

TATHIANE APFELGRÜN

FATORES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E AMBIENTAIS PODEM INFLUENCIAR A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA?

Monografia apresentada como requisito parcial para conclusão do Curso de Licenciatura em Educação Física, do Departamento de Educação Física, Setor de Ciências Biológicas, da Universidade Federal do Paraná.

Turma Y – Profº Iverson Ladewig

**CURITIBA
2004**

TATHIANE APFELGRÜN

**FATORES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E AMBIENTAIS PODEM INFLUENCIAR A
PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA?**

Monografia apresentada como requisito parcial para conclusão do curso de Licenciatura em Educação Física, do Departamento de Educação Física, Setor de Ciências Biológicas, da Universidade Federal do Paraná.

Turma Y – Prof^o Iverson Ladewig

Orientadora: KEITH MARY SATO

“ENTREGA O TEU CAMINHO AO SENHOR,
CONFIA NELE E ELE TUDO FARÁ”.
(SALMOS 37-5)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela minha vida e a oportunidade de chegar até aqui.

Agradeço a minha família que me deu a estrutura necessária para que esta etapa de minha vida fosse alcançada. Especialmente aos meus pais, Marcos Auri Apfelgrün e Léia Rodrigues de Souza Apfelgrün pela força e incentivo sempre dispensados.

Agradeço também ao Paulo Roberto Mikio Heimoski, pela paciência e apoio dado no desenrolar desta monografia e a seus amigos Wellington Brianezi Cavazane e Guilherme Luvisotto pelas traduções de textos de inglês para português que realizaram sem cobrar nada.

E por fim, agradeço a minha orientadora Keith Mary Sato, que além de me auxiliar com a monografia, me deu a oportunidade de conhecer e realizar pesquisas científicas, melhorando assim a qualidade de minha formação.

SUMÁRIO

RESUMO.....	v
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.2. OBJETIVO.....	5
2. ATIVIDADE FÍSICA.....	6
2.1 ATIVIDADE FÍSICA EM GRUPOS ESPECIAIS.....	9
2.1.1 Crianças.....	9
2.1.2 Adolescentes.....	11
2.1.3 Idosos.....	16
2.2 PROGRAMAS DE ATIVIDADE FÍSICA.....	18
3. ATIVIDADE FÍSICA X FATORES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E AMBIENTAIS.....	25
4. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	33
REFERÊNCIAS.....	36

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi verificar a influência dos fatores sociodemográficos e ambientais na prática de atividade física e qual sua importância frente à implantação destes programas. A metodologia consistiu em revisão bibliográfica por método indutivo. Hoje, cerca de 90% da população mundial é considerada insuficientemente ativa. A inatividade física está associada a diversas patologias crônico-degenerativas. Como a atividade física está associada com a prevenção destas doenças, torna-se importante que a população a inclua em seu cotidiano. Esta se torna importante não só na idade adulta, mas também em grupos especiais como crianças, adolescentes e idosos. Desta forma, devem ser implantados programas de atividade física que enfatizem as peculiaridades de cada população bem como considerar os fatores sócio-demográficos e ambientais no contexto do modelo ecológico. Deste modo, este estudo vem contribuir para a elaboração de programas efetivos de atividade física, que tenham a aderência de toda a população e que sejam acessíveis a todos.

Palavras-Chaves: atividade física, fatores sócio-demográfico e fatores ambientais.

1. INTRODUÇÃO

Atingindo tanto países desenvolvidos quanto os em desenvolvimento, predominando em quase todas as zonas urbanas do mundo e preocupando a área de saúde, a inatividade física tem se tornado cada vez mais comum, predominando em quase (70%) da população mundial, onde (90%) destes seria insuficientemente ativa (VASCONCELOS e MAIA, 2001).

O estilo de vida sedentário é um problema crescente nas sociedades urbanas (GOMES; MATEUS e CABRERA, 2004). Atualmente, tornou-se responsável por aproximadamente (54%) do risco de morte por cardiopatia isquêmica, (50%) pelo risco de morte por acidente vascular cerebral, (37%) pelo risco de morte por câncer e, no total, por (51%) do risco de morte de um indivíduo. É um fator de risco para doenças cardiovasculares e está na origem das principais causas de morte, de incapacidade e da ausência de qualidade de vida (VASCONCELOS e MAIA, 2001).

O sedentarismo constitui um fator de risco independente para enfermidade coronariana e acidente vascular cerebral, responsável pelos maiores coeficientes de mortalidade por causa específica no Brasil e no mundo. De uma maneira geral, aumenta o risco de doença cardíaca isquêmica, diabetes mellitus (SÉCLEN-PALACÍN e JACOY, 2003; BLAIR, 1993; MANSON et al, 1991; TUOMILEHTO et al, 2001), câncer (BLAIR, 1993; LUOTO et al, 2000), hipertensão arterial sistêmica (BLAIR, 1993), obesidade (SÉCLEN-PALACÍN e JACOBY, 2003; BLAIR, 1993; ROSENBAUN, LEIBEL e HIRSCH, 1997) osteoporose (SÉCLEN-PALACÍN e JACOBY, 2003; BLAIR, 1993; SNOW-HARTER e MARCUS, 1991), doenças do sistema músculo-esquelético (RIBEIRO, 2000), e sintomas de ansiedade e depressão (BYRNE e BYRNE, 1993).

Por outro lado, os indivíduos que mantêm um estilo de vida em que se realiza mais atividade de forma regular, apresentam como benefício de serem mais ativos, uma redução da mortalidade geral (por todas as causas); aumento de tempo de vida média; redução da morbi-mortalidade por doença cardiovascular, devido a níveis satisfatórios da pressão arterial; redução dos níveis de triglicérides, do colesterol total e sua fração LDL, e aumento do HDL; manutenção de um peso corporal saudável;

redução da incidência e gravidade de doenças articulares; melhora da densidade óssea; e melhora do metabolismo glicídico (RIBEIRO, 2000).

Não sendo exclusividade dos adultos, o sedentarismo acomete também a infância, juventude e os idosos. Estes grupos possuindo características diferenciadas dos adultos merecem atenção especial quando se fala em atividade física.

Na infância a atividade física atua frente à prevenção de doenças cardíacas devido à relação inversa que existe entre gordura corporal, lipídeos séricos e pressão arterial. Além disso, é importante para a criança melhorar a aptidão física, a performance, otimizar o crescimento e estimular a participação futura em programas de atividade física (MATSUDO et al, 2001). Considerando que a infância é a faixa etária determinante no ganho de hábitos duradouros de atividade física até a idade adulta (LOPES et al, 2001) quanto mais cedo se efetuar intervenções, maior será a probabilidade de atrasar e ou parar o declínio de atividade física com o avançar da idade (VASCONCELOS e MAIA, 2001). Tais intervenções podem ocorrer em programas na escola ou em programas de atividade física extra-curricular, que podem ser desenvolvidos na própria escola ou fora dela (CDC, 2003), sendo importante à realização de atividades ao ar livre (SALLIS, PROCHASKA e TAYLOR, 1999).

A escola, sendo um local de permanência por longo tempo pelas crianças, assume um importante papel frente à qualidade de vida. Desta forma, Guedes (2003) propõe um programa de ensino, direcionada à disciplina de educação física com ênfase a educação para a saúde, onde sugere aos professores de educação física que procurem assumir um novo papel diante da estrutura educacional, adotando em suas estratégias de ensino não mais uma visão exclusivamente de prática esportiva e de atividades recreativas, mas sim, uma postura pedagógica que possa alcançar metas e objetivos voltados à educação para a saúde, mediante a seleção, a organização e o desenvolvimento de conteúdos e de experiências que venham propiciar aos educandos a incorporação de hábitos saudáveis e que os conduzam a optar por mantê-los nas idades adultas.

Mais preocupante ainda na adolescência, pois é a faixa etária que ocorre maior decréscimo nos níveis de atividade física, onde a participação em atividades diminui com a idade para todos os tipos de exercício: intenso e moderado,

alongamento, e de resistência muscular, assim como na participação em esportes e programas de educação física (CDC, 1996, citado por SILVA e MALINA, 2000), a atividade física mostra sua importância frente ao auxílio no aprimoramento e desenvolvimento do adolescente, atuando sobre os aspectos morfofisiológicos, podendo aperfeiçoar o potencial físico determinado pela herança. Além disso, ocasiona aumento da massa magra, diminui a gordura corporal, melhora os níveis de eficiência cardiorrespiratória, de resistência muscular e força isométrica, além dos importantes efeitos psicossociais (VIEIRA, PRIORE e FISBERG, 2002). Desta forma, a prática de atividade física deve ser estimulada neste grupo, onde as atividades ocorram de forma sistemática e metodologicamente organizada, dirigida especificamente a cada grupo etário, que deve ter sua diferenciação entre idade cronológica antes de um planejamento de programa de atividade física (TOURINHO e TOURINHO, 1998). Estes programas devem ser baseados nos sistemas da escola, comunidade, da família e da saúde (AGITA SÃO PAULO, 1998).

Com o passar dos anos, a queda nos níveis de atividade física se acentua, sendo muito expressiva no grupo dos idosos, atingindo aos 75 anos um em cada três homens e uma em cada duas mulheres (CDC, 2003). A preocupação com a inatividade física é mais relevante neste grupo, pois, a incidência de diversas doenças crônicas aumenta com a idade (HEIKKINEN, 2003), sendo os idosos mais propensos a adquirir as enfermidades não transmissíveis, possuindo limitações de mobilidade e outros problemas de saúde. Como esta população vem crescendo 3,5 por cento a mais do que a população em geral (JACOBY, BULL e NEIMAN, 2003) sendo projetado para o ano de 2030 um aumento de 20% no número de idosos (CDC, 2004) torna-se importante à aderência da prática de atividade física neste grupo, onde os programas de atividade física devem ser implantados respeitando as características e necessidades desta faixa etária.

Tendo em vista o alarmante crescimento da inatividade física em todas as faixas etárias, deve ser incluso em seus cotidianos o hábito de praticar atividade física, pois, quando praticada regularmente é de grande importância para a promoção da saúde em uma dada população, onde atua na prevenção de diversas doenças e representa um fator fundamental para a manutenção e/ou redução de peso corporal

(MCARDLE, KATCH e KATCH, 2002), sendo um comportamento de grande importância para a promoção de um estilo de vida saudável, tanto na infância e juventude quanto na idade adulta (LOPES et al, 2001).

Mas antes de desenvolver um programa de atividade física para a população é importante conhecer os diversos fatores que influenciam na sua prática. Os pesquisadores Jacoby, Bull e Neiman (2003) consideram que o ambiente físico e social desempenha um importante papel na quantidade de atividade física praticada. Na América Latina e no Caribe, por exemplo, a falta de opção, a posse de veículos, a expansão descontrolada das zonas urbanas e a insuficiência de transportes públicos são empecilhos para a prática de atividade física, seguindo as tendências da América do Norte nos últimos dez anos. Esta tendência trouxe como consequência ao sedentarismo, a obesidade, diabetes e outras doenças não transmissíveis, alcançando proporções epidemiológicas.

