos são considerados jovens.

A pergunta seguinte consistia em saber a percepção de saúde dos alunos participantes da pesquisa. Mesmo sendo uma pergunta aberta no questionário, os resultados são apresentados no gráfico a seguir.

GRÁFICO 4 – Percepção de saúde dos alunos entrevistados



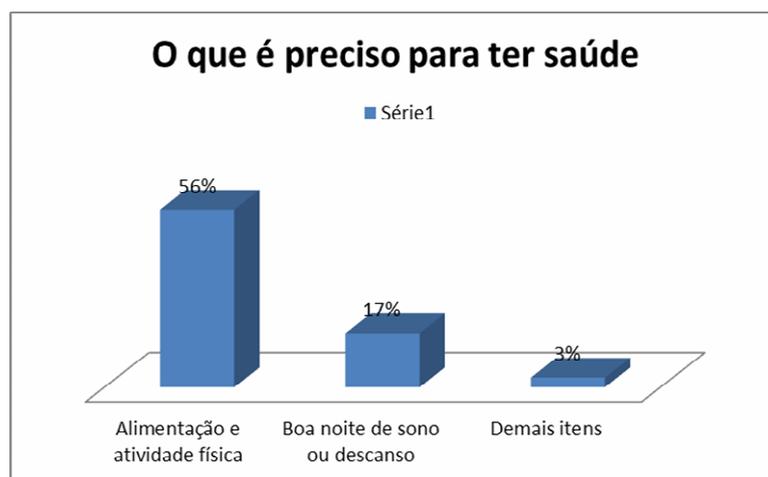
Fonte: Dados da pesquisa realizada pelos autores, 2016.

Ao perguntar aos alunos sobre o que entendiam por saúde, grande parte dos entrevistados disseram que é ter bem-estar físico e mental, totalizando cerca de 43%. Cerca de 21% dos entrevistados acreditam que ter saúde é o corpo estar em boas condições, sem dores, estar malhado e bem-disposto. Já cerca de 14% dos entrevistados acreditam que ter saúde é os exames de rotinas estarem bons. Pelo fato desta pergunta ser aberta, a mensuração de dados foi feita a partir de palavras chaves das respostas e foi feito uma média dos resultados, sendo que uma pessoa pode ter colocado mais de uma palavra chave. As palavras chaves que mais apareceram no questionário respondido nessa questão foram: bem-estar, exames bons, prevenção e preservação da saúde, cuidado com o corpo, qualidade de vida.

Para a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde – OMS (1995), o conceito de saúde vai além da mera ausência de doenças. Na verdade, só é possível ter saúde quando há um completo bem-estar físico, mental e social de uma pessoa.

Ao perguntar sobre o que é preciso para ter saúde grande parte dos entrevistados responderam que a alimentação e a atividade física diária são os itens mais importantes. A média desses dois itens ficou em cerca de 56%. No que se refere a boa noite de sono ou descanso, foi totalizado cerca de 17% dos entrevistados. Os demais itens tiveram cerca de 3% para baixo tais como: qualidade de vida, interação social, cuidado com o corpo, ter paz e equilíbrio, ter boa situação financeira, familiar e profissional.

GRÁFICO 5 – O que é preciso para ter saúde



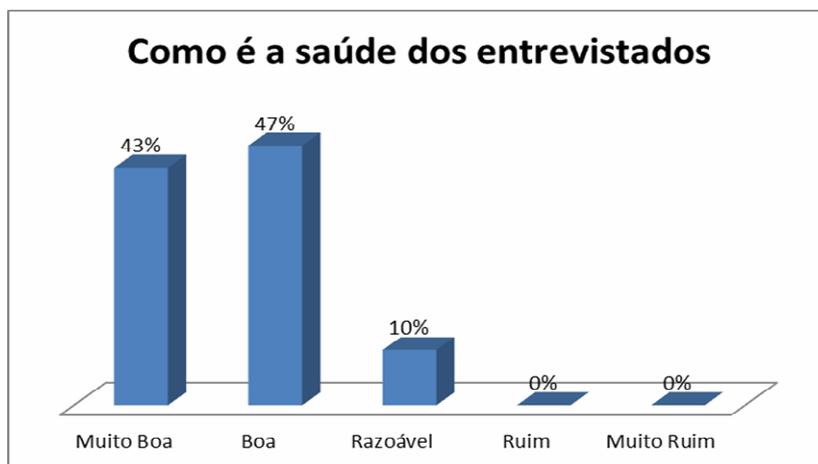
Fonte: Dados da pesquisa realizada pelos autores, 2016.

