

LUIZ GUSTAVO SANTOS TORRENS

**A ATIVIDADE FÍSICA NO PARQUE BARIGÜI E JARDIM BOTÂNICO
EM CURITIBA**

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

Orientador: Prof^ª. Maria Gisele dos Santos.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha noiva e aos meus familiares que, de sua maneira, estiveram presentes e confiantes em todos os momentos de minha formação acadêmica, em especial a minha tia avó, Arahy Azevedo da Silveira, que teve participação fundamental na viabilização da minha entrada e graduação nesta instituição de ensino.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os professores que contribuíram em minha formação acadêmica; aos professores que contribuíram para a elaboração deste trabalho, em especial ao professor da disciplina Seminário de Monografia, Iverson Ladewig e à minha orientadora Maria Gisele dos Santos, que sempre estiveram dispostos a estar ajudando; à todos os amigos que fiz nestes 4 anos de alegrias e tristezas nesta instituição de ensino; às pessoas que se dispuseram a participar como entrevistados em minha pesquisa.

Enfim, a todos que, de alguma maneira, estiveram presentes neste trabalho.

SUMÁRIO

RESUMO	vi
LISTA DE GRÁFICOS	vii
1. INTRODUÇÃO	1
1.1. PROBLEMA	1
1.2. JUSTIFICATIVA	1
1.3. OBJETIVOS	2
1.3.1. Objetivo Geral	2
1.3.2. Objetivos Específicos	3
1.4. HIPÓTESE	3
1.5. DELIMITAÇÕES	4
1.5.1. Local	4
1.5.2. Universo	4
1.5.3. Amostra	4
1.5.4. Época	5
2. REVISÃO DE LITERATURA	6
2.1. EXERCÍCIO FÍSICO	6
2.2. APTIDÃO FÍSICA RELACIONADA À SAÚDE	8
2.2.1. Histórico	8
2.2.2. Definição	10
2.2.3. Componentes relacionados à Aptidão Física	11
2.2.3.1. Aptidão Cardiorrespiratória	12
2.2.3.2. Flexibilidade	12
2.2.3.3. Resistência Muscular	13
2.2.3.4. Composição Corporal	13
2.3. SAÚDE	13
2.3.1 A saúde e suas relações com a atividade física	15
2.4. QUALIDADE DE VIDA	16
2.5. AS DOENÇAS HIPOCINÉTICAS E SUAS RELAÇÕES COM A ATIVIDADE FÍSICA	19
2.5.1. Osteoporose	20

2.5.2. Doenças Cardiovasculares	22
2.5.3. Diabetes Mellitus	24
2.5.4. Stress	25
2.6.A CAMINHADA E A CORRIDA	26
2.6.1. A Caminhada	27
2.6.2. A Corrida	28
2.6.3. Os benefícios da caminhada e da corrida	30
2.6.4. Intensidade, Frequência e Duração da Caminhada e da Corrida	31
3. METODOLOGIA	33
3.1.POPULAÇÃO E AMOSTRA	33
3.2.INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS	33
4. RESULTADOS	35
5. DISCUSSÃO	55
6. CONCLUSÃO	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS	68

RESUMO

O presente trabalho objetiva analisar os principais motivos que levam as pessoas a praticarem atividades físicas no Parque Barigüi e Jardim Botânico e se estas atividades são orientadas / acompanhadas por um profissional capacitado para o mesmo. Pretendendo verificar os efeitos fisiológicos da atividade física em praticantes de caminhada e / ou corrida nestes parques, e comparar os resultados de indivíduos de diferentes faixas etárias, além de verificar qual a atuação do profissional de educação física na orientação da atividade física desenvolvida pelas pessoas de cada grupo. As pessoas analisadas foram divididas em quatro grupos, onde os indivíduos deveriam praticar somente caminhada e / ou corrida numa frequência de 3 vezes por semana no mínimo na prática da atividade. A amostra foi constituída por 100 pessoas, sendo que cada um dos quatro grupos foi constituído por 25 pessoas. Os grupos foram divididos da seguinte forma: grupo 1: pessoas do sexo masculino com idade entre 31 e 40 anos; grupo 2: pessoas do sexo feminino com idade entre 31 e 40 anos; grupo 3: pessoas do sexo masculino com idade entre 41 e 50 anos; grupo 4: pessoas do sexo feminino com idade entre 41 e 50 anos. Nesta pesquisa foram obtidos os seguintes resultados: no grupo 1, 36% manutenção da saúde, 32% para o condicionamento ou preparação física e 20% estética. No grupo 2, 36% estética e 28% manutenção da saúde. No grupo 3, 52% manutenção da saúde, 24% tratamento, e no grupo 4, 44% manutenção da saúde e 28% tratamento, no que se refere aos principais motivos que levam os indivíduos a praticarem a caminhada e / ou corrida. Nos grupos 1, 2, 3 e 4: 12%, 24%, 32% e 16% respectivamente, apresentaram a realização do exercício físico (atividade física orientada), no que se refere ao número de indivíduos que praticavam a atividade a partir de algum programa previamente elaborado. Nos grupos 1, 2, 3 e 4: 8%, 12%, 8% e 4% respectivamente, tiveram suas atividades prescritas por um profissional de Educação Física, no que se refere com a prescrição da atividade por algum profissional. Conclui-se com o presente trabalho que o fator motivante mais significativo para a prática da atividade física nos grupos analisados é a manutenção da saúde, apesar desta prática ocorrer normalmente após o aparecimento de doenças, ou seja, de forma tardia, ocorrer de maneira descontrolada, onde nem sempre os resultados são benéficos. Outra conclusão importante diz respeito a atuação do profissional de educação física neste meio que é praticamente inexistente, o que se analisado de outra forma pode se tornar positivo, pois ao mesmo tempo que a atuação do profissional de Educação física é praticamente inexistente outros profissionais também não atuam. Os grupos 1, 2, 3 e 4 também apresentaram 88%, 76%, 68% e 84% de indivíduos que praticavam a atividade sem prescrição, cabendo ao profissional de Educação Física saber preencher este espaço comercial inexplorado.