Sobre as influências que a atividade física sofre, os fatores ambientais e sócio-demográficos ganham destaque, pois é de acordo com as características do local de habitação (clima, infra-estrutura, apoio governamental, nível sócio-econômico, etc), e da cultura (valores pessoais e comunitários) da população que a atividade física vai ser escolhida e a aderência nos programas irá acontecer, tornando-os mais efetivos. Tais influências vão de encontro à perspectiva defendida pelos Modelos Ecológicos – em que os fatores interpessoais e institucionais constituem determinantes da prática de atividade física, uma das teorias desenvolvidas no sentido de facilitar o estudo das variáveis que se crê estarem relacionados a ela (SALLIS e OWEN, 1999).

Desta forma, o objetivo deste estudo é verificar se os fatores sócio-demográficos e ambientais podem influenciar na prática de atividade física, e qual sua importância frente à implantação de programas de atividade física no Brasil e no mundo. Para tanto serão observados quais fatores ambientais e sociodemográficos estão associados à atividade física. Para a realização deste estudo a metodologia utilizada será revisão bibliográfica por método indutivo.

1.2. OBJETIVO

O objetivo deste estudo é verificar se os fatores sócio-demográficos e ambientais podem influenciar na prática de atividade física, e qual sua importância frente à implantação de programas de atividade física no Brasil e no mundo.

2. ATIVIDADE FÍSICA

Por definição, atividade física consiste em todo movimento corporal produzido pela musculatura esquelética, resultando em um gasto energético acima dos níveis de repouso. Enquanto que, exercício físico representa uma das formas de atividade física planejada, estruturada e repetitiva, tendo como objetivo a melhoria da aptidão física ou a reabilitação orgânico-funcional (CASPERSEN, 1985).

O exercício físico pode ser classificado como: repouso (gasto calórico equivalente a 1 MET); atividade leve (1,1 a 2,9 METs); atividade moderada (3,0 a 4,9 METs); atividade intensa (5,0 a 6,9 METs); e atividade muito intensa ($\geq 7,0$ METs) (WILSON et al, 1986). Onde MET é a unidade de taxa metabólica em repouso, que equivale a 1 quilocaloria para cada quilo de peso do indivíduo ou 3,5 ml de O_2 consumido por quilo de peso do indivíduo em uma unidade de tempo (minutos) (KRISKA e CASPERSEN, 1997; CDC, 2004).

A atividade física tem sido mencionada como instrumento de recuperação, manutenção e promoção da saúde (MATSUDO et al, 2002), pois é um meio eficiente e barato, que proporciona bem estar geral, fazendo com que as pessoas tenham mais energia e disposição para aproveitar o dia (STEINHILBER, 2003). Dentre os benefícios gerados para a saúde destacam-se a prevenção de inúmeras doenças (HEALTH CANADÁ, 2003), tal como as doenças cardiovasculares (BLAIR, 1993), diabetes mellitus (SECLÉN-PALACÍN e JACOBY, 2003; BLAIR, 1993; MANSON, et al, 1991; TUOMILEHTO, et al, 2001), obesidade (SECLÉN-PALACÍN e JACOBY, 2003; BLAIR, 1993, ROSENBAUN, LEIBEL e HIRSCH, 1997), hipertensão (BLAIR, 1993), osteoporose (SECLÉN-PALACÍN e JACOBY, 2003; BLAIR, 1993; SNOW-HARTER e MARCUS, 1991), desordens emocionais como depressão e ansiedade (SECLÉN-PALACÍN e JACOBY, 2003; BLAIR, 1993; BYRNE e BYRNE, 1993), doenças do sistema músculo-esquelético (RIBEIRO, 2000) e alguns tipos de câncer (BLAIR, 1993; LUOTO et al, 2000). O estilo sedentário de vida constitui um fator de risco independente para enfermidade coronariana e acidente vascular cerebral, responsáveis pelos maiores coeficientes de mortalidade por causa específica no Brasil e no mundo (RIBEIRO, 2000).

Sendo assim, os indivíduos que mantêm um estilo de vida em que se realiza mais atividade de forma regular, apresentam como benefício de serem mais ativos, uma redução da mortalidade geral (por todas as causas); aumento do tempo médio de vida; redução da morbi-mortalidade por doença cardiovascular, devido a níveis satisfatórios da pressão arterial; redução dos níveis de triglicérides, do colesterol total e sua fração LDL, e aumento do HDL; manutenção de um peso corporal saudável; redução da incidência e gravidade de doenças articulares; melhora da densidade óssea; e melhora do metabolismo glicídico (RIBEIRO, 2000). A prática regular de atividade física também melhora a confiança e a auto-estima, aprimora a aptidão física, produz músculos e ossos mais fortes e mantêm a independência por mais tempo (HEALTH CANADÁ, 2003).

Esta melhoria do estado de saúde pela prática regular de atividade física e programas de exercícios físicos, é proveniente das adaptações positivas dos componentes voltados as dimensões morfológica (composição corporal e distribuição da gordura corporal), funcional motora (consumo máximo de oxigênio, força, resistência muscular e flexibilidade), fisiológica (pressão sanguínea, tolerância à glicose/ lipídeos / lipoproteínas plasmáticas) e comportamental (tolerância ao estresse) (PITANGA, 1998).

O sedentarismo, que é característica do indivíduo que não realiza atividade física em sua rotina diária, não representa apenas um risco pessoal de enfermidades, tem também um custo econômico para o indivíduo, para a família e para a sociedade (MATSUDO et al, 2002; CDC, 2003). Na Alemanha o dispêndio nacional com o tratamento de moléstias ligadas ao estilo de vida já estaria alcançando quase 130 bilhões de marcos no ano de 1996, sendo que quase 80 bilhões estariam sendo gastos só com a atenção ao diabetes, doenças cardiovasculares e câncer (EARNEST, WEI e MITCHELL, 1999). A economia em gastos com a saúde per capita/ano em função da atividade física é estimada em 330 dólares nos EUA, alcançando 360 dólares por pessoa/ano no Canadá, quando se inclui a economia pelo menor índice de absenteísmo (OMS, 2001 citado por MATSUDO et al, 2001).

A inatividade física é um problema crescente nas sociedades urbanas (GOMES; MATEUS e CABRERA, 2004). Atualmente, tornou-se responsável por

aproximadamente (54%) do risco de morte por cardiopatia isquêmica, (50%) pelo risco de morte por acidente vascular cerebral, (37%) pelo risco de morte por câncer e, no total, por (51%) do risco de morte de um indivíduo. A cada ano, mais de dois milhões de mortes são atribuídas à inatividade física no mundo. Esta é responsável por (10 a 16%) dos casos de câncer e diabetes mellitus e é a causa de (22%) das doenças isquêmicas do coração no mundo. Sendo que o risco de obter uma doença cardiovascular aumenta em (1,5%) nas pessoas que não seguem as recomendações mínimas de atividade física (WHO, 2003). No mundo, a obesidade, a diabete, as doenças do coração e alguns tipos de câncer estão associados a (60%) da mortalidade e só no Peru acomete (40%) da população (SECLLEN-PALACIN e JACOBY, 2003).

Além disso, estudos indicam que (70%) da população é próxima de sedentária e (90%) é insuficientemente ativa, atingindo tanto países desenvolvidos quanto os em desenvolvimento, predominando assim, em quase todas as zonas urbanas. A inatividade física constitui um dos grandes fatores de risco que explicam as proporções epidemiológicas atuais e as enfermidades não transmissíveis. Em países industrializados existe um elevado número de sedentarismo na população adulta (30%) sendo que apenas uma pequena porção realiza atividade física regular (VASCONCELOS e MAIA, 2001). Dos (73%) que praticam algum tipo de atividade não o fazem suficientemente. Nos Estados Unidos, um estudo do CDC (2003), relatou que aproximadamente um em cada quatro adultos eram fisicamente inativos (24%), sendo que, (40%) dos adultos não realizavam atividade física no tempo livre e somente (15%) deles realizavam atividade física moderada por 30 minutos ou mais, cinco dias por semana.

Na Europa o sedentarismo afetou aproximadamente (57%) da população, no entanto, quando esses índices foram analisados por país, pode-se observar diferenças importantes, variando essa prevalência de (32% a 35%) nos países como Suécia, Finlândia e Irlanda, passando por valores médios similares aos países das Américas (48% a 63%), como na Inglaterra, Alemanha e França, até atingir valores de (67%) na Bélgica e (83%) em Portugal, mostrando que a atividade física sofre influência do fator sociodemográfico.

No Brasil, o sedentarismo está presente em cerca de (70%) da população, onde o atual estilo de vida é responsável por (54%) do risco de morte por infarto e por (50%) do risco de morte por derrame cerebral que constituem as principais causas de morte da atualidade brasileira (MATSUDO et al, 2002). Um estudo de Monteiro e colaboradores (2003) sobre a epidemiologia da atividade física no tempo de lazer do brasileiro concluiu que apenas (13%) da população adulta (18,2% dos homens e 8,2% das mulheres) realiza atividade física regular em seu tempo de lazer e que apenas (3,3%) realiza atividade física no nível recomendado para se obter benefícios a sua saúde (3,5% dos homens e 3,2% das mulheres).

Para usufruir dos benefícios gerados pela prática de atividade física, recomenda-se praticar um mínimo de 30 minutos diários de atividade física moderada – como caminhar, dançar, subir escadas ou andar de bicicleta - pelo menos cinco vezes por semana. Não são necessários praticá-los em uma única sessão, podendo ser acumulados durante o dia em etapas de 10 minutos cada um (CDC, 1996; ACMS, 1995; AGITA SÃO PAULO, 2001). Pesquisas de Blair e colaboradores (1993) têm sugerido ainda, que a atividade física que protege frente ao risco coronariano deve ser realizado de forma aeróbica, periódica e intensa durante o tempo livre, implicando em movimentos musculares amplos e originando um certo cansaço físico.

Essa recomendação de atividade física é válida no grupo dos adultos, sendo que crianças, adolescentes e idosos merecem uma atenção especial, antes de implantar programas de atividade física.

2.1 ATIVIDADE FÍSICA EM GRUPOS ESPECIAIS

A atividade física é muito estudada na idade adulta, onde estudos indicam a quantidade recomendada de atividade física necessária para provocar benefícios à saúde bem como os fatores intervenientes a sua prática. Mas, quando se pretende adotar programas de atividade física para toda população é necessário reconhecer as características dos grupos especiais, pois estes possuem peculiaridades relevantes

para o sucesso de um programa de atividade física. Fazem parte deste grupo: crianças, adolescentes e idosos.

2.1.1 Crianças

Na infância a atividade física atua frente à prevenção de doenças cardíacas devido à relação inversa que existe entre gordura corporal, lipídeos séricos e pressão arterial. Além disso, é importante para a criança melhorar a aptidão física, a performance, otimizar o crescimento e estimular a participação futura em programas de atividade física (MATSUDO et al, 2001). Ela também é aceita como um pré-requisito importante para um crescimento e desenvolvimento normal das crianças, bem como a forma ideal para o indivíduo, ainda criança, assumir um comportamento físico ativo (LIVINGSTONE, 1994). Apesar de modestos são encontrados efeitos positivos com a prática de atividade física, são eles: aptidão aeróbica, lipídeos sanguíneos, composição corporal, metabolismo de glicose, saúde músculo-esquelética e saúde psicológica (SALLIS, PROCHASKA e TAYLOR, 1999).

