

Semelhanças entre comportamentos e papéis sociais apresentados por mulheres e homens com doença arterial coronariana

Similarities between behaviors and social roles presented by women and men with coronary artery disease

Priscilla Geraldine Wittkopf¹, Cícero Augusto de Souza², Elisa Pinheiro Ferrari²,
Thiago Emmanuel Medeiros², Fernando Luiz Cardoso²

Resumo

Introdução: Estudos sobre a relação entre o estilo de vida e a saúde cardiovascular permitiram identificar fatores de risco para a doença arterial coronariana, sendo o sexo um deles. Por muito tempo a doença arterial coronariana foi considerada de maior risco para os homens, porém, atualmente essa visão não mais se justifica pela igualdade com que essa doença afeta ambos os sexos. Grande contribuição para essa igualdade ocorre pela igualdade social conquistada pelas mulheres, que as expôs ao mercado de trabalho e ao comportamento social masculinizado, engendrando sua identidade de forma perigosa a saúde. **Objetivo:** verificar as diferenças de identidades de gênero entre mulheres e homens com doença arterial coronariana, vislumbrando a discussão dos comportamentos sociais como fatores influentes a saúde. **Casística e Métodos:** Participaram 35 homens e 36 mulheres com doença arterial coronariana, e 36 mulheres sem doença. Comportamentos sociais e identidade de gênero na infância e na vida adulta foram avaliados por meio do questionário de Identidade Corporal. **Resultados:** Participaram do estudo 107 sujeitos com média de idade de 58,3 (\pm 6.68) anos. As mulheres com doença arterial coronariana apresentaram mais hipertensão arterial sistêmica (32%) e colesterol elevado (26%) ($p < 0,001$) em comparação aos outros dois grupos. Os homens se autoavaliaram mais masculinos do que as mulheres dos dois grupos, e as mulheres com doença arterial coronariana consideraram-se menos femininas em relação ao grupo controle ($p < 0,001$). Quanto ao comportamento na infância, as mulheres com doença arterial coronariana relataram maior participação em brincadeiras com meninos ($p < 0,001$), porém não apresentaram diferenças quanto à preferência em brincar com meninas. **Conclusão:** As mulheres com doença arterial coronariana demonstraram sentirem-se menos femininas e relataram comportamentos e papéis sociais tipicamente masculinos.

Descritores: Identidade de Gênero; Doença da Artéria Coronariana; Fatores de Risco; Comportamento Social.

Abstract

Introduction: Studies focusing on the relationship between lifestyle and cardiovascular health have identified some risk factors for coronary artery disease, being sex one of them. For some period, coronary artery disease was considered higher risk for men, but today this vision is no longer justified, because the equality that the disease affects both sexes. Great contribution to this equality occurs due to the social equality achieved by women, which exposed them to the labour market and to a masculine social behavior, engendering their identity, which is dangerous to health. **Objective:** To investigate the differences of gender identities of women and men with coronary artery disease, seeking the discussion of social behavior as an influence to health. **Patients and Method:** 35 men and 36 women with coronary artery disease, and 36 women without the disease were included in the study. Social behavior and gender identity in childhood and adulthood were assessed by questionnaire of Corporal Identity. **Results:** The study included 107 subjects with mean age of 58.3 (\pm 6.68) years. Women with coronary artery disease had more hypertension (32%) and high cholesterol levels (26%) ($p < 0.001$), when compared to the other two groups. Men evaluated themselves more masculine than women in both groups, and women with coronary artery disease considered themselves less feminine than the control group ($p < 0.001$). Regarding the behavior in childhood, women with coronary artery disease reported greater participation in games with boys ($p < 0.001$), but showed no differences in preference to play with girls. **Conclusion:** Women with coronary artery disease demonstrated to feel less feminine and reported social behaviors typically masculine associated to a male social role.

Descriptors: Gender Identity; Coronary Artery Disease; Risk Factors; Social Behavior.

¹Leeds Beckett University - Leeds-UK- Inglaterra.

²Universidade do Estado de Santa Catarina(UDESC) - Florianópolis-SC - Brasil.

Conflito de interesses: Não

Contribuição dos autores: PGW concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise/interpretação dos dados e redação e revisão crítica. CAS concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise/interpretação dos dados e redação e revisão crítica. EPF redação e revisão crítica. TEM redação e revisão crítica. FLC concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise/interpretação dos dados e redação e revisão crítica.