Palavras-chave: caminhada, corrida, atividade física, exercício físico, prescrição de atividade.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Motivos para a prática da caminhada e / ou corrida no Grupo 1	35
GRÁFICO 2 – Motivos para a prática da caminhada e / ou corrida no Grupo 2	35
GRÁFICO 3 – Motivos para a prática da caminhada e / ou corrida no Grupo 3	36
GRÁFICO 4 – Motivos para a prática da caminhada e / ou corrida no Grupo 4	36
GRÁFICO 5 – Existência de problemas de saúde no Grupo 1	37
GRÁFICO 6 – Existência de problemas de saúde no Grupo 2	37
GRÁFICO 7 – Existência de problemas de saúde no Grupo 3	37
GRÁFICO 8 – Existência de problemas de saúde no Grupo 4	38
GRÁFICO 9 – Problemas de Saúde mais freqüentes no Grupo 1	38
GRÁFICO 10 – Problemas de Saúde mais freqüentes no Grupo 2	38
GRÁFICO 11 – Problemas de Saúde mais freqüentes no Grupo 3	39
GRÁFICO 12 – Problemas de Saúde mais freqüentes no Grupo 4	39
GRÁFICO 13 – Existência de tratamentos de doenças no Grupo 1	39
GRÁFICO 14 – Existência de tratamentos de doenças no Grupo 2	40
GRÁFICO 15 – Existência de tratamentos de doenças no Grupo 3	40
GRÁFICO 16 – Existência de tratamentos de doenças no Grupo 4	40
GRÁFICO 17 – Tempo de prática da caminhada e / ou corrida no Grupo 1	41
GRÁFICO 18 – Tempo de prática da caminhada e / ou corrida no Grupo 2	41
GRÁFICO 19 – Tempo de prática da caminhada e / ou corrida no Grupo 3	41
GRÁFICO 20 – Tempo de prática da caminhada e / ou corrida no Grupo 4	42
GRÁFICO 21 – Tempo de prática da caminhada e / ou corrida no Grupo 1	42
GRÁFICO 22 – Tempo de prática da caminhada e / ou corrida no Grupo 2	42
GRÁFICO 23 – Tempo de prática da caminhada e / ou corrida no Grupo 3	43
GRÁFICO 24 – Tempo de prática da caminhada e / ou corrida no Grupo 4	43
GRÁFICO 25 – Tempo de atividade diária da caminhada e / ou corrida no Grupo 1	43
GRÁFICO 26 – Tempo de atividade diária da caminhada e / ou corrida no Grupo 2	44
GRÁFICO 27 – Tempo de atividade diária da caminhada e / ou corrida no Grupo 3	44

GRÁFICO 28 – Tempo de atividade diária da caminhada e / ou corrida no Grupo 4	44
GRÁFICO 29 – Classificação da intensidade no Grupo 1	45
GRÁFICO 30 – Classificação da intensidade no Grupo 2	45
GRÁFICO 31 – Classificação da intensidade no Grupo 3	45
GRÁFICO 32 – Classificação da intensidade no Grupo 4	46
GRÁFICO 33 – Utilização de métodos de controle da intensidade no Grupo 1	46
GRÁFICO 34 – Utilização de métodos de controle da intensidade no Grupo 2	46
GRÁFICO 35 – Utilização de métodos de controle da intensidade no Grupo 3	47
GRÁFICO 36 – Utilização de métodos de controle da intensidade no Grupo 4	47
GRÁFICO 37 – Métodos de controle da intensidade mais utilizados no Grupo 1	47
GRÁFICO 38 – Métodos de controle da intensidade mais utilizados no Grupo 2	48
GRÁFICO 39 – Métodos de controle da intensidade mais utilizados no Grupo 3	48
GRÁFICO 40 – Métodos de controle da intensidade mais utilizados no Grupo 4	48
GRÁFICO 41 – Presença ou não de programa de treinamento no Grupo 1	49
GRÁFICO 42 – Presença ou não de programa de treinamento no Grupo 2	49
GRÁFICO 43 – Presença ou não de programa de treinamento no Grupo 3	49
GRÁFICO 44 – Presença ou não de programa de treinamento no Grupo 4	50
GRÁFICO 45 – Profissionais que prescrevem a atividade física no Grupo 1	50
GRÁFICO 46 – Profissionais que prescrevem a atividade física no Grupo 2	50
GRÁFICO 47 – Profissionais que prescrevem a atividade física no Grupo 3	51
GRÁFICO 48 – Profissionais que prescrevem a atividade física no Grupo 4	51
GRÁFICO 49 – Acompanhamento da evolução no Grupo 1	51
GRÁFICO 50 – Acompanhamento da evolução no Grupo 2	52
GRÁFICO 51 – Acompanhamento da evolução no Grupo 3	52
GRÁFICO 52 – Acompanhamento da evolução no Grupo 4	52
GRÁFICO 53 – Acompanhamento profissional periódico no Grupo 1	53
GRÁFICO 54 – Acompanhamento profissional periódico no Grupo 2	53
GRÁFICO 55 – Acompanhamento profissional periódico no Grupo 3	53
GRÁFICO 56 – Acompanhamento profissional periódico no Grupo 4	54

1. INTRODUÇÃO

1.1. PROBLEMA

Devido ao aumento desordenado no número de praticantes de atividade física, resultante de uma série de acontecimentos onde a mídia detém um lugar de destaque existe a necessidade de tratarmos o tema saúde de maneira mais aprofundada. Se por um lado a mídia presta um serviço fundamental para um maior esclarecimento sobre importância de se praticar atividades físicas, dos efeitos desta atividade na manutenção e busca da saúde, além de sua importância na melhora da qualidade de vida, por outro existe a estereotipação dos padrões estéticos divulgados e determinados por esta mesma mídia.

