

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
DOUTORADO

**RELAÇÕES ENTRE ASPECTOS NUTRICIONAIS
E QUALIDADE DE VIDA PERCEBIDA EM
DOCENTES UNIVERSITÁRIOS**

HUGO JOSÉ XAVIER SANTOS

Porto Alegre

2015

HUGO JOSÉ XAVIER SANTOS

**RELAÇÕES ENTRE ASPECTOS NUTRICIONAIS E QUALIDADE DE VIDA
PERCEBIDA EM DOCENTES UNIVERSITÁRIOS**

Tese apresentada ao Programa de pós-graduação em Educação da Faculdade de Educação, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como pré-requisito para obtenção do título de Doutor em Educação.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Bettina Steren dos Santos

Porto Alegre

2015

-
- S237r Santos, Hugo José Xavier
Relação entre aspectos nutricionais e qualidade e de vida percebida em docentes universitários. / Hugo José Xavier Santos ; orientação [de] Prof^a. Dr^a Bettina Steren dos Santos. – Porto Alegre-RS: PUCRS, 2016.
180 p.; il.
- Tese de Doutorado (Doutorado em Educação) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2015.
Inclui bibliografia.
- 1.Docentes. 2. Processos nutricionais. 3. Qualidade de vida. I. Santos, Bettina Steren dos (orient.) II. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande Sul-PUCRS. III. Título.

CDU: 378.12:613.2

Rosangela Soares de Jesus CRB/5-1701

HUGO JOSÉ XAVIER SANTOS

**RELAÇÕES ENTRE ASPECTOS NUTRICIONAIS E QUALIDADE DE VIDA
PERCEBIDA EM DOCENTES UNIVERSITÁRIOS**

Tese apresentada ao Programa de pós-graduação em Educação da Faculdade de Educação, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como pré-requisito para obtenção do título de Doutor em Educação.

Aprovada em ___/___/___

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a Bettina Steren dos Santos (orientadora)
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUC-RS

Prof^a. Dr^a Claudia Moura de Melo
Universidade Tiradentes – UNIT-SE

Prof^a. Dr^a Ana Maria Pandolfo Feoli
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUC-RS

Prof^a. Dr^a Tárzia Rita Davoglio
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUC-RS

Porto Alegre

2015

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado oportunidades de estar aqui e ter forças para alcançar mais uma grande conquista na minha vida.

A minha estimada orientadora prof^a Bettina Steren, pela acolhida, carinho e sabedoria para conduzir esse trabalho, meu muito obrigado.

A Tárzia Davoglio pela parceria, carinho e presteza em ajudar sempre que necessitei.

A Universidade Tiradentes, pelo apoio na execução dessa pesquisa, em especial a prof^a Arleide Barreto que acreditou em minha proposta, nos assistindo incondicionalmente.

A todos meus colegas docentes, fonte de inspiração, que atenderam ao meu chamado a participarem voluntariamente desse trabalho.

A Anderson Teixeira, por ser meu sustentáculo num dos momentos mais desafiador da minha vida. O mais importante na vida é saber que temos pessoas especiais ao nosso lado, nos apoiando sempre, por isso fica mais fácil seguir a caminhada, juntos.

Aos todos os meus alunos pelo suporte na realização dessa pesquisa, em especial a Sandra Aline, Mariana Oliveira, Ravenna Pinheiro.

Aos meus colegas de trabalho pela torcida e pelo apoio, principalmente nas minhas ausências durante a execução dessa pesquisa, mais que especial a Michelane Porto, Tatiana Palmeira, Ana Cristina, Paulo Roberto, Sergio Fernandes.

A minha família pela compreensão e esteio me dando força para crescer cada dia mais e melhor. Por amor a vocês.

A coordenação do DINTER, prof^a Isabel Carvalho e Dinamara Feldens, a todos os professores do DINTER, aos meus colegas pelo período que desfrutamos juntos, em especial a Beth Vilar, Silvânia Santana, Rita de Cássia Amorim e Evandro Duarte. Pessoas especiais são fieis amigas que encontramos em nossa caminhada, essa pessoa é você Livia Melo. Obrigado pelo braço, ombro e coração amigo.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho, a mulher que me apresentou a Nutrição, me conduziu e ensinou com sabedoria e humildade pelos caminhos de uma ciência apaixonante. E me inspira a ver a vida com alegria e amor.

Minha eterna Mestre Sandra Mary Vasconcelos.

RESUMO

Professores universitários normalmente desempenham tarefas físicas de baixa intensidade associadas a um ritmo laboral diário e à responsabilidade de formação de recursos humanos perante a sociedade, podendo levá-los a situações de estresse e desmotivação que, aliadas à má alimentação e à inatividade física, podem ocasionar o desenvolvimento de doenças e agravos crônicas não transmissíveis e afetar a qualidade de vida. Essa temática, nos últimos tempos, vem atraindo a atenção de pessoas de diferentes idades, classes sociais e graus de instrução. Por isso, a presente pesquisa tem como objetivo relacionar os aspectos nutricionais de docentes universitários de uma Instituição de Ensino Superior e estabelecer correlações com a qualidade de vida percebida. Trata-se de uma pesquisa de delineamento transversal, exploratório e descritivo, de cunho quanti-qualitativo. Para a coleta dos dados quantitativos referentes aos 248 docentes participantes da pesquisa, utilizou-se o diagnóstico nutricional por meio de dados antropométricos (peso, altura, circunferência abdominal), recordatório de 24h e da aplicação do questionário de conhecimento nutricional; na mensuração da qualidade de vida, utilizou-se o questionário WHOQOL-Bref da Organização Mundial da Saúde, representados pelos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Para caracterizar a realidade sociodemográfica dos docentes foi aplicado um questionário sociodemográfico. Relativa à análise qualitativa realizou-se uma entrevista, semiestruturada como uma amostra composta por 10 docentes que apresentaram pontuações extrema (máxima e mínima) na avaliação da qualidade de vida por meio de análise textual descritiva. O resultado da pesquisa caracterizou o docente com uma qualidade de vida geral satisfatória e concluiu que seu comportamento alimentar reflete discrepância entre os conhecimentos sobre nutrição, antropometria e qualidade de vida, pois sua prática difere da teoria, principalmente sob a ótica de domínios específicos como o físico e o ambiente. O processo formativo dos docentes é contínuo, engloba tanto o desenvolvimento pessoal quanto o profissional e contribui assim para a melhoria da qualidade da educação de nível superior.

Palavras-chave: Docentes. Processos Nutricionais. Qualidade de Vida.

ABSTRAT

College professors usually perform physical tasks of low intensity associated to a daily work pace and of responsibility before society, that may lead them to stressful and demotivating situations. In addition to bad feeding habits and to the lack of physical activities, these situations may provoke the development of non transmissible sicknesses and severe conditions, thus affecting their life quality. Lately this topic has been drawing attention of people of different age groups, social classes and levels of education. That's why this current research has as a goal to explore nutritional aspects of college professors of a private Higher Institution in the state of Sergipe/Brazil. We also aim to set connections with the perceived life quality. This is a transverse exploratory descriptive quantitative qualitative outline research. The nutritional diagnostic was used through anthropometric data (weight, height, abdominal circumference) to collect quantitative data referring to 248 professors taking part in this research. Data was collected within the previous 24 hours and with the nutritional knowledge quiz. The World Health Organization quiz (WHOQOL-bref) was used to measure life quality represented by physical and psychological domains, social relations and the environment. In order to characterize the social demographical status quo of the college professors we have applied a social demographical quiz. An interview was carried out relating to the qualitative analysis. It was semi structured with a sample of 10 professors who presented extreme scores (maximum and minimum) in the assessment of life quality through a descriptive textual analysis. The research result has characterized professors with a satisfactory overall life quality and it has come to a conclusion that their feeding behavior reflects discrepancy between knowledge on nutrition, anthropometry and life quality. This is due to the fact that their practice differs from the theory, specially on the optics of specific domains such as the physical and the environment ones. The empowerment process of professors is a continuous one that encompasses both personal development as well as the professional one and therefore it contributes to the improvement of quality in higher education.

Keywords: Professors. Nutritional Processes. Life Quality.

RESUMEN

Profesores universitarios desempeñan tareas físicas de baja intensidad asociados a un ritmo de trabajo y de responsabilidad delante de la sociedad, pueden llevarlos a situaciones de estrese y desmotivación que, aliadas a mala alimentación y a la inactividad física, pueden ocasionar el desarrollo de enfermedades y agraves crónicos no transmisibles y afectar a la calidad de vida. La temática de la calidad de vida y da la alimentación sana, en los últimos tiempos, atrae la atención de las personas de distintas edades, clases sociales, y grados de instrucción. Por eso la presente pesquisa tiene como objetivo explorar los aspectos nutricionales de los docentes universitarios de una institución de Enseñanza Superior privada del Estado de Sergipe/Brasil estableciendo asociaciones con la calidad de vida percibida. Se trata de una pesquisa de delineamiento transversal, exploratorio y descriptivo, de carácter cuanti-calicativo. Participaron de la pesquisa 248 docentes y para colecta de los datos cuantitativos, se utilizó el diagnostico nutricional por medio de datos antropométricos (peso, altura, circunferencia abdominal), recordatorio de 24h y de la aplicación del cuestionario de conocimiento nutricional; para la mensuración de la calidad de vida, se utilizó el cuestionario WHOQOL-bref de la Organización mundial de la salud, representados por los dominios físicos, psicológico, relaciones sociales y medio ambiente. Para caracterizar la realidad socio-demográfica de los docentes aplicamos un cuestionario socio-demográfico. El análisis cualitativo se realizó por una entrevista, semiestructurada como una muestra compuesta por 10 docentes que presentaron puntuaciones extrema (máxima y mínima) en la evaluación de calidad de vida por medio del análisis textual descriptiva. El resultado de la pesquisa caracterizó el docente con una calidad de vida general satisfactoria y concluyó que su comportamiento alimentar reflète diferencia entre los conocimientos sobre nutrición antropometría y calidad de vida, pues su práctica se distingue a la teoría principalmente bajo la óptica de dominios específicos como el físico y el ambiente. El proceso formativo de los docentes es continuo e incluye tanto el desarrollo personal como el profesional, contribuyendo así para la mejora de la calidad de la educación superior.

Palabras – clave: Docentes. Procesos nutricionales. Calidad de vida.

LISTA DE FIGURA

- Figura 1** Pirâmide da Teoria das Necessidades de Maslow.....62
- Figura 2** Ensaio interdisciplinar de avaliação do estado nutricional dos docentes.....77

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Domínios e questões do WHOQOL-Bref.....	78
Quadro 2	Participação das mulheres nas pesquisas nos últimos 3 anos, tendo como referência uma amostra superior a 100 docentes..	86
Quadro 3	Distribuição do consumo de macronutrientes dos docentes, segundo limites máximos, mínimo e normal de acordo com a AMDR - <i>Acceptable Macronutrient Distribution Range</i> (Intervalo de Distribuição Aceitável de Macronutrientes). Aracaju-SE.....	98
Quadro 4	Gasto energético total estimado para recomendação de energia por Kg de peso corporal, segundo o objetivo da intervenção nutricional.....	100
Quadro 5	Classificação das transcrições dos sujeitos da pesquisa qualitativa referente à categoria qualidade de vida de acordo com as maiores e menores pontuações oriundas do questionário WHOQOL-Bref. Aracaju-SE. 2015.....	122
Quadro 6	Classificação das transcrições dos sujeitos da pesquisa qualitativa referente à categoria alimentação de acordo com as maiores e menores pontuações oriundas do questionário WHOQOL-Bref. Aracaju-SE. 2015.....	126
Quadro 7	Classificação das transcrições dos sujeitos da pesquisa qualitativa referente à categoria autocuidado de acordo com as maiores e menores pontuações oriundas do questionário WHOQOL-Bref. Aracaju-SE. 2015.....	134
Quadro 8	Classificação das transcrições dos sujeitos da pesquisa qualitativa referente à categoria saúde de acordo com as maiores e menores pontuações oriundas do questionário WHOQOL-Bref. Aracaju-SE. 2015.....	140
Quadro 9	Classificação das transcrições dos sujeitos da pesquisa qualitativa referente à categoria motivação de acordo com as maiores e menores pontuações oriundas do questionário WHOQOL-Bref. Aracaju-SE. 2015.....	145

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número de Docentes em Exercício por titulação segundo a categoria Administrativa-Brasil 2009-2012.....	58
Tabela 2	Classificação do índice de Massa Corpórea (IMC) para adulto, segundo a OMS.....	71
Tabela 3	Classificação do Índice de Massa Corpórea (IMC) para idosos, segundo a Lipschitz (1994).....	71
Tabela 4	Circunferência abdominal e risco de complicações metabólicas associados com a obesidade em homens e mulheres caucasianos.....	72
Tabela 5	Combinação das medidas de circunferência abdominal e IMC para avaliar obesidade e risco para diabetes e doença cardiovascular.....	73
Tabela 6	Distribuição do consumo de macronutrientes dos docentes de acordo com a <i>Acceptable Macronutrient Distribution Range</i> (Intervalo de Distribuição Aceitável de Macronutrientes). Aracaju-SE. 2015.....	98
Tabela 7	Distribuição do consumo de micronutrientes dos docentes segundo recomendações de EAR - <i>Estimated Average Requirement</i> (Necessidade Média Estimada). Aracaju-SE. 2015.....	103
Tabela 8	Distribuição de minerais e fibras dos docentes pesquisados segundo recomendações de <i>AI-Adequate Intake</i> (Ingestão Adequada). Aracaju-SE.2015.....	105
Tabela 9	Avaliação do conhecimento nutricional dos docentes. Aracaju-SE. 2015.....	108
Tabela 10	Avaliação entre os gêneros do conhecimento nutricional. Aracaju-SE. 2015.....	108

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Média de faixa etária dos docentes pesquisados. Aracaju-SE. 2015.....	86
Gráfico 2	Número de docentes por faixa etária. Aracaju-SE. 2015.....	87
Gráfico 3	Número de filhos dos docentes pesquisados. Aracaju-SE. 2015.....	88
Gráfico 4	Frequência de dias na semana de prática de atividade física dos docentes. Aracaju-SE. 2015.....	88
Gráfico 5	Tempo médio em meses de trabalho na IES. Aracaju-SE. 2015.....	91
Gráfico 6	Distribuição dos docentes por área do conhecimento na pesquisa. Aracaju-SE.2015.....	92
Gráfico 7	Comparativo do IMC x CA de homens e mulheres. Aracaju-SE. 2015.....	94
Gráfico 8	Correlação entre IMC e idade dos docentes. Aracaju-SE. 2015.	96
Gráfico 9	Correlação entre idade e CA dos docentes. Aracaju-SE. 2015.....	97
Gráfico 10	Distribuição do consumo calórico recomendado e encontrado segundo classificação do IMC por gênero dos docentes. Aracaju-SE. 2015.....	100
Gráfico 11	Valores geral e por gênero referentes à questão 1 do WHOQOL-Bref “Como você avalia sua qualidade de vida?”. Aracaju-SE. 2015.....	110
Gráfico 12	Valores geral e por gênero referentes à questão 2 do WHOQOL-Bref “Quão satisfeito (a) você está com sua saúde?”. Aracaju-SE. 2015.....	111
Gráfico 13	Valores geral e por gênero referentes ao domínio físico do questionário WHOQOL-Bref. Aracaju-SE.....	112
Gráfico 14	Valores geral e por gênero referentes ao domínio psicológico do questionário WHOQOL-Bref. Aracaju-SE. 2015.....	113

- Gráfico 15** Valores geral e por gênero referentes ao domínio das relações sociais do questionário WHOQOL-Bref. Aracaju-SE. 2015.....115
- Gráfico 16** Valores geral e por gênero referentes ao domínio meio ambiente do questionário WHOQOL-Bref. Aracaju-SE. 2015.....117
- Gráfico 17** Correlação entre o tempo de instituição e o domínio meio ambiente dos docentes. Aracaju-SE. 2015.....118
- Gráfico 18** Correlação entre idade e o domínio meio ambiente dos docentes. Aracaju-SE. 2015.....119
- Gráfico 19** Resultado geral dos domínios do WHOQOL-Bref. Aracaju-SE. 2015.....120
- Gráfico 20** Facetas dos domínios do WHOQOL-Bref oriundo dos resultados dos docentes pesquisados. Aracaju-SE.2015.....120

LISTA DE SIGLAS

ABESO – Associação Brasileira de Estudos da Obesidade

AI - Adequate Intake

AMDR - Acceptable Macronutrient Distribution Range

ASA - Associação Sergipana de Administração

ATP III - Adult Treatment Panel III

C A – Circunferência Abdominal

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

CPC - Conceito Preliminar de Curso

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DCV - Doenças Cardiovasculares

DRIs - Dietary Reference Intake

EAD - Educação a Distância

EAR - Estimated Average Requirement

FITs - Faculdades Integradas Tiradentes

HC - Carboidratos

IES - Instituição de Ensino Superior

IMC – Índice de Massa Corpórea

INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

IOM - Institute of Medicine

IR 24h – Inquérito Recordatório de 24h

NCEP - National Cholesterol Education Program

Nupens/USP - Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo

OMS – Organização Mundial da Saúde

POF - Pesquisa de Orçamentos Familiares

PROPOFE - Programa Especial de Formação Pedagógica para Portadores de Diploma de Educação Superior

PTN - Proteínas

PUCRS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

QVT – Qualidade de Vida no Trabalho

SAS - Statistics for Social Sciences

SPSS - Statistical Package for Social Science

TACO - Tabela Brasileira de Composição de Alimentos

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UNIT – Universidade Tiradentes

VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

WHO – World Health Organization

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 REFERENCIAL TEÓRICO	33
2.1 QUALIDADE DE VIDA	33
2.2 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO	38
2.3 ALIMENTAÇÃO MUNDIAL E BRASILEIRA	46
2.4 O PROFESSOR UNIVERSITÁRIO E A MOTIVAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO	57
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	65
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	65
3.2 LOCAL DA PESQUISA	66
3.3 AMOSTRA	68
3.4 INSTRUMENTOS	69
3.4.1 Questionário Sociodemográfico	69
3.4.2 Estado Nutricional	69
3.4.2.1 Antropometria	70
3.4.2.1.1-Índice de Massa Corpórea	70
3.4.2.1.2 Circunferência Abdominal	71
3.4.2.1.3-Avaliação Combinada	72
3.4.2.2 Inquérito Recordatório de 24h	73
3.4.2.3 Questionário de Conhecimento Nutricional	76
3.4.3 Questionário de Qualidade de Vida WHOQOL-Bref	77
3.4.4 Entrevista Individual	79
3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA	80
3.6 PROCEDIMENTO ÉTICO	81
3.7 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS	82
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	85
4.1 ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS	85
4.1.1 Análise estatística	85
4.1.2 Caracterização da Realidade Sociodemográfica	85
4.1.2.1 Perfil Docente	92
4.1.3 Estado Nutricional dos docentes	93
4.1.4 Consumo alimentar dos docentes	98
4.1.5 Resultados do Questionário de conhecimento nutricional	107

4.1.6 Resultados do Questionário de Qualidade de Vida WHOQOL- Bref	109
4.2 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS	121
CATEGORIA 1 - Qualidade de vida	122
CATEGORIA 2 – Alimentação	126
CATEGORIA 3 – Autocuidado	134
CATEGORIA 4 – Saúde	140
CATEGORIA 5 – Motivação	145
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	151
REFERÊNCIAS	156
APÊNDICES	179
APÊNDICE A – Questionário Sociodemográfico	179
APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista	180
ANEXOS	181
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	181
ANEXO B – DRIs	182
ANEXO C – Escala de Conhecimento Nutricional	196
ANEXO D – WHOQOL-Bref	198
ANEXO E – Ofício	202
ANEXO F – Protocolo de Pesquisa Comissão Científica	203
ANEXO G – Parecer Consubstanciado do CEP	204

1 INTRODUÇÃO

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1987, p. 04).

Ao buscar compreender ainda mais sobre o sentido que referencia a saúde, embaso-me no pensamento de Bub (2007), o qual ressalta que a saúde pode ser compreendida como um estado totalitário, integrando-se não só ao corpo na sua condição física, mas também emocional, ou seja, ao seu desenvolvimento mental, que conjectura em possíveis ações, reações e razões, sendo estas avaliadas pelos indivíduos de forma constante. Assim sendo, a saúde pode ser compreendida como uma maneira de manifestação existencial do ser humano. Pode-se dizer então, que este ato humano de vir a ser corresponde a um processo de coexistência que se dá junto a outros indivíduos, envolvendo saberes, ações, desejos de busca, de bondade, dentre outros, todos intrínsecos a um processo de comunicação com o mundo.

Nesta perspectiva, pode-se dizer que a saúde quando promovida, estimula o processo de desenvolvimento em meio às habilidades particulares de cada indivíduo, o qual permite favoravelmente para a sua qualidade de vida. Por sua vez, as ações preventivas podem ser definidas como interferências direcionadas, com intuito de evitar a aparição de doenças de cunho específico. Dessa forma, torna-se importante esclarecer que, as medidas para contê-las devem ser completas, ou seja, global, estando todas destinadas ao estilo de vida de cada indivíduo, em meio aos seus inúmeros ambientes vivenciados. Todavia, quando o assunto perpassa pela saúde quando promovida, deve-se haver uma maior preocupação em relação à responsabilidade entre os próprios indivíduos, familiares, ambientes vivenciados e seus costumes, além do Estado e suas parcerias destinadas ao sistema de saúde.

A política de saúde do trabalhador no Brasil teve o seu início enquanto planejamento, só após a promulgação da Constituição Federativa, no ano de 1988. Em um dos seus artigos, mais precisamente no artigo 196, consta que:

A saúde é um direito de todos, e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, art.196, p.33).

Mesmo a saúde sendo um direito de todos, como ratifica o artigo acima, a maioria das investigações científicas direciona-se aos grupos de trabalhadores, em que a inter-relação entre eles e a saúde torna-se cada vez mais visível em meio à natureza de suas atividades profissionais, que na maioria das vezes agride não só a sua estrutura física, mas também psíquica, a exemplo daqueles que trabalham com produtos tóxicos, em presídios, hospitais, dentre outros. Já diante dos contextos em que os riscos a saúde são menos visíveis, a exemplo dos profissionais docentes, em especial os de nível superior, a relação que se faz presente entre a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) e a saúde, se mostra com menos frequência. (ARAÚJO, 2005).

Sobre o tema saúde e trabalho, Ramazzini (1985) foi um dos pioneiros a se interessar pelo mesmo ainda no século XVII, escrevendo um tratado sobre as doenças que se faziam presente entre operários. Diante de tal contexto, Foucault (1982) ressalta que, no final do século XVIII e início do século XIX, o alargamento do capitalismo promoveu o processo de socialização do corpo, refletido enquanto força de produção, tendo como investimento uma política que, socialmente, refletiu na força de trabalho. Com a chegada da Revolução Industrial e consequentemente do próprio capitalismo, o Estado passou a ser o promotor da saúde e do bem-estar entre os cidadãos, principalmente entre as populações urbanas. Mas, no decorrer da história, o trabalho passou a adquirir novas conotações, devido a características sociais, políticas e suas mudanças na economia.

Entre a saúde e a doença, apresenta-se um limiar que pode ser caracterizado como singular, mesmo que influenciado pelos planos, os quais transcendam o estreitamente individual, a exemplo do cultural e do socioeconômico. Mas, em última instância, torna-se preciso ressaltar que, a influência que permeia tais contextos, contextualiza-se em nível individual. Este fato pode ser verificado, na medida em que existem respostas distintas diante das mesmas estimulações, em um mesmo grupo cultural e socioeconômico.

No mundo do trabalho, as suas intensas transformações têm sido caracterizadas pela crescente degradação da qualidade de vida, em suas várias áreas, as quais conjecturam o trabalho humano. Todas as transformações ocorridas

nas últimas décadas, em meio ao contexto socioeconômico em escala global, têm impactado diretamente vários contextos profissionais, dentre eles o escolar, além de causar efeitos de caráter negativo na vida de professores, que geralmente se veem acuados pela sociedade a desempenhar um papel, o que segundo Esteve (1999), não corresponde com a realidade.

Diante deste conhecimento, exigem-se então desses profissionais, todos atrelados diretamente a um sistema massivo, que proporcionem qualidade no ensino, mesmo que diante à competitividade existente entre eles. Porém, os recursos de cunho material e humano, a cada dia que passa, vêm apresentando-se cada vez mais precários, a exemplo da carga horária excessiva causando com isso esgotamento, os baixos salários, além da contradição referente à formação oferecida. Frente a esse quadro global, em que a docência já não pode ser mais considerada como uma garantia empregatícia, inúmeros questionamentos passaram a surgir, baseados nas dúvidas que rodeiam o assunto “formação”. Desta forma, pode-se ratificar: a sociedade, mais precisamente os professores, necessitam redefinir qual o verdadeiro tipo de indivíduo que almejam formar. Diante desse contexto, Heckert (2001) afirma que:

Em nosso país vêm ocorrendo várias reformas educacionais, que são anunciadas salvadoras, redentoras, modernizantes, etc. Surgem como uma resposta para enfrentar os desafios contemporâneos, para aliar quantidade à qualidade, através da transformação do fracasso em sucesso. (HECKERT, 2001, p. 124).

Segundo o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Anísio Teixeira – INEP (2012), o quadro funcional de docentes em exercício no Brasil, nas Instituições de Ensino Superior (IES), sejam públicas e/ou privadas, chega próximo dos 362.732 (Trezentos e sessenta e dois mil, setecentos e trinta e dois) professores. O contexto de produção que perpassa pelo conhecimento, assim como pela formação de profissionais de diferentes áreas de atuação, frequentemente é atravessado por condições e organizações de trabalho, capazes de proporcionar um ambiente prejudicial à saúde do professor, influenciando diretamente em sua QVT (DALLEPIANE; BIGOLIN, 2004).

O ato professoral sempre foi concebido desde os primórdios, como uma atividade voltada para um fim, envolvendo sempre exigências tanto pessoais quanto sociais, além de conceder um sentido significativo à vida. Sabe-se que, geralmente,

o ser humano dedica um terço do seu tempo, no mínimo, para atividades que referenciam o trabalho. Durante esse período, o indivíduo comumente permanece exposto a todo tipo de experiências, podendo elas refletir no seu próprio desenvolvimento profissional, além ampliar-se em outros aspectos de sua vida. (ROCHA; FELLI, 2004).

É através do desenvolvimento profissional, ou seja, do trabalho, que o indivíduo passa a exercer a sua capacidade de criar, inovar, estabelecendo com isso, inúmeros tipos de relacionamentos, dentre eles o de interpessoalidade e o de auto realização. Visto por outro ângulo, o trabalho também pode ser considerado como fonte de doenças, quando o mesmo apresenta fatores de risco para a integridade física e emocional do trabalhador, que não dispõe de métodos de proteção contra tais riscos. (MURTA; TRÓCCOLI, 2004).

Na visão de Grandjean (1998), esta situação pode levar o indivíduo ao stress ocupacional, o qual pode ser definido como um estado emocional ocasionado por uma desconexão instalada entre os recursos que são oferecidos ao profissional, para que o mesmo possa utilizá-los no desenvolvimento de suas atividades, e o grau de exigência do próprio trabalho. Já para Perkins (1995), tal situação pode ser entendida como um produto que se configura da relação que se dá entre o indivíduo e o seu ambiente, tendo visto que as possíveis exigências ultrapassam as habilidades do profissional, podendo assim, acarretar para o organismo um exagerado desgaste, interferindo diretamente na sua produtividade.

No Brasil, em meio à categoria de trabalhadores, mais precisamente à classe docente, pouco tem sido feito referente ao processo de avaliação das repercussões do trabalho sobre a saúde, estando os riscos menos aparentes. Lidar com uma diversidade de alunos em diferentes contextos e formação familiar diversa entre si, com diferentes formas de desenvolver-se e que apresentam características específicas, é uma tarefa bastante complexa. Diversas pesquisas, a exemplo das de (BATISTA E CODO, 1999; MOURA, 2000; ROCHA E SARRIERA, 2006), dentre outras, evidenciam nas instituições de ensino, os resultados de tamanha demanda que os docentes precisam atender. Dentre esses resultados, encontram-se alguns aspectos que levam ao mal-estar do docente (DOHMS et. al., 2012).

As contradições enfrentadas, como baixos salários, falta de infraestrutura, de material, vivencia da violência física e emocional, instabilidade, dentre outros, são fatores importantíssimos para uma educação mais significativa e de sucesso, sem os

quais não é possível atingir níveis mais elevados, em especial nos índices nacionais. Podem contribuir para um processo de adoecimento pelo trabalho, ou seja, para o professor conseguir alcançar os objetivos da produção escolar, é preciso que ele gere enormes esforços de suas funções bio-psico-sociais, resultando em um processo denominado mal-estar docente. Sobre o mal estar docente, Mosquera e Stobäus (2001) o definiram como uma “[...] doença social que provoca a pessoal e é causado pela falta de apoio da sociedade aos professores, tanto no terreno dos objetivos de ensino, como nas compensações materiais e no reconhecimento do status que lhes atribui” (MOSQUERA E STOBÄUS, 2001, p. 25).

De acordo com Esteve (1999), os fatores geradores de mal-estar docente são considerados como primários e secundários. Os primários correspondem aqueles que incidem diretamente na ação dos professores, ou seja, na escassez de recursos materiais, além das precárias condições de trabalho, que estão ligadas a sua ação pedagógica e a violência instituída nas escolas, incluindo-se o relacionamento tenso entre docentes e discentes, e ainda na acumulação de exigências sobre o educador. Já os fatores secundários são considerados como mais amplos, os quais correspondem à desvalorização do papel do professor, a crise de identidade profissional e a falta de suporte social (MENDES, 2011).

Nesse sentido, enfatizamos dois pontos sobre o tema, quando reiteramos que Esteve (1999) ressaltou que o conceito de mal-estar docente corresponde aos resultados negativos e permanentes, que afetam a personalidade do docente, sendo que tais efeitos seriam provenientes das condições psicológicas e sociais em que ele exerce na docência e que convergem a ela.

Ainda sobre as contribuições de Esteve (1999) em relação à noção sobre saúde docente, o mesmo relata que diversos autores, desde a década de 50 do século XX, vêm empregando em suas pesquisas o termo mal-estar docente, a exemplo de Costa (2001); Leão (2003); Noal (2003); Souza Filho (2003); Oliveira (2005); Aguiar (2006) e Beranger (2007). Referente ao termo, Esteve (1999, p. 25) ratifica que são “[...] os efeitos permanentes de caráter negativo que afetam a personalidade do professor como resultado das condições psicológicas e sociais em que se exerce a docência”. Além disso, o autor ainda aponta doze consequências do mal-estar docente nas suas ações pedagógicas. São elas:

1. Sentimentos de desconcerto e insatisfação ante os problemas reais da prática do magistério, em contradição com a imagem ideal do mesmo que os professores gostariam de realizar.
2. Desenvolvimento de esquemas de inibição, como forma de cortar a implicação pessoal no trabalho realizado.
3. Pedidos de transferência como forma de fugir de situações conflituosas.
4. Desejo manifesto de abandonar a docência (realizado ou não).
5. Absenteísmo trabalhista como mecanismo para cortar a tensão acumulada.
6. Esgotamento. Cansaço físico permanente.
7. Ansiedade como traço ou ansiedade de expectativas.
8. Estresse.
9. Depreciação do ego.
10. Autoculpabilização ante a incapacidade para melhorar o ensino.
11. Ansiedade como estado permanente, associada como causa-efeito a diversos diagnósticos de doença mental.
12. Neuroses reativas.
13. Depressões. (ESTEVE, 1999, p. 78).

Todos esses itens foram decorrentes de pesquisas elaboradas na Europa, principalmente as lideradas por Jesus (1998) em Portugal, que foram levantadas e contabilizadas pelo pesquisador, que os ordenou de forma crescente em relação ao ponto de vista qualitativo, mas decrescente em relação ao número de professores afetados. Tendo em vista a realidade brasileira, pode-se supor que não seja muito diferente, pois vários autores nacionais citam Esteve como referência. De acordo com Mendes (2011), tais “mecanismos de defesa” encontrados pelos docentes, muitos feitos de forma inconsciente, podem alterar a qualidade dos seus trabalhos, mas de alguma maneira, aliviam a tensão e as pressões a que estes profissionais estão submetidos. (MENDES, 2011).

Outro ponto destacado por Jesus (2004, p. 122) é que o conceito de mal-estar pode ser traduzido como “[...] um processo de falta de capacidade por parte do sujeito em virtude das exigências que lhe são colocadas pela sua profissão”. Existe um consenso nesses estudos Esteves (1999); Mosquera e Stobäus (2001) e Mendes (2011), de que o processo de ensinar corresponde a uma ocupação de elevado estresse, que repercute tanto na saúde do corpo quanto da mente, além do desenvolvimento profissional destes profissionais. No Brasil, mais precisamente na região gaúcha, em uma pesquisa elaborada por Monteiro, Dalagasperina e Quadros (2012), a qual referencia o ensino privado tendo como foco de estudo o estresse de professores e suas possíveis consequências, foi comprovado que uma grande parte dos professores apresentava altos níveis de estresse. Ainda de acordo com a pesquisa, existem quatro níveis de estresse, sendo a primeira considerada como de alerta, a segunda de resistência, a terceira de quase uma exaustão e a quarta de total exaustão. Assim, de acordo com tais níveis de estresse, os autores ressaltam que a grande parte de professores, ou seja, a maioria deles, que apresentou algum

nível de estresse, correspondeu ao segundo nível. Desta forma, compreende-se que, pelo nível de estresse em que os professores se encontram, ainda há como ser revertida a situação.

De acordo com os estudos de Stobäus (2012), é possível perceber que há influência do docente na construção da autoimagem/autoestima e autoconceito de seus alunos e, conseqüentemente, de forma mais realista/positiva. Por isto, seu processo de formação pessoal/profissional ocorre de forma contínua, simultânea e dinâmica, envolvendo todos aqueles que fazem parte do contexto educativo. A autoimagem e autoestima são elementos muito pesquisados, desde a década de 1970 e 1980 por Mosquera e Stobäus. Ainda para estes autores (2006b), a autoimagem apresenta-se na interação dos indivíduos e do seu contexto social, sendo uma consequência de relações consigo mesmo, além de para com os outros. Assim sendo, o indivíduo possivelmente pode entender, refletir, aprender a interpretar o meio em que vivencia, antecipando com isso suas condutas, ou seja, ele pode cuidar das suas relações com outras pessoas, buscando adequar-se as suas próprias exigências, além daquelas impostas pela sociedade.

Ainda nesta perspectiva, Mosquera e Stobäus (2006b) ressaltam que a autoestima corresponde a um conjunto de caracteres, de atitudes que cada indivíduo possui sobre si, que reflete em sua maneira de ser, agir, perceber e avaliar a si mesmo, podendo ser de forma positiva ou não. Por apresentar oscilações subjetivas de auto concepção, revela-se nos acontecimentos sociais, emocionais e psicofisiológicos. De certa forma, isso corrobora com o conceito sobre qualidade de vida, o que de acordo com o Whoqol Group (1998), grupo o qual faz parte da OMS, o mesmo pode ser entendido como a forma do indivíduo de perceber qual a sua posição na vida, ou seja, como ele se posiciona diante do contexto sociocultural e seus respectivos sistemas de valores, os quais ele vivencia em meio as suas expectativas, objetivos, preocupações e, claro, os padrões sociais estabelecidos. Dentre o contexto explorado, é importante ressaltar, que o mesmo corresponde a um julgo multifatorial, e assim, subjetivo, influenciado por inúmeros fatores inerentes aos aspectos socioculturais, dentre eles a economia, educação, entre outros. Na visão de Conde (2008), não existe um consenso referente à definição de qualidade de vida, embora a maioria dos autores concorde que a avaliação que se faz sobre, deve contemplar os domínios físicos, psicológicos, sociais e espirituais, na busca pela captação da experiência de cada indivíduo.

Intrínseco a Qualidade de Vida, têm-se o auto cuidado, sendo este uma atividade que os indivíduos exercem em prol de seus próprios benefícios, com intuito de manter a saúde, ou seja, o seu bem estar. Para que isso ocorra, existem elementos básicos que condicionam a ação. Segundo Diógenes; Pagliuca (2003), Esses elementos estão representados pela idade, gênero, estado de saúde e desenvolvimento, orientação sociocultural, além dos fatores que corroboram para o sistema de atendimento de saúde. Assim, na visão de Orquiza (2011), tais elementos podem ser entendidos como um processo de amadurecimento, pois, já que o auto cuidado corresponde a cuidar de si mesmo, torna-se necessário então buscar as reais necessidade físicas e mentais, desenvolver o hábito de alimentar-se de forma sadia, buscar conhecimento sobre os fatores de risco e controla-los através das prevenções, ou seja, evitar hábitos danosos para a obtenção de um melhor estilo de vida.

Sobre o cuidado consigo mesmo, Timm (2006) esclarece que existem várias abrangências de dimensão. Para o autor, o professor não é somente um profissional, pois antes disso, ele é um ser humano em toda sua complexidade, com outras necessidades e exigências, como a familiar, religiosa, econômica, sexual, entre outras. Diante desse contexto, Mosquera e Stobäus (2004) entendem que, em meio à docência, fica mais nítido o entendimento de o bem ou o mal-estar serem condições que refletem para mais ou para menos em um grau de satisfação no que diz respeito ao desenvolver da profissão. Assim eles descrevem:

[...] sabemos que sempre se alerta para não misturar o lado pessoal com o lado profissional e nos perguntamos como seria possível deixar de lado a dimensão pessoal e tentar agir unicamente com o lado profissional. É evidente que não somos pessoas divididas e é extremamente difícil entrar em ambientes realizando este tipo de separação, já que a pessoa é uma, única, apesar de que possa ter diferentes facetas e dimensões (MOSQUERA; STOBÄUS, 2004, p. 23).

Dessa maneira, não há como separa a identidade do indivíduo/professor de suas próprias práticas, sejam elas profissionais ou não. Nóvoa (2009) ratifica que o ato profissional do docente não pode deixar de ser constituído na essência de sua personalidade, ou seja, do seu autoconhecimento. Mas, torna-se importante compreender que, além do conhecimento, é preciso levar em consideração também o contexto cultural da profissão, envolvendo tudo o que diz respeito ao trabalho pedagógico, a exemplo da importância do trabalho em equipe, assim como o

comprometimento com o social. Ainda seguindo tal pensamento, Nóvoa (2009) ratifica que:

Ao longo dos últimos anos, temos dito (e repetido) que o professor é a pessoa, e que a pessoa é o professor. Que é impossível separar as dimensões pessoais e profissionais. Que ensinamos aquilo que somos e que, naquilo que somos, se encontra muito daquilo que ensinamos. Quem importa por isso que os professores se preparem para um trabalho sobre si próprios, para um trabalho de auto-reflexão e de auto-análise. (NÓVOA, 2009, p. 18-19).

Sabe-se que todas as informações que referenciam a qualidade de vida e o estado nutricional, podem salientar parâmetros inter-relacionados, uma vez que, através da alimentação, pode-se prevenir, atenuar e/ou recuperar algumas doenças, principalmente aquelas consideradas crônicas não transmissíveis, a exemplo da obesidade, diabetes e hipertensão, estando elas estritamente relacionadas com os hábitos e o estilo de vida. No último século, é bem nítido o desencadeamento de várias doenças crônicas, além dos casos de obesidade no Brasil, por conta das mudanças ocorridas no estilo de vida da sociedade.

Devido a tal desencadeamento, muitas formulações estratégicas de cunho político em âmbito nacional, reformulam a década de 40 do século XX, quando, desde então, vêm sendo estabelecidos alguns eixos centrais de intervenção para o setor como a suplementação alimentar, a racionalização do processo de produção, além da racionalização do processo de produção e comercialização de alimentos básicos e a educação alimentar. De acordo com Pinheiro (2004), dentre os grupos prioritariamente atendidos pelos programas de nutrição, ao longo das seis últimas décadas, destacam-se os trabalhadores. O objetivo das intervenções destinadas a este grupo alvo refere-se ao planejamento nutricional institucionalizado, através da oferta de refeições, para atender aos desgastes do processo de trabalho e simultaneamente formar hábitos alimentares saudáveis.

O mundo social, segundo Bourdieu (2007), funciona respectivamente como um sistema de relações de poder, onde o seu simbolismo o qual reflete em distinções detalhadas do gosto, são transformadas e diretamente julgadas socialmente. Assim, as prioridades estéticas dos indivíduos, podem ser consideradas como escolhas feitas, as quais vão de encontro àquelas concretizadas pelos membros de tantas outras classes. Os gostos funcionariam, então, como marcadores privilegiados de classe e o amor pela arte não passaria de uma abstração que pressupõe um ato de conhecimento, uma operação de decifração e

decodificação, decorrente do acionamento de um patrimônio cognitivo e de uma competência cultural. Ou seja, existe uma forte correlação entre o desenvolvimento das práticas culturais e as classes sociais, que evidenciam as relações de poder como uma categoria de dominação, que se dá por conta do capital cultural.

Ainda de acordo com Bourdieu (2007), a categoria “gosto”, é percebida como uma natural qualidade de cada indivíduo seja ela voltada ao senso comum, ou até mesmo quando está voltada para a abordagem de Kant, quando faz referência a faculdade do gosto. Na visão de Kant *in* Bourdieu (2007), o gosto é uma dádiva que nem todos possuem. Dessa forma, o gosto pode ser entendido não como um privilégio do indivíduo, mas como uma manifestação cotidiana ou artística. Assim, entende-se que, o que se julga sobre os gostos e preferências, correspondem a uma construção social, que se estreita por uma relação entre o próprio gosto e a classe social.

Isso nos remete ao comportamento alimentar, quer seja do indivíduo ou de grupos populacionais, o qual está associado às práticas alimentares, bem como aos atributos socioculturais e aos aspectos intrínsecos do indivíduo e seu pertencimento a coletividade. Para isso, destacam-se os fatores nutricionais, demográficos, sociais, culturais, ambientais e psicológicos, como determinantes primordiais do comportamento alimentar. Reforçando o pensamento de Bourdieu (2007) sobre a dimensão cultural que faz referência ao comportamento alimentar, Freitas (1996) ressalta que, voltando-se para a alimentação, há combinações tanto remotas quanto modernas de valores simbólicos, o que inclui das particularidades regionais aos estabelecidos padrões socioculturais em seus distintos conhecimentos. Para o autor, o alimento representa uma “[...] manifestação da organização social, a chave simbólica dos costumes, o registro do modo de pensar a corporalidade no mundo, em qualquer que seja a sociedade”. (FREITAS, 1996, p. 2).

Para exemplificar tal afirmação, o autor minuta a maneira de como as classes dominantes tomaram para si a ideia da dieta leve que, antes vista e utilizada para doentes, contemporaneamente faz parte do cotidiano das classes privilegiadas, como um hábito saudável, por causar leveza, ou seja, da sensação de bem-estar que a mesma causa. Tal mudança na maneira de apropriar-se e compreender sobre o que vem a ser dieta leve, diretamente ligam-se a uma inovação no processo moderno de racionalidade estética, uma vez que, aqueles mesmos cuidados que antes eram exigidos e destinados aos doentes, agora se destinam também para

aqueles indivíduos favorecidos de tempo e finanças, no intuito de alimentarem-se de maneira especial para a saúde da estética corporal.

Sabe-se que na área da alimentação, muitas são as estratégias de intervenção. Essas estratégias, que precisam ponderar os aspectos culturais envolvidos, além dos econômicos, estão ligadas diretamente as propostas intervencionistas, as quais envolvem os processos de cunho educativos. Na visão de Ramalho (2000), as alterações nas práticas alimentares, sempre que necessárias, alteram diretamente a qualidade da dieta, vista como estratégia para combater as possíveis deficiências nutricionais. Esta ação traz como intuito o objeto reflexivo, para que as propostas voltadas as ações educativas, tornem-se elementos essenciais no processo de transformação dos hábitos alimentares, sempre que inadequados.

Sendo assim, presume-se que uma percepção limitada, equivocada ou até mesmo a sua falta com relação a necessidade de uma dieta balanceada, resulta em um desequilíbrio alimentar, ocasionando fatores que possivelmente acabam comprometendo a saúde do trabalhador, e com isso, a diminuição considerável dos seus rendimentos, ou seja, da sua produtividade. Assim sendo, o ideal para bloquear ou inibir tal situação, é primeiramente identificar quais as maneiras mais significativas de prevenção, tendo o gerenciamento de programas de saúde específicos como aliados, para que assim, possa ser acrescida a qualidade de vida dos profissionais em meio ao seu ambiente laboral. Lages (2007) ressalta que, para que o auto cuidado possa ser despertado, é necessário que a saúde seja promovida de forma coletiva. Ressalta ainda que os indivíduos necessitam saber onde ter acesso aos recursos, após tomarem suas decisões quanto ao cuidarem das suas próprias saúdes, sendo esta reconhecida como um dos, *quicá* o recurso principal para a vida. Ainda neste pensamento, Lages (2007) ratifica que:

O cuidado de si mesmo é uma atitude ligada ao exercício da política, ao modo de se perceber e de estar no mundo, de relacionar-se consigo e com os outros, de agir de si para consigo, de modificar-se, de transformar-se. A forma de cuidar-se remete o sujeito à reflexão sobre seu modo de ser e agir, conferindo ao cuidado de si uma noção da ética como estética da existência. (LAGES, 2007, p, 3).

De acordo com Sampaio (2009), o psicólogo americano Abraham Maslow, através dos seus estudos, acreditava e assim defendia a ideia que perpassava pelo

desenvolvimento motivacional, a partir das precisões basais inconscientes, sendo as necessidades dos indivíduos estabelecidas pelos níveis de suas prioridades. Para o autor, todo indivíduo é estimulado pela motivação, e por isso, busca preencher as suas vontades mais particulares, se realizando e aumentando a sua autoestima.

Em uma pesquisa recente, tendo como fonte o Banco de Dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES (2010 a 2014), busquei fazer um levantamento acerca da temática que ora está sendo desenvolvida. Foi constatado, através da mesma, um número limitado de estudos sobre os temas que perpassam pela Qualidade de vida; Docentes; Aspectos Nutricionais e Educação Nutricional. Com a ampliação dos temas propostos, foram identificadas 107 pesquisas, sendo elas 77 dissertações; 22 teses e 08 dissertações profissionais, cujas áreas correspondem a: 29 da Educação, 13 da enfermagem, 14 das Ciências da Saúde, 06 da Administração, 04 da Psicologia, 03 da Fonoaudiologia e apenas 01 da área de Nutrição. Dentre todas as pesquisas, apenas 02 trabalhos tiveram relevância para esta tese em construção. Partindo então desse levantamento, apresento como questão norteadora do presente estudo: aspectos nutricionais, tais como, antropometria, conhecimento nutricional, e hábitos alimentares, tem relação com a qualidade de vida, percebida pelos professores da educação superior?

A pesquisa tem sua relevância e justificativa, baseada no imprescindível bem estar físico, clínico emocional e nutricional dos docentes, para que os mesmos possam desempenhar suas funções na íntegra, sem comprometer a saúde. Além deste, na escassez de trabalhos científicos que relacionem o estado nutricional, a qualidade de vida e os professores do ensino superior brasileiro. Diante do tema e conseqüentemente da problemática, o objetivo geral desta pesquisa visa relacionar os aspectos nutricionais de docentes universitários de uma Instituição de Educação Superior, estabelecendo correlações com a qualidade de vida percebida.

Os objetivos específicos são:

- Caracterizar a realidade sociodemográfica da amostra estudada;
- Identificar aspectos nutricionais peso, altura, circunferência abdominal, hábitos alimentares e conhecimento nutricional dos docentes estudados;
- Avaliar a qualidade de vida dos docentes estudados;
- Comparar e relacionar os aspectos nutricionais dos docentes com a qualidade de vida;

- Conhecer as especificidades nutricionais do substrato das amostras que apresentaram índices extremos (maiores e menores) na qualidade de vida.

Caracteriza-se neste estudo, o delineamento transversal, exploratório, descritivo e correlacional, de cunho quanti-qualitativo, utilizando entrevistas semiestruturadas. A pesquisa traz como sujeitos 248 professores universitários adultos, com idade média de 40,93 anos, todos profissionais de uma instituição de ensino superior privada do Nordeste brasileiro, mais precisamente da cidade de Aracaju, com tempo médio de docência entre 2 e 3 anos. Para a pesquisa, foi utilizada uma revisão bibliográfica sobre as questões que envolvem o professor universitário, sua alimentação, qualidade de vida, motivação e autocuidado.

Ao pesquisar sobre essas temáticas que envolvem o contexto educacional, foi observado no cenário nacional e internacional, a existência de pesquisas mais voltadas aos discentes e suas motivações, a exemplo de Paiva; Boruchovitch (2010), Neves; Boruchovitch (2006), Guimarães; Buzneck (2008) e Reeve; Deci; Ryan (2004). No entanto, foram encontradas algumas pesquisas realizadas na Europa, principalmente em Portugal, sobre a motivação docente no ensino superior, a exemplo de Ferreira; Machado; Gouveia (2012), Pocinho; Fragoeiro (2012). Já no panorama norte americano, foram destacados os estudos mais aprofundados de pesquisadores, que utilizam a teoria da autodeterminação, como base da maioria de suas pesquisas a exemplo de Gagné; Deci (2005), Reeve; Deci; Ryan (2004), Ryan; Deci (2000), visando compreender a motivação no ambiente de trabalho, a motivação dos alunos e a motivação do bem-estar do indivíduo, respectivamente. Na literatura atual, tanto brasileira quanto mundial, foram destacados os autores Huertas (2001), Printch; Schunk (2006), Santos; Stobäus; Mosquera (2007), Ryan; Deci (2000), cujas pesquisas destacam o processo de desenvolvimento humano, expresso pela motivação de poder viver e saber aprender, ligado a problemática da educação, enquanto entendimento das subjetividades de cada ser humano em cada fase de sua adultez, em determinado meio sociocultural, com suas problemáticas específicas e sua constante evolução saudável (SANTOS, 2010, p. 7).

Para a elaboração desta introdução, fiz uma reflexão sobre a minha trajetória profissional, a qual me levou ao desejo de aprofundamento do tema, e por acreditar na importância da qualidade de vida em qualquer área de trabalho, principalmente na educação, tendo escolhido as áreas da nutrição e educação para serem trilhadas. Inicialmente com o convite, em meados dos anos de 1990, para ministrar aulas

primeiramente nos cursos técnicos da área da saúde, e posteriormente nos cursos de graduação, até os dias atuais. Essa junção de nutrição e educação, dupla jornada de trabalho, despertou o anseio por uma busca da melhoria contínua da qualidade de vida, como alicerce para um melhor desempenho em sala de aula. Anseio esse, que ganhou proporções maiores quando do meu ingresso na Universidade Federal de Sergipe, pois observava a dupla e até a tripla jornada de trabalho dos meus colegas docentes/nutricionistas e, sentindo na pele essa árdua, mas prazerosa tarefa de ensinar, que nesse momento se concretizou em vocação. Reforço que a vocação por ensinar foi despertada e não construída, pois vir de uma formação de bacharel e, mais ainda na área de saúde, ou seja, dormi nutricionista e acordei professor, quando minha admissão na Universidade Tiradentes se concretizou, em 2007, instituição de ensino superior particular, e após estudar no mestrado os indicadores de qualidade de vida, pude constatar o quão importante é a associação da qualidade de vida com a saúde, destacando a alimentação, a motivação e principalmente, as consequências negativas que contribuem para agravos emocionais, nutricionais e salutar dos docentes.

Sendo assim, é importante ressaltar que esse desejo de aprofundamento, foi sedimentado quando assumi a coordenação do curso de nutrição. Ouvi o relato, em reuniões, sala de professores e nas horas do cafezinho, da dificuldade de uma vida mais salutar destes docentes, da falta de tempo, a carga horária de trabalho elevada, uma alimentação precária, baixa motivação, autocuidado mínimo, pouco convívio com familiares, surgimento de doenças relacionadas ao trabalho, etc. Diante destas peculiaridades, proponho nesta tese, investigar a existência da relação entre os aspectos nutricionais e a qualidade de vida desses docentes, entendendo como diferentes variáveis desde sexo, estado nutricional, tempo de profissão, jornada de trabalho, aspectos motivacionais e auto cuidado, interferem na tessitura de ser professor universitário, permeado pelos diferentes indicadores de qualidade de vida e os possíveis impactos no docente.

A seguir, apresento os tópicos que foram desenvolvidos ao longo da tese, todos por estarem relacionados ao tema. São eles: Qualidade de vida; Qualidade de vida no trabalho; Alimentação Mundial e brasileira e O professor Universitário e sua motivação para o autocuidado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 QUALIDADE DE VIDA

Em meio à sociedade, o termo “qualidade de vida” traz consigo muitas vertentes. Para Gill (1994), estas vertentes abrangem um conceito popular, o qual é bastante utilizado contemporaneamente, a exemplo das relações entre as pessoas, da política, do sistema de saúde, da mídia, dentre outros, além da perspectiva da ciência, que reflete em muitos significados dentro o contexto da literatura médica. Assim, ao utilizar de tal semântica, o termo “qualidade de vida” passa a ser associado a vários significados intrínsecos as condições de saúde, e da forma como o meio social funciona, se desenvolve. De acordo com Fleck (1999), a qualidade de vida relacionada à saúde (*Health Related Quality of Life*), assim como o estado subjetivo de saúde (*Subjective Health Status*) correspondem a conceitos que se relacionam ao processo de avaliação do paciente de forma subjetiva, e ao impacto causado ao estado de saúde, o qual reflete na capacidade viver de forma plena.

A qualidade de vida, em seu estado vivencial, pode ser afetada de várias formas. Seja pelo estado de saúde a exemplo do mental, social e médico, ou pelos fatores socioeconômicos e do meio ambiente vivenciado. Dentre esse aspecto, é importante que se deixe claro que, o fato do indivíduo muitas vezes apresentar-se sem doenças, não quer dizer que o mesmo vivencie uma boa qualidade de vida. Para Terra (2001), existem muitas pessoas que, mesmo detendo de doenças consideradas crônicas, aceitam-se, convivendo de forma favorável a sua própria condição, e assim, apresentando-se como pessoas felizes.

Assim sendo, pode-se ratificar que conceituar saúde, torna-se muito complexo, uma vez que o meio social interfere no processo, assim como os legados culturais, a política e a própria economia, todos ligados aos valores individuais.

No mundo contemporâneo, o estresse, considerado por muitos profissionais da área da saúde como o mal do século XXI, afeta diretamente o nível de saúde do ser humano. Na visão de Witter (2003), este problema de saúde tornou-se global, tendo sido objeto de inúmeras pesquisas não só descritivas, mas também funcionais, elencando o objetivo maior de identificação das suas possíveis causas e soluções.

De acordo com a OMS, organização essa, responsável pela criação referente aos instrumentos voltados para a avaliação da “Qualidade de Vida”, o termo asgado em questão, pode ser entendido como a forma de perceber do indivíduo, em meio ao contexto cultural, assim como dos sistemas de valores, os quais ele se insere, ou seja, a forma de perceber o seu próprio posicionamento na vida. Dessa forma, o indivíduo pode considerar os padrões sociais que vivencia, os seus objetivos, expectativas, e claro, todas as suas preocupações causadas. Esta definição, a qual está amparada pela OMS, segundo Who (1995), reforça a compreensão de que a qualidade de vida corresponde a um termo multidimensional e subjetivo, incluindo as questões não só positivas do indivíduo, mas as negativas também. Em meio a tal contexto, torna-se importante deixar claro, que a terminologia destinada à definição da qualidade de vida, além de complexa, é totalmente variável. Nos últimos anos, vem se tornando cada vez mais nítido a evolução do seu conceito e valorização, os quais acompanham a evolução da humanidade e suas possíveis dinâmicas, a exemplo dos legados culturais distintos e suas prioridades. O termo qualidade, a cada dia vem se tornando tema de muita discussão e pesquisa. Petroski (2005), em sua tese, ratificou isso, ressaltando que muitos são os segmentos em questão, dentre eles aqueles voltados para a qualidade de produtos, pesquisa, ensino, administração, dentre muitos outros. Porém, ao referenciar sobre a qualidade de vida, o autor destaca que pouco se discute sobre o assunto, ou seja, sobre os profissionais que desenvolvem tais atividades citadas, em especial, sobre a qualidade de vida dos professores universitários.