Contato para correspondência: Priscilla Geraldine Wittkopf

E-mail: p.wittkopf@leedsbeckett.ac.uk

Recebido:28/05/2015; Aprovado: 09/09/2015

Introdução

Na atual sociedade, a industrialização, o desenvolvimento tecnológico e urbanístico e as transformações políticas, sociais e econômicas, levaram as pessoas a mudarem seu estilo de vida, afastando-as cada vez mais da natureza e de seus hábitos naturais e promovendo o desenvolvimento de várias doenças. Atualmente, as doenças cardiovasculares constituem os maiores problemas de saúde, causando aproximadamente 17 milhões de óbitos por ano⁽¹⁻²⁾.

Os primeiros estudos sobre a relação entre o estilo de vida e a saúde cardiovascular, permitiram identificar que tabagismo, hipercolesterolemia, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes melitus, sedentarismo, idade e sexo predispunham os indivíduos a um maior desenvolvimento da doença arterial coronariana (DAC). A partir disso, iniciaram-se diversas pesquisas para o desenvolvimento de ferramentas de estratificação de riscos e protocolos para tratamento e controle do desenvolvimento da DAC⁽³⁻⁴⁾.

Dentre os fatores de risco cardiovascular, destaca-se o sexo, pois embora as diferenças entre homens e mulheres sejam reconhecidas nas ferramentas de estratificação de risco, as mulheres são sub-representadas nesses tipos de testes⁽⁵⁾. As mulheres representam aproximadamente metade dos indivíduos com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus e, mesmo assim, somam apenas 25% a 44% dos participantes incluídos em estudos⁽⁴⁾.

Há algumas décadas, a DAC era considerada “doença do homem” e pouco se investigava sua manifestação em mulheres. Hoje, essa visão simplista não mais se justifica, pois a prevalência de doenças cardiovasculares é maior nas mulheres, assim como o número anual de mortes por esse fator⁽⁵⁾. Além disso, apesar de etiologias semelhantes em ambos os sexos, o diagnóstico nas mulheres ocorre tardiamente, diminuindo as chances de tratamento⁽⁶⁾. Grande contribuição para essa alta prevalência de fatores de risco e de doenças crônico-degenerativas, nas mulheres, está sua inserção no mercado de trabalho. As mulheres vêm assumindo espaço cada vez maior no mundo público do trabalho remunerado, um local que era majoritariamente masculino⁽⁷⁾, expondo-as aos comportamentos de risco como stress, tabagismo, sedentarismo, alcoolismo, má alimentação e etc⁽⁶⁻⁷⁾.

Diante disso, somente as diferenças biológicas entre homens e mulheres não explicam mais a distinta prevalência de doenças cardíacas entre os sexos, mas também o aspecto de seu comportamento social, dirigido pelo nível de masculinidade e feminilidade em termos de identidade e traços da personalidade⁽⁸⁾.

As identidades são socialmente construídas nas interações cotidianas entre o sujeito e seu contexto social. Desse modo, o sujeito é produtor de sua identidade, ao mesmo tempo em que esta é produto das condições sócio-históricas. À medida que a sociedade muda, exige-se que o sujeito também mude, situando-se em um processo de constante transformação e incorporação de novas identidades durante seu desenvolvimento como ser humano⁽⁹⁾. Sujeito e sociedade se constituem mutuamente, um influenciando sobre o outro, em uma dinâmica que impõe a condição de sujeito ativo, construtivo, em permanente interação. Tal processo ocorre durante todo o ciclo de vida, desde a infância até velhice, sendo as práticas e as vivências absorvidas na infância, fatores determinantes para as experiências vividas na velhice.

Do mesmo modo, a constituição evolutiva do corpo se dá de forma mutável, suscetível a modificações relacionadas ao desenvolvimento social, cultural, científico, tecnológico, de suas leis e condutas sociais⁽¹⁰⁾. Transforma-se assim, a corporeidade em algo amplo, em que o corpo não é apenas biológico, mas construído socialmente⁽¹¹⁾.

Essa identidade do indivíduo é composta por diferentes vertentes, dentre as quais se tem a identidade e orientação de sexo gênero, que consiste nos tradicionais papéis e comportamentos sociais colocados pela sociedade e assumidos então, por homens e mulheres⁽¹²⁾. Tais comportamentos são muitas vezes pré-determinados pela sociedade desde antes do nascimento, podendo sofrer múltiplas influências socioeconômicas e históricas. No entanto, o que se tem observado é que, cada vez mais, esses papéis estão se entrelaçando, não permitindo uma classificação exata de acordo com o esperado pelos estereótipos impostos socialmente. Sendo assim, a realidade atual pode interferir no comportamento de homens e mulheres, modificando inclusive os padrões de saúde considerados até então entre os sexos. Com isso, tal estudo surge com o intuito de verificar as diferenças de identidades de gênero (IG) entre mulheres e homens com DAC, vislumbrando a discussão dos comportamentos sociais como fatores influentes a saúde.