Conflitando estes dois fatores, existe por um lado a preocupação pela saúde e pela qualidade de vida e por outro lado existe o fator estética que, por muitas vezes, vai contra os dois fatores anteriormente citados. Então este trabalho teve como necessidade a obtenção de dados para diagnosticar os principais motivos que levam as pessoas a praticarem a atividade física e se existe um programa previamente elaborado para cada uma destas pessoas, a fim de evitar que a atividade física mal orientada não venha a se tornar um fator de risco para a saúde da população mundial.

1.2. JUSTIFICATIVA

Durante décadas, séculos, a sociedade teve como padrão de beleza e saúde pessoas mais gordinhas. Uma criança bochechuda, com várias dobrinhas pelo corpo

era uma criança bem alimentada, uma criança saudável. Por outro lado a magreza era sinal de fragilidade, fraqueza e doença. Contudo, talvez somente na Grécia Antiga existiu um culto tão forte ao corpo. Na história moderna da humanidade nunca fez-se uma apologia tão grande ao corpo forte, musculoso, com um baixo percentual de gordura, ou seja, nos modelos padrões que a sociedade exige.

Se por um lado a sociedade, tendo a mídia como forte aliada, exige este padrão estético como sinal de saúde, o homem moderno está cada vez mais suscetível a adquirir uma série de doenças denominadas como hipocinéticas.

Grande parte destas doenças são resultado de uma vida sedentária e estressante. E é a partir da origem destas doenças que surge a importância da prática do exercício físico como agente minimizador dos efeitos do estresse, bem como se torna imprescindível na reversão do quadro de sedentarismo.

E são justamente estes dois fatores que ao meu ver incentivam a prática da atividade física na maioria das pessoas, resta saber se esta atividade é somente uma atividade física ou se é um exercício físico realizado a partir de um programa onde o objetivo principal seja conseguir que estas pessoas alcancem seu equilíbrio fisiológico e uma melhor qualidade de vida.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo Geral

O objetivo do presente trabalho foi analisar os principais motivos que levam as pessoas a praticarem atividades físicas no Parque Barigüi e Jardim Botânico e se

estas atividades são orientadas / acompanhadas por um profissional capacitado para o mesmo.

1.3.2. Objetivos Específicos

- a) Verificar os efeitos fisiológicos da atividade física em praticantes de caminhada e / ou corrida no Parque Barigüi e Jardim Botânico.
- b) Comparar resultados de indivíduos com diferentes faixas etárias que praticam caminhada e / ou corrida.
- c) Verificar qual a atuação do profissional de Educação Física na orientação da atividade física desenvolvida pelas pessoas de cada grupo.

1.4. HIPÓTESE

Acredita-se que os indivíduos situados no grupo 1 (homens entre 31 e 40 anos) e no grupo 2 (mulheres entre 31 e 40 anos) procuram a prática da atividade física tanto por motivos estéticos como por motivos de saúde, sendo que o fator estético está mais presente entre os indivíduos do grupo 2. Já os indivíduos situados no grupo 3 (homens entre 41 e 50 anos) e no grupo 4 (mulheres entre 41 e 50 anos) procuram a prática da atividade física principalmente por motivos de saúde, onde o fator saúde está mais presente no grupo 3. Em ambos os 4 grupos os indivíduos não procuram um profissional da área especializada em prescrever exercícios, ou seja, profissionais de Educação Física, para elaborar e prescrever uma atividade.

1.5. DELIMITAÇÕES

1.5.1. Local

Os dados foram coletados nas pistas de caminhada do Parque Barigüi e do Jardim Botânico, em Curitiba.

1.5.2. Universo

As pessoas analisadas formaram quatro grupos, sendo que a divisão dos mesmos ocorreu da seguinte forma:

- Grupo 1: Pessoas do sexo masculino com idade entre 31 e 40 anos.
- Grupo 2: Pessoas do sexo feminino com idade entre 31 e 40 anos.
- Grupo 3: Pessoas do sexo masculino com idade entre 41 e 50 anos.
- Grupo 4: Pessoas do sexo feminino com idade entre 41 e 50 anos.

Em todos os 4 grupos as pessoas praticavam somente caminhada e corrida com uma frequência de no mínimo 3 vezes por semana.

1.5.3. Amostra

Foram entrevistadas 100 pessoas aleatoriamente de forma que cada grupo fosse constituído por:

Grupo 1 – 25 pessoas.

Grupo 2 – 25 pessoas.

Grupo 3 – 25 pessoas.

Grupo 4 – 25 pessoas.

1.5.4. Época

Os dados foram coletados entre o dia 10/07/2001 (dez de julho de dois mil e um) e o dia 20/07/2001 (vinte de julho de dois mil e um), de segunda-feira a sexta-feira, no período das 7:30 (sete horas e trinta minutos) e 10:30 (dez horas e trinta minutos).

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. EXERCÍCIO FÍSICO

Exercício físico é algo que todas as pessoas deveriam praticar, mesmo considerando a importância da prática da atividade física na melhora da saúde e conseqüentemente da qualidade de vida, a atividade física pode agir também de forma contrária, uma atividade realizada de forma incorreta pode trazer inúmeros prejuízos a saúde, podendo inclusive levar a morte.