A avaliação de qualidade de vida tem uma importância crescente como medida de avaliação de saúde. Na visão de Kluthcovsky (2009), este fato estimulou a constituição do WHOQOL Group, conhecido também como Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, no intuito de desenvolver medidas e métricas, as quais sejam consideradas como de cunho internacional, em que os distintos países espalhados pelo mundo, em especial suas culturas, influenciem os conceitos que direcionam a elaboração das ações, e conseqüentemente, de suas validações. Os instrumentos WHOQOL, além do caráter que perpassa pela transculturalidade, também valorizam a percepção de cada indivíduo, que se dá por meio do processo avaliativo referente à qualidade de vida em inúmeros grupos e possíveis situações. Tais instrumentos são aplicados de forma ampla e, além de

incluir a prática clínica de forma individual, inclui também o processo avaliativo da efetividade do tratamento, do desenvolvimento dos serviços aplicado à saúde, podendo ser manuseado como guia para as políticas de saúde.

Segundo Davoglio, Letninin e Baldissera (2015) existem dois grandes desafios quando se tomam a Qualidade de Vida como objeto da ciência. Definir a QV como construto conceitual e operacional, a partir de sua natureza latente, e segundo, medir a QV através de formas adequadas, reconhecendo a QV como um construto científico demandada pelo abandono da compreensão intuitiva do seu significado, típica do senso comum, visando à busca de uma conceituação, senão unanime, ao menos aceita pelas diferentes áreas do conhecimento que a utilizam.

As autoras afirmam ainda sobre os conceitos de QV, que apesar de várias definições, dois aspectos teóricos a maioria reconhece a relevância. O primeiro dele está relacionado a:

[...] subjetividade implícita ao construto, o que permite a distinção de QV da noção objetiva de “padrão de vida”. Assim, a percepção do próprio indivíduo sobre sua existência assume mais valoração à QV do que aquilo que é observável a partir da realidade externa. O segundo aspecto relevante é a abordagem multidimensional do construto, o que leva a reconhecer a diferença entre examinar a QV do ponto de vista global e a QV relacionada à saúde ou a uma doença específica, fazendo-se também clara distinção entre o conceito de saúde e o de QV. (DAVOGLIO; LETNININ; BALDISSERA, 2015, p. 4).

No mundo contemporâneo, viver com qualidade pressupõe a execução de uma composição cultural, que se faz juntamente com elementos em que a sociedade estabelece como padrão referente ao conforto e bem-estar. Na visão de Bisquerra (2008, p. 217), em um sentido amplo, a qualidade de vida “[...] é o “conjunto” individual objetivo e subjetivo do bem-estar e está atrelada à satisfação e aos diversos domínios da vida”. Diante de tal pensamento, o termo Qualidade apresenta ter vários significados, os quais reproduzem os valores, as experiências e os conhecimentos do indivíduo, além das coletividades que perpassam pelos espaços e histórias distintas, ambos em épocas variadas. Neste contexto, Braga (2011) esclarece que, mesmo o termo qualidade de vida apresentando vários significados e respectivamente suas reproduções, essa constatação não evita que o indivíduo busque elaborar definições a respeito, as quais possa utilizá-las como padrões que se deseje para a vida, desde que esteja bem centrada a localidade, época, dentre outros adjetivos sociais.

Como já ressaltado anteriormente, o conceito de Qualidade de Vida é algo multidimensional, e assim, subjetivo, estando ele influenciado por inúmeros fatores sociais que se ligam ao contexto educacional, econômico e aos aspectos socioculturais, não havendo consonância em relação à sua definição. No mundo atual, existe uma disposição para com o reconhecimento da importância que perpassa pelo entendimento do paciente quanto às suas doenças, para o acompanhamento referente à qualidade das medidas terapêuticas. Segundo Conde (2008), mesmo não existindo nenhum tipo de consonância, muitos autores, mais precisamente a maioria, concorda que, na elaboração de suas avaliações, é preciso que sejam contemplados os domínios do corpo, da mente, e o social, com o intuito de apreender dentro os indivíduos as suas experiências de cunho pessoal. Assim sendo, fica clara a importância que deve ser dada ao conceito de qualidade de vida, para que o mesmo possa ser compreendido não só semanticamente, mas pelo uso da sua expressão. A qualidade de vida, de acordo com Schalock e Verdugo (2003), nos faz pensar em excelência da seguinte maneira:

[...] calidad nos hace pensar en excelência o em um “critério de exquisitez” asociado a característica humana y a valores positivos, como la felicidad, el éxito, la riqueza, la salud y la satisfacción; de vida indica que el concepto a la esencia misma o a aspectos fundamentales de la existencia humana. Schalock e Verdugo (2003, p. 19).

Através dos autores e seus respectivos pensamentos, pode-se dizer que a noção que se dá ao termo qualidade de vida, transita no campo da semântica polissêmica, em que, de um lado se encontram relacionados os costumes de vida, o estilo e suas condições. Já do outro lado, se encontram as ideias que perpassam pelo desenvolvimento sustentável, além dos assuntos voltados para os direitos sociais e humanos. Assim, na visão de Pimenta (2008), tais noções se fundem em uma resultante social fincada em uma constituição coletiva, as quais referenciam os padrões de conforto e tolerância, em que a sociedade estabelece referência.

De acordo com o pensamento de Maturana (2004), ao longo da existência de cada indivíduo, os processos psicológicos, assim como a cognição tida como processo do conhecimento, destacam-se entre as pesquisas que referenciam as necessidades basilares. Assim sendo, entende-se que fatores como as características individuais, a dinâmica destinada ao aprender e os dados biológicos,

fundamentam e conseqüentemente envolvem tudo o que diz respeito às dimensões dos indivíduos, sejam elas do corpo e do espírito, e do ser juntamente com o fazer.

A qualidade de vida, mais precisamente o seu conceito, está relacionado ao bem estar individual e a autoestima. Na visão de Vecchia (2005), ambos abrangem vários aspectos que configuram o estilo de vida, a família, os valores culturais, éticos e religiosos, o estado de saúde, o estado emocional, a atividade intelectual, o autocuidado, a capacidade funcional, o nível socioeconômico, a interação social, a satisfação com o emprego, com as atividades do dia-a-dia, dentre outros. Dessa forma, Castellanos (2005) vai ao encontro do pensamento de Vecchia, completando-o o mesmo, quando ressalta que a própria estética existencial de cada indivíduo, relacionam-se aos modos e condições, além do estilo de vida de cada um.

Quando nos referimos aos aspectos acima elencados, que direta ou indiretamente estão relacionados à vida do ser humano, salientamos que aquilo que nos leva ao bem viver, corresponde aos diferentes pesos e valores que são dados a cada item, dependendo do ciclo de vida em que o indivíduo se encontra. Silveira (2013), em sua tese de doutorado, argumenta que o nível de vida, o estilo de vida e o próprio conceito de qualidade de vida, são importantes para a compreensão da qualidade de vida na prática. A autora ainda enfatiza que o nível de vida tem relação com vários aspectos do cotidiano, em que se traduz:

[...] no quanto uma pessoa atende a padrões de natureza econômica e social, internacionalmente aceitos, tais como educação, saúde, moradia, emprego, lazer, etc. Assim, alguém que tenha emprego estável, more em casa própria de alvenaria, em rua asfaltada, com água encanada, esgoto e transporte público nas imediações, possui um nível de vida mais elevado do que alguém sem emprego fixo, morador de barraco em favela, sem condições mínimas de higiene e conforto. Nível diz respeito ao ter, à posse, ao acesso e à propriedade de bens e serviços, tem a ver com atingir marcas na escala socioeconômica da vida moderna. É uma variável econômica, social e política da maior importância, que deve ser objeto de planejamento macroeconômico para a garantia do bem-estar da população e a eliminação de qualquer grupo de pessoas eventualmente excluído da posse, dentro dos padrões considerados mínimos de sobrevivência (SILVEIRA, 2013, p. 72).

Já no que diz respeito às características voltadas para o estilo de vida de cada indivíduo, a autora reforça que o mesmo é individualizado, e assim está basicamente associado à:

[...] maneira como alguém vive, o seu comportamento, a sua postura, a sua maneira de se posicionar diante da vida e de vivê-la. Diz respeito à forma

que a pessoa adota para se conduzir e fazer escolhas nos diversos setores, aspectos e situações de sua vida (SILVEIRA, 2013, p. 72).

De acordo com as pesquisas da autora, pode-se ratificar que é a forma como cada indivíduo leva a vida que demonstra quem realmente ele é. Assim sendo, torna-se importante ressaltar, que o ato de cuidar de si mesmo, corresponde a uma política, ou seja, a maneira como o indivíduo se percebe no mundo, como estabelece as relações consigo e com os outros, suas transformações, cuidados e modos de agir. O cuidar-se, possivelmente leva o sujeito ao ato da reflexão referente à sua maneira de ser, de agir, o que lhe confere a noção da ética como estética da vida, ou melhor, da existência. Dentre esses cuidados, que nada mais são, do que atividades práticas realizadas referentes ao próprio benefício, além do compromisso em manter a saúde, a vida, destaca-se como elemento fundamental para a Qualidade de Vida a alimentação.

O conhecimento de uma alimentação saudável vem sendo mais escasso nesses últimos anos, pois os indivíduos optam por alimentos mais viáveis, de baixo valor nutricional e de acordo com a preferência e costumes familiares. Em consequência disto, o número de indivíduos com sobrepeso e obesidade se expande cada vez mais. A conscientização da população com seu próprio bem estar só se desperta após a descoberta de alguma patologia ou condição física que lhes prive a realização de alguma atividade rotineira. Na grande maioria, infelizmente a informação só é buscada assim.

O ritmo diário de trabalho e a responsabilidade perante a sociedade podem levar estes indivíduos a situações de estresse que, aliadas à má alimentação e à inatividade física, podem ocasionar o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Segundo Marins e Giannichi (2003), A antropometria que trata do corpo humano e suas respectivas partes, expõe um recurso para apreciação do indivíduo, sendo ele ou não atleta, já que tem a possibilidade em oferecer elementos voltados para o crescimento, desenvolvimento e, claro, o envelhecimento.

2.2 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

Encontram-se relatos nos ensinamentos de Euclides (300 a.C.) de Alexandria sobre qualidade de vida no trabalho através dos princípios da geometria

que serviram de inspiração para a melhoria do método de trabalho de agricultores à margem do rio Nilo, na África. Também encontramos nos ensinamentos do grego Arquimedes, através da *Lei das alavancas*¹, projeto concebido por meio de roldanas, veio a diminuir o esforço físico de muitos trabalhadores, principalmente os marinheiros em 287 a.C.

No século XX, encontramos em Helton Mayo, pesquisador importante para o estudo sobre a satisfação do indivíduo no trabalho, em conformidade com Rodrigues (1999), Ferreira, Reis e Pereira (1999) e Hampton (1991) sobre o estudo do comportamento humano, da motivação dos trabalhadores para a obtenção das metas organizacionais e da qualidade de vida do trabalhador. Essas pesquisas tiveram como ponto de partida a Western Electric Company na cidade de Hawthorne, Chigaco, no início do século 20, que resultaram no surgimento da escola de Relações Humanas.

Observamos na literatura científica (CARVALHO et al., 2013; ANDRADE, 2012; SUMARIVA, OURIVQUE, 2010; BORTOLOZO e SANTANA, 2011; CHIAVENATTO, 1999) a constatação da relação entre motivação, atividades laborais e qualidade de vida, sendo a primeira fundamental dentro das organizações, pois afeta diretamente o comportamento do trabalhador, bem como a motivação é essencial para melhoria do desempenho e comprometimento das atividades laborais dos colaboradores. É fato de que as instituições que motivam seus colaboradores apresentam maior produtividade e propicia um ambiente mais agradável entre seus funcionários, bem como melhor qualidade de vida dos trabalhadores (ANDRADE, 2012).

A literatura científica argumenta que abordagem da qualidade de vida laboral tem relação com algumas medidas estruturais como motivação, satisfação, bem estar, saúde e trabalho. Estes modelos revelam indicadores da satisfação dos colaboradores com a situação de trabalho bem como abordam também a satisfação que esses trabalhadores tem em suas atividades laborais (CARVALHO et al., 2013).

¹ Arquimedes de Siracusa (287 a.C. – 212 a.C.) foi além de astrônomo, [físico](#), [engenheiro](#), [matemático](#), [inventor](#). Arquimedes projetou um sistema de [roldanas](#). Baseado num princípio da alavanca para levantar objetos que teriam sido demasiado pesados para serem movidos de outra maneira. Todas as alavancas seguem o mesmo princípio: com uma força **P** aplicada no braço maior (**b**) é possível equilibrar uma força maior, **R**, que esteja na ponta do braço menor (**a**), já que o produto **P x b** é igual ao produto **R x a**

Para Walton (1973) que enfatiza que a humanização de determinada a organização acontece quando ela atribui responsabilidades e autonomia aos seus trabalhadores. Essa atribuição varia conforme o cargo ou posição hierárquica, cujo enfoque estar no desenvolvimento pessoal do colaborador facultando, assim, melhor desempenho e provável ascensão hierárquica dentro do organograma da instituição.

Na prática, segundo Chiavenato (1999), os critérios do modelo de Walton podem ser definidos em oito categorias distintas, mais que se contemplam entre si e favorece a vida do trabalhador. A seguir apresentaremos as características de cada uma detalhados da forma resumida (CARVALHO et al., 2013):

1 - Compensação adequada e justa: baseia-se na remuneração adequada do trabalhador de acordo com suas atividades laborais. Essa categoria avalia e compara, também, as diferentes remunerações entre os vários cargos e funções hierárquica dentro da instituição; compara a remuneração do colaborador com outros profissionais fora da empresa através de pesquisa de mercado.

2 - Condições de trabalho: Essa categoria quantifica as condições do ambiente de trabalho, bem como a jornada laboral dos colaboradores, desde que não tragam malefícios à saúde do colaborador ou proporcione perigo ao mesmo.

3 - Desenvolvimento de capacidades: caracteriza-se especificamente aos conhecimentos que os funcionários possuem para exercer sua função e o que ele adquiriu durante o trabalho, como também a prática e a destreza de seus funcionários.

4 – Crescimento e segurança: Nessa categoria oportuniza condições de crescimento e segurança, com base no organograma da empresa a progressão vertical e horizontal de cargos e funções dentro da instituição. Destaca-se também as oportunidade ofertada pela empresa para crescimento e desenvolvimento tanto profissional, quanto pessoal de seus funcionários.

5 - Integração social: refere-se ao ambiente de trabalho, a relação com seus pares, respeito, ambiente harmônico, apoio mútuo, colaboração, sentido de equipe e ausência de preconceitos e diferenças hierárquicas na instituição.

6 - Constitucionalismo: Diz respeito às leis e normas legais, jurídicas, técnicas e a legislação pertinente ao trabalhador.

7 - O trabalho e espaço total de vida: caracteriza-se pela constatação de equilíbrio entre a vida laboral e a vida pessoal.

8 - Relevância social: Nessa categoria tem como base a responsabilidade social da empresa. Objetiva averiguar o desempenho da empresa na sociedade e sua responsabilidade perante ela, implantação de programas sociais tanto para o trabalhador, quanto a família e sociedade.

As pesquisas do psicólogo Abraham H. Maslow (1982) merece destaque, pois concebeu a hierarquia das necessidades, representada pela figura geométrica do triângulo, transformado em pirâmide. Essas necessidades são transformadas em níveis composta de cinco necessidades fundamentais, são elas as fisiológicas, segurança, amor, estima e auto-realização. Conforme seu conceito de premência relativa, uma necessidade é substituída pela seguinte mais forte na hierarquia, na medida em que começa a ser satisfeita. O que se denominou de pirâmide da hierarquia de Maslow (MONTANA, CHARNOV, 2010). Maslow separa estas cinco necessidades em patamares mais altos e mais baixos, sendo essas últimas representadas pelas necessidades fisiológicas e de segurança e as de caráter sociais, de autoestima e de auto realização são classificados como nível alto. À medida que cada uma dessas vai sendo atingida ou suprida a próxima se torna a mais importante e precisa ser alcançada (ROBBINS, 2009).

De acordo com França (1997, p. 80).

Qualidade de vida no trabalho é o conjunto das ações de uma empresa que envolvem a implantação de melhorias e inovações gerenciais e tecnológicas no ambiente de trabalho. A construção da qualidade de vida no trabalho ocorre a partir do momento em que se olha a empresa e as pessoas como um todo, o que chamamos de enfoque biopsicossocial. O posicionamento biopsicossocial representa o fator diferencial para a realização de diagnóstico, campanhas, criação de serviços e implantação de projetos voltados para a preservação e desenvolvimento das pessoas, durante o trabalho na empresa.

Entendemos que, para que haja qualidade de vida no trabalho, é imperativo olhar a empresa, instituição como um todo, não apenas as questões materiais, mais o ser humano que esta interligado. Esse olhar mais completo do indivíduo com o trabalho será peça fundamental para o conceito do homem biopsicossocial. Mais antes destacamos que na década de 1950, alguns pesquisadores estudaram um modelo macro que agrupasse o trinômio, trabalho, indivíduo e organização, que mais tarde passaria a ser denominada de qualidade de vida no trabalho (QVT), segundo Mendes e Leite (2008). Essa qualidade de vida no trabalho, levando sempre em consideração o trinômio, seria décadas depois a base, segundo

Fernandes (2009) da aplicação concreta da filosofia humanista, que objetivava criar uma nova situação, mais favorável à satisfação dos colaboradores da empresa modificando um ou vários aspectos do meio ambiente de trabalho. Faz parte também dessa nova técnica QVT, dois fatores que se baseiam na preocupação do êxito organizacional e da preocupação com o bem-estar do trabalhador. Além disso, as resoluções dos problemas de trabalho com a participação do próprio colaborador e a sua participação nas decisões e são importantes para a QVT. O autor destaca ainda que o êxito da qualidade de vida no trabalho fundamenta-se na redução ou eliminação do stress e do sedentarismo, favorecendo um maior equilíbrio entre trabalho e lazer que resultará em uma qualidade de vida melhor.

Com base nos ensinamentos da medicina psicossomática (especialidade da medicina e da psicologia que entende e interpreta o homem em corpo e mente estreitamente interligado) que se deu origem ao conceito do homem biopsicossocial. Esse conceito propõe uma visão holística e integrada do ser humano, existindo aí uma relação das doenças somáticas com sua origem emocional. Reforça ainda que para essa interpretação lograr sucesso é importante considerar sua história de vida analisada sob concomitantes influências biológicas, psicológicas, culturais e sociais (FERNANDES, 1996). Essa fundamentação opõe-se ao modelo cartesiano que não compreende o homem interligado (corpo e mente) e sim divide o ser humano em partes. O homem biopsicossocial em sua inteireza, além das influências internas constante em seu organismo, como a carga genética, doenças congênitas, defeitos estruturais, presença viral e bacteriana, possui sua percepção própria das experiências vivenciadas de mundo e captadas por meio de sentimentos, pensamentos e ações e, por último mais não menos importante seu convívio com os diversos grupos aos quais ele pertence, a família, seus amigos, a sociedade. Ao longo de toda a sua existência o homem biopsicossocial recebe diferentes influências e vale destacar que elas são importantes para a análise do comportamento humano, tais como: afeto, família, amigos, convívio social, trabalho, lazer, religiosidade, hábitos, ambiente, entre outros.

E conclui,

No contexto do trabalho esta abordagem pode ser associada à ética da condição humana. Esta ética busca desde a identificação, eliminação, neutralização ou controle de riscos ocupacionais observáveis no ambiente físico, padrões de relações de trabalho, carga física e mental requerida para cada atividade, implicações políticas e ideológicas, dinâmicas da liderança

empresarial e do poder formal até o significado do trabalho em si, relacionamento e satisfação no trabalho (FERNANDES, 1996, p.96).

A sociedade atual, permeada de regras e condutas, estabelecem novos paradigmas de modo de vida, que influenciam o ser humano como um todo, interligado a ele mesmo e ao ambiente a seu redor. Segundo França (1995) e Albuquerque e França (1997), essa nova sociedade pode trazer como consequências, novos valores e mudanças na qualidade de vida relacionada ao trabalho e principalmente ao trabalhador. Os autores enfatizam que nos estudos de qualidade de vida no trabalho pode ser necessária a contribuição de outras ciências para sua efetivação como constructo de melhoria, tais como:

- Saúde – Para que de fato essa ciência contribua com a melhoria da qualidade de vida no trabalho é necessário que seja estabelecido novas finalidades do que de fato é saúde. Para tanto é imprescindível considerar a preservação e a integridade física, mental e social do ser humano e não apenas uma saúde que atue sobre o controle de doenças. Entendemos que assim, gera maior expectativa de vida.
- Psicologia – É fundamental o entendimento do homem biopsicossocial, para que essa ciência efetive sua participação na melhoria da QVT. Entender as perspectivas de vida de cada indivíduo em seu trabalho, em seu ambiente social e pessoal, principalmente as influências externas e internas que nortearam seus passos.
- Sociologia – Baseia-se num contexto antropológico e cultural e suas implicações nesse diversos contextos apropriando-se da dimensão simbólica do que é compartilhado e construído socialmente. Importância de seu papel na sociedade atual.
- Ecologia – Caracteriza-se pela importância de desperta no homem, que ele é parte integrante de um ecossistema e o principal responsável pela preservação e destruição da fauna e da flora.
- Ergonomia – Ciência do dia a dia do trabalhador, visando oferecer condições de trabalho favorável ao seu desempenho, sem lhes causar danos físicos, mentais e/ou emocionais. Fundamenta-se em outras ciências como a medicina do trabalho e a psicologia.

- Economia – Desperta a importância para o consumo consciente, sem excessos, de forma equilibrada e responsável, evidenciado que os bens são finitos.

Em pesquisa realizada no sul do Brasil com professores universitários, Silvério et. al., (2010) enfatizaram a importância das interações sociais saudáveis com vizinhos e colegas de trabalho, bem como a existência de variadas situações construídas no processo de trabalho docente, as quais tem consonância com as representações de qualidade de vida.

Silva e De Marchi (1997) enfatizam os benefícios para o indivíduo e para a empresa da implantação de programas de promoção da saúde e adoção de programas de qualidade de vida, dos quais se destaca a diminuição do estresse, conseqüentemente maior estabilidade emocional, aumento da motivação, eficiência no trabalho, melhor auto-imagem e melhor relacionamento entre pares (profissional) e pessoal. Os benefícios acima listados evidenciam o trabalhador, no entanto as empresas serão beneficiadas com uma força de trabalho mais saudável, menor número de acidentes, menor custo de saúde assistencial, menor absenteísmo/rotatividade, um melhor ambiente de trabalho, e, por último aumento de produtividade (VASCONCELOS, 2001).

A expressão “qualidade em educação”, de acordo com Davok (2007), admite variadas interpretações. A autora apresenta um mosaico dessas interpretações, das quais, resumidamente apresentamos a seguir. Educação de qualidade vai desde o domínio eficaz dos conteúdos até a obtenção de uma cultura científica e/ou literária, até mesmo a capacidade de servir ao sistema produtivo ou ainda aquela que enaltece o pensamento, a ação, a crítica cujo compromisso com a sociedade fortalece seu papel transformar (SCREMIN, 2009).

Historicamente a educação e a universidade passarão por transformações que durante muito tempo caracterizava as universidades em um padrão de similaridade, com modelos bem identificados, com grande homogeneidade, o que diferenciava eram as variações regionais. A partir da Reforma Protestante, a diversificação começa a tomar forma, e seu aprofundamento e importância ganha maior espaço nos séculos XIX e XX. No Brasil as universidades também sofreram profundas transformações, especialmente quando nos referimos as questões econômicas e culturais. Recentes medidas administrativas abriram a possibilidade

de uma maior diversificação de modelos e de instituições de ensino superior, como centros universitários e faculdades (ROSSATO, 2011).

Ainda no campo da educação, além das transformações administrativas acima detalhadas, as transformações políticas e econômicas também tiveram e têm profundas influências nas instituições de ensino superior. Destacamos como ponto de partida dessas mudanças, as recentes tendências da globalização e do capitalismo no Brasil e no mundo. Quando falamos de qualidade da educação superior, não podemos deixar de enumerar a primeira Conferência Mundial sobre o Ensino Superior, organizada pela UNESCO no ano 1998. Esse encontro foi a grande referência da qualidade da educação superior, o qual objetivou discutir, numa dimensão mundial, as grandes questões da educação superior. Essa finalidade foi alcançada por meio da publicação de um conjunto de documentos onde são elencadas as grandes tendências da educação superior para o século XXI. O destaque desse documento fica por conta das novas exigências e novos desafios se colocam no horizonte das universidades para os próximos anos. Segundo a UNESCO as novas universidades necessitarão estar abertas às novas exigências de culturais, sociais e políticas, bem como adaptar-se as novas formas de estudos, devendo esses, terem uma maior flexibilidade (ROSSATO, 2011). Em 2009, a UNESCO realiza outro importante a WCHE/UNESCO 2009 – Conferência Mundial de Educação Superior/UNESCO, 2009, e evento e publicações da OECD (Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico) que destacam a importância do conceito de Garantia de Qualidade (Quality Assurance) da educação superior.

Segundo Morosini (2010) o estado de conhecimento sobre qualidade na educação superior nacional, tem sua influência baseada nas perspectivas internacionais por conta da globalização. As concepções de qualidade enumeradas pela autora são isomórfica - qualidade de modelo único; da especificidade (particular, específico) e da equidade – julgamento justo, igualitário. A pesquisadora destaca a posição da UNESCO e de suas ramificações, como a IESALC (ramo da UNESCO para a América Latina e Caribe) e a GUNI (Global University Network of Innovation), na associação do conceito de qualidade da educação superior para o desenvolvimento sustentável. Atualmente pauta de muitas Instituições superiores. Existem três tipos de qualidade, apesar do predomínio do tipo isomórfico. A autora parte do princípio que a qualidade é um construto interligado às sociedades e,

portanto a seus modelos ou paradigmas, o que influencia em no entendimento dessa qualidade de vida e principalmente o papel da educação superior na construção de um mundo melhor e sustentável.

2.3 ALIMENTAÇÃO MUNDIAL E BRASILEIRA

Com base no conteúdo da Declaração Universal dos Direitos Humanos, que aborda de forma clara, o direito humano à alimentação adequada, destacamos em seu artigo XXV - 1:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, o direito à segurança, em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle (ONU, 1948, p.6).

Destacamos também que o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, em seu artigo 11, contempla de forma detalha o direito a alimentação e propõe mecanismos de operacionalização do mesmo:

Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia. 1) Los Estados Partes tomarán medidas apropiadas para asegurar la efectividad de este derecho, reconociendo a este efecto la importancia esencial de la cooperación internacional fundada en el libre consentimiento. 2) Los Estados Partes en el presente Pacto, reconociendo el derecho fundamental de toda persona a estar protegida contra el hambre, adoptarán, individualmente y mediante la cooperación internacional, las medidas, incluidos los programas concretos, que se necesitan para: a) Mejorar los métodos de producción, conservación y distribución de alimentos mediante la plena utilización de los conocimientos técnicos y científicos, la divulgación de principios sobre nutrición y el perfeccionamiento o la reforma de los regímenes agrarios de modo que se logren la explotación y la utilización más eficaces de las riquezas naturales; (CDESC, 1966, p. 4).

Segundo a historiadora Luce Giard (1996) enfatiza que o ato de comer ou alimentar-se não esta relacionada apenas ao consumo da matéria prima que alimenta o corpo ou faz a máquina biológica funcionar, mais também para estabelecer a modos de relacionamento entre os indivíduos e o seu mundo, demonstrando assim referencias fundamentais no espaço-tempo. A base dessa afirmação reside,

segundo a autora na relação entre cultura e alimentação, tendo essa segunda uma complexidade muito peculiar, pois as escolhas pertinentes a determinada dieta extrapola simplesmente a caloria desejada ou consumida e ganha força externa (cultura) como os modos à mesa, os momentos de degustação, o tempo despendido para as refeições, bem como os locais escolhidos para essas refeições. Entende-se agora a complexidade do estudo da alimentação.

Ainda no campo histórico, social e cultural, marcados por mudanças econômicas, políticas, sociais, e tecnológicas, o processo de alimentação humana busca abordagens não apenas biológicas, mais também uma abordagem antropológica, cuja base de estudo refere-se ao conhecimento de determinados grupos. O cultural histórico também deve ser levado em consideração, o período histórico, as técnicas de preparo e processamento do alimento, a economia, o reflexo migratórios (GIMENES, 2008).

O historiador Henrique Carneiro afirma:

O costume alimentar pode revelar de uma civilização desde a sua eficiência produtiva e reprodutiva, na obtenção, conservação e transporte dos gêneros de primeira necessidade e os de luxo, até a natureza de suas representações políticas, religiosas e estéticas. Os critérios morais, a organização da vida cotidiana, o sistema de parentesco, os tabus religiosos, entre outros aspectos, podem estar relacionados com os costumes alimentares (CARNEIRO, 2005, p 72).

É indiscutível o papel da nutrição na manutenção da saúde, evidencia-se que por meio de uma boa alimentação é possível prevenir, evitar ou diminuir as consequências de problemas comuns relacionados à saúde ou a ausência dela tais como, hipertensão arterial, constipação, diabetes, osteoporose, desidratação e perda de apetite (MIRANDA, 2007). Esta alimentação individualizada, no entanto, deve ser cuidadosamente detalhada e direcionada as suas necessidades do indivíduo ou a população, respeitando seus hábitos e cultura, cujo avanço da idade torna-se mais evidente, para compensar as mudanças que lhe são naturais, com o avanço da idade. Segundo Rogers (1999) inúmeros fatores influenciam a escolha quantitativa e qualitativa dos alimentos a serem consumidos. Isto significa que os hábitos alimentares constituem o resultado das experiências aprendidas ao longo da vida, portanto é possível, independente da faixa etária com algum esforço e técnicas eficazes de educação, entendida aqui com educação nutricional reformular esses hábitos alimentares, no sentido de corrigir possíveis distúrbios nutricionais e

implantar novas rotinas alimentares, contribuindo assim com uma qualidade de vida satisfatória.

De acordo com os dados da Organização Mundial da Saúde, 2,3 bilhões de pessoas no mundo todo no ano de 2015 estarão com excesso de peso, sendo 700 milhões de obesos. Essa projeção é baseada em estudos epidemiológicos que levam em consideração o cálculo do índice de massa corporal (IMC), mas quando leva-se em consideração a gordura abdominal, mensurada pela circunferência abdominal, os índices são mais preocupantes, pois esse índice é mais prejudicial por ser causa de desordens metabólicas.

O Ministério da Saúde e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014) em parceria com o Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo NUPENS/USP e a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), divulgaram dados referentes à pesquisa Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) realizada anualmente desde o ano de 2006. O Vigitel 2014 entrevistou 40.853 pessoas com mais de 18 anos, residentes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, durante o ano de 2014. O objetivo é subsidiar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças por meio de informações de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2014).

Os resultados alertam que 52,5% dos brasileiros estão acima do peso normal, apesar o índice de obesidade esteja estável. Por outro lado, a população esta buscando hábitos mais saudáveis, constatado por meio do aumento da prática de atividade física e uma alimentação com menos gordura. Essa taxa, de 52,5% na década anterior atrás, era de 43% – o que representa um crescimento de 23% no período. No quesito idade, também é expressiva a proporção constante de pessoas com mais de 18 anos com obesidade, aproximadamente 20%. Isso reflete o aumento de fatores de risco para doenças crônicas, como diabetes, do coração e hipertensão. Essas doenças crônicas não transmissíveis já respondem por 72% dos óbitos no país. Apesar desse panorama, com valores acima do normal, o índice de obesidade do Brasil está menor, quando comparado a outros países, Chile (25,1%), Paraguai (22,8%) e Argentina (20,5%).

Quando detalhamos por sexo o índice de excesso de peso na população brasileira, segundo a pesquisa, encontramos que o sexo masculino chega a 56,5% contra 49,1% entre as mulheres. Embora não exista uma diferença

significativa entre os dois sexos quando o assunto é obesidade. Os valores referente a à idade, os jovens de 18 a 24 anos, são os que registram as melhores taxas, com 38% pesando acima do ideal, enquanto as pessoas de 45 a 64 anos ultrapassam 61% (BRASIL, 2014).

O vigitel enfatiza que o brasileiro tem se exercitado mais. Principalmente os homens (41,6%) praticam o recomendado de atividade física contra 30% entre o público feminino. Os jovens, em ambos os sexos, são os que mais se exercitam (50%) com tendência de aumento de 18%. Enquanto 47,8% dos indivíduos que tem 12 anos ou mais de estudo praticam exercícios no seu tempo livre, já entre os apresentam tempo de estudos até oito anos, o índice foi 22,9%. Durante a pesquisa, 35,3% dos entrevistados relataram dedicar pelo menos 150 minutos do seu tempo livre na semana a exercícios físicos, enquanto o índice de 2009 era de 29,9%. Dado esse (150 minutos) tempo/minutos recomendado pela OMS.

Outro hábito positivo para a saúde é o consumo de hortaliças e frutas que estão presentes no dia a dia da população brasileira. 36,5% disseram consumir esses alimentos pelo menos cinco ou mais dias da semana. Mas o índice cai para 24,1%, equivalente a um quarto da população, quando se considera a quantidade recomendada pela OMS – cinco ou mais porções diárias, o que equivale em média 400 g. As mulheres merecem destaque porque são as que mais diversificam(qualidade e quantidade) seus pratos. O consumo recomendado de frutas e hortaliças entre elas sobe para 28,2% enquanto entre os homens cai para 19,3%.

Outra pesquisa, subsidiada pelo IBGE, muito importante para a compreensão do perfil alimentar brasileiro foi a Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008 – 2009 (POF)² cuja finalidade foi a de averiguar a composição orçamentária doméstica brasileira e disponibilizar essas informações para gerar bases de dados e estudos sobre o perfil nutricional da população, sobre as condições de vida da população, que inclui a percepção subjetiva da qualidade de

² A POF 2008-2009 é a quinta pesquisa realizada pelo IBGE sobre orçamentos familiares. As pesquisas anteriores foram o Estudo Nacional de Despesa Familiar – ENDEF 1974-1975, com âmbito territorial nacional, à exceção das áreas rurais das Regiões Norte e Centro-Oeste; a POF 1987-1988; a POF 1995-1996; e a POF 2002-2003. As POFs dos anos 1980 e 1990 foram concebidas para atender, prioritariamente, a atualização das estruturas de consumo dos índices de preços ao consumidor produzidos pelo IBGE, sendo realizadas nas Regiões Metropolitanas de Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre, no Município de Goiânia e no Distrito Federal. A POF 2002-2003 e a POF 2008-2009 dão igual prioridade às demais aplicações anteriormente mencionadas

vida. A coleta da pesquisa foi realizada nas áreas urbana e rural em todo o território brasileiro, entre maio de 2008 a maio de 2009, seis anos após a realização da POF 2002-2003, igualmente de abrangência nacional, cuja próxima realização aconteceu entre 2014 -2015, mais só estará disponível, segundo o IBGE, para consulta em 2016.

A diversidade no processo do consumo alimentar da população brasileira combina a tradicional dieta à base de arroz e feijão com alimentos com poucos nutrientes e muitas calorias, o que reflete num aumento de peso, anteriormente explicitado (MONTEIRO, 2003; BLEIL, 1998). Segundo a POF-Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 (IBGE, 2009), a ingestão diária de frutas, legumes e verduras estão abaixo dos níveis recomendados (400g) pelo Ministério da Saúde em mais de 90% da população. Já as bebidas com adição de açúcar como sucos, refrescos e principalmente refrigerantes, teve consumo elevado, especialmente entre os adolescentes, que ingerem o que já era de se esperar pela cultura persistente do consumo desse alimento, o dobro da quantidade registrada para adultos e idosos, além de apresentarem alta frequência de consumo de biscoitos, sanduíches, linguiças, salgados, salsichas, mortadelas, e uma menor ingestão de feijão, saladas e verduras. No entanto, entre os adultos, de acordo com a Vigitel 2014 o consumo de refrigerantes e doces está caindo. Garantia de uma alimentação mais saudável entre os adultos, conseqüentemente menos índice de aparecimento de DCNT. Dados apontam que 20,8% da população tomam refrigerante cinco vezes ou mais na semana, menor que o índice de 2007 (30,9%). Já os alimentos doces estão na rotina cinco ou mais dias da semana de 18,1% da população, sendo mais presentes nas refeições das mulheres (20,3%) que dos homens (15,8%).

A relação entre alimentos e renda *per capita* parece, segundo dados do IBGE, ser inversamente proporcional, pois alguns componentes para uma dieta saudável no Brasil, como arroz, feijão, farinha de mandioca e peixe fresco, tem sua ingestão diminuída à medida que aumenta o rendimento *per capita*. Já o consumo de lanches rápidos e/ou guloseimas como doces, refrigerantes, salgados e pizzas, se eleva. Outra classe de alimentos que esta relacionado mais a renda elevada, são os laticínios *diet/light*, e a ingestão de frutas, verduras (IBGE, 2009).

Na classificação por situação de domicílio, de acordo com IBGE (2009), as médias de consumo diário *per capita por áreas*, destaca-se a área rural cujos

valores foram maiores do que na área urbana para vários alimentos, com destaque para feijão (208,1g contra 177,9g), arroz (181,2g contra 156,2g), farinha de mandioca (19,1g contra 4,7g), batata-doce (4,3g contra 2,1g), peixes frescos (53,5g contra 17,5g), manga (10,7g contra 3,5g), açaí (6,8g contra 2,2g) e). Já na área urbana destacaram-se, os alimentos pertencentes ao grupo de lanches rápidos como o refrigerante (105g contra 42,7g), pão de sal (56,9 contra 33,4g), sanduíches (13,5g contra 2,2g). e a cerveja (33,8g contra 17,5g).

A pesquisa também avaliou o consumo médio de calorias fora do domicílio por área, região, gênero e renda, cujo valor correspondeu a aproximadamente 16% da ingestão calórica total e foi maior nas áreas urbanas, tendo a região Sudeste se destacado e entre os gêneros, os homens. Já o dado renda, não diferenciou do que anteriormente fora apresentado, e para indivíduos na faixa de renda familiar *per capita* mais elevada. Entre as prevalências de inadequação de consumo que demonstra o percentual de pessoas que ingerem determinado nutriente em níveis abaixo ou acima das necessidades diárias do limite recomendado, destacam-se o excesso lipídeos e carboidratos em mais de 50%, sendo as gorduras saturadas (animal) com 86% e o consumo de açúcar com 61% da população, e escassez de fibras detectada em 68% da população.

O consumo energético médio da população brasileira, divulgada pelo POF, teve o sexo masculino como destaque com um consumo entre 1.490kcal a 2.289kcal. As maiores médias de ingestão de energia foram os adolescentes na faixa de 14 a 18 anos (2.289kcal/dia) e de 19 a 59 anos de idade com 2.163kcal/dia. Em ambos os sexos, os menores valores de ingestão energética foram observados em indivíduos com 60 anos ou mais: 1.490kcal/dia para mulheres e 1.796kcal/dia para homens (BRASIL, 2014).

Ainda sobre esse consumo energético, quando detalhamos seus constituintes, encontramos valores proteicos acima do recomendado pelo Ministério da Saúde de 16% a 17% nos adultos e idosos, sendo o recomendado de 10% a 15%. Os lipídios ou gorduras representaram 27% da energia da dieta desse mesmo gênero. A participação dos glicídios na alimentação diária entre os homens variou de 54,8% na faixa etária de 19 aos 59 anos, 57,0% (dos 10 aos 13 anos) enquanto para as mulheres foi de 56,2% a 57,6%.

Os níveis sanguíneos de colesterol avaliados mediante as médias diárias de ingestão desse nutriente, mostraram-se menores para as mulheres (de 186,3mg a

237,9mg) do que os homens (de 231,1mg a 282,1mg) independente dos grupos etários. Destaque se faz necessário ao grupo de 14 a 18 anos teve as maiores médias de consumo de colesterol, o que nessa faixa etária parecer ser corriqueiro o consumo de gordura e frituras. A ingestão de fibras, polissacarídeos importante para a saúde do corpo, foi maior entre os homens (de 20,4g a 23,5g) do que entre as mulheres (de 17,6g a 18,8g).

A ingestão média diária de açúcares totais variou entre as faixas etárias, sendo mais elevada nos adolescentes, que apresentou valores em g de 105,4g a 113,1g nos rapazes e de 106,8g a 110,7g nas moças. Mais uma vez ressaltamos que esse nutriente parece ser, junto com as gorduras, os mais consumidos. Quando comparamos as faixas etárias, o consumo médio diário de açúcares totais entre os adolescentes foi cerca de 30% maior do que o dos idosos e entre 15% e 18% maior que dos adultos.

Quando avaliamos os valores de vitaminas e sais minerais da pesquisa do IBGE, encontramos as maiores prevalências de inadequação de consumo diário relacionam-se a vitamina D ou colecalciferol (menos de 10mcg), que atingiu 99,6% dos homens e 99,2% das mulheres pertencentes a faixa etária de 19 a 59 anos; o tocoferol ou vitamina E (menos de 12mcg), apresentou uma inadequação de 99% e 100%, entre homens e mulheres, respectivamente. Já o consumo diário insuficiente de cálcio (menos de 800mg para homens de todo o grupo e mulheres até 50 anos e de 1.000mg para mulheres de 51 a 59 anos) atingiu 83,8% dos homens, 90,7% das mulheres até 59 anos e 96,7% das mulheres de 51 a 59 anos. O sódio, ao contrário dos outros micronutrientes, foi encontrado em consumo excessivo (acima de 2.300mg) tanto para homens, 88,7% quanto mulheres 69,7%.

A pesquisa destaca os valores do grupo etário de 60 anos ou mais, que necessita de uma atenção dietética especial no tocante a ingestão de vitaminas. A inadequação da vitamina E (menos de 12mcg/dia) teve prevalência de 100% para ambos os sexos, nutriente classificado como antioxidante, importante para as reações metabólicas. A vitamina D apresentou uma inadequação de 99,6% no sexo masculino e de 99,4% no feminino. No caso do cálcio, também foram encontrado inadequações tanto entre os sexos, quanto as faixas etárias. Esse desequilíbrio chegou a ser de 85,9% para os homens até 70 anos, a 94,3% dos homens a partir dessa idade e a 95,8% das mulheres. Os limites mínimos de consumo diário desse mineral é de 800mg para os homens até 70 anos e de 1.000mg acima dessa idade

e, para as mulheres, de 1.000mg para todo o grupo. Já a ingestão diária de sódio, do mesmo modo que outras faixas etárias, demonstrou esta acima do limite tolerável de 2.300mg chegou a 80,4% dos homens e 62,2% das mulheres.

As informações descritas acima estão detalhadamente disponíveis no estudo “Análise do Consumo Alimentar Pessoal no Brasil”, em parceria com o Ministério da Saúde, uma publicação da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009. A metodologia da pesquisa coletou informações sobre a ingestão individual de alimentos de todos os moradores com 10 anos ou mais de idade, entre os 13.569 domicílios selecionados a partir da amostra original da POF-2008-2009, cuja participação final contou com 55.970 domicílios. Destaque se faz necessário informar que foram levantados informações sobre a ingestão de alimentos fora do domicílio pela primeira vez numa pesquisa dessa dimensão territorial.

A importância da dimensão dos resultados dessas pesquisas para o campo da Nutrição no país subsidiaram, segundo o IBGE, outros estudos como a “Tabela de Medidas Referidas para os Alimentos Consumidos no Brasil”, que apresenta as diferentes unidades de medidas dos alimentos e suas respectivas quantidades em gramas. Outra publicação se refere as “Tabelas de Composição Nutricional dos Alimentos Consumidos no Brasil” que demonstra o quantitativo de nutrientes de uma determinada lista de alimentos.

A população brasileira atualmente apresenta considera mudança no padrão alimentar, que trás com consequência o aumento da incidência de doenças e agravos não transmissíveis, destacamos também como fator imprescindível dessa mudança a influência de fatores ambientais e midiáticos. Em contra partida os brasileiros tem buscado alternativas de melhoria da qualidade de vida.

Ao reafirmar a importância do controle desse aumento da incidência dos agravos a saúde humana, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou um documento com as Estratégias Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde³, respaldado na Portaria nº 596/GM, de 8 de abril de 2004, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004). O documento reúne e discute, principalmente, as evidências científicas relacionadas aos objetivos, metas e recomendações da Estratégia Global/OMS, bem como a sua pertinência para o Brasil. Esse documento é uma

³ Global strategy on diet, physical activity and health. Fifty-seventh world health assembly [monograph on the Internet] [WHA57.17]. Available from http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf

contribuição coletiva de especialistas nas áreas de Nutrição, Medicina e Epidemiologia. Vale ressaltar que a análise feita pelo Ministério da saúde do governo brasileiro, considerou que a Estratégia Global é um instrumento que tem como base a promoção da saúde de forma geral, quer seja para populações e/ou indivíduos.

Os índices crescentes, segundo Barreto (2005), das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), no mundo todo demonstram consideradas mudanças nos padrões de adoecimento, principalmente a partir da segunda metade do século XX. Os países em desenvolvimento respondem por cerca de 78% da carga global de DCNT. As doenças do aparelho circulatório, neoplasias e diabetes, expressam bem essas mudanças, chegando a contribuir com 85% (YUSUF, 2001; REDDY, 2002).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão entre os maiores problemas de saúde pública da atualidade. Com base nas estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2008 63% das DCNT, foram as responsáveis por óbitos de um total de 36 milhões ocorridas no mundo (WHO, 2011a). No Brasil, desde o início da década de 60, as doenças cardiovasculares (DCV) lideram o ranking das causas de mortes no país. Essa constatação não mudou na atualidade, continuando as DVC a causa básica de morte em cerca de dois terços do total de óbitos com causas conhecidas no Brasil (BARRETO, 2003). Historicamente a proporção de mortes por DCNT aumentou em mais de três vezes entre 1930 e 2006 (MALTA et al., 2006). Segundo dados estatísticos da OMS, em 2007, as DCNT foram responsáveis por 72,0% do total de mortes, com destaque para as doenças do aparelho circulatório com 31,3% dos óbitos, seguido das neoplasias com 16,3% e o diabetes (5,2%) (SCHMIDT et al., 2011).

Ainda com referencia aos números da saúde estimado pela OMS, apontam que os principais determinantes desse crescimento das DCNT estão relacionados primeiramente a pequenos fatores de risco, como tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física e as dietas desequilibradas (WHO, 2011a). Além do que o aumento na frequência e intensidade desses fatores de risco para essas doenças, segundo Reddy (1998) tem contribuído acentuadamente para essa realidade. O fator idade, também há de se considerar como contribuinte das DCNT, em virtude da mudança na pirâmide demográfica. Com número maior de pessoas alcançando as idades onde essas doenças se manifestam com maior frequência, torna-se necessária uma atenção especial aos idosos e as DCNT. E por último o aumento da longevidade, que consequentemente deixa o organismo mais exposto aos fatores de

risco e com maior probabilidade de manifestação clínica das DCV. Salientamos que a transição nutricional em curso na maioria dos países em desenvolvimento, tem uma parcela considerada de contribuição para aumento das DCNT, constatado pelo aumento expressivo da obesidade (BARRETO, 2003). Projeções da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que em 2020 essas doenças responderão por 58% da carga global de doença no mundo (WHO, 2002).

A intenção do governo em deter o avanço das DCNT no país baseia-se na implementação da Estratégia Global sugerida pela OMS. Essas estratégias anteriormente comentadas justificam sua adoção de forma integrada e sustentável através da prevenção de controle de riscos que podem ser modificáveis, diminuindo assim as DCNT. Dentre esses fatores de risco modificáveis destacamos a alimentação inadequada, a inatividade física e o tabagismo. Para esse último, a OMS aprovou e implantou a Convenção-Quadro para seu controle. Esse programa representa um importante avanço no sentido da redução da morbidade e da mortalidade associadas ao tabagismo, a médio e longo prazo, no mundo todo.

Como mencionamos anteriormente, a promoção da saúde apoia-se em expressões como qualidade de vida e alimentação saudável, atraindo a atenção de pessoas de diferentes idades, gêneros, classes econômicas e/ou graus de instrução. É por meio dessa promoção, consciente e orientada, que o indivíduo, desperta interesse em desenvolver estilos de vida saudáveis. Para que isso aconteça, é imperativo compreender o que é alimentação saudável e a educação nutricional. Mas afinal, o que é Educação Nutricional?

A educação é inerente à vida. O ser humano aprende das mais variadas formas, e esse aprendizado norteia os caminhos a serem seguidos e desenvolve aptidão, ao longo de sua existência para responder aos desafios do cotidiano. A educação acontece nesse cotidiano social e cultural. É nessa base, social e cultural que reside a educação nutricional, que objetiva ensinar, conduzir o indivíduo a escolhas coerentes de alimentação e nutrição. Porém o tempo pode ser um desagregador desse objetivo, pois não se comer melhor de um dia para outro, não existe fórmula mágica para isso. Mais uma vez alcançada é um importante aliado em prol da promoção da saúde (BOOG, 1984).

Não há uma forma única nem um único modelo de educação; a escola não é o único lugar onde acontece e talvez nem seja o melhor; o ensino escolar

não é sua única prática e o professor profissional não é seu único praticante (BRANDÃO, 1987, p. 19).

Nesse sentido, a educação passa a ser instituída como um aspecto ou bem social, independentemente de ser formal ou informal, está intrínseca ao legado cultural de cada nação. Ao trazer esses conceitos amplos e densos para o mundo contemporâneo, percebe-se a sua total importância, tanto é que tradicionalmente inúmeros segmentos estão no foco da educação como solução para os problemas sociais tais como, educação sexual, tecnológica, no trânsito, ambiental, dentre inúmeras outras, como também a educação alimentar.

Segundo Santos (2007), a conduta do ser humano é impulsionada por aspectos psicológicos/emocionais, como também pelos fisiológicos. As necessidades básicas de cada indivíduo quando atingidas, são oriundas de mecanismos complexos da fisiologia humana e dos processos psicológicos de cada ser humano.

Como o objetivo é identificar os distúrbios nutricionais, a avaliação nutricional, de acordo com Cuppari (2005), possibilita uma intervenção, com base nos resultados apresentados, adequada de forma a auxiliar na recuperação e/ou manutenção do estado de saúde do indivíduo. Dessa forma, a avaliação do estado nutricional torna-se fundamental no estabelecimento do diagnóstico nutricional, no qual a adequação da conduta terapêutica será fundamentada, para minimizar as situações de riscos nutricionais.

O perfil nutricional do país é complexo e marcado por uma expressiva diversidade de padrões econômicos, culturais e hábitos alimentares distintos além da coexistência de problemas nutricionais típicos de sociedades dispares, tanto do ponto de vista do desenvolvimento quanto da renda *per capita*, mostra a necessidade de conhecer a magnitude dos agravos nutricionais nas diferentes regiões (VIEIRA et. al., 2008).

De tudo que relatamos nesse capítulo, enfatizamos que as concepções de alimento e comida, na perspectiva das ciências humanas, extrapolam o aspecto nutricional, e ganha notoriedade na antropologia, na sociologia, na psicologia, dentre outras. Segundo Santos (2005, p.12),

O alimento constitui uma categoria histórica, pois os padrões de permanência e mudança dos hábitos e práticas alimentares têm referência na própria dinâmica social. Os alimentos não são somente alimentos.

Alimentar-se é um ato nutricional, comer é um ato social, pois constitui atitudes ligadas aos usos, costumes, protocolos, condutas e situações. Nenhum alimento que entra em nossas bocas é neutro.

A avaliação da qualidade de vida do ser humano relacionada à saúde, tem seu alicerce na multidimensionalidade que ambos os temas possuem, sendo necessário para o sucesso dessa investigação destacar os principais aspectos a serem considerados em relação às potencialidades e peculiaridades de saúde de cada indivíduo (SANTOS et. al., 2002).

2.4 O PROFESSOR UNIVERSITÁRIO E A MOTIVAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO

O professor universitário, segundo Silveira (2013), é de uma classe profissional que muitas vezes realiza funções de forma solitária, pois seu exercício em sala de aula é muito exigido em nível de conhecimento técnico, e acaba por deixar de lado as questões emocionais. No desenvolvimento da profissão do professor universitário estão agregadas as questões pessoais, os ciclos de vida, sociais, além das exigências, muitas vezes geradora do atual estado de estresse, da profissão.

Paralelo a esse crescente número de exigências, a profissão de ser professor, aumentou também o número de Instituições de Ensino Superior (IES) no país, tanto privadas quanto públicas. Conforme os números do Censo da Educação Superior de 2012, disponível no site do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), existem no país 2.416 Instituições de Ensino Superior, esse número é crescente a cada ano, com uma variação positiva de 4,4% entre os anos de 2009 a 2012. O censo demonstra ainda que apenas 10% públicas (304) e cerca de 90%(2.112) das IES são privadas. Esses dados são demonstrados detalhados na tabela 1.

O censo da educação superior apresentou dados referentes ao número de docentes no ensino superior, constatou também um aumento crescente no número de docentes em exercício no ensino superior. Porém, cabe esclarecer que a categoria “funções docentes” pertencentes ao questionário do censo, está relacionada diretamente ao número de docentes declarados pelas IES às quais estão vinculados. Todavia, é importante evidenciar que o número de funções

docentes não corresponde, necessariamente, ao número desses docentes, visto que esses profissionais podem exercer sua função em uma ou mais instituições. Portanto, existe a probabilidade de múltipla contagem de um mesmo docente.

Com base nos números publicados pelo censo 2012, constatamos 212.394 docentes em nosso país em instituição privada, conforme tabela 1 abaixo.

Tabela 1: Número de Docentes em Exercício por titulação segundo a categoria Administrativa -Brasil 2009-2012.

Ano	Titulação	Total		Privada	
		Nº	%	Nº	%
2009	Total	340.817	100,00%	217.840	100,00%
	Graduação	28.095	8,24%	14.051	6,45%
	Especialização	99.406	29,17%	82.351	37,80%
	Mestrado	123.466	36,23%	90.081	41,35%
	Doutorado	89.850	26,36%	31.357	14,39%
2010	Total	345.335	100,00%	214.546	100,00%
	Graduação	17.531	5,08%	7.055	3,29%
	Especialização	99.318	28,76%	82.019	38,23%
	Mestrado	130.291	37,73%	92.504	43,12%
	Doutorado	98.195	28,43%	32.968	15,37%
2011	Total	357.418	100,00%	217.834	100,00%
	Graduação	14.084	3,94%	4.630	2,13%
	Especialização	99.231	27,76%	81.227	37,29%
	Mestrado	137.090	38,36%	95.954	44,05%
	Doutorado	107.090	29,96%	36.023	16,54%
2012	Total	212.394	100,00%	362.732	100,00%
	Graduação	10.838	5,10%	2.172	0,60%
	Especialização	95.589	45,01%	75.751	20,88%
	Mestrado	141.218	66,49%	96.682	26,65%
	Doutorado	115.087	54,19%	37.786	10,42%

Fonte: INEP, 2012

A titulação dos docentes em exercício, apresentados acima para o período de 2009 a 2012, constatamos, pela primeira vez, há mais funções docentes com doutorado do que funções docentes na categoria especialização, que vem decaindo ao longo dos últimos quatro anos. As funções docentes com formação de doutorado cresceram mais de 28% no período analisado, e os que possuem mestrado tiveram uma variação positiva de 14,4% entre 2009 e 2012. Cumpre destacar que um dos parâmetros de cálculo do Conceito Preliminar de Curso (CPC)¹⁰ é o grau de formação dos docentes coletado no Censo da Educação Superior. A melhoria do CPC para a IES está relacionada com o aumento do nível de titulação dos

professores vinculados aos cursos, objetivando sempre a melhoria da qualidade da oferta de cada curso de graduação ou pós-graduação, e da IES.

O processo formativo docente, segundo Morosini (2006), compreende tanto o desenvolvimento pessoal quanto o profissional dos docentes e contempla de forma inter-relacionada ações com características auto, hetero e interformativas. Está claro para a autora que não se pode formar o professor desconsiderando seus conceitos pessoais, seu caminhar até o presente e esse processo é contínuo. Nesse método envolve tanto os sujeitos que se preparam para serem docentes, quanto aqueles que já estão comprometidos. Por ser um processo contínuo, demanda uma atenção maior do professor e um despertar mais que necessário em se atualizar. Nessa construção, por ser um processo de natureza social, não se pode deixar de levar em conta as atividades interpessoais dos professores.

As responsabilidades assumidas por professores inerentes à profissão, o acúmulo das atividades e a sobrecarga de trabalho, repercutem na saúde destes e podem contribuir na produção de níveis variados de estresse, entre outros problemas psicossomáticos.

“Professores universitários normalmente desempenham tarefas físicas de baixa intensidade, sendo classificados como sedentários, o que contribui para o aparecimento de um quadro de sobrepeso e obesidade. Essas condições podem funcionar como o "gatilho" inicial para outros comprometimentos como o diabetes e a hipertensão arterial”(OLIVEIRA et al., 2012, p.605).