Casuística e Métodos

Estudo descritivo de campo, transversal, não probabilístico. Foram incluídos no estudo 36 mulheres com DAC, 35 homens com DAC (grupo referência), e 36 mulheres sem doença (grupo controle). O grupo de estudo e o de referência foram incluídos ao apresentarem diagnóstico médico de DAC por meio da cineangiocoronariografia. As mulheres do grupo controle foram selecionadas por não apresentarem doença cardíaca conhecida.

Os sujeitos foram entrevistados com relação à presença de fatores de risco cardiovascular e de aspectos da IG, por meio do Questionário de Identidade Corporal, em validação, e utilizado em estudos prévios⁽¹³⁻¹⁴⁾. Esse instrumento se propõe a medir a intensidade de alguns eventos relativos à identidade corporal, baseado no autorrelato, que gradua percepções, comportamentos e orientações, mas não produz diagnóstico. Cada item é medido por meio de uma Escala *Likert* de sete níveis quantificados de zero (nada) a seis (muito).

Para caracterização dos sujeitos foram coletadas informações sobre o sexo biológico (homem e mulher), gênero (masculino e feminino), idade (anos) e grau de escolaridade (nenhum, ensino fundamental incompleto/completo, ensino médio incompleto/completo, universitário, pós-graduação).

De acordo com as normas da resolução 466/12 do Código de Ética para Pesquisas em Seres Humanos, esta investigação foi aprovada por um Comitê de ética, com o número 40/2005 e todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

Utilizou-se análise descritiva, por meio dos valores de média e desvio padrão. As diferenças entre os grupos foram verificadas por meio da análise de variância (*ANOVA one-way*), seguido do teste de Duncan. Os dados foram analisados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0®, considerando nível de significância $p < 0,05$ para todas as análises.

Resultados

Foram analisados 107 participantes, com média de idade de 58,3 (\pm 6,68) anos. Não foram observadas diferenças ou associações significativas entre idade, escolaridade e estado civil dos participantes, o que indica amostra homogênea. As mulheres com DAC apresentaram mais hipertensão arterial e colesterol elevado do que os homens com DAC e as mulheres do grupo controle (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil sócio demográfico e fatores de risco cardiovascular. Florianópolis/SC, 2013

Variáveis	Homens DAC (n=35)		Mulheres DAC (n=36)		Mulheres Controle (n=36)		p
	Média	dp	Média	dp	Média	dp	
Idade	58,6	7,1	58,8	5,9	57,5	5,8	0,6
Escolaridade	3,4	1,7	2,5	1,8	3,5	1,5	0,5
	N	%	N	%	N	%	P
Casado/união estável	30	40,0	25	33,3	20,0	26,7	0,50
Hipertensão arterial sistêmica	21	19,8*	34	32,1*	19	17,9*	0,001
Diabetes	13	12,3	8	7,5	6	5,7	1,00
Tabagista	2	1,9	4	3,7	5	4,7	2,30
Colesterol elevado	16	15,1*	28	26,4*	14	13,2*	0,001
Triglicerídeos elevados	12	11,7	12	11,7	7	6,8	2,30
Faz reposição hormonal	2	1,9	7	6,7	7	6,7	2,30

DAC: doença arterial coronariana, dp=desvio padrão; *: indicam diferenças estatisticamente significativas entre grupos, teste qui quadrado;

Em relação à IG, observaram-se diferenças significativas, nas quais os homens avaliaram-se mais masculinos do que as mulheres dos dois grupos. Entretanto, as mulheres com DAC se consideram menos femininas em comparação as mulheres do grupo controle (Tabela 2).