Segundo Ferreira (2013) os três alicerces da boa saúde do corpo e da mente são o sono, a alimentação e a atividade física.

Já a Organização Mundial de Saúde – OMS (1995) define a saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, pelo qual o indivíduo não apresenta enfermidades. Com isso, pode-se observar que os itens evidenciados no gráfico acima se justificam no conceito de saúde da OMS (1995). Se um indivíduo apresenta a alimentação adequada e saudável, pratica exercícios físicos regularmente e tem uma boa noite de sono ou descanso, então, este se comparado com um indivíduo sedentário, apresentará um nível de saúde e bem-estar altos.

Quando perguntados sobre o que os alunos achavam da própria saúde, o gráfico a seguir ilustra os resultados.

GRÁFICO 6 - Como é a saúde dos entrevistados



Fonte: Dados da pesquisa realizada pelos autores, 2016.

Ao analisar sobre a opinião dos alunos em relação à própria saúde, o resultado foi muito equilibrado, ficando a maior porcentagem com “boa” e “muito boa”. 47% disseram que consideram boa a sua saúde, 43% dos entrevistados disseram que consideram sua própria saúde muito boa, e apenas 10% consideraram a saúde como razoável.

Pode-se observar que os entrevistados que conceituaram sua saúde como muito boa obtiveram a segunda melhor nota, pois acredita-se que os mesmos possuem ideias distintas e não apresentam entendimento profundo sobre o real conceito, que segundo a OMS (1995) diz que saúde é uma pessoa ter um estado completo de bem-estar físico, mental e social.

Quando perguntados sobre qual a nota os entrevistados davam para a própria saúde, o resultado foi o seguinte, conforme ilustrado no gráfico 7.

Gráfico 7 – Nota da saúde dos entrevistado



Fonte: Dados da pesquisa realizada pelos autores, 2016.

Grande parte dos entrevistados – total de 30% -, consideraram a saúde com uma nota de número 7, numa escala de 0 a 10. O segundo maior resultado ficou com a nota de número 10, sendo uma porcentagem de 22%. Já 20% dos entrevistados consideraram a saúde com nota de número 8, e, 13% deram nota de número 9. Ou seja, os resultados ficaram muito subdivididos.

Geis (2003) defende a ideia de que o corpo humano é uma máquina e que para funcionar corretamente necessita-se estar em movimento constante.

3.1 Discussões

Segundo Dantas e Oliveira (2003, p. 41) a qualidade de vida “não pode ser medida ou comparada com o aumento da expectativa de vida, ou ainda com a diminuição da mortalidade do ser humano”. Os autores acreditam que a prática regular de atividade física contribui para a melhoria de qualidade de vida, promovendo o bem-estar, a saúde e a autonomia funcional do indivíduo.

Assumpção, Morais e Fontoura (2002) relatam que a qualidade de vida determina a sensação de bem-estar, pois está envolvida por fatores como o diagnóstico e tratamento de doenças e se estendendo a aspectos relacionados ao estilo de vida, a comunidade e a vida familiar das pessoas.

Segundo o Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde (2009), a atividade física é um fator determinante para a prevenção de doenças, no que tange o estilo escolhido e adaptado a cada pessoa. Aponta-se os benefícios biológicos, psicológicos e sociais, dentre os quais podemos citar o bom humor, autoestima, diminuição da ansiedade e do stress; melhora do funcionamento intestinal; aumento da imunidade; qualidade do sono; controle do peso corporal; prevenção de varias doenças, tais como hipertensão, e outras doenças cardiovasculares, etc.