Mas, mesmo reconhecidos os benefícios gerados pela prática regular de atividade física, as crianças estão realizando atividades cotidianas que visam economia do esforço físico, provocando um desequilíbrio entre a ingestão e o consumo de energia (PINHO e PETROSKI, 1997), este fato ganha forças com os avanços tecnológicos da sociedade moderna (MATSUDO et al, 2001). Este novo estilo de vida adotado pelas crianças compromete o desenvolvimento motor e funcional, colocando em risco a qualidade futura de seu nível de saúde.

Para prevenir os males causados pela inatividade física é importante induzir as crianças a praticar atividade física regularmente, pois este é um comportamento de grande importância para a promoção de um estilo de vida saudável, tanto na idade adulta quanto na infância e juventude (LOPES et al, 2001).

Considerando que a infância é a faixa etária determinando no ganho de hábitos duradouros de atividade física até a idade adulta (LOPES et al, 2001) e que programas de atividade física ajudam as crianças a manter a prática de atividade física

por toda a sua vida (CDC, 2003) quanto mais cedo se efetuar intervenções, maior será a probabilidade de atrasar e ou parar o declínio de atividade física com o avançar da idade (VASCONCELOS e MAIA, 2001).

O *Council for Physical Education do National Association for Sport and Physical Education* (1998) dos Estados Unidos recomenda que as crianças deverão acumular pelo menos 30 a 60 minutos de atividade física apropriada à idade e ao estado de desenvolvimento, em todos, ou na maior parte, dos dias da semana. Recomenda-se que as crianças incluam em seu cotidiano atividades para promover força, flexibilidade, saúde óssea e a exclusão de períodos prolongados de inatividade (SALLIS, PROCHASKA e TAYLOR, 1999).

A atividade física na infância deve ser parte da rotina desenvolvida pelas crianças, sendo realizadas em casa, na escola, no trabalho, nas brincadeiras e na comunidade (HEALTH CANADÁ, 2003).

No Canadá foi criado um Guia de Atividade Física, onde se recomenda que as crianças devem realizar 3 tipos de atividade: atividades de resistência, atividades de flexibilidade e atividades de força.

As atividades de resistência ajudam o coração, pulmões e o sistema circulatório a ficar mais saudável dando-lhe mais energia. Devem ser realizados 4-7 dias por semana, incluindo exercícios como caminhada, pequenos trabalhos domésticos, programas de exercício organizado e esportes recreativos como ciclismo, andar de skate, natação, tênis e dança.

As atividades de flexibilidade ajudam as crianças a se locomover mais facilmente, deixando os músculos mais relaxados e as articulações mais móveis. Devem ser realizados 4-7 dias por semana, incluindo trabalho no quintal, passar aspirador de pó, exercícios de alongamento, tai chi chuan, boliche, golfe, ioga e dança.

As atividades de força ajudam os músculos e ossos a ficar mais fortes, melhora a postura e ajuda prevenir doenças como osteoporose. Atividades de força são as que fazem os músculos trabalhar contra alguma espécie de resistência, devendo ser realizados 2-4 vezes por semana. Os exercícios de força incluem trabalho pesado no quintal, tal como empilhar madeira e carregar folhas, subir escadas, exercícios de musculação como abdominais, etc.

Mas para desenvolver intervenções efetivas de atividade física na infância, é importante conhecer as influências e os fatores determinantes para a aderência de um programa. Após um estudo sobre as correlações de atividade física na infância e adolescência Sallis e Owen (1999) classificaram as determinantes potenciais em seis categorias: demográfica/biológica; cognitiva/emocional/psicológica; atribuições/habilidades de comportamento; fatores sociais/culturais; ambiente físico. Além disso, os modelos ecológicos de comportamento possuem influências comportamentais nos fatores ambientais, pessoais (biológico, psicológico, comportamental), sociais e físicos. Implicando que intervenções devem almejar mudanças nas variáveis de todas as categorias para conseguir a mudança substancial de comportamento.

Neste grupo a atividade física pode ser dividida em dois tipos: atividade “estilo de vida” e atividade estruturada (ou sistemática). As atividades do “estilo de vida” dizem respeito às atividades como andar, subir escadas e brincar. As atividades físicas estruturadas consistem em programas (ex. esportes e atividades como dança, ginástica e natação) projetados para melhorar a qualidade e/ou intensidade da atividade física. A atividade física estruturada ajuda a adquirir força e resistência muscular, flexibilidade, melhora cardiovascular, e obter e manter o peso adequado. Tais atividades podem ocorrer em programas educacionais na escola e programas de atividades físicas extra-curricular que podem ser desenvolvidas na própria escola ou fora dela (TOOLS, 2003). Sendo importante a realização de atividades ao ar livre (SALLIS, PROCHASKA e TAYLOR, 1999).

As atividades escolares são muito importantes na infância, pois, um estudo do CDC (2003) indicou que (61.5%) das crianças americanas com idade entre 9–13 anos não participam de qualquer atividade física organizada durante suas horas fora da escola e que (22.6%) não empenham qualquer atividade física nos tempos livres, mostrando que a maior parte das atividades físicas realizadas pelas crianças são feitas no período de permanência escolar.

Nessa perspectiva, a escola de maneira geral e a disciplina de educação física de modo específico, assumem a incumbência de ordenar uma seqüência de conteúdos e experiências educativas que possam levar aos educandos a perceberem

a importância e a necessidade de se adotar um estilo de vida saudável ao longo de toda a vida. Desta forma, Guedes (2003) propõe um programa de ensino, direcionada à disciplina de educação física com ênfase a educação para a saúde, onde sugere aos professores de educação física que procurem assumir um novo papel diante da estrutura educacional, adotando em suas estratégias de ensino não mais uma visão exclusivamente de prática esportiva e de atividades recreativas, mas sim, uma postura pedagógica que possa alcançar metas e objetivos voltados à educação para a saúde, mediante a seleção, a organização e o desenvolvimento de conteúdos e de experiências que venham propiciar aos educandos a incorporação de hábitos saudáveis e que os conduzam a optar por mantê-los nas idades adultas.

Guedes (2003) sugere, ainda, conteúdos programáticos a ser desenvolvido na proposta dos programas de ensino direcionados à disciplina de educação física com ênfase a educação para a saúde. Esse deverá estar disposto em diferentes unidades de ensino ao longo de todo o período de escolarização, desde as primeiras séries do ensino fundamental até o final do ensino médio, em uma disposição seqüencial e ordenada apropriada para o nível de desenvolvimento dos educandos, de maneira que, o que é abordado em uma série do ensino se relacione com o que foi abordado em séries anteriores e com o que deverá ser abordado em séries subseqüentes. Neste sentido, o conjunto de conteúdos programáticos deverá contemplar temas associados à prática de atividades/exercícios físicos, hábitos alimentares, tabagismo, uso abusivo de bebidas alcoólicas, drogas, educação sexual, educação no trânsito e prevenção de doenças.

Desta forma, no ensino fundamental, que se estende por oito anos, à educação física deveria proporcionar aos alunos aulas que priorizem o desenvolvimento motor e o gosto pelas mais variadas atividades, contudo obedecendo a uma seqüência que atenda as necessidades das diversas faixas etárias. Nos últimos anos desse ensino (início da adolescência) a relação teoria/prática já poderia ser evidenciada, enfatizando a importância da Atividade Física para a vida. É, porém, no ensino médio, que os conceitos relacionados à Atividade Física, saúde e bem estar devem estar presentes nos conteúdos de Educação Física (DE BEM, 2003).

Tratando-se de escola é importante salientar que juntamente com as crianças os adolescentes fazem parte deste mundo, e merecem destaque quando o assunto é atividade física, pois os adolescentes herdaram os hábitos desenvolvidos na infância e acrescentam a ele novas experiências.

2.1.2 Adolescentes

A inatividade física é muito preocupante na adolescência, pois é a faixa etária que ocorre maior decréscimo nos níveis de atividade física, onde a participação em atividades diminui com a idade para todos os tipos de exercício: intenso e moderado, alongamento, e de resistência muscular, assim como na participação em esportes e programas de educação física (CDC, 1996, citado por SILVA e MALINA, 2000), a atividade física mostra sua importância frente ao auxílio no aprimoramento e desenvolvimento do adolescente, atuando sobre os aspectos morfofisiológicos, podendo aperfeiçoar o potencial físico determinado pela herança. Além disso, ocasiona aumento da massa magra, diminui a gordura corporal, melhora os níveis de eficiência cardiorrespiratória, de resistência muscular e força isométrica, além dos importantes efeitos psicossociais (VIEIRA, PRIORE e FISBERG, 2002).

Os indivíduos desta faixa etária estão adotando cada vez mais os hábitos sedentários dos adultos, bem como a forma de encarar o exercício físico, nomeadamente as razões habituais para não o realizarem. Um dos fatores que contribui para a sedentarização dos jovens é a redução dos esforços físicos na deslocação para a escola e nos passatempos, no tempo gasto em frente à televisão, nos jogos eletrônicos e de computador, etc. Ou seja, durante o seu cotidiano não realizam atividade física em quantidade e intensidade suficientes para promover efeitos benéficos sobre a saúde, nomeadamente na prevenção dos fatores de risco. Assim, o nível de atividade física deste grupo é reduzida, conduzindo a uma diminuição ou deteriorização da condição física, que por sua vez, se reflete numa maior morbidade (VASCONCELOS e MAIA, 2001).

Resultados de um estudo feito em escolas do Estados Unidos no ano de 2001 do nono ao décimo segundo ano (CDC, 2003), revelaram que 31% dos alunos não participam de atividades físicas com intensidade moderada ou vigorosa nos níveis recomendados e a participação em atividade física regular moderada decrescia com o aumento de ano escolar, caindo de 72% no nono ano para 56% no décimo segundo ano. O pesquisador Armstrong (1998) citado por Vasconcelos e Maia (2001) também conclui em seu estudo que os níveis de atividade física declinam significativamente durante os anos escolares.

Um novo estudo feito pelo CDC em 2003 relatou que quase metade dos americanos entre 12-21 anos não é vigorosamente ativo com regularidade, destes, 14 por cento relatavam não ter realizado atividade física recentemente.

Existe, no entanto, algumas variáveis que estão associadas consistentemente com a atividade física nos adolescentes: as variáveis demográficas não modificáveis sugerem subgrupos dos jovens relativamente mais inativos (os subgrupos no risco para serem inativos incluem meninas, adolescentes de mais idade e grupos étnicos minoritários) e que necessitam serem alvejados para programas especiais da intervenção. As variáveis modificáveis podem ser consideradas mediadores potenciais da atividade física na juventude, e os interventores devem ser desenvolvidos para mudar essas variáveis através da instrução, dos programas da família ou da mudança ambiental e de política (SALLIS, PROCHASKA e TAYLOR, 1999).

Os pesquisadores Silva e Malina (2000) propõem a promoção de programas de atividade física para adolescentes, a fim de aumentar a pratica regular de atividade física, possibilitando aos indivíduos o usufruto dos benefícios sobre a saúde, tanto a curto como a longo prazo. Estes programas devem incluir atividades sistemáticas e metodologicamente organizada, dirigida especificamente a cada grupo etário, que deve ter sua diferenciação entre idade cronológica antes de um planejamento de programa de atividade física (TOURINHO e TOURINHO, 1998). Estes programas devem ser baseados nos sistemas da escola, da comunidade, da família e da saúde (AGITA SÃO PAULO, 1998).