Tabela 2. Perfil de identidade de gênero e comportamento social. Florianópolis/SC, 2013

Variáveis	Homens DAC (n=35)		Mulheres DAC (n=36)		Mulheres Controle (n=36)		P
	Média	dp	Média	dp	Média	dp	
Como você se percebe em termos de identidade corporal?†	1,0*	0,9	4,3*	1,0	4,9*	87,0	0,001
Criança tímida?	2,9	1,9	2,8	2,2	3,3	2,3	0,50
Brincava com meninos?	4,6*	1,3	3,0*	1,7	1,7*	1,5	0,001
Brincava com meninas?	1,9*	1,4	4,5*	1,3	4,4*	1,8	0,001
Gostava de estar com um grande grupo de amigos?	3,6	2,0	3,5	2,1	3,1	2,0	0,40
Gostava de estar só ou com apenas um(a) amigo(a)?	2,6	1,8	3,0	1,8	3,1	2,1	0,60
Gostava de brincar de luta?	2,0*	1,9	0,7*	0,1	0,1*	0,5	0,001
Gostava de liderar as brincadeiras?	2,9	1,8	2,7	2,3	2,2	2,2	0,30
Gostava de brigar fisicamente?	1,9*	2,0	0,7*	1,4	0,5*	0,1	0,001
Gostava de brigar verbalmente?	3,8	9,1	1,1	1,6	1,2	1,7	0,70
Queria ser um campeão esportivo?	2,6*	2,5	0,7*	1,7	1,1*	2,0	0,001
Queria ser bailarina?	0,1*	0,3	1,7*	2,4	1,6*	2,4	0,001

DAC: doença arterial coronariana, dp: desvio padrão, *: indicam diferenças estatisticamente significantes entre grupos. †Avaliado por meio de escala Likert de seis níveis (0 muito masculino e 6 muito feminino). Demais questões avaliadas por meio de escala Likert de seis níveis (0 pouco e 6 muito)

Quanto aos comportamentos na infância, ressalta-se que as mulheres com DAC relataram brincar mais com meninos do que as mulheres do grupo controle, porém não relataram diferença quanto à preferência de brincar somente com meninas (Tabela 2).

Discussão

O presente estudo ressalta a quebra dos paradigmas relacionados ao sexo biológico e aponta para uma compreensão da saúde em um contexto social e comportamental identitário, em que as mulheres com IG e comportamentos sociais mais parecidos aos homens apresentam-se mais suscetíveis ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Historicamente, as mulheres eram excluídas dos grandes estudos e ensaios clínicos a respeito das doenças cardiovasculares⁽⁴⁾. Atualmente, destaca-se que nas mulheres as manifestações cardiológicas têm pior evolução, em virtude da carência de critérios diagnósticos e terapêuticos adequados⁽⁵⁾.

A prevalência dos fatores de risco cardiovascular nos brasileiros revela valores semelhantes entre homens e mulheres, nos fatores excesso de peso e hipercolesterolemia. Porém, tabagismo, triglicerídeos e hipertensão arterial sistêmica foram apresentados em maior quantidade por os homens, e circunferência abdominal e diabetes por mulheres⁽¹⁵⁾. No presente estudo, as mulheres com DAC, em maior número, reportaram colesterol elevado e hipertensão arterial sistêmica, em comparação aos outros dois grupos avaliados. Tal comportamento possivelmente está relacionado ao fato de as mulheres com DAC, se situarem em uma faixa etária na qual ocorre a menopausa. Como consequência, ocorre a diminuição da proteção estrogênica associada à perda da função ovariana, com consequente aumento dos fatores de risco para desenvolvimento de DAC. Essa deficiência estrogênica, tanto natural quanto cirúrgica, aumenta o risco de desenvolver DAC em até sete vezes, constituindo a principal causa de morte feminina pós-menopausa⁽¹⁶⁾.

A crescente prevalência de fatores de risco e de doenças cardiovasculares em mulheres vem acompanhada da independência feminina e de sua participação no processo produtivo, seja no mercado de trabalho o ou como chefes de família, expondo-as aos comportamentos de risco, antes observados com maior frequência em homens⁽¹⁷⁾. Essas variações do papel da mulher na sociedade nas últimas décadas, tornou-se de interesse acadêmico, visto que a mulher está cada vez mais, assumindo um papel antes delegado somente aos homens, construindo dessa maneira uma identidade masculinizada⁽¹⁸⁾. O dado apresentado neste estudo em que as mulheres com DAC consideraram-se menos femininas do que as mulheres do grupo controle, contribuem para as evidências desse contexto.