Nahas (2001) relata que o estilo de vida ativo passou a ser considerado fundamental na promoção da saúde e redução da mortalidade por todas as causas. Para a maior parte da população, os maiores riscos para a saúde e o bem-estar advêm do próprio comportamento individual, resultante tanto da informação e vontade da pessoa, como também das oportunidades e barreiras sociais presentes.

Ainda segundo Nahas (2001) as pesquisas mostram que as mudanças comportamentais podem ser muito efetivas na área de prevenção e controle das doenças associadas à inatividade, referidas como doenças hipocinéticas, haja vista que o organismo humano foi construído para ser ativo.

Costa, R.S., et al. (2003) sugerem que a prática de atividades está organizada segundo determinadas convenções, entre elas as concepções do ideal de corpo segundo o gênero. Em seu estudo com uma amostra de 4.614 adultos entre 20 e 60 anos, funcionários de uma universidade localizada no Estado do Rio de Janeiro, esses autores demonstraram que a inatividade física no tempo destinado ao lazer foi maior entre as mulheres, as quais se engajam mais em atividades individuais, que requerem menos força física, enquanto os homens preferem as atividades físicas coletivas e de caráter competitivo. Além disso, observou-se tendência de maior prática de atividades físicas entre as mulheres mais velhas, com maior escolaridade e com maior renda familiar.

Os estudos de Matsudo et al.(2002); Guedes et al.(2006); Gouveia et al., (2007) e Gomes, Siqueira & Sichieri, (2001) sugerem que as diferenças sociais, culturais, históricas e econômicas promovem comportamentos distintos em grupos populacionais, refletindo-se no estilo de vida das pessoas, o que é estabelecido ao longo da história de vida familiar, escolar e regional de cada um.

O Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde relacionados com estilos de vida (2003) estabelece um conjunto de fatores que estão ligados aos estilos de vida individuais e é a forma como cada pessoa determina o seu próprio conceito de saúde ao longo da vida, através de opções individuais expressas no que poderemos entender como estilo de vida, que constitui uma questão importante na formação da saúde individual e coletiva.

Barros (2002) retrata que o modelo biomédico ou mecanicista tem suas raízes históricas vinculadas ao contexto do Renascimento e de toda a revolução artístico-cultural que ocorre nessa época, associada, igualmente, ao projeto expansionista das duas metrópoles de então - Portugal e Espanha - cuja consecução vai demandar o surgimento de instrumentos técnicos que viabilizem as grandes navegações na tentativa de estimular o mencionado empreendimento, de reatar o intercâmbio comercial com as Índias, a partir da tomada de Constantinopla pelos turcos, em 1453.

Segundo Fava & Soino (2008) o modelo biopsicossocial de Engel permite que a doença seja vista como um resultado da interação de mecanismos celulares, teciduais, orgânicos, interpessoais e ambientais. Observa-se a apresentação do ser humano considerado de modo contextualizado em todos os aspectos inerentes ao seu espaço vital, ou seja: orgânico, psicológico, cultural e socioeconômico em que cada aspecto influencia de modo dinâmico no outro.

Ainda de acordo com Fava & Soino (2008) identificou o modelo biopsicossocial como uma estrutura conceitual mais completa (adequada) para orientar os clínicos no seu trabalho diário com os pacientes. Ele considerou que a transição do estreito modelo biomédico para o biopsicossocial era o maior desafio para a medicina nos anos setenta.

Ogden (2004) afirma que a Psicologia da Saúde veio desafiar a separação da díade mente-corpo, ao propor um papel para a mente, tanto na causa como no tratamento da doença, crescente focalização na interação mente/ corpo. (...) sendo que esta mudança de perspectiva encontra reflexo no desenvolvimento de uma abordagem holística da saúde, ou da pessoa como um todo.