A recomendação de atividade física para este grupo é de quantidades moderadas de atividade física diária, que podem ser obtidas em longas sessões de

atividade moderada, tal como caminhar 30 minutos, ou em sessões mais curtas (15-20 minutos) de atividades mais intensas, tal como jogging ou jogar basquetebol (CDC, 2003). Ou ainda, o acúmulo de 30 a 60 minutos de atividades diárias, que devam promover força, flexibilidade, saúde dos ossos e a exclusão de períodos prolongados de inatividade (SALLIS, PROCHASKA e TAYLOR, 1999).

Assim como nas crianças, o *Programa Canadá Health* (2003) recomenda 3 tipos de atividade: atividades de resistência, atividades de flexibilidade e atividades de força. As atividades de resistência devem ser realizados 4-7 dias por semana, e possui como exemplo caminhada, pequenos trabalhos domésticos, programas de exercício organizado e esportes recreativos como ciclismo, andar de skate, natação, tênis e dança. As atividades de flexibilidade também devem ser realizadas 4-7 dias por semana, sendo exemplo, exercícios de alongamento, tai chi chuan, boliche, golfe, ioga e dança. Já as atividades de força devem ser realizadas 2-4 vezes por semana, se enquadrando nesse tipo de atividade subir escadas, exercícios de musculação como abdominais ou simplesmente o fato de carregar uma mochila pesada contendo livros escolares.

As recomendações de atividade física na adolescência são especiais, pois essa faixa etária ainda não terminou seu desenvolvimento físico e mental, mas tratando-se de grupos especiais os idosos também merecem destaque, uma vez que o avançar da idade lhes acarreta maiores dificuldades nos aspectos físico e mental.

2.1.3 Idosos

À medida que a população mundial envelhece a inatividade física se torna mais preocupante (HEIKKINEN, 2003). Nos Estados Unidos, os idosos representam o segmento da população que exhibe o crescimento mais rápido, com a expectativa média de vida para homens e mulheres aproximando-se rapidamente dos 80 anos. Por volta do ano 2020, aproximadamente (20%) da população terá mais de 65 anos de idade e aproximadamente 1,3 milhão de cidadãos terão 100 anos ou mais por volta do ano 2040 (MCARDLE, KATCH e KATCH, 2003, p. 892).

Aumentando com a idade, o sedentarismo acomete aproximadamente (16.7%) dos adultos com idade entre 45–64 anos, (23.1%) idosos com idade entre 65–74 anos, e (35.9%) idosos com 75 anos ou mais (CDC, 2003), ou até mesmo atingindo aos 75 anos um em cada três homens e um em cada duas mulheres, torna-se importante à aderência da prática de atividade física neste grupo, pois os idosos são mais propensos a adquirir as enfermidades não transmissíveis, além das limitações de mobilidade e outros problemas de saúde. Desta forma, a atividade física ajuda a manter a capacidade de viver independentemente e reduz o risco de quedas que podem ocasionar fraturas ósseas, reduz o risco de desenvolver doenças coronarianas, pressão alta, câncer de dois pontos, diabetes, ansiedade e depressão. Além do que, melhorara a qualidade de vida, dando maior vigor aos ossos, músculos e ligamentos (CDC, 2003).

Estes benefícios podem ser obtidos com uma quantidade moderada de atividade física diária, tal como caminhada. No entanto, os idosos sedentários que querem aderir a um programa de atividade física devem começar com intervalos curtos de atividade física moderada (5-10 minutos) e aumentar gradualmente até chegar à quantidade desejada e devem consultar um médico antes de aderir a algum programa de atividade física (CDC, 2003).

Neste grupo como ocorre redução na massa e na força dos músculos esqueléticos – associando-se diretamente com sua mobilidade e desempenho físico limitados, assim como um aumento na incidência de acidentes sofridos por aqueles com fraqueza muscular e um equilíbrio precário – representando o resultado combinado de processos neuromotores progressivos e de uma queda no nível diário de sobrecarga muscular, o treinamento com exercícios, particularmente o treinamento de resistência, facilita a síntese e a retenção de proteínas e abranda a perda “normal” e até certo ponto inevitável da massa e força muscular que ocorre com o envelhecimento. Estes exercícios, como ocorre em adultos mais jovens, devem ter número de séries, repetições, intensidade, duração e frequência do treinamento, manipuláveis no sentido de determinar as adaptações da força em indivíduos idosos (MCARDLE, KATCH e KATCH, 2003, p. 894). O Canada's Physical Activity Guide to

Healthy (2003) recomenda que os exercícios de força sejam realizados com 2-4 quilos de 10-15 repetições cada exercício.

Além do treinamento da força recomenda-se aos idosos o treinamento aeróbico, pois entre os idosos saudáveis, o treinamento com exercícios pode aprimorar as propriedades sistólicas e diastólicas do coração e aumentar a capacidade aeróbica no mesmo grau relativo que ocorre em adultos mais jovens (MCARDLE, KATCH e KATCH, 2003, p. 902). O treinamento aeróbico deve ser realizado no mínimo 5 dias por semana com duração mínima de 30 minutos. São exemplos de treinamento aeróbico caminhada, cultivar o quintal, dançar e jogar tênis (CANADÁ HEALTH, 2003). Por último, recomenda-se exercícios de flexibilidade, pois proporciona relaxamento aos músculos e torna as articulações mais móveis, fazendo com que estes se locomovam mais facilmente. Os alongamentos - exercícios para a flexibilidade, devem ser realizados lentamente, utilizando movimentos contínuos, onde deve-se alongar e permanecer na posição por 10-30 segundos, sem prender a respiração (CANADÁ HEALTH, 2003).

Tanto no grupo dos idosos quanto em crianças, adolescentes e adultos a atividade física tem papel fundamental na melhora da qualidade de vida, proporcionando benefícios à saúde. E é devido à importância da atividade física que se faz necessário à implantação de programas específicos a cada grupo, pois cada população tem características sócio-demográficas e ambientais diferenciadas.

Para as crianças são recomendados atividades de resistência e flexibilidade 4-7 vezes por semana e atividades de força 2-4 vezes por semana. Neste grupo a atividade física é dividida em atividades de “estilo de vida” e atividades estruturadas. Esta última é projetada para melhorar a qualidade de vida e/ou intensidade da atividade física. Tais atividades podem ocorrer em programas educacionais na escola ou em atividades extra-curricular que podem ser desenvolvidas na própria escola ou fora dela, destacando-se as atividades ao ar livre.

Para os adolescentes a atividade física recomendada é o acúmulo de 30 a 60 minutos de atividades diárias, que devem promover força, flexibilidade e resistência. Assim como nas crianças, aconselha-se que as atividades de resistência e flexibilidade sejam realizadas 4-7 vezes por semana e que as atividades de força

sejam realizadas 2-4 vezes por semana. Estes programas devem incluir atividades sistemáticas e metodologicamente organizada, dirigida a cada grupo etário, considerando a idade cronológica e fazendo sua diferenciação antes do planejamento, sendo baseados nos sistemas da escola, da comunidade, da família e da saúde.

Para os idosos, aconselha-se a realização de exercícios de força 2-4 vezes por semana, treinamento aeróbico no mínimo 5 dias por semana com duração mínima de 30 minutos, e exercícios de alongamento, que devem ser realizados com movimentos contínuos onde permaneçam na posição por 10-30 segundos, sem prender a respiração. É importante que antes de começar a praticar uma atividade física o idoso consulte um médico e só depois inicie com atividades curtas e de intensidade moderada (5-10 minutos), tal como a caminhada e vá aumentando gradativamente à medida que se sentir confiante.

2.2 PROGRAMAS DE ATIVIDADE FISICA

Visto o importante papel da atividade física frente ao combate e principalmente a prevenção de algumas enfermidades, como as doenças cardiovasculares, torna-se importante a implantação de programas de atividade física, na busca de melhorar a qualidade de vida da população.

Em alguns países – tanto desenvolvidos quanto os em desenvolvimento – já existe tais programas dos quais podem ser acompanhados os seus resultados, sendo estes, uma base para que outros programas sejam implantados, pois através da análise destes programas pode-se verificar o que deu certo ou errado e assim criar programas mais efetivos.

No mundo, alguns programas de atividade física tem sido desenvolvido, é o caso do *Programa Agita Mundo*, que promoveu o Dia Mundial da Atividade Física (6 de abril) – Agita Mundo Move for Health, para combater o sedentarismo. A idéia foi fazer uma caminhada de inclusão convidando grupos de cadeirantes, ciclistas, atletas, idosos, trabalhadores, escolares, enfim, toda a comunidade para caminhar.

Outros eventos do Agita Mundo ocorreram ao redor do mundo neste ano: a IUHPE (União Internacional de Promoção de Saúde e Educação) Agita Austrália realizou no período de 26 a 30 de abril em Melbourne, a 18ª Conferência Mundial de Promoção e Educação em Saúde; no Equador, no mês de janeiro, aconteceu o II Curso Internacional de Ciências Aplicadas a Atividade Física e ao Esporte, com o objetivo de nortear ações de promoção de atividade física por meio do fortalecimento da área de Educação Física; na Colômbia, em 24 de fevereiro foi celebrado em Bogotá o I Curso de Atividade Física no qual foi construído um Guia para Gestão, Execução e Avaliação de Projetos Intersetorias Comunitários para a Promoção de Atividade Física a nível territorial; Em Cali a coordenação do Programa Cali em Movimento formalizou parcerias entre centros educativos, empresas privadas, empresas de saúde, entre outros para a difusão da mensagem de promoção da atividade física dos 30 minutos, com a idéia de organizar eventos internos nas empresas e externos abertos ao público por meio da fundação; no México, ocorreu em 22 de fevereiro o 1º ano do Programa de Atividade Física que promove 15 minutos de atividade física diária entre os funcionários. E como resultados apresentaram um aumento de (25%) nas pessoas que não faziam atividade física e passaram a fazer pelo menos 3 horas por semana e os outros (25%) que eram irregularmente ativos passaram a praticar regularmente no mínimo 30 minutos de atividade física 5 a 7 dias por semana.

No Canadá é desenvolvido pelo Canadá Saúde (*Canadá Health*) um Programa de Atividade Física, através da confecção de guias específicos para cada faixa etária – *Physical Activity Guide, Physical Activity Youth, Physical Activity Adults e Physical Activity Older Adults*. Estes guias listam benefícios da atividade física, bem como quais atividades são recomendadas e como realizá-las. Além disso, mostra como a sociedade em geral pode contribuir para melhorar a qualidade de vida da sociedade.

Em Santafé de Bogotá, Colômbia, é desenvolvido o *Programa Ciclovía* (trajeto de bicicleta) pelo governo municipal. Todo domingo e dias festivos 120 quilômetros de suas principais avenidas e ruas convertem-se em ciclovias, pelas quais circulam 2,2 milhões de pessoas, a terça parte dos habitantes da cidade. Enquanto essas ciclovias só funcionam aos domingos e dias festivos, das 7 às 13 horas, existem outras permanentes, que cobrem 120 quilômetros e interligam anéis viários e parques nos

quatro pontos cardeais da cidade, envolvendo 2800 pessoas, entre estudantes de medicina, instrutores de ginástica, policiais e pessoal que cuida do tráfego. Além do que, é um meio de transporte mais “são”, pois estimula os sistemas circulatório e respiratório e é ambientalmente mais limpo e democrático, pois diminui a poluição atmosférica devido aos automóveis, tornando-se também uma alternativa de economia para a população, pois a bicicleta gera uma economia de US\$ 30 por mês em transporte.