A mudança no comportamento social, não apresenta influência apenas na vida adulta, pois a construção da IG ocorre de forma evolutiva desde a infância, apresentando grande valor na criança que se espelha nos modelos presentes, tanto no ambiente familiar quanto na comunidade local e nos estereótipos que vê nos livros, nas revistas, na televisão⁽¹⁹⁾. De acordo com as características dos comportamentos, foi proposto que, na infância, personagens masculinos fortes, belos, poderosos, agressivos, tolerantes à dor, e personagens delicadas, magras, maquiadas, dóceis e igualmente

te tolerantes à dor, no caso das meninas, reforçam estereótipos, colocando-se como importantes vetores na construção das identidades de gênero⁽²⁰⁾.

Estudos em que crianças foram analisadas, em vários momentos do dia, observa-se que na maior parte das vezes agrupam-se com crianças do mesmo sexo e, aos meninos, permite-se experimentarem brincadeiras mais arriscadas, inovadoras, espetaculares, enquanto que as meninas devem seguir a norma do jogo e tendem a brincadeiras femininas como boneca, casinha, cabeleireiro. Nos primeiros anos, as crianças já têm interiorizado um padrão de comportamento típico de cada sexo tendo dificuldade, pela própria pressão do grupo, em transgredi-lo⁽²¹⁻²²⁾. Em nosso estudo, observamos que as mulheres com DAC reportaram maior participação em brincadeiras com meninos na infância, em comparação as participantes do grupo controle. Brincadeiras de meninos normalmente giram em torno de simulação de lutas, esportes de contato, atividades de aventura em que o papel de liderança é importante. Com a participação nesse tipo de atividades, vimos que as meninas tendem a buscar certa semelhança com os meninos, o que permite associar o comportamento, em parte, mais masculino, a essas participantes.

Apesar de o presente estudo apresentar grande valor no que diz respeito ao olhar inovador nos contextos de saúde cardiovascular de homens e mulheres, algumas limitações são aparentes. Ainda que comportamentos e papéis sociais de homens e mulheres, assim como IG sejam assuntos recorrentes na literatura, poucos são os instrumentos que permitem uma análise predominantemente quantitativa. O questionário utilizado no presente estudo possibilita tal análise, porém, ressalta-se a necessidade de investigações mais profundas ao tema. Apesar de a reposição hormonal ter sido controlada, variáveis simples como menopausa ou presença de doenças endócrinas não foram investigadas.

Conclusão

As mulheres com DAC, avaliadas neste estudo, demonstraram sentirem-se menos femininas e relataram comportamentos e papéis sociais tipicamente masculinos, tanto na infância quanto na fase adulta. O presente estudo não teve como intenção verificar a causalidade entre os comportamentos sociais femininos e a doença coronariana, entretanto, é importante ressaltar que a inserção das mulheres no mercado de trabalho e sua representação na sociedade atual, expuseram-nas aos fatores de risco cardiovascular, antes mais prevalentes em homens. Essa mudança dos papéis sociais femininos traz consigo, não apenas as representações de igualdade social, mas também equivalentes exposições de risco à saúde. Neste sentido, necessitamos de estudos que avaliem, além das diferenças biológicas entre homens e mulheres, os efeitos de seus comportamentos sociais e de identidade de gênero na evolução das doenças crônico-degenerativas.

Referências

1. Braig S, Peter R, Nagel G, Hermann S, Rohrmann S, Linseisen J. The impact of social status inconsistency on cardiovascular risk factors, myocardial infarction and stroke in the EPIC-Heidelberg cohort. *BMC Pub Health*. 2011;11:104. doi: 10.1186/1471-2458-11-104.