A princípio é necessário saber o que vem a ser cada uma delas. Daí vem a pergunta, exercício físico e atividade física não são a mesma coisa?

A resposta é não. Apesar de ambos serem formas de movimentação corporal existe um diferencial importante que deve ser considerado ao se iniciar uma prática corporal.

Atividade física, segundo TREVISAN (1997) é a realização de um conjunto de atividades que exijam gasto energético, sem programação prévia e sem objetivos específicos como caminhar, subir escadas e outros. NAHAS (2001) definiu a Atividade Física como sendo todas as formas de movimentação corporal, com gasto energético acima dos níveis em repouso. Inclui exercícios físicos e esportes, deslocamentos, atividades laborais, afazeres domésticos e outras atividades físicas no lazer.

Exercício físico por outro lado constitui, assim como a atividade, uma forma de movimentação corporal, só que com algumas particularidades. Segundo NAHAS (2001) o exercício físico representa uma atividade física, planejada, sistemática e

repetitiva, que tem por objetivo a manutenção, desenvolvimento ou recuperação de um ou mais componentes da Aptidão Física.

Então se os dois são formas de movimentar o corpo, porque então praticar o exercício físico e não a atividade física?

A resposta para esta pergunta é simples, a atividade física que é boa para um amigo, um vizinho, ou para aquela artista da televisão que é super saudável, muitas vezes não vai ser a ideal para você.

Ao se iniciar uma atividade física é de extrema importância considerar a individualidade de cada pessoa. Deve-se levar em consideração uma série de fatores vão contribuir de maneira significativa na obtenção dos objetivos. Os principais fatores são a idade do indivíduo, o sexo, o grau de obesidade ou desnutrição, os hábitos de repouso e sono, a nutrição, a existência de doenças e a predisposição para as mesmas, o nível inicial de condicionamento, a rotina profissional, o clima e a motivação de cada um. Cada organismo trará respostas distintas e um mesmo organismo reagirá de forma única em diferentes condições, clima, altitude, idade, gravidez, etc. Então ao se considerar cada um destes itens se constata que um indivíduo menos apto deve apenas caminhar enquanto outro mais apto pode correr ou se exercitar com halteres.

Para NAHAS (2001), prescrever exercícios é, ao mesmo tempo, ciência e arte. Justamente por estes motivos que a prescrição de exercícios torna-se uma tarefa tão complexa, e a partir destes motivos que cresce a responsabilidade dos profissionais de Educação Física, que são os profissionais especialmente formados para esta função e devem ser consultados pela população em geral ao se iniciar uma prática corporal.

2.2. APTIDÃO FÍSICA PARA À SAÚDE

2.2.1. Histórico

Segundo DANTAS (2000) a Aptidão Física é um tema pesquisado há muito tempo. Na década de 40 aptidão física era qualificada como sendo a capacidade de realizar esforços com um mínimo de gasto de energia e de fadiga. A partir desta definição a aptidão foi usada como meta de afirmação política, onde na Segunda Guerra Mundial (1939-1945), testes de aptidão foram muito utilizados. Também como uma forma de afirmação política estes testes foram fundamentais para os esportes de alto rendimento, onde a medalha olímpica foi usada como instrumento de afirmação de superioridade de regimes políticos e de povos.

O homem nesta época é visto numa postura dualista, dividindo-se em corpo e mente, constituindo-se numa máquina de resultados, engrenagem substituível no mecanismo de triunfo esportivo nacional. Nessa percepção o homem pode ser “coisificado”, reduzido a ser uma máquina de performance” a serviço de uma ideologia político-social.

Nesta linha de raciocínio estes testes eram utilizados para reunir informações, cuja utilização possibilitasse uma melhora nos resultados em competições.

Segundo DANTAS (2000) nos anos pós Segunda Guerra Mundial, principalmente a partir da segunda metade dos anos 50, a aptidão física passou a ser voltada para a saúde, numa dimensão profilática de doenças classificadas como hipocinéticas. O aumento destas doenças hipocinéticas, resultante de avanços

tecnológicos e aumento de maquinarias, passou a gerar prejuízos enormes a economia dos países industrializados.

Começou então a busca pela aptidão física para a saúde, a partir da década de 60 correr virou moda, mesmo que de forma desorientada, onde os prejuízos para a saúde eram ignorados. Todos corriam, sedentários, atletas, doentes sem que ocorresse uma avaliação prévia das condições de saúde de cada indivíduo.

A partir daí o fator estética começou a ganhar força e as atividades físicas começaram com objetivo de emagrecimento, só o trabalho contínuo emagrece, e a expressão perder peso é utilizada com frequência, baixar o peso corporal tornou-se sinônimo de emagrecer, mas este hábito não durou muito.

Com o “Boom” das Escolas de educação física, cresceu também o número de academias, e de profissionais que trabalhavam na preparação física em equipes esportivas, os chamados preparadores físicos. O mercado de trabalho do profissional de Educação Física atinge também as clínicas, onde se fazia a recuperação e a prevenção das coronariopatias.

Ganha importância então a Educação Física Escolar e, paralelamente, em outros centros, começa a ser questionada não só a aptidão, mas a Educação Física e o próprio homem. O homem passa a ser encarado como ser total, pleno, uno e indivisível.

A educação física é considerada como indispensável no processo educacional. Expressões como educação física, ciência da motricidade, e psicomotricidade começam a ser utilizadas com frequência.

Em 1968 a então “Associação Americana para a Saúde” (AAHPER) define aptidão como sendo a aptidão do indivíduo sobreviver e viver efetivamente em seu

ambiente. Usa-se o conceito da totalidade do homem, que tem por sua vez e em decorrência uma aptidão também total.