O Programa Ciclovía, mobilizando um número importante de pessoas que pertencem às classes socioeconômicas diferentes em Bogotá, reforça a indivíduos ativos que continuem regularmente ativos e serve como oportunidade preliminar para que o ativo irregular tenha um exercício no seu tempo de lazer (GÓMEZ, MATEUS e CABRERA, 2004).

No Chile, o Ministério da Saúde através da criação do Conselho Nacional de Promoção da Saúde, organismo integrado por 28 instituições nacionais, deu início ao programa de saúde *Vida Chile*. Este está organizado em 13 regiões do país e em 308 das 341 comunidades, com a função de elaborar planos de ação que garantam as prioridades locais e sua implantação adequada. Os temas prioritários para a política de promoção de saúde são: alimentação, atividade física, luta contra o tabagismo, fatores psicossociais e ambientais, onde para cada um foram estabelecidas metas, como a diminuição da prevalência do sedentarismo nas pessoas maiores de 15 anos em (7%) até o ano de 2010, sendo projetado para isso, elaboração e distribuição de recomendações de atividade física para a população chilena, realização de programas de informação e educação para o incremento de uma vida ativa, ampliação de oportunidades para a prática de atividades físicas e a redução das barreiras existentes, tal como a falta de espaço, insegurança e outros.

As recomendações do Vida Chile são: caminhar pelo menos 30 minutos diariamente; realizar exercícios de alongamento; realizar exercícios 30 minutos, três vezes por semana a uma intensidade adequada (alta, média, baixa) a seu ritmo pessoal. Além disso, planejou uma reforma educacional, proposta ao Ministério da Educação, de aumentar as horas de atividade física curricular e extracurricular durante a jornada escola. Começou também uma luta contra o tabagismo através de um

convênio com o Canadá, implantou programas de atividade física nas empresas, tanto públicas quanto privadas, mediante pausas feitas no trabalho para se fazer exercícios. No âmbito social e ambiental, em 2001 começou a recuperar os espaços públicos mediante a habilitação das praças, parques, praias e outras áreas aptas para a realização de atividade física, recreativas, desportivas, além disto, implantou programas de educação nutricional e ambiental e implantou programas de atividades comunitárias de caráter artístico e cultural.

Assim, os municípios chilenos promovem periodicamente atividades físicas para a comunidade (maratonas, corridas de bicicletas, caminhadas, campeonatos e outras), ações educativas de grupo (trabalho com crianças, pais, trabalhadores, funcionários, professores de exercícios aeróbios, basquetebol, yoga, balé e outras) e atividades para a formação e capacitação de monitores.

No Brasil, com o apoio do Celafiscs e do Ministério da Saúde originou-se o *Programa Agita Brasil*, com uma proposta de elevar o nível de atividade física de cada pessoa, onde todo cidadão deverá realizar pelo menos 30 minutos de atividade física na maior parte dos dias da semana (se possível todos), de intensidade moderada (ou leve), de forma contínua ou acumulada. Os focos deste programa são: os trabalhadores, os escolares, os idosos ou pessoas portadoras de doenças crônico-degenerativas.

A primeira fase do Agita Brasil previa o envolvimento das capitais e grandes cidades por meio da capacitação de pessoas, e ocorreu entre julho e setembro de 2001. O Ministério da Saúde desenvolveu um conjunto de ações para dar suporte aos municípios para a implantação do programa, contando para isso com a participação dos Estados para sensibilizar os municípios com mais de 100 mil habitantes, para que depois de capacitados implantassem um projeto local de promoção de atividade física.

Vários estados brasileiros tem realizado programas de atividade física, como Estado de São Paulo, que desde dezembro de 1996, oferta o *Programa Agita São Paulo*, desenvolvido pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS). Este programa tem como objetivo a incrementação de conhecimento pela população sobre os benefícios da atividade física e o aumento do envolvimento da população com a mesma. Sua proposta básica consiste em elevar

em pelo menos um nível a atividade física de cada pessoa, ou seja: incentivar o sedentário a ser pelo menos um pouco ativo; o indivíduo pouco ativo a se tornar regularmente ativo; o regularmente ativo a ser muito mais ativo; e o muito ativo a manter este nível. O alvo do “Agita São Paulo” são os escolares (crianças e adolescentes), os trabalhadores (colarinho branco e azul) e os idosos. Sendo assim, os megas eventos realizados são: “Dia do Escolar Ativo” (última sexta-feira de agosto) envolvendo aproximadamente 4 milhões de crianças e adolescentes, bem como professores e seus pais, o “Dia do Trabalhador Ativo” (01 de maio) e o “Dia do Idoso Ativo” (28 de setembro).

O trabalho do Agita São Paulo começou a partir da realização de um diagnóstico do nível de atividade física da população alvo no início do programa e o mesmo sendo reaplicado durante diferentes fases da campanha para determinar alguma mudança no comportamento em relação à atividade física. Em síntese, a finalidade do programa é acrescentar atividade física como um importante instrumento para promoção de saúde e melhora da qualidade de vida.

Em Santa Catarina – Brasil é desenvolvido desde 1995, pelo Centro Federal de Educação Tecnológica de Santa Catarina (CEFETSC), um programa de atividade física dentro da escola, denominado *Educação Para Uma Vida Ativa*. Este programa é dirigido aos adolescentes das primeiras fases de Ensino Médio e enfatiza conteúdos relacionados à atividade física e saúde. É dividido em aulas práticas, teóricas e de laboratório e tem como objetivo geral, propiciar a aquisição de conhecimentos e vivências que predisponham a uma vida mais ativa. Nas aulas práticas são desenvolvidas uma série de atividades como o desporto, nas suas mais diversas modalidades e atividades diversificadas como a caminhada ecológica, o jogo de taco, do frescobol, da calha e aulas demonstrativas de algumas artes marciais como a UFAM, a Pakua, Capoeira, Rugby, dança de salão também fazem parte do rol de atividades práticas desenvolvidas neste programa. Acredita-se que diversificando o conteúdo programático das aulas de Educação Física, pode-se oportunizar aos alunos a escolha e a prática de atividades que possam ser continuadas após os anos escolares.

O conteúdo programático não se restringe à prática. As aulas teóricas e de laboratório são uma realidade neste programa. O conteúdo teórico está relacionado à atividade física e saúde e visa contribuir para aquisição de conhecimentos sobre a atividade física para o bem estar e a saúde em todas as idades. Os conteúdos são apresentados aos alunos utilizando-se de diferentes metodologias: aula expositiva, dinâmicas de grupo, estudo de texto, pesquisa. O material utilizado é elaborado pelos professores envolvidos no programa, com o apoio do Núcleo de Estudos em Atividade Física (NEAF).

Nas aulas de laboratório os alunos realizam a aplicação prática do conteúdo teórico visto anteriormente. As medidas antropométricas e neuromotoras, a avaliação do nível de aptidão física, o controle da intensidade ideal de esforço e o diário de atividades físicas são algumas das aulas de laboratório realizadas no programa (SILVEIRA, PIRES e PIRES, 2003).

Também no Brasil, na cidade de Curitiba – Paraná, através da Secretaria Municipal do Esporte e Lazer de Curitiba são ofertadas atividades voltadas a melhoria contínua da qualidade de vida e de suas expectativas além de proporcionar condições de aperfeiçoamento dos hábitos saudáveis da população. Desta forma tem por missão fomentar práticas de esportes, lazer e atividades físicas para o desenvolvimento de potencialidades do ser humano, visando o seu bem-estar, sua promoção social e sua inserção na sociedade, consolidando a sua cidadania. São realizados jogos escolares descentralizados no Município com os encontros esportivos, o desenvolvimento de escolinhas esportivas, linha do lazer, além de grandes eventos comemorativos. Além disso, é desenvolvido neste Estado o *Programa Curitibativa*, que desenvolve ações educativas e de promoção de hábitos saudáveis, recolhendo os dados físicos da população nas mais diversas faixas etárias. Com os dados, realizam uma avaliação do perfil da comunidade por região geográfica e sugerem propostas para que estes, nos pontos de maior dificuldade, encontrem condições para a promoção da saúde através da atividade física, merecendo destaque o programa Idoso em Movimento.

Assim, o objetivo do Programa Curitibativa é promover o bem para todos os indivíduos inseridos na comunidade de Curitiba, através de ações educativas e de pesquisa que promovam a saúde em um estado de completo bem-estar físico, mental

e social, deslumbrando uma qualidade de vida cada vez maior e com hábitos saudáveis de melhoria da cidadania.

Com base nos programas citados neste estudo, é possível perceber que muitos programas ainda estão dando os primeiros passos para a conscientização de seu país sobre a importância da atividade física para a saúde e qualidade de vida, onde realiza eventos, parcerias com instituições públicas e privadas, elaboração de Guias e incentivo através de informativos, para a população aderir a seu programa. Outros fazem apenas programas específicos para uma determinada população. E, programas que levam em consideração as peculiaridades e necessidades de cada grupo implantando atividades para todos.

3. ATIVIDADE FÍSICA X FATORES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E AMBIENTAIS

O sedentarismo não faz parte somente da realidade dos países industrializados, passou a integrar a realidade dos países em desenvolvimento através do processo de urbanização (FLORINDO, 1998), aonde o crescimento da população urbana vem avançando com rapidez e tem agido sobre a infra-estrutura social e física, no nível do emprego, dos serviços de saúde e da habitação. Juntamente com essas tendências, contribuem a insuficiência dos sistemas de transportes, o aumento do congestionamento no trânsito e a contaminação ambiental, além de um decréscimo nos níveis de atividade física em todo os âmbitos da vida: no trabalho, nas tarefas domésticas, no transporte e nos passatempos (JACOBY, BULL e NEIMAN, 2003).

Quando um país passa pelo processo de urbanização, uma das principais conseqüências é a inatividade física, pois ocorre uma transação econômica e demográfica acelerada trazendo como conseqüência enfermidades crônicas, fazendo-se necessário adotar medidas preventivas de maior alcance (JACOBY, BULL e NEIMAN, 2003), pois, juntamente com a inatividade física a urbanização traz consigo outras conseqüências negativas como: má alimentação, consumo excessivo de tabaco, álcool e drogas, problemas ambientais (contaminação do ar nas grandes cidades e deteriorização dos espaços de recreação), aumento da delinqüência, violência e insegurança pessoal (SALINAS e VIOL, 2003). Como conseqüência da urbanização um terço da população mundial passou a manter práticas sedentárias, resultado do predomínio de trabalhos com baixo gasto energético, um maior uso de transporte motorizado e um maior emprego do tempo livre em atividades sedentárias, como assistir televisão (SÉCLEN-PALACÍN e JACOBY, 2003).