Alem disso o stress aos quais os professores estão submetidos, diariamente, em função das pressões sociais, tem trazido inúmeras consequências em termos da saúde física e psíquica. A dificuldade em lidar adequadamente com as emoções tem gerado uma baixa resistência ao organismo aos vírus, uma maior vulnerabilidade cardíaca e em geral o dobro do risco de contrair doenças. Os estados emocionais roubam energia do sistema imunológico e se há uma repetição podem gerar doenças (GOLEMAN, 2007). Será que esses fatores irão, em decorrência da idade, interferir na capacidade de trabalho justamente no período de maior produção acadêmica e prejudicar o desempenho profissional, além da qualidade de vida?

Para Mosquera e Stobäus (2012), o processo de envelhecimento está relacionado com o que de fato o indivíduo realiza.

“envelhecer está intimamente relacionado com aquilo que o indivíduo faz e possui, por isso a saúde comportamental e o ajustamento físico dependem

de múltiplos fatores, entre os quais se encontra ter acesso e participar ativamente de bom atendimento médico e ter com amparo psicossocial” (MOSQUERA E STOBÄUS, 2012, p.17).

Para que o ser humano, principalmente o docente, esteja motivado com a sua profissão e a sua vida é necessário que tenha suas necessidades vitais supridas (comida, bebida, descanso), que tenha uma proteção na sua vida, que perante a sociedade se sinta amado, valorizado, que tenha amigos e sucesso. Ou seja, para alcançar uma boa qualidade de vida, é necessário o bom desenvolvimento em uma série de fatores relacionados ao ser humano. Muitas pessoas associam qualidade de vida com saúde, mas esta, quer dizer apenas mais uma vertente do que significa ter essa expressão tão cobiçada pela sociedade contemporânea.

A produção científica referente à atividade do docente relacionada com o sua saúde física e emocional ainda é escassa. Estudos quantitativos com grandes amostras como em Batista e Codo (1999), Moura (2000) baseados em Rocha e Sarriera, (2006) remontam ainda ao final dos anos 90 e inícios dos anos 2000. Nesses estudos, apareceu fortemente a necessidade do desenvolvimento de pesquisas que buscam compreender quais variáveis individuais e de contexto podem influenciar na prática docente.

A educação, considerada tão antiga quanto à própria humanidade, não apenas educa, ensina, mais principalmente constitui suporte de equilíbrio e sobrevivência do ser humano. Essas características, através da educação, adapta o homem ao seu meio social, institui condições benéficas para o desenvolvimento de conhecimentos, estima e costumes.

Goñi e Fernández (2009) conceitua o autoconceito como uma (auto) percepção, uma ideia mais real que individuo tem de si mesmo. Possui aspecto descritivo, ou seja, a pessoa descreve si mesma, detalhando, sobre suas qualidades emocionais, seus atributos físicos, suas características de comportamento, como um aspecto avaliativo, quer dizer, ela realiza uma (auto) avaliação sobre suas e qualidades e defeitos.

A modificação de práticas alimentares, alicerçadas na educação nutricional, necessita de uma internalização da justificativa para que ocorra de fato uma mudança em seus costumes e hábitos (GARCIA, 1999). A motivação é a mola mestra que impulsiona o individuo a atingir sua meta, nesse caso, a alimentação saudável. Segundo Buttriss (1997), quando há no mínimo uma tentativa de quer

mudar essas práticas alimentares em um grupo específico, é primordial o conhecimento sobre os fatores que motivam as pessoas ou evitam que realizem modificações em suas dietas. Para a proposição de práticas educativas adaptadas e sensíveis às necessidades dos usuários e primordial conhecer os indivíduos para os quais se destinam as ações de saúde, que incluem suas crenças, sua história de vida, seu padrão, hábitos, cultura e tabus alimentares. Assim, é preciso envolver e esclarecer os indivíduos nas ações a serem implantadas e o que se contrapõe a seu sucesso (ALVES, 2007).

Ao falarmos de motivação, nos referimos, mais uma vez, a Abraham Maslow (1943, p.5) que sugere na década de 40 a hierarquia das necessidades básicas. Para Maslow “necessidade é, em resumo, a privação de certas satisfações”. Além disso, “somos motivados pelo desejo de atingir ou manter as variadas condições sob as quais estas satisfações básicas se sustentam e por alguns desejos mais intelectuais” (SILVEIRA, 2013, p.65).

A base da pirâmide da teoria de Maslow compreende primeiramente as necessidades fisiológicas e em seguida as de segurança; o topo da pirâmide é constituído pelas necessidades de nível mais alto, representantes pelas necessidades sociais, de estima e de autorrealização. Seu funcionamento parte da premissa de necessidade satisfeita ou atingida em sua totalidade. Portanto a medida que um nível de necessidade é atendido, o próximo torna-se dominante. Robbins (2009) define cada um dos níveis de necessidade da seguinte forma:

1. Fisiológicas: sendo representado por características que incluem fome, sede, abrigo, sexo e outras necessidades corporais.
2. Segurança: nível composto por segurança e proteção contra danos físicos e emocionais.
3. Sociais: Incluem aceitação, afeição, amizade e sensação de pertencer a um grupo.
4. Status e estima: necessidade a ser atingida por meio de fatores internos de estima, respeito, realização e autonomia; e fatores externos de estima, como reconhecimento, atenção e status,.
5. Autorrealização: nível máximo da pirâmide, caracterizado pela intenção de tornar-se tudo aquilo que o indivíduo é capaz de ser; inclui crescimento, autodesenvolvimento e alcance do próprio potencial.



Figura 1: Pirâmide da Teoria das Necessidades de Maslow. Fonte: Robbins, 2009

Campos (2008, p. 86), aponta sob valores individuais:

Diversos estudos apuntam como fuente de los valores a las necesidades universales del ser humano (Rokeach, 1993, Schwartz e Bilsky, 1987). Tamayo y Schwartz (1993) señalan que esas necesidades ya existen em los individuos y que están constituidas por: 1) Organismo: necesidades biológicas de los individuos como organismo biológico; 2) interacción: relacionadas a las interacciones interpersonales; 3) Grupo: necesidades universales referentes a la supervivencia y bienestar de los grupos.

Segundo, Huertas (2001) o conceito de motivação baseia-se em um conjunto de padrões de ação que agem no indivíduo, levando em consideração sua cultura, essas ações são de caráter intrínseco e extrínseco, sendo que as de características externas (extrínsecas) colaboram para o desenvolvimento da motivação intrínseca, sendo essa internalização de natureza particular para cada ser humano (SANTOS et al, 2008).

A motivação considerada um processo contínuo, cujo alcance de uma determinada meta é despertado por um desejo internalizado. Para isso é necessário uma análise de possibilidades de atingir determinado propósito e quais as ações devem ser planejadas e realizadas para esse fim (SANTOS et al, 2008). Isto nos remete a teoria da autodeterminação, empiricamente baseada em motivação humana, desenvolvimento e bem estar.

A teoria da autodeterminação foi elaborada no ano de 1981 por Richard M. Ryan e Edward L. Deci, atuais professores do Departamento de Clínica e Ciência

Social, do Departamento de Psicologia da Universidade de Rochester, Estados Unidos, com a finalidade de responder às questões epistemológicas e éticas do paradigma *eudaimônico*⁴ (APPEL-SILVA et. al, 2010). O termo eudaimônico, tem origem grega, podendo ser definido como a "vida que vale a pena ser vivida". A felicidade eudaimônica é um bem estar constante, uma forma de encarar o mundo e seus fatos bons ou ruins carregada de otimismo e positivismo. É o antônimo de depressão e diversos estudos comprovam seu poder de melhoria nos sistemas imunológico, neuroendócrino e cardiovascular aumenta a capacidade de cura na ocorrência de doenças que considera a saúde e o bem-estar psicológicos como consequentes do compromisso com os desafios e propósitos da vida. Ela também examina as metas de vida das pessoas ou aspirações e mostra relações diferenciais intrínsecas e extrínsecas.

A autodeterminação, Segundo Wehmeyer (1992), afirma que o bem-estar psicológico pode ser alcançado a partir dessa autodeterminação. Seu conceito denota um conjunto de habilidades e comportamentos que contemple o indivíduo de ter comportamentos intencionais. Dessa maneira, essa teoria tem como objeto de estudo as condições oriundas do contexto social no qual o indivíduo esta inserido que facilitam a saúde psicológica, (RYAN; DECI, 1987).

Nesse sentido um comportamento, pode ser declarado autodeterminado, se estiver acompanhado das necessidades básicas de autonomia, pertencimento e competência. Essa competência baseia-se na realização de estratégias necessárias para alcançar os objetivos individuais, através de uma aprendizagem contínua, bem como resoluções de problemas e a tomada de decisões. As habilidades pertencentes ao indivíduo e seu interesse são a linha central do comportamento autônomo. Para o pertencimento se faz necessário relacionar o controle percebido em domínios cognitivos, com ênfase na personalidade e nos processos motivacionais. Resultando assim numa autorrealização que é a tendência de formar um curso significativo de vida com base em propósitos pessoais (WEHMEYER, 1992).

Como macro teoria da motivação humana, a teoria da autodeterminação aborda questões básicas como o desenvolvimento da personalidade, autorregulação, objetivos e aspirações, vitalidade, energia, afeto, processos

⁴ A palavra grega *Eudaimonia* tem encontrado tradução em Felicidade (Aristóteles, 1993).

inconscientes, as relações de cultura para a motivação, e do impacto do meio social sobre a motivação, principalmente sobre seu comportamento e bem-estar (DECI; RYAN, 2008). Essa teoria fundamenta-se também, que o indivíduo é capaz de modificar o meio que ele está inserido, baseado em suas condições biológicas e socioculturais, uma vez que esse ser humano tem uma visão tanto heterodeterminado como autodeterminado (DECI & RYAN, 1991; RYAN & DECI, 2000A; DECI & RYAN, 2002).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de delineamento transversal, descritiva, exploratória e correlacional, de cunho quanti-qualitativo.

O estudo transversal, segundo Rouquayrol (2003) caracteriza-se por ser de baixo custo, descritivo, apresenta simplicidade analítica; rapidez; objetividade na coleta dos dados; facilidade de obter amostra representativa da população. As pesquisas exploratórias, segundo Gil (2002), apresentam como finalidade proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais evidente ou a constituir hipóteses. Portanto, proporcionam maiores informações sobre o assunto que vai ser investigado, de acordo com Prestes (2002), facilitando assim a delimitação do tema a ser pesquisado, orientando o aprazamento dos objetivos e o levantamento das hipóteses ou descobrindo uma nova possibilidade de enfoque para o assunto. O mesmo autor afirma que, na pesquisa descritiva, se observam, analisam, classificam e interpretam os fatos, sem que o pesquisador lhes faça qualquer interferência. A descrição das características de determinada população ou fenômeno, é o objetivo primordial das pesquisas descritivas, estabelecendo assim, quando possível, relações entre variáveis. Dentre as pesquisas descritivas, evidenciam-se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo: procedência, sexo, nível de escolaridade, idade, estado de saúde física e mental, etc.

Esse estudo enquadra-se como pesquisa mista quanti-qualitativa, estabelecendo correlações entre as variáveis. Por isso, requer o uso de recursos da estatística descritiva e inferencial. Muitos fenômenos humanos são melhor observados pela interação entre as informações de cunho quantitativo e qualitativo. Uma forma complementa a outra.

Como nenhum pesquisador tem condições para produzir um conhecimento completo da realidade, diferentes abordagens de pesquisas podem projetar luz sobre diferentes questões. É o conjunto de diferentes pontos de vistas, e diferentes maneiras de coletar e analisar os dados (qualitativa e quantitativamente) que permite uma ideia mais ampla e inteligível da complexidade do problema. (GOLDENBERG, 2001, p.62).

Na natureza quantitativa os números, opiniões e informações são classificados e analisados de modo sistemático, possibilitando a generalização dos resultados.

Já nas pesquisas qualitativas, segundo Neves (1996), é frequente o pesquisador procurar entender os fenômenos, segundo as perspectivas dos participantes da situação em questão e, a partir daí situar sua interpretação dos fenômenos estudados.

Os dados qualitativos com o objetivo de compreender os sujeitos em seus próprios termos consistem em descrições detalhadas de situações. Estes dados não são padronizáveis como os dados quantitativos, obrigando o pesquisador, de acordo com Goldenberg (2001) a ter flexibilidade e criatividade no momento de coletá-los e analisá-los.

A integralização entre pesquisa qualitativa e quantitativa consiste em que o pesquisador faça um cruzamento de suas conclusões de modo a ter maior confiança que seus dados, segundo Goldenberg (2001), não são produto de alguma situação particular ou de um procedimento específico.

*Triangulação*⁵ é a combinação de metodologias diversas no estudo do mesmo fenômeno, que objetiva abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do objeto de estudo, cujos princípios sustentam-se no que é impossível conceder a existência isolada de um fenômeno social. Enquanto os métodos quantitativos pressupõem uma população de objetos de estudo comparáveis, que podem ser generalizáveis, os métodos qualitativos poderão observar, diretamente, como cada indivíduo, grupo ou instituição experimental, concretamente a realidade pesquisada

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A história da Universidade Tiradentes tem seu marco inicial com o Colégio Tiradentes, inaugurado em 1962, ofertando o Ensino Fundamental e Médio – Profissionalizante Pedagógico e Contabilidade. Em 1972, a Instituição foi autorizada pelo Ministério da Educação e do Desporto a ofertar os cursos de Graduação em Administração, Ciências Contábeis e Ciências Econômicas, sendo denominada

⁵ *Triangulação* é a utilização de múltiplos pontos de referência para localizar a posição exata de um objeto.

Faculdades Integradas Tiradentes (FIT's), mantida pela Associação Sergipana de Administração – ASA, na época entidade de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecida pela comunidade sergipana. Em 25 de agosto de 1994, as FIT's tiveram seu reconhecimento como Universidade, promulgada através da Portaria Ministerial nº 1.274, publicada no Diário Oficial da União n.º164, em 26 de agosto de 1994, denominando-se Universidade Tiradentes – Unit.

A Educação a Distância (EAD) passou a fazer parte da Universidade Tiradentes no ano de 2000, com a finalidade de proporcionar formação superior de qualidade às comunidades que dela necessitam, quebrando as barreiras de espaço e tempo. Desde, então, desenvolve ações no sentido de dispor cursos de graduação, de extensão e disciplinas nos cursos presenciais (Portaria nº 2253/MEC/2003) nessa modalidade de ensino. Com esse credenciamento e objetivando à necessidade de qualificar profissionais do interior do Estado, através de convênios com prefeituras municipais, a Unit vem implantando, desde outubro de 2004, pólos de Educação a Distância nas cidades de Aquidabã, Aracaju, Boquim, Carira, Carmópolis, Estância, Lagarto, Laranjeiras, Monte Alegre, Neópolis, Nossa Senhora das Dores, Nossa Senhora da Glória, Nossa Senhora do Socorro, Poço Verde, Porto da Folha, Propriá, São Cristóvão, São Domingos, Simão Dias, Tobias Barreto e Umbaúba.

No ano de 2004, a IES foi credenciada para ofertar o Programa Especial de Formação Pedagógica para Portadores de Diploma de Educação Superior – PROFOPE, destinado aos professores da Educação Básica, nas áreas de Letras/Português e Matemática, que quisessem obter o registro profissional equivalente à licenciatura.

Atualmente, a instituição tem 52 (cinquenta e dois) anos de existência, tendo como mantenedora a Sociedade de Educação Tiradentes S/S LTDA e disponibilizando 48 (quarenta e oito) cursos de graduação, dos quais 25 (vinte e cinco) são bacharelados, 09 (nove) licenciaturas e 10 (dez) tecnológicos, ministrados em cinco campi: Aracaju - capital (Centro e Farolândia) e interior do Estado de Sergipe, nas cidades de Estância, Itabaiana e Propriá).

Na modalidade de pós-graduação *Lato Sensu* dispõe de 25 (vinte e cinco) cursos nas mais diversas áreas de conhecimento; 05 (cinco) *Stricto Sensu* nas áreas de Engenharia de Processos, Biotecnologia Industrial, Saúde e Ambiente, Direito e Educação, 04 (quatro) doutorado em Engenharia de Processos, Saúde e Ambiente,

Educação; e em parceria com a Associação de Instituições de Ensino e Pesquisa da Região Nordeste do Brasil temos, ainda, o Doutorado em Biotecnologia Industrial.

A Universidade Tiradentes, dispõe do Centro de Saúde e Educação Ninota Garcia, localizado no bairro Industrial, abrigando os cursos de nutrição, fisioterapia, psicologia e serviço Social; do Laboratório Central de Biomedicina, do Centro de Memória Lourival Batista, do Memorial de Sergipe, da Farmácia-Escola, da Clínica de Odontologia, Centro Gastronômico e o mais recente Centro de Saúde denominado UNITMED. Toda essa infraestrutura objetiva apoiar as atividades de ensino, pesquisa e extensão na área da saúde, possibilitando aos acadêmicos os conhecimentos indispensáveis à sua formação, além de despertar e fomentar habilidades e aptidões para a produção de cultura.

Para um bom funcionamento do contexto apresentado, a Unit tem um amplo quadro de departamentos e setores, os quais objetivam facilitar a vida acadêmica dos discentes e manter os diversos projetos sociais, culturais e esportivos, contribuindo de forma significativa para o desenvolvimento social da sua região. Além de contar, aproximadamente, com 652 docentes, 700 colaboradores e 184 tutores, profissionais estes que trabalham para promover um ensino de qualidade.

3.3 AMOSTRA

A pesquisa foi realizada com uma amostra dos professores universitários da Universidade Tiradentes, lotados no campus Farolândia. Realizou-se o cálculo amostral segundo Barbetta (2010), com 5% de confiabilidade, totalizando 248 professores a serem avaliados, dentre os 652 existentes no campus. Os critérios de inclusão são todos os docentes que se dispuserem participar da pesquisa e que não estiveram afastados por licença média ou gozo de férias e assinarem o Termo do Consentimento Livre Esclarecido-TCLE (ANEXO A) e como critérios de exclusão aqueles que não se sentirem dispostos a participarem da pesquisa.

Caracterizada como uma pesquisa quanti-qualitativa pontua-se que a pesquisa quantitativa é aquela que se traduz em números as opiniões e informações para então obter a análise dos dados e, posteriormente, chegar a uma conclusão, portando, é tudo aquilo que pode ser quantificável. Já a qualitativa é aquela que não pode ser mensurável, pois a realidade e o sujeito são elementos indissociáveis. Assim sendo, quando se trata do sujeito, levam-se em consideração suas

particularidades e sua subjetividade. Tais pormenores não podem ser traduzidos em números quantificáveis. Para a pesquisa qualitativa realizamos entrevista semi-estruturada, cujos sujeitos são oriundos do substrato das amostras dos docentes que participaram da parte quantitativa desta pesquisa. Os critérios para seleção destes docentes foram as pontuações máximas e mínimas do WHOQOL-bref, sendo 05(cinco) de cada extremidade.

A seguir apresentamos as características dos 10 docentes que participaram de nossa pesquisa. A média de idade foi de 38,6 anos, com 05 anos de tempo de trabalho nessa IES, cuja carga horária, referente ao semestre 2015/1 é de 34 horas semanais. Esses docentes tem tempo médio de docência entre 06 e 10 anos. Da área de conhecimento dos docentes, destaca-se as Humanas e Sociais, com 06 participantes e o restante pertencentes à área da saúde. Quanto ao gênero, 50% para cada.

3.4 INSTRUMENTOS

Foram utilizados instrumentos de coleta de dados, que nortearam o diagnóstico nutricional e a investigação da qualidade de vida entre docentes participantes desta pesquisa:

3.4.1 Questionário sociodemográfico

O questionário objetiva caracterizar a realidade sociodemográfica dos docentes que participaram da pesquisa, verificando através de perguntas abertas e/ou fechadas que versam sobre idade, tempo de docência, carga horária, transporte, moradia, renda mensal, etc. Com essas perguntas determinamos a situação social e demográfica destes docentes (APÊNDICE A).

3.4.2 Estado Nutricional

O estado nutricional de um indivíduo é caracterizado pelo balanço entre a necessidade e a oferta de nutrientes. Para avaliação do estado nutricional, utiliza-se ferramentas técnicas apropriadas para a mensuração como, a antropometria, anamnese alimentar, história clínica, parâmetros bioquímicos e dados psicossociais.

Tendo como objetivo identificar os distúrbios nutricionais, a avaliação do estado nutricional possibilita realizar uma intervenção, de forma a auxiliar na recuperação e/ou manutenção do estado de saúde do indivíduo através da coleta de dados da composição corpórea, clínicos, dietéticos, bioquímicos como forma de identificar e tratar as alterações do estado nutricional.

Ressaltamos que esse parâmetro isolado não classifica o estado nutricional geral de um indivíduo ou de um determinado grupo ou população, sendo necessária a junção de vários indicadores para melhorar a exatidão do diagnóstico nutricional. Para essa etapa utilizamos como instrumentos/indicadores do estado nutricional dos professores, a determinação da antropometria, a aplicação do inquérito recordatório de 24h e o questionário de conhecimento nutricional.

3.4.2.1 Antropometria

As medidas antropométricas, tais como: peso, altura, circunferência da do abdômen, dobras cutânea, objetiva estudar as medidas de tamanho e proporções do corpo humano. A antropometria nutricional desta pesquisa, portanto, consiste na avaliação nutricional, verificada através do Índice de Massa Corpórea (IMC) e da circunferência abdominal, bem como a avaliação combinada desses dois parâmetros.

3.4.2.1.1 Índice de Massa Corpórea (IMC)

Para o diagnóstico nutricional dos docentes da Universidade Tiradentes utilizou-se a mensuração do peso por estatura ao quadrado para obtenção do Índice de Massa Corpórea (IMC), também denominado de índice de *Quetelec*. Esse é um método simples de peso por estatura utilizado para classificação do estado nutricional, especialmente em adultos. Para aferir o peso foi solicitado ao indivíduo posicionar-se de costas para a balança, no centro do equipamento, descalço, ereto, com braços estendidos ao longo do corpo e mantendo-se parado. Para medir a estatura, no mesmo equipamento, que o mesmo estive-se com cabeça erguida olhando um ponto fixo na altura dos olhos. Para o cálculo do IMC é necessário dividir o peso, em quilogramas (Kg), pela estatura, em metros(m), elevada ao quadrado, resultando em um valor expresso em Kg/m^2 .

A Classificação do estado nutricional, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) em adultos expressa-se por meio de faixas de variação e feitas associações com risco de co-morbidades, conforme tabela 2.

Tabela 2. Classificação do Índice de Massa Corpórea (IMC) para adulto, segundo a OMS.

Classificação	IMC(kg/m²)	Risco de Comorbidades
Baixo peso	< 18,5	Baixo
Peso normal	18,5 a 24,9	Médio
Sobrepeso	≥ 25	-
Pré-Obeso	25,0 a 29,9	Aumentado
Obeso I	30,0 a 34,9	Moderado
Obeso II	35,0 a 39,9	Grave
Obeso III	≥ 40	Muito grave

Fonte: OMS (2000).

Para os participantes com idade igual ou acima de 60 anos, utilizou-se a classificação do IMC segundo Lipschitz (1994), conforme tabela 3.

Tabela 3. Classificação do Índice de Massa Corpórea (IMC) para idosos, segundo a Lipschitz (1994).

Classificação	IMC(kg/m²)
Desnutrição	< 22
Risco Nutricional	22 – 24
Normal	24 – 27
Sobrepeso	
Homens	27 - 30
Mulheres	27 – 32
Obesidade	
Homens	> 30
Mulheres	> 32

Fonte: LIPSCHITZ (1994)

3.4.2.1.2 Circunferência Abdominal

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Obesidade da Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (2009), essa medida se

correlaciona com o IMC e parece predizer melhor o depósito de gordura visceral na região abdominal. Para aferição da circunferência abdominal utilizou-se fita métrica não extensível, com o adulto em pé, verificou-se o valor circundando o abdômen no plano horizontal dois dedos acima da cicatriz umbilical. A leitura foi realizada no momento da expiração normal. Os pontos de corte para homens e mulheres são demonstrado, segundo a ABESO na tabela 4.

Tabela 4. Circunferência Abdominal e risco de complicações metabólicas associados com a obesidade em homens e mulheres caucasianos

Risco de complicações metabólicas associadas à obesidade		
	ELEVADO	MUITO ELEVADO
HOMEM	≥ 94 cm	≥ 102 cm
MULHER	≥ 80 cm	≥ 88 cm

Fonte: Diretrizes brasileiras de obesidade (2009/2010) / ABESO

De acordo com o gênero, o ponto de corte deve ser de 102 cm para homens e 88 cm para mulheres, segundo o National Cholesterol Education Program (NCEP) - Adult Treatment Panel III (ATPIII),

A circunferência abdominal, conforme Lear (2003) enfatiza parecer, ser um bom preditor de risco para doenças metabólicas, principalmente hipertensão arterial, conforme estudos na população brasileira utilizaram-se, os mesmos pontos de corte propostos pela OMS.

3.4.2.1.3 Avaliação Combinada

A associação de medidas antropométricas como a, circunferência abdominal com o IMC pode oferecer uma forma combinada de avaliação de risco e ajudar a diminuir as limitações de cada uma das avaliações realizadas isoladamente (MOLARIUS et al, 1999), o que torna o diagnóstico nutricional mais eficiente e eficaz. A Tabela 5 proposta pela OMS resume a avaliação de risco com essas medidas associadas.

Tabela 5 - Combinação das medidas de circunferência abdominal e IMC para avaliar obesidade e risco para diabetes e doença cardiovascular.

		Circunferência Abdominal (cm)	
Riscos de complicações metabólicas	IMC(Kg/m ²)	Homem 94-102	102+
		Mulher 80 - 88	88+
Baixo peso	<18,5	-	-
Peso saudável	18,5 – 24,9	-	Aumentado
Sobrepeso	25 – 29,9	Aumentado	Alto
Obesidade	≥30	Alto	Muito Alto

Fonte: Diretrizes brasileiras de obesidade (2009/2010) / ABESO

3.4.2.2 Inquérito Recordatório de 24h

O Inquérito Recordatório de 24h (IR24h), segundo Gibson (2005), consiste em quantificar todo o consumo de alimentos do dia anterior, desde o desjejum até a ceia, ou das 24 horas precedentes à entrevista (FERRO-LUZZI, 2002). Essa ferramenta utiliza com principal recurso a memória recente dos indivíduos. É composto de respostas abertas, objetivando obter um quadro mais detalhado do consumo, tanto do ponto de vista qualitativo, quanto quantitativo, traçando assim um panorama da variedade dos alimentos ingeridos (SLATER; MARCHIONI; FISBERG, 2004; HOLANDA; FILHO, 2006; ASSIS et al., 2007; VASCONCELOS, 2007). O IR24h não é um instrumento utilizado apenas para medir a ingestão alimentar de forma individual, também pode ser aplicada de forma coletiva (THOMPSON; BYERS, 1994; HOLANDA; FILHO, 2006).

Para Thompson e Byers, (1994) quando se deseja avaliar a ingestão média de energia e nutrientes de um grande número de indivíduos, o método do IR24h é apropriado, desde que os sete dias da semana estejam representados adequadamente e a população estudada tenha uma amostra significativa.

Os autores abaixo, evidenciam algumas vantagens na utilização do IR24h, como, baixo custo, de aplicação rápida, alta aceitação, memória recente do consumo, o fato que o procedimento não provoca alterações nos hábitos alimentares e não exige habilidades especiais do entrevistado (THOMPSON; BYERS, 1994; VILLAR, 2001; ANJOS; SOUZA; ROSSATO, 2009). As desvantagens estão relacionadas, principalmente, a memória do entrevistado e a sua cooperação, bem como a capacidade do entrevistador em estabelecer um diálogo com o entrevistado e a dificuldade em estimar as quantidades consumidas (VILLAR, 2001). Outro enfoque dado a desvantagem na aplicação do método, elencado pelos autores, diz

respeito a idade, sexo e nível de escolaridade que podem influenciar a habilidade do entrevistado em informar corretamente seu consumo alimentar (MAJEM; BARBA, 1995). Outro aspecto importante que merece destaque, diz respeito a quantos recordatórios seriam suficientes para se traçar de fato um perfil alimentar do indivíduo e/ou população. A faixa de variedade das pesquisas, em dias necessários para descrever a dieta habitual, pode variar de 2 até 28 dias. Os autores evidenciam que um único recordatório não reflete a ingestão habitual do indivíduo, devido à variação intrapessoal (PEREIRA; SICHIERI, 2007). Para, de fato, cobrir a quantidade e a variabilidade de alimentos consumidos por um grupo de indivíduos, alguns autores definem que três dias de levantamento é um número razoável (PERSSON & CARLGREN, 1984; BASIOTIS et al., 1987; BINGHAM, 1987). No entanto, apesar de ainda não haver consenso entre os autores do número de dias ideal para o IR24, todos concordam que a variabilidade pessoal deve ser excluída através de ajustes estatísticos, quando se utilizam poucos dias na aplicação do IR24h (WILLETT; LENART, 1998).

Neste trabalho foram coletados dois IR24h, com intervalo mínimo de duas semanas, sendo um relativo à ingestão de um dia de final de semana e outro de um dia de segunda a sexta-feira, a fim de obter um consumo médio consideradas as variações entre os dias da semana (DODD, 2003).

As informações foram obtidas, de forma verbal, pelos discentes do curso de Nutrição que participaram do treinamento específico para essa pesquisa, sobre o consumo de todo o alimento e bebida ingeridos no dia anterior à entrevista, desde o jejum até a ceia, com detalhamento sobre as características dos alimentos e das preparações e o tamanho das porções, quando necessário, foram utilizadas fotos do álbum de registro fotográfico de porções alimentares de Lopez e Botelho (2010). As medidas caseiras foram transformadas em porções, quantidades de grama(g) ou volume em mililitros (mL), para posterior análise de energia e nutrientes. Foram analisados: energia, carboidratos (HC), proteínas (PTN), lipídeos (LIP), vitamina A (VitA), vitamina E (VitE), vitamina C (VitC), Cálcio (Ca), Zinco(Zn), Ferro(Fe), e, fibras. Os critérios para a seleção destes nutrientes foi a relação desses nutrientes com a vida adulta, pois sabemos que, quando se atinge a idade adulta, o corpo não sofre mais alterações rápidas como na infância e na adolescência. A necessidade de energia é menor, mas uma alimentação saudável ainda é essencial para manter a saúde e evitar o desenvolvimento de doenças.

Os carboidratos são a principal fonte de energia da dieta do homem, além disso, exercem outras funções importantes, como reserva de glicogênio no fígado e nos músculos, ação poupadora de proteínas, composição de compostos estruturais, efeito anticetogênico, fonte emergencial de energia contrátil cardíaca e suprimento de glicose para o cérebro (INSTITUTE OF MEDICINE, 2002). Eles estão disponíveis nas plantas como grãos, vegetais e frutas, são de fácil armazenamento e de custo relativamente baixo, por essa razão, estão presentes na dieta em todo o mundo. Existem dois tipos básicos de carboidratos, o simples, que fornece energia rápida, e o complexo, que fornece energia de forma mais lenta e, por isso, evita grandes alterações no nível de glicose sanguínea (FIDELIS, 2007).

As proteínas são moléculas orgânicas formadas por ligações peptídicas entre dois aminoácidos, sua principal função é a constituição estrutural das células corporais e a manutenção dos tecidos. Representam a segunda maior reserva energética do organismo, e apresenta funções em vias metabólicas, tais como, atua na formação de hormônios, de membranas receptoras e anticorpos protéicos, como precursoras de neurotransmissores e vitaminas, na função enzimática, participa da manutenção do equilíbrio hídrico e como carreadoras de nutrientes na corrente sanguínea (INSTITUTE OF MEDICINE, 2002; MATTHEWS, 2009).

As gorduras ou lipídios são biomoléculas orgânicas formadas, conforme estrutura química, principalmente, de carbono, hidrogênio e oxigênio. Dentre as funções desenvolvidas pelos lipídios no organismo estão o fornecimento de energia, controle da temperatura corporal, componentes importantes das biomembranas, substratos para a síntese de mediadores celulares como as prostaglandinas, leucotrienos e tromboxanos, favorece através de sua solubilidade a absorção das vitaminas lipossolúveis A, D, E e K, substratos para a síntese dos hormônios, participação do transporte das gorduras no sangue através das lipoproteínas (OYAMA et al., 2001; INSTITUTE OF MEDICINE, 2002).

A análise da composição nutricional das dietas encontradas nos recordatórios de 24h referente a composição química dos alimentos de cada indivíduo, foi calculada utilizando-se o NutWin® (UNIVESP, 2005). Quando o programa não dispunha de algum alimento, utilizou-se a Tabela Brasileira de Composição de Alimentos – TACO, versão 4 (UNICAMP, 2011). Utilizou-se também, quando necessário, as informações presentes nos rótulos dos alimentos industrializados,

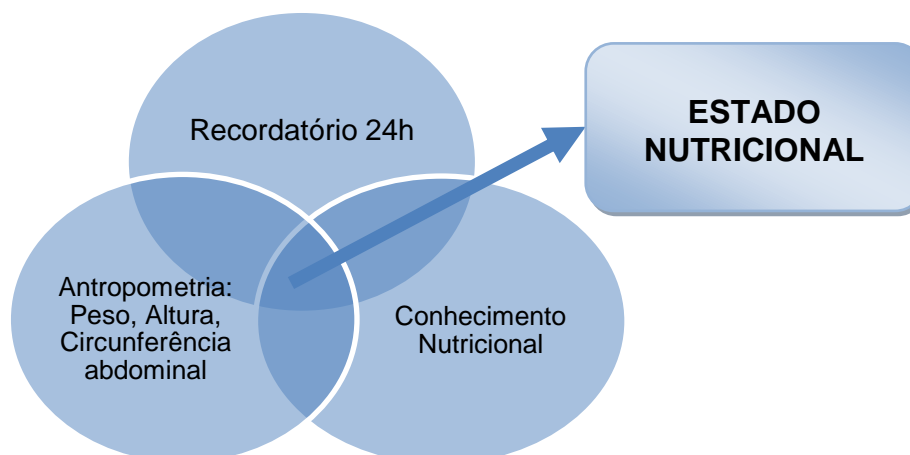
quando essas informações não estavam presentes na tabela de composição de alimentos.

Para avaliar a ingestão de nutrientes foram utilizadas as recomendações do *Institute of Medicine* (IOM), com base na Ingestão dietética de Referência, DRIs (*Dietary Reference Intake* -) (IOM, 2002), (ANEXO B), para estimar a prevalência de inadequação da ingestão de nutrientes, utilizou-se o método de Necessidade Média Estimada EAR (*Estimated Average Requirement*) com ponto de corte, segundo a prerrogativa de que 20% da amostra possua dois R24h e que o nutriente apresente distribuição normal através do teste de Kolmogorov Smirnov (VASCONCELOS et al., 2011). Os macronutrientes foram avaliados através do Intervalo de Distribuição Aceitável de Macronutrientes, AMDR (*Acceptable Macronutrient Distribution Range*). Potássio, sódio e fibras através da AI (*Adequate Intake*) Ingestão Adequada, e quanto ao cálcio utilizamos a Ingestão Dietética Recomendada (RDA), pois o IOM desde 2010 recomendou novos valores de referência para o cálcio. Para a energia todos os dados de consumo alimentar dos pesquisados foram corrigidos pela variabilidade intrapessoal. Os dados estatístico utilizado foi o SPSS versão 14.0, considerando em todos os testes estatísticos um nível de significância de 5%

3.4.2.3 Questionário de conhecimento nutricional

A escala de conhecimento nutricional (ANEXO C) utilizada nessa pesquisa foi desenvolvida por Harnack et al. (1997), adaptada e validada para o Brasil por Scagliusi et al. (2006). O instrumento compreende três partes. A primeira composta de quatro questões versa sobre a relação entre dieta e doenças, sendo que duas tem relação direta com alimentação e câncer; a segunda parte contém sete questões sobre o conteúdo de fibras e lipídeos nos alimentos; e a terceira consiste em uma questão sobre a quantidade de porções de frutas e hortaliças que um indivíduo deve consumir. Ao final, a cada resposta correta é atribuído um ponto. Com base nessas pontuações totais, classificamos os pesquisados com baixo conhecimento nutricional, quando suas respostas estão entre zero e seis; moderado conhecimento nutricional entre sete e dez e alto conhecimento nutricional acima de dez pontos (SCAGLIUSI et al., 2006).

Figura 2. Ensaio Interdisciplinar de avaliação do estado nutricional dos docentes



Fonte: O autor (2015)

3.4.3 Questionário de Qualidade de Vida WHOQOL-Bref – World Health Organization of Life Group (OMS, 1998; FLECK, 1999)

Investigar a qualidade de vida, não é tarefa fácil, pois requer a necessidade de observação de diversos fatores que estão direta ou indiretamente associados ao bem estar do indivíduo e/ou de uma determinada população, como também à saúde e às relações sociais. Segundo a Organização Mundial da Saúde, uma dos instrumentos utilizados para mensura a qualidade de vida é o questionário, o WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life Questionare). Derivam desse dele o, WHOQOL-OLD, WHOQOL-Bref e WHOQOL-HIV/AIDS. O WHOQOL-Bref é um instrumento abreviado, no qual consta de 26 questões sendo 02 gerais de qualidade de vida e saúde e, as demais representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original. (ANEXO D)

O WHOQOL-Bref possui 04 domínios:

O domínio físico evidenciam questões referentes à energia e fadiga, sono, repouso dor, desconforto, mobilidade, capacidade de trabalho, atividade de vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamento.

O segundo domínio refere-se as questões psicológicas como, sentimentos positivos e negativos, o pensar, aprender, a memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, religião e espiritualidade, e crenças pessoais.

O domínio de relações sociais é representado por questões sobre relações pessoais do avaliado, suporte social, apoio e atividade sexual.

O quarto e último domínio refere-se ao meio ambiente que o avaliado pertence e contempla questões que versam sobre os cuidados de sua saúde, ambiente no lar, segurança física e proteção, recursos financeiros, disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir informações e habilidades, e transporte.

Para a pontuação do WHOQOL-Bref a transcrição textual da sintaxe do se apresenta da seguinte forma:

- a) Averiguar se todas as 26 questões foram preenchidas com valores entre 1 e 5;
- b) Deve-se Inverter todas as questões cuja escala de respostas solicita que seja invertida;
- c) calcular os escores dos domínios através da soma dos escores da média da “n” questões que compõem cada um dos quatro domínios. Nos domínios compostos por até sete questões, este será calculado somente se o número de facetas não calculadas não for igual ou superior a dois. Nos domínios compostos por mais de sete questões, este será calculados somente se o número de facetas não calculadas não for igual ou superior a três. Ao final, o resultado deve ser multiplicado por quatro, número corresponde aos domínios, sendo representado em uma escala de 4 a 20;
- d) Converter os escores dos domínios para uma escala de 0 a 100;
- e) Serão excluídos da amostra, segundo Pedroso (2010), os participantes que deixaram de preencher ou preencheram incorretamente mais do que seis questões (80% do total de questões do instrumento).

Tendo por base os quatro domínios supracitados, as questões que compõem o WHOQOL-Bref, estão demonstrada no quadro 1. As questões cuja escala de respostas é invertida estão grafadas em itálico.

Quadro 1. Domínios e Questões do WHOQOL-Bref

Domínios	Questões
Domínio I - Físico	<i>Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?</i>
	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?
	Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?
	Quão bem você é capaz de se locomover?
	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?
	<i>O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?</i>
	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?
Domínio II - Psicológico	O quanto você aproveita a vida?
	O quanto você consegue se concentrar?
	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?

Domínios	Questões
	Você é capaz de aceitar sua aparência física?
	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?
	Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?
Domínio III – Relações Sociais	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?
	Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?
	Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?
	Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?
	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?
	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?
	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?
	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?
	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?
	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?
	Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?
Qualidade de vida global e percepção geral da saúde	Como você avaliaria sua qualidade de vida?
	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?

Fonte: Adaptado do Grupo WHOQOL(1998)

3.4.4 Entrevista Individual

Foram realizadas 10 (dez) entrevistas semi-estruturadas com o substrato das amostras que apresentaram índices extremos (maiores e menores) na qualidade de vida de acordo com o WHOQOL-Bref para a parte qualitativa do estudo. O roteiro da entrevista seguiu algumas questões norteadoras, tais como, qualidade de vida, autocuidado, motivação, alimentação, percepção da saúde; satisfação com seu estilo de vida atual (APÊNDICE B). Optamos pela entrevista semi-estruturada, pois o pesquisador irá direcionar as perguntas, fazendo com que as respostas se limitem apenas as questões elaboradas para a entrevista. As entrevistas foram realizadas no ambiente de trabalho, gravadas, transcritas e posteriormente solicitada ao entrevistado que assinasse a transcrição.

Optamos por analisar essas entrevistas conforme as orientações da “Análise Textual Discursiva” (MORAES, GALIAZZI, 2007), que são condizentes com os referenciais que embasam nossa proposta, pois, conforme Torres,

Os procedimentos da Análise Textual Discursiva, associados às etapas da Investigação Temática, favoreceram a sistematização do processo de interpretação do conhecimento dos sujeitos envolvidos nessa investigação. Além de relacionarmos as etapas *levantamento preliminar da realidade e unitarização, escolha das situações significativas/diálogos descodificadores e categorização, redução temática/sala de aula e comunicação*, entendemos que a Análise Textual Discursiva pode estar presente em cada uma das etapas da Investigação Temática. (TORRES et al., 2008, p. 43).

3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA

Essa pesquisa foi realizada nas dependências da Universidade Tiradentes, campus Farolândia localizada no município de Aracaju SE, conforme ciência, e aprovação da Diretoria de Graduação (ANEXO E). A coleta de dados realizou-se durante a Jornada de Mobilização Pedagógica, evento organizado semestralmente pela DG que tem como objetivo atualizar todos os docentes da Universidade nos mais variados temas da pedagogia, através de palestras, oficinas, mini cursos.

Essa atividade aconteceu nos semestres 2014/1 e 2014/2. Foi montada uma oficina intitulada “Na medida Certa”, onde o docente foi avaliado individualmente por um grupo de discentes do curso de Nutrição, que tenham concluído a disciplina de Avaliação Nutricional – pré-requisito necessário para a coleta de dados antropométricos e tenham participado do treinamento realizado pela coordenação de curso de Nutrição com frequência de 100% para a aplicação do questionário de inquérito recordatório 24h, em janeiro de 2014. Inicialmente o aspecto nutricional foi identificado conforme variáveis antropométricas, peso, altura, índice de massa corporal (IMC), circunferência abdominal, as quais se referem às medidas das dimensões corporais que determinam os depósitos de tecido adiposo e massa magra. Foi aferido peso, altura, circunferência abdominal. Para medir o peso, utilizamos uma balança digital, o participante posicionar-se sobre a mesma, mostrando a marcação zero. Foi solicitado anteriormente, que o docente estivesse com roupas leves e que retirasse o calçado. Posteriormente, solicitamos que se dirigisse ao centro do equipamento e se posicionasse de forma ereta braços relaxados no decorrer do corpo com os pés juntos, mantendo-se imóvel até que seja exposto o valor de peso no visor da balança. Para aferição da altura, foi utilizado o estadiometro da balança. O docente ainda descalço, sem qualquer tipo de adorno utilizado na região da cabeça, também ereto, teve os calcanhares, glúteos e dorso da cabeça contra a fita métrica e braços para baixo, relaxados, olhando para o

horizonte. Foi então, verificado o ponto mais alto de sua cabeça e anotado o valor verificado correspondente à sua estatura.

A circunferência abdominal foi medida por baixo das roupas, com o indivíduo em pé, com os pés juntos, braços estendidos lateralmente e abdome relaxado, verificando o valor circundando o abdômen no plano horizontal dois dedos acima da cicatriz umbilical. Os resultados encontrados, a partir dessa aferição, foram comparados segundo os valores da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000), já citados nas tabelas

Em seguida foram aplicados individualmente os questionários sociodemográfico, de conhecimento nutricional, o WHOQOL-Bref.

Os resultados quantitativos acima, após mensuração nortearam a pesquisa qualitativa. Os sujeitos do estudo qualitativo foram professores que obtiveram pontuações extremas (máximo e mínimo) no WHOQOL-Bref com base nos substratos da amostra total da pesquisa (n= 248). Desse modo foram incluídos 5 sujeitos de cada índice extremo.

Essas entrevistas, num total de dez, emergiram da pontuação máxima e mínima do questionário de qualidade de vida WHOQOL-Bref, aplicado anteriormente aos docentes participantes da pesquisa. Os professores selecionados foram contatados via email e, após o aceite de participação assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. As entrevistas foram gravadas, em gravador portátil, nas dependências da universidade Tiradentes e posteriormente submetidas a transcrição⁶. Após as transcrições o material foi encaminhado aos docentes entrevistados, para que os mesmos após a leitura validassem o material através de sua assinatura. Decorrido essa etapa, passamos para o processo de interpretação da análise textual discursiva.

3.6 PROCEDIMENTO ÉTICO

A pesquisa foi aprovada pela Comissão Científica da Faculdade de Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). sob o protocolo nº84/201 (ANEXO F). Também foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Tiradentes sob protocolo nº:

⁶ Transcrição corresponde ao registro do que é falado pelo o que é escrito. Segundo Meihy (2005, p.197), no texto escrito “são colocadas as palavras ditas em estado bruto”.

26691914.6.0000.5371(ANEXO G). Deste modo a pesquisa segue as normas do Conselho Nacional de Saúde, cujas Diretrizes e Normas Regulamentares estão respaldadas na Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, estabelecidas nas Resoluções: de nº. 196, de 10 de outubro de 1996 e também de nº. 251, de 07 de agosto de 1997.

3.7 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

De acordo com Gil (2002), processo de análise dos dados de determinada pesquisa envolve diversos procedimentos, no entanto, segundo o autor, necessária atenção deve ser dada a codificação das respostas, a tabulação dos dados e os cálculos estatísticos. Bem como, é preciso também estabelecer a ligação entre os resultados obtidos na pesquisa com outros resultados publicados, quer sejam derivados apenas de teorias, ou principalmente de estudos práticos que se assemelham aos seus.

Para análise quantitativa foi utilizado o apoio da informática e de *softwares* apropriados para análise de dados, utilizou-se assim, o SAS (Statistics for Social Sciences) com programas padrões de análise estatística e, o SPSS (Statistical Package for Social Science).

A análise dos resultados qualitativos dessa pesquisa apropriou-se da Análise Textual Discursiva (MORAES, GALIAZZI, 2007), por entender e concordar que os aspectos essenciais desse tipo de pesquisa, estão, segundo Flick(2009) nas ideias centrais dos entrevistados e são elas que norteiam a pesquisa qualitativa, diferindo da quantitativa norteada por valores, números. Sendo imperativo para o sucesso da pesquisa a escolha adequada de métodos e embasamentos teóricos convenientes; o reconhecimento e a análise de diferentes perspectivas; as reflexões dos pesquisadores a respeito de seus dados e propriamente suas pesquisas. Tudo isso como parte do processo de produção de conhecimento..

A análise textual discursiva apresenta três componentes que levam o pesquisador a compreender que essa análise é um processo de construção, em que a todo momento, novos entendimentos surgem ou emergem da sequência recursiva desses componentes, a desconstrução do *corpus*, a unitarização e a categorização (MORAES, 2003).

Primeiramente, Moraes (2003) orienta a desmontagem dos textos denominado de *corpus* ou também chamado de unitarização com a finalidade de atingir unidades constituintes. Nessa análise textual o *corpus*, que é conceituado como conjunto de documentos, produções linguísticas oriundas de um determinado fenômeno e originadas em um determinado tempo. Isso origina no pesquisador uma multiplicidade de sentidos que a partir deles podem ser construídos (MORAES, 2003).

O passo seguinte realizado foi o processo chamado de categorização, que baseia-se na combinação e classificação das ideias, formando as categorias. O objetivo da categorização reside no estabelecimento das relações entre as unidades de base. Essas categorias emergidas possibilita uma nova interpretação renovada do todo, resultando no metatexto, oriundo dos elementos construídos ao longo dessas etapas.

Nesse processo de análise qualitativa ressaltamos a importância dos significados baseados e construídos a partir da visão do pesquisador e do material analisado por ele, sendo o objetivo dessa análise o despertar da comunicação desses novos sentidos e significados (MORAES, 2003).

O parágrafo acima reformula nossa intenção quanto a essa etapa da tese, para isso os argumentos foram organizados em torno dos quatro focos sugerido pelo autor:

- 1- A Desmontagem dos textos: cuja finalidade principal é examinar os textos em detalhes, fraqueando-os com o intuito de atingir unidades constituintes, de acordo com fenômenos estudados. Também conhecido como unitarização.
- 2- Categorização: nessa etapa reforça o estabelecimento de relações, cujo Objetivo é o de formar as unidades de base, classificando-as e reunindo elementos unitários na formação de conjuntos associando insumos próximos, originando assim as categorias.
- 3- Metatexto: Essa etapa é resultante do processo das duas etapas anteriores, cujo foco principal reside na emergência de uma compreensão renovada do todo. Caracterizado por uma intensa impregnação nos materiais da análise. O metatexto alicerçado numa nova compreensão, como também sua crítica e posterior validação, representa o derradeiro elemento do ciclo proposto da análise. Portanto ele objetiva explicar a compreensão que se apresenta como

produto de uma nova combinação dos elementos construídos ao longo dos ciclos anteriores (MORAES; GALIAZZI, 2007).

Processo auto organizado: são as novas compreensões que emergem do ciclo realizado das análises da pesquisa. Apesar desses de elementos apresentarem um caráter racional e de certo modo planejados, em seu todo, podem ser compreendido como um processo auto organizado.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS

4.1.1 Análise estatística

As variáveis numéricas foram testadas quanto à normalidade por meio do teste de Shapiro-Wilk e apresentados em mediana e seus quartis (1° e 3° quartil). Por meio da frequência absoluta e relativa apresentamos as variáveis categóricas. As associações entre as categorias do IMC e CC com os gêneros, foi realizada pelo teste do *qui-quadrado* (χ^2) cuja significância estatística foi estipulada em 5% ($p \leq 0,05$). Foram realizados os cálculos dos coeficientes de correlação de Pearson entre a idade, o IMC e a CA, e entre o domínio meio ambiente, a idade e o tempo de instituição e o teste de razão de chance (Odds Ratio) Utilizamos para tabulação e análise dos dados o programa *Statistical Package for Social Sciences*, versão 15.0 (SPSS®).

4.1.2 Caracterização da Realidade Sociodemográfica

As informações analisadas do questionário sociodemográfico nos permitiu traçar um perfil dos docentes participantes dessa pesquisa. Quanto ao gênero, dos 248 sujeitos, 95 (38,3%) eram do gênero masculino e 153 (61,7%) feminino.

Em recente pesquisa realizada no sul do país, por Oliveira Filho et. al., (2012) com 293 docentes de uma IES, ratifica nossos dados de que as mulheres são sempre presentes nessas pesquisas 57,7% contra 42,3% do sexo masculino, cuja a idade média desses professores foi de 48,6 anos.

A participação das mulheres em pesquisas científicas merece destaque, pois dos últimos trabalhos científicos, lidos por esse autor, cujo tamanho amostral foi superior a 100, realizados com professores, todos tiveram maior participação feminina (KOETZ; REMPEL; PERICO, 2013, DAMASIO; MELO; SILVA, 2013, PEREIRA; TEIXEIRA; LOPES, 2013, OLIVEIRA FILHO; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2012, SOUZA; COSTA, 2011). O quadro 2 detalha a participação das mulheres nas pesquisas nos últimos 03 anos.

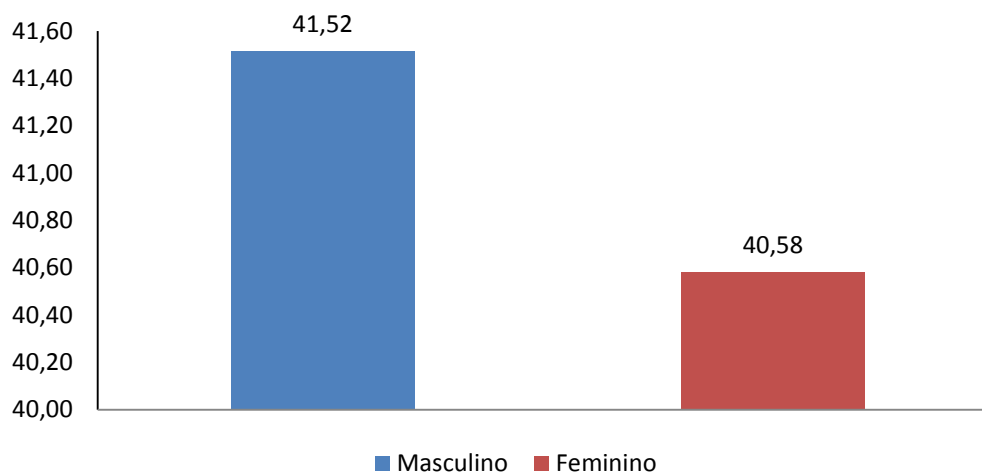
Quadro 2. Participação das mulheres nas pesquisas nos últimos 03 anos, tendo como referência uma amostra superior a 100 docentes.

Autor/Ano	Tamanho/Amostral	%
KOETZ; REMPEL; PERICO, 2013.	203 docentes	67% mulheres
DAMASIO; MELO; SILVA, 2013.	517 docentes	63,3% mulheres
PEREIRA; TEIXEIRA; LOPES, 2013.	349 docentes	83,4% mulheres
OLIVEIRA FILHO; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2012.	293 docentes	57,7% mulheres
SOUZA; COSTA, 2011.	200 docentes	51,8% mulheres

Fonte: O autor (2015).

O gráfico 1 apresenta a média de faixa etária dos docentes que participaram da pesquisa. No gênero masculino encontramos uma média de 41,52%, tendo como idade mínima 23 anos e a máxima de 69 anos, já o sexo feminino, 40,53 foi a média encontrada e a escala de mínima e máxima idade de 25 a 66 anos, respectivamente.

Gráfico 1. Média de faixa etária dos docentes. Aracaju-SE. 2015.



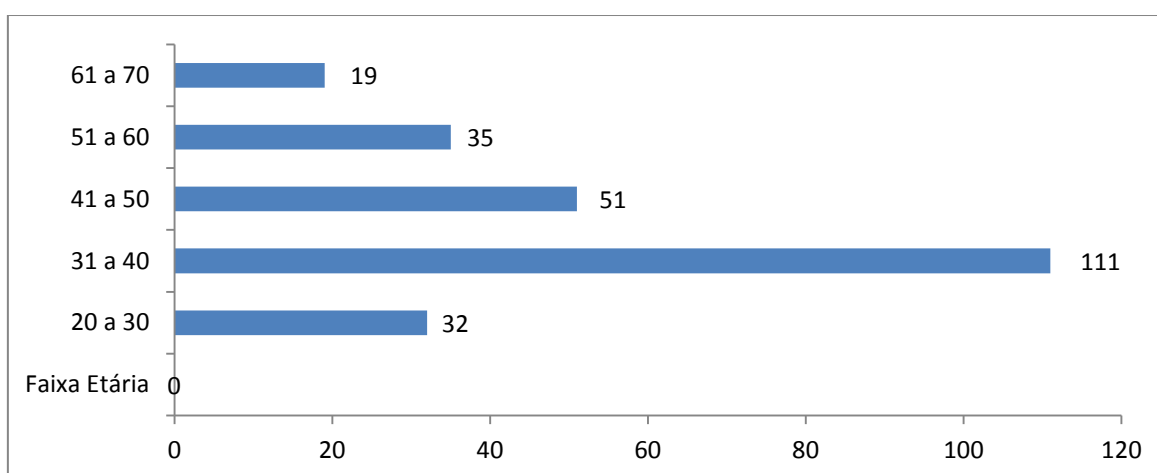
Fonte: O autor (2015).

Os dados do gráfico 2 nos dão conta que a maioria dos docentes encontram-se no que, segundo Papalia e Olds (2000, p.27) consideram jovem adulto (20 a 40 anos). Encontramos nessa faixa etária o maior número de professores em sala de aula, 143 (57,6%). Os autores apresentam como principais características do desenvolvimento para essa faixa etária, de acordo com os oitos períodos do ciclo de vida: a saúde física atinge seu máximo, maior complexidade das habilidades

cognitivas, tomada de decisões sobre relacionamentos íntimos (casamento, filhos) e a maioria das escolhas profissionais são realizadas nesse período (SILVEIRA, 2013). Segundo dados do IBGE, a expectativa de vida da população brasileira é de 73 anos. Esse aumento da expectativa de vida gera incertezas e novas exigências, fazendo com que o adolescente e o jovem adulto estendam suas idades de referência. A maturidade que, de acordo com Schaie e Willis (2003, p.54) começa entre 35 e 40 anos e termina por volta dos 60. A idade madura sugere períodos de crise, principalmente nas mudanças que ocorrem intrinsecamente no indivíduo. Quanto às transições, são momentos em que cada acontecimento ocorre conforme calendário construído por esses indivíduos, no qual cada acontecimento de vida tenha seu lugar ou momento.