A vinculação da aptidão à doença, que já vinha ocorrendo desde a década de 60, acentua-se ainda mais na década de 70. O movimento passa a ser cada dia mais, um elemento a ser valorizado na cultura, não só pela suas formas expressivas regionais, marcas registradas de um povo ou etnia, mas também por sua importância, pelas alterações e adaptações orgânicas, psíquicas e intelectuais que provoca. Passa a ser o movimento fator indispensável ao homem em todas as circunstâncias da vida, atuando na prevenção de desequilíbrios orgânicos.

Surge então a partir da década de 90 a verdadeira Aptidão Física para a saúde onde segundo DANTAS (2000) o objetivo principal é tornar o indivíduo capaz de estar bem, equilibrado, sadio no dia-a-dia, em meio as ocupações e tensões do mundo moderno, num estado de bem estar em todas as atividades da vida diária.

2.2.2. Definição

Segundo NAHAS (2001) aptidão física vem a ser a capacidade de realizar atividades físicas, distinguindo-se em duas abordagens: aptidão física relacionada à performance motora e aptidão física relacionada à saúde

A aptidão física relacionada à performance motora que inclui componentes necessários para uma performance máxima no trabalho ou nos esportes.

A aptidão física relacionada à saúde - que congrega características que, em níveis adequados, possibilitam mais energia (vigor) para o trabalho e lazer, proporcionando, paralelamente, menor risco de desenvolver doenças hipocinéticas (doenças ou condições crônico - degenerativas associadas a baixos níveis de

atividade física habitual). Os componentes da aptidão física relacionada à saúde, incluem os fatores que mais estão relacionados à saúde e que podem ser influenciados pelas atividades físicas habituais, como aptidão cardiorrespiratória, força e resistência de força, flexibilidade e os índices de gordura corporal e distribuição da gordura subcutânea (predominância central ou periférica) .

A respeito da aptidão física relacionada à saúde, BARBANTI (1990), explica que esta mede a quantidade de saúde num continuum, onde um extremo teríamos um indivíduo doente, acamado, sem condições de realizar qualquer atividade e, no outro extremo estaria um indivíduo com ótima saúde, com capacidade máxima em todos os aspectos vitais.

Percebe-se então que a aptidão física é a promoção de um conjunto de fatores, que tem como objetivo preparar o corpo para suportar as diversas situações diárias com uma melhor qualidade de vida, conseqüentemente aumentando a expectativa de vida do indivíduo, e diminuindo os riscos de doenças hipocinéticas. Para BARBANTI (1993), a aptidão relacionada à saúde forma a base da redução das doenças hipocinéticas, constituindo-se também a base saudável para a prática de atividades esportivas.

2.2.3. Componentes Relacionados à Aptidão Física

A aptidão física, em termos gerais, é definida como sendo a capacidade que um indivíduo possui para realizar atividades físicas. Esta capacidade pode derivar de diversos fatores, entre eles podemos citar a hereditariedade, do estado de saúde, da alimentação, e principalmente da prática regular de exercícios físicos.

Segundo NAHAS (2001) são considerados fatores componentes da aptidão física a agilidade, equilíbrio, força / resistência muscular, flexibilidade, resistência aeróbica, composição corporal, velocidade e resistência anaeróbica.

A aptidão física relacionada com a saúde inclui alguns outros elementos, que serão abordados de forma mais detalhada por sua maior importância no trabalho desenvolvido. Os principais componentes da aptidão física relacionada à saúde são: a aptidão cardiorrespiratória, a flexibilidade, a resistência muscular e a composição corporal.

2.2.3.1. Aptidão Cardiorrespiratória

A aptidão cardiorrespiratória, também chamada de resistência aeróbia, é a capacidade do organismo como um todo de resistir a fadiga em esforços de media e longa duração. Depende fundamentalmente da captação e distribuição de oxigênio para os músculos em exercício, envolvendo o sistema cardiovascular (coração e vasos sanguíneos) e respiratório (pulmões). A eficiência dos músculos na utilização do oxigênio transportado e a disponibilidade de combustível (glicose ou gordura) para produzir energia também determinam a aptidão cardiorrespiratória de uma pessoa.

2.2.3.2. Flexibilidade

A flexibilidade, também conhecida como mobilidade corporal, refere-se ao grau de amplitude nos movimentos das diversas partes corporais. Depende da elasticidade de músculos e tendões e da estrutura das articulações.

2.2.3.3. Resistência Muscular

A resistência muscular, também conhecida como resistência de força, é a capacidade de um grupo muscular em realizar repetidas contrações sem diminuir significativamente a eficiência do trabalho realizado.

2.2.3.4. Composição Corporal

A composição corporal, também conhecido como nível de gordura corporal, distinguem-se, para meios didáticos, dois componentes corporais básicos, a gordura e a massa corporal magra (músculos, ossos, vísceras, etc.). um dos métodos mais utilizados para determinar o percentual de gordura de um indivíduo é através das medidas de dobras cutâneas. Pode-se, também, utilizar o IMC (Índice de massa corporal) para estimar a composição corporal em adultos.

2.3. SAÚDE

Durante muitos anos pesquisadores da área da saúde, da área social e de muitas outras áreas tentam de maneira incessante encontrar a definição mais adequada para o termo saúde. Nesse tempo surgiram diversas definições sendo que a mais simples e antiga define saúde como a “Ausência de Doenças” .

Para BARBANTI (1990), saúde é uma condição de bem estar que influencia extensivamente o comportamento.

As definições mais aceitas pela comunidade científica são elaboradas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Numa destas definições a OMS (2000)

define saúde como sendo o estado ideal de completo bem estar físico, psicológico e social.