Na maioria dos países em desenvolvimento, como por exemplo, o Chile, o número de pessoas consideradas sedentárias (que não praticam atividade física pelo menos 30 minutos três vezes por semana) atinge 91%, fato que é explicado como sendo conseqüência da urbanização, onde trouxe consigo um aumento no número de automóveis (incremento de mais de 10.000 veículos a cada ano) circulando pelo país, bem como aumentou a quantidade de televisores coloridos nos lares (mais de 2.300.000) e as horas dedicadas a assisti-la (2 a 3 horas diárias), ocorreu diminuição

dos locais para a prática de atividade física, diminuindo ao mínimo as horas de atividade física nas escolas ao mesmo tempo em que aumentou as horas de trabalho (mais de 10 horas diárias) (SALINAS e VIO, 2003).

Nas zonas urbanas do Peru, cerca de três quartos dos trabalhadores de ambos sexos estão empregados em atividades basicamente sedentárias sendo que na América Latina, 65% dos adultos realizam pouca atividade física (SÉCLEN-PALACÍN e JACOBY, 2003).

No Brasil, a migração de pessoas das zonas rurais para as zonas urbanas aconteceu em um curto espaço de tempo. Atualmente, possui uma população essencialmente urbana, com hábitos de vida sedentários, o que na maioria das vezes, torna-se uma situação favorável para o aparecimento das doenças crônico-degenerativas. Mais de (60%) dos adultos que vivem em áreas urbanas não estão envolvidos em um nível suficiente de atividade física. Dados do censo 2000 indicam que (80%) da população brasileira vive em cidades, estando, portanto, sujeitos a desenvolverem doenças associadas ao sedentarismo.

Desta forma, o ambiente físico e social desempenha um importante papel na quantidade de atividade física praticada. Na América Latina e no Caribe a falta de opção de atividade, a posse de veículos, a expansão descontrolada das zonas urbanas e a insuficiência de transportes públicos são empecilhos para a prática de atividade física, seguindo as tendências da América do Norte nos últimos dez anos. Esta tendência trouxe como conseqüências ao sedentarismo, a obesidade, diabetes e outras doenças não transmissíveis, alcançando proporções epidemiológicas (MATSUDO et al, 2002).

Assim, alguns estudos foram realizados na tentativa de descobrir se os fatores ambientais e sócio-demográficos podem interferir na prática de atividade física.

No estudo de Séclen-Palacín e Jacoby (2003) sobre os fatores sócio-demográficos e ambientais associados com a atividade física desportiva na população urbana do Peru, com a participação de 45.319 pessoas maiores de 15 anos, residentes da região metropolitana de Lima e demais centros urbanos com mais de 2.000 habitantes, concluiu que a atividade desportiva regular (prática de qualquer esporte ou atividade física, incluindo caminhar, com uma freqüência diária ou

intermediária durante um mês antes da pesquisa) não é praticada de maneira homogênea nas regiões demográficas estudadas, assim, as regiões em que se praticam mais atividades desportivas regularmente são: as zonas rurais com (15,3%) da população, a região serrana central onde (12,8%) aderem a prática e a região da costa central com a participação de (12,1%) da população. As regiões onde se observam os menores índices de atividade desportiva são: a região metropolitana de Lima (10,6%) e região serrana sul (9,7%).

Sendo assim, viver nas zonas urbanas fora da área metropolitana de Lima foi um fator fortemente associado com a prática de atividade desportiva regular. A organização física, ambiental, social e cultural das cidades mais pequenas e menos urbanizadas do que a capital pode interferir na prática de atividade física, pois tem sido identificado alguns elementos da urbanização como: a falta de segurança, a criminalidade, a disponibilidade de ambientes para a recreação, transporte público e a contaminação ambiental, entre outros, relacionados com os hábitos de atividade física da população. Além disso, os fatores ambientais (características urbanas diferenciadas e relação sócio-familiar) ajudam a explicar a pré-disposição à prática de atividade desportiva regular e interessam para intervenções futuras (SÉCLEN-PALACÍN e JACOBY, 2003).

O pesquisador Martínez-Ros e colaboradores (2003) em seu estudo sobre “Atividade Física Desportiva em uma Mostra Representativa da População da Região de Múrcia” em 2003, com a participação de 3.091 pessoas com idade entre 18 e 65 anos, considerou também, que o lugar de residência interfere na prática de atividade física, onde os homens que vivem em meio rural realizam menos atividade física dos que vivem em meio urbano, valendo também para as variáveis sócio-econômicas.

No México, foi realizado em 2003 um estudo pelo pesquisador Hernández e colaboradores, sobre os fatores associados com a atividade física em mulheres mexicanas em idade reprodutiva, com o objetivo de documentar a prática de distintas formas de atividade física (moderada e intensa), particularmente a prática de desportos e exercícios, em mulheres de 12 a 49 anos de idade e avaliar sua associação com algumas características sócio-demográficas. O estudo contou com a participação de 2 367 mulheres das 21 mil localidades de toda representatividade

nacional – tanto em estados rurais quanto urbanos (localidades com mais de 2 500 habitantes) – e segundo as regiões do país (norte, centro, sul e Cidade do México). A análise feita concluiu que as mulheres que residiam em áreas urbanas tiveram maiores possibilidades de praticar desportos, mas este resultado não foi significativo. Assim, não foram encontradas diferenças na prática de desportos entre as mulheres das diferentes regiões do país.

No Brasil em 1997 foi realizado pela DATA FOLHA e IBOPE um levantamento em 98 municípios brasileiros sobre o perfil da atividade física, envolvendo 2504 indivíduos. Como resultado da pesquisa encontrou uma prevalência de (60%) de sedentários, considerando quando o entrevistado não reportava qualquer prática de atividade física. Analisando dados pelas regiões do Brasil, evidenciaram índices de sedentarismo superiores nas regiões nordeste (65%) e norte/centro-oeste (64%), sendo menores na região sudeste (59%) e sul (53%) do país. Analisando por natureza do município, ficou evidenciado que as pessoas que residem nas áreas litorâneas são mais ativas (66,5%) do que as que vivem no interior (53,4%) e nas regiões metropolitanas (39,4%) (MATSUDO et al, 2002).

Levando-se em consideração alguns influenciadores na prática de atividade física observa-se que na América Latina, a participação em atividade física é menor nas mulheres do que nos homens e esta participação se reduz à medida que aumenta a idade, além disso, as pessoas com maior nível sócio-econômico são mais propensas a praticar atividade física (JACOBY, BULL e NEIMAN, 2003).

Comparando a prática de atividade desportiva regular entre homens e mulheres no Peru, encontrou que nos homens, a educação se associa diretamente com a atividade desportiva, no entanto, o nível sócio-econômico teve uma associação inversa, mesmo que não significativa. Nas mulheres, nem a educação nem o nível sócio-econômico mostrou uma associação significativa. Por outro lado, em ambos os sexos, estar casado, ter emprego, ter acesso a tecnologias modernas de comunicação (internet) ou consumir informação desportiva são fatores significativos e diretamente associados com a prática de atividade desportiva regular (SÉCLEN-PALACÍN e JACOBY, 2003).

Na Região de Múrcia, a atividade física vigorosa também foi maior nos homens (23,1%) do que nas mulheres (12,5%) entre 18 e 65 anos. Da mesma forma, o grau de educação esteve associado diretamente com a realização de atividade física vigorosa, ocorrendo uma tendência linear de diminuição da atividade física vigorosa com o aumento da idade em ambos os sexos, mas continuando maior entre as mulheres do que nos homens (MARTÍNEZ-ROZ et al, 2003).

No Brasil os homens encontram-se mais ativos do que as mulheres em idades mais jovens, mas devido a um declínio na atividade física masculina com a idade, a prevalência de atividade física no tempo de lazer é equivalente para os dois sexos aos 50 anos (MONTEIRO et al, 2003).

Em Bogotá, Colômbia, o estudo de Gómez e colaboradores (2004), com o objetivo de identificar os níveis de atividade física e dos fatores sociodemográficos associados com a inatividade física no tempo de lazer entre mulheres de 18 e 69 anos de idade na vizinhança de Santafé, Bogotá, Colômbia, relatou que, no total, 79,1% das mulheres eram inativas durante seu tempo de lazer, sendo associada com o não planejamento de perda de peso e não participação no Programa Ciclovía (programa que pretende estimular a prática de atividades recreacionais nos fins de semana, onde ruas e avenidas são fechadas fora ao tráfego de veículo motor no domingo de modo que os pedestres e ciclistas possam realizar atividade física). O estudo indicou também, uma redução progressiva na inatividade física enquanto o nível educacional aumenta, justificando que os indivíduos com mais educação e status socioeconômico mais elevado podem ter mais autonomia em seu tempo de lazer, o que pode, também, influenciar em seus padrões de exercício. Da mesma forma, os deveres altruístas foram associados com a inatividade física no tempo de lazer.

Existem também algumas barreiras que interferem na prática de atividade física. No Peru, por exemplo, as barreiras mais indicadas para a prática de desportos foram: a falta de tempo (46,2%), o desinteresse (42,7%) e a falta de infra-estrutura desportiva (35%) (SÉCLEN-PALACÍN e JACOBY, 2003). Na Região de Múrcia as barreiras destacadas para a prática de atividade física nas mulheres da região rural são a carga familiar (trabalho doméstico), já para as mulheres das zonas urbanas os maiores empecilhos foram à falta de local e de tempo (MARTÍNEZ-ROZ et al, 2003).

O pesquisador Hernández e colaboradores (2003) em seu estudo no México relatou que a prática de desportos é menos freqüente entre as mulheres maiores de 21 anos e mais freqüente entre as mulheres de maior escolaridade. Encontrou também, que as mulheres solteiras têm 2,62 vezes mais possibilidade de praticar desportos do que as mulheres casadas, mostrando que tais variáveis interferem diretamente no nível de atividade física.

No Brasil, um estudo realizado sobre a epidemiologia da atividade física no tempo de lazer, 1996-1997, com a participação de 11033 pessoas maiores de 20 anos de idade nas regiões mais populosas deste território (nordeste e sudeste), relatou que apenas (13%) da população adulta executam atividade física regular durante seu tempo de lazer e que apenas (3,3%) realiza atividade física no nível recomendado para se obter benefícios à saúde. Quanto à preferência de atividade, os homens preferem esportes coletivos enquanto as mulheres preferem atividades individuais como a caminhada. Entretanto, caminhada foi a atividade física mais realizada em ambos os sexos quando se tratava de atividades executadas em 5 ou mais dias por semana. A recreação foi a principal justificativa para a realização de atividade física no tempo de lazer dos homens, enquanto que recreação, saúde e estética foram os objetivos listados pelas mulheres. Entretanto, em ambos os gêneros, os interesses de saúde eram relativamente comum quando se tratava de atividade física realizada 5 vezes ou mais na semana. A idade crescente também foi associada com maior freqüência semanal na prática de atividade física regular, juntamente com a renda familiar e o nível de instrução (MONTEIRO et al, 2003).

Quando se fala em influenciadores da atividade física é importante considerar o modelo ecológico, que se baseia no contexto em que o indivíduo está inserido, levando em consideração os fatores interpessoais e institucionais de cada população, pois estas variáveis estão relacionadas à prática de atividade física (SALLIS e OWEN, 1999).