Silveira (2013) em pesquisa realizada com docentes do ensino superior gaúcho constatou que independente da faixa etária, todos os pesquisados tem na qualidade de vida sua grande motivação. O estudo da qualidade de vida em indivíduos com mais de 60 anos exige que seja levando em consideração a contemplação da experiência do envelhecer desses indivíduos visando a uma qualidade cotidiana.

Gráfico 2. Número de docentes por faixa etária. Aracaju-SE. 2015

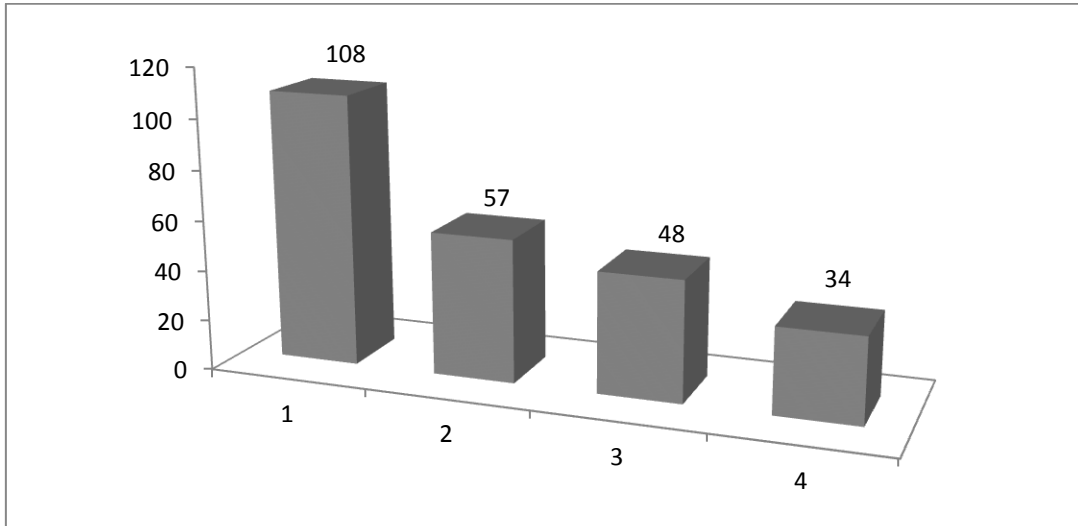


Fonte: O autor (2015).

Quando questionado sobre seu atual estado civil, encontramos 131 (53%) dos docentes em união estável ou casado; 71 (31%) solteiro; 34 (14%) separado e apenas 5 docentes afirmaram estar viúvo(2%). 56% desses professores informaram não possuir filhos e 44% sim, com média de 67% entre 01 e 02 filhos e o restante

33% de 3 a 4 filhos. O gráfico 3 detalha o quantitativo de filhos relatado pelos docentes.

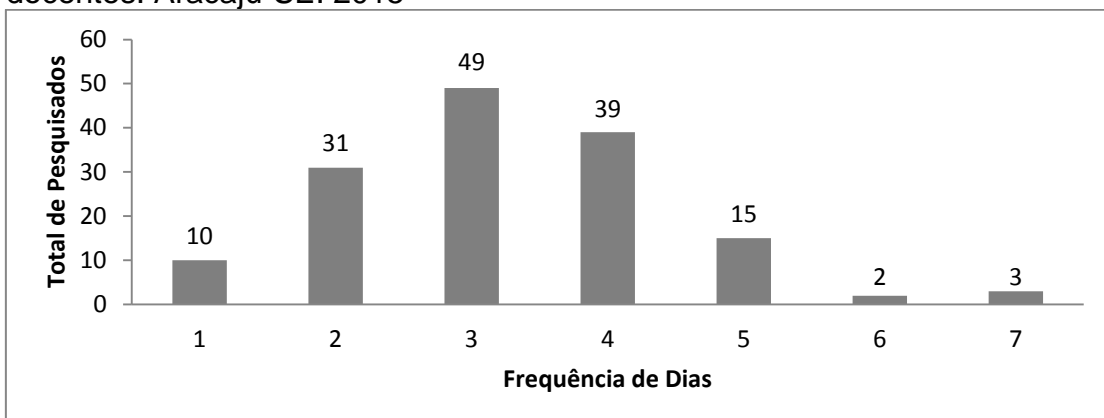
Gráfico 3. Número de filhos dos docentes pesquisados. Aracaju-SE . 2015



Fonte: O autor (2015).

Ainda quanto às questões pessoais, constatamos que 97% desses docentes utilizam carro próprio com meio de transporte para o trabalho. Quanto à moradia, afirmamos, segundo respostas dos professores ao questionário sociodemográfico, que 59% residem em apartamentos e 41% em casas. Dessas moradias, 77% são próprias. Quando indagado ao docente se realizava alguma atividade física, apenas 40%(n=99) respondeu que sim, e o fazia de 2 a 4 vezes por semana, sendo 3 vezes a frequência mais elevada (20%) como demonstrado no gráfico 4.

Gráfico 4. Frequência de dias na semana de prática de atividade física dos docentes. Aracaju-SE. 2015



Fonte: O Autor (2015).

Segundo o Ministério da Saúde, especificamente o Vigitel (2014), o brasileiro está realizando mais atividades/exercícios físicos de forma progressiva. Os dados revelam um aumento de 18% na última década, sendo Florianópolis a capital com moradores que mais praticam atividade física (47%). No estudo de Petroski (2005) realizado com 366 professores da Universidade Federal de Santa Catarina, constatou-se que apenas 8,2% dos docentes foram classificados como sedentários. Em contra partida, o estudo de Oliveira Filho et. al. (2010) com docentes de uma IES do sul do país constatou uma ocorrência três vezes maior de professores sedentários (28,3%) de uma amostra de 293 docentes.

A cidade de Aracaju possui apenas 37% de sua população ativa, segundo pesquisa Vigitel (2014). É meta do Ministério da saúde reduzir para 10% a população insuficientemente ativo até 2025. No entanto em nossa pesquisa, menos da metade dos docentes praticam algum tipo de atividade física ou esporte, o que pode se, junto com uma alimentação desequilibrada, ser um risco à saúde. A OMS (WHO, 2003) declarou que a prática de atividade física e/ou esporte são essenciais para o ser humano contribuindo para sua saúde e bem estar e, aliados a boa alimentação, constituem um dos mais importantes determinantes do estilo de vida saudável. A prática regular de atividade física, recomenda-se, segundo a OMS, 150 minutos semanais para atividade física no tempo livre., é fator de proteção para doenças crônicas como obesidade, hipertensão, diabetes e câncer.

Atividade física significa exatamente o que o nome implica: “estar fisicamente ativo até o ponto de haver aumento significativo no dispêndio de energia na vida diária, ou por ocasião do lazer” (FOSS; KETEYIAN, 2000, p. 341). Não importa os movimentos, esportes, danças, jogos, lutas, exercícios físicos, e até atividades laborais e deslocamentos. Esse movimentos diário ou corriqueiro tem como resultado o despertar da força, melhora resistência cardiorrespiratória e flexibilidade, proporcionando a capacidade de realizar trabalhos musculares de forma satisfatória, esses são elementos que compõem a aptidão física.

A renda mensal também foi aferida em nossa pesquisa e, comprovou que 73% dos docentes ganham entre 5 a 6 salários mínimos⁷ mensais, e o restante em faixas salariais inferiores. Constatamos também que 51% desses docentes complementam sua renda em outra atividade fora da docência. Enfermeiros,

⁷ Valor de referencia R\$ 724,00 de acordo com decreto 8.166 de 23 de dezembro de 2013, conforme Diário Oficial da União. Ano CL n 249 (BRASIL, 2013, p.1)

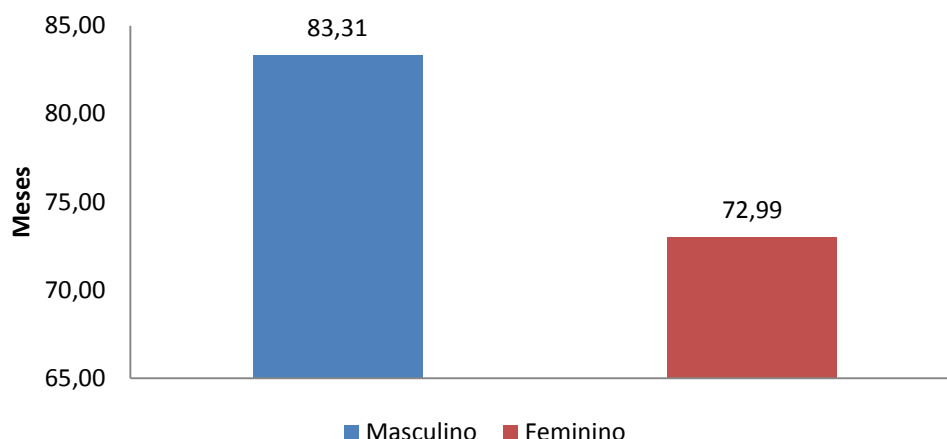
médicos, funcionários públicos, fisioterapeutas, biomédicos, são algumas das profissões citadas pelos docentes no questionário sociodemográfico das profissões exercidas além da docência.

As considerações a seguir, alusivas às questões profissionais, demonstram os valores referentes ao tempo médio na docência, o tempo de instituição, a carga horária semanal dos docentes na IES, o quantitativo médio de disciplinas lecionadas no semestre questionado e a área de conhecimento. O tempo que os sujeitos da pesquisa exercem a docência, sendo esse, o tempo que o profissional passou a exercer atividades em sala de aula, constata um profissional experiente em termos de anos, em atividade de sala de aula, até 5 anos (86 professores) e entre 6 a 10 anos (72 professores), de 11 a 15 anos (45 professores), 16 a 20 anos (33 docentes) e com mais de 21 anos de profissão, 12 professores. Esses dados são corroborados com a faixa etária docente, pois constatamos anteriormente que o ingresso desses sujeitos na vida profissional logo após a formação universitária, é precoce, do ponto de vista da idade.

Nossa experiência mostra que a prática profissional exercida pelos bacharéis⁸ (LDB n. 9.394/96) em suas respectivas área de atuação, deram a esses profissionais maiores chances de eficácia na aprendizagem em sala de aula. Conseguindo inclusive conciliar as duas profissões (enfermeiros, médicos, nutricionistas, arquitetos) com complementação de renda mensal. Essa característica está relacionada à área da saúde em sua maioria, seguida das exatas.

O gráfico 5 demonstra o tempo que os pesquisados trabalham na IES. Constatamos também, ser semelhante em termos de anos o tempo que ele trabalha na IES (média de 06 anos) e o tempo em que ele exerce atividade de sala de aula. Isso denota uma assiduidade a instituição e uma dedicação quase que integral, com uma baixa rotatividade dos profissionais da educação na IES de nossa pesquisa. Também destacamos os programas de qualificação docente, programas de formação e capacitação docente, programas de clima organizacional e o provimento de cargos. Programas e projetos permanentes que fidelizam o profissional a IES, em prol de constante melhoria acadêmica.

⁸ Art. 66 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Lei nº. 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

Gráfico 5. Tempo médio em meses de trabalho na IES. Aracaju-SE. 2015

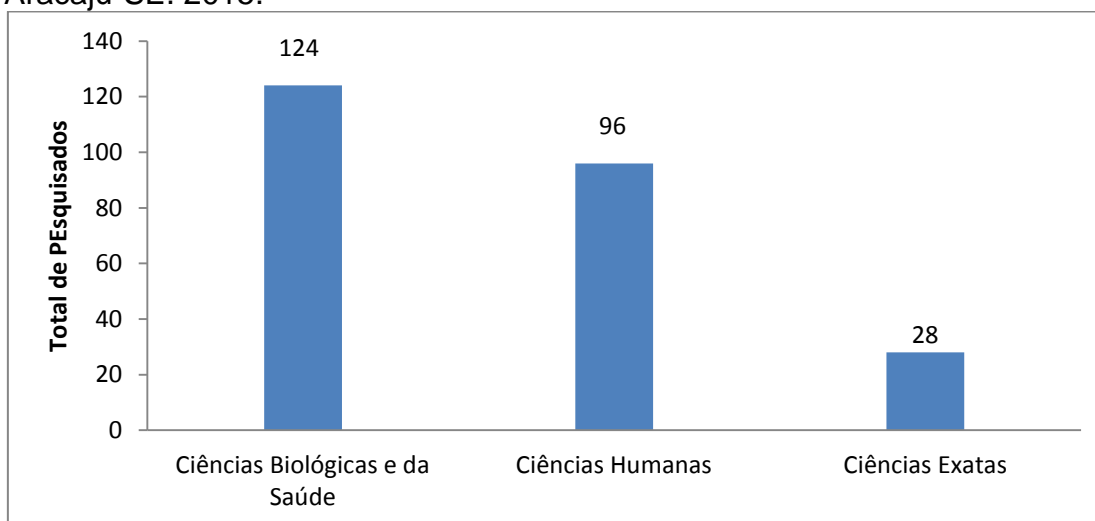
Fonte: O autor (2015).

Quanto à carga horária semanal desses docentes, observa-se uma heterogeneidade. De acordo com o questionário sociodemográfico, numa escala de 1 a 10 disciplinas/semestre, encontramos valores percentuais muito próximos, nas respostas de 1 a 5, ganha destaque maior, 3 disciplinas (23 %). Destacamos que esses valores são diferentes a cada semestre, pois a oferta de disciplinas dependerá da quantidade de alunos matriculados, estrutura curricular vigente e disponibilidade do docente. De acordo com levantamento realizado nos três últimos semestres, a média do número de disciplinas foi de 03 diferentes por semestre. Encontramos no estudo de Martinez, Vitta e Lopes (2009) com 130 professores universitários de Bauru-SP, que a associação entre excesso de tarefas do professor e a jornada de trabalho com horas excessivas dentro e fora das instituições de ensino, são fatores que interferem e influenciam diretamente na qualidade de vida docente, mostrando que quanto maior as horas trabalhadas, menor são os escores de qualidade de vida.

O gráfico 6 nos mostra a participação dos docentes segundo sua área de conhecimento ou atuação. Constatamos que metade (50%) dos professores participante da pesquisa pertencem a área das ciências biológicas e da saúde, 38,7% são da área de humanas e sociais e o restante 11,2% exatas. A pesquisa de Oliveira Filhos et. al. (2012) também constataram escala de participação por área de conhecimento igual ao presente estudo, 51,2%(n=150) pertenciam a Ciências Biológicas e da Saúde; 32,4% (n=95) das áreas de Ciências Humanas e 16,4%(n=48) Ciências Exatas. Constatou também que 83,6% desses docentes tinham 11 anos ou mais de carreira.

A justificativa que encontramos para os números de nossa pesquisa, mais uma vez reside em nossa experiência profissional e área de atuação. O convívio diário com os pares também contribuiu para a maioria participar da pesquisa. Todavia, salientamos que a realização da coleta dos dados dessa pesquisa foi realizada em momento acadêmico de toda a Instituição, sendo divulgado maciçamente pelos órgãos responsáveis pela comunicação e pela Diretoria de graduação, órgão responsável hierarquicamente pelos docentes e coordenadores de cursos.

Gráfico 6. Distribuição dos docentes por área do conhecimento na pesquisa. Aracaju-SE. 2015.



Fonte: O autor (2015).

4.1.2.1 Perfil Docente

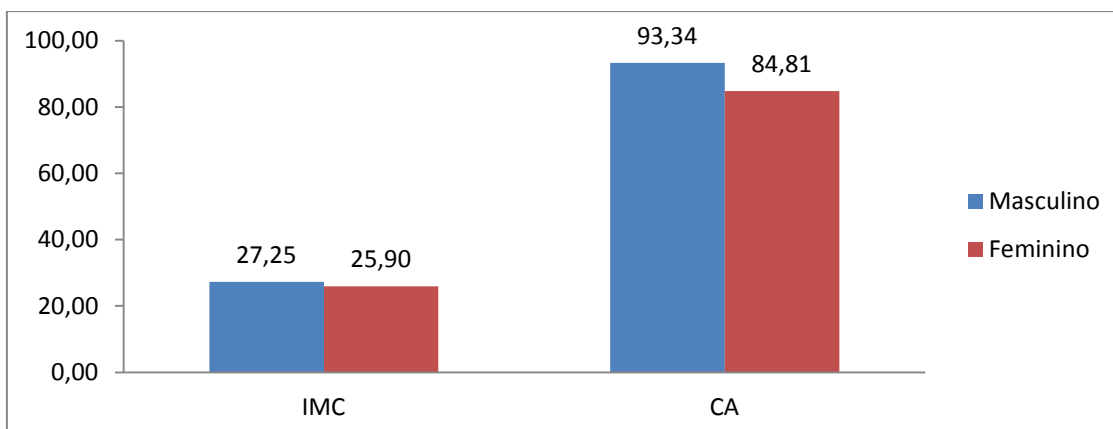
O perfil o qual nos propusermos traçar com a aplicação desse instrumento, nos mostra o professor com média de idade de 41,5 anos, considerado adulto maduro, do sexo feminino em sua maioria. Ressaltamos que culturalmente as mulheres são mais participativas e sempre preocupadas com a saúde, aderindo assim mais facilmente aos programas, atividades e oficinas ofertadas durante o semestre letivo pela instituição, os homens normalmente são levados por elas, e aderem muito pouco a essas iniciativas e posteriormente ao tratamento, se necessário. Este docente mora em residência própria (apartamento), com 1 e/ou 2 filhos, utiliza carro próprio para se locomover, possui uma renda mensal de até 6 salários mínimos e tem outra atividade fora da docência. Pratica pouca atividade

física. Podemos inferir que se trata de um profissional da educação com muitas horas dedicadas ao exercício da profissão, tempo médio na IES de 06 anos e exerce suas atividades em sala de aula/tempo de docência em média de 06 a 10 anos e leciona em média entre 1 a 5 disciplinas por semestre.

4.1.3 Estado Nutricional dos Docentes

A média do IMC apresentado pelo grupo amostral estudado foi de 26,41 kg/m² (18,45-35,1Kg/m²) e a circunferência abdominal de 88,08 cm (64,5-112 cm). Entre os homens, a média do IMC foi de 27,25 kg/m² (19,84-35,1), o que os classifica como pré-obesos, segundo a OMS (2000) e entre as mulheres 25,90 kg/m² (18,45-34,35), configurando sobrepeso. Com relação à circunferência abdominal, a média dos homens foi de 93.34 cm (72,00-110,5) e das mulheres 84,81 cm (64,50-112), classificando ambos os sexos com risco elevado de complicações metabólicas associadas à obesidade.

Ao comparar as duas medidas antropométricas, demonstradas no gráfico 7, percebemos, que ambos os gêneros estão, segundo classificação da OMS (2000) e das Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010 com pré-obesidade e com risco aumentado de comorbidades – conceito que designa, doença ou estado patológico. Esse conceito também conhecido como duplo diagnóstico, correspondente a associação de no mínimo duas patologias. Constatado em nossa pesquisa pelos valores acima do normal do peso aferido e da circunferência abdominal Salientamos que as consequências desse risco aumentado poderá se refletir através de doenças como o diabetes, hipertensão arterial, hiperlipidemia, doenças articulares, apneia do sono, além de coronariopatias. O controle dessas doenças necessariamente envolve o controle e a perda de peso.

Gráfico 7. Comparativo do IMC x CA de homens e mulheres. Aracaju-SE. 2015

Fonte: O autor (2015).

O estado nutricional expressa o equilíbrio entre ingestão e necessidade de nutrientes. Averigua-se na determinação desse estado nutricional se, as necessidades fisiológicas do corpo por nutrientes estão sendo alcançadas, para manter a composição e funções adequadas do organismo. Quando isso não ocorre constatamos um desequilíbrio nutricional (ACUÑA, CRUZ, 2004, p. 345). Por isso que papel da nutrição na manutenção de sua saúde é imprescindível. É por meio dessa alimentação equilibrada e saudável, que se previne, diminui ou evita-se as consequências de problemas de saúde, como hipertensão arterial, diabetes, osteoporose, constipação, cujos sintomas se acentuam com a idade. Para o êxito dessa nutrição, se faz necessário que essa alimentação, seja individualizada, orientada e direcionada a cada indivíduo e identificando suas necessidades.

Com relação à associação entre idade e gênero, constata-se que, no sexo masculino altas prevalências de sobrepeso e obesidade são maiores quando comparados com as mulheres, estando diretamente relacionadas ao aumento da idade, principalmente entre os 27 a 37 anos. Dados nacionais identificaram que aproximadamente 8% dos homens adultos brasileiros são obesos, sendo mais prevalentes esse valor nas regiões Sul e Sudeste do país (TEIXEIRA; PEREIRA, 2010. p.414). O sexo feminino se preocupa sim com sua alimentação, mais até que os homens, todavia, o que muda é o motivo. Essas mulheres relacionam essa alimentação com uma questão de imagem corporal, não pela saúde.

Segundo Baratto & Silva (2010, p.03):

Entre as mulheres, principalmente no ocidente, a relação entre magreza e atributos positivos é fortemente perpetuada na sociedade. Segundo Ogden e Evans, as normas sociais veiculadas representam uma forma de perpetuarem o estereótipo que associa o corpo magro da mulher a atributos positivos, à normalidade e à capacidade de se tornarem atraentes e bonitas.

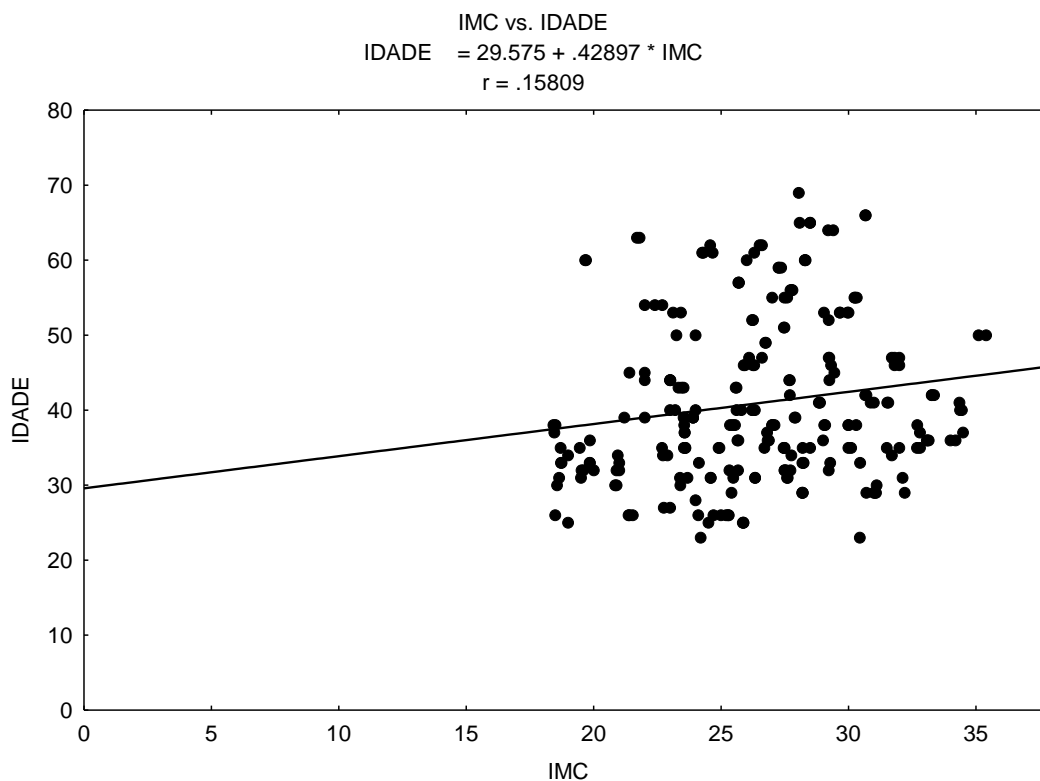
No entanto, nossa pesquisa constatou uma realidade antropométrica da docente, diferente do mencionado acima. 41% dessas professoras estão pré-obesas, apesar do índice de eutrofia (normalidade) ser maior 35% quando comparadas aos homens eutróficos 26%. Preocupa-nos o dado de que 17% delas estão com obesidade grau I e quando correlacionada a circunferência abdominal com média de 84,81%, evidencia nessas mulheres uma elevada probabilidade de riscos para doenças cardiovasculares. A obesidade, segundo Santos (2013), é uma doença com diversos fatores e adquirindo caráter epidêmico em virtude de seu crescimento. A mudança no estilo de vida da população e a alimentação vem contribuindo para o aumento da obesidade e gordura corporal (FRISON, 2013).

Essa realidade nutricional feminina é em parte, justificada com a inserção da mulher no mercado de trabalho, jornada de trabalho dupla, responsabilidades familiares, mudança de hábitos alimentares, influência de outras culturas e a facilidade de alimentos industrializados e condimentados, alcançar uma alimentação saudável vem sendo cada vez mais difícil. Outro fator que contempla o sexo feminino, diz respeito à questão hormonal. Com o avançar da idade ocorre mudanças corpóreas, principalmente no aumento de tecido adiposo e na diminuição, tanto da massa magra quanto óssea. Isso acontece, segundo Barankiewicz (2009), por conta da diminuição do metabolismo evidenciado em virtude do envelhecimento, levando a um ganho de peso ponderal em torno de 250g/ano. Somado à uma redução da prática de exercícios físicos pode contribuir para um quadro de sobrepeso ou obesidade.

Em pesquisa realizada por Pereira (2015), na cidade de São Paulo com 930 mulheres, como objetivo de detectar a prevalência de sobrepeso e obesidade em mulheres no climatério, usando com parâmetro o IMC, constatou-se uma elevada prevalência de aumento de peso dessas mulheres e associação com morbidades. O climatério engloba os períodos de pré-menopausa, menopausa e pós-menopausa.

Ao relacionar idade versus IMC, conforme gráfico 8 verificou-se uma correlação positiva e significativa ($p = 0,013$), o que demonstra quanto maior a idade maior é a classificação do IMC.

Gráfico 8. . Correlação entre IMC e idade dos docentes. Aracaju-SE. 2015.



Fonte: O autor (2015).

Segundo o Vigitel (2014), a mais recente pesquisa realizada no Brasil sobre hábitos alimentares, revela uma estabilização da obesidade, um aumento da atividade física e a melhoria do consumo de frutas e hortaliças do brasileiro, 52,3% da população esta acima do peso. O aumento foi de 9,5% comparado a 2006, ano da última pesquisa e, 17,9% da população do país está obesa. Fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares e, até câncer.

Apesar de não ter havido aumento significativo do avanço da obesidade no Brasil em ambos os sexos, as mulheres se destacam, 18,2% contra 17,6% nos homens. Já o excesso de peso aumentou 23% na última década. A cidade de Aracaju possui 18% de sua população adulta com obesidade, sendo Florianópolis a capital com menor índice de obesos (14%)., segundo dados do vigitel 2014.

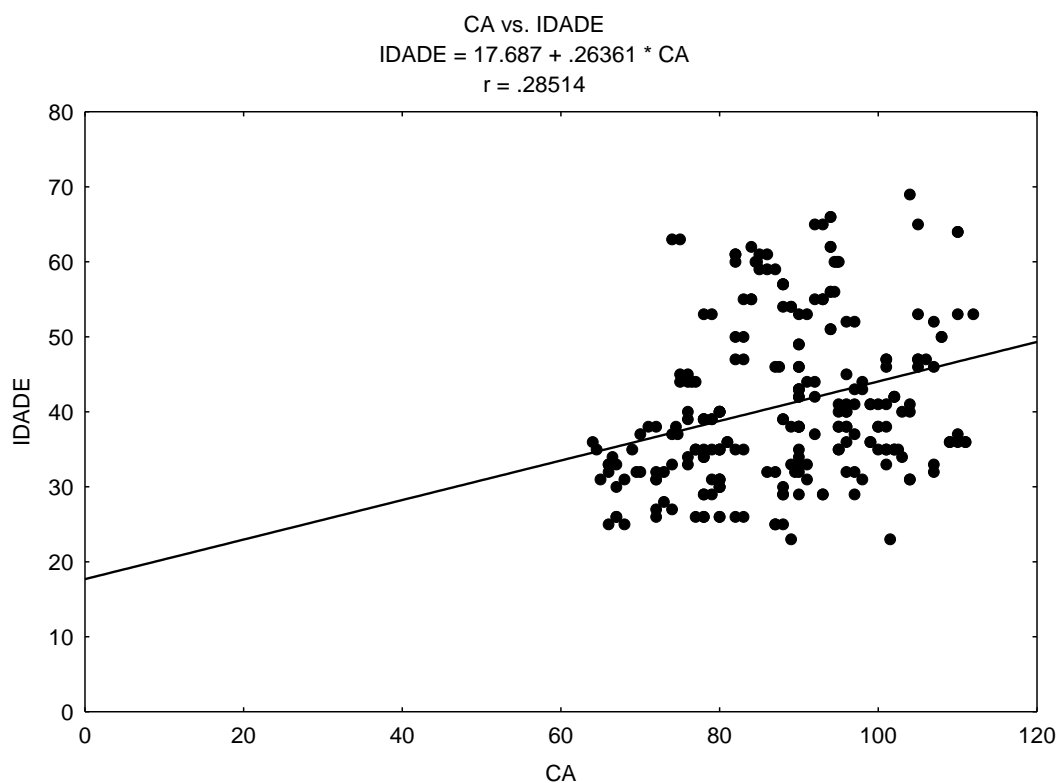
É importante considerar que num ambiente universitário, muita das vezes com excesso de atividades acadêmicas e tempo limitado nos deparamos com a realidade que inviabiliza a realização de refeições em casa, deixando o docente frequentemente dependente dos estabelecimentos comerciais – restaurantes, fast food e lanchonetes, que circundam a instituição. Na maioria das vezes, as opções

são lanches rápidos, práticos e de alto valor calórico e apesar dos ensinamentos preconizados sobre alimentação e conhecimento nutricional, estes fatores, em conjunto, podem influenciar na interferência desses hábitos alimentares, podendo acarretar carências nutricionais, e justificar os resultados encontrados na nossa pesquisa quanto a avaliação nutricional.

Ao aplicarmos o Teste de razão de chance (Odds Ratio) para verificar o fator de risco da carga horária sobre o IMC, tomando-se como variável a carga horária até 20 horas e acima de 20 horas semanais, encontramos: resultados que demonstram que o aumento da carga horária incide em 1,4 vezes o risco de aumento do IMC (OR = 1,4024; p= 0,3073), portanto, constata-se uma relação entre a carga horária do docente e seu IMC, o que corrobora com os resultados antropométricos demonstrado nessa pesquisa.

Outro dado importante refere-se à correlação da idade dos docentes com a CA, conforme gráfico 9, uma correlação positiva e significativa (p < 0,001), portanto, quanto maior a idade maior é a CA, portanto maior é a probabilidade de risco de complicações metabólicas associados com a obesidade.

Gráfico 9.. Correlação entre idade e CA dos docentes. Aracaju-SE. 2015



Fonte: O autor (2015).

4.1.4 Consumo alimentar dos docentes

O Recordatório Alimentar de 24 horas é um método simples que estima o consumo alimentar de indivíduos e/ou populações, por meio da avaliação dietética. Os resultados a seguir demonstram os valores referentes ao consumo de macronutrientes - carboidratos, proteínas e lipídeos dos docentes pesquisados.

A tabela 6 apresenta a distribuição da participação de macronutrientes na alimentação dos docentes. Encontramos um consumo alimentar adequado, ou seja, dentro das recomendações segundo a AMDR. O consumo correto de macronutrientes qualitativamente e quantitativamente permite ao organismo adquirir energia suficiente para a manutenção de um bom estado de saúde e, conseqüentemente um bom desempenho de suas funções gerais.

Tabela 6. Distribuição do consumo de macronutrientes dos docentes de acordo com a *Acceptable Macronutrient Distribution Range* (Intervalo de Distribuição Aceitável de Macronutrientes). Aracaju-SE. 2015

Macronutrientes	AMDR	Média ± dp
Carboidratos	45-65%	53,61 ± 7,40796
Proteínas	10-35%	18,00 ± 3,80031
Lipídeos	20-35%	28,38 ± 8,48946
Total		100%

Fonte: O autor (2015).

Detalhando mais ainda os valores desses nutrientes, condigno a sua importância ao estado nutricional do ser humano e ao funcionamento do corpo, apresentamos no quadro 3 a distribuição através das margens máxima, mínima e, de normalidade do consumo dos macronutrientes com base nas recomendações.

Quadro 3. Distribuição do consumo de macronutrientes dos docentes, segundo limites máximos, mínimo e normal de acordo com a AMDR - *Acceptable Macronutrient Distribution Range* (Intervalo de Distribuição Aceitável de Macronutrientes). Aracaju-SE. 2015

Macroutrientes	Carboidrato			Proteína			Lipídio		
	<45%	45-65%	>65%	<10%	10-35%	>35%	<20%	20-35%	>35%
AMDR									
N (%)	15(6,1)	230(92,7)	3(1,2)	9(3,6)	239(96,4)	-	13(5,2)	219(88,3)	16(6,5)

Fonte: O autor (2015).

Quando ampliamos as margens máxima e mínima de cada macronutriente, com o objetivo de verificamos se esses docentes encontram-se na linha limítrofe desses nutrientes, constatamos mais uma vez que, a maioria dos professores, encontra-se dentro da faixa aceitável para o consumo desses nutrientes. Destacamos apenas que o nutriente, que teve seus valores de normalidade extrapolados, tanto para máximo quanto para mínimo, foi o lipídeo ou gordura. Culturalmente podemos justificar esses valores através do consumo regional de preparações tradicionalmente a base de gordura, o cozido (preparação a base de carnes gordurosas), a feijoada, a rabada, cuja preparação culinária consiste num guisado da cauda bovina, popularmente conhecido como "rabo", acrescido de legumes e verduras cozidas juntas.

Alimentação adequada, segundo Philippi (2008), é aquela que atende as necessidades nutricionais do indivíduo. A dieta deve incluir alimentos e/ou preparações culinárias que ofereçam energia e todos os nutrientes em quantidades e proporções equilibradas e suficientes. Essa necessidade calórica e dietética, a qual o autor se refere, é influenciada pelo sexo, idade, estágio de vida, peso, composição corporal, hereditariedade, cultura, hábitos adquiridos, atividade física.

Enfatizando essa variedade de fatores que podem inferir direta ou indiretamente sobre o consumo alimentar, optamos em mensurar a ingestão calórica dos professores pesquisados, através da recomendação de Kcal/Kg de peso/dia segundo a faixa de IMC, preconizado por Martins e Cardoso (2000), conforme quadro 4.

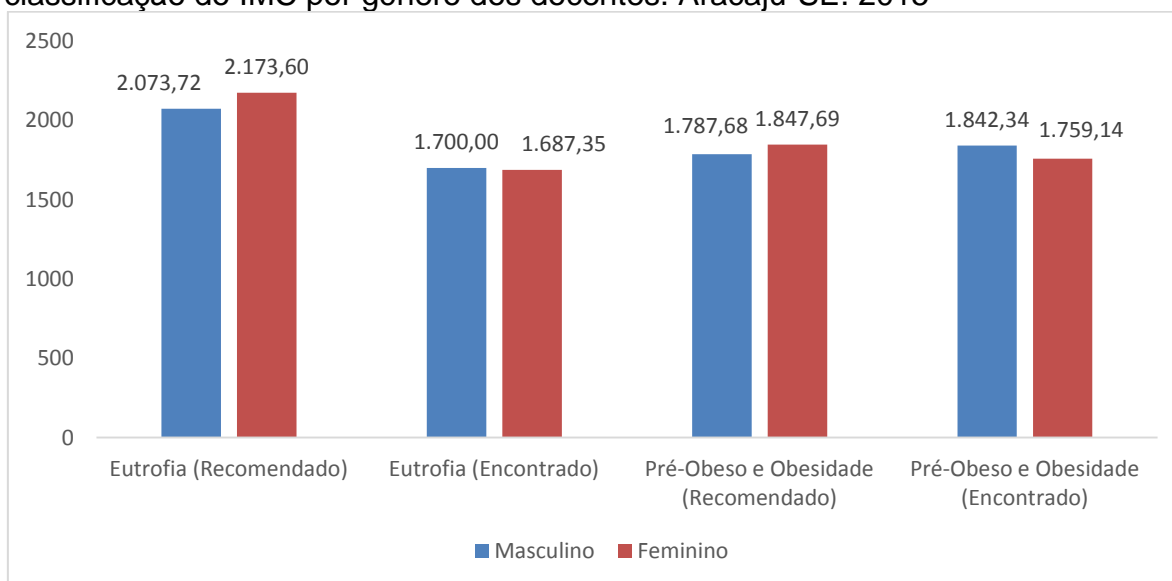
Quadro 4. Gasto Energético Total estimado por recomendação de energia por Kg de peso corporal, segundo o objetivo da intervenção nutricional.

Objetivo	Recomendação
Perda de peso	20 a 25Kcal/Kg P
Manutenção de peso	25 a 30 Kcal/Kg P
Ganho de peso	30 a 35 Kcal/kg P

Fonte: citado por Martins e Cardoso, 2000.

A média de peso corporal entre os professores pesquisados em ambos os sexos foi de 70 Kg. Quando verificamos o consumo energético dos professores, encontramos uma média quase 2000 Kcal/dia. Ao detalharmos esse consumo por Kcal/Kg de peso/dia encontramos 28,57 Kcal/kg em média de consumo. O gráfico 10 mostra o consumo médio dentro dos padrões.

Gráfico 10. Distribuição do consumo calórico recomendado e encontrado segundo classificação do IMC por gênero dos docentes. Aracaju-SE. 2015



Fonte: O autor (2015).

Quando comparamos esses valores com o IMC e a CA, eles não diferem dos dados coletados do IR24h da maioria dos docentes desta pesquisa. Apesar de não encontrarmos um aumento significativo de ingestão calórica, entre os dados recomendados (estimativa de energia por Kg de peso) e encontrado (valores do IR24h) ressaltamos que a promoção do equilíbrio do estado nutricional é atingida mediante a avaliação da ingestão de energia entre os indivíduos. Porém, deve ficar claro que esse método baseia-se nos valores estimados para cada nutriente, uma

vez que a precisão dos resultados depende tanto da necessidade individual, quanto da estimativa da ingestão energética habitual. Em estudos de consumo alimentar envolvendo grupos populacionais, a proposta parte sempre baseado no conceito da “necessidade” do corpo e da “ingestão” de energia através da alimentação (PADOVANI et al., 2006). Uma das limitações do método IR24h reforça a memória, cooperação e fidedignidade do entrevistado.

O consumo energético brasileiro tem sofrido alterações frequentes nos últimos anos, o que pode influenciar negativamente a alimentação dos professores e contribuir para os resultados encontrados. A industrialização da alimentação, os fast food, o aumento da frequência da realização de refeições fora de casa, a inserção da mulher no mercado de trabalho, mudança de hábitos alimentares, influência de outras culturas, realizar e manter uma alimentação saudável vem sendo cada vez mais difícil. O conhecimento de uma alimentação saudável, apesar de muito divulgada, vem sendo mais escasso nesses últimos anos, pois a praticidade, a industrialização e a falta de tempo, são alguns dos motivos que fazem os indivíduos optam por alimentos mais fáceis e práticos, calóricos e frequentemente de baixo valor nutricional e de acordo com a preferência e costumes familiares. Em consequência desse panorama, o número de sobrepeso e obesidade vem aumentando anualmente. Isso nos remete a falar de bem estar e saúde, pois o indivíduo só valoriza ambos, quando se vê privado, também de ambos. .

O panorama alimentar dos pesquisados anuncia um déficit nutricional que conforme relatamos anteriormente constrói um perfil de uma alimentação com precariedade que poderá influenciar nas condições nutricionais e de saúde desses docentes.

Para a análise dos micronutrientes (vitaminas e sais minerais), eleitos por esse pesquisador, usamos como critérios de escolha a frequência de alimentos fontes nesses nutrientes nos IR24h dos docentes e a experiência do pesquisador na área de nutrição.

A avaliação do consumo alimentar recomendado para esses micronutrientes – VitC, VitE, VitA, Zn, Fe e Ca, é o método EAR como ponto de corte, proposto por Beaton (2003). Para sua aplicação é necessário conhecer a necessidade média estimada (EAR) para cada nutriente e a distribuição da ingestão habitual da população conforme tabelas utilizadas (FISBERG *et al.*, 2005).

Ademais, cinco requisitos devem ser realizados. A independência entre os valores de necessidades alimentares e sua ingestão, a simetria da distribuição das necessidades em torno da EAR, a variância de ingestão maior que a variância das necessidades, o conhecimento da ingestão média do grupo e conhecimento da variância intrapessoal e interpessoal (SLATER *et al.*, 2004).

Nos casos em que a EAR do nutriente não está definida - potássio, sódio, utilizou-se os valores de AI, verificando se a mediana de ingestão encontrada excede ou não os valores recomendados. O uso de AI não permite estimar a proporção de indivíduos da população com ingestão inadequada, pois, a relação da AI com as necessidades para o nutriente para o qual foi estimada é desconhecida (FISBERG *et al.*, 2005).

Das vitaminas elencadas para análise nessa pesquisa, encontramos um panorama alimentar de inadequação em todas elas e em ambos os sexos. Destaque se faz para o sexo feminino com uma inadequação de mais de 50% em todas as vitaminas estudadas. Dado contrário ao encontrado no Vigitel (2014) que destaca a melhora da dieta brasileira, no qual o consumo de frutas e hortaliças como marcadores da melhoria da alimentação, tem aumentado, principalmente entre as mulheres (42,5% de consumo regular).

Apenas a VitC, segundo tabela 7, consumida pelos homens teve a inadequação mais baixa (41,29%). Num cenário local onde o consumo de frutas e hortaliças fontes desse nutriente especificamente é alto, os homens consomem mais que as mulheres. Destacamos as frutas, caju, mangaba, laranja, abacaxi, manga, limão, pimentão, acerola.

Merece destaque as consequências para a saúde o consumo insuficiente dessas vitaminas. No caso da VitA, papel essencial na diferenciação celular normal, no crescimento e no desenvolvimento ósseo, nos processos imunológicos, na visão e na reprodução humana (AMBRÓSIO, 2006). A VitE tem função antioxidante, por isso protege a integridade de membranas celulares, além de desempenhar papel importante na imunidade. Por isso o comprometimento de seu consumo diário, afetará a imunidade corporal, favorecendo a instalação dos processos infecciosos. O ácido ascórbico ou VitC é essencial para síntese do colágeno, tem alto poder redutor, participa da absorção do Fe, ajuda a fortalecer o sistema imunológico, importante nutriente em tratamentos antialérgicos.

Tabela 7. Distribuição do consumo de micronutrientes dos docentes segundo recomendações de EAR - *Estimated Average Requirement* (Necessidade Média Estimada). Aracaju-SE. 2015

Nutrientes	EAR	% INADEQUAÇÃO
Vitamina C - Feminino	60mg	70,19
Vitamina C - Masculino	75mg	41,29
Vitamina E –Feminino	12mg	97,56
Vitamina E - Masculino	12 mg	97,93
Vitamina A - Feminino	500µg	69,15
Vitamina A – Masculino	625µg	94,64
Zinco – Feminino	6,8 mg	52,79
Zinco - Masculino	9,4 mg	88,30
Ferro - Feminino 19-50 anos	8,1mg	26,76
Ferro - Feminino >50 anos	5mg	8,53
Ferro Masculino	6mg	7,35
Cálcio Masculino 19-70 anos	800 mg	99,36
Cálcio Feminino 19-50 anos	800 mg	96,16
Cálcio Feminino >50 anos	1000 mg	100

Fonte: O autor (2015).

Na análise do consumo de sais minerais, também encontramos alta prevalência de ingestão inadequada em todos os minerais, todavia em menor proporção quando comparado às vitaminas. O Zn em ambos os sexos apresentou valores mais elevados de inadequação na alimentação masculina (88,30%), conforme demonstra a tabela 8. Esse mineral pode ser facilmente encontrado nos frutos do mar, principalmente ostras, e caranguejos, além de peixes, pão integral, gengibre, ovos e carnes. Por sua ação antioxidante, ele diminui a quantidade de radicais livres, fortalece o sistema imunológico. Sua ingestão insuficiente ocasionará imunodeficiências entre outras carências.

O mineral Fe foi o que melhor apresentou média de consumo e taxas de inadequação mais baixas 7,35% para os homens e 8,53% para as mulheres com mais de 50 anos, segundo recomendações da EAR. Mulheres com faixa etária abaixo de 50 demonstrou uma inadequação maior (26,76%). Para a manutenção de Fe no organismo, se faz necessário um sincronismo entre absorção, utilização e

armazenamento. O Fe utilizado pelo organismo é proveniente de duas fontes principais: dieta e hemácias senescentes (GROTTO, 2008). O Fe proveniente da alimentação pode ser na forma heme (ferroso, Fe^{2+}), melhor absorvido, e forma não heme (férico, Fe^{3+}), cuja absorção é limitada, pois ele sofre influência de fatores inibidores, como os taninos e fitatos. Para aumentar essa absorção do Fe^{3+} a ingestão de facilitadores como o ácido ascórbico (vitamina C) é benéfica, pois a VitC pode reduzir de Fe^{3+} a Fe^{2+} , aumentando assim a sua absorção. Destacamos como uma das melhores fontes naturais de Fe são os alimentos de origem animal com 40% de Fe hemínico e 60% de Fe não heme (MOURA, 2006 in VASCONCELOS, 2013). A anemia ferropriva, deficiência ocasionada pela privação de ferro no organismo, pode ocasionar fadiga, irritabilidade e comprometer a produção de hemácias (eritropoiese) essencial para a produção dos glóbulos vermelhos e seus níveis baixos no sangue comprometem toda a cascata de produção das hemácias.

Destacamos também, valores médios de ingestão baixa de cálcio em ambos os sexos de acordo com os valores apresentados na tabela 8. Independente do gênero, a ingestão insuficiente de cálcio pode contribuir para redução da massa óssea, principalmente após os 50 anos, progredindo de forma mais rápida nas mulheres, por causa da menopausa. Existem algumas situações nutricionais e dietéticas que podem justificar esses valores. O consumo excessivo de café. Mais de duas xícaras de 50ml/dia, diminui a absorção do cálcio por conta da presença da cafeína; o consumo de bebidas alcoólicas por sua ação tóxica nos osteoblastos que são células que constroem o osso; o ácido oxálico, presente em vegetais como a aspargo, beterraba, semente de tomate, como também no chocolate, gérmen de trigo, feijão e nozes; o consumo de bebidas gaseificadas a base de cola por ação do ácido fosfórico prejudica a formação óssea, uma vez que, o fósforo compete com o cálcio na hora da absorção.

Tabela 8. Distribuição de minerais e fibras dos docentes pesquisados segundo recomendações de AI - *Adequate Intake* (Ingestão Adequada). Aracaju-SE. 2015

Nutrientes	Ingestão Adequada (AI)	Ingestão Mínima	Ingestão Máxima	Media ± dp
POTÁSSIO	4,7g	0,010	9,257	1,79 ± 0,94
SÓDIO	2,4 g	0,002	9,340	2,12 ± 1,23
FIBRA – Mulheres -19 – 50 anos	25 g	4,91	83,80	14,54 ± 9,55
FIBRA – Homens -19 – 50 anos	38 g	2,46	49,73	14,16 ± 8,66
FIBRA – Homens - > 50 anos	30 g	5,74	49,73	15,11 ± 8,73

Fonte: O autor (2015).

Os eletrólitos (potássio e sódio) analisados da alimentação dos docentes, presentes na tabela 8, permitem constatar uma média baixa usando com referencia o valor de consumo recomendável. Os números demonstram que o principal cátion intracelular, o potássio, tem sua média de consumo pelos docentes de apenas 1,79g/dia. Um baixo consumo de desse eletrólito na corrente sanguínea, conceituado por hipocalemia, pode dificultar o bom funcionamento das células nervosas e dos músculos, principalmente o cardíaco. O uso de medicamentos diuréticos – fármacos que atuam nos rins, aumentando o volume e o grau do fluxo urinário, comumente usado em pacientes com hipertensão, é uma das causas mais frequentes de diminuição de potássio do organismo.

As fibras alimentares são polissacarídeos – glicídios formados por mais de dez moléculas de monossacarídeos (forma de absorção dos carboidratos). De acordo com sua solubilidade elas podem ser classificadas em solúvel e insolúvel, sendo a celulose, lignina e a maior parte da hemicelulose fibras insolúveis presentes tanto nos grãos como em seus derivados, como os farelos, e também nas hortaliças. Já as solúveis estão incluídas as pectinas, gomas, mucilagens, frutanos e uma fração da hemicelulose, encontradas principalmente nos legumes, aveia, e em algumas leguminosas, principalmente feijão, ervilha, lentilha e frutas, particularmente as cítricas (MATTOS E MARTINS, 2000; FILISETTI E LOBO, 2007).

Encontramos em nossa pesquisa, de acordo com os valores apresentados na tabela 9, um consumo inferior a 50% do recomendado para as fibras alimentares, nutriente não digerível importante para regulação do transito intestinal, com benefícios nas DCV, através da diminuição das concentrações séricas de LDL, melhora da tolerância à glicose e controle do diabetes tipo 2.

Tanto do ponto de vista regional, quanto da acessibilidade, aos alimentos fontes em fibras alimentares, aqui especificamente nos referimos às frutas e leguminosas. Os resultados encontrados em nossa pesquisa diferem da realidade local. O Estado de Sergipe possui uma produção agrícola de fruticultura bastante forte, como produção de laranja, mangaba, coco, abacaxi, banana, bem como feijão, segundo informações do site oficial da Secretaria de Estado da Agricultura e Desenvolvimento Agrário e da Pesca (BRASIL, 2015). O acesso e facilidade em adquirir esses alimentos em todo o Estado e na capital Aracaju são evidentes com a quantidade de feiras livres e de comércio informal. A capital do Estado possui oficialmente 31 pontos de feiras livres distribuídas em locais distintos da cidade, segundo informação que consta na página oficial do site da Prefeitura Municipal de Aracaju Estado de Sergipe (BRASIL, 2015). Por isso não justifica valores baixo de consumo de fibras solúveis. De igual maneira destacamos o consumo de alimentos integrais, tão bem difundido pela mídia televisiva, seus benefícios do consumo estão diariamente nos inúmeros programas de culinária, e reportagens etc. Também não justificaria encontrarmos as respostas sob prisma da comunicação. Talvez esteja na cultura e/ou nos hábitos arraigados da Sergipana a resposta que procuramos para esses docentes, o não consumo diário de frutas e o consumo de produtos a base de farinha refinada – pão, bolo, bolachas, massas, tapioca etc.

Salientamos que não houve relato por parte dos docentes, da existência de condições especiais de saúde, por exemplo, diabetes, doenças cardiovasculares, insuficiência renal etc, pois sabemos que essas condições poderiam influenciar os valores desses nutrientes.

O consumo alimentar é permeado por enumeras variabilidades que norteiam os resultados de um consumo alimentar tanto de comunidades como de indivíduos. A variabilidade da dieta é a variação do consumo de alimentos, efetivamente entre os indivíduos, o que denomina-se variabilidade interindividual. Já a variabilidade intraindividual, ocorre em um mesmo indivíduo. Outras variações também podem influenciar a estimativa do consumo alimentar. Segundo Barbosa (2007) essas variações são decorrentes do próprio processo de avaliação, que acontece na obtenção das informações relatadas pelos indivíduos até a compilação dos dados colhidos. Entre tais variações destacam-se, para Barbosa (2007), primariamente o viés de memória referente ao entrevistado e falta de treinamento dos entrevistadores pontos de partida para estimar o consumo alimenta. Bem como a padronização

inadequada de medidas caseiras na aplicação de instrumentos de inquérito dietético, estimativas errôneas do tamanho e da frequência das porções consumidas, tendência a subestimar e/ou superestimar o relato dos indivíduos da ingestão de alimentos e má qualidade dos dados quantitativos das tabelas de composição química de alimentos (BUENO; CZEPIELEWSKI, 2010).

Em estudos epidemiológicos sobre saúde e dieta, se faz necessário uma efetiva avaliação do estado nutricional, bem como a verificação do padrão de consumo de alimentos de uma população, essências em muitas pesquisas de nutrição humana (SCAGLIUSI, 2003). A grande dificuldade de mensurar o consumo alimentar de forma acurada é uma das limitações que encontra-se em pesquisas referente a ingestão alimentar e o provável risco de doenças em estudos populacionais. Todavia este problema é próprio de todos os métodos de avaliação de ingestão dietética, pois a exatidão dessas informações dependem do relato individual (BARBOSA, 2007).

A educação alimentar não é uma tarefa fácil e deve levar à conscientização da importância da alimentação saudável e oferecer alternativas apropriadas à idade. O enfoque deve ser diferenciado entre os sexos, pois homens e mulheres têm interesses diferentes quanto à saúde e imagem corporal, direcionando os para uma melhor adequação dos hábitos alimentares atuais, mais do que sugerir mudanças radicais. As orientações de educação nutricional realizadas com o intuito de melhoria das práticas alimentares e conseqüentemente dos hábitos de vida saudáveis dos indivíduos da população incluem a avaliação do consumo dietético e a detecção de problemas na alimentação o mais precocemente, o que possibilita o acesso ao conhecimento por parte do indivíduo e favorece que eles façam escolhas mais salutaras (SILVA, 2007).

4.1.5 Resultados do Questionário de conhecimento nutricional

Axelson & Brinberg (1992) interpretaram o conhecimento nutricional como um construto científico cujas informações sobre nutrição e alimentação dão subsídios para uma boa educação nutricional e suas intervenções conduzidas com o intuito de melhorar os hábitos alimentares de determinada população.

Em nossa pesquisa os resultados da aplicação do questionário de conhecimento nutricional apresentou uma mediana geral de 9 pontos com os seus

respectivos quartis (8-10), o que classifica nossos docentes como tendo um moderado conhecimento nutricional, conforme tabela 9.

O conhecimento cognitivo sobre alimentação pode melhorar o hábito alimentar, mas não é suficiente para evitar desequilíbrios no estado nutricional e/ou práticas de saúde inadequadas, como afirma Coitinho et al.,(2006), e como podemos verificar em nossos resultados.

Tabela 9. Avaliação do conhecimento nutricional dos docentes..Aracaju-SE. 2015

VARIÁVEL	n (%)
Conhecimento nutricional	
Baixo	20 (8,0)
Moderado	145 (58,5)
Alto	83 (33,5)

Fonte: O autor (2015).

Ao analisar entre os gêneros, no masculino a mediana foi de 8 pontos (7-9) e no feminino 9 pontos (8-10). Houve diferença estatística entre os gêneros ($p = 0,007$), conforme tabela 10.

Tabela 10. Avaliação entre os gêneros do conhecimento nutricional. Aracaju-SE. 2015

VARIÁVEL	Masculino (n= 95)	Feminino (n= 153)	Valor p
Conhecimento nutricional			
Baixo	8 (40,0)	12 (60,0)	
Moderado	65 (44,8)	80 (55,2)	0,026*
Alto	22 (26,5)	61 (73,5)	

Valores apresentados em frequências absoluta e relativa. Teste do *qui-quadrado* (χ^2). *Significância estatística ($p \leq 0,05$).

Fonte: O autor (2015).

Esses resultados evidenciam que as mulheres/professoras tem um conhecimento nutricional maior que os homens. No entanto quando cruzamos com os dados antropométricos, anteriormente apresentados, constatamos um cenário de sobrepeso com um elevado risco de complicações metabólicas para essas docentes. Percebe-se que elas têm um conhecimento sobre sua nutrição, todavia, não as colocam em prática, o que mais uma vez evidencia um panorama de saúde debilitado.

Salientamos que uma limitação referente aos resultados desse questionário, especificamente aos valores de alto conhecimento nutricional, diz respeito a participação de 20 nutricionistas/docentes dos cursos da área da saúde, cujas respostas do teste fazem parte de sua formação e prática profissional..

E estudar os conhecimentos nutricionais permite compreender o que os indivíduos sabem sobre a alimentação, se praticam esse tipo de alimentação para dando subsídios aos programas de educação nutricional. Aumentar esses conhecimentos nutricionais e pratica-los são ferramentas eficazes para a promoção de práticas dietéticas saudáveis, que assegurem escolhas alimentares conscientes.