Modelo Biopsicossocial de Saúde e Doença

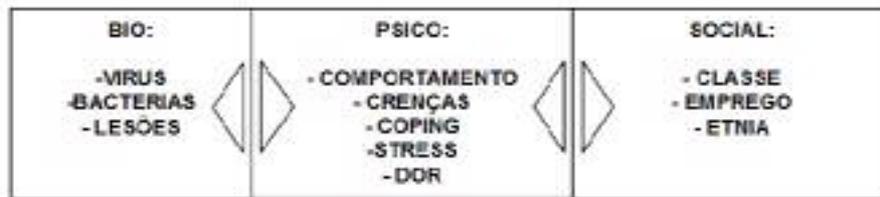


Figura 1: Modelo Biopsicossocial de Saúde e Doença (Engel, 1977 e 1980)
Citado por Ogden (2004, p.18)

Na figura 1 está representado o Modelo Biopsicossocial de saúde e doença de Engel, citado por Ogden (2004), pode-se observar que este modelo possui múltiplos os fatores que podem ser causadores da alteração do equilíbrio biopsicossocial do ser humano. Desta forma, a doença pode advir da alteração de um fator quer biológico, psicológico ou social, ou ocorrer em simultâneo a alteração de mais de um fator, para induzir um ajuste/ compensação, ao nível dos outros fatores que fazem parte deste sistema.

Para Potter (2013) o Modelo de Crenças em Saúde, formulado por Rosenstock (1971) e Becker e Maiman (1975) abordou a relação entre as crenças e os comportamentos das pessoas. O Modelo de Crenças em Saúde ajuda a entender os fatores que influenciam as percepções, as crenças e o comportamento dos pacientes para que se organize o plano de cuidados que irá auxiliar de forma mais efetiva os pacientes na manutenção ou na recuperação da saúde e na prevenção de doenças.

Ainda Potter (2013) salienta que este modelo possui três componentes. O primeiro componente deste modelo envolve a percepção individual de suscetibilidade a uma doença. O segundo componente é a percepção individual da gravidade da doença que é influenciada e modificada pelas variáveis demográficas e sociopsicológicas, percepção de ameaças de doenças e sugestão para ação. O terceiro componente é a probabilidade de uma pessoa em realizar as ações preventivas e resulta da percepção da pessoa a respeito dos benefícios e as barreiras e desempenhar a ação, através de mudanças de estilo de vida.

Becker et al. (1978) relata que o MCS, originalmente destinado a explicar comportamentos preventivos, foi estendido para explicar respostas dos indivíduos aos sintomas e seu comportamento em resposta à doença, particularmente, a adesão às recomendações médicas

De acordo com Janz et al (1984) esse modelo é utilizado para a adoção de um comportamento preventivo, onde o indivíduo deve considerar-se suscetível a um problema de saúde, ou seja, acreditar que esse problema pode afetá-lo (percepção de susceptibilidade ou percepção de risco); perceber que o problema pode ter consequências sérias (percepção de gravidade); e acreditar que o problema de saúde pode ser prevenido com ações (percepção de benefícios), cujos benefícios superam os aspectos negativos, tais como impedimentos financeiros, desconforto, vergonha (percepção de barreiras). Os benefícios da ação são avaliados em função das barreiras para realizá-la. Além disso, a presença de estímulos para a ação é importante para desencadear as percepções de susceptibilidade e gravidade, e motivar o indivíduo a agir.

Renwick e Brown (1996) sugerem que diferentes aspectos que definem a qualidade de vida são apresentados na literatura, como, por exemplo, poder aproveitar as possibilidades da vida, de escolher, de decidir e ter controle de sua vida. Cita-se como exemplo o modelo ilustrado na figura 2:



Figura 2: Modelo (degraus) para a pessoa aproveitar as possibilidades importantes de sua vida

Fonte: adaptado de (RENNICK e BROWN, 1996).