Temos ainda uma definição mais detalhada elaborada pela OMS (2000), definindo saúde como sendo o bem estar físico, espiritual e social do homem. É caracterizada pelo estado de homeostase do equilíbrio dinâmico das matérias, formas e funções do organismo em relação às solicitações do meio ambiente. Este equilíbrio dinâmico se mantém pelas forças físicas e psíquicas, por exemplo, a capacidade bioquímica das glândulas endócrinas, assim como o potencial regulador do sistema vegetativo e de outros sistemas reguladores.

Para futuras discussões serão adotadas as definições da OMS (2000) e a definição de SAMPAIO (2000), segundo a autora saúde vem a ser um estado caracterizado pelo bom e normal desenvolvimento físico e psíquico do indivíduo, além de um perfeito equilíbrio funcional dos seus órgãos e sistemas incluindo entre os fatores de saúde a situação do indivíduo no contexto social em que vive. Serão também adotados os critérios estabelecidos pela OMS (2000) para avaliar a saúde de uma população.

Para a OMS (2000) os fatores adotados são: a saúde propriamente dita (ausência de doenças); a alimentação e a nutrição; a educação (baixo nível de analfabetismo e ênfase ao ensino técnico); as condições de trabalho; o índice de desemprego; o consumo e a economia; a qualidade dos transportes e estradas; o tipo de habitação, saneamento e instalações domésticas; a utilização de vestuário adequado ao clima; as possibilidades de lazer e divertimento; a liberdade humana política e social; a segurança social.

Na definição mais atual consultada, NAHAS (2001) considerou saúde como sendo uma condição humana com dimensões física, social e psicológica,

componentes do estilo de vida podem mudar ao longo dos anos, mais isso só acontece se a pessoa conscientemente enxergar algum valor em algum comportamento que deva incluir ou excluir, além de perceber-se como capaz de realizar as mudanças pretendidas.

Tendo em vista que é fato comprovado que a prática da atividade física bem planejada traz inúmeros benefícios à saúde, como por exemplo o aumento da capacidade cardiorrespiratória, efeito benéfico sobre fatores de risco coronariano como, stress, obesidade, sedentarismo e hipertensão arterial, aumento de metabolismo aeróbico, entre outros, contribui assim para um possível aumento na qualidade de vida.

2.4. QUALIDADE DE VIDA

Durante os últimos anos vêm aumentando de forma contundente as discussões sobre a qualidade de vida das pessoas e das populações. Mas ao mesmo tempo em que se fala muito sobre a importância de se buscar uma melhora da qualidade de vida, muito pouco se sabe sobre o que é na verdade a qualidade de vida.

O conceito de qualidade de vida é extremamente amplo, variando de pessoa para pessoa e tendendo a mudar ao longo da vida de cada um. Mas existem diversos fatores que podem colaborar para determinar a qualidade de vida de pessoas ou populações. Em geral os fatores considerados ao avaliar a qualidade de vida são: o estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, lazer, salário, relações familiares, ambiente onde vive e principalmente o estilo de vida.

Segundo SEIXAS (1995), é necessário para uma melhoria da qualidade de vida o conhecimento dos fatores ligados diretamente a esse interesse.

Algumas pessoas confundem estilo de vida com qualidade de vida, sendo que o estilo de vida constitui um dos componentes mais importantes na busca da melhora da qualidade de vida.

O estilo de vida, já citado em capítulo anterior, segundo NAHAS (2001) representa o conjunto de ações cotidianas que reflete as atitudes e valores das pessoas. Estes hábitos e reações conscientes estão associados à percepção de qualidade de vida no indivíduo. Os componentes do estilo de vida podem mudar ao longo dos anos, mais isso só acontece se a pessoa conscientemente enxergar algum valor em algum comportamento que deva incluir ou excluir, além de perceber-se como capaz de realizar as mudanças pretendidas.

Apesar de fácil entendimento, a qualidade de vida devido a amplitude de conceitos, torna-se um tema de difícil definição. Conforme NAHAS (2001), qualidade de vida numa visão holística vem a ser a condição humana resultante de um conjunto de parâmetros individuais e sócio-ambientais, modificáveis ou não, que caracterizam as condições em que vive o ser humano.

Estes parâmetros individuais e sócio-ambientais são preponderantes na busca pela qualidade de vida e NAHAS (2001) definiu estes parâmetros como sendo:

Parâmetros individuais:

- Hereditariedade;
- Estilo de vida;
 - Hábitos alimentares;
 - Controle do stress;

- Atividade física habitual;
- Relacionamentos;
- Comportamento preventivo.

Parâmetros sócio-ambientais:

- Moradia, transporte, segurança;
- Assistência médica;
- Condições de trabalho e remuneração;
- Educação;
- Opções de lazer;
- Meio ambiente;
- Etc.

A qualidade de vida em pessoas normalmente é classificada através da auto-estima de cada indivíduo, já para classificar o nível de qualidade de vida de uma população, muitos outros fatores são levados em consideração, fatores estes que compreendem a expectativa de vida, os índices de mortalidade e morbidade, os níveis de escolaridade e alfabetização dos adultos, a renda per capita, o nível de desemprego, a desnutrição e a obesidade.

A Organização das Nações Unidas (ONU), através do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), procura estudar estes fatores e classificar as populações de acordo com o seu nível de qualidade de vida. Para tal a ONU (2000) utiliza os seguintes critérios: a escolaridade, a longevidade e a renda per capita média, que substitui o PIB (Produto Interno Bruto) anteriormente usado. Atualmente o Brasil ocupa a 74ª posição em qualidade de vida entre as nações do mundo.

Nós profissionais de Educação Física assumimos um papel de extrema importância na busca da melhora de qualidade de vida de pessoas e populações,

pois na vida uma das coisas mais importantes é a saúde e para a saúde uma das coisas mais importantes é a atividade física.