Pôde-se observar nos últimos anos uma crescente preocupação com a saúde e sua relação com a alimentação, constatação clara dessa associação pelo grande números de publicações técnica científica, nas revistas e mídia em geral. Assim, a promoção da saúde ganha aliados com o estudo do comportamento alimentar (ALVES; BOOG, 2007).

O acesso à informação é uma estratégia de educação nutricional importante, mas não o suficiente para incentivar mudanças nos hábitos alimentares. Com isso tornam-se necessárias intervenções de educação nutricional no ambiente universitário, proporcionando uma melhor qualidade de vida para os docentes. (PERES; FRANCO; SANTOS, 2006).

4.1.6 Resultados do Questionário de Qualidade de Vida WHOQOL- Bref

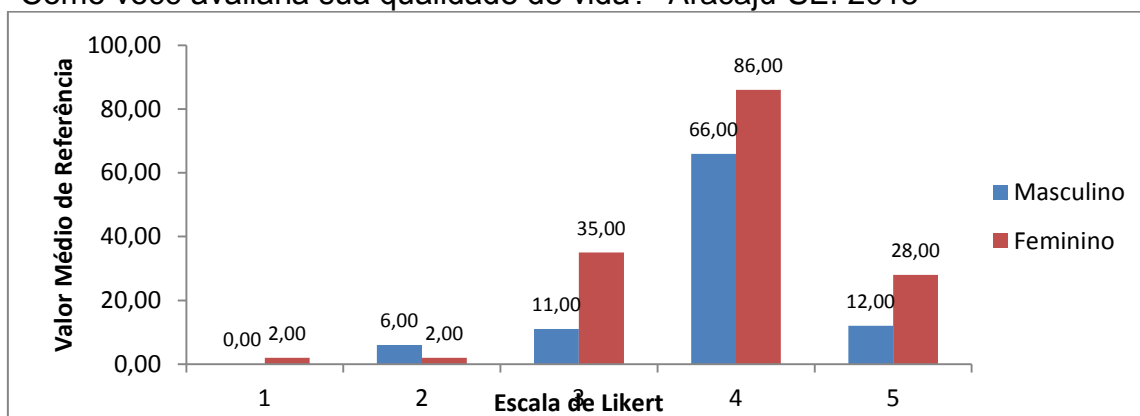
O instrumento proposto pela OMS para adulto, o *Word Health Organization Quality of Life Instrument Bref* (WHOQOL-Bref), foi utilizado para avaliar a qualidade de vida, o mesmo tem sido aplicado para mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde em grupos de indivíduos enfermos, sadios e até mesmo em idosos (HWANG, 2003). O WHOQOL-Bref é uma versão reduzida do *Word Health Organization Quality of Life Instrument 100* (WHOQOL-100) e compreende 26 questões, sendo duas delas gerais de qualidade de vida e 24 representantes de cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original, denominado WHOQOL-100.

Da análise das respostas dos 248 docentes participantes da acerca de sua compreensão sobre qualidade de vida afloraram os quatro domínios – físico, psicológico, ambiental e relações social pertencentes ao WHOQOL-Bref, constatou-

se que a maioria dos valores médios para cada componente do questionário situou-se acima de 70 pontos, numa escala que varia de 0 a 100.

Quando avaliamos as duas primeiras questões do WHOQOL- Bref que versam sobre a qualidade de vida e a saúde dos pesquisados. Os valores referentes a questão 1 “Como você avaliaria sua qualidade de vida?” estão demonstrados no gráfico 11 de acordo com as respostas pontuadas de 1 a 5.

Gráfico 11. Valores geral e por gênero referente a questão 1 do WHOQOL-Bref “Como você avaliaria sua qualidade de vida?” Aracaju-SE. 2015



Fonte: O autor (2015).

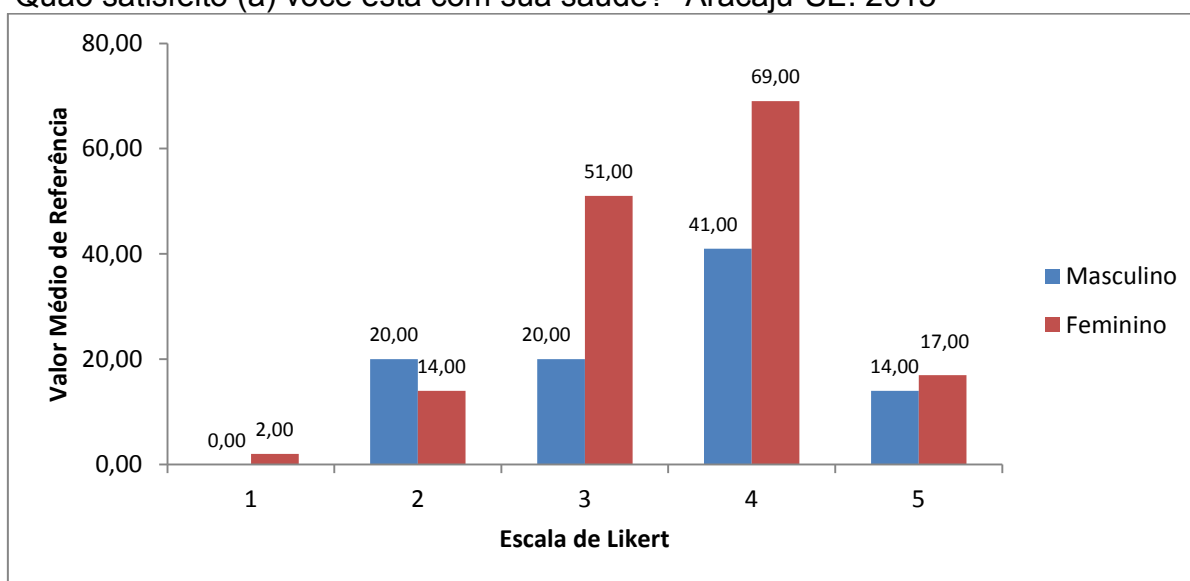
Observa-se, conforme gráfico 11, que 77,4% (n=192) dos docentes percebem sua qualidade de vida como boa. Destaque, para as mulheres que tem uma percepção mais positiva, detalhada de sua qualidade de vida do que os homens, 114 e 78, respectivamente.

Encontramos na análise qualitativa dos depoimentos dos docentes sustentação para os valores acima descrito. Na concepção desses docentes, ter uma boa qualidade de vida está associada a “estar feliz”, “ter saúde”, “hábitos saudáveis”, “[...] a evolução como ser humano, como pessoa. E, principalmente aos que estão ao meu redor é o que motiva ter essa qualidade de vida.”(E 4) Essas afirmações são corroboradas no trabalho de Silvério et. al., (2010) realizado com docentes universitários de Santa Catarina. Para eles é necessário “desenvolver” interações sociais saudáveis com vizinhos e colegas de trabalho; “ter tempo” para realizar atividades e para “viver ao lado da família”; e “manter hábitos saudáveis”, como comer e dormir bem. Implica, também, ter alguns bens materiais, como casa própria, transporte particular, trabalho e salário adequados para sustento tranquilo,

morar com conforto e adquirir plano de saúde e outros bens. Em nossa pesquisa qualitativa evidenciamos essa questão mais detalhadamente.

As respostas referente a percepção quanto a saúde “Quão satisfeito (a) você está com sua saúde?” não diferem muito da primeira questão de acordo com o gráfico 12, baseadas nas respostas que vão desde muito insatisfeito (questão 1) até muito satisfeito (questão 5).

Gráfico12. Valores geral e por gênero referente a questão 2 do WHOQOL-Bref “Quão satisfeito (a) você está com sua saúde?” Aracaju-SE. 2015



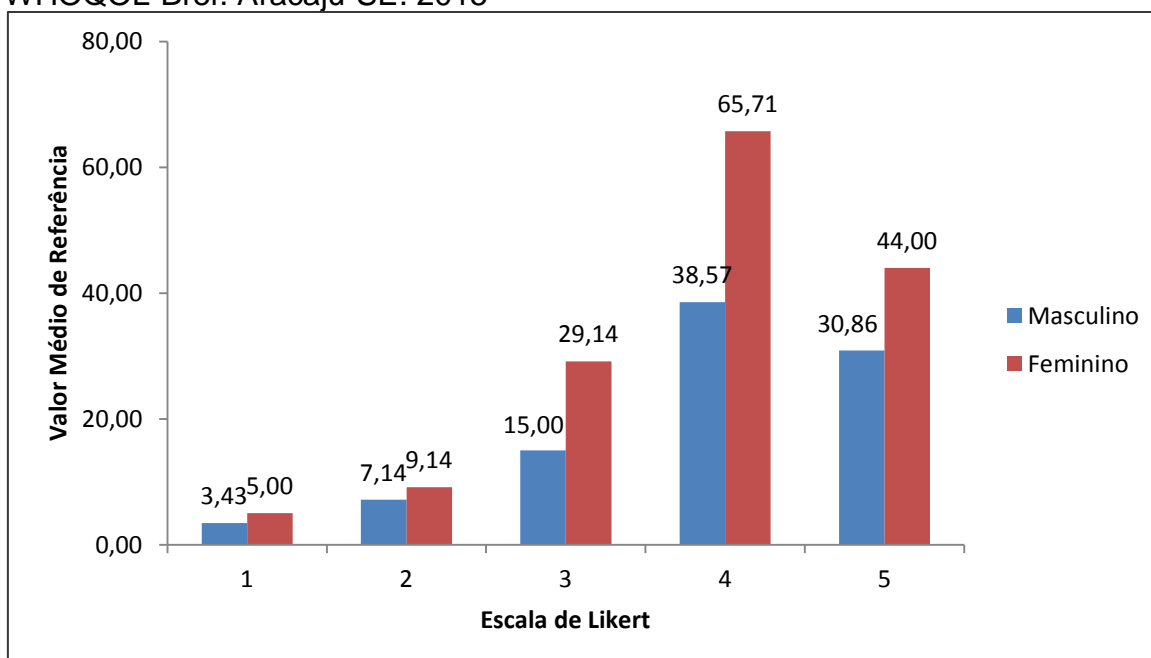
Fonte: O autor (2015).

Do total da amostra, apenas 56,8%% (n=141) relatam estarem satisfeitos com sua saúde. Neste caso a percepção mais negativa entre os sexos foi a das mulheres com 44% (n=67). Esses valores de insatisfação quanto a percepção da saúde dos docentes sedimentam os achados do perfil nutricional, IMC acima do normal (26,41Kg^m²), CA de 88,08cm com risco aumentado de comorbidades associado e as inadequações dos nutrientes, detalhados nos resultados nutricionais. Em contrapartida, no relato de alguns professores, encontramos diferença do discurso para a prática. “Qualidade de vida é ter uma vida regada a saúde, boa alimentação, boa atividade física. É estar bem consigo mesmo” (E 7). Ou seja, eles relatam ter consciência do que é importante e imprescindível para sua saúde, no entanto não praticam. “Conjunto dos aspectos sociais, econômicos, de saúde, físicos que proporcionasse ao individuo um mínimo de condições adequadas de manter os direitos dele” (E 4).

No trabalho de Silvério et. al., (2010) exatamente sobre o ensino na área da saúde e sua repercussão na qualidade de vida docente, relatam que trabalhar com pessoas é muito desgastante provocada pelo stress das interações entre alunos, população em geral, contexto institucional. Isso tem repercussões na imunidade, provocando gripes, crises hipertensivas, estados depressivos, enxaquecas, estado depressivo, entre outros. Em nossa pesquisa a relação entre o adoecimento e o trabalho se sobressai em poucos relatos como garganta inflamada, dores no corpo, hipercolesterolemia e obesidade.

Nas respostas dos docentes referente ao domínio físico, representado em valores pelo gráfico 13, que compreende a percepção do indivíduo sobre sua condição física, energia, fadiga, dor, desconforto, sono e repouso, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, capacidade de trabalho; encontramos valores acima da média, no geral 72% (n=179) quando juntamos as pontuações máxima da escala de Likert (4 e 5) esses valores demonstram escores maiores tanto para homens (n=69) quanto para mulheres (n=109).

Gráfico13. Valores geral e por gênero referentes ao domínio físico do questionário WHOQOL-Bref. Aracaju-SE. 2015



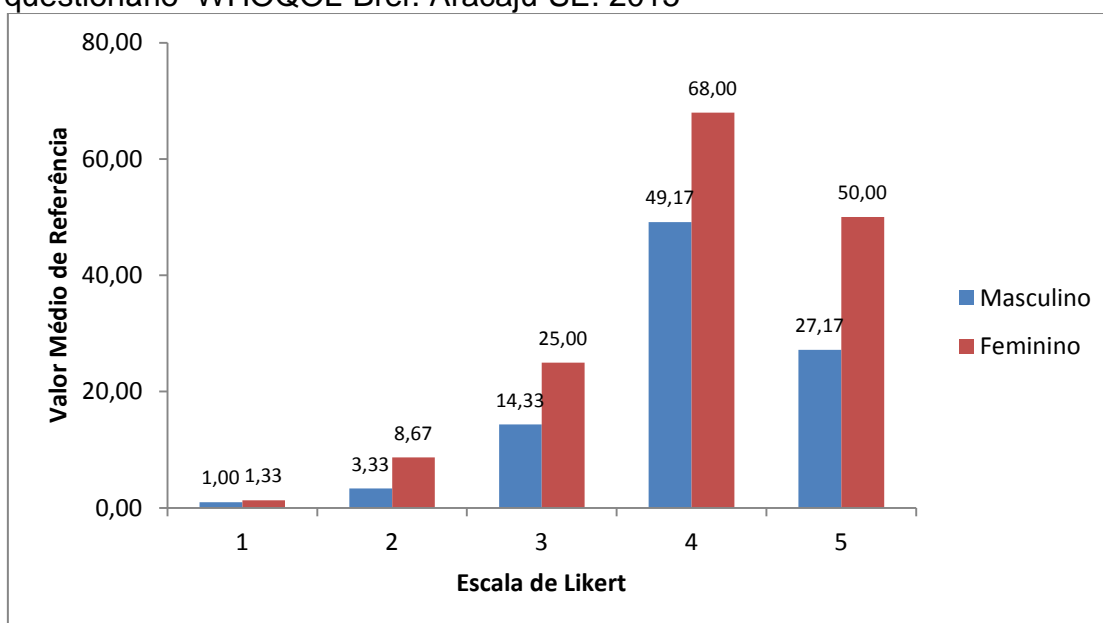
Fonte: O autor (2015).

Valores semelhantes são achados na pesquisa de Koetz (2011) realizada do Rio Grande do Sul (RS) com 203 docentes de diferentes instituições comunitárias, encontrou um escore de 74,4 ($\pm 5,3$) para esse domínio, considerado uma qualidade

de vida boa. A centralidade do trabalho é bastante aparente neste domínio, pois a capacidade física significa conseguir desempenhar o trabalho, segundo Koertz (2011), manter as atividades necessárias para prover o sustento da família.

Em nossa pesquisa observou-se que a maioria dos valores para o domínio físico está satisfatória, em termos percentuais (em torno de 72%), conforme gráfico 13. A maioria dos docentes mencionou estar satisfeita com a capacidade para o trabalho, e ter energia suficiente para as atividades diárias. Todavia, não é o que de fato reflete, quando analisamos comparativamente esses docentes do ponto de vista nutricional. Anteriormente explicitado, constata-se um cenário de sobrepeso e elevada probabilidade de complicações metabólicas em decorrência do números elevados da antropometria - peso, circunferência abdominal. E mais uma vez as mulheres ganham destaque nessa constatação.

Gráfico14. Valores geral e por gênero referente ao domínio psicológico do questionário WHOQOL-Bref. Aracaju-SE. 2015



Fonte: O autor (2015).

As características pertencentes ao domínio psicológico abordam sobre a percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva, seus sentimentos positivos e negativos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima; imagem corporal e aparência; espiritualidade/religião/crenças pessoais. Dos 04 domínios avaliados nessa pesquisa, encontramos baseado nos valores do gráfico

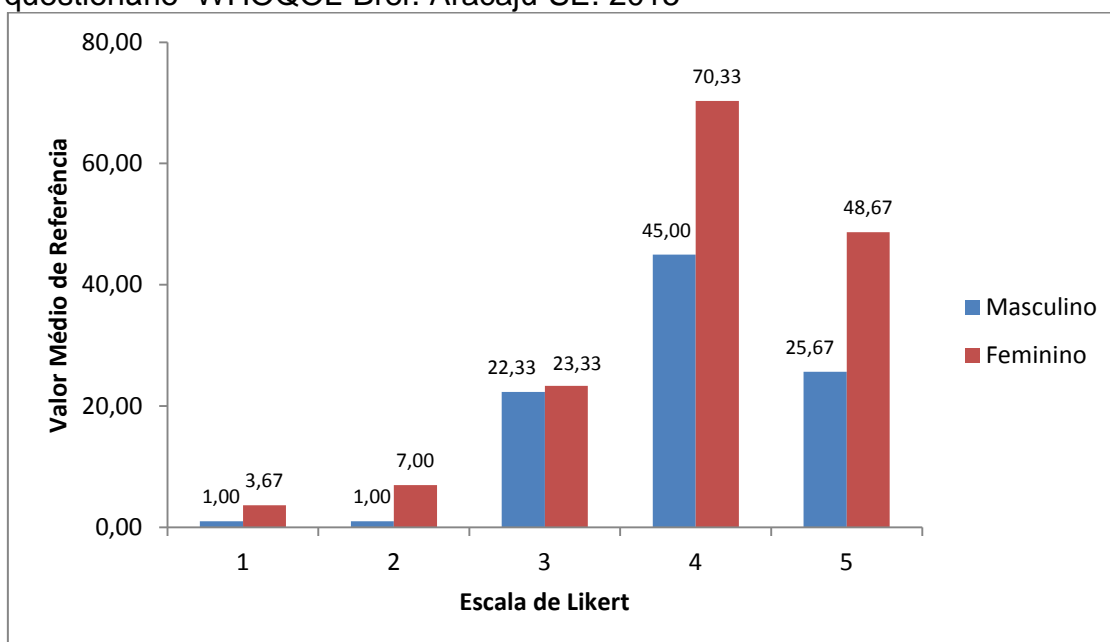
14, escores mais elevados, o percentual geral mais elevado 78% (n= 194), sendo o sexo feminino (118) em valores maiores comparados ao masculino (76,34).

Fazendo uma comparação entre o domínio psicológico e conhecimento nutricional dos docentes pesquisados, observamos uma relação entre os dois. O conhecimento nutricional moderado encontrado pelos docentes principalmente as professoras, demonstram uma teoria favorável a uma alimentação mais saudável, no entanto a prática, devidamente mensurada (IMC, CA, recordatório 24h) não esta sendo exercida como deveria, refletindo numa percepção errônea dessas professoras.

É notório na atualidade o crescente culto á beleza por parte da maioria das pessoas. A preocupação com o corpo está cada vez mais em alta. Porém, nem sempre essa preocupação está associada a hábitos alimentares adequados. Segundo Cash e Pruzinsky (1990), essa supervalorização em nossa sociedade sobre do corpo e o que ele representa, tem sua formação nas relações multidimensional. Essas relações detalham não só as estruturas corporais interna, como também a aparência física, destacando o que se tem em mente das proporções de imagem, tamanho e forma corporal, de si e principalmente dos outros, Ressaltamos que os indivíduos portadores de distúrbios na percepção de sua imagem corporal, tendem a superestimar em maior grau a sua imagem corporal (RECH; ARAÚJO; VANAT, 2010).

Salientamos a importância do conhecimento sobre nutrição, pois é a partir dele que os indivíduos adquirem a capacidade de alterar seu estado nutricional e tornar a sua alimentação diária de qualidade e impulsionar a prática para o auto cuidado e o incremento da educação nutricional para a saúde dentro da ciência (SOUTO; VOLPINI; EUGENIA, 2009).

Gráfico 15. Valores geral e por gênero referente ao domínio das relações sociais do questionário WHOQOL-Bref. Aracaju-SE. 2015



Fonte: O autor (2015).

As características das relações sociais de acordo com os itens do questionário são: a percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida, relações pessoais; suporte (apoio) social; atividade sexual; avaliadas, reflete um cenário semelhante aos domínios anteriores. Os escores de maior pontuação, referem-se às questões 4 e 5, tanto no geral (n= 189) quanto em ambos os sexos, destacando mais uma vez, a presença feminina, conforme gráfico 15.

O trabalho do professor, de acordo com Bicudo-Perreira et. al.,(2003), criam vínculos sociais, estimulam a autonomia e a responsabilidade através de uma atividade teórica e prática, administrativa e intelectual. Essa profissão é vista de extrema relevância social, todavia, na contramão desse reconhecimento, o professor subestima suas necessidades de saúde e pode iniciar um processo de adoecimento. Nessa pesquisa validamos essa afirmação do autor, baseado nos resultados apresentado, em que as relações sociais dos docentes estão acima da média mais, seu estado de saúde nutricional é deixado em segundo plano, o que pode refletir num comprometimento físico e mental.

Num contexto laboral, não encontramos nos relatos dos docentes desta pesquisa nenhuma fala de ambiente competitivo e insipiente entre pares. A falta de tempo, o lazer, ausência de horas com a família, trabalhos levados para casa, foram às justificativas que contribuíram para o stress docente. Silvério et al.,(2010) em sua

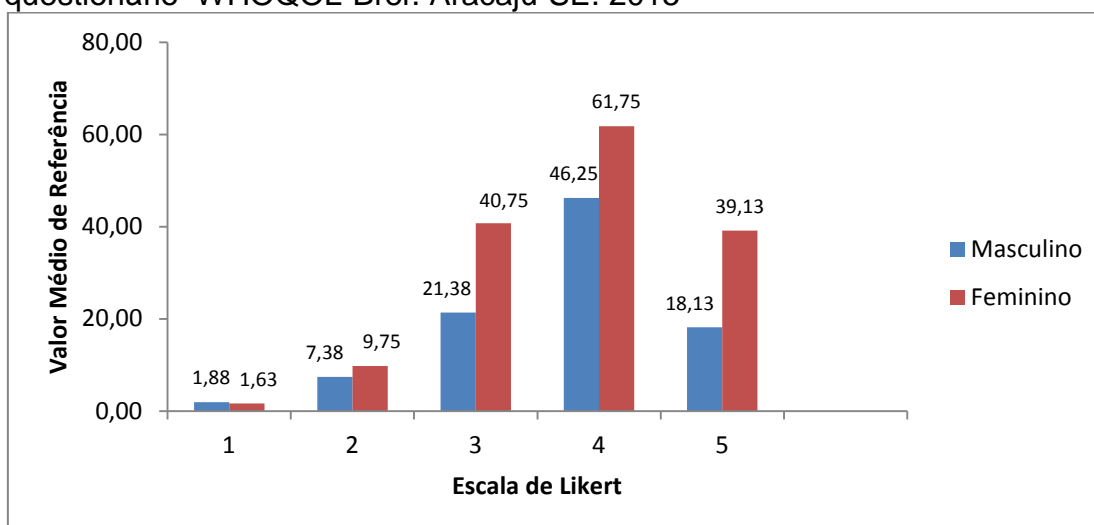
pesquisa também apontou a falta de tempo como um fator de stress a ponto de interferir na relação social e conseqüentemente na qualidade de vida como um todo. O tempo, a falta dele ou as dificuldades em administra-lo e o volume das exigências acadêmicas e suas complexidades estão presentes no cotidiano docente e contribuem para o stress.

. A autora argumenta ainda que

Para a maioria dos docentes, todo esse processo de viver laboral tem prejudicado a sua qualidade de vida como um todo, porque eles não conseguem superar o estresse no próprio ambiente da instituição. Nesse sentido, é comum extrapolarem para o domicílio e demais ambientes sociais sentimentos de ansiedade, tristeza e preocupação (SILVÉRIO et. al., p. 68, 2010).

A repercussão do trabalho nas demais relações sociais e as condições e organização do trabalho, foram apontadas em três artigos (GARCIA et.al., 2008; SILVÉRIO et. al., 2010; OLIVEIRA et. al., 2012) como fatores que interferem na qualidade de vida docente. Silvério et. al. (2010) não apresentou categorias, mas aponta que as situações que se relacionam com ambiente organizacional como um todo e mais intensamente com as interações sociais, tais como conflitos entre alunos, entre professor-aluno e aluno-coordenação, interferem de modo mais significativo na Qualidade de vida e na saúde docente. Oliveira et. al., (2012), ao avaliar as condições de trabalho que interferem na Qualidade de vida e saúde dos professores, aponta três categorias, que evidenciam que o (1) lazer, descanso e saúde são insuficientes; com isso há (2) sentimentos de perda da interação social e familiar e (3) qualidade de vida é percebida negativamente (DAVOGLIO, LETINNIN E BALDISSERA, 2015).

Gráfico 16. Valores geral e por gênero referente ao domínio meio ambiente do questionário WHOQOL-Bref. Aracaju-SE. 2015



Fonte: O autor (2015).

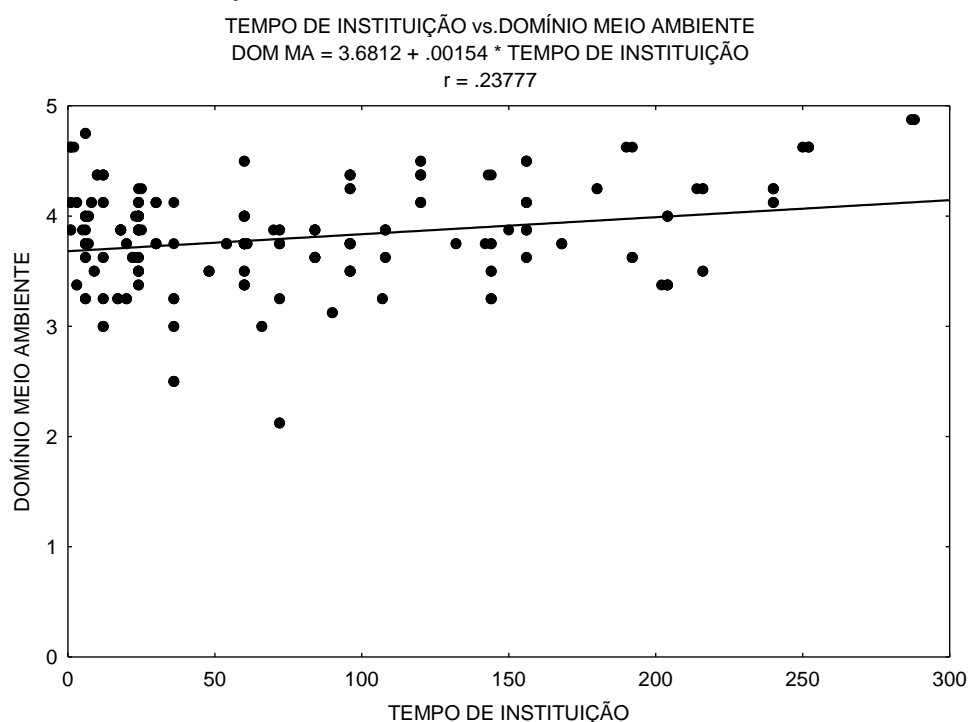
O ambiente no lar, a segurança física, proteção, os recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais, disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; compõem o 4º domínio do questionário WHOQOL-Bref. O domínio meio ambiente teve um menor destaque, em termos de valores gerais 43,5% (n=108), inclusive aparecendo valor maior na questão 03 (n=62), do que na questão 05 (n=57) conforme demonstrado no gráfico 16. Significando que os escores mais baixos que quatro domínios está representado pelo meio ambiente que esse docente faz parte. A ausência de horas no lar, o sedentarismo, excesso de trabalho e atribuições, alimentação desequilibrada, são alguns dos motivos constatados nessa pesquisa que influenciaram esse resultado.

Na pesquisa de Silvério et. al., (2010) encontramos relatos referente ao ambiente de trabalho que evidenciam as mais variadas situações construídas no processo de trabalho docente, as quais tem consonância com as representações de qualidade de vida. Essas representações em nossa pesquisa ficam mais evidenciadas, além dos valores acima descritos, nos relatos de nossos docentes que associam diretamente tempo, ou a falta dele, as suas representações de qualidade de vida. “Eu diria que hoje eu não tenho qualidade de vida. Eu trabalho de sete da manhã as vinte e três e trinta (E 9). Em pesquisa realizada no interior do Estado de São Paulo, Martinez et. al., (2009) utilizando o mesmo instrumento, evidenciou a associação entre horas de trabalho e os domínios psicológicos e meio ambiente,

mostrando que quanto maior as horas trabalhadas, menor são os escores de qualidade de vida.

Ao relacionar os valores do WHOQOL-Bref referente ao domínio meio ambiente e o tempo de instituição desses docentes, constatou-se, de acordo com o gráfico 17 uma correlação positiva e significativa ($p < 0,001$), portanto as pontuações maiores relativo a esse domínio são oriundas dos docentes de maior tempo na IES.

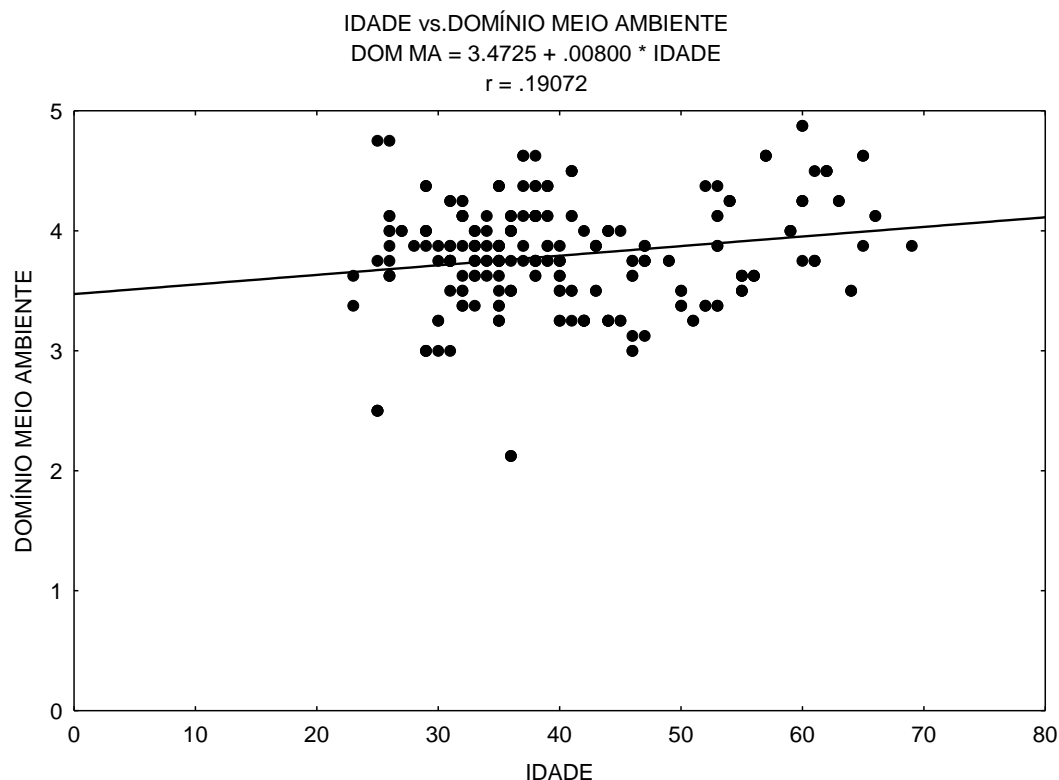
Gráfico 17. Correlação entre o tempo de instituição e o domínio meio ambiente dos docentes. Aracaju-SE. 2015



Fonte: O autor (2015).

Constatação semelhante, também foi encontrada entre o domínio meio ambiente e a idade dos docentes. Correlação positiva e significativa ($p = 0,003$), conforme gráfico 18, confirmando que quanto maior a idade maior também é a pontuação do domínio meio ambiente.

Gráfico 18. Correlação entre idade e o domínio meio ambiente dos docentes. Aracaju-SE. 2015.

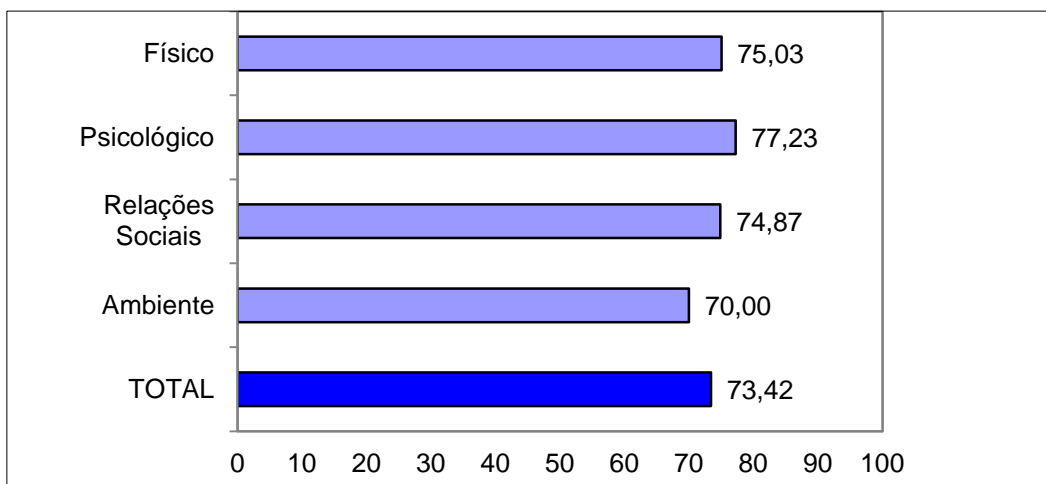


Fonte: O autor (2015).

Em nossos resultados também encontramos a aquisição de bens materiais ligados à percepção da qualidade de vida e ao convívio desses docentes “A aquisição de bens materiais para viver, estudar e trabalhar (E 3), encontramos ressonância na associação dessas questões materiais, consideradas objetivas com as questões subjetivas. “As condições objetivas são as condições materiais... associado também as questões subjetivas... acho que a qualidade de vida pode associar as condições objetivas as condições, subjetivas da vida”(E 3).

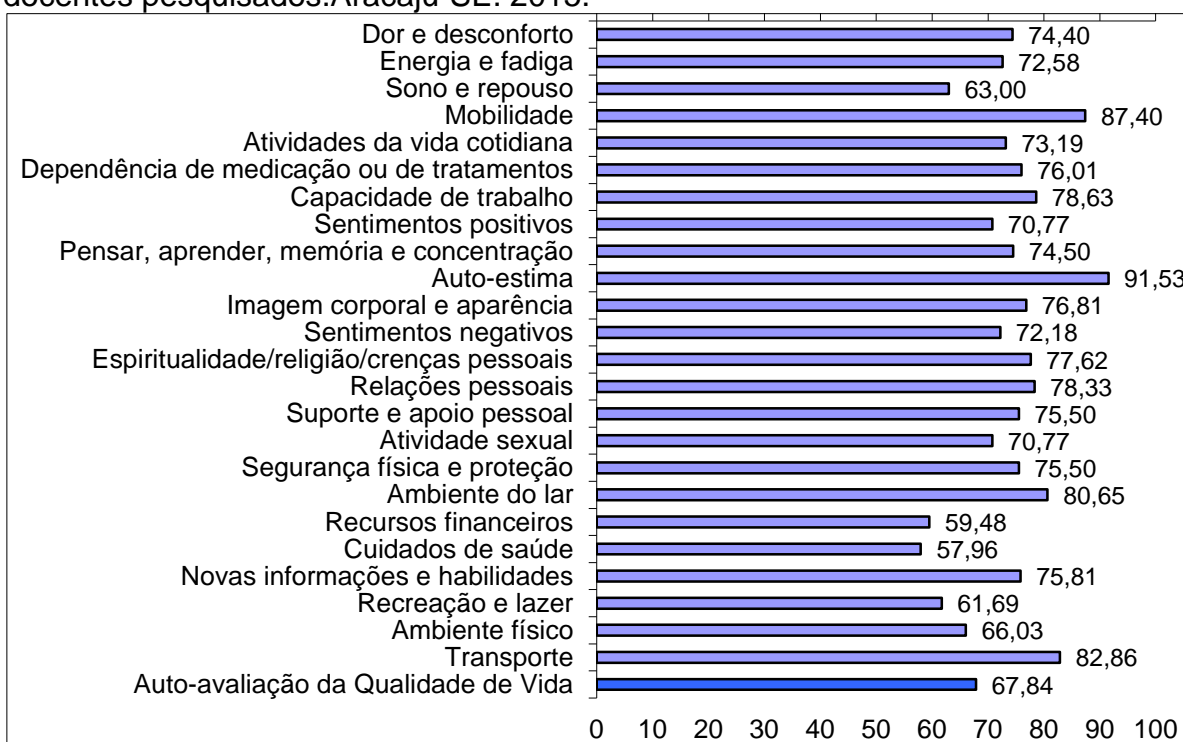
Salientamos especificamente nesse domínio, os resultados encontrados (em menor proporção comparada aos outros domínios), existe uma preocupação por parte do docente quanto a sua estabilidade na instituição uma vez que suas horas em sala de aula são variáveis a cada semestre dependente diretamente do número de disciplinas ofertadas e de alunos, o que financeiramente pode ser afetado influenciando sobre as questões pessoais – família, aquisição de bens, dívidas.

De forma resumida, o gráfico 19 apresenta o valor geral da pontuação referente ao questionário de qualidade de vida WHOQOL-Bref respondido pelos docentes da pesquisa, bem como os valores de cada domínio.

Gráfico 19. Resultado geral dos domínios do WHOQOL-Bref. Aracaju-SE. 2015

Fonte: O autor (2015).

Evidenciamos que os resultados encontrados demonstram escores maiores nos quatros domínios do questionário de qualidade de vida desses docentes. Igualmente comprovado, dos valores dos 04 domínios, segundo os docentes, o domínio meio ambiente compromete a qualidade de vida dos pesquisados, quando comparado aos outros domínios.

Gráfico 20. Facetas dos domínios do WHOQOL-Bref oriundo dos resultados dos docentes pesquisados. Aracaju-SE. 2015.

Fonte: O autor (2015).

Ao analisar detalhadamente cada uma das facetas que compõem os domínios do WHOQOL-Bref, gráfico 20, dor e desconforto, dependência de medicação ou tratamento e sentimentos negativos, foram as facetas de menor escore. Ratificamos que não existem relatos dessas facetas na pesquisa qualitativa e que a autoestima dos professores pesquisados destaca-se com maior escore (91,53). Apontando assim, que há um índice considerável de professores com qualidade de vida geral satisfatória. O WHOQOL-Bref, instrumento criado pela World Health Organization Quality of Life da OMS, deriva de uma versão maior (WHOQOL-100) possibilita conhecer os aspectos que mais comprometem a vida dos indivíduos e/ou populações ou grupos, por intermédio dos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Considerado um instrumento com a medida psicométrica mais relevante para a avaliação da qualidade de vida levando em consideração a perspectiva transcultural, multidimensional e subjetiva. Possibilitando assim mensurar e discutir alguns fatores que interferem na qualidade de vida dos pesquisados.

5.2 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS

Para etapa qualitativa de nossa pesquisa optamos pela entrevista semiestruturada, cuja principal característica, é a utilização de um roteiro previamente estruturado, cuja vantagem dessa técnica reside na sua flexibilidade e na possibilidade, caso necessário, de rápida adaptação, quer ao indivíduo, quer às circunstâncias. Para atenuar esses possíveis contratempos, a utilização do roteiro de entrevista contribui para um agrupamento sistemática dos dados coletados. Essa técnica se aproxima de um dialogo ou conversação.

Cada vez mais é frequente em pesquisas qualitativas a abordagem de análises textuais. a pesquisa qualitativa, segundo Moraes e Galiazzi (2007), investiga a partir de uma análise criteriosa e rigorosa de uma ou mais informações aprofundando-se e compreendendo seus fenômenos. Utilizando entrevistas ou analisando textos já existentes. Nesse tipo de análise não caracteriza testar hipóteses para comprova-las ou refuta-las ao final da pesquisa; a intenção aqui é a compreensão, reconstruir conhecimentos existentes sobre os temas investigados (MORAES; GALIAZZI, 2007).

A seguir apresentamos o “corpus”⁹ o qual representa as informações oriundas das entrevistas dos docentes dessa pesquisa. Essa fase do corpus reflete a narrativa dos dez professores de maiores e menores pontuações oriundas do questionário WHOQOL-Bref, cuja obtenção dos resultados validos e confiáveis postulou uma seleção e delimitação rigorosa.

Emergiram assim 05 categorias:

CATEGORIA 1 - Qualidade de vida

Obter a qualidade de vida é um das grandes finalidades da humanidade, mesmo não sabendo ao certo seu conceito. No entanto é fato dessa busca, a relação do bem estar com a saúde física e mental, proporcionando um equilíbrio bio, psico, físico e social do ser humano como sendo sua qualidade de vida alcançada. (SUMARIVA E OURIQUES, 2010). Para a tem da vida, levando em consideração seu contexto cultural, seus valores, suas crenças, expectativas, padrões e até mesmo suas preocupações e sal relação com seus objetivos traçados. Esse conceito tem sido utilizado em diferentes campos do saber desde a economia as demais especialidades da saúde.

Quadro 5. Classificação das transcrições dos sujeitos da pesquisa qualitativa referente à categoria qualidade de vida de acordo com as maiores e menores pontuações oriundas do questionário WHOQOL Bref. Aracaju-SE. 2015.

<p>Maiores</p>	<p>Qualidade de vida ah, é estar feliz.” (E1)</p> <p>“Qualidade de vida pra min seria ter uma vida regada a saúde, boa alimentação, boa atividade física. É estar bem consigo mesmo” (E 7).</p> <p>“Qualidade de vida pra min são hábitos saudáveis. São atividades sadias no dia a dia, são possibilidades de você fazer atividades físicas, ter uma alimentação adequada, você ter uma noite de sono tranquila. Hábitos que podem... Resultar em situações positivas...os hábitos saudáveis do dia a dia, relacionado com o bem estar...” (E 2)</p> <p>“Eu definiria como uma pessoa que se sente bem, que tem saúde mental,” (E 5)</p> <p>“Acho que é a evolução como ser humano, como pessoa. E, principalmente aos que estão ao meu redor é o que motiva ter essa qualidade de vida.” (E 4)</p> <p>“Conjunto dos aspectos sociais, econômicos, de saúde, físicos que</p>
----------------	--

⁹ Denominação retirada de Bardin.(1977)

	proporcionasse ao individuo um mínimo de condições adequadas de manter os direitos dele.” (E 4)
Menores	<p>“Pra min qualidade de vida, é um conjunto de elementos que garantem o bem estar, tanto emocional quanto físico.” (E 6)</p> <p>“A aquisição de bens materiais para viver, estudar e trabalhar, ... Saber analisar sua própria vida.” (E 3)</p> <p>“A possibilidade de você ter condições objetivas. As condições objetivas são as condições materiais... associado também as questões subjetivas... acho que a qualidade de vida poder associar as condições objetivas as condições subjetivas da vida.” (E 3)</p> <p>“Eu diria que hoje eu não tenho qualidade de vida. Eu trabalho de sete da manhã <u>as vinte e três e trinta...</u> (E 9)</p>

Fonte: O autor (2015).

A qualidade de vida, parafraseando Bisquerra (2008, p. 217) é a satisfação que o individuo busca associado aos diversos domínios de vida atrelada ao bem estar geral. Essa afirmação é corroborada pelo relato dos professores entrevistados (E1) e (E 7) que enfatizam a felicidade, a saúde, a boa alimentação e prática de atividade física como sinônimo de qualidade de vida.

Nos relatos acima fica claro que existe uma linha muito tênue entre a qualidade de vida e o bem estar. Mais de fato o que é qualidade de vida? Muitos autores anteriormente citados nesta tese enfatizam suas visões (MINAYO, 2000; SCHALOCK & VERDUGO, 2003; BISQUERRA, 2008; BRAGA, 2011; PRIESS, 2011; SILVEIRA, 2013) às vezes comuns entre eles, ou às vezes divergentes, mais todos concordam que é uma busca constante do ser humano. Qualidade de vida, O conceito de qualidade de vida, segundo Bowling e Brasier (1995) esta relacionado ao desenvolvimento humano, e implica em estabelecer um equilíbrio geral. É um aprendizado que se transforma em desafio ao longo da vida e que pode sofrer diversas interferências quando destacamos os ciclos de vida, a economia, a sociedade, a cultura etc. Do ponto de vista transcultural, de acordo com Schalock e Verdugo (2003), destacamos os aspectos éticos e étnicos, sendo esse primeiro universal, e o segundo local dependente da cultura.

Segundo Spitzer (1987), seu conceito sobre qualidade de vida perpassa pelo entendimento e pela percepção que o individuo possui sobre sua vida e seu posicionamento de valores e cultura aos quais ele pertence, alicerçado em seus objetivos, expectativas e padrão de vida. Mais uma vez enfatizando que os estudos

sobre qualidade de vida afirma que seu conceito é amplo e pode ser afetado de modo complexo por diversos fatores entre os quais, destaca-se as relações sociais, saúde, estado psicológico, seu nível de independência e pelas suas relações com as características mais relevantes do meio ambiente (MACHADO et al., 2011).

Ao falarmos de cultural e de sociedade, acreditamos que nossas relações sociais, principalmente o trabalho tem uma contribuição considerada nessa busca da qualidade de vida, afinal as empresas na atual conjuntura buscam também sua qualidade por excelência em seus serviços. Neste século tem sido árduo o esforço delineado pelas organizações para sobreviver, como também tem sido enorme o desgaste e o sacrifício impingido ao trabalhador moderno, resultando ainda em desânimo, insatisfação e até doenças laborais (SIQUEIRA, 2003).

Outras citações dos docentes relatam, a associação da qualidade de vida com hábitos saudáveis no dia a dia, dentre eles destacamos a atividade física, (E 2) e (E 6), conforme demonstrado no quadro 5.

Esta mais que comprovado, a associação de alimentação saudável com atividade física frequente melhoram os índices de saúde dos indivíduos. A prática de exercícios físicos regulares traz benefícios ao corpo e a mente, devido, não somente a maior produção de endorfinas, mas também à interação social que ocorre, com essa prática e ao bem estar despertado. Os autores, Hills e Argyle (1998) e Argyle (1999), corroboram com as justificativas acima e argumentam que essas atividades quando realizadas em grupo, times, clubes sociais, aula de canto coral, aulas de dança, despertam sensação de felicidade e bem estar promovendo interação social, espírito de equipe.

Outro aspecto a ser destacado nos relatos dos docentes, quanto ao conceito de qualidade de vida, tem haver com a visão do ser humano biopsicossocial. Esse conceito compreende o homem em três dimensões, o biológico, o psicológico e o meio na qual ele vive. Essas dimensões interagem o tempo todo com este ser humano, o que permite um entendimento mais completo do indivíduo, de acordo com as fala dos entrevistados (E 4) e (E 5)

No relato de um único entrevistado dessa pesquisa encontramos uma associação da qualidade de vida ou ausência dela com insatisfação na vida atual e principalmente ter a consciência e coragem de analisar sua própria vida. Lembramos que esses relatos (E 3), referem-se aos docentes que tiveram as cinco pontuações menores do questionário WHOQOL Bref, conforme demonstrado no quadro 9.

Encontramos em relatos de trabalho de Herculano (2000), algumas críticas ao tema, principalmente em entender, discutir e examinar o conceito de qualidade de vida. Não por ser desnecessário, pouco palpável ou desimportante, mas pela sua obviedade. A primeira hesitação em discutir e examinar o que é qualidade de vida, e que se baseia em entender que qualidade de vida é algo adjetivo e relativo (HERCULANO, 2000). Esse enfoque seria majoritariamente a medição da qualidade de vida ficando justaposto na escolha sobre o que de fato medir em sua vida atual, e que seja prioritário a compor sua visão de qualidade de vida.

O trabalho pode influenciar, tanto positiva como negativamente, segundo Levi (2002), a saúde e o bem-estar. Assim, de acordo Petroski (2005), considerando a influência positiva, o trabalho pode proporcionar alguns sentimentos: identidade, autorrespeito, suporte social, recompensas materiais, entre outros (CATAPAN, 2014).

Para concluirmos essa categoria, encontramos no seguinte relato docente, “Eu diria que hoje eu não tenho qualidade de vida. Eu trabalho de sete da manhã as vinte e três e trinta (E 9). Uma clara relação de insatisfação, desde já enfatizamos como única dentre todos os entrevistados. Conceituar qualidade de vida, como já enfatizado, é bastante intrincado, não apenas pelo fato de não encontrar uma definição consensual sobre o que ela de fato significa qualidade de vida, tanto pelo viés individual quanto coletivo, todavia, o que parece de fato existir é uma razoável concordância entre os pesquisadores acerca do constructo qualidade de vida cujas características são: a multidimensionalidade do conceito, a subjetividade em entender e a bipolaridade (MACHADO et al., 2011).

A velocidade das mudanças do mundo globalizado tem interferido na qualidade de vida da maioria das pessoas, em especial na dos trabalhadores que têm por objeto de trabalho o cuidado do ser humano (SALLES, 2005). Por dedicarem-se exageradamente e terem uma sobrecarga de trabalho, muitos docentes encontram dificuldades de integrar-se além dos espaços da universidade. Esquecem do quão importante é ter lazer e ter contato com situações novas, conviver e planejar as atividades familiares (LORENA, 2012).

Acordamos que umas das formas de mensuração da qualidade de vida citada por Herculano (2000) baseia-se nas necessidades dos avaliados, no grau de satisfação e nos níveis desejados de satisfação. Para a autora pode-se tentar avaliar a qualidade de vida, tanto pela diferença e/ou pela distância entre o que se deseja e

o que se alcança, ou seja, pelos graus de prazer ou felicidade experimentados (NUSBAUM, 1995).

CATEGORIA 2 – Alimentação

Atualmente o desejo de alcançar a longevidade e envelhecer com qualidade de vida vem se tornando desejo de grande parte da população. Esta meta tão cobiçada perante a sociedade mundial atual vem se relacionando cada dia com diversos fatores, sejam estes físicos, psicológicos ou comportamentais, estando diretamente ligados com a nutrição. A realização de estudos epidemiológicos auxilia na detecção dos fatores de risco, para que assim possam ser avaliados, contribuindo para a elaboração de ações preventivas e de intervenção. Pois sabe-se que os resultados desses estudos podem ser parcialmente prevenidos por meio de intervenções sobre os fatores de risco comportamentais.

Quadro 6. Classificação das transcrições dos sujeitos da pesquisa qualitativa referente à categoria alimentação de acordo com as maiores e menores pontuações oriundas do questionário WHOQOL Bref. Aracaju-SE. 2015.

<p>Maiores</p>	<p>“Uma redução alimentar e, confesso que não está sendo das melhores...mais procuro fazer uma reeducação alimentar com mais alimentos que possam representar numa vida mais saudável.” (E 2)</p> <p>“A alimentação? <u>Esta boa.</u>” (E 4)</p> <p>“Está uma bagunça por causa dos meus horários. De manhã muito cedo eu não tenho fome, eu não tenho vontade de comer, então como muito pouco, só pra poder aguentar...”(E 1)</p> <p>“Atualmente esta melhor... Porque estou numa fase de inicio do período, eu creio que quando for mais pra frente, que aumentar a carga talvez piore um pouquinho .“ (E 1)</p> <p>“<u>Precaria...</u> Não como verduras, poucos legumes. Em termos de alimentação eu sei que é importante.” (E 8)</p> <p>“Há com certeza. Isso é notório quando a gente percebe que a alimentação está relacionado a isso... Como nós fazemos uma alimentação fora do horário... Desregulado, a gente percebe que a alimentação fora do horário acaba provocando essa situação”. (E 2)</p>
----------------	---

	<p>“Com certeza tem uma relação, eu percebo principalmente no tocante ao desenvolvimento das minhas atividades diárias. Quando você se alimenta bem, você sente que reage melhor nas suas atividades do dia a dia e rende melhor nas atividades do dia a dia.” (E 4)</p> <p>“A <u>com certeza</u> porque, minha alimentação, eu não como carne, então me alimentação fica um pouco restrita... uma digestão facilitada, eu não tenho aquela necessidade de ficar descansando por longas horas, é uma alimentação mais leve... vou adaptando na minha vida que melhoram bastante.” (E 5)</p> <p>“Em vários momentos, tenho uma resistência baixa, é, fico doente com grande facilidade.” (E 8)</p> <p>Olha, eu tô me sentindo feliz mais eu sei que daqui a pouco. Eu vou está estressada, cansada... “Eu deveria ter <u>um outro horário de trabalho.</u>” (E 1)</p>
Menores	<p>“Estou fazendo uma reeducação alimentar... dando preferência a verduras, legumes, carnes, frango e peixe. Suspendi refrigerante. Pra tentar regularizar o meu peso.” (E 3)</p> <p>“Melhor. Eu melhorei a alimentação sob vários aspectos, no sentido de ingerir alimentos menos gordurosos, de me alimentar nos horários correto. Ainda não consegui ainda fazer uma atividade.” (E 6)</p> <p>“Péssima. Eu hoje não tenho uma alimentação que possa ser classificada de qualidade, não tenho horários pra, pra alimentar. Está uma bagunça por causa dos meus horários. De manhã muito cedo eu não tenho fome, eu não tenho vontade de comer, então como muito pouco, só pra poder aguentar...” (E 10)</p> <p>“Não muito bem. Precisando melhorar <u>muito</u> principalmente do ponto de vista de controle de compulsão para alimentar” (E 7)</p> <p>“<u>Horrível</u> ...falar a verdade, vou levar um sermão do nutricionista. Eu como o que for rápido e o que tiver disponível.” (E 9)</p> <p>“Totalmente. Principalmente quando vou dormir. Se não como antes de dormir, me sinto muito melhor, se como sacio a fome, entretanto tenho pesadelo, acordo mau, não me relaciono bem.” (E 7)</p> <p>“Sim, total tem uma relação, por exemplo, a minha mobilidade melhorou... O meu movimento, o meu corpo, em tudo que eu estou perdendo peso, eu estou me sinto mais leve. Acordo melhor, não acordo mais com aquela sensação que estou cansada, passei a noite carregando piano.” (E 7)</p> <p><u>Sim.</u> Existe uma relação muito grande. Eu não tenho uma alimentação balanceada, eu não sei a quantidade de carboidrato, proteína que eu devo ingerir. Eu sinto que há uma relação na minha qualidade de vida, porque eu fico cansada, com dores nas pernas, com insônia, dores nas costa, desanimo...” (E 9)</p>

Quando questionado como estaria sua alimentação no atual momento, o relatado dos professores indica um panorama bastante diverso, quer seja no tocante ao cuidado nutricional com suas escolhas, o que repercute positivamente em sua saúde física e mental, como constatamos no relato do (E 2).

O cenário atual desses docentes quanto sua alimentação reflete ser positiva e salutar, como relatado por (E 4) e (E 3), destacando ser a reeducação alimentar uma de mudança comportamental e acima de tudo um processo de aprendizagem, tendo como base as orientações nutricionais específicas, pois dieta é individualizada. É através dessa conscientização que o indivíduo conhece, incorporam e prática hábitos alimentares mais saudáveis em função de sua prevenção, melhoria e/ou reabilitação da saúde.

Ressaltamos que essa conscientização de mudança, de fato traz melhoria para a vida de forma geral. Nas últimas décadas a ciência da Nutrição evoluiu muito e hoje sabe-se que alimentação, aliada ao estilo de vida de cada um, como a prática de exercícios físicos, tem influência direta na prevenção e controle de doenças crônicas. A simples adoção de hábitos alimentares, como aumento da ingestão de hortaliças, redução de refrigerantes, contribui para uma vida mais salutar (E 6).

De forma contrária as afirmações acima quanto a alimentação, destacamos que alguns docentes, classificados com pontuações menores, de acordo com o quadro 8, afirmam que alimentação não esta controlada, precisando melhorar, por conta dos horários de trabalho, o que pode futuramente repercuti na saúde desses professores (E1) e (E10). Da mesma forma, negativamente, tendo como motivo/desculpa o trabalho e seus horários, alguns docentes enfatizam que essa alimentação precisa melhorar (E 1) e (E 7)

A expressão veiculada “comer de tudo” parece ter um estreito vínculo com a incorporação do prazer na disciplina alimentar. Essa ação caracteriza o “descontar” na alimentação, mesmo quando o sujeito não está com fome, apesar de estar satisfeito. Pessoas com compulsão alimentar comem grandes quantidades de alimentos em pouco tempo, isso pode refletir num aumento de peso futuro. Existem algumas situações que podem favorecer a compulsão alimentar, dentre elas, o estresse e problemas emocionais. O prazer em comer ao longo da história das ciências da nutrição, que sempre teve seu lugar subestimado em prol do “nutritivo” (LEVENSTEIN, 2003), redefine sua posição nesse espaço, tendo contribuição importante com o crescimento da área da gastronomia.