2. Naser A, Shahamfar J, Kumar GV, Daga MK, Hadi HS, Saeed D. Cardiac risk factor changes through an intensive multifactorial life style modification program in CHD patients: results from a two year follow up. *J Biol Sci*. 2008;8(2):248-57.
3. Dawber TR, Moore FE, Mann GV. II. Coronary heart disease in the Framingham study. *Am J Public Health Nations Health*. 1957;47(4 Part 2):4-24.
4. Goff DC, Lloyd-Jones DM, Bennett G, Coady S, D'Agostino RB, Gibbons R, et al. 2013 ACC/AHA guideline on the assessment of cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2014;129(25 Supl 2):S49-73. doi: 10.1161/01.cir.0000437741.
5. Mosca L, Benjamin EJ, Berra K, Bezanson JL, Dolor RJ, Lloyd-Jones DM, et al. Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women--2011 update: a guideline from the american heart association. *Circulation*. 2011;123(11):1243-62. doi: 10.1161/CIR.0b013e31820faaf8.
6. Brewer LC, Svatikova A, Mulvagh SL. The challenges of prevention, diagnosis and treatment of ischemic heart disease in women. *Cardiovasc Drugs Ther*. 2015;29(4):355-68. doi: 10.1007/s10557-015-6607-4.
7. Lelis CT, Teixeira KMD, Silva NMD. A inserção feminina no mercado de trabalho e suas implicações para os hábitos alimentares da mulher e de sua família. *Saúde Debate*. 2012;36(95):523-32.
8. World Health Organization - WHO. Gender and health a technical paper [monografia na Internet]. Switzerland: WHO; 1998 [acesso em 2014 Set 10]. Disponível em: <http://www.who.int/docstore/gender-and-health/pages/WHO%20-%20Gender%20and%20Health%20Technical%20Paper.htm>
9. Rosa LCS, Campos RTO. Etnia e gênero como variáveis sombra na saúde mental. *Saúde Debate*. 2012;36(95):648-56.
10. Paixão JA, Lopes MF. Alterações corporais como fenômeno estético e identitário entre universitárias. *Saúde Debate*. 2014;38(101):267-76.
11. Mauss M. As técnicas corporais. In: Lévi-Strauss C, editor. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: EPU/ DUSP; 1974. p.209-33.
12. Cardoso FL. O conceito de orientação sexual na encruzilhada entre sexo, gênero e Motricidade. *Interam J Psychol*. 2008;42(1):69-79.
13. Cardoso FL, Sacomori C. Identidade de gênero/sexo de atletas e sedentários. *Rev Bras Ciênc Esporte*. 2012;34(4):925-41.
14. Cardoso FL, Martins CP, Fávero KG, Silveira RA, Souza CA. O impacto da identidade de gênero na auto-avaliação corporal e motora de atletas de ambos os sexos. *RBCM*. 2010;17(4):64-71.
15. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). *Atlas: corações do Brasil*. São Paulo; 2005.
16. Ebong IA, Watson KE, Goff DC, Bluemke DA, Srikanthan P, Horwich T, et al. Age at menopause and incident heart failure: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Menopause*. 2014;21(6):585-91. doi: 10.1097/GME.000000000000138.
17. Silva TCM, Amazonas MCLA, Vieira LLF. Família, trabalho, identidades de gênero. *Psicol Estudo*. 2010;15(1):151-9.
18. Campos LL, Lucas AC, Fischer AL. Construção da identi-

- dade profissional de mulheres gestoras em empresas de médio e grande porte. *Rev Pensamento Realidade*. 2011;26(2): 3-21.
19. Battistela IM. A criança na construção de sua identidade de gênero pelas práticas significativas do discurso e linguagem. *Travessias*. 2009;3(2):1-6.
20. Richter AC, Vaz AF. Corpos, saberes e infância: um inventário para estudos sobre a educação do corpo em ambientes educacionais de 0 a 6 anos. *Rev Bras Ciênc Esporte*. 2005;26(3):79-93.
21. Sayão DT. A construção de identidades e papéis de gênero na infância: articulando temas para pensar o trabalho pedagógico da educação física na educação infantil. *Pensar a prática*. 2001-2002;5(1):1-14.
22. Gomes VLO. A construção do feminino e do masculino no processo de cuidar crianças em pré-escolas. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(1):35-42.

Priscilla Geraldine Wittkopf é fisioterapeuta, doutoranda em reabilitação na Leeds Beckett University, Leeds Inglaterra. E-mail: p.wittkopf@leedsbeckett.ac.uk

Cicero Augusto de Souza é educador físico, chefe do programa de reabilitação cardiovascular do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC) e doutorando no Programa de Pós-Graduação em Ciência do Movimento Humano da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). E-mail: cicinhofloripa@hotmail.com

Elisa Pinheiro Ferrari é educadora física, doutoranda do Programa de pós-graduação em Ciências do Movimento Humano pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). E-mail: elisaferrari_@hotmail.com

Thiago Emmanuel Medeiros é educador físico, professor colaborador no curso de graduação em Educação Física-Bacharelado da Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO) e Mestre em Ciências do Movimento Humano pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). E-mail: thiago.emedeiros@yahoo.com.br

Fernando Luiz Cardoso é educador físico, professor titular junto ao programa de pós-graduação em Ciência do Movimento Humano e do programa de pós-graduação em Educação da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), bem como, coordenador do Laboratório de Gênero, Sexualidade e Corpo-reidade (LAGESC). E-mail: fernandocardoso.ph.d.lagesc@gmail.com