Considerando o modelo apresentado, o “ser” é entendido como o que o ser humano é, resultado de sua nutrição, aptidão física, habilidades individuais, inteligência, valores, experiências de vida, etc. Quanto ao “pertencer” trata-se das ligações que a pessoa tem em seu meio, casa, trabalho, comunidade, possibilidade de escolha pessoal de privacidade, assim como da participação de grupos, inclusão em programas recreativos, serviços sociais, etc. O “tornar-se” remete à prática de atividades como trabalho

voluntário, programas educacionais, participação em atividades relaxantes, oportunidade de desenvolvimento das habilidades em estudos formais e não formais, dentre outros (RENEWICK e BROWN, 1996).

Apesar da relevância de tal modelo devido sua coerência e abrangência, Minayo, Hartz e Buss (2000) abordam ainda que a relatividade da noção, que em última instância remete ao plano individual, tem pelo menos três fóruns de referência:

- **Histórico:** em determinado tempo de seu desenvolvimento econômico, social e tecnológico, uma sociedade específica tem um parâmetro de qualidade de vida diferente da mesma sociedade em outra etapa histórica;

-**Cultural:** certamente, valores e necessidade são construídos e hierarquizados diferentemente pelos povos, revelando suas tradições;

-**Estratificações ou classes sociais:** os estudiosos que analisam as sociedades em que as desigualdades e heterogeneidades são muito fortes mostram que os padrões e as concepções de bem-estar são também estratificados: a ideia de qualidade de vida está relacionada ao bem-estar das camadas superiores e à passagem de um limiar a outro.

Castellón e Pino (2003) indicam que existem diversos conceitos sobre qualidade de vida e, estes, são classificados, levando-se em consideração, a sua ligação com a saúde, as condições de vida e satisfação pessoal das pessoas.

Marques, Gutierrez e Montagner (2010) defendem a ideia de que as pessoas conquistam a qualidade de vida com a ajuda do esporte, contribuindo para produzir quadros de saúde positivos, porém, não se pode deixar de considerar que problemas como contusões aparecem em treinamentos esportivos intensos. Assim, para que se reafirme a relação positiva entre o esporte e a qualidade de vida, é preciso considerar as demandas, possibilidades, objetivos e restrições dos sujeitos que o praticam.

O Modelo de Fluxo de Veenhoven (figura 3), citado por Pimentel (2006) traduz-se nas oportunidades que a vida permite ao indivíduo para alcançar a felicidade, através de recursos sociais, de recursos pessoais e das capacidades individuais.



Figura.3: Modelo de Fluxo de Veenhoven (1996) Citado por Pimentel (2006)

Os recursos sociais são proporcionados ao indivíduo pela sociedade (bem estar econômico, liberdade política, igualdade social, enriquecimento cultural e ordem moral). Os recursos que o indivíduo mais controla, denominados por recursos pessoais, compreendem posição social, bens materiais, influência política, prestígio e estatuto social. Nas capacidades individuais incluem-se as físicas e intelectuais. De acordo com este modelo, o curso da vida vai modelar o indivíduo e influenciar a felicidade global (PIMENTEL, 2006).

Minayo, Hartz e Buss (2000) defendem a ideia de que a sociedade atual associa qualidade de vida a padrões voltados ao consumismo influenciados pela mídia. A qualidade de vida na sociedade hoje considera como padrão de conforto e bem-estar estar com roupa da moda, ter carro e celulares da última geração, ter computador, entre outros.

Buss (2000) diz que os conceitos de qualidade de vida e saúde são utilizados como sinônimos, mas que apresentam diferenças apesar de estarem interligado um ao outro. Isso porque as diversas conceituações disponíveis para a promoção da saúde podem ser reunidas em dois grandes grupos. No primeiro deles, a promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das culturas da comunidade em que se encontram.

Conforme artigo 196 da Constituição Federal de 1988 a saúde é um dever do Estado,

sendo “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A OMS (1995) define a saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e deve ser considerada como um direito fundamental da pessoa humana, devendo ser assegurada sem distinção de raça, de religião, ideologia política ou condição socioeconômica. Portanto, é um valor coletivo no qual cada pessoa goza individualmente, sem prejuízo de outrem e, solidariamente, com todos.