2.5. AS DOENÇAS HIPOCINÉTICAS E SUAS RELAÇÕES COM A ATIVIDADE FÍSICA

A inatividade física representa atualmente um dos fatores determinantes no aumento ou redução da qualidade de vida e morte prematura em sociedades contemporâneas, particularmente nos países industrializados.

Ela pode trazer uma série de riscos à saúde de cada indivíduo, riscos estes que vão desde problemas relacionados com o envelhecimento e mau funcionamento precoce de órgãos e sistemas até a patologias serias que podem levar o indivíduo ao óbito. Segundo NAHAS (2001) nos Estados Unidos estima-se que cerca de 200 mil mortes/ano possam ser atribuídas ao estilo de vida sedentário, o que faz deste comportamento uma das principais causa de mortes. Isto corresponde aproximadamente a 23% de todas as mortes, significando que a inatividade física deva receber a mesma atenção que outros fatores.

Segundo MATSUDO (1996) o baixo nível de aptidão física das populações mundiais são responsáveis pelo alto índice de mortalidade precoce causadas por enfermidades da “civilização”(diabetes, estresse, cardiopatias e outros).

A atividade física, sendo um fator indispensável para um aumento da aptidão física e resultante melhora na saúde individual, deve ela ser incorporado aos hábitos de vida tanto em idades precoces como em idades mais avançadas.

Tendo a atividade física tamanha importância na melhora da qualidade de vida e na manutenção da saúde, cabe a nós profissionais de Educação Física estudar e divulgar os efeitos da mesma sobre as doenças hipocinéticas.

2.5.1. Osteoporose

A atividade física tem uma relação íntima com a osteoporose. Segundo BARBANTI (1990) a osteoporose caracteriza-se pelo aumento da porosidade anormal dos ossos, ocorrendo também alargamento da cavidade medular e diminuição da massa óssea, deixando-os mais frágeis.

Esta degeneração óssea ocorre principalmente em mulheres por volta dos 45 anos de idade, resultante de uma diminuição da reposição das células ósseas. Segundo SAMPAIO (2000) nos 5 anos que se sucedem a última menstruação, a mulher pode perder até 5% de massa óssea por ano, já que seus ovários deixam de produzir o estrógeno, hormônio que estimula a reconstrução óssea.

A osteoporose apesar de mais freqüente em mulheres não é uma doença exclusiva delas, a osteoporose acomete os homens geralmente 20 anos mais tarde que as mulheres e a perda de massa óssea é cerca da metade ocorrida com o sexo feminino.

Este enfraquecimento ósseo é uma das principais causas de fraturas em idosos, segundo BARBANTI (1990) a osteoporose constitui a principal responsável pelas milhares de fraturas anuais, ocorridas principalmente com mulheres idosas.

Só que apesar da osteoporose ser uma doença onde o ser humano tem uma predisposição natural para adquiri-la vários fatores contribuem para que ela ocorra. Entre estes fatores podemos citar os hábitos alimentares o estilo de vida onde se destaca a inatividade física aliada ao envelhecimento, onde ambos constituem a maior causa de incidência da osteoporose entre idosos.

A atividade física não combate o surgimento da osteoporose, mas pode amenizar os efeitos da mesma sobre o organismo. Segundo BARBANTI (1990)

comparações entre grupos de sedentários e de atletas, apresentou como resultado no grupo de atletas conteúdo maior de mineral nos ossos além de apresentar o tamanho dos ossos maiores que no grupo dos sedentários. Outro estudo de BARBANTI (1990) demonstra através de uma análise comparativa entre os membros mais requisitados pelos atletas em relação aos menos requisitados pelos mesmos, em esportes como o tênis, e o resultado obtido foi uma massa óssea maior para o membro mais solicitado pelo esporte.

O estilo de vida aliado à prática de atividades físicas e com uma alimentação adequada podem reduzir de maneira significativa a perda de massa óssea.

Segundo GUISELINI (1996) é fato comprovado que a prática regular de exercícios adequados, quando incorporado ao estilo de vida de mulheres, diminui a perda da massa óssea. Outra maneira de prevenção é a ingestão adequada de cálcio (encontrados em alimentos como o leite e derivados) principalmente na fase de desenvolvimento da mulher, podendo fortalecer a massa óssea.

Os exercícios mais adequados são aqueles que através do impacto promovem, de forma repetida e moderada, estresse sobre os grandes ossos do sistema esquelético. Segundo SAMPAIO (2000) não fumar, beber álcool moderadamente e fazer ginástica regularmente – caminhada, ginástica localizada, ciclismo e basquete, ajudam bastante.

RODACKI (1996) cita que experimentos clínicos apontam como método mais eficaz na prevenção da osteoporose, a associação de exercícios físicos, reposição de estrogênios e cálcio.

Assim sendo, exercícios como caminhadas, jogging, o treinamento de força através de exercícios localizados com pesos leves, subir escadas, o tênis, enfim exercícios que façam o corpo se movimentar contra a gravidade ou qualquer

resistência causando impacto longitudinal nos ossos causando conseqüentemente maior absorção de cálcio pelos mesmos diminuindo assim o risco de fraturas.

2.5.2. Doenças Cardiovasculares

Outro tipo de doença hipocinética intimamente relacionadas com a atividade física são as doenças cardiovasculares.

BARBANTI (1990), menciona fatores que se relacionam diretamente com estas doenças, e como cada um deles atua para o surgimento das mesmas, entre estes fatores podemos citar o colesterol, os triglicerídeos, a glicose sangüínea, o ácido úrico e a gordura corporal.