O pesquisador Urie Bronfenbrenner (1979; 1989), propõe um sistema ecológico em que o indivíduo se desenvolve como tendo uma série de camadas ou círculos concêntricos. O círculo mais central, constituído por elementos que ele chama microsistemas, inclui todos aqueles ambientes em que o indivíduo vive experiências

personais diretas, como a família, a escola, a creche ou o ambiente em que um adolescente trabalha. A camada seguinte chama exossistemas, inclui toda uma gama de elementos do sistema que o indivíduo não experimenta diretamente, mas que influenciam porque afeta um dos microsistemas, sobretudo a família. O local de trabalho e a rede de amigos são alguns desses elementos. Por fim, Bronfenbrenner descreve um macrosistema que inclui o ambiente cultural ou subcultural mais amplo em que tanto o micro como o exossistema estão inseridos. A pobreza ou riqueza da família, o bairro onde ele mora, sua identidade ética e a cultura mais ampla em que se insere o sistema inteiro são partes desse macrosistema. Para tanto, é preciso compreender as maneiras como todos os componentes desse complexo sistema interagem mutuamente para afetar o desenvolvimento de uma determinada criança (BEE, 2003, p. 410).

A cultura, um sistema de significado e costumes, incluindo valores, atitudes, objetivos, leis, crenças, moral e vários tipos de artefatos físicos, como instrumentos, tipo de habitação e assim por diante, o que a torna um influenciador que merece destaque. No entanto, para que esse sistema de significados seja chamado “cultura”, precisa ser compartilhado por um grupo identificável, seja esse grupo uma subseção de uma população, seja uma unidade mais ampla, e transmitido de uma geração desse grupo para seguinte. Assim, as famílias e as crianças estão inseridas na cultura, exatamente como estão localizadas em um nicho ecológico dentro da cultura, ocorrendo uma interação entre natureza e meio ambiente (BEE, 2003, p. 40).

Deste modo, para prevenir as tendências ao sedentarismo, devem ser implantadas uma série de estratégias, algumas das quais, no âmbito da saúde pública. São necessárias atividades programáticas sustentáveis (atividades onde os sujeitos permaneçam no programa), destinadas ao indivíduo, assim como a toda comunidade, juntamente com iniciativas, para dar maior impulso ao estilo de vida ativo mediante a modificações ambientais (JACOBY, BULL e NEIMAN, 2003).

Percebe-se que, implantar um programa de atividade física é um processo muito complexo, pois existem algumas barreiras e alguns facilitadores que interferem direta ou indiretamente na aderência e permanência do indivíduo ao programa. Dentre

os fatores que se destacam como influenciadores da atividade física encontram-se os fatores sociodemográficos e os ambientais.

As barreiras e os facilitadores mais encontradas para a prática de atividade física foram: a falta de opção de atividade, a posse de veículo e a insuficiência dos transportes públicos, o local (rural, serrana, litorânea, centros urbanos) e a região de moradia (norte, sul, leste, oeste), o gênero (mulheres são menos ativas do que os homens), a idade crescente, estar casado, ter acesso à internet, o emprego e a falta de tempo, o desinteresse, a falta de infra-estrutura desportiva, o grau de escolaridade, o nível sócio-econômico e a cultura da população.

Um exemplo das influências sócio-demográficas e ambientais na atividade física pode ser verificada quando as cidades de Curitiba e Rio de Janeiro são comparadas. A cidade de Curitiba leva desvantagem em relação à cidade do Rio de Janeiro, quando se fala em clima, pois o clima de Curitiba - predominante frio, desmotiva os indivíduos a saírem de seus lares para praticar atividade física, tornando mais prazeroso ficar em casa na frente da televisão, o que os leva a ingerir maior quantidade de calorias. Enquanto que no Rio de Janeiro, sendo uma capital litorânea, possui como clima de calor o ano inteiro, o que leva a população a sair de casa e se exercitar a beira mar, além de possuir uma cultura onde se cultua o corpo em forma.

Assim, na cidade Rio de Janeiro o local onde se realiza atividade física é na maioria das vezes o calçadão a beira-mar e academias. Na cidade de Curitiba são realizados exercícios em parques, clubes e academias. Considerando as características das grandes cidades brasileiras como é o caso de Curitiba e Rio de Janeiro, fazer atividade física em locais públicos como parques e praias não dá segurança nenhuma a população, pois o um índice de criminalidade é muito alto. Enquanto que locais como clubes e academias podem fazer parte somente a uma pequena parcela da população, que possui condições financeiras para pagar as mensalidades destes estabelecimentos, o que não é a realidade da população brasileira, um país em desenvolvimento.

Então, é preciso que os programas de atividade física antes de serem implantados levem em consideração o modelo ecológico, que parece ser o mais correto e que levará a maior aderência e permanência da população ao programa.

4. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O presente estudo procurou verificar se os fatores sócio-demográficos e ambientais podem influenciar na prática de atividade física e qual sua importância frente à implantação de programas de atividade física no Brasil e no mundo.

Observou-se que é importante promover programas de atividade física, pois esta é relacionada como instrumento de recuperação, manutenção e promoção de saúde, promovendo qualidade de vida a população, além de ser um meio eficiente e barato para a prevenção de inúmeras doenças como: doenças cardiovasculares, obesidade, hipertensão, diabetes, osteoporose, distúrbios emocionais como depressão e ansiedade, dentre outras.

Analisando alguns programas existentes, verificou-se que muitos não respeitam as peculiaridades dos grupos especiais (crianças, adolescentes e idosos) fundamental para o sucesso do programa e por isso, não conseguem a aderência e nem a permanência da população em seu programa de atividade física. Estes programas generalizam a prescrição de praticar no mínimo 30 minutos diários de atividade física moderada, onde podem ser realizados em uma única sessão ou podem ser acumulados durante o dia em pequenas etapas de 10 minutos cada.

Para as crianças, são recomendadas atividades de resistência e flexibilidade 4-7 vezes por semana e atividades de força 2-4 vezes por semana. Essas atividades podem ocorrer em programas educacionais na escola ou em atividades extracurriculares que podem ser desenvolvidas na própria escola ou fora dela, destacando-se as atividades ao ar livre. A escola merece destaque frente à possibilidade da criança realizar atividade física, pois é o local onde maior quantidade de exercícios são realizados, por isso, as aulas de educação física devem assumir o papel de ordenar conteúdos que levem aos educandos a perceber a importância de manter um estilo de vida ativo por toda a vida. Nesse grupo a atividade física é importante, pois estes estão passando por um processo de crescimento e desenvolvimento, em que a atividade física traz benefícios positivos como: melhora na aptidão aeróbica, nos lipídeos sanguíneos, na composição corporal, no metabolismo de glicose e proporciona saúde aos músculos e ossos, além de saúde psicológica.

Nos adolescentes, a atividade física é importante para o aprimoramento e desenvolvimento, onde atua sobre os aspectos morfofisiológicos e ajuda a aperfeiçoar o potencial físico. Neste grupo as intervenções de atividade física devem ser voltadas para mudar as variáveis intervenientes a sua prática através de programas voltados para a família e para a comunidade, sendo baseados nos sistemas de escola e da saúde, proporcionando mudanças ambiental e política. Os programas devem ser específicos para cada grupo etário levando em consideração a diferenciação de idade cronológica. As recomendações de atividade física a este grupo incluem atividades de resistência e flexibilidade 4-7 vezes por semana e atividades de força 2-4 vezes por semana.

Nos idosos, a atividade física traz benefícios como a capacidade de viver independentemente e reduz o risco de quedas que podem fraturar ossos, além de reduzir o risco de desenvolver diversas doenças, melhorando assim, a qualidade de vida. É aconselhável a este grupo a realização de exercícios de força 2-4 vezes por semana, treinamento aeróbico no mínimo 5 dias por semana com duração mínima de 30 minutos e exercícios de alongamento, onde o idoso realize movimentos contínuos permanecendo na posição 10-30 segundos. Nesta faixa etária, é importante um acompanhamento médico e a aderência deve ocorrer de forma progressiva.

É importante salientar também que antes de implantar um programa de atividade física, devem ser levados em consideração os fatores sócio-demográficos e os fatores ambientais, pois estes influenciam no nível de atividade física da população, seja facilitando a sua prática, seja colocando barreiras que dificultarão a aderência da população alvo no programa. As barreiras e os facilitadores mais encontrados sobre a atividade física foram: a falta de opção de atividade, a posse de veículo e a insuficiência dos transportes públicos, o local (rural, serrana, litorânea, centros urbanos) e a região de moradia (norte, sul, leste, oeste), o gênero (mulheres são menos ativas do que os homens), a idade crescente, estar casado, ter acesso à internet, o emprego e a falta de tempo, o desinteresse, a falta de infra-estrutura desportiva, o grau de escolaridade, o nível sócio-econômico e a cultura da população.

Desta forma, recomenda-se que os programas de atividade física sigam os pressupostos do modelo ecológico, pois este parece ser o mais correto quando se

trata de atividade física. Esse modelo se baseia no contexto em que o indivíduo está inserido, levando em consideração os fatores interpessoais e institucionais de cada população, destacando essas variáveis como determinantes à prática de atividade física.

Os futuros estudos sobre a influência dos fatores sócio-demográficos e ambientais devem analisar o comportamento dos programas de atividade física, desde sua elaboração, implantação e desenvolvimento, para poder diagnosticar e intervir nas principais barreiras e facilitadores da atividade física de sua população. Cada região deverá realizar também um levantamento dos fatores que interferem na prática de atividade física, bem como listar os fatores intervenientes aos grupos especiais (crianças, adolescentes e idosos).

REFERÊNCIAS

AGITA SÃO PAULO. **Manual do Programa Agita São Paulo**. São Paulo, CELAFISCS / Secretaria de Estado da Saúde, 1998.

ARMSTRONG, N.; BRAYS, S. Physical Activity Patterns Defined by Continuous Heart Rate Monitoring. **Archives of Diseases in Childhood**, n.66, p.245-247, 1991.

BAR-OR, O. Obesity. In: Barry Goldberg. **Sports and Exercise for Children With Chronic Health Conditions**. Champaign: Human Kinetics Publishers, p. 353-355, 1995.

BEE, Helen. **A Criança em Desenvolvimento**. 9ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2003.

BYRNE, A.; BYRNE, D. G. The Effect of Exercise on Depression, anxiety and Other States. **Review Journal Psychosom Research**, v. 37, p.565-571, 1993.

BLAIR, S. Physical Activity, Physical Fitness and Health. **Research Quarterly for Exercise and Sport**, v. 64. n. 2, p. 146-158, 1993.

BLAIR, S.; BRODNEY, S. Effects of Physical Inactivity and Obesity on Morbidity and Mortality: Current Evidence and Research Issues. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 29, n. 6. p. 788-793, 1999.

CARPESEN, C. J. Physical Activity, Exercise and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research. **Public Health Reports**, n. 100, p. 126-131, 1985.

CDC, National Center for Chronic Prevention and Health Promotion. Characteristics of Excellent Physical Activity Programs for Children and Adolescents. **Physical Activity Tools**, p. 189-194, 2003.

CDC, National Center for Chronic Prevention and Health Promotion. **Adolescents and Young Adult**. Disponível em: www.cdc.gov/nccdphp/sgr/adoles.htm. Acessado em 08 de junho de 2004.