Neste sentido Assumpção, Morais e Fontoura (2002) esclarecem que a saúde sofre influência do meio social e cultural e pode ser analisada como ausência de doenças, como bem-estar físico, psíquico e social e como uma capacidade de superação de dificuldades físicas, psíquicas, sociais, culturais e simbólicas do indivíduo.

Com relação aos resultados obtidos através dos questionamentos sobre as notas para a saúde nos faz observar que os entrevistados não dominam o sentido do conceito de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo como base o estudo sobre a saúde, tentou-se inferir se a percepção ou conceito dos alunos sobre o tema estudado vai ao encontro do que a Organização Mundial da Saúde traz como definição em suas publicações.

A pesquisa aplicada apontou que os alunos do curso de Educação Física possuem pouco entendimento em relação ao conceito de saúde. Os alunos acreditam que ter saúde se dá com a união de atividade física e alimentação, ignorando vários outros aspectos sociais, culturais, econômicos que entram na análise do conceito de saúde. Sugere-se que a partir dos resultados obtidos, os professores ou a instituição possam desenvolver ações que permitam construir junto aos alunos um olhar mais abrangente sobre o tema estudado.

Através dos resultados obtidos apontamos que os temas saúde e qualidade de vida tenham discussões mais ampliadas, principalmente para os alunos de Educação Física dos 1º e 2º períodos da Universidade Salgado de Oliveira.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSUMPÇÃO, L.O.T.; MORAIS, P.P; FONTOURA, H. Relação entre atividade física, saúde e qualidade de vida. Buenos Aires. Ano 8 n.52, 2002.

AZEVEDO, N.; FERREIRA, L. O. Modernização, políticas públicas e sistema de gênero no Brasil: educação e profissionalização feminina entre as décadas de 1920 e 1940. Cad. Pagu, Campinas, n. 27, p. 213-254, jul./dez. 2006.

BAGRICHEVSKY, M. Questionamentos e incertezas acerca do estatuto científico da saúde: um debate necessário na educação física. Revista da Educação Física / UEM, Maringá, volume 15, pág. 57-66, 2004.

BARROS, J.A.C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? Saude soc. vol.11 no.1 São Paulo Jan./July 2002

BECKER, M.H.; RADIUS, S.M.; ROSENSTOCK, I.M. Conformidade com um regime médico para asma: um teste do modelo de crença em saúde. Rep. Saúde Pública. 1978; 93: 268-77.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163-77, 2000

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde -Brasília, 2009.260p.(Série A. Guias e Manuais Técnicos)

CASTELLÓN, A.; PINO, S. Calidad de vida en la atención al mayor. Revista Multidisciplinar de Gerontología, La Rioja, Espanha, v. 13, n. 3, p. 188- 192, 2003.

CONFED - CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. Carta brasileira da Educação Física. Revista Brasileira de Ciências do Esporte. Rio de Janeiro: CONFED, 2000. Disponível em: <http://www.revista.cbce.org.br/index.php/RBCE/article/viewFile/322/281>. Acesso em: 28 out . 2016

CONFED - CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. Carta brasileira da Educação Física. Documentos Fundamentais CONFED. Rio de Janeiro: CONFED, 2005. Disponível em:

http://www.seduc.ro.gov.br/educacaofisica/images/pdf/legislacao/cartas_confef.pdf.
Acesso em: 28 out . 2016

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Parecer n. CNE/CES 0058/2004 de 18 de fevereiro de 2004. Dispõe sobre Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 19 mar. 2004. Disponível em: . Acesso em: 29 out. 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n.º 218, de 06 de março de 1997 - conselho.saude.gov.br/resolucoes/1997/Reso218. Acesso em: 04 dez 2016

CONSTITUIÇÃO FEDERAL Artigo 196 de 1988.
<http://www.jusbrasil.com.br/topicos/920107/artigo-196-da-constituicao-federal-de-1988>. Acesso em: 04 dez 2016

COSTA, R.S., HEILBORN, M.L.; WERNECK, G.L.; FAERSTEINE.; LOPES,C.S.Gênero e prática de atividade física de lazer. Caderno de Saúde Pública. 19 (suppl.2), S325-S333, 2003.