No relato dos docentes (E 8) e (E 9) evidenciamos uma parcela pequena de professores cuja alimentação contraria ao preconizado pela Ciência da Nutrição. Como enfatizamos anteriormente, a reeducação alimentar é um processo de adoção de hábitos mais salutar quanto a alimentação de forma individualizada. Nesse processo, pequenas mudanças na conduta alimentar, causam efeito maior do que se esperava, pois é possível consumir alimentos saudáveis e saborosos, sem abrir mãos de alguns vícios alimentares. Todavia é importante destacar que a reeducação enfatiza que grande parte de seus erros alimentares acaba compreendendo a saúde e, principalmente o que precisa ser mudado e quanto precisa. Não se mudar hábitos alimentares num curto espaço de tempo, o processo é gradual, mais é possível obter sucesso. Para finalizar reforçamos que o respeito as crenças, hábitos, cultura e condições socioeconômica, do individuo são a linha mestre de uma boa reeducação nutricional individualidade.

O cenário da alimentação brasileira atual demonstra que 67,8% estão acima do peso normal, dos quais 17,8% encontram-se obesos. Dados oriundos da pesquisa - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, Vigitel 2014. Esses valores constatam que os números da população só aumentam, quando comparados ao Vigitel realizado no ano de 2006, que eram de 42,6% e de obesos era de 11,8%. Os percentuais demonstram que 19% e 48% são superiores aos registrados em 2006. Esses dados não diferem da população mundial, tendo o Brasil em 2014 ocupado o quinto lugar na lista de países como excesso de peso e obesidade. A grande contribuição para esse fato, se deve a mudança nos hábitos dos brasileiros nos últimos 30 anos, com aumento do consumo de produtos industrializados, ascensão da classe c dentre outros, levou o país a ocupar essa posição no ranking mundial da obesidade. Os números são claros 60 milhões de brasileiros estão acima do peso e 22 milhões considerados obesos.

Baseada em estudos epidemiológicos que levam em conta o IMC, Os números acima atestam o que a OMS prospectou em escala mundial, para o ano de 2015 2,3 bilhões de pessoas com excesso de peso sendo que 700 milhões diagnosticadas com obesidade. Essa projeção torna-se maior quando levamos em consideração a gordura abdominal, mais prejudicial a saúde por ser precursora de desordens metabólica não transmissíveis.

O novo guia alimentar da população brasileira, lançado em 2014, pelo Ministério da Saúde com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde e do

Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo, reforça a importância das recomendações e orientações para promover a saúde e o bem-estar de toda a população, são estes os principais objetivos do guia, bem como, ações para prevenir tanto a desnutrição proteico calórico, em forte declínio no país, quanto às doenças crônicas não transmissíveis, como a obesidade, diabetes, hipertensão e outras doenças crônicas relacionadas à alimentação. Um dos destaques desse rico material é exatamente o foco na reeducação alimentar, que enfatiza o aproveitamento dos alimentos consumidos, ato de comer e as influências externas positivas e negativas, entre outros aspectos.

Corroborando como o relato de nossos docentes, o tempo despendido para realizar suas refeições, a atenção dedicados ao comer, o tipo de ambiente onde realiza as refeições e a partilha de refeições, so para citar alguns aspectos, são muito importantes para o bem estar individual e familiar, bem como para qualidade de vida.

Procure fazer suas refeições diárias em horários semelhantes. Evite “beliscar” nos intervalos entre as refeições. Coma sempre devagar e desfrute que está comendo, sem se envolver em outra atividade. (Guia Alimentar para População Brasileira 2014, p 93)

As consequências dessa atitude da associação de tempo ou a falta dele, horário de trabalho, praticidade, hábitos alimentares errôneos reflete um panorama de monotonia alimentar, repetindo seguidas vezes o mesmo cardápio, o que privaria o corpo de outros nutrientes essenciais para o desenvolvimento, inferindo sobre a saúde do docente. Esta afirmação é corroborada com os resultados quantitativos dessa pesquisa, na qual encontramos uma mediana entre todos os indivíduos de 26,42 kg/m² (23,53-29,22) referente ao IMC e a circunferência de abdominal de 89 cm (78-96) em ambos os sexos. Por outro lado a consciência e a ação por uma alimentação variada e saudável reforça os laços da educação com a nutrição.

A Educação nutricional, anteriormente detalhada, tem papel fundamental na manutenção da saúde corporal e mental. A principal mensagem da reeducação alimentar é a adoção de novos hábitos alimentares, através do consumo equilibrado saudável, e se possível natural, através destes novos hábitos alimentares preconizam uma dieta balanceada e equilibrada, que contenha todos os nutrientes em quantidades adequadas a atual situação do individuo. Nessa modalidade se pode comer de tudo, desde que seja com parcimônia, mais acima de tudo que seja

prazeroso. Para tanto, é necessário educar os desejos, a ansiedade e a compulsão para comer. Portanto, trata-se de um aprendizado perene. Assim, o indivíduo poderá equilibrar sua alimentação, escolher mais conscientes seus alimentos e melhorar sua autoestima, com a promessa de alcançar a felicidade e o prazer equilibrando corpo e mente, através de uma alimentação saudável.

Ainda nessa categoria gostaríamos de destacar a pergunta do roteiro de entrevista semi estruturada que questiona a relação da alimentação atual dos docentes com sua qualidade de vida. Essas transcrições evidenciam a existência dessa relação em 100% dos entrevistados. Todos os docentes têm consciência de que pequenas mudanças nos hábitos alimentares tem influência positiva em suas atividades diárias, principalmente durante a realização de atividades laborais, conforme entrevistados (E 2) e (E 7).

De acordo com os relatos acima, alimentação fora de horário e/ou a substituição de uma boa alimentação por lanches rápidos frequentes, podem contribuir para um ganho de peso indesejado e pode dificultar a absorção de nutrientes. Nosso corpo é regido pelo trabalho dos hormônios, que funcionam de acordo com os horários do dia. Quando não comemos na hora certa, a absorção de nutrientes não é tão eficiente. Por exemplo, as gorduras são bem vindas pela manhã, ao contrário, a noite dificulta o sono, já as frutas são uma ótima opção para o estomago vazio, segundo (E 7), cuja pontuação segundo pontuação da qualidade de vida foi menor, conforme quadro 6.

Contrario ao parágrafo acima, a prática regular de exercícios físicos e uma boa alimentação trazem inúmeros benefícios ao seu praticante, desde uma redução ou manutenção de peso, melhora da motilidade, melhora da disposição, influencia o humor e a saúde mental, além de prevenir o surgimento de doenças, destaque merece o (E 4) com pontuações maiores, demonstrado no quadro 6.

Uma das leis da Nutrição reforça a variedade qualitativa de alimentação saudável, devendo, naturalmente colorida, Pois esse princípio fundamenta a alimentação saudável como preventiva no surgimento de várias doenças e funciona como fator de proteção se forem adotados ao longo da vida. Ao contrario, pode surgir a obesidade, que é um estado mórbido caracterizado pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, segundo dados da Organização Mundial de Saúde, existem, no mundo, mais de um bilhão de pessoas adultas com sobrepeso e pelo menos 300 milhões de obesos. Esta enfermidade pode ser avaliada pelas complicações

metabólicas a elas associadas, onde dislipidemia, doenças cardiovasculares e diabetes.

Uma alimentação saudável é aquela que traz um equilíbrio quantitativo entre os macronutrientes, como proteínas, carboidratos e lipídeos e entre os micronutrientes, ou seja, vitaminas e minerais, e deve conter grande variedade de alimentos diariamente incluindo carne branca (peixe e frango), carne vermelha, laticínios, hortaliças, frutas, vegetais, e grãos. A adaptação de determinadas escolhas pode ser benéfica à saúde, todavia, desde que seja bem orientada. A exemplo do professor (E 5) que tem consciência de sua alimentação “minha alimentação, eu não como carne, então minha alimentação fica um pouco restrita [...] uma digestão facilitada, eu não tenho aquela necessidade de ficar descansando por longas horas, é uma alimentação mais leve [...] vou adaptando na minha vida que melhoram bastante.”

A carne vermelha é um dos alimentos mais consumidos pela população brasileira, contém inúmeros nutrientes como proteínas, vitaminas e minerais como ferro que, se forem consumidos na medida certa, são importantes para o bom funcionamento do organismo. Em sua composição nutricional a carne em geral contém cerca de 20 a 30 gramas de proteína, o que equivale a, aproximadamente, 50% das necessidades diárias de um ser humano adulto. Destacamos também do ponto de vista proteico da carne a presença da mioglobulina, um importante transportador de oxigênio e um antidepressivo natural favorecendo o bem estar. A cianocobalamina também é fonte importante no alimento, pois contribui para o bom funcionamento das células nervosas. O relato a seguir enfatiza nossa afirmação. “Em vários momentos, tenho uma resistência baixa, e, fico doente com grande facilidade.” (E 8).

O relato acima, nos remete as características da sociedade moderna e industrializadas, cujo padrão alimentar denomina-se “dieta ocidental”. Esse tipo de dieta caracteriza-se por um consumo alto de gorduras saturadas e baixa em gordura insaturada, além de colesterol, açúcar refinado, baixo teor de fibras, e ligado ao aumento de vida sedentária. Esta característica, não é privilégio de uma sociedade de alta renda, cujo acesso a esses alimentos é mais frequente, também é constatada, em proporção crescente, na população de baixa renda, resultando no surgimento de DCNT e num aumento de peso crescente e conseqüentemente na obesidade (PASCOAL 2002, SANTANA, 2001). Isso repercute em escolhas

monótonas de alimentos pouco nutritivo, principalmente de proteínas de alto valor biológico o que repercute na saúde do docente e mais ainda nas defesas orgânicas, sendo esse nutriente, importante para a manutenção da imunidade corporal.

Existe uma relação entre alimentação, estresse e estado nutricional. Conforme relato do (E 1). Essa tríade emerge por conta de um desequilíbrio hormonal, aumentando assim a produção de cortisol e adrenalina. Os fatores emocionais e físicos são os causadores do estresse favorecendo o desequilíbrio hormonal. Entre as doenças relacionadas ao estresse destaca-se, as doenças cardiovasculares, dores musculares, hipertensão, depressão e doenças do trato gastrointestinal, e ainda um comprometimento do sistema imunológico nos deixando o organismo mais susceptíveis a infecções. Para combater o estresse, do ponto de vista da nutrição, é necessária a adoção de hábitos alimentares mais saudáveis, pois se sabe que uma alimentação equilibrada e a prática de exercício físico regulares contribuem bastante. Além disso, sugere-se buscar algumas atividades que auxiliem a encontrar o equilíbrio entre corpo e mente, conforme fala do (E 1)

Todos tem o mesmo consenso em afirmar a existência entre a alimentação, seus benefícios e suas consequências, na melhora de suas condições físicas e mentais em sua vida e principalmente o avanço da qualidade de vida diária, segundo narração abaixo:

“Sim. Existe uma relação muito grande. Eu não tenho uma alimentação balanceada, eu não sei a quantidade de carboidrato, proteína que eu devo ingerir. Eu sinto que há uma relação na minha qualidade de vida, porque eu fico cansada, com dores nas pernas, com insônia, dores nas costas, desânimo...” (E 9)

Segundo Ministério da Saúde através da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Brasil (2003) os requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, propicia por intermédio da ciência da nutrição e dos fundamentos de sua alimentação o pleno potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania. Ademais, contribuem sobre tudo para o enfrentamento da obesidade e o crescente das doenças crônicas não.

A conduta alimentar está fortemente ligada, segundo Viana (2002), além dos hábitos de vida dos indivíduos ao estilo de vida. Salientamos que, o estilo de vida típico ocidental, por sua vez, conduz a hábitos inadequados, anteriormente elencado, mais uma vez aqui enumerados, consumo de lanches rápidos e calóricos, aumento da ingestão de sal, açúcar e alimentos industrializados, preditor de fatores

de risco de doenças e agravos não transmissíveis, anteriormente enumeradas. Outrossim, a escolha de uma dieta inadequada pode causar doenças carenciais, sobretudo de micronutrientes como vitaminas e sais minerais, independente das condições socioeconômicas dos sujeitos (RAMALHO, 2000). A adesão de uma dieta com restrições alimentares em concordância com as mudanças no estilo de vida visando à prevenção e ao tratamento dessas doenças, ainda é insipiente. Todavia, quando isso acontece, constatamos uma melhora da disposição em executar atividades físicas, melhor qualidade de sono, menos cansaço físico e mental, etc.

CATEGORIA 3 – Autocuidado

O autocuidado, definido por Dorothea Orem¹⁰ baseia-se em atividades de caráter prático executadas inicialmente pelos indivíduos, tendo como objetivo seu próprio benefício para a manutenção da saúde e do bem estar melhorando assim sua vida (LEOPARDI, 2006). A teórica evidencia que todos os indivíduos são capazes de cuidar de si, enfatizando prioritariamente o que é necessário e imprescindível para sua qualidade de vida e conseqüentemente proteger-se.

Quadro 7. Classificação das transcrições dos sujeitos da pesquisa qualitativa referente à categoria autocuidado de acordo com as maiores e menores pontuações oriundas do questionário WHOQOL Bref. Aracaju-SE. 2015.

Fonte: O autor (2015).

<p>Maiores</p>	<p>“Você se preservar, você ter na verdade um interesse em se manter bem.” (E 4)</p> <p>“Cuidar de min mesmo, não depender dos outros pra ter uma boa vida. ” (E 8)</p> <p>“<u>Autocuidado</u>. Você ter um tempo pra cuidar de si.” (E 9)</p> <p><u>Autocuidado</u> é justamente a possibilidade que eu tenho de ter conhecimento do meu corpo...das possibilidades ao meu redor, de atividade que eu posso realmente agregar no meu dia a dia, para viver melhor.” (E 5)</p> <p>“Autocuidado. um pensamento permanente, de auto conhecimento,... de</p>
----------------	---

¹⁰Dorothea Elizabeth Orem é enfermeira americana. Desenvolveu a Teoria da enfermagem a qual se constitui na premissa que os pacientes podem cuidar de si próprios, Esse modelo é baseado na ideia inicial de que todos os pacientes desejam cuidar de si próprios.

	<p>valorização também como ser humano e valorização dos cuidados que estão relacionados ao dia a dia.” (E 2)</p> <p>“Pra min você buscar se <u>auto cuidar</u>, por exemplo... pesquisar uma postura correta de. Sentar, o tom de voz adequado que eu devo dar aula, os intervalos que eu preciso tomar água, a quantidade de água que eu devo ingerir por dia, melhor alimentação, pra min atividade física... Eu buscar essas informações pra eu possa me cuidar melhor.” (E 8)</p> <p>“Estou fazendo uma reeducação alimentar... cuidando mais de mina alimentação, dando preferência as verduras, legumes, carnes, frango e peixe. Suspendi refrigerante.... para tentar regularizar o meu peso... fazendo uma caminhada diariamente... ingerindo mais liquido, mais água, mais chá, evitando <u>café</u>... Então, estou me alimentando melhor.” (E 5)</p> <p>“Eu tento dormir cedo, corto refrigerante, controlo o consumo do carboidratos, então essas medidas em relação a alimentação, eu faço... tento não me estressar...” (E 5)</p> <p>“Pensar positivo, fazer com que tenha um otimismo nas minhas relações, nas minhas atividades, sempre buscar fazer o bem...” (E 2)</p> <p>“Atividade física. Não dependo de ninguém, eu corro, faço minha atividade física.” (E 8)</p> <p>“Exercício físico, alimentação. Acho que os momentos de reflexão para desestressar nossa mente são fundamentais.” (E 4)</p>
Menores	<p>“<u>Autocuidado</u>. Disciplina, zelo e todo o conjunto de situações a qual me submeto, desde questões ambientais, questão nutricional, possa estar bem para me autocontrolar.” (E 7)</p> <p>Autocuidado? Ah é um mix, é quando você, sai da rotina, do trabalho, e olhar pra si, quando você consegue, ter uma boa alimentação, faz uma atividade física, ter tempo de olhar no espelho e notar as diferenças que seu corpo tá tendo.” (E 10)</p> <p>“Atualmente, ingerir água, numa quantidade adequada, segundo controle de voz, que muita vezes a gente acaba exagerando, em virtude da atividade, da docência, a gente perde um pouco esse controle...” (E 6)</p> <p>“Só tenho um autocuidado que é esse cuidado que eu tenho no final de semana, em não descuidar da aparência... autocuidado espiritual, eu sou católica...” (E 9)</p>

Fonte: O autor (2015).

O termo cuidado provém do latim *cogitatu*, imaginado, pensado, meditado, cuja a origem etimológica *cogitatus*¹¹, refletido, também pode significar “dedicação; cujo comportamento, aparência, formação moral e intelectual são primorosos (falando de pessoa); atenção especial, comportamento precavido, zelo, desvelo que se dedica a alguém ou algo” (HOUAISS, 2001).

Para Leonardo Boff (1999), o cuidado é mais que uma virtude, é um ato singular. É um modo de ser, por isso constata o autor, ser a forma como esta estruturado o individuo em relação a sua vida e suas relações com outros a sua volta e com o mundo

Ao iniciarmos esse capítulo sobre o processo de cuidado, questionamos, estamos nos cuidando? Quanto? Percebemos esse cuidado no dia a dia? O que estamos realizando para a melhoria das condições do cuidado hoje? Se eu não me cuido, posso cuidar do próximo? Para responder a esses questionamentos é importante saber que cuidar implica prioritariamente a aprender a cuidar de si e do próximo, tendo sempre a percepção de nossa das possibilidades e principalmente de suas limitações, baseados na realidade.

As transcrições abaixo são referentes às respostas dos docentes quanto ao conceito de autocuidado. Percebemos que essas respostas estão agrupas, basicamente em três vertentes. O primeiro caracterizamos como o cuidar de si, o segundo conjunto de situações que contribuam para o autocuidado e, uma terceira característica, o autocuidado e a alimentação.

As narrativas acima, conforme quadro 7, dos docentes evidenciam que o conceito de cuidado é singular e, necessita inicialmente apenas de você. Ancorado em Leonardo Boff, Silva et al (2005), esclarece que o cuidado é a sustentação primeira do ser humano antes que este faça qualquer coisa, e se fizer, este ato vem acompanhada de cuidado; constituindo uma dimensão ontológica, um modo-de-ser que revela a maneira consistente de como é o ser humano, destacamos os entrevistados (E 4), (E 8) e (E 9), todos com pontuação máxima da qualidade de vida.

Independente das pontuações maiores ou menores da qualidade de vida docente, encontramos concordância que o autocuidado não se limita apenas a uma

¹¹ FERREIRA, A.B.H. Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira ;1999.

atividade e sim, a um mix de atitudes de melhoria conforme os relatos dos entrevistados (E 5), (E 7), (E 10) e (E 1).

A concordância dos entrevistados, em conceituar o autocuidado, como atitudes, possibilidades conscientes de cuidado consigo, refleti num bem estar físico e mental. Historicamente vamos encontrar em Foucault, em sua obra, “As técnicas de si” (1982), as respostas para essas afirmações. Para o autor, o cuidado é substituído pelo cuidado de si, o qual é oriundo do conhecimento socrático-platônico entendido pelo autor como a “arte da existência, ou seja, princípio segundo o qual convém ocupar-se de si mesmo derivando em imperativos sociais e elaborando saberes coletivo” (FOUCAULT, 1982, p.7).

Na antiguidade, o cuidado de si era pautado pelo comportamento social e pessoal, segundo os gregos, direcionando de acordo com esse comportamento, sua moral e sua conduta o viver de cada. O advento do cristianismo esse comportamento passa a ser norteado pela igreja e conduzido por normas, procurando constantemente a estética da existência.

De acordo com Pereira e Fávero (2001, p.3) “não são possíveis generalizações a respeito da motivação, tornando-se importante considerar a peculiaridade humana, pois os indivíduos possuem desejos e necessidades diferentes”. É importante destacar que o exercício do cuidado de si tem sua premissa ligada ao exercício da política, através do modo que o individuo percebe o mundo e a forma de estar nele, suas relações consigo e com os outros, sua atitude de agir e de modificar-se, quando necessário e de transformar-se (LAGES, 2011). Encontramos ressonância dos autores citados, nos docentes (E 2) “Autocuidado. um pensamento permanente, de auto conhecimento, de valorização também como ser humano e valorização dos cuidados que estão relacionados ao dia a dia” (E 2) e:

“Pra min você buscar se auto cuidar, por exemplo... pesquisar uma postura correta de. Sentar, o tom de voz adequado que eu devo dar aula, os intervalos que eu preciso tomar água, a quantidade de água que eu devo ingerir por dia, melhor alimentação, pra min atividade física... Eu buscar essas informações pra eu possa me cuidar melhor.” (E 8)

Encontramos nos relatos de Leonardo Boff, em *Saber Cuidar* (1999), a existência de duas dimensões para o cuidado na perspectiva macro, expressando preocupação com o meio ambiente, seu habitat, ecológica de consciência da preservação do planeta; e a dimensão micro, o que diz respeito ao próprio individuo

ao seu corpo e mente, o cuidado entre os seres humanos, saúde, O mais importante para Boff não é a dimensão do cuidado ser de forma macro ou micro, mas sim perpassa por um cuidar visto para além da atitude e de atos dos seres humanos; o cuidado está antes das atitudes humanas, e, portanto está em todas as situações e ações.

Quando questionamos os docentes, que anteriormente conceituaram autocuidado, quais seriam as estratégias que eles adotam para se autocuidar, alegamos as mais variadas ações, como alimentação, otimismo, sono, atividades físicas, destacando-se a fala do (E 5). Essas ações reafirmam as ideias de Leonardo Boff acima esplanadas.

Queremos destacar o papel da atividade física presente nos depoimentos de nossos docentes. Atualmente, mesmo num cenário brasileiro de sedentarismo. Segundo Monteiro *et al.* (2003), 80% da população é considerada inativa. Em virtude do processo de industrialização e mecanização no cotidiano dos indivíduos, a prática de exercícios físicos teve decréscimo acentuado (BROWNSON; BOEHMER; LUKE, 2005), bem como as atividades domésticas diminuiu de forma significativa a atividade física da vida moderna (CAMÕES; LOPES, 2008). A associação direta entre qualidade de vida e os níveis de atividade física evidenciam nitidamente os benefícios tanto para enfocando indivíduos, grupos e/ou comunidades (PAPINI, 2009).

Dentre as práticas de autocuidado, elencadas por nossos docentes, esta o exercício físico, “Atividade física. Não dependo de ninguém, eu corro, faço minha atividade física.” (E 8) e “Exercício físico, alimentação. Acho que os momentos de reflexão para desestressar nossa mente são fundamentais”(E 4). O fundamento de realizar uma atividade física significa exatamente o que o nome implica: “estar fisicamente ativo até o ponto de haver aumento significativo no dispêndio de energia na vida diária, ou por ocasião do lazer” (FOSS; KETEYIAN, 2000, p. 341). Não importa os movimentos, esportes, danças, jogos, lutas, exercícios físicos, e até atividades laborais e deslocamentos. Esses movimentos diário ou corriqueiro tem como resultado o despertar da força, melhora resistência cardiorrespiratória e flexibilidade, proporcionando a capacidade de realizar trabalhos musculares de forma satisfatória, esses são elementos que compõem a aptidão física. Dessa forma o exercício, atividade ou movimento oferece proteção aos distúrbios orgânicos provocados por um estilo de vida sedentário, destacado no relato do (E 8) “Atividade

física. Não dependo de ninguém, eu corro, faço minha atividade física.” De acordo com o quadro 7.

Diversos são os motivos que têm levado os indivíduos a praticarem exercícios físicos, seja por influência da mídia, por questões estéticas, como forma de lazer, como um meio de interação social ou como forma de prevenção e controle das doenças crônicas degenerativas. Podendo proporcionar uma melhora do humor, da qualidade de vida, do sistema imunológico dos praticantes. (FOSS; KETEVIAN, 2000).

De acordo com Allsen *et al.* (2001, p.55), os benefícios proporcionados pela atividade física são:

Aumento da resistência aeróbia no desempenho de tarefas específicas, melhora da capacidade funcional do sistema circulatório e respiratório, melhora da força e flexibilidade dos músculos e articulações, reduz os riscos de lesões na região lombar, desenvolve a força do sistema esquelético, controla o peso e reduz a gordura corporal, exerce ação positiva sobre os órgãos internos, retarda o processo fisiológico de envelhecimento, desenvolve as capacidades físicas, diminui o gasto energético e conseqüentemente a fadiga para tarefas específicas, alivia o estresse e a tensão, estimula a atividade mental e reduz o risco de doenças crônicas não transmissíveis.

De acordo com Souza (2014, p. 21) “nesta última década, o hábito de realizar atividades físicas consolidou-se em boa parte da população”. Todo esse movimento em prol da prática de exercícios físicos demonstra uma precaução que no tocante a melhoria da qualidade de vida.

Atitudes simples, que integram corpo e mente. Quando nos referimos à saúde do trabalhador, segundo Leão (2011), os docentes também se enquadram nessa situação. Por outro lado, baixos índices de aptidão física podem deixar o docente mais predisposto a algum distúrbio ocupacional, tais como doenças osteomusculares e/ou lesão por esforço repetitivo relacionadas ao trabalho ou a atividades domésticas, principalmente as mulheres. As características desses distúrbios ocupacionais são, fadiga, sensação de cansaço, tensão muscular e dor postural, entre outros sintomas (SILVA *et al.*, 2011). Mais uma vez reforçamos a prática regular de atividade física, como prioritário para mudar esse cenário de patologias ocupacionais, visto que os benefícios advindos dessa prática se refletem diretamente sobre as atividades laborais (BATTISTI; GUIMARÃES; SIMAS, 2005).

É importante salientar que mesmo num ambiente de constatação de cargas horárias de trabalho extensas e de stress, o docente não perdeu a visão do ser

humano como um ser de criatividade para ultrapassar os obstáculos que impediriam o cuidado de si, com ternura e espiritualidade, “Só tenho um autocuidado que é esse cuidado que eu tenho no final de semana, em não descuidar da aparência... autocuidado espiritual, eu sou católica...” (E 9) e “Exercício físico, alimentação. Acho que os momentos de reflexão para desestressar nossa mente são fundamentais.” (E 4)

Nos últimos anos, muito tem se falado da associação entre qualidade de vida e saúde. A expressão qualidade de vida surgiu como tema da moda e se difunde na sociedade através de debates e publicações, como: periódicos, livros, revistas, internet e jornais. A expressão “Qualidade de Vida” aparece ao lado de outros conceitos de uso generalizado como modo de vida e estilo de vida e estão em plena evolução dentro da sociedade (ZAMAI, 2010).

CATEGORIA 4 – Saúde

Nessa quarta categoria gostaríamos de enfatizar que saúde, qualidade de vida, atividade física e alimentação equilibrada são o alicerce para um estilo de vida mais saudável. Esses exemplos, se bem gerenciados por seus indivíduos podem aumentar a longevidade, prevenir o declínio funcional, e proporcionar melhor qualidade de vida.

Quadro 8. Classificação das transcrições dos sujeitos da pesquisa qualitativa referente à categoria saúde de acordo com as maiores e menores pontuações oriundas do questionário WHOQOL Bref. Aracaju-SE. 2015.

<p>Maiores</p>	<p>“Acho que essa gastrite esta relacionada ao nervosismo ou a questão emocional ou também essa questão da alimentação.” (E 2)</p> <p>“Sim, eu relaciono, porque hoje esse excesso de trabalho. Uma atividade maior que acaba ...dificultando um processo de alimentação, um processo de ter um melhor bem estar.” (E 2)</p> <p>“Hipercolesterolemia. o trabalho influencia na alimentação. Nos picos de stress tive uma tendência a me alimentar não tão bem como pelo menos estava estressado, talvez pode ter influenciado algo ai.” (E 4)</p>
----------------	--

	<p>“Só alergia. Essa rinite alérgica que a gente tem aqui, e deixa agente rouco. Relaciono sim ao trabalho. É o ar condicionado.” (E 1)</p> <p>“Eu tive uma entorse no pé.” (E 5)</p> <p>“No último ano nem uma. Nem gripe... curto tempo atrás eu tinha muito problema relacionado a garganta e, acho que sim, garganta. Era o que eu mais tinha... Não. Nesse estágio não. Porque eu tinha um ano e meio de carreira docente, efetivamente eu tenho pouco tempo na carreira.” (E 8)</p>
Menores	<p>“garganta infeccionada. É... dores pelo corpo. Então mais relacionada a, algum tipo de bactéria, alguma coisa assim...” “<u>Também</u>. Eu tenho uma carga de trabalho muito grande.” (E 6)</p> <p>“Obesidade agora é uma doença.” “<u>Sim</u>. Hérnia de disco eu ganhei por conta do trabalho. Ficar em pé... Altas horas no computador.” (E 9)</p> <p>“Tenho problema de colesterol... Estou com um cisto na tireóide... Não consigo vê uma relação com o trabalho.” (E 3)</p> <p>Nenhuma. Embora tenho histórico muito pesado, porque minha família e meus pais avós entre hipertenso, diabético, parente com AVC.. entretanto, na minha alimentação, tem uma alimentação que é estratégica, que começa no dia.” (E 7)</p>

Fonte: O autor (2015).

Nesta categoria enfatizamos o surgimento de doença no último ano e sua relação com as atividades de trabalho do docente. Já constatamos que a saúde admite interferências culturais, sociais, políticas e econômicas, Para nós o conceito de saúde bastante pertinente na atualidade é sobre a saúde normativa, que foi desenvolvido por Canguilhem (2009) no qual o indivíduo saudável consegue inventar novos padrões e normas ao atuar em diferentes contextos, levando-se em conta que todas as leis são mutáveis e que os ambientes e os acontecimentos mudam ao longo do processo histórico da humanidade Nessa dimensão a saúde está relacionada a capacidade de resiliência¹² do indivíduo.

As transcrições dos entrevistados (E 2), (E 4) afirmam existir relação entre doença e as atividades laborais. Mais uma vez acentuamos o papel da boa Nutrição

¹² É a capacidade humana para enfrentar, vencer e ser fortalecido ou transformado por excelências de adversidade (MELILLA, 2005, p.12).

e sua relação com o trabalho docente, destaque se faz ao surgimento de hipercolesterolemia, questões emocionais como oriundas do excesso de trabalho.

Consideramos uma refeição equilibrada, aquela que possui todos os nutrientes, pois estas fortalece o organismo, diminuindo o cansaço físico e mental e aumentando assim a disposição para o trabalho. Para o Ministério da Saúde (2010) é a “que fornece em termos quantitativos todos os nutrientes importantes para nosso corpo, calorias, hidratos de carbono proteínas, sais minerais, água, vitaminas dentre outros nutrientes. O tempo de intervalo entre as refeições, também é imprescindível, sendo recomendada a ingestão a cada três horas algum tipo de alimento. No almoço, transformado na refeição mais volumosa do dia, é recomendável a diversidade nutricional mesclando a maioria dos nutrientes numa mesma refeição, principalmente proteínas e carboidratos, para conseguir uma alimentação saudável. Essa ingestão frequente contribui para melhora da produtividade do trabalhador, menos índice de atestados médicos e favorece a boa saúde.

As demais afirmações referem-se ao surgimento de doenças relacionadas diretamente as condições físicas do trabalho docente e/ou as atribuições inerentes ao docente como alergia, garganta infeccionada e dores no corpo foram citadas pelos entrevistados (E 1) e (E 6).

Segundo Silva (2005), o caráter meramente biológico, o qual embasa o conceito de saúde como sendo simplesmente ausência de doença, adquire atualmente evidências de relação com outros fatores que são fundamentais e intrincados como o modo e o estilo de vida do indivíduo. Com essa argumentação surge na prática, a melhoria das condições de vida do cidadão e da sociedade da qual ele pertence e tem participação social, como o conceito de promoção da saúde.

Uma alimentação balanceada, adequada às necessidades nutricionais de cada indivíduo, além de proteger contra doenças infecciosas previne também o aparecimento de doenças crônicas - degenerativas como: diabetes, hipertensão, colesterol, câncer, obesidade, osteoporose, problemas do coração, dentre outras. Destaque para esse relato “Obesidade agora é uma doença.” “Sim. Hérnia de disco eu ganhei por conta do trabalho. Ficar em pé [...] Altas horas no computador” (E 9)

“As tendências de transição nutricional ocorridas neste século direcionam para uma dieta mais ocidentalizada, a qual, aliada à diminuição progressiva da atividade física, converge para o aumento no número de casos de obesidade em todo o mundo. Isso representa aumento na morbidade e na mortalidade associadas à obesidade, já que esta é fator de risco para várias doenças como diabetes tipo II, hipertensão, doenças cardiovasculares e cálculo na vesícula biliar.” (FRANCISCHI et. al., 1999).

A alimentação e as mudanças no estilo de vida vem contribuindo para um excesso de peso, um aumento da gordura corporal e conseqüentemente, obesidade (FRIZON, BOSCAINI, 2013). A obesidade é uma doença com diversos fatores predisponentes e vem crescendo e adquirindo proporções epidêmicas (SANTOS, 2013). É considerada um agravo para as DCNT, principalmente as cardiovasculares, as quais são consideradas a primeira causa de mortalidade, seguidas de câncer e diabetes (MARTINS, 2013).

Ter uma alimentação saudável é o principal meio para se garantir um estado nutricional adequado assegurado por boa saúde e qualidade de vida satisfatória. Para tanto, como mencionado anteriormente, as refeições devem ser equilibradas e balanceada respeitando as necessidades nutricionais de cada indivíduo. Nesta alimentação, deve constar o suprimento necessário de todos os nutrientes, pois são eles, a matéria prima de nosso corpo, sendo responsáveis não só pela manutenção de todas as reações bioquímicas como metabólicas (GIANNINI, 2007).

Atualmente, o ofício de ser professor, independente do nível de ensino, quer seja, escolar, médio ou superior pública ou privada, está se configurando como uma profissão alvo de inúmeros estressores psicossociais presentes no seu contexto de trabalho. Dos relatos acima observamos a importância da alimentação, pois a redução da imunidade corporal é causadora de infecções virais como alergias, resfriados, dores de garganta. Destacamos que a diminuição da ingestão de alimentos ou do jejum prolongado e ainda a substituição de refeições mais completas por lanches rápidos podem levar a uma síndrome carencial de macronutriente e micronutrientes. E se acompanhados de um aumento das necessidades energéticas e proteicas, leva o docente a apresentar um desequilíbrio metabólico. Conseqüência desse quadro? Obesidade e hipercolesterolemia, dentre outras doenças crônicas não transmissíveis.

Por outro lado, os testemunhos abaixo, enfatizam não haver relação entre o aparecimento de comorbidades e o trabalho. Quer seja apenas pelo tempo do exercício docente, ou por acidentes físicos, não em período laboral, ou pelo fato do

docente se preocupar sim como sua saúde. “Tenho problema de colesterol[...] Estou com um cisto na tireóide[...] Não consigo vê uma relação com o trabalho.” (E 3), “Eu tive uma entorse no pé.” (E 5), bem como outros entrevistados (E 8) e (E 7) enfatizam não existe em seu cotidiano laboral uma relação com essas patologias.

Para concluirmos os relatos referente a saúde docente, destacamos a proposição de práticas educativas, as quais devem ser associadas às necessidades dos usuários estando fundamentadas no conhecer o individuo e suas reais necessidades, para as quase destinam as ações de saúde. Vale lembrar que nesse conhecer, as crenças, hábitos e tabus, obrigatoriamente devem ser respeitados, como também suas condições objetivas em que vivem. Dessa forma o individuo sente-se envolvido nas ações de planejamento, não sendo uma imposição e, sim uma participação. (ALVES, 2004).

A transformação desse individuo, seus saberes, são o objetivo as educação em saúde, esse processo é de mudar o que esta posto e não apenas de informar, visando assim o desenvolvimento da autonomia no cuidado com a própria saúde. Esse intercâmbio de saberes populares, profissionais e técnico-científicos contribuem para uma forma dialogada e compartilhada do conhecimento sobre a própria saúde do individuo. Por tudo isso, salientamos que a promoção da saúde, vai além de uma simples ausência de doenças, é proporcionar situações e/ou meios que amplie sua qualidade de vida, levando em conta sua vivência até os dias de hoje, ou seja, sua experiência de vida.

Baseado nessa afirmação, não poderíamos deixar de destaca a importância da educação alimentar e nutricional no contexto da promoção da saúde, uma vez que, esse processo é visto como uma estratégia fundamental para enfrentar os novos desafios nos campos da saúde, contribuindo para a prevenção de inúmeras doenças. Todavia, que há poucas referências sobre o arcabouço teórico, sobre os processo metodológico para alcançar sucesso e a operacionalização das práticas educacionais no campo alimentar. Para Santos (2005, p.12) "educação alimentar e nutricional está em todos os lugares e, ao mesmo tempo, em lugar nenhum".

A educação nutricional tem como conceito ser um processo educativo que visa garantir ao individuo uma alimentação saudável, segura e prazerosa atendendo as necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais, respeitando sua individualidade. Esse objetivo é alcançado através da transformação do individuo tornando-o autônomo e seguro para realizar suas escolhas alimentares (LIMA, 2003).

CATEGORIA 5 – Motivação

A motivação vem ganhando destaque na atualidade, não só na literatura científica como também em livros, revistas, programas de televisão etc. Vários e distintos são os fatores relacionados ao processo motivacional. Segundo Marras (2011, p. 25) “A motivação humana é um tema que vem polarizando as atenções dos cientistas e estudiosos desde o início do século XX, quando oficialmente se torna notícia das primeiras pesquisas e estudos científicos nessa área”.

Quadro 9. Classificação das transcrições dos sujeitos da pesquisa qualitativa referente à categoria motivação de acordo com as maiores e menores pontuações oriundas do questionário WHOQOL Bref. Aracaju-SE. 2015.

<p>Maiores</p>	<p>“Família... e ter uma perspectiva de vida mais avançada.” (E 8)</p> <p>“Bom, meu marido, minha filha e meus alunos. Essas são as minhas motivações pra ser feliz...” (E 1)</p> <p>“A motivação seria, conseguir executar minhas funções, minhas atividades pessoais e acadêmicas de forma que eu não tenha desgaste da minha saúde por completo.” (E 5)</p> <p>“Acho que a evolução como ser humano, como pessoa é... E aos que estão ao meu redor e o que motiva ter essa qualidade de vida.” (E 4)</p> <p>“Família... e ter uma perspectiva de vida mais avançada.” (E 8)</p>
<p>Menores</p>	<p>“Minhas motivações é termos uma vida saudável.” (E 10)</p> <p>“<u>Longevidade</u>, eu acredito que a partir da qualidade de vida a gente consegue viver mais, viver melhor. Ter saúde.” (E 6)</p> <p>“Tenho procurado me cuidar muito, em termos de, por exemplo, com relação a qualidade de vida, procurar dormir mais cedo, mais cedo possível, dentro da minha realidade, voltei a fazer atividade física, que eu estava parando, estou fazendo uma dieta, uma reeducação alimentar.” (E 3)</p> <p>“Quais as minhas motivações? O que estimularia a ter qualidade de vida? ... reduzir essa carga de trabalho, eu precisaria ter um salário melhor.” (E 9)</p>

	<p>“Sentir bem... Estar bem é condição de felicidade.” (E 7)</p> <p>“As motivações? É o prazer. Acho que assim. Quando você executa algo, que você goste de fazer, você é motivado há fazer//então a motivação é o prazer.” (E 10)</p>
--	--

Fonte: O autor (2015)

Quando perguntamos aos docentes sobre quais seriam suas motivações para desenvolver sua qualidade de vida em seu cotidiano encontramos relatos diversos, como família, ter uma vida saudável, reeducação alimentar com mudanças de hábitos alimentares, o convívio com as pessoas, longevidade, sentir se bem, redução da carga horária e prazer.

Acreditamos que o docente se constrói a partir das suas histórias de vida, suas convicções e suas experiências profissionais. Para Vygostky (1989), o ser docente é compreendido como um profissional complexo, que se constrói nas e pelas interações sociais. E a família, como uma instituição importante na construção do ser professor, aparece na narrativa dos docentes (E 8) “Família [...] e ter uma perspectiva de vida mais avançada”, e (E1) “Bom, meu marido, minha filha e meus alunos. Essas são as minhas motivações pra ser feliz [...]”

Dessa forma, o ser professor configura-se como “resultado das relações sociais, que desde a infância, na família, nas instituições educativas, ou ainda, nos ambientes culturais, o constituirão,” (SANTOS; ANTUNES; BERNARDI, 2008, p. 47).

Huertas e Ardura (2004) abordam a motivação como uma troca continua do sujeito com o seu contexto social, baseada na teoria do desenvolvimento humano de Valsiner (1987). Para o autor, o sujeito é visto como agente atuante e construtor do meio social, ao mesmo tempo em que sofre interferência do meio social em que vive. Essa afirmação corrobora com as narrativas dos docentes transcritas, (E 10) “Minhas motivações é termos uma vida saudável”, (E 5) “A motivação seria, conseguir executar minhas funções, minhas atividades pessoais e acadêmicas de forma que eu não tenha desgaste da minha saúde por completo.” e (E 6) “Longevidade, eu acredito que a partir da qualidade de vida a gente consegue viver mais, viver melhor. Ter saúde.”

Entendemos que as narrativas dos professores acima estão interligadas com o relato abaixo, que alinha motivação a ações fundamentais a conservação e/ou melhoria da qualidade de vida desse docente.

Com base nas mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais no cenário brasileiro atual, que evidenciam transformações tanto no modo de vida da população, quanto no padrão de saúde e consumo alimentar da população brasileira, há uma preocupação latente com a manutenção da saúde por meio de uma alimentação saudável e da prática regular de exercícios físicos. Essa preocupação é declarada na Política Nacional de Alimentação e Nutrição e na Política Nacional de Promoção da Saúde.

O relato a seguir “Tenho procurado me cuidar muito, em termos de, por exemplo, com relação a qualidade de vida, procurar dormir mais cedo, mais cedo possível, dentro da minha realidade, voltei a fazer atividade física, que eu estava parando, estou fazendo uma dieta, uma reeducação alimentar”(E 3) salienta atitudes de motivação em promoção do cuidar de si. Esse autocuidado motivado representa ações conscientes, voluntárias, intencionais e benéficas, despertando no indivíduo a capacidade e o desejo de cuidar de si, promovendo a saúde e o bem estar. Importante lembrar que essas ações são afetadas por fatores básicos, como o sexo, idade, estado de saúde atual, orientação sócio-cultural. (BUB et al., 2007).

Ao falarmos nesse capítulo sobre motivação, não poderíamos deixar de citar Maslow (1943, p.5) que, em seus estudos aponta as hierarquias das necessidades básicas como imprescindível para os processos motivacionais, sendo elas: fisiológicas, de segurança, amor, estima e autodeterminação. Segundo a teoria, o indivíduo, atinge necessidade plena ou máxima, quando consegue calcar todos os níveis da pirâmide, chegando ao topo quando atingir sua plena auto-realização. É uma divisão hierárquica parte ou inicia com as necessidades consideradas de nível mais baixo devendo ser satisfeitas antes das necessidades anterior, de nível mais alto.. Décadas depois Huertas (2001, p.51) afirma que, uma ação é considerada motivada quando se dirige a uma meta, quando se realiza uma escolha, dirige e persisti na consequência de um objetivo, finalidade ou propósito. Constatamos que uma das motivações docente os ganhos financeiros e matérias só foi citado uma única vez: “Quais as minhas motivações? O que estimularia a ter qualidade de vida? reduzir essa carga de trabalho, eu precisaria ter um salário melhor”(E 10). Sendo as

demais, ganhos intelectuais, família, saúde, longevidade, sentir-se e prazer, relatadas varias vezes pelos professores, conforme transcrições da página anterior.

De acordo Seligman (2004, p. 72),

mais que o próprio dinheiro, o que influencia a felicidade é a importância que você dá a ele. O materialismo parece ser contraproducente: em todas as faixas de rendimento, aqueles que valorizam mais o dinheiro do que outras metas estão menos satisfeitos com o que ganham e com a vida como um todo, embora não haja uma explicação precisa para isso.

Em uma pesquisa internacional realizada em 40 países contou com a participação de 1.000 entrevistados teve como objeto de estudo a comparação entre o bem-estar médio subjetivo em países de rendas diferentes e sua satisfação com a vida como um todo. Comparou-se o nível médio de satisfação com o poder de compra correspondente a cada país. Os resultados mostraram que a satisfação desses indivíduos com sua vida tem relação direta com poder geral de compra do país, no entanto, quando o produto interno bruto atinge \$8.000 ou mais, por pessoa, não observa mais essa correlação. Por exemplo: “os suíços ricos são mais felizes que os búlgaros pobres, mas a riqueza tem pouca importância quando se trata de um cidadão da Irlanda, Noruega ou Estados Unidos” (SELIGMAN, 2004, p. 70). O estudo demonstrou ainda exceções à associadas ao binômio riqueza/satisfação com a vida; em países como Brasil, Argentina, Índia, Nigéria e China continental, foi encontrado resultados inversamente proporcional, evidenciando muito mais satisfação na vida do que com a riqueza. Esses dados mostraram, de acordo com Seligman (2004), que, em algumas realidades de poder aquisitivo mais elevado, parece emergir uma necessidade de atingir um nível cada vez mais alto de conforto que, quando atingido ou ultrapassado, perde sua força e representa pouca ou nenhuma felicidade e, ainda, em outras populações menos favorecidas financeiramente, constata-se que o fator determinante para a felicidade, não é o dinheiro.

O desenvolvimento da gênese motivacional, ganha uma visão dialética e complexa na perspectiva sociocultural de Huertas e Ardura (2004). Os autores refere-se a motivação como uma troca continua entre o sujeito e o seu contexto social. O sujeito é visto como agente atuante e construtor do meio social, ao mesmo tempo em que sofre interferência do meio social em que vive. Diante dessa constatação, entendemos que o contexto social interfere nas decisões internas do

indivíduo, tendo nas interpretações que ele faz da realidade social e nas suas crenças, os fatores que antecedem sua ação. Todavia, sabemos que a ação motivada origina-se de uma decisão interna, segundo Huertas (2001, p.51). Assim, podemos identificar os componentes que precedem a ação motivadora. Essas ações acontecem de forma voluntária, consciente e intencional, particular e singular conforme história de vida de cada indivíduo. No entanto, as características que as motivações apresentam são algumas vezes a impressão de controle do sujeito sobre a ação. Porém, vale frisar, que não apenas o indivíduo tem autonomia sobre suas ações motivadoras, mas também as suas ações motivadas são produtos de uma interação de diversos fatores. Encontramos ressonância da explanação acima, na fala dos entrevistados (E 4) “Acho que a evolução como ser humano, como pessoa é... E aos que estão ao meu redor e o que motiva ter essa qualidade de vida” e (E 8) “Família... é ter uma perspectiva de vida mais avançada.” (E 8)

Para Santos e Antunes (2012, p.96) “a motivação é considerada um fenômeno pessoal, internalizado, constituído de motivos e metas pessoais que se edificam nas inter-relações.” O que nos faz lembrar das motivações intrínsecas e extrínsecas. A primeira tem como características a escolha livres, espontaneidade, curiosidade, sentimentos de prazer, satisfação e realização (SANTOS 2011; HUERTAS, 2001; PRINTCH; SCHUNK, 2006). Enquanto que na motivação extrínseca fica evidente a obtenção de metas ou resultados, controle guiado por vontades externas, ambientais, algumas vezes o indivíduo pode agir sob pressão, não tendo autonomia sobre suas escolhas, o foco é o propósito final e não a tarefa que está sendo desenvolvida (SANTOS 2011; HUERTAS, 2001; PRINTCH; SCHUNK, 2006).

Assim, partindo do conceito de que motivação é um conjunto de padrões de ação que agem no indivíduo, levando em consideração sua cultura, essas ações são de caráter intrínseco e extrínseco, sendo que as de características externas (extrínsecas) colaboram para o desenvolvimento da motivação intrínseca, sendo essa internalização de natureza particular para cada ser humano (SANTOS et al, 2008).

Dentre os relatos sobre motivação, a felicidade e o prazer estão presentes no dia desses professores: “Sentir bem [...] Estar bem é condição de felicidade.” (E 7) e “As motivações? É o prazer. Acho que assim. Quando você executa algo, que você goste de fazer, você é motivado há fazer//então a motivação é o prazer.” (E10)

Para Mosquera e Stobäus (2010) o trabalho pode favorecer a dinâmica do conhecer a si mesmo. Nessa afirmação, a motivação no ambiente de trabalho passa a ser primordial, pois através da motivação podemos compreender o comportamento como todo. Iákovson (1972) conceitua motivo como sendo um componente real do processo que conduz o ser humano a elaborar uma ação com finalidade específica; sem a interpretação desse conceito fica difícil de descobrir a natureza psicológica das ações humanas. Essas ações são para o estudo da motivação os aspectos que nos impulsionam em nossos comportamentos.

Esses mesmos autores enfatizam que a

A desespiritualidade do trabalho através do seu esvaziamento no sentido de significado, é o que dá ao ser humano o seu constrangimento e a sua impotência. É bastante doloroso e alienante trabalhar apenas para sobreviver, mas é, muito pior trabalhar apenas por isso, sem ter uma visão de futuro e uma perspectiva de desempenho e compreensão da tarefa, eu um sentido e direção de hominização/humanização. (MOSQUERA, STOBÄUS, 2010, p.68)

Encontramos em nossa pesquisa relatos de professores que pensam exatamente assim, onde o trabalho é meramente o fim, o esforço associado a recompensa financeira, e não um meio de projetar sua vida para além do próprio indivíduo e, através desse trabalho, criativo e motivador considerar seu próprio valor, seu ser/seu íntimo. O trabalho aqui visto apenas como sobrevivência. O caráter quase que obrigatório do trabalho lhe dá um significado de desprazer, desmotivador e muitos encaram dessa forma. Existe, segundo Mosquera “uma certa incongruência entre aquilo que desejam ser e aquilo que podemos efetivamente ser”(2010, p.66).

O panorama da pesquisa qualitativa aqui concluída reforça que não encontramos diferença entre as respostas oriundas dos docentes os quais foram classificados de acordo com a pontuação máxima e mínima do questionário de qualidade de vida WHOQOL-Bref, ou seja, não houve um padrão de respostas dos docentes que pontuaram mais alto daqueles que pontuaram menos. Salientando que nosso objetivo era conhecer a percepção dos docentes quanto a qualidade de vida e esse foi alcançado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos científicos evidenciam que uma alimentação equilibrada quantitativamente e qualitativamente através de um fornecimento adequado de energia, proteínas, vitaminas e minerais tem relação direta com a saúde de indivíduos e de populações. Todavia um simples desequilíbrio nesse fornecimento, assimilação, utilização e armazenamento poderá trazer influencia negativa ao estado nutricional e conseqüentemente a saúde do individuo e/ou populações. Enfatizamos que estão assegurados como Direitos Humanos, tanto a alimentação quanto a nutrição consignados na Declaração Universal dos Direitos Humanos sendo requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano com qualidade de vida e cidadania. Nesse contexto a nutrição ganhou importante destaque, uma vez que o controle de grande parte das doenças crônicas não transmissíveis e a prevenção de complicações decorrentes das mesmas depende do estado nutricional do indivíduo.

A Associação Americana de Saúde Pública (AUGUSTO et.al. 2002, p.28), conceitua o estado nutricional como a “condição de saúde de um indivíduo influenciado pelo consumo e utilização de nutrientes, identificada pela correlação de informações obtidas através de estudos físicos, bioquímicos, clínicos e dietéticos”. No atual cenário da alimentação brasileira, em todas as idades incluem tanto um consumo inferior de calorias e/ou de nutrientes (desnutrição) como o consumo excessivo de calorias. Todavia a desnutrição é mais evidente nos idosos, causada pelo acesso limitado a alimentos, dificuldades sócio-econômicas, ausência ou limitação de informação e conhecimento sobre nutrição, escolhas erradas de alimentos - alimentos ricos em gordura, por exemplo, doenças e uso de medicamentos, isolamento social, deficiências cognitivas ou físicas, segundo pesquisa realizada por esse autor, com idosos em grupo de convivência dessa Instituição de Ensino. Na extremidade dessas características da idade avançada, muitos anos antes, está o adulto que usufruirá as benéficas da melhor idade, do ponto de vista nutricional, a depender das escolhas feitas no presente.

Expressões como qualidade de vida e alimentação saudável independente de classes econômicas, idade e graus de instrução vêm atraindo a atenção de da maioria da população. Despertando assim o interesse por estilos de vida mais

saudáveis, de igual modo, a educação nutricional ocupa e ganha destaque privilegiado nessa busca. A complexidade do perfil nutricional do país, marcada por uma expressiva diversidade de padrões econômicos, hábitos culturais e alimentares, limitam e tornam difíceis os estudos comparativos de consumo alimentar de uma classe e/ou população, há de levar em consideração a variedade da dieta e as questões de variedade intrapessoal e inter pessoal.

O professor universitário, alvo dessa pesquisa, é um profissional que nos últimos anos sofreu transformações tecnológicas, culturais e de estilo de vida. Na atualidade o docente teve seu papel, anteriormente de ensinar, extrapolado para gerenciar conflitos, administrar e gerir ações fora da sala de aula. Ainda na atualidade muito se tem falado do professor (pouca remuneração, falta de segurança nas escolas e campi, greves), mas pouco tem se falado e estudado a saúde do docente e de seu estado nutricional.

O perfil nutricional dos professores universitários no país ainda é pouco pesquisado. Encontramos pesquisas isoladas sobre a saúde emocional, condições de trabalho, formação profissional, e, quando correlacionamos com outras variáveis como a qualidade de vida, ainda é mais incipiente.

Nessa pesquisa de delineamento transversal averiguamos os aspectos nutricionais de docentes universitários pertencentes a uma Instituição de Ensino Superior particular do nordeste brasileiro, correlacionando, quando possível, com a percepção que esses docentes tinham sobre sua qualidade de vida e demais variáveis. Parece-me que as especificidades nutricionais desses docentes, concretizadas através dos resultados, demonstra um cenário de alta prevalência de sobrepeso e obesidade, com elevado risco de complicações metabólicas e comorbidades crônicas não transmissíveis em ambos os sexos. A avaliação antropométrica junto com o método de registro dietético são de grande relevância na mensuração do estado nutricional de adultos, no sentido que permite avaliar a composição corporal e dietética, o que auxilia diretamente na avaliação do desempenho físico. Porém os dois métodos apresentam limitações, desde a acurácia na medição antropométrica passando pela memória dos participantes da pesquisa referente ao consumo alimentar. O IR24h parece ser ainda o instrumento mais utilizado para estimativa de consumo energético e nutricional, porém a ocorrência de erros sistemáticos ressalta a importância do rigor metodológico na aplicação dessa ferramenta.

Necessário se faz destacar a participação feminina, nos diferentes âmbitos profissionais, sociais e culturais, em sua maioria comparada a participação dos homens. Culturalmente as mulheres estão mais preocupadas com a saúde do que os homens. São elas inclusive que os levam ao médico, pois quando eles vêm relatar alguma situação clínica, a doença já esta presente. Para elas, qualquer sinal de desconforto é alerta de procura médica. Não é diferente do ponto de vista nutricional, as mulheres aderem mais rápido as dietas do que os homens. Porém as professoras desta pesquisa apresentam um moderado conhecimento nutricional, inclusive com relatos na pesquisa qualitativa de reeducação alimentar, hábitos alimentares saudáveis, prática moderada de atividade física, porém o discurso difere da prática, o que sedimenta os achados antropométricos dessas docentes. Ainda em se tratando de nutrição e alimentação, encontramos uma inadequação tanto calórica quanto em termos de nutrientes, inclusive com ingestão insuficiente de vitaminas e minerais. Nutrientes esses presentes nas hortaliças e, em sua maioria nas frutas. O que nos surpreendeu, uma vez que o nordeste e, mais especificamente o Estado de Sergipe é polo de produção e distribuição de frutas, das mais variadas e de acesso fácil à aquisição e consumo. Desse ponto de vista nutricional, quanto à alimentação atual, somado com a antropometria, resulta um panorama de discrepância da nutrição (excesso de peso/obesidade). Evidências constataam, alimentação fora de casa, falta de tempo, aumento do consumo de comidas industrializadas, fast food, sedentarismo (apenas 40% dos docentes praticam alguma atividade física), mulheres com dupla ou tripla jornada de trabalho, consequência, má nutrição.