CDC, National Center for Chronic Prevention and Health Promotion. **Adults**. Disponível em: www.cdc.gov/nccdphp/sgr/adults.htm. Acessado em: 08 de junho de 2004.

CDC, National Center for Chronic Prevention and Health Promotion. **Older Adults**. Disponível em: www.cdc.gov/nccdphp/sgr/olderad.htm. Acessado em: 08 de junho de 2004.

CDC, National Center for Chronic Prevention and Health Promotion. Physical Activity Levels Among Children Aged 9 – 13 Years – United State, 2002. **Morbidity and Mortality Weekly Report**. V. 52, n. 33, p. 785-808, ago. 2003.

CDC, National Center for Chronic Prevention and Health Promotion. **Promoting Active Lifestyles Among Older Adults. U.S. Surgeon General**. Disponível em: www.cdc.gov/nccdphp/dnpa. Acessado em 08 de julho de 2004.

DATA FOLHA. Pesquisa da Prática de Atividades Físicas no Brasil. **Relatório Data Folha**, Novembro, 1997.

DE BEM, Maria Fermínia Luchtemberg. Atividade Física, Saúde e Bem Estar na Escola. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ATIVIDADE FÍSICA & SAÚDE, 4^o, 2003, Florianópolis. **Anais- Atividade Física, Saúde & Bem-Estar: na Escola, na Empresa e na Comunidade**. Florianópolis: Universidade federal de Santa Catarina, Centro de Desportos, Mestrado em Educação Física, Núcleo de Pesquisa em Atividade Física & Saúde, 2003. p. 12-13.

EARNEST, C. P.; WEI, M.; MITCHELL, T. L. Effect of Change in Physical Fitness Onoverweight Hospitalization. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 31, n. 5, p. 124, 1999.

FLORINDO, A. A. Educação Física e Promoção em Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Londrina, v. 3, n. 1, p. 84–89, 2001.

GARCIA, M. I. **No Reino da Ciclovia**. Disponível em: www.tierramericana.net/2001/0624/particulo.shtml. Acessado em: 22 de setembro de 2004.

GOMEZ, L. F.; MATEUS, J. C.; CABRERA, G. Leisure-Time Physical Activity Among Women in a Neighbourhood in Bogotá, Colômbia: Prevalence and Sócio-Demographic Correlates. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1103-1109, julho, 2004.

GUEDES, Dartagnan Pinto. Programas de Educação Física Escolar com Ênfase a Educação para a Saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ATIVIDADE FÍSICA & SAÚDE, 4º, 2003, Londrina. **Anais- Atividade Física, Saúde & Bem-Estar: na Escola, na Empresa e na Comunidade**. Florianópolis: Universidade federal de Santa Catarina, Centro de Desportos, Mestrado em Educação Física, Núcleo de Pesquisa em Atividade Física & Saúde, 2003. p. 10-11.

HEALTH CANADA. **Physical Activity**. Disponível em www.hc-sc.gc.ca. Acessado em 26 de setembro de 2004.

HEIKKINEN, R-L. **O Papel da Atividade Física no Envelhecimento Saudável**. Tradução Maria de Fátima da Silva Duarte e de Markus Vinicius Nahas. Florianópolis, Imprensa Universitária da UFSC, 2003.

HERNANDEZ, B.; HAENE, J.; BARQUERA, S.; MONTEERRUBIO, E.; RIVERA, J.; SHAMAH, T.; SEPÚLVEDA, J.; HAAS, J.; CAMPIRIANO, F. Factores asociados con la Actividad Física en Mujeres Mexicanas en Edad Reproductiva. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v.14, n. 4, oct-2003.

JACOBY, E.; BULL, F. e NEIMAN, A. Cambios Acelerados del Estilo de Vida Obligan a Fomentar la Actividad Física como Prioridad en la Región de Las América. **Revista Panamericana de Salud Publica / Pan Am Journal Public Health**, v. 14, n. 4, p. 223-225. 2003.

KRISKA, A. M.; CASPERSEN, C. J. Introduction to a Collection of Physical Activity Questionnaires. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 29, n. 6, Supplement, p. S5-S9, 1997.

LIVINGSTONE, M. B. E. Energy expenditure and Physical Activity in Relation to Fitness in Children. **Proceedings of de Nutrition Society**, n. 53, p. 207-221, 1994.

LOPES, V.P.; MAIA, J. A. R.; MONTEIRO, A. M.; BARBOSA, T. e MAGALHAES, P. M. Actividade Física Habitual em Crianças. Diferenças entre Rapazes e Raparigas. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, v. 3, n. 1, p. 53–60, jul./dez. 2001.

LUOTO, R.; LATIKKA, P.; PUKKALA, E.; HAKULINEN, T.;VIHKO, V. The Effect Physical Activity on Breast Câncer Risk: a Cohort Study of 30,548 Women. **International Journal of Epidemiology**, v. 16, p. 973-980, 2000.

MACARDLE, W. D.; KATCH, F. I.; KATCH, V. L. Exercício, Envelhecimento Bem-Sucedido e Prevenção de Doenças. **Fisiologia do Exercício; Energia, Nutrição e Desempenho Humano**. Editora Guanabara Koogan, 5ª edição, p. 892-938, 2003.

MANSON, J. E.; RIMM, E. B.; STAMPFER, M. J.; COLDITZ, G. A.; WILLET, W. C.; KROLEWSKI, A. S. **Physical Activity and incidence on non-insulin-dependent diabetes mellitus in women**. *Lancet*, p. 774-778, 1991.

MARTÍNEZ-ROZ, M. T.; TORMO, M. J.; PÉREZ-FLORES, D. e NAVARRO, C. Atividade Física Deportiva em uma Muestra Representativa de la Población de la Región de Murcia. **Gaceta Sanitaria**, v.17, n. 1, p.9-11, 2003.

MATSUDO, S. M. M.; MATSUDO, V. K. R.; ARAUJO, T. L.; ANDRADE, D. R.; ANDRADE, E.; OLIVEIRA, L. e BRAGGION, G. Nível de Atividade Física da População do Estado de São Paulo: Análise de Acordo com o Gênero, Idade, Nível Sócio-Econômico, Distribuição Geográfica e de Conhecimento. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v.10, n. 4, 2002.

MATSUDO, V. K. R.; MATSUDO, S. M. M.; ANDRADE, D. R.; ARAUJO, T. L.; ANDRADE, E.; OLIVEIRA, L. e BRAGGION, G. Promoção da Saúde Mediante o Aumento do Nível de Atividade Física: a Proposta do Programa Agita São Paulo. **Revista Âmbito Medicina Esportiva**, p. 5-15, jul-2001.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L.; MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. R.; BONSEÑOR, I. M.; LOTUFO, P. A. A Descriptive Epidemiology of Leisure-Time Physical Activity en el Brasil, 1996-1997. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 14, n. 4, oct-2003.

PINHO, R. A.; PETROSKI, E. L. Nível de Atividade Física em Crianças. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Londrina, v. 2, n. 1, p. 67-79, 1997.

PITANGA, F. J. G. **Atividade Física, Exercício Físico e Saúde**. Biblioteca Central da Universidade do Estado da Bahia. Salvador, 1998.

RIBEIRO, R. Q. C. Instrumentos de Mensuração da Atividade Física. **Obesidade e Anemia Carencial na Adolescência - Instituto Danone**. Simpósio – São Paulo, p. 127-132, 2000.

ROSENBAUN, M.; LEÍBLE, R.; HIRSCH, J. Obesity. **The New England Journal of Medicine**, n. 337, p. 396-407, 1997.

SALINAS, J.; VIO, F. Promoción de Salud y Actividad Física en Chile: Política Prioritaria. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v.14, n. 4, Oct-2003.

SALLIS, J.; OWEN, N. **Physical Activity and Behavioral Medicine**. London: Sage Publications, 1999.

SALLIS, J. F.; PROCHASKA, J. J.; TAYLOR, W. C. A Review of Correlates of Physical Activity of Children and Adolescents. Official Journal of the American College of Sports Medicine – **Medicine & Science in Sports & Exercise**, p. 963-975, 1999.

SÉCLEN-PALACÍN, J. A.; JACOBY, E. R. Factores Sociodemográficos y Ambientales Asociados con la Actividad Física Deportiva en la Población Urbana del Perú. **Revista Panamericana de Salud Publica / Pan Am Journal Public Health** 14(4), p. 255-264, 2003.

SILVEIRA, L. D.; PIRES, E. A. G.; PIRES, M. C. Programa Educação para Uma Vida Ativa no Currículo de Educação Física Escolar: Um Relato de Experiência. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ATIVIDADE FÍSICA & SAÚDE, 4º, 2003, Florianópolis. **Anais- Atividade Física, Saúde & Bem-Estar: na Escola, na Empresa e na Comunidade**. Florianópolis: Universidade federal de Santa Catarina, Centro de Desportos, Mestrado em Educação Física, Núcleo de Pesquisa em Atividade Física & Saúde, 2003. p. 09-10.

STEINHILBER, Jorge. Atividade Física é Fundamental para a Saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ATIVIDADE FÍSICA & SAÚDE, 4º, 2003, Florianópolis. **Anais- Atividade Física, Saúde & Bem-Estar: na Escola, na Empresa e na Comunidade**. Florianópolis: Universidade federal de Santa Catarina, Centro de Desportos, Mestrado em Educação Física, Núcleo de Pesquisa em Atividade Física & Saúde, 2003. p. 09-10.

SILVA, R. C. R.; MALINA, R. M. Nível de Atividade Física em Adolescentes do Município de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 1091-1097, out./dez. 2000.

SNOW-HARTER, C.; MARCUS, R. Exercise, Bone Mineral Density, and Osteoporosis. **Exercise and Sport Sciences Reviews**, v.19, p. 351-388, 1991.

TOURINHO, F.H.; TOURINHO, L. S. P. R. Crianças, Adolescentes e Atividade Física: Aspectos Maturacionais e Funcionais. **Revista Paulista de Educação Física**, v. 12, p. 71-84, 1998.

TUOMILEHTO, J.; LINDSTROM, J.; ERIKSSON, J.; VALLE, T. T.; HAMALAINEN, H.; ILANNE-PARIKKA, P. Prevention of Type 2 diabetes mellitus by Changes in Lifestyle Among Subjects With Impaired Glucose Tolerance. **The New England Journal of Medicine**, p. 1343-1350, 2001.

VASCONCELOS, M. A.; MAIA, J. Atividade Física de Crianças e Jovens – Haverá um Declínio? Estudo Transversal em Indivíduos dos Dois Sexos dos 10 aos 19 Anos de Idade. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, v. 1, n. 3, p. 44-52, jul./dez. 2001.

VIEIRA, V. C. R.; PRIORI, S. E.; FIESBERG, M. A Atividade Física na Adolescência. **Adolescencia Latinoamericana**, Porto Alegre, v. 3, n. 1, 2002.

WILSON, P. W. F.; PAFFENBARGER, R. S.; MORRIS, J. N.; HAVLIK, R. J. Assessment Methods for Physical Activity and Physical Fitness in Population Studies: Report of a NHLBI Workshop. **American Heart Journal**, june, p. 1177-1192, 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health and Development Through Physical Activity and Sport**. World Health Organization – Noncommunicable Diseases and Mental Health – Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion, 2003. Disponível em: www.whmo.int/who/nmh/nph/pah/03.2