DANTAS, E.H.M. Saúde, fitness e wellness. Comunicação pessoal no contexto da disciplina Saúde, Fitness e Wellness. Rio de Janeiro: Universidade Castelo Branco, 2001.

DANTAS, E.H.M.; OLIVEIRA, R.J. Exercício, Maturidade e Qualidade de Vida. 2 ed. Rio de Janeiro: Shape, 2003.

FAVA, G. A. SOINO, N. O modelo biopsicossocial: Trinta anos depois. Psicoterapia e psicossomática. 2008; 77: 1-2.

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA (FIEP). Manifesto Mundial da Educação Física. Foz do Iguaçu. PR, 2000.

FERREIRA, M.S. Aptidão física e saúde na Educação Física Escolar: Revista Brasileira de Ciências do Esporte. v. 22, n.2, p.41-54, jan., 2001.

FERREIRA, A.P. Dicas para ter uma boa saúde: Revista Viva Saúde. 16 de junho de 2013. Disponível em: <http://revistavivasaude.uol.com.br/bem-estar/dicas-para-ter-uma-boa-saude>. Acesso em 10 de novembro de 2016.

GEIS, P.P. Atividade física e saúde na terceira idade: teoria e prática; trad. Magda Schwartzaupt Chaves. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

GOMES, V.B.; SIQUEIRA, R.S; SICHIERI, K.R. Atividade física em uma amostra probabilística da população do Município do Rio de Janeiro. Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(4):969-976, jul-ago, 2001

GOMES, A.C.V; MOREIRA, C.A.M. Atividade física e benefícios para a saúde. Jornal Mundo Jovem. Porto Alegre, R. S. nº 330, Setembro/2002, p.4.

GOUVEIA, E.R.; FREITAS, D.L.; BEUNEN, G.P.; MAIA, J.A.; CLAESSENS, A.L.; MARQUES, A.T.; THOMIS, M.A.; ALMEIDA, S.M.; SOUSA, A.M.; LEFEVRE, J.A. Atividade física, aptidão física e sobrepeso em crianças e adolescentes: “o estudo de crescimento da Madeira”. Revista Brasileira de Educação Física e Esporte, v. 21, n. 2, p. 95-106, São Paulo, abril/junho, 2007.

GUEDES, D.P.; PAULA, I.G.; GUEDES, J.E.; STANGANELLI R.P.; Luiz C.R. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes: estimativa relacionadas ao sexo, a idade e a classe econômica. Revista Brasileira de Educação Física e Esporte, v. 20, n. 3, p. 151-163, São Paulo, julho/setembro, 2006

HALLAL, P.C.; VICTORA C.G.; AZEVEDO M.R.; JONATHAN C.K. Adolescent physical activity and health: a systematic review. Sports Medicine, v.36, n.12, p.1019-1030, 2003.

JANZ, N.K.; BECKER M.H. O Modelo de Crenças da Saúde: uma década depois. Saúde Educ Q 1984; 11: 1-47.

KRUG, R.R.; IVO, A.A.; KRUG, H.N. As lembranças significativas do tempo de educação física escolar na educação básica pelos licenciandos do CEFD/UFSM: colaborando com o "aprender a ser professor". Boletim Brasileiro de Educação Física (Brasília), v. 10, p. 1-9, 2009a.

MARQUES, R.F.R.; GUTIERREZ, G.L.; MONTAGNER, P.C. Esporte e qualidade de vida: perspectiva para o início do século XXI. In: VILARTA, R.; GUTIERREZ, G. L.; MONTEIRO, M. I. Qualidade de vida: evolução dos conceitos e práticas no século XXI. Campinas: IPES, 2010.