Ao caracterizarmos a realidade sociodemográfica dos docentes encontramos um (a) professor (a) experiente, média de 6 a 10 anos de docência, e a mais de 05 anos nessa IES, em sua maioria com uma média de idade de 41 anos, casado com renda mensal variando entre 5 a 6 salários mínimos, na maioria das vezes seu principal trabalho, mais não o único, com residência e carro próprio. Todavia, essa perspectiva, aparentemente estável, é confrontada com relatos na pesquisa qualitativa de falta de tempo para a família, lazer, sobrecarga de trabalho, questões burocráticas associada a atividade acadêmica, instabilidade financeira, o que irá influenciar a qualidade de vida dos docentes dessa pesquisa.

Diante desse cenário, como esta a qualidade de vida docente? Quando aplicamos o questionário de qualidade de vida WHOQOL-Bref, o panorama apresentado no geral foi satisfatório para qualidade de vida, com valor de 73,42 para

uma escala de 0 a 100. Estando os domínios com as seguintes distribuições, 73,05 para físico; 77,23 para o psicológico; 74,87 para as relações sociais e, 70 para o ambiente. A saúde também foi percebida com satisfatória (n=141), mas teve pontuação menor. Expressando que os resultados nutricionais podem ter influenciado as respostas da pergunta “Quão satisfeito (a) você está com sua saúde?” uma vez que o estado nutricional desses professores encontra-se deficitário. Definir saúde não é uma tarefa fácil, porque sofre interferências sociais, econômicas, políticas e culturais. Ao conceituar qualidade de vida, percebemos desses docentes que existe uma relação direta com a saúde, e sua ausência também é sinônimo de baixa qualidade de vida. Porém saúde não é apenas um conceito ou ausência de doenças, é um comportamento, uma atitude. De igual modo a alimentação também requer mudanças de comportamento e atitude. O que percebemos na maioria dos pesquisados é uma consciência plena da realidade nutricional, mais uma atitude (prática) ainda muito tímida, quiçá desmotivada.

Ao extrapolarmos para os domínios, constatamos que todos apresentam-se com escores maiores, porém o meio ambiente demonstrou menor escore quando comparado aos outros. Averiguamos que esse valor corrobora com resultados nutricionais e com o perfil docente oriundo do questionário sociodemográfico nivelado pelos relatos docentes, onde se percebe um ambiente instável – falta de tempo, pouco tempo com a família, mais de um emprego, falta de lazer, carga horária, as correlações com idade, IMC, tempo de instituição foram comprovados em nossos resultados.

O processo de globalização vivenciado pela sociedade na atualidade impõem um ritmo acelerado de trabalho, alterando de maneira acentuada as relações de trabalho, provocando uma queda na qualidade de vida do artífice. Nessa perspectiva, existe pouco conhecimento sobre as condições de trabalho do docente, sua relação com a qualidade de vida e sua nutrição, por conseguinte, subestimam as suas necessidades de saúde e se conformam com o quadro desanimador, baixa produtividade, desmotivação. Faz-se necessário o desenvolvimento de ações de promoção de saúde por parte das instituições de ensino, como forma de atenção e valorização, não só da saúde docente, como também do ambiente de trabalho. Ouvir esses docentes é primordial para uma melhora da qualidade de vida, melhor produtividade e rendimento. Diante desse panorama ressalta-se a relevância de

políticas e proposições para melhoria da qualidade de vida desses professores independente do ensino ou instituição.

A presente pesquisa propiciou demonstrar que o comportamento alimentar do docente reflete discrepância dos conhecimentos sobre nutrição, pois prática difere de teoria, refletindo em sua qualidade de vida, sob a ótica de domínios específicos (físico e ambiente). Destacamos que o êxito desses resultados contemplou não apenas os elementos cognitivos, mas também comportamentais dos docentes. Alicerçados na escassez na literatura científica de publicações que alinhe saúde, nutrição, docentes e seus indicadores e, na importância da qualidade das pesquisas que utilizam como foco a mensuração da qualidade de vida e sua associação, sugerimos uma pesquisa longitudinal que demonstre a importância do aprofundamento desse constructo para o campo educacional direcionando assim, a continuidade desta investigação.

Apesar das limitações encontradas neste estudo, o mesmo mostra-se de grande importância para o aprimoramento de futuras intervenções que contribuam para a melhoria da qualidade da educação superior, uma vez que, apresenta elementos que auxiliem a implantação de políticas institucionais, voltadas tanto as instituições de ensino superior quanto aos docentes, pois o processo formativo dos docentes é contínuo e engloba tanto o desenvolvimento pessoal quanto o profissional contemplando de forma inter-relacionada ações auto, hetero e interformativas. Salientamos que é importante detectar quais são as necessidades do corpo e da mente desses professores, contribuir para melhoria de seu estilo de vida, evitar hábitos nocivos, desenvolver uma alimentação sadia, conhecer e controlar os fatores de risco que levam às doenças e adotar medidas de prevenção destas, ou seja, despertar o bem-estar docente. Fica mais claro para o entendimento de o bem ou o mal-estar na docência, serem condições que refletem para maior ou para menor, um grau de satisfação no exercício da profissão. Esse é um processo de natureza social, pois as atividades interpessoais dos professores estão presentes nessa construção.

REFERÊNCIAS

- ABESO. Associação Brasileira para o estudo da obesidade e da síndrome metabólica. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2009/2010**. 3. ed. Itapevi SP: AC Farmacêutica, 2009.
- ACUÑA, K.; CRUZ, T. Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 48, n. 3, p. 345-361, jun. 2004.
- AGUIAR, R. M. R. **Sofrimento psíquico de professores: uma leitura psicanalítica do mal estar na educação**. 2006. 203f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, UCB, Brasília, 2006.
- ALBUQUERQUE, L. G.; FRANÇA, A. C. L. Estratégias de recursos humanos e gestão da qualidade de vida no trabalho: o “stress” e a expansão do conceito de qualidade total. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 40-51, abr./jun. 1998.
- ALLSEN, P. E.; HARRISON, J. M.; VANCE, B. **Exercício e qualidade de vida: uma abordagem personalizada**. Barueri: Editora, 2001.
- ALVES, H. J.; BOOG, M. C. F. Comportamento alimentar em moradia estudantil: um espaço para promoção da saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 197-204, 2007.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.16, p. 39-52, set. 2004.
- AMBRÓSIO, C.; CAMPOS, F.; FARO, Z. Carotenóides como alternativa contra a hipovitaminose A. **Rev Nutr**, v. 19, p. 233-243, 2006.
- ANDRADE, R. M. **Qualidade de vida no trabalho dos colaboradores da empresa Farben S/A indústria química**. 2012. 52f. Monografia (Pós-graduação em Gestão Empresarial) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2012.
- ANJOS, L. A.; SOUZA, D. R.; ROSSATO, S. L. Desafios na medição quantitativa da ingestão alimentar em estudos populacionais. **Rev. Nutr.** Campinas, v. 22, n. 1, p. 151-161, jan./fev. 2009.
- APPEL-SILVA, M.; WENDT, G. W.; ARGIMON, I. I. L. A teoria da autodeterminação e as influências socioculturais sobre a identidade. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 351-369, ago. 2010.
- ARAÚJO, T. M. et al. Mal-estar docente: avaliação de condições de trabalho e saúde em uma instituição de ensino superior. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p. 6-21, 2005. Disponível em: http://www.sinpro-ba.org.br/saude/doc/mal_estar_docente_rev_baiana_de_saude_publica.pdf. Acesso em: 23 dez. 2014.

- ARGYLE, M. Causes and correlates of happiness. In: KAHNEMAN, D.; DIENER, E.; SCHWARZ, N. (Eds.) **Well-being**: The foundations of hedonic psychology. New York: Russel Sage Foundation, 1999. p. 354-373.
- ASSIS, M. A. A. de et al. Reprodutibilidade e validade de um questionário de consumo alimentar para escolares. **Rev. Saúde Pública**, Porto Alegre, v. 41, n. 6, p. 1054-1057, jul. 2007.
- AUGUSTO, A. L. P.; ALVES, D.C.; MANAIUNNO, I.C.; GERUDE, M.. **Terapia nutricional**. São Paulo: Atheneu, 220 p., .2002.
- AVERILL, J.; MORE, T. Happiness. In: LEWIS, M.; HAVILAND, J. (Eds.). **Handbook of Emotions**. The Guilford Press: New York, 1993.
- AXELSON, M.; BRINBERG, D. The measurement and conceptualization of nutrition knowledge. **J Nutri Educ.**, v. 24, n. 5, p. 239-246, 1992.
- BARANKIEWICZ, I.P.; BOTOGOSKI, S. R. **Exercícios**. In: LIMA, S. M. R. R.; BOTOGOSKI, S. R. Menopausa, o que você precisa saber: abordagem prática e atual do período do climatério. São Paulo: Atheneu; p. 85-101, 2009.
- BARATTO, I.; SILVA, J. S. Análise sobre percepção, satisfação corporal e conhecimento nutricional entre mulheres eutróficas e com sobrepeso frequentadoras de uma academia de musculação na cidade de Guarapuava, Paraná. Universidade Estadual do Centro-oeste (UNICENTRO). Guarapuava/Paraná. 2010. p. 2-26. **Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, São Paulo, v. 8, n. 46, p. 238-246, jul./ago. 2014. ISSN 1981-9927.
- BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às Ciências Sociais**. 7.ed. Florianópolis: Ed. UFSC, 2010.
- BARBOSA, K. B. F. et al. Instrumentos de inquérito dietético utilizados na avaliação do consumo alimentar em adolescentes: comparação entre métodos. **ALAN**, v. 57, n. 1, p. 43-50, 2007. doi: S0004-06222007000100006.
- BARRETO, S. M. et al. Quantifying the risk of coronary artery disease in a community: the Bambuí project. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 81, n. 6, p. 556-561, 549-555, 2003.
- BARRETO, S. M. et al. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 14, n. 1, p. 41-68, mar. 2005
- BASIOTIS, P. P. WELSH, S.O., CRONIN, F.J., KELSAY, J.L., MERTZ, W. I. Number of days of food intake records required to estimate individual and group nutrient intakes with defined confidence. **The Journal of Nutrition**, v. 117, n. 6, p. 1638-1641, 1987.
- BATISTA, A. S.; CODO, W. Crise de Identidade e Sofrimento. In: CODO, W. (Coord.). **Educação, carinho e trabalho**. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 60-85.

BATTISTI, H. H.; GUIMARÃES, A. C. A.; SIMAS, J. P. N. Atividade física e Qualidade de Vida de Operadores de Caixa de Supermercado. **Rev. Bras. Ciên. e Mov**, v. 13, n. 1, p. 71-78, 2005.

BEATON, G. H. Ingestão dietética recomendada: indivíduos e populações. In: SHILS, M. E. et al. **Tratado de nutrição moderna na saúde e na doença**. Barueri: Manole; 2003. p. 1829-1851.

BERANGER, M. **Profissionalidade e identidade profissional do professor de matemática**: o fenômeno do mal-estar docente e suas implicações. 2007. 83f. Dissertação (Mestrado em Matemática) – Faculdade de Matemática, PUCSP, São Paulo, 2007.

BICUDO-PERREIRA, I. M. T. et al. Escolas Promotoras de Saúde: onde está o trabalhador professor? **Saúde em Revista**, Piracicaba, v. 5, n. 11, p. 29-31, 2003. Disponível em: <<http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/saude//art04.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2015.

BINGHAM, S. A. The dietary assessment of individuals: method, accuracy, new techniques and recommendations. **Nutrition Abstracts and Reviews**, Aberdeen, v. 57, n. 10, p. 705-742, 1987.

BISQUERRA, R. **Educación emocional y bienestar**. 6. ed. Espanha: Wolters Kluwer, 2008.

BLEIL, S. I. O Padrão Alimentar Ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil. **Revista Cadernos de Debate**, Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação da UNICAMP, v. IV, p. 1-25, 1998.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis (RJ): Vozes, 1999.

BOOG, M. C. F. et al. **Educação Nutricional**. São Paulo: IBRASA, 1984

BORTOLOZO, A. SANTANA, D. D. Qualidade de vida no trabalho: os fatores que melhoram a qualidade de vida no trabalho. In: 1º SIMPÓSIO NACIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 2011. Londrina. **Anais...** Unifil: Londrina, 2011. Disponível em: http://www.unifil.br/porta/arquivos/publicacoes/paginas/2012/1/420_685_publipg.pdf. Acesso em: 01 ago. 2015.

BOURDIEU, P. **A distinção**. Crítica Social do Julgamento. São Paulo: EDUSP, 2007.

BOWLING, A.; BRAZIER, J. Quality of life in social science and medicine. **Soc Sci ed.**, v. 41, p. 1337-1338, 1995.

BRAGA, M. C. P. et al. Qualidade de vida medida pelo whoqol-bref: estudo com idosos residentes em Juiz de Fora/MG. **Rev. APS**, v. 14, n. 1, p. 93-100, jan./mar. 2011.

BRANDÃO, C. R. **O que é Educação**. São Paulo: Brasiliense, 1987. (Coleção Primeiros Passos, 19).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **Vigitel Brasil 2014**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. **Prefeitura Municipal de Aracaju**. Feiras livres. Disponível em: http://www.aracaju.se.gov.br/servicos_urbanos/?act=fixo&materia=feiras_livres. Acesso em 13 set. 2015.

_____. **Secretaria de Estado da Agricultura e Desenvolvimento Agrário e da Pesca**. Indicadores Técnicos. Disponível em: <http://www.sagri.se.gov.br/modules/tinyd0/index.php?id=38>. Acesso em 13 set. 2015.

_____. **Sistema de informações sobre mortalidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obtuf.def>. Acesso em: 4 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**: promovendo a alimentação saudável / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2008.pdf Acesso em : 3 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº; 596, de 8 de abril de 2004**. Instituir Grupo Técnico Assessor com a finalidade de proceder análise da Estratégia Global sobre Alimentação, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial da Saúde e, em caráter consultivo, fornecer subsídios e recomendar ao Ministério da Saúde posição a ser adotada frente ao tema. Diário Oficial da União, Brasília, nº; 69, p.25, 12 abr. 2004. Seção 2.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 251, de 07 de agosto de 1997**. Resolução do CNS/MS que aprova as normas de pesquisas envolvendo seres humanos para área temática de pesquisas como novos fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996**. Resolução do CNS/MS que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996a.

_____. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde, 8ª, 1986. Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 9 de set. 2014.

_____. Ministério da Educação. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Fixa a preparação para o exercício do magistério superior. Brasília, 1996b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm Acesso em: 1 ago. 2015.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Disponível em: http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988_8.pdf. Acesso em: 20 dez. 2014.

BROWNSON, R.C.; BOEHMER, T.K.; LUKE, D.A. Declining rates of physical activity in the United States: what are the contributors? **Annu. Rev. Public Health**, v. 26, p. 421-443, 2005.

BUB, M. B. C. et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. especial, p.152-157, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea18.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2015.

BUENO, A. L.; CZEPIELEWSKI, M.A. Recordatório de 24 horas como instrumento na avaliação do consumo alimentar de cálcio, fósforo e vitamina D em crianças e adolescentes de baixa estatura. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 23, n.1, p. 65-73 jan./fev. 2010

BUTTRISS, J. L. Food and nutrition: attitudes, beliefs, and knowledge in the United Kingdom. **American Journal Clinical Nutrition**, v. 65, n. 6, p. 1985S–1995S, 1997.

CAMÕES, M.; LOPES, C. Fatores associados à atividade física na população portuguesa. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 208-216, 2008.

CAMPOS, C. B. **Sistemas de Gestión Ambiental y Comportamiento Proambiental de Trabajadores Fuera de la Empresa**: Aproximación de uma muestra brasileña. 2008. 197f. Tese (Programa de Doctorado Recursos Humanos y Organizaciones) – Universidd Barcelona, Barcelona, 2008.

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. 6. ed. São Paulo: Forense Universitária, 2009.

CARNEIRO, H. S. Comida e Sociedade: Significados Sociais na História da Alimentação. **História: Questões & Debates**, Curitiba, Editora UFPR, n. 42, p. 71-80, 2005.

CARVALHO, J. F et al. Qualidade de vida no trabalho e fatores motivacionais dos colaboradores nas organizações. **Educação em Foco**, Edição n. 7, p. 21-31, set. 2013.

CASH, T.; PRUZINSKY, T. **Body images**. New York: Guilford Press, 1990.

CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: BARATA, R. B. (org.). **Condições de Vida e**

Situação de Saúde. Rio de Janeiro: Saúde Movimento, 4. Abrasco, Rio de Janeiro. 2005. p. 31-76.

CATAPAN, A. et al. Qualidade de Vida no Trabalho (QVT): uma análise em professores do Ensino Médio e Superior do Brasil. **R. bras. Qual. Vida**, Ponta Grossa, v. 6, n. 2, p. 130-138, jan./mar. 2014.

CDESC. “Comentário Geral nº 12 – o direito humano à alimentação”. In: VALENTE, F. L. S. **Direito Humano à Alimentação – desafios e conquistas**. 1. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2002. p. 261-272.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas**: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

COITINHO, D. C. et al. **Condições nutricionais da população brasileira**. Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição. Brasília: Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Ministério da Saúde, 2006.

CONDE, D. M.; PINTO-NETO, A. M. Qualidade de vida. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 30, n. 1, p. 535-536, 2008.

COSTA, F. T. L. **Implicações do mal-estar docente**: estudo comparativo entre professores e professoras da Universidade de Cruz Alta. 2001. 115f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, UFSM, Santa Maria, 2001.

CUPPARI, L. **Guia de nutrição**: Nutrição clínica no adulto. 2 ed. São Paulo: Manole, 2005.

DALLEPIANE, S.; BIGOLIN, S. E. A presença da dor no cotidiano de professores da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 3, n. 7, p. 231-239, 2004.

DAMASIO, B. F.; MELO, R. P.; SILVA, J. P. Sentido de Vida, Bem-Estar Psicológico e Qualidade de Vida em Professores Escolares. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 54, abr. 2013. doi:10.1590/1982-43272354201309

DAVOGLIO, T. R.; LETTNIN, C.C.; BALDISSERA, C. G. Avaliação da Qualidade de Vida em Docentes Brasileiros: Uma revisão sistemática. **Revista Pro-Posições** (UNICAMP – online). V.26, n.3(78). Set/dez. 2015.

DAVOK, D. F. Qualidade em educação. **Revista Avaliação** Campinas: Sorocaba, SP.. v. 12, n. 3, p. 505-513, set. 2007.

DECI, E. L.; RYAN, R. M. (org.). **The handbook of self-determination research**. Rochester: University of Rochester Press, 2002.

DECI, E. L.; RYAN, R. M. A motivation approach to self: integration in personality. In: DIENSTBIER, R. (org.). **Nebraska symposium on motivation**: perspectives on motivation. Lincoln: University of Nebraska Press, 1991. P. 237-288.

DECI, E. L.; RYAN, R. M. The “what” and “why” of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior. **Psychological Inquiry**, v. 11, n. 4, p. 227–268, 2000.

DECI, E.; RYAN, R. Hedonia, eudaimonia, and well-being: an introduction. **Journal of Happiness Studies**, v. 9, n. 1, p. 1-11, 2008.

DIENER, E. Assessing subjective well-being: progress and opportunities. **Social Indicators Research**, v. 31, p. 103-157, 1993.

DIÓGENES, M. A. R.; PAGLIUCA, L. M. F. Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 3, n. 24, dez. 2003. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article>> Acesso em: 09 set. 2014.

DODD, K.W. et al. Statistical methods for estimating usual intake of nutrients and foods: A review of the theory. **J Am Diet Assoc.**, v. 106, n. 10, p. 1640-1650, 2006.

DOHMS, K. P. et al. Docente e discente: interinfluências nos processos de ensino e de aprendizagem. **Revista Educação por Escrito**, Porto Alegre: PUCRS, v. 3, n. 2, p.16-29, dez. 2012.

ESTEVE, J. M. **O mal-estar docente**. A sala de aula e a saúde dos professores. Bauru: Edusc, 1999.

FERNANDES, E. C. **Qualidade de vida no trabalho**: como medir para melhorar. Salvador/Bahia: Editora Casa da Qualidade, 1996.

FERNANDES, M. H. et al. Estilo de vida de professores universitários: uma estratégia para a promoção da saúde do trabalhador. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 22, n. 2, p. 94-99, 2009.

FERREIRA, A. A.; REIS, A. C. F.; FERREIRA, M. I. **Gestão Empresarial**: de Taylor aos nossos dias. Evolução e Tendências da Moderna administração de Empresas. São Paulo: Editora Pioneira, 1999.

FERREIRA, J. B.; MACHADO, M. L.; GOUVEIA, O. Satisfação e motivação dos docentes do ensino superior em Portugal. **Revista Iberoamericana de Educación / Revista Ibero-americana de Educação**, n. 58/1, p. 1-12, jan. 2012.

FERREIRA, L. C. Os ambientalistas, os direitos sociais e o universo da cidadania. Incertezas de Sustentabilidade na globalização. Leila da Costa Ferreira e Eduardo Viola (orgs.). Campinas, Editora da Unicamp, p. 241 - 277. 1996

FERRO-LUZZI, A. Keynote paper: Individual food intake survey methods. In: PROCEEDINGS OF INTERNATIONAL SCIENTIFIC SYMPOSIUM ON MEASUREMENT AND ASSESSMENT OF FOOD DEPRIVATION AND UNDERNUTRITION, Rome, Italy, 2002. **Annals...**Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2002. p.101-125. Disponível em: <http://www.fao.org/docrep/005/Y4249E/y4249e0a.htm#bm10> Acesso em: 20 mar. 2015.

FIDELIS, C. M. F. Consumo alimentar de macro e micronutrientes de crianças menores de 5 anos no Estado de Pernambuco. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 7, n. 1, p. 63-74, jan./mar., 2007.

FILISSETTI, T. M. C. C.; LOBO, A. R. Fibra alimentar e seu efeito na biodisponibilidade de minerais. In: COZZOLINO, S. M. F. **Biodisponibilidade de nutrientes**. 2. ed. atual. e ampl. Barueri, SP: Manole, 2007. p 175-215.

FISBERG, R. M., STALER, B., MARCHIONI, D. M. L., MARTINI, L. A. Inquéritos Alimentares: métodos e bases científicas. Barueri: Manole, 2005. 334p.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref" Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p.178-183, abr. 2000,

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev Bras psiquiatr.**, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, Artmed, 2009.

FOOD and Nutrition Board. Institute of Medicine. Dietary reference intakes. Washington (DC): National Academy Press; 2002 [cited 2007 Dec]. Available from: <<http://www.nap.edu>>

FOSS, M. C.; KETEYIAN, S. J. **Bases Fisiológicas do Exercício e do Esporte**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 2000.

FOUCAULT, M. As técnicas de si: Technologies of the self (Université du Vermont, outubro, 1982; trad. Durant-Bogaert, F.). In: HUTTON, P. H.; GUTMAN, H.; MARTIN, L. H. ed. **Technologies of the Self**. A Seminar with Michel Foucault. Anherst: The University of Massachusetts Press, 1988. p. 16-49. Traduzido a partir de FOUCAULT, Michel. *Dits et écrits*. Paris: Gallimard, 1994. v. IV. p. 783-813. (Trad. Karla Neves; Wanderson Flor do Nascimento).

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

FRANÇA, A. C. L. Qualidade de vida no Trabalho: conceitos, abordagens, inovações e desafios nas empresas brasileiras, **Revista Brasileira de Medicina Psicossomática**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 79-83, abr./maio/jun. 1997.

_____. A qualidade de vida no trabalho é um bom investimento, **Revista Inova: Gestão e Tecnologia**. São Paulo, v.2, n.8, p.5, maio/ago. 1995.

FRANCISCHI, R. P. P. et.al. Obesidade: Atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 13, n.1, jan./abr. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732000000100003. Acesso em: 06 maio 2012.

FREITAS, M. C. S. Educação Nutricional: aspectos sócio-culturais. In: XIV CONGRESSO BRASILEIRO DE NUTRIÇÃO-CONBRAN. Belo Horizonte, 1996. **Anais...**Belo Horizonte, 1996. p. 1-4.

FRIZON, V.; BOSCAINI, C. Circunferencia do pescoço, Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares e Consumo Alimentar. **Rev. Bras. Cardiol**, v. 26, n. 6, p. 426-434, nov./dez. 2013.

GAGNÉ, M.; DECI, E. Self-determination theory and work motivation. Em: **Journal of Organizational Behavior**, v. 26, n. 4, p. 331–362, 2005. Published online in Wiley Inter Science. Disponível em: www.interscience.wiley.com. Acesso em: 25 fev. 2015.

GARCIA, R. W. D. **A comida, a dieta, o gosto** – mudanças na cultura alimentar urbana, São Paulo. 1999. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

GARCIA, Á.; OLIVEIRA, E.; BARROS, E. Qualidade de vida de professores do ensino superior na área da saúde: discurso e prática cotidiana. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 13, n. 1, jan./mar., 2008. doi:10.5380%2Fce.v13i1.11945

GIANNINI, D. T. Recomendações nutricionais do adolescente. **Adolescência e Saúde**, v. 4, n. 1, p. 12-18, 2007. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=115> Acesso em: 02 fev. 2015.

GIARD, L. Cozinhar. In: CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano** - morar, cozinhar. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996. p.211-332.

GIBSON, R. S. **Principles of nutritional assessment**. 2th ed. New York: Oxford University Press, 2005. p. 885.

GIGANTE, D. P.; MOURA, E. C.; SARDINHA L. M. V. Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados, Brasil, 2006. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 2, p. 83-89, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GILL, T. M.; FEISNTEIN, A. R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. **JAMA**, v. 272, n. 8, p. 619-626, 1994.

GIMENES, M. H. S. G. **Cozinhando a tradição**: festa, cultura e história no litoral paranaense. 2008. 405f. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 5. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

GOLEMAN, D. **Inteligência emocional**: a teoria revolucionária que define o que é ser inteligente - Edição de 100 aniversário. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2007. 383p

GOÑI, E.; FERNÁNDEZ, A. El autoconcepto. In: GRANDMONTAGNE, A. G. (Coord.). **El autoconcepto físico**. Madrid: Ediciones Pirámide, 2009.

GRANDJEAN, E. **Manual de Ergonomia**: Adaptando o trabalho ao homem. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 1998.

GROTTO, H. Z. W. Metabolismo do ferro: uma revisão sobre os principais mecanismos envolvidos em sua homeostase. **Rev Bras Hematol Hemoter**, v. 30, n. 5, p. 390-397, 2008.

GRUPO WHOQOL. Versão em português dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL). **Faculdade de Medicina da UFRGS**, 1998. Departamento de Psiquiatria. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html>>. Acesso em: 13 abr. 2014.

GROUP WHOQOL. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social science & medicine**, v. 46, n. 12, p. 1569-1585, 1998.

GUIMARÃES, S. E. R.; BZUNECK, J. A. Propriedades psicométricas de um instrumento para avaliação da motivação em universitários. **Ciência e Cognição**, v. 13, n.1, p. 101-113, 2008.

HAMPTON, D. R. **Administração**: processos administrativos. São Paulo: Editora McGraw-Hill Ltda, 1991.

HAN, T. S. et al. The influences of height and age on waist circumference as an index of adiposity in adults. **Int J Obes Relat Metab Disord**, v. 21, n. 6, p. 83-89, 1997.

HARNACK, L. et al. Association of cancer-prevention-related nutrition knowledge, beliefs and attitudes to cancer prevention dietary behavior. **J Am Diet Assoc**, v. 97, n. 9, p. 957- 965, 1997.

HECKERT, A. L. et al. A dimensão coletiva da saúde: uma análise das articulações entre gestão administrativa-saúde dos docentes, a experiência de Vitória. In: ATHAYDE, M. et al. (orgs.). **Trabalhar na escola? Só inventando prazer**. Rio de Janeiro: IPUB/ CUCA, 2001. p. 123-162.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**: parte I. 3. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 1989.

HERCULANO, S. C. A qualidade de vida e seus indicadores. In: HERCULANO, S. C. et al. **Qualidade de Vida e Riscos Ambientais**. Niterói: Eduff, 2000.

HILLS, P.; ARGYLE, M. Positive moods derived form leisure and their relationship to happiness and personality. **Personality and individual differences**, v. 25, n. 3, p. 523-535, 1998.

HOLANDA, L. B.; FILHO, A. A. B. Métodos aplicados em inquéritos alimentares. **Rev. Paul. Pediatria**, São Paulo v. 24, n. 1, p. 62-70, mar. 2006.

HOUAISS, A.; SALLES, V. M. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HUERTAS, J. A. **Motivación: querer aprender**. 2. ed. Buenos Aires: Aiqué, 2001.

HUERTAS, J. A.; ARDURA, A. Socialización y desarrollo de los motivos: una perspectiva sociocultural. **Educação**, ano XXVII, n. 1, v. 52, p. 11-38, jan./abr. 2004.

HWANG, H. F. et al. Suitability of the WHOQOL-Bref for community-dwelling older people in Taiwan. **Age Ageing**, v. 32, n. 6, p. 593-600, 2002.

IÁKOBSON, P. M. **La motivación de la conducta humana**. Montivideo: Pueblos Unidos, 1972.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. POF – Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: despesas, rendimentos e condições de vida. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009/POFcomentario.pdf. Acessado em 11 nov. 2014

INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Anísio Teixeira. **Censo da Educação Superior 2010**. Ministério da Educação, 2011. Disponível em: http://download.inep.gov.br/educacao_superior/censo_superior/documentos/2010/divulgacao_censo_2010.pdf. Acesso em: 23 dez. 2014.

IOM (Institute of Medicine). **Dietary Reference Intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and amino acids**. Food and Nutrition Board. Washington, DC: National Academy Press, 2002.

_____. **Dietary reference intakes: applications in dietary assessment**. Washington: IOM, 2001.

JESUS, S. N.; SANTOS, J. C. V. Desenvolvimento profissional e motivação dos professores. **Revista Educação**. Porto Alegre - RS, ano XXVII, n. 1, supl. 52, p. 39-58, jan./abr. 2004.

JESUS, S. N. **Bem-estar dos professores: estratégias para realização e desenvolvimento profissional**. Porto Codex – Portugal: Porto Editora, 1998.

KAUFFMANN, A. L. Sobre a contemplação reflexiva estética na sessão psicanalítica. **Rev. Bras. de Psic.**, v. 42, n. 4, 2008.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; KLUTHCOVSKY, F. A. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Rev. psiquiatr.** Rio Grande do Sul, v. 31, n. 3, supl.0, 2009.

KOETZ, L.; REMPEL, C.; PERICO, E. Qualidade de vida de professores de Instituições de Ensino Superior Comunitárias do Rio Grande do Sul. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1019-1028, abr. 2013. doi:10.1590/S1413-81232013001000015

LAGES, M. N. et al. **Aspectos motivacionais da relação entre profissionais e pacientes para a promoção do autocuidado com a saúde**. PUCRS, 2007.

Disponível em:

http://www3.pucrs.br/pucrs/files/uni/poa/feced/aspectos_motivacionais_da_relacao_entre_profissionais_e_pacientes_para_a_promocao_do_autocuidado_com_a_saude.pdf. Acesso em: 8 abr. 2015.

LEÃO, H. F. P. et al. Qualidade de Vida e Nível de Atividade Física de Trabalhadores com Diferentes Tempos de Serviço. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 1, p. 31-38, 2011.

LEÃO, C. B. M. **Entre o Bem e o Mal-Estar Docente**: um retrato de professores do ensino superior privado. 2003. 100 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, UEPG, Ponta Grossa, 2003.

LEAR, S. A. et al. Of relationship between simple antropometric indices and risk factors by ethnic background. **Metabolism**, v. 52, n. 10, p. 1295-1301, 2003.

LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

LEVI, L. Spice of life or kiss of death? Working on stress. **Magazine of the European Agency for Safety and Health at Work**, v. 2, n. 1, p. 11-13, 2002.

LEVENSTEIN, H. *Revolution at the table*: the transformation of the American diet. Berkeley: University of California Press, 2003.

LIMA, A.; GUERRA, N. B.; LIRA, B. F. Evolução da legislação brasileira sobre rotulagem de alimentos e bebidas embaladas, e sua função educativa para promoção da saúde. **Hig. Aliment**, v. 17, n. 110, p. 12-17, 2003.

LIPSCHITZ, DA. Screening for nutritional status in the elderly. Vol. 21, n.1, 1994.

LOPES, M. C. L. et al. O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet], v. 10, n. 1, p. 198-211, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a18.htm> Acesso em: 5 fev. 2015.

LOPEZ, R. P. S.; BOTELHO, R. B. A. Identification of food portions in photographs. **Nutrire: rev. Soc. Bras. Alim. Nutr.** = J. Brazilian Soc. Food Nutr., São Paulo, SP, v. 35, n. 1, p. 1-14, abr. 2010.

_____. **Álbum fotográfico de porções alimentares**. São Paulo: Metha, 2008. p. 239.

LORENA, A. C. A.; ARAÚJO, C. L. O. Qualidade de vida e nutricional dos professores de uma faculdade privada do Vale do Paraíba. **REENVAP**, Lorena, v. 1, n. 2, p. 91-103, jan./jun., 2012.

MACHADO, E. L. et al. Qualidade de vida dos docentes: um estudo de caso. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 9, n. 2, p. 255-263, ago./dez. 2011.

MAJEM, L. S. et al. **Nutrición y salud pública**: métodos, bases científicas y aplicaciones. 2th ed. Madrid: Masson, 1995. p.113-119.

MALTA, D. C. et al. Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. **Epidemiol Serv Saude**, v. 15, n. 3, p. 47-64, 2006.

MARINS, J. C. B; GIANNICHI, R. S. **Avaliação e prescrição de atividade física**. 3. ed. Rio de Janeiro: Shape. 2003. p. 341.

MARQUES, I. M. **Atividade física e bem-estar na perspectiva da psicologia positiva**. 2011. 52f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social, Programa de Pós-Graduação Em Psicologia) - Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande Do Sul, Porto Alegre, 2011.

MARRAS, J. P. **Administração de recursos humanos**. 14 ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

MARTINS, A. W.; GLAUCIA, M. M. O. O preço da Obesidade. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v. 26, n. 4, p. 238-240, jul./ago. 2013.

MARTINS, C.; CARDOSO, S.P. Terapia nutricional enteral e parenteral: manual de rotina técnica. Curitiba: Nutroclínica, 2000.

MARTINEZ, K. A. S. C.; VITTA, A. ; LOPES, E. S. **Avaliação da qualidade de vida dos professores universitários da Cidade de Bauru-SP**. *Salusvita* ,Bauru, v. 28, n. 3, p. 217-224, 2009.

MASLOW, A. H. **La amplitud potencial de la naturaleza humana**. México: Trillas,1982.

_____. **Introdução à psicologia do ser**. 2. ed. Rio de Janeiro: Eldorado, 1943. p. 5

MATTHEWS, D. E. Proteínas e aminoácidos. In: SHILS, M. E. **Nutrição moderna na saúde e na doença**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2009. p 25-66.

MATTOS, L. L.; MARTINS I. S. Consumo de fibras alimentares em população adulta. **Rev Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 50-55, 2000.

MATTOS, P. A Distinção: Crítica Social do Julgamento. **Desigualdade & Diversidade** - Revista de Ciências Sociais da PUC-Rio, n. 8, p. 303-306, jan./jul. 2011.

MATURANA, H. R. **Del ser al hacer**. Los Orígenes de La biologia del conocer. Santiago: J C Sáez, 2004.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de história oral**. 5. ed. São Paulo, SP: Edições Loyola, 2005.

MENDES, A. R. **Saúde docente**: uma realidade detectada - em direção ao bem-estar e a realização profissional. Porto Alegre, 2011. 117f. Dissertação (Mestrado em

Educação) – Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, PUCRS, Porto Alegre, 2011.

MENDES, R. A.; LEITE, N. **Ginástica Laboral** – princípios e aplicações práticas. 2. ed. rev.e ampl. Barueri, SP: Manole, 2008.

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

MIRANDA, R. B. **Política do idoso**: condições das boas práticas de fabricação de alimentos em instituições geriátricas pesquisadas em Fortaleza-CE. 2007. 144f. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Políticas Públicas) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza CE, 2007.

MOLARIUS, A. et al. Varying sensitivity of waist action levels to identify subjects with overweight or obesity in 19 populations of the WHO MONICA Project. **J Clin Epidemiol**, v. 52, n. 12, p. 1213-1224, 1999.

MONTANA, P. J.; CHARNOV, B. H. **Administração**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2010.

MONTEIRO, J. K.; DALAGASPERINA, P.; QUADROS, M. O. **Professores no limite: o estresse no trabalho do ensino privado no Rio Grande do Sul**, Porto Alegre: 47p, Carta editora, 2012. Disponível em <<http://WWW.unisinos.br/blogs/professores-no-limite-o-estresse-no-trabalho-do-ensino-privado-do-rio-grande-sul/#strash.Gruv753W>> Acesso em 27/08/2014.

MONTEIRO, C. A. et al. A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996-1997. **Pan. Am. J. Public Health**, v. 14, n. 4, p. 246-254, 2003.

MORAES, R. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. **Revista Ciência e Educação**, v. 9, n. 2, p. 191-211, 2003.

_____. Análise de conteúdo. **Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, mar. 1999.

_____.; GALIAZZI, M. C. **Análise Textual Discursiva**. Ijuí: Ed.UNIJUÍ, 2007.

MOROSINI, M. C. Qualidade na Educação Superior: tendências do século. **Revista de Avaliação Educacional**. São Paulo/FCC, v.20, n.43, p. 165-186. 2010.

MOROSINI, Marília Costa. (Org.). **Enciclopédia de Pedagogia Universitária** – Glossário. v.2. Brasília: 2006. p.380.

MOSQUERA, J. J. M. A manifestação dos sentimentos na educação. **Educação** - PUCRS, ano XXIX, n. 1 v. 58, p. 123 -134, jan./abr. 2006.

MOSQUERA, J. J. M.; STOBÄUS, C. D. Professores na Pós-Modernidade: narrativas da subjetividade docente. **53ª Reunião Anual da SBPC**, 2001.

_____. O professor, personalidade saudável e relações interpessoais. IN: ENRÍCONE, D. (org.). **Ser professor**. 4. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

MOSQUERA, J. J. M.; STOBAUS, C. D. Pessoa, trabalho e motivações. In: SANTOS, B. S.; CARREÑO, A. S. **A Motivação em Cenários diferentes**. Porto Alegre: Edipuc, 2010. p. 65-78.

MOURA, E. P. G. Esgotamento profissional (*burnout*) ou Sofrimento Psíquico no Trabalho: O caso dos professores da Rede de ensino particular. In: SARRIRRA, J.C. (Org). **Psicologia Comunitária - Estudos Atuais**. Porto Alegre: Sulina, 2000.

MOURA, N. C.; CANNIATTI-BRAZACA, S. G. Avaliação da disponibilidade de ferro de feijão comum (*Phaseolus vulgaris* L.) em comparação com carne bovina. **Cienc Tecnol Aliment**, Campinas, v. 26, n. 2, p. 270-276, 2006.

MURTA, S. G.; TRÓCCOLI, B. T. Avaliação de intervenção em estresse ocupacional. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 39-47, 2004.

NEVES, E. R. C.; BORUCHOVITCH, E. Escala de avaliação da motivação para aprender de alunos do ensino fundamental (EMA). **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 20, n. 3, p. 406-413, dez. 2006.

NEVES, J. L. Pesquisa Qualitativa – Características, Usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisa em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 3, 2º sem. 1996.

NOAL, I. **Manifestações do Mal-Estar Docente na Vida de Professoras do Ensino Fundamental**: um estudo de caso. 2003. 203f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, UFSM, Santa Maria, 2003.

NÓVOA, A. **Professores**: imagens do futuro presente. Lisboa: Educa, 2009.

NUSSBAUM, M.; AMARTYA, S. **The Quality of Life**. Oxford University Press: Clariton Paperbacks, 1995.

OLIVEIRA, C. A. V. **Formação de Professores: identidade e “mal-estar docente”**. 2005. 150 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, UNESP, Presidente Prudente, 2005.

OLIVEIRA FILHO, A.; NETTO-OLIVEIRA, E. R.; OLIVEIRA, A. B. Qualidade de vida e fatores de risco de professores universitários. **Rev. educ. fis. UEM**, Maringá, v. 23, n. 1, p. 234-243, mar. 2012. doi: 10.4025/reveducfis.v23i1.10468

OMS. Organización Mundial de la Salud. **Dieta, nutrición y prevención de enfermedades no-transmisibles**. Ginebra, p. 11-18 (OMS – Serie de Informes Técnicos, 797) 1990.

_____. Organización Mundial de la Salud. **Versão em português dos instrumentos de Avaliação de qualidade de vida (WHOQL)**. Divisão de saúde mental Grupo WHOQOL [on line]. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol-100.html>>. Acesso em: 1 jun. 2012.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. Nova Iorque: ONU, 1966. Disponível em: <http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/a_ceschr_sp.htm>. Acesso em: 8 abr. 2015.

_____. Organização das Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Nova Iorque: ONU, 1948. Disponível em: <<http://www.unhchr.ch/udhr/lang/por.htm>>. Acesso em: 8 abr. 2015.

ORQUIZA, S. M. C. **Qualidade de vida e Auto Cuidado**, 2011. Disponível em: <<http://www.orientacoesmedicas.com.br/autocuidado.asp>> Acesso em: 10 ago. 2014.

OYAMA, L. M. et al. Metabolismo lipídico. In: DÂMASO, A. (Coord.). **Nutrição e exercício na prevenção de doenças**. 1. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. p 61-87.

PACHECO, A. E. **Motivação para o auto-cuidado na Atenção Primária em Saúde**. 2012. 31f. TCC (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Formiga-MG, 2012.

PAIVA, M. L. M. F.; BORUCHOVITCH, E. Orientações motivacionais, crenças educacionais e desempenho escolar de estudantes do ensino fundamental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 2, p. 381-389, abr./jun. 2010.

PADOVANI, R.M., AMAYA-FARFÁN, J., COLUGNATI, F.A.B., DOMENE, S.M.A. Dietary reference intakes: aplicabilidade das tabelas em estudos nutricionais. **Rev. Nutr**, 19(6): 741-760. 2006.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W. **Desenvolvimento humano**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

PAPINI, C. B. **Associações entre nível, oferta de atividade física no trabalho e atividade física de lazer**. 2009. 112f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Estadual Paulista, Rio Claro, 2009.

PASCOAL, S. M. P.; SALLES, R. F. N.; FRANCO, R. P. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETO, M.; CARVALHO FILHO, E. T. **Geriatría: Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2002. p.331-335.

PHILIPPI, S. T. **Pirâmide dos Alimentos: Fundamentos básicos da nutrição**. 1 ed. Barueri, São Paulo: Manole, 2008. 387p.

PEDROSO, B. et al. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 2, n. 1, p. 31-36, jan./jun. 2010.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; LOPES, A. S. Qualidade de vida de professores de educação básica do município de Florianópolis, SC, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 221-231, jul. 2013. doi:10.1590/S1413-81232013000700011

PEREIRA, M. C. A.; FÁVERO, N. A motivação no trabalho da equipe de enfermagem. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, p. 7-12, 2001. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0104-11692001000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2015.

PEREIRA, R. A.; SICHIERI R. Métodos de Avaliação do Consumo Alimentar. In: KAC, G.; SICHIERI, R.; GIGANTE, D. P. (Org). **Epidemiologia Nutricional**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Atheneu, 2007. cap. 10, p. 181-200.

PEREIRA, D. C. L.; LIMA, S. M. R. R. Prevalência de sobrepeso e obesidade em mulheres após menopausa. **Arquivos Médicos**. Arq. Med. Hosp. Fac. Cienc. Med. Santa Casa de São Paulo, v. 60, p.1-6, 2015.

PERES, D. S.; FRANCO, L. J.; SANTOS, M. A. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 310-317, 2006.

PERSSON, L. A.; CARLGREN, G. Measuring children's diets: evaluation of dietary assessment techniques in infancy and childhood. **International Journal of Epidemiology**, London, v. 13, p. 506-517, 1984.

PERKINS, V. **Stress**: O ponto de ruptura. São Paulo: Jovens Médicos, 1995.

PETERSON, C.; PARK N. P.; SELIGMAN, M. Orientations to Happiness and Life Satisfaction: the full versus the empty life. **Journal of Happiness Studies**, v. 6, n.1, p. 25-41, 2005.

PETROSKI, E. C. **Qualidade de vida no trabalho e suas relações com estresse, nível de atividade física e risco coronariano de professores universitários de pós-graduação** 2005. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de pós-graduação em Engenharia de produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

PIMENTA, F. A. P. et al. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. **Rev. Assoc. Med Bras**. v. 54, n. 1, p. 55-60, 2008.

PINHEIRO, A. R. O. et al. Uma Abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista Nutrição**, Campinas, v.17, n.4, p. 523-533, 2004.

PRINTCH, P. R.; SCHUNK, D. H. **Motivación en contextos educativos**: teoría, investigación y aplicaciones. 2. ed. Madrid: Pearson Educación S. A., 2006.

POCINHO, M.; FRAGOEIRO, J. G. Satisfação dos docentes do ensino superior. **Acta Colombiana de Psicología**, v. 15, n. 1, p. 87-97, 2012.

PRESTES, M. L. M. **A pesquisa e a construção do conhecimento científico**: do planejamento aos textos, da escola à academia. 1 ed. São Paulo: Rêspel, 2002.

PRIESS, F. G. **Características do estilo de vida e da qualidade de vida de professores universitários de instituições privadas de Foz do Iguaçu e região**. 2011. 89f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade Federal do Paraná, Departamento de Educação Física, Setor de Ciências Biológicas, Curitiba, 2011.

PROGRAMA de Apoio à Nutrição. **NutWin [software]**. Departamento de Informática em Saúde. Universidade Federal de São Paulo; 2005. Disponível em: <http://sourceforge.net/projects/nutwin>. Acesso em: 12 jan. 2015.

RAMALHO, R. A.; SAUNDERS, C. O papel da educação nutricional no combate às carências nutricionais. **Rev Nutr.**, v. 13, n. 1, p. 11-16, 2000. doi: 10.1590/S1415-52732000000100002.

RAMAZZINI, B. **As doenças dos trabalhadores**. São Paulo: Fundacentro, 1985.

RECH, C. R.; ARAÚJO, E. D. S.; VANAT, J. R. Autopercepção da imagem corporal em estudantes do curso de educação física. **Revista brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 285-292, abr./jun. 2010.

REDDY, K. S. Cardiovascular diseases in the developing countries: dimensions, determinants, dynamics and directions for public health. **Public Health Nutrition**, v. 5, n. 1a, p. 231-237, 2002.

REDDY, K. S. Emerging epidemic of cardiovascular disease in developing countries. **Circulation**, v. 97, p. 596-601, 1998.

REEVE, J.; DECI, E. L.; RYAN, R. M. Self-determination theory: a dialectical framework for understanding sociocultural influences on student motivation. In: MCINERNEY, D. M.; VAN ETEN, S. (Eds.) **Big theories revisited**. Greenwich: Information Age Publishing, 2004. p. 31-60.

ROBBINS, S. P. **Fundamentos do comportamento organizacional**. Tradução técnica Reynaldo Marcondes. 8. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2009.

ROCHA, K. B.; SARRIERA, J. C. Saúde Percebida em Professores Universitários: gênero, religião e condições de trabalho. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 10, n. 2, p. 187-196, 2006.

ROCHA, S. S. L.; FELLI, V. E. A. Qualidade de vida no trabalho docente em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 28-35, 2004.

RODRIGUES, M. V. C. **Qualidade de vida no Trabalho**: evolução e análise no nível gerencial. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

ROGERS, P. Eating habits and appetite control: A psychobiological perspective. **Proc Nutr Soc.**, v. 58, n. 1, p. 59-67, 1999.

ROSSATO, R. Universidade brasileira: Novos paradigmas institucionais emergentes. In: ISALA, S. M A. **Qualidade da Educação Superior**: a Universidade como lugar de formação (recurso eletrônico). Porto Alegre: EDIPUCRS, 2011. P. 15-34.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2003.

RYAN, R. M.; DECI, E. L. Self-determination Theory and facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. **American Psychologist**, v. 55, n. 1, p. 68-78, jan. 2000.

_____. The support of autonomy and the control of behavior. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 53, n. 6, p. 1024-1037, 1987.

SALLES, E. P. **Qualidade de vida do auxiliar e do técnico de Enfermagem**. 2005. 123f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2005.

SAMPAIO, J. R. O Maslow desconhecido: uma revisão de seus principais trabalhos sobre motivação. **Revista de Administração da Universidade de São Paulo**, v. 44, n. 1, p. 5-16, jan./fev./mar. 2009.

SANTANA, C. M. Aspectos clínicos na prática geriátrica. In: PEREIRA, C. U.; ANDRADE FILHO, A. S. **Neurogeriatria**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p.43-50.

SANTOS, B. S. Indicadores de Qualidade e Motivação Discente. In: MOROSINI, M. C. (org.) **Qualidade da Educação Superior. Observatório da Educação CAPES/ INEP**. Porto Alegre: Edipucrs, v. 3, 2011.

_____.; _____.; SCHMITT, R. O processo motivacional na educação universitária. In: SANTOS, B.; BOZA CARREÑO, A. (orgs) **A motivação em diferentes cenários**. Porto Alegre: Edipucrs, 2010. p. 21-31.

_____.; _____.; BERNARDI, J. O Docente e sua subjetividade nos processos motivacionais. **Educação**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 46-53, 2008.

_____.; _____.; Vida adulta, processos motivacionais e diversidade. **Educação**, Porto Alegre, v. 61, n.1, p.149-164, 2007.

_____.; BOZA CARREÑO, A. (orgs) **A motivação em diferentes cenários**. Porto Alegre: Edipucrs, 2010. p. 317.

_____.; STOBÄUS, C. D.; MOSQUERA, J. J. M. Processos motivacionais em contextos educativos. **Educação**, Porto Alegre, ano XXX, n. especial, p. 297-306, out. 2007.

_____.; ANTUNES, D. D. Motivos e aprendizagem na adultez. In: FERREIRA, A. J.(orgs) **Educação e Envelhecimento**. Porto Alegre: Edipucrs, 2012

SANTOS, C. R. A. A alimentação e seu lugar na história: os tempos da memória gustativa. **História: questões & debates**, Curitiba, v. 42, p. 11-31, 2005.

SANTOS, H. C. M. et al. Síndrome Metabólica e outros fatores de risco para doenças cardiovascular em população de obesos. **Rev. Bras. Cardiol.**, v. 26, n. 6, p. 442-449, 2013.

SANTOS, S. R. et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 10, n. 6, p. 757-764, 2002.

SÃO PAULO (SP). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. **Boletim Isa-Inquérito de Saúde – Capital 2008**. Estado nutricional, insatisfação em relação ao peso atual e comportamento relacionado ao desejo de emagrecer na cidade de São Paulo. São Paulo: CEINFO, 2010. 40p.

SCAGLIUSI, F. B. et al. Tradução, adaptação e avaliação psicométrica da escala de conhecimento nutricional do National Health Interview Survey Cancer Epidemiology. **Rev Nutr**, v. 19, n. 4, p. 425-36, 2006.

_____. LANCHI, A. H. Subnotificação da ingestão energética na avaliação do consumo alimentar. **Rev Nutr.**, v. 16, n. 4, p. 471-481, 2003. doi: 10.1590/S1415-52732003000400010.

SCHAIE, K. W.; WILLIS, S. L. **Psicología de la edad adulta y la vejez**. 5. ed. Madrid: Pearson Prentice Hall, 2003.

SCHALOCK, R. L.; VERDUGO, M. A. **Calidad de vida**: Manual para profesionales de la educación. Salud y Servicios Sociales. Madrid: Alianza, 2003.

SCHMIDT, M. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, jan./abr. 2007

SCREMIN, G.; AIMI, D. S. Qualidade na Educação Superior: conceitos e visões. **Políticas Educativas** – Campinas, v.2, n.1, p.91-103, dez.2008.

SELIGMAN, M. E. P. **Felicidade autêntica**: Usando a nova psicologia positiva para a realização permanente. (N. Capelo, Trad.). Rio de Janeiro: Objetiva, 2004. (Obra original publicada, 2002).

SILVA, C. S. Escola Promotora de Saúde: uma visão crítica da Saúde Escolar. **Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde – I**, n. 6, p. 304, 2005. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/img/cadernosbpfinal.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2015.

SILVA, L. W. S. et al. Cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 4, p. 471-475, jul./ago. 2005.

SILVA, M. A. D.; DE MARCHI, R. **Saúde e Qualidade de vida no trabalho**. São Paulo: Editora Best Seller, 1997.

SILVA, S. G. et al. Fatores associados à inatividade física no lazer e principais barreiras na percepção de trabalhadores da indústria do Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 249-259, 2011.

SILVA, S. M. C. S.; MURA, J. D. P. **Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterápica**. São Paulo: Roca, 2007.

SILVEIRA, T. C. G. P. **A qualidade de vida e o desenvolvimento emocional do professor universitário**. 2013. 181f. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-Graduação, Faculdade de Educação, PUCRS, Porto Alegre 2013.

SILVERIO, M. R. et al. O ensino na área da saúde e sua repercussão na qualidade de vida docente. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, jan./mar., 2010. doi:10.1590/S0100-55022010000100008

SLATER, B.; MARCHIONI, D. M. L.; FISBERG, R. M. Estimando a prevalência da ingestão inadequada de nutrientes. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 4, p. 599-605, ago. 2004.

SOUTO, J.; VOLPINI, M.; EUGENIA, T. Análise do consumo de suplementos alimentares entre indivíduos de uma academia de ginástica em São Paulo. **Nutrição Profissional**, São Paulo, v. 5, n. 24, p. 42-50, 2009.

SOUZA FILHO, O. C. **O Professor de Medicina no Contexto do Mal-Estar Docente**. 2003. 74 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, UFSM, Santa Maria, 2003.

SOUZA, J. C.; COSTA, D. S. Qualidade de vida de uma amostra de profissionais de educação física. **J Bras Psiquiatr**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 1, p. 23-27, 2011. doi:10.1590/S0047-20852011000100005

SOUZA, R.; CENI, G. C. Uso de Suplementos alimentares e auto percepção corporal de praticantes de musculação em Academias de Palmeira da Missões-RS. **Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, São Paulo. v. 8. n. 43, p. 20-29, jan./fev. 2014. Disponível em: < www.rbne.com.br >. Acesso em: 16 jan. 2015.

SPITZER, W. O. State of Science 1986: Quality of life and functional status as target variables for research. **J Chronic Dis**, v. 40, n. 6, p. 465-471, 1987.

STOBÄUS, C. D. et al. Autoimagem, autoestima e autoconceito: contribuições pessoais e profissionais na docência. In: IX ANPED SUL. SEMINÁRIO DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO DA REGIÃO SUL. 2012, **Anais...** Cidade: editora, 2012. Disponível em: <www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul>. Acesso em: 13 jan.2014.

_____. **Desempenho e auto-estima em jogadores profissionais e amadores de futebol**: análise de uma realidade e implicações educacionais. 1983. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1983.

SUMARIVA, A.; OURIQUES, M. A. **Qualidade de vida ocupacional dos profissionais de educação física que atuam nas academias de Blumenau SC nas modalidades de musculação e ginástica**. Blumenau, 2010.

TEIXEIRA, C. S.; PEREIRA, E. F. Aptidão física, idade e estado nutricional em militares. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 94, n. 4, p. 438-443, mar. 2010.

TERRA, N. **Envelhecendo com qualidade de vida**. Porto Alegre: Edipucrs; 2001.

THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. **Psychological Medicine**, Cambridge, UK, v.28, n. 3, p. 551-558, may 1998.

THIRD Report of Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) 2000. NIH publication n. 01-3670

- THOMPSON, F. E.; BYERS, T. Dietary assessment resource manual. **J. Nutr.**, v. 124, n. 11, p. 2245-2270, nov. 1994.
- TIMM, E. Z. **O bem-estar na docência**: dimensionando o cuidado de si. 2006. 262f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade e Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.
- TORRES, J. R. et al. Resignificação Curricular: contribuições da Investigação Temática e da Análise Textual Discursiva. **Revista Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências**, v. 8, n. 2, p. 2, 2008.
- UNICAMP. Universidade de Campinas. **TACO - Tabela Brasileira de Composição de Alimentos**. Versão 4. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação – NEPA. Campinas, 2011. 161p.
- VALSINER, J. **Human development and culture**: The social nature of personality and its study. Lexington, MA: Lexington, 1989.
- VASCONCELOS, A. F. Qualidade de Vida no Trabalho: Origem, Evolução e Perspectivas. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 23-35, jan./mar. 2001.
- VASCONCELOS, F. A. G. Tendências históricas dos estudos dietéticos no Brasil. **Hist. Cienc. Saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 197-219, jan./mar. 2007.
- VASCONCELOS, S. M. L. et. al. **Manual de uso e interpretação das DRIs na análise quantitativa de inquéritos dietéticos**. Maceió. EDUFAL, P. 65. 2011.
- VASCONCELOS, S. M. L.; VASCONCELOS, P. N.; SANTOS, T. M. P. Consumo de ferro e anemia em mulheres hipertensas e/ou diabéticas. **Rev. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 26, n.1, p. 17-25, jan./fev. 2013.
- VECCHIA, R. D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Rev. Bras Epidemiol.**, v. 8, n. 3, p. 246-252, 2005.
- VIEIRA, M. F. A. et al. Estado nutricional de escolares de 1ª a 4ª séries do Ensino Fundamental das escolas urbanas da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 7, p. 1667-1674, 2008.
- VILLAR, B. S. **Desenvolvimento e validação de um questionário semi-quantitativo de frequência alimentar para adolescentes**. 2001. 133f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
- VYGOTSKY, Lev. **A construção do pensamento e da linguagem**. Trad. Paulo Bezerra. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009.
- _____. **Psicologia pedagógica**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- _____. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

WALTON, R. E. Quality of working life: what is it? **Slow Management Review**, USA, v. 15, n. 1, p. 11-21, 1973.