MATSUDO, S.M.M.; MATSUDO, V.K.R.; ARAÚJO, T.L.; ANDRADE, D.R.; ANDRADE, E.L.; OLIVEIRA, L.; BRAGGION, G. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. Revista Brasileira de Ciência e Movimento, v. 10, n. 4, p. 41-50, Brasília, 2002.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

McARDLE, W.D.; KATCH, V.; KATCH, F. Fisiologia do Exercício: Nutrição, Energia e Desempenho Humano. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

NAHAS, M.V. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 4. ed. Londrina: Midiograf, 2006.

NAHAS, M.V. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf, 2001.

Organização Mundial de Saúde – OMS. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO, 1995. Disponível em: http://www.unu.edu/unupress/food/FNBv27n4_sup pl_2_final.pdf

OGDEN, J. Psicologia da Saúde: Manuais Universitários. 2ª edição, Lisboa: Climepsi editores, 2004..

PIMENTEL, F.L. Qualidade de Vida e Oncologia. Coimbra: Almedina, 2006.

POTTER, P. Fundamentos da Enfermagem. Rio de Janeiro. 2013.

Programa Nacional de Intervenção Integrada de Determinantes de Saúde Relacionados aos Estilos de Vida. Ministério da Saúde. Portugal. Pág. 1, 2003. Disponível em: http://static.publico.pt/docs/pesoemedida/DGS_Programa_Nacional_Intervencao_Integrada_Determinantes_Saude_Relacionados_Estilos_Vida_2003.pdf. Acesso em 28. Nov. 2016.

RENEWICK, R.; BROWN, I. A abordagem conceitual da promoção da saúde para a qualidade do fife. Em: RENEWICK, R.; BROWN, I .; NAGLER, M. (Eds.). Qualidade de vida na promoção e reabilitação da saúde: abordagens conceituais, questões e aplicações. Thousand Oaks: Sage, 1996. p.75-86.

ROSENSTOCK, I.M.; STRECHER, V.J.; BECKER, M.H. Teoria da aprendizagem social eo Modelo de Crenças da Saúde. Saúde Educ Behav 1988; 15: 175-83.

SILVA, P.V.C.; COSTA, A.L. Efeitos da atividade física para a saúde de crianças e adolescentes; The effects of physical activity on the health of children and adolescents. Psicol. argum, v. 29, n. 64, p. 41-50, 2011.

APÊNDICE A - Pesquisa Quantitativa realizada com alunos de Educação Física

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro, por meio deste termo, que concordei em participar da pesquisa de campo referente a Percepção do conceito de Saúde dos Alunos do Primeiro Período do Curso de Educação Física intitulada na Universidade Salgado de Oliveira, desenvolvida por Charles Michael Falcão, Elias Gomes de Lima e Raissa Iara de Carvalho Alves. Fui informado, ainda, de que a pesquisa é orientada pelo Dr. Carlos Henrique Sampaio Moreira, a quem pode contatar/consultar a qualquer momento que julgar necessário através do e-mail chvermelho45@yahoo.com.br.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é a análise da percepção do conceito de saúde do graduando em Educação Física.

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de uma entrevista semiestruturada, a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelos pesquisadores e/ou pelo coordenador.

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos. Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Belo Horizonte, __ de _____ de 2016.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

Assinatura do(a) testemunha: _____

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre a percepção do conceito de saúde aplicada aos alunos do 1 e 2º período do curso de Educação Física da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO-BH). Os dados obtidos deverão ser divulgados em publicações e reuniões científicas. O sigilo de sua identidade será assegurado. Sua participação neste trabalho, respondendo as questões a seguir, é voluntária.

Sexo: Masculino Feminino

Idade: _____

1 O que você entende por saúde?

2 O que você acha que é preciso para ter saúde?

3 De maneira geral, você diria que sua saúde é:

Muito boa Boa Razoável Ruim Muito ruim

4 Dê uma nota para sua saúde:

Nada 0__ 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8__ 9__ 10__ Muito