WEHMEYER, M. L. Self-determination and the education of students with mental retardation. **Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities**, v. 27, n. 4, p. 302-314, 1992.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases country profiles 2011**. Geneva: WHO, 2011.

_____. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition and the prevention chronic diseases**. Geneva: WHO, 2003.

_____. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world report 2002: reducing risks, promoting healthy life**. Geneva: World Health Organization, 2002.

_____. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000. p. 256. WHO Obesity Technical Report Series, n. 284.

WHOQOL. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v. 10, p.1403-1409, 1995.

WILLETT, W. C.; LENART, E. Reproducibility and validity of food-frequency questionnaire, In: WILLETT W. ed. **Nutritional Epidemiology**. 2th Edition. New York: Oxford University Press, 1998.

WITTER, G. P. Professor-estresse: análise de produção científica. **Psicol Esc Educ.**, v. 7, n. 1, p. 33-46, 2003.

YUSUF, S. et al. Global burden of cardiovascular diseases: part I: general considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. **Circulation**, v. 104, n. 22, p. 2746-2753, 2001.

ZAMAI, C. A.; BANKOFF, A. D. P. Nível de atividade física e indicadores de qualidade de vida de colaboradores da Unicamp: Análise através do Programa Mexa-se Unicamp XI Simpósio Nordeste de Atividade Física & Saúde, 2010, Aracaju - Sergipe. XI Simpósio Nordeste de Atividade Física & Saúde: da evidência à intervenção. Aracaju - Sergipe: UFS, 2010.

APÊNDICE A

**Pesquisa Relação dos
Aspectos Nutricionais na
Qualidade de vida docente**



Protocolo Nº.....

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRAFICO

Nome:

Sexo: Idade: tempo de Instituição:

Estado civil: () Solteiro(a) () União estável/Casado(a) () Viúvo(a) () Separado/Divorciado(a)

Filhos; () Não () Sim Quantos? _____

Área do conhecimento: () Saúde e Biológicas () Humanas e sociais () Exatas

Tempo de docência: () 1 à 5 anos () 6 à 10 anos () 11 à 15 anos () 16 à 20 anos () +21 anos

Carga horária/semanal:

Quantas disciplinas leciona:

Exerce outra atividade

() Sim, como docente em outro estabelecimento Carga horária/semanal: _____

() Sim, fora da área da educação. O que? _____ Qual a carga horária? _____

() Não

Transporte utilizado para ir ao trabalho: () Carro () Ônibus () taxi () bicicleta () a pé Mora

sozinho () Sim () Não

Mora em apartamento ou casa: _____ () aluguel () própria

Quantos pessoas moram com você: _____

Renda mensal: () Até 2 SM () de 2 a 3 SM () de 3 a 4 SM () de 4 a 5 SM () de 5 a 6 SM (

) + de 6 SM

Faz Uso de medicação? () Não () Sim Quais?

Motivo? _____

Pratica atividade física? () Não () Sim Qual? _____

Quantas vezes por semana? _____

Nas horas de lazer o que costuma fazer? _____

Email/ telefone: _____

APÊNDICE B

Pesquisa: RELAÇÕES ENTRE ASPECTOS NUTRICIONAIS E QUALIDADE DE VIDA PERCEBIDA EM DOCENTES UNIVERSITÁRIOS

Roteiro de Entrevista

- 1 – Como você definiria Qualidade de Vida?
- 2 – Quais as suas motivações para desenvolver essa Qualidade de Vida no seu dia a dia?
- 3 – Como esta sua alimentação no atual momento?
- 4 – Você acha que existe relação entre sua alimentação atual e sua Qualidade de vida? Em quais momentos você percebe isso?
- 5 – O que você considera ser autocuidado?
- 6 – Quais as estratégias de autocuidado você desempenha no seu dia a dia?
- 7 – Quais as doenças você apresentou no último ano?
- 8 – Você relaciona essa(s) doença(s) ao trabalho?

Questão norteadora: os aspectos nutricionais, tais como, antropometria e conhecimento nutricional, e hábitos alimentares tem relação com a qualidade de vida e a motivação dos professores da educação superior?

Objetivo Geral: Relacionar os aspectos nutricionais de docentes universitários do Estado de Sergipe com a qualidade de vida e a motivação docente.

Pesquisa Relação dos
Aspectos Nutricionais na
Qualidade de vida docente

PROMOT

Protocolo Nº.....

ANEXO A

Termo de consentimento livre e esclarecido

Caro aluno (a),

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada "Relação dos Aspectos Nutricionais na Qualidade de vida docente". O estudo está sendo conduzido pelo grupo de pesquisa PROMOT, do Programa de Pós-Graduação em Educação, da Faculdade de Educação da PUCRS, em parceria com a Universidade Tiradentes (UNIT).

O objetivo da pesquisa é relacionar os aspectos nutricionais de docentes universitários do Estado de Sergipe com a qualidade de vida e a motivação docente. Queremos compreender melhor a relação existente entre os aspectos nutricionais (antropometria, conhecimento nutricional e hábitos alimentares) com a qualidade de vida, bem como investigar os processos motivacionais dos docentes.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária e não lhe acarretará nenhum ônus ou prejuízo. Você terá apenas que responder ou pontuar algumas questões que lhe serão entregues por escrito, da forma mais franca e honesta que puder. Além disso, não é necessário colocar seu nome. Todos os protocolos de pesquisa estão codificados e serão manuseados apenas pelos pesquisadores treinados e credenciados para garantir a confidencialidade dos dados, no propósito de fazer com que nenhuma informação que possa identificá-lo seja revelada.

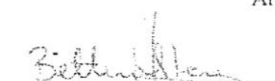
Sua contribuição é muito valiosa, mas queremos lembrá-lo(a) que você pode se recusar a responder qualquer pergunta e tem o direito de desistir de participar em qualquer etapa da coleta de dados.

Você pode entrar em contato conosco no endereço abaixo e por telefone, se tiver qualquer dúvida sobre a pesquisa:

Coordenadora da Pesquisa: Dr^a. Bettina Steren dos Santos
Fone: (51) 3320-3620 - Ramal 8253 - E-mail: bettina@puers.br
Pesquisador Responsável: Hugo José Xavier Santos
Fone (79) 32182116 - Ramal 2683 - E mail: nutricao@unit.br
Comitê de Ética em Pesquisa/PUCRS: (51) 3320-3345 - cep@puers.br

Muito obrigada pela sua colaboração!

Aracaju, ____ / ____ / ____


Pesquisador - PROMOT

Participante

Pesquisa Relação dos
Aspectos Nutricionais na
Qualidade de vida docente

PROMOT

Protocolo Nº.....

Termo de consentimento livre e esclarecido

Caro aluno (a),

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada "Relação dos Aspectos Nutricionais na Qualidade de vida docente". O estudo está sendo conduzido pelo grupo de pesquisa PROMOT, do Programa de Pós-Graduação em Educação, da Faculdade de Educação da PUCRS, em parceria com a Universidade Tiradentes (UNIT).

O objetivo da pesquisa é relacionar os aspectos nutricionais de docentes universitários do Estado de Sergipe com a qualidade de vida e a motivação docente. Queremos compreender melhor existente entre os aspectos nutricionais (antropometria, conhecimento nutricional e hábitos alimentares) com a qualidade de vida, bem como investigar os processos motivacionais dos docentes.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária e não lhe acarretará nenhum ônus ou prejuízo. Você terá apenas que responder ou pontuar algumas questões que lhe serão entregues por escrito, da forma mais franca e honesta que puder. Além disso, não é necessário colocar seu nome. Todos os protocolos de pesquisa estão codificados e serão manuseados apenas pelos pesquisadores treinados e credenciados para garantir a confidencialidade dos dados, no propósito de fazer com que nenhuma informação que possa identificá-lo seja revelada.

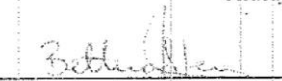
Sua contribuição é muito valiosa, mas queremos lembrá-lo(a) que você pode se recusar a responder qualquer pergunta e tem o direito de desistir de participar em qualquer etapa da coleta de dados.

Você pode entrar em contato conosco no endereço abaixo e por telefone, se tiver qualquer dúvida sobre a pesquisa:

Coordenadora da Pesquisa: Dr^a. Bettina Steren dos Santos
Fone: (51) 3320-3620 - Ramal 8253 - E-mail: bettina@puers.br
Pesquisador Responsável: Hugo José Xavier Santos
Fone (79) 32182116 - Ramal 2683 - E mail: nutricao@unit.br
Comitê de Ética em Pesquisa/PUCRS: (51) 3320-3345 - cep@puers.br

Muito obrigada pela sua colaboração!

Aracaju, ____ / ____ / ____


Pesquisador - PROMOT

Participante

ANEXO B

Tabela 1. Valores diários de UL, EAR e AI* ou RDA para minerais*.

	Cálcio			Fósforo			Ferro			Cromo			
	UL ^a (g)	EAR	AI* ou RDA (mg)	UL (mg)	EAR (mg)	AI* ou RDA (mg)	UL (mg)	EAR (mg)	AI* ou RDA (mg)	UL	EAR	AI* ou RDA (μg)	
0 - 6m	ND ^b	ND	210*	ND	ND	100*	40	ND	0,27*	ND	ND	0,2μg* ou 29ng/kg*	
		ND	270*	ND	ND	275*	40	6,9	11	ND	ND	5,5μg* ou 611ng/kg*	
	2,5	ND	500*	3	380	460	40	3	7	ND	ND	11*	
	2,5	ND	800*	3	405	500	40	4,1	10	ND	ND	15*	
9 - 13 a	2,5	ND	1300*	4	1055	1250	40	5,9	8	ND	ND	25*	
	2,5	ND	1300*	4	1055	1250	45	7,7	11	ND	ND	35*	
	2,5	ND	1000*	4	580	700	45	6	8	ND	ND	35*	
	2,5	ND	1000*	4	580	700	45	6	8	ND	ND	35*	
	2,5	ND	1200*	4	580	700	45	6	8	ND	ND	30*	
	2,5	ND	1200*	3	580	700	45	6	8	ND	ND	30*	
9 - 13 a	2,5	ND	1300*	4	1055	1250	40	5,7	8	ND	ND	21*	
	2,5	ND	1300*	4	1055	1250	45	7,9	15	ND	ND	24*	
	2,5	ND	1000*	4	580	700	45	8,1	18	ND	ND	25*	
	2,5	ND	1000*	4	580	700	45	8,1	18	ND	ND	25*	
	2,5	ND	1200*	4	580	700	45	5	8	ND	ND	20*	
	2,5	ND	1200*	3	580	700	45	5	8	ND	ND	20*	
	2,5	ND	1300*	3,5	1055	1250	45	23	27	ND	ND	29*	
	2,5	ND	1000*	3,5	580	700	45	22	27	ND	ND	30*	
	2,5	ND	1000*	3,5	580	700	45	22	27	ND	ND	30*	
		ND											
	2,5	ND	1300*	45	1055	1250	45	7	10	ND	ND	44*	
	2,5	ND	1000*	45	580	700	45	6,5	9	ND	ND	45*	
2,5	ND	1000*	45	580	700	45	6,5	9	ND	ND	45*		

Tabela 1. Valores diários de UL, EAR e **AI*** ou RDA para minerais*.

	Magnésio			Flúor			Boro			Níquel		
	UL ^c (mg)	EAR (mg)	AI* ou RDA (mg)	UL (mg)	EAR	AI* ou RDA (mg)	UL (mg)	EAR	AI* ou RDA	UL (mg)	EAR	AI* ou RDA
0 - 6m	ND	ND	30*	0,7	ND	0,01*	ND	ND	ND	ND	ND	ND
7 - 12m	ND	ND	75*	0,9	ND	0,5*	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Crianças												
1 - 3 a	65	65	80	1,3	ND	0,7*	3	ND	ND	0,2	ND	ND
4 - 8 a	110	110	130	2,2	ND	1*	6	ND	ND	0,3	ND	ND
Homens												
9 - 13 a	350	200	240	10	ND	2*	11	ND	ND	0,6	ND	ND
14 - 18 a	350	340	410	10	ND	3*	17	ND	ND	1,0	ND	ND
19 - 30 a	350	330	400	10	ND	4*	20	ND	ND	1,0	ND	ND
31 - 50 a	350	350	420	10	ND	4*	20	ND	ND	1,0	ND	ND
51 - 70 a	350	350	420	10	ND	4*	20	ND	ND	1,0	ND	ND
> 70 a	350	350	420	10	ND	4*	20	ND	ND	1,0	ND	ND
Mulheres												
9 - 13 a	350	200	240	10	ND	2*	11	ND	ND	0,6	ND	ND
14 - 18 a	350	300	360	10	ND	3*	17	ND	ND	1,0	ND	ND
19 - 30 a	350	255	310	10	ND	3*	20	ND	ND	1,0	ND	ND
31 - 50 a	350	265	320	10	ND	3*	20	ND	ND	1,0	ND	ND
51 - 70 a	350	265	320	10	ND	3*	20	ND	ND	1,0	ND	ND
> 70 a	350	265	320	10	ND	3*	20	ND	ND	1,0	ND	ND
Gestantes												
				10								
Menos de 18 a	350	335	400	10	ND	3*	17	ND	ND	1,0	ND	ND
19 - 30 a	350	290	350	10	ND	3*	20	ND	ND	1,0	ND	ND
31 - 50 a	350	300	360	10	ND	3*	20	ND	ND	1,0	ND	ND
Lactantes												
Menos de 18 a	350	300	360	10	ND	3*	17	ND	ND	1,0	ND	ND
19 - 30 a	350	255	310	10	ND	3*	20	ND	ND	1,0	ND	ND
31 - 50 a	350	265	320	10	ND	3*	20	ND	ND	1,0	ND	ND

continua

Tabela 1. Valores diários de UL, EAR e AI* ou RDA para minerais*.

	Vanádio ^d			Cobre			Iodo			Molibdênio		
	UL (mg)	EAR	AI* ou RDA	UL (μg)	EAR (μg)	AI* ou RDA (μg)	UL (μg)	EAR (μg)	AI* ou RDA (μg)	UL (μg)	EAR (μg)	AI* ou RDA (μg)
	ND	ND	ND	ND	ND	200μg* ou 30μg/kg*	ND	ND	110*	ND	ND	2* ou 0,3*/kg
		ND	ND	ND	ND	220μg* ou 24μg/kg*	ND	ND	130*	ND	ND	3* ou 0,3*/kg
		ND	ND	1000	260	340	200	65	90	300	13	17
		ND	ND	3000	340	440	300	65	90	600	17	22
9 - 13 a	ND	ND	ND	5000	540	700	600	73	120	1100	26	34
		ND	ND	8000	685	890	900	95	150	1700	33	43
	1,8	ND	ND	10000	700	900	1100	95	150	2000	34	45
	1,8	ND	ND	10000	700	900	1100	95	150	2000	34	45
	1,8	ND	ND	10000	700	900	1100	95	150	2000	34	45
	1,8	ND	ND	10000	700	900	1100	95	150	2000	34	45
9 - 13 a	ND	ND	ND	5000	540	700	600	73	120	1100	26	34
		ND	ND	8000	685	890	900	95	150	1700	33	43
	1,8	ND	ND	10000	700	900	1100	95	150	2000	34	45
	1,8	ND	ND	10000	700	900	1100	95	150	2000	34	45
	1,8	ND	ND	10000	700	900	1100	95	150	2000	34	45
	1,8	ND	ND	10000	700	900	1100	95	150	2000	34	45
		ND	ND	8000	785	1000	900	160	220	1700	40	50
		ND	ND	10000	800	1000	1100	160	220	2000	40	50
		ND	ND	10000	800	1000	1100	160	220	2000	40	50
		ND	ND	8000	985	1300	900	209	290	1700	35	50
		ND	ND	10000	1000	1300	1100	209	290	2000	36	50
		ND	ND	10000	1000	1300	1100	209	290	2000	36	50

Tabela 1. Valores diários de UL, EAR e AI* ou RDA para minerais†.

conclusão

	Selênio			Manganês			Zinco		
	UL (µg)	EAR (µg)	AI* ou RDA (µg)	UL (mg)	EAR	AI* ou RDA (mg)	UL (mg)	EAR (mg)	AI* ou RDA (mg)
0 - 6m	45	ND	15*	ND	ND	0,003*	4	ND	2*
7 - 12m	60	ND	20*	ND	ND	0,6*	5	2,5	3*
Crianças									
1 - 3 a	90	17	20	2	ND	1,2*	7	2,5	3
4 - 8 a	150	23	30	3	ND	1,5*	12	4	5
Homens									
9 - 13 a	280	35	40	6	ND	1,9*	23	7	8
14 - 18 a	400	45	55	9	ND	2,2*	34	8,5	11
19 - 30 a	400	45	55	11	ND	2,3*	40	9,4	11
31 - 50 a	400	45	55	11	ND	2,3*	40	9,4	11
51 - 70 a	400	45	55	11	ND	2,3*	40	9,4	11
> 70 a	400	45	55	11	ND	2,3*	40	9,4	11
Mulheres									
9 - 13 a	280	35	40	6	ND	1,6*	23	7	8
14 - 18 a	400	45	55	9	ND	1,6*	34	7,3	9
19 - 30 a	400	45	55	11	ND	1,8*	40	6,8	8
31 - 50 a	400	45	55	11	ND	1,8*	40	6,8	8
51 - 70 a	400	45	55	11	ND	1,8*	40	6,8	8
> 70 a	400	45	55	11	ND	1,8*	40	6,8	8
Gestantes									
Menos de 18 a	400	49	60	9	ND	2*	34	10,5	13
19 - 30 a	400	49	60	11	ND	2*	40	9,5	11
31 - 50 a	400	49	60	11	ND	2*	40	9,5	11
Lactantes									
	400	59	70	9	ND	2,6*	34	10,9	14
	400	59	70	11	ND	2,6*	40	10,4	12
	400	59	70	11	ND	2,6*	40	10,4	12

Fontes: *Institute of Medicine*²; *Institute of Medicine*³; *Institute of Medicine*¹²; *Institute of Medicine*²¹; Reproduzido sob permissão #224310490.

†Não foram estabelecidos um EAR ou AI para arsênico, boro, níquel, silício ou vanádio. Apesar de não ter sido determinado o UL para arsênico, não há justificativa para adicionar arsênico ao alimento ou suplementos. Apesar de não se terem observado efeitos adversos em seres humanos, não há justificativa para adicionar silício aos suplementos.

^aUL: O limite superior tolerável de maior ingestão (UL) é o maior nível de ingestão continuada de um nutriente que, com uma dada probabilidade, não coloca em risco a saúde da maior parte dos indivíduos. A menos que esteja especificado de outra maneira, o UL representa a ingestão total de alimento, água e suplementos. ^bND= não foi possível estabelecer este valor. ^cO UL para magnésio representa a ingestão na forma de suplemento apenas e não inclui a ingestão do nutriente a partir do alimento e água. ^dApesar de o vanádio no alimento não ter apresentado efeitos adversos em seres humanos, não se justifica a adição de vanádio aos alimentos e os suplementos devem ser utilizados com cautela. O UL é baseado nos efeitos adversos em animais de laboratório e esses dados puderam ser utilizados para estabelecer o UL para adultos, mas não para adolescentes e crianças.

Tabela 2. Valores diários de UL, EAR e **AI*** ou RDA para vitaminas†.

	Vitamina K			Tiamina			Riboflavina			Vitamina C		
	UL ^a	EAR	AI* ou RDA (µg)	UL	EAR (mg)	AI* ou RDA (mg)	UL	EAR (mg)	AI* ou RDA (mg)	UL (mg)	EAR (mg)	AI* ou RDA (mg)
	ND ^b	ND	2,0*	ND	ND	0,2*	ND	ND	0,3*	ND	ND	40*
		ND	2,5*	ND	ND	0,3*	ND	ND	0,4*	ND	ND	50*
		ND	30*	ND	0,4	0,5	ND	0,4	0,5	400	13	15
		ND	55*	ND	0,5	0,6	ND	0,5	0,6	650	22	25
9 - 13 a	ND	ND	60*	ND	0,7	0,9	ND	0,8	0,9	1200	39	45
		ND	75*	ND	1	1,2	ND	1,1	1,3	1800	63	75
	ND	ND	120*	ND	1	1,2	ND	1,1	1,3	2000	75	90
	ND	ND	120*	ND	1	1,2	ND	1,1	1,3	2000	75	90
	ND	ND	120*	ND	1	1,2	ND	1,1	1,3	2000	75	90
9 - 13 a	ND	ND	60*	ND	0,7	0,9	ND	0,8	0,9	1200	39	45
		ND	75*	ND	0,9	1	ND	0,9	1,0	1800	56	65
	ND	ND	90*	ND	0,9	1,1	ND	0,9	1,1	2000	60	75
	ND	ND	90*	ND	0,9	1,1	ND	0,9	1,1	2000	60	75
	ND	ND	90*	ND	0,9	1,1	ND	0,9	1,1	2000	60	75
	ND	ND	90*	ND	0,9	1,1	ND	0,9	1,1	2000	60	75
		ND	75*	ND	1,2	1,4	ND	1,2	1,4	1800	66	80
		ND	90*	ND	1,2	1,4	ND	1,2	1,4	2000	70	85
		ND	90*	ND	1,2	1,4	ND	1,2	1,4	2000	70	85
		ND	75*	ND	1,2	1,4	ND	1,3	1,6	1800	96	115
		ND	90*	ND	1,2	1,4	ND	1,3	1,6	2000	100	120
		ND	90*	ND	1,2	1,4	ND	1,3	1,6	2000	100	120

Tabela 2. Valores diários de UL, EAR e **AI*** ou RDA para vitaminas†.

	Niacina ^c			Vitamina B6			Folato Eq. de folato alimentar (DFE) ^d			Vitamina E α-tocoferol equivalentes ^e		
	UL (mg)	EAR (mg)	AI* ou RDA (mg)	UL (mg)	EAR (mg)	AI* ou RDA (mg)	UL (μg)	EAR (μg)	AI* ou RDA (μg)	UL ¹ (mg)	EAR (mg)	AI* ou RDA (mg)
0 - 6m	ND	ND	2*	ND	ND	0,1*	ND	ND	65*	ND	ND	4*
7 - 12m	ND	ND	4*	ND	ND	0,3*	ND	ND	80*	ND	ND	5*
Crianças												
1 - 3 a	10	5	6	30	0,4	0,5	300	120	150	200	5	6
4 - 8 a	15	6	8	40	0,5	0,6	400	160	200	300	6	7
Homens												
9 - 13 a	20	9	12	60	0,8	1	600	250	300	600	9	11
14 - 18 a	30	12	16	80	1,1	1,3	800	330	400	800	12	15
19 - 30 a	35	12	16	100	1,1	1,3	1000	320	400	1000	12	15
31 - 50 a	35	12	16	100	1,1	1,3	1000	320	400	1000	12	15
51 - 70 a	35	12	16	100	1,4	1,7	1000	320	400	1000	12	15
> 70 a	35	12	16	100	1,4	1,7	1000	320	400	1000	12	15
Mulheres												
9 - 13 a	20	9	12	60	0,8	1	600	250	300	600	9	11
14 - 18 a	30	11	14	80	1	1,2	800	330	400	800	12	15
19 - 30 a	35	11	14	100	1,1	1,3	1000	320	400	1000	12	15
	35	11	14	100	1,1	1,3	1000	320	400	1000	12	15
51 - 70 a	35	11	14	100	1,3	1,5	1000	320	400	1000	12	15
> 70 a	35	11	14	100	1,3	1,5	1000	320	400	1000	12	15
Gestantes												
Menos de 18 a	30	14	18	80	1,6	1,9	800	520	600	800	12	15
19 - 30 a	35	14	18	100	1,6	1,9	1000	520	600	1000	12	15
31 - 50 a	35	14	18	100	1,6	1,9	1000	520	600	1000	12	15
Lactantes												
Menos de 18 a	30	13	17	80	1,7	2	800	450	500	800	16	19
19 - 30 a	35	13	17	100	1,7	2	1000	450	500	1000	16	19
31 - 50 a	35	13	17	100	1,7	2	1000	450	500	1000	16	19

continua

Tabela 2. Valores diários de UL, EAR e **AI*** ou RDA para vitaminas^f.

	Vitamina B12 ^g			Ácido Pantotênico			Biotina			Vitamina D ^{hi}		
	UL	EAR (µg)	AI* ou RDA (µg)	UL	EAR	AI* ou RDA (mg)	UL	EAR	AI* ou RDA (µg)	UL (µg)	EAR	AI* ou RDA (µg)
	ND	ND	0,4*	ND	ND	1,7*	ND	ND	5*	25	ND	5*
		ND	0,5*	ND	ND	1,8*	ND	ND	6*	25	ND	5*
		0,7	0,9	ND	ND	2*	ND	ND	8*	50	ND	5*
		1,0	1,2	ND	ND	3*	ND	ND	12*	50	ND	5*
9 - 13 a	ND	1,5	1,8	ND	ND	4*	ND	ND	20*	50	ND	5*
		2,0	2,4	ND	ND	5*	ND	ND	25*	50	ND	5*
	ND	2,0	2,4	ND	ND	5*	ND	ND	30*	50	ND	5*
	ND	2,0	2,4	ND	ND	5*	ND	ND	30*	50	ND	5*
	ND	2,0	2,4	ND	ND	5*	ND	ND	30*	50	ND	10*
	ND	2,0	2,4	ND	ND	5*	ND	ND	30*	50	ND	15*
9 - 13 a	ND	1,5	1,8	ND	ND	4*	ND	ND	20*	50	ND	5*
		2,0	2,4	ND	ND	5*	ND	ND	25*	50	ND	5*
	ND	2,0	2,4	ND	ND	5*	ND	ND	30*	50	ND	5*
	ND	2,0	2,4	ND	ND	5*	ND	ND	30*	50	ND	5*
	ND	2,0	2,4	ND	ND	5*	ND	ND	30*	50	ND	10*
	ND	2,0	2,4	ND	ND	5*	ND	ND	30*	50	ND	15*
		2,2	2,6	ND	ND	6*	ND	ND	30*	50	ND	5*
		2,2	2,6	ND	ND	6*	ND	ND	30*	50	ND	5*
		2,2	2,6	ND	ND	6*	ND	ND	30*	50	ND	5*
		2,4	2,8	ND	ND	7*	ND	ND	35*	50	ND	5*
		2,4	2,8	ND	ND	7*	ND	ND	35*	50	ND	5*
		2,4	2,8	ND	ND	7*	ND	ND	35*	50	ND	5*

Tabela 2. Valores diários de UL, EAR e AI* ou RDA para vitaminas^a.

	Colina ^l			Vitamina A ^k , RAE		
	UL (g)	EAR	AI* ou RDA (mg)	UL (µg)	EAR (µg)	AI* ou RDA (µg)
Bebês						
0 - 6m	ND	ND	125*	600	ND	400*
7 - 12m	ND	ND	150*	600	ND	500*
Crianças						
1 - 3 a	1,0	ND	200*	600	210	300
4 - 8 a	1,0	ND	250*	900	275	400
Homens						
9 - 13 a	2,0	ND	375*	1700	445	600
14 - 18 a	3,0	ND	550*	2800	630	900
19 - 30 a	3,5	ND	550*	3000	625	900
31 - 50 a	3,5	ND	550*	3000	625	900
51 - 70 a	3,5	ND	550*	3000	625	900
> 70 a	3,5	ND	550*	3000	625	900
Mulheres						
9 - 13 a	2,0	ND	375*	1700	420	600
14 - 18 a	3,0	ND	400*	2800	485	700
19 - 30 a	3,5	ND	425*	3000	500	700
31 - 50 a	3,5	ND	425*	3000	500	700
51 - 70 a	3,5	ND	425*	3000	500	700
> 70 a	3,5	ND	425*	3000	500	700
Gestantes						
Menos de 18 a	3,0	ND	450*	2800	530	750
19 - 30 a	3,5	ND	450*	3000	550	770
	3,5	ND	450*	3000	550	770
Lactantes						
Menos de 18 a	3,0	ND	550*	2800	885	1200
19 - 30 a	3,5	ND	550*	3000	900	1300
31 - 50 a	3,5	ND	550*	3000	900	1300

Fontes: *Institute of Medicine*⁹; *Institute of Medicine*¹¹; *Institute of Medicine*¹². Reproduzido sob permissão #224310490.

Notas: ^aNão foram estabelecidos valores de EAR, RDA ou AI e UL para carotenóides. ^bUL: O limite superior tolerável de maior ingestão (UL) é o maior nível de ingestão continuada de um nutriente que com uma dada probabilidade não coloca em risco a saúde da maior parte dos indivíduos. A menos que esteja especificado de outra maneira, o UL representa a ingestão total proveniente de alimentos, água e suplementos. ^cND= não foi possível estabelecer este valor. ^dComo equivalentes de niacina (NE). 1mg de niacina= 60mg de triptofano. Zero-6 meses= niacina pré-formada (não NE). ^e1 equivalente alimentar de folato (DFE)= 1µg de folato alimentar= 0,6µg de ácido fólico de alimento fortificado ou como suplemento consumido com alimento= 0,5 µg de suplemento tomado com o estômago vazio. Dadas as evidências que ligam a ingestão de folato aos defeitos do tubo neural no feto, é recomendado que todas as mulheres capazes de engravidar consumam 400µg a partir de suplementos ou alimentos fortificados, além da ingestão do folato alimentar de uma dieta variada. ^fComo α-tocoferol. O α-tocoferol inclui RRR α-tocoferol (única forma encontrada nos alimentos) e as formas 2R-estereoisoméricas de D-tocoferol (RRR-, RSR-, RRS- e RSS-tocoferol) que são encontradas nos alimentos fortificados e suplementos. Ele não inclui as formas 2R-estereoisoméricas de D-tocoferol (SRR-, SSR-, SR- e SSS-D-tocoferol) também encontradas em alimentos fortificados e suplementos. ^gSó se aplica para qualquer forma de α-tocoferol suplementar. ^hComo 10 a 30% dos indivíduos idosos podem absorver mal a B₁₂ de alimentos, recomenda-se após os 50 anos, o consumo de alimentos fortificados ou suplementos. ⁱComo colecalciferol. 1µg de colecalciferol= 40 UI vitamina D. ^jNa ausência de exposição solar adequada. ^kApesar das AI terem sido estabelecidas para colina, não há dados suficientes para justificar a utilização de suplemento dietético. ^lComo equivalentes de atividade de retinol (RAE). 1 RAE= 1µg de retinol, 12µg de β-caroteno, 24µg de α-caroteno. ou 24µg de β-criptoxantina

Tabela 4. Valores diários de UL, EAR e AI* ou RDA para macronutrientes*.

	Carboidrato			Fibras	Gorduras totais		Ácido Linoléico		Ácido alfa Linoléico ^c	
	EAR (g)	AI* ou RDA (g)	AMDR ^a	AI* ou RDA (g)	AI* ou RDA (g)	AMDR	AI* ou RDA (g)	AMDR	AI* ou RDA (g)	AMDR
Bebês										
0 - 6m	ND ^b	60*	ND	ND	31*		4,4*	ND	0,5*	ND
7 - 12m	ND	95*	ND	ND	30*		4,6*	ND	0,5*	ND
Crianças										
1 - 3 a	100	130	45-65	19*	ND	30-40	7*	5-10	0,7*	0,6-1,2
4 - 8 a	100	130	45-65	25*	ND	25-35	10*	5-10	0,9*	0,6-1,2
Homens										
9 - 13 a	100	130	45-65	31*	ND	25-35	12*	5-10	1,2*	0,6-1,2
14 - 18 a	100	130	45-65	38*	ND	25-35	16*	5-10	1,6*	0,6-1,2
19 - 30 a	100	130	45-65	38*	ND	20-35	17*	5-10	1,6*	0,6-1,2
31 - 50 a	100	130	45-65	38*	ND	20-35	17*	5-10	1,6*	0,6-1,2
51 - 70 a	100	130	45-65	30*	ND	20-35	14*	5-10	1,6*	0,6-1,2
> 70 a	100	130	45-65	30*	ND	20-35	14*	5-10	1,6*	0,6-1,2
Mulheres										
9 - 13 a	100	130	45-65	26*	ND	25-35	10*	5-10	1,0*	0,6-1,2
14 - 18 a	100	130	45-65	26*	ND	25-35	11*	5-10	1,1*	0,6-1,2
	100	130	45-65	25*	ND	20-35	12*	5-10	1,1*	0,6-1,2
	100	130	45-65	25*	ND	20-35	12*	5-10	1,1*	0,6-1,2
	100	130	45-65	25*	ND	20-35	12*	5-10	1,1*	0,6-1,2
51 - 70 a	100	130	45-65	21*	ND	20-35	11*	5-10	1,1*	0,6-1,2
> 70 a	100	130	45-65	21*	ND	20-35	11*	5-10	1,1*	0,6-1,2
Gestantes										
Menos de 18 a	135	175	45-65	28*	ND	20-35	13*	5-10	1,4*	0,6-1,2
19 - 30 a	135	175	45-65	28*	ND	20-35	13*	5-10	1,4*	0,6-1,2
31 - 50 a	135	175	45-65	28*	ND	20-35	13*	5-10	1,4*	0,6-1,2
Lactantes										
Menos de 18 a	160	210	45-65	29*	ND	20-35	13*	5-10	1,3*	0,6-1,2
19 - 30 a	160	210	45-65	29*	ND	20-35	13*	5-10	1,3*	0,6-1,2
31 - 50 a	160	210	45-65	29*	ND	20-35	13*	5-10	1,3*	0,6-1,2

continua

Tabela 4. Valores diários de UL, EAR e AI* ou RDA para macronutrientes†.

conclusão

	EAR (g/kg/d)	Proteína		AMDR
		AI* ou RDA (g/d)	AI* ou RDA (g/kg/dia)	
0 - 6m	ND	9,1*	1,52*	ND
7 - 12m	1,0	11	1,2	ND
1 - 3 a	0,87	13	1,05	5-20
4 - 8 a	0,76	19	0,95	10-30
Homens				
9 - 13 a	0,76	34	0,95	10-30
14 - 18 a	0,73	52	0,85	10-30
19 - 30 a	0,66	56	0,8	10-35
31 - 50 a	0,66	56	0,8	10-35
51 - 70 a	0,66	56	0,8	10-35
> 70 a	0,66	56	0,8	10-35
Mulheres				
9 - 13 a	0,76	34	0,95	10-30
14 - 18 a	0,71	46	0,85	10-30
19 - 30 a	0,66	46	0,8	10-35
31 - 50 a	0,66	46	0,8	10-35
51 - 70 a	0,66	46	0,8	10-35
> 70 a	0,66	46	0,8	10-35
Gestantes				
Menos de 18 a	0,88 ou +21g de proteína adicional	71	1,1 ou +25g de proteína adicional	10-35
	0,88 ou +21g de proteína adicional	71	1,1 ou +25g de proteína adicional	10-35
31 - 50 a	0,88 ou +21g de proteína adicional	71	1,1 ou +25g de proteína adicional	10-35
Lactantes				
Menos de 18 a	1,05 ou +21g de proteína adicional	71	1,3 ou +25g de proteína adicional	10-35
19 - 30 a	1,05 ou +21g de proteína adicional	71	1,3 ou +25g de proteína adicional	10-35
31 - 50 a	1,05 ou +21g de proteína adicional	71	1,3 ou +25g de proteína adicional	10-35

Fonte: *Institute of Medicine*¹⁹. 2005. Reproduzido sob permissão #224310490.

†Para colesterol, gorduras saturadas e *trans* não foram estabelecidos valores de EAR, RDA ou AI e UL. ^aA variação de distribuição aceitável de macronutriente (AMDR) é a faixa de ingestão da fonte particular de energia dada como porcentagem que está associada ao risco reduzido de doença crônica que fornece as ingestões dos nutrientes essenciais. ^bND= não foi possível estabelecer este valor. ^cAproximadamente 10% da ingestão dos ácidos graxos n-3 podem ser provenientes de ácidos graxos de cadeia mais longa.

Tabela 5. Valores diários de UL, EAR e **AI*** ou RDA para aminoácidos essenciais.

	Histidina		Isoleucina		Leucina		Lisina		Metionina + cisteína	
	EAR (mg/kg)	AI* ou RDA (mg/kg)	EAR (mg/kg)	AI* ou RDA (mg/kg)	EAR (mg/kg)	AI* ou RDA (mg/kg)	EAR (mg/kg)	AI* ou RDA (mg/kg)	EAR (mg/kg)	AI* ou RDA (mg/kg)
Bebês										
0 - 6m	ND	36*	ND	88*	ND	156*	ND	107*	ND	59*
7 - 12m	22	32	30	43	65	93	62	89	30	43
Crianças										
1 - 3 a	16	21	22	28	48	63	45	58	22	28
4 - 8 a	13	16	18	22	40	49	37	46	18	22
Homens										
9 - 13 a	13	17	18	22	40	49	37	46	18	22
14 - 18 a	12	15	17	21	38	47	35	43	17	21
19 - 30 a	11	14	15	19	34	42	31	38	15	19
31 - 50 a	11	14	15	19	34	42	31	38	15	19
51 - 70 a	11	14	15	19	34	42	31	38	15	19
> 70 a	11	14	15	19	34	42	31	38	15	19
Mulheres										
9 - 13 a	12	15	17	21	38	47	35	43	17	21
14 - 18 a	12	14	16	19	35	44	32	40	16	19
	11	14	15	19	34	42	31	38	15	19
	11	14	15	19	34	42	31	38	15	19
51 - 70 a	11	14	15	19	34	42	31	38	15	19
> 70 a	11	14	15	19	34	42	31	38	15	19
Gestantes										
Menos de 18 a	15	18	20	25	45	56	41	51	20	25
19 - 30 a	15	18	20	25	45	56	41	51	20	25
31 - 50 a	15	18	20	25	45	56	41	51	20	25
Lactantes										
Menos de 18 a	15	19	24	30	50	62	42	52	21	26
19 - 30 a	15	19	24	30	50	62	42	52	21	26
31 - 50 a	15	19	24	30	50	62	42	52	21	26

continua

Tabela 5. Valores diários de UL, EAR e **AI*** ou RDA para aminoácidos essenciais.

conclusão

	Fenilalanina + Tirosina		Treonina		Triptofano		Valina	
	EAR (mg/kg)	AI/RDA (mg/kg)	EAR (mg/kg)	AI/RDA (mg/kg)	EAR (mg/kg)	AI/RDA (mg/kg)	EAR (mg/kg)	AI/RDA (mg/kg)
0-6m	ND	135*	ND	73*	ND	28*	ND	87*
7 - 12m	58	84	34	49	9	13	39	58
1 - 3 a	41	54	24	32	6	8	28	37
4 - 8 a	33	41	19	24	5	6	23	28
Homens								
9 - 13 a	33	41	19	24	5	6	23	28
14 - 18 a	31	38	18	22	5	6	22	27
19 - 30 a	27	33	16	20	4	5	19	24
31 - 50 a	27	33	16	20	4	5	19	24
51 - 70 a	27	33	16	20	4	5	19	24
> 70 a	27	33	16	20	4	5	19	24
Mulheres								
9 - 13 a	31	38	18	22	5	6	22	27
14 - 18 a	28	35	17	21	4	5	20	24
19 - 30 a	27	33	16	20	4	5	19	24
31 - 50 a	27	33	16	20	4	5	19	24
51 - 70 a	27	33	16	20	4	5	19	24
> 70 a	27	33	16	20	4	5	19	24
Gestantes								
Menos de 18 a	36	44	21	26	5	7	25	31
19 - 30 a	36	44	21	26	5	7	25	31
31 - 50 a	36	44	21	26	5	7	25	31
Lactantes								
Menos de 18 a	41	51	24	30	7	9	28	35
19 - 30 a	41	51	24	30	7	9	28	35
31 - 50 a	41	51	24	30	7	9	28	35

Fonte: *Institute of Medicine*¹⁹.

Reproduzido sob permissão #224310490.

Tabela 6 .Perfilaminoacídico paracrianças > 1 ano de idade e todas as outras idades.

Aminoácido	mg/g proteína ^a	mg/g de nitrogênio
Histidina	18	114
Isoleucina	25	156
Leucina	55	341
Lisina	51	320
Metionina+cisteína	25	156
Fenilalanina+Tirosina	47	291
Treonina	27	170
Triptofano	7	43
Valina	32	199

Fonte: *Institute of Medicine* ¹⁹.

Reproduzidos sob permissão #224310490.

^aProteína = nitrogênio X 6,25.

Tabela 7. Valores diários de UL, EAR e AI ou RDA para água e eletrólitos†.

	Sódio ^a			Cloreto			Potássio			Água ^d		
	UL ^b (g)	EAR	AI* ou RDA (g)	UL (g)	EAR	AI* ou RDA (g)	UL	EAR	AI* ou RDA (g)	UL	EAR	AI* ou RDA (L)
0 - 6m	ND ^c	ND	0,12*	ND	ND	0,18*	ND	ND	0,4*	ND	ND	0,7*
7 - 12m	ND	ND	0,37*	ND	ND	0,57*	ND	ND	0,7*	ND	ND	0,8*
1 - 3 a	1,5	ND	1,0*	2,3	ND	1,5*	ND	ND	3,0*	ND	ND	1,3*
4 - 8 a	1,9	ND	1,2*	2,9	ND	1,9*	ND	ND	3,8*	ND	ND	1,7*
Homens												
9 - 13 a	2,2	ND	1,5*	3,4	ND	2,3*	ND	ND	4,5*	ND	ND	2,4*
14 - 18 a	2,3	ND	1,5*	3,6	ND	2,3*	ND	ND	4,7*	ND	ND	3,3*
19 - 30 a	2,3	ND	1,5*	3,6	ND	2,3*	ND	ND	4,7*	ND	ND	3,7*
31 - 50 a	2,3	ND	1,5*	3,6	ND	2,3*	ND	ND	4,7*	ND	ND	3,7*
51 - 70 a	2,3	ND	1,3*	3,6	ND	2,0*	ND	ND	4,7*	ND	ND	3,7*
> 70 a	2,3	ND	1,2*	3,6	ND	1,8*	ND	ND	4,7*	ND	ND	3,7*
Mulheres												
9 - 13 a	2,2	ND	1,5*	3,4	ND	2,3*	ND	ND	4,5*	ND	ND	2,1*
14 - 18 a	2,3	ND	1,5*	3,6	ND	2,3*	ND	ND	4,7*	ND	ND	2,3*
19 - 30 a	2,3	ND	1,5*	3,6	ND	2,3*	ND	ND	4,7*	ND	ND	2,7*
31 - 50 a	2,3	ND	1,5*	3,6	ND	2,3*	ND	ND	4,7*	ND	ND	2,7*
51 - 70 a	2,3	ND	1,3*	3,6	ND	2,0*	ND	ND	4,7*	ND	ND	2,7*
> 70 a	2,3	ND	1,2*	3,6	ND	1,8*	ND	ND	4,7*	ND	ND	2,7*
Gestantes												
Menos de 18 a	2,3	ND	1,5*	3,6	ND	2,3*	ND	ND	4,7*	ND	ND	3,0*
19 - 30 a	2,3	ND	1,5*	3,6	ND	2,3*	ND	ND	4,7*	ND	ND	3,0*
31 - 50 a	2,3	ND	1,5*	3,6	ND	2,3*	ND	ND	4,7*	ND	ND	3,0*
Lactantes												
Menos de 18 a	2,3	ND	1,5*	3,6	ND	2,3*	ND	ND	5,1*	ND	ND	3,8*
19 - 30 a	2,3	ND	1,5*	3,6	ND	2,3*	ND	ND	5,1*	ND	ND	3,8*
31 - 50 a	2,3	ND	1,5*	3,6	ND	2,3*	ND	ND	5,1*	ND	ND	3,8*

Fonte: Institute of Medicine²⁰. Reproduzido sob permissão #224310490.

Nota: †Para sulfato, as evidências científicas foram insuficientes para estabelecer tanto um AI ou UL. As necessidades de sulfato são cobertas pela ingestão atualmente recomendada para os aminoácidos sulfurados, os quais fornecem a maior parte dos sulfatos inorgânicos necessários para o metabolismo. ^aO AI foi baseado em pessoas capazes de obter uma dieta nutricionalmente adequada.

O UL se aplica para indivíduos não hipertensos. ^bUL: O limite superior tolerável de maior ingestão (UL) é o maior nível de ingestão continuada de um nutriente que, com uma dada probabilidade, não coloca em risco a saúde da maior parte dos indivíduos. A menos que esteja especificado de outra maneira, o UL representa a ingestão total de alimento, água e suplementos. ^cND= não foi possível estabelecer este valor. ^dO AI representa a necessidade de água total para clima temperado. Todas as fontes de água podem contribuir para a necessidade total de água (chás, cafés, sucos, água e a umidade dos alimentos).

ANEXO C

Pesquisa: Relações dos aspectos nutricionais com a qualidade de vida percebida entre docentes universitários

ESCALA DE CONHECIMENTO NUTRICIONAL

Protocolo nº

1. Eu vou ler duas sentenças. Por favor, diga-me com qual delas você concorda mais:
 - a) O que as pessoas comem ou bebem têm pouca influência sobre o desenvolvimento das principais doenças;
 - b) Comendo os tipos certos de alimentos, as pessoas podem reduzir suas chances de desenvolver as principais doenças.
 - c) Não sei.

2. Na sua opinião, quais doenças podem estar relacionadas com o que as pessoas comem e bebem?

3. Você acha que o câncer pode estar relacionado com o que as pessoas comem e bebem?
 - a) Sim
 - b) Não
 - c) Provavelmente
 - d) Não sei

4. Quais dessas atitudes ajudariam se uma pessoa quisesse reduzir suas chances de ter certos tipos de câncer (assinale quantas alternativas quiser):
 - a) Comer mais fibras
 - b) Comer menos gordura
 - c) Comer mais frutas e hortaliças
 - d) Mudar o consumo de outros alimentos/nutrientes (por exemplo, sal e açúcar)
 - e) Nenhuma dessas mudanças ajudaria
 - f) Não sei

5. Alguns alimentos contêm fibras. Você já ouviu falar de fibras?
 - a) Sim
 - b) Não
 - c) Não sei

6. O que contém mais fibras: 1 tigela de farelo de trigo ou 1 tigela de cereal matinal?
 - a) Farelo de trigo
 - b) Cereal matinal
 - c) Ambos
 - d) Não sei/não tenho certeza

7. O que contém mais fibras: 1 xícara de alface ou 1 xícara de cenouras?
 - a) Alface
 - b) Cenoura
 - c) Ambos
 - d) Não sei/não tenho certeza

8. O que contém mais fibras: 1 xícara de espaguete com almôndegas ou 1 xícara de feijão?
 - a) Espaguete com almôndegas
 - b) Feijão
 - c) Ambos
 - d) Não sei/não tenho certeza

9. O que contém mais gordura: batatas chips ou biscoitos de polvilho?
 - a) Batatas chips
 - b) Biscoitos de polvilho
 - c) Ambos
 - d) Não sei/não tenho certeza

10. O que contém mais gordura: 1 copo de refrigerante ou 1 copo de leite integral?

- a) Refrigerante
- b) Leite integral
- c) Ambos
- d) Não sei/não tenho certeza.

11. O que contém mais gordura: 1 pedaço pequeno de bolo simples ou 1 fatia de pão integral?

- a) Bolo simples
- b) Pão integral
- c) Ambos
- d) Não sei/não tenho certeza

12. Quantas porções de frutas e hortaliças você acha que uma pessoa deve comer por dia para ter boa saúde?

RESPOSTAS:

- 1 – b
- 2 – a
- 3- a,c
- 4 – a,b,c
- 5 – a
- 6 – a
- 7 – b
- 8 – b
- 9 – a
- 10 – b
- 11 – a

* As respostas corretas estão sublinhadas e correspondem, cada uma, a um ponto. Os pontos devem ser somados para perfazer a pontuação total.

a 1 ponto para a menção de três das seguintes doenças: obesidade, doenças carências, transtornos alimentares, cardiopatias, diabetes, hipertensão, doenças hepáticas, doenças renais, osteoporose, doenças gastrintestinais.

b 1 ponto para resposta dentro do intervalo de 3 a 5 porções.

ANEXO D

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões** . Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas** . Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5

4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO E



Aracaju - Se, 16 de janeiro de 2014

Ofício nº 01/2014

Ref. Resposta a solicitação – autorização para realização de projeto de Doutorado

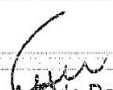
Prezado prof. MSc. Hugo José Xavier Santos

Cumprimentamos ao tempo em que autorizamos a realização em nossa Instituição do projeto de doutorado intitulado "Relação dos Aspectos Nutricionais na Qualidade de Vida Docente" nas dependências da Universidade Tiradentes – campus Farolândia, em parceria com a Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS.

Sentimo-nos lisonjeados em poder contribuir para com a promoção da qualidade da de vida de nossos docentes.

Manifestamos nossos votos de elevada estima e consideração

Cordialmente,


Prof.ª MSc. Arlete Barreto Silva
Diretoria de Graduação

A Ilmo Senhor
Hugo José Xavier Santos
Aluno da PUCRS

Campus Aracaju Centro
Rua Lagarto, 264
Centro - Aracaju/SE
CEP: 49010-390
Telefax: (79) 3218-2100

Campus Aracaju Farolândia
Av. Mujo Dantas, 300
Farolândia - Aracaju/SE
CEP: 49032-490
Telefax: (79) 3218-2100

Campus Estância
Travessa Tenente Eloy, s/n
Bairro Alagoas - Estância/SE
CEP: 49200-000
Fone: (79) 3522-3030

Campus Itabaiana
Rua José Paulo Santana, 1254
Bairro Sítio Porto - Itabaiana/SE
CEP: 49500-000
Telefax: (79) 3431-5050

Campus Propriá
Praça Santa Luzia, 10
Centro - Propriá/SE
CEP: 49900-000
Fone: (79) 3322-277

ANEXO F

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA

PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 84/2013

Título do Projeto:
INFLUÊNCIA DOS ASPECTOS NUTRICIONAIS E EMOCIONAIS NA QUALIDADE
DE VIDA DOCENTE.

Pesquisador: Hugo José Xavier Santos

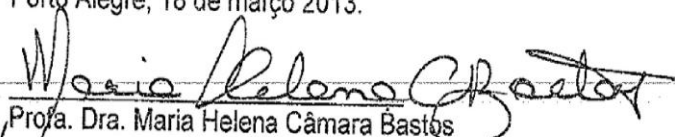
ORIENTADOR: Dra. Bettina Steren dos Santos

O projeto de pesquisa atende aos requisitos exigidos, apresentando definição do foco e dos objetivos, justificativa, referencial teórico-metodológico, cronograma. Estão especificados os instrumentos de coleta de informações. O projeto traz o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O estudo pretende analisar o estado clínico, nutricional e emocional dos docentes universitários da Universidade de Tiradentes/UNIT (Aracaju/SE).

Considerando que não há um perfil invasivo no procedimento com seres humanos, o encaminhamento para o CEP é facultativo, ficando essa deliberação a cargo dos pesquisadores, inclusive com vistas a publicações posteriores.

Porto Alegre, 18 de março 2013.


Profa. Dra. Maria Helena Câmara Bastos
Comissão Científica da FACED

ANEXO G

UNIVERSIDADE TIRADENTES -
UNIT

Continuação do Parecer: 560.795

possam demonstrar as relações existentes entre os aspectos nutricionais, a qualidade de vida e motivação docente, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias de educação nutricional voltadas para essa população.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Relacionar os aspectos nutricionais de docentes universitários do Estado de Sergipe com a qualidade de vida e a motivação docente.

Objetivos Específicos:

- ¿ Caracterizar a realidade sociodemográfica da amostra;
- ¿ Identificar aspectos nutricionais peso, altura, circunferência abdominal, hábitos alimentares e conhecimento nutricional dos docentes de uma Instituição de Ensino Superior, no Município de Aracaju/SE;
- ¿ Identificar a qualidade de vida dos docentes, por meio do Questionário de Qualidade de Vida-WHOQOL Bref;
- ¿ Investigar os processos motivacionais dos docentes pesquisados por meio da escala de motivação docente
- ¿ Comparar e relacionar os aspectos nutricionais dos docentes com as demais variáveis pesquisadas;
- ¿ Conhecer as especificidades nutricionais do substrato das amostras que apresentaram índices extremos (maiores e menores) na qualidade de vida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os documentos apresentados indicam os riscos e benefícios inerentes à coleta de dados junto aos voluntários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem uma temática importante, trazendo grande contribuição científica, como também informações importantes para a população em geral.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentada toda documentação obrigatória.

Recomendações:**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto de pesquisa segue as diretrizes estabelecidas no país e atende todas as exigências necessárias, conforme legislação vigente no país, a Resolução CNS nº466/12.

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
 Bairro: Bairro Farolândia CEP: 49.032-490
 UF: SE Município: ARACAJU
 Telefone: (79)3218-2206 Fax: (79)3218-2100 E-mail: cep@unit.br

Universidade Tiradentes - UNIT
 Prof.^a Adriana Karla de Lima
 Comitê de Ética em Pesquisa
 Coordenação

UNIVERSIDADE TIRADENTES -
UNIT



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Relação dos Aspectos Nutricionais na Qualidade de Vida Docente

Pesquisador: Hugo José Xavier Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26691914.6.0000.5371

Instituição Proponente: Universidade Tiradentes - UNIT

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 560.795

Data da Relatoria: 18/03/2014

Apresentação do Projeto:

Professores universitários normalmente desempenham tarefas físicas de baixa intensidade associados a um ritmo diário de trabalho e de responsabilidade perante a sociedade, podendo levá-los a situações de estresse e desmotivação que, aliadas à má alimentação e à inatividade física, podem ocasionar o desenvolvimento de doenças e afetar a qualidade de vida. A temática da qualidade de vida, da alimentação saudável e da motivação, nos últimos tempos, vem atraindo a atenção de pessoas de diferentes idades, classes sociais e graus de instrução. Por isso a presente pesquisa tem como objetivo investigar a relação dos aspectos nutricionais dos docentes universitários do Estado de Sergipe com a qualidade de vida e a motivação docente. Trata-se de uma pesquisa de delineamento transversal, exploratório e descritivo, de cunho quanti-qualitativo. Para a coleta dos dados quantitativos, utilizar-se-á o diagnóstico nutricional por meio de dados antropométricos (IMC, CC,), a aplicação do questionário de conhecimento nutricional e o recordatório de 24h para a mensuração da qualidade de vida e da motivação, WHOQOL-Bref e a Escala de Motivação Docente, respectivamente, bem como um questionário sociodemográfico. Para a parte qualitativa será realizada uma entrevista, semi estruturada como uma amostra composta pelos docentes que apresentarem pontuações extrema na avaliação da qualidade de vida. A qual será gravada, transcrita e passará por análise de conteúdo. Espera-se que os resultados desta pesquisa

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
 Bairro: Bairro Farolândia CEP: 49.032-490
 UF: SE Município: ARACAJU
 Telefone: (79)3218-2206 Fax: (79)3218-2100 E-mail: cep@unit.br

UNIVERSIDADE TIRADENTES - 
UNIT

Continuação do Parecer: 560.795

Situação do Parecer:

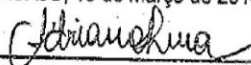
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

ARACAJU, 18 de Março de 2014



Assinador por:
ADRIANA KARLA DE LIMA
(Coordenador)

Universidade Tiradentes - UNIT

Prof. Adriana Karla de Lima
Comitê de Ética em Pesquisa
Coordenadora

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DRE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Farolândia CEP: 49.032-490
UF: SE Município: ARACAJU
Telefone: (79)3218-2206 Fax: (79)3218-2100 E-mail: cep@unit.br