Existem basicamente dois tipos de colesterol, um deles é o de baixa densidade (LDL), o LDL é o tipo de colesterol que mais causa preocupação, pois seu excesso circula pela corrente sangüínea vindo a fixar-se nas paredes das artérias. Seu acúmulo traz como conseqüência uma diminuição do fluxo sangüíneo podendo até bloqueá-la totalmente interrompendo o fluxo, pode causar de danos leves e reversíveis até deficiências irreversíveis ou a morte. Acredita-se que o colesterol de alta intensidade (HDL), sem uma espécie de antídoto do primeiro, também circulando na corrente sangüínea agiria de forma contrária desobstruindo as artérias e carregando os depósitos gordurosos para fora dos tecidos.

Segundo BARBANTI (1990) o próprio corpo produz praticamente todo o colesterol necessário para realizar determinadas funções, porém o seu excesso, proveniente da alimentação, sobretudo daquelas ricas em carne vermelha e derivados de leite é prejudicial à saúde, pela aquisição do colesterol de baixa intensidade.

Os triglicerídeos conforme BARBANTI (1990) são as menores partículas de gorduras contidas no sangue. Supõe-se que estas partículas engrossem o sangue e aliadas ao colesterol de baixa intensidade formam placas de gorduras nas paredes das artérias. Numa visão mais técnica NAHAS (2001) definiu triglicerídeos como sendo um tipo de gordura formada por um triglicerol mais três ácidos graxos, sendo que a maioria das gorduras vegetais e animais se apresenta desta forma.

Segundo BARBANTI (1990) a glicose sangüínea é a taxa de açúcar no sangue, tanto a falta quanto o excesso são prejudiciais, porém quanto mais alto sua taxa no sangue, maiores chances de ocorrer ataques cardíacos. Para NAHAS (2001) é uma forma simples de carboidrato, a principal fonte de energia para as células, é a estrutura em que os carboidratos são transportados na circulação sangüínea.

Segundo BARBANTI (1990) níveis elevados de ácido úrico, conhecido por gota, são encontrados freqüentemente em pessoas que possuem doenças cardíacas.

O excesso de peso, ou melhor, de gordura corporal, esta associado a uma serie de problemas de saúde, incluindo a hipertensão, doenças do coração e a diabetes. Com relação a este assunto BARBANTI (1990) cita que o aumento da gordura corporal representa um maior esforço do coração em promover o fluxo sangüíneo numa área maior, portanto, o excesso de gordura corporal sobrecarrega o coração e sua musculatura.

Mas estes fatores podem ser minimizados ou até completamente eliminados ao se adotar um estilo de vida saudável.

BANKOFF (1996) coloca as doenças coronarianas como uma das principais causas de mortes no Brasil. Revela que a educação para a saúde é o fator chave para promoção de saúde e prevenção de doenças hipocinéticas.

As principais doenças cardiovasculares são: a doença arterial coronariana (DAC), que pode levar ao infarto do miocárdio, o acidente vascular cerebral (AVC), comumente referido como derrame cerebral e a doença vascular periférica.

Segundo NAHAS (2001) existem diversos fatores que contribuem para o surgimento de doenças cardiovasculares, sendo divididos em fatores de risco não modificáveis e fatores de risco modificáveis. Para ele os fatores de risco não modificáveis se referem principalmente à fatores hereditários ou biológicos, a idade (a incidência aumenta com o passar dos anos), o sexo (homens tem maiores chances de desenvolverem a doença), e o histórico familiar (quando pais ou avós foram cometidos pela doença ou morreram prematuramente em função dela, os riscos são maiores para seus descendentes diretos). Os fatores modificáveis se referem a 5 itens, os níveis elevados de colesterol, a hipertensão arterial, ao fumo, a inatividade física e a obesidade.

2.5.3. Diabetes Mellitus

O Diabetes Mellitus constitui uma doença onde o pâncreas não produz ou produz em quantidade insuficiente o hormônio insulina, hormônio este responsável pelo controle da taxa de açúcar no sangue. Para SAMPAIO (2000) o diabete senil é mais freqüente em pessoas obesas, para NAHAS (2001) existem dois tipos mais comuns de diabete, a tipo I – Diabetes Mellitus Insulino-dependente que pode ocorrer em qualquer idade, especialmente nos jovens, e a tipo II – Diabetes Mellitus não Insulino-dependente que é mais comum, e usualmente ocorre em pessoas que estão obesas e com mais de 40 anos de idade.

A inatividade física, a idade, assim como a obesidade são fatores que ocasionam o diabetes, sendo assim a atividade física assume papel importantíssimo na prevenção da mesma.

2.5.4. Stress

A atividade física desenvolve de forma insubstituível uma função no controle do stress. Segundo NAHAS (2001), existem dois tipos de stress: a) o eustress, o stress bom que acontece quando se está apaixonado ou quando se exercita moderadamente. b) o distress que representa uma situação prejudicial ao organismo. Nas sociedades modernas convivemos com o distress de maneira extremamente constante, sendo que o Brasil, ao contrário do que muitos pensam, é um país composto por pessoas estressadas.

Em qualquer situação de stress (boa ou ruim), nosso cérebro entra em ação lançando sinais que liberam hormônios de glândulas endócrinas. Estes hormônios adentram na corrente sanguínea, alterando várias reações bioquímicas e funções orgânicas.

Segundo NAHAS (2001) mais de 75% das consultas médicas são, de alguma forma, relacionadas com o stress e o custo estimado do tratamento de doenças decorrentes do stress no trabalho nos Estados Unidos é de 150 bilhões de dólares.

Entre estas doenças podemos relacionar a hipertensão arterial, infartos agudos do miocárdio, derrames cerebrais, câncer, úlceras, depressão e distúrbios nervosos, artrite, alergias e dores de cabeça.

Existem varias técnicas utilizadas para o controle do stress, entre elas podemos destacar: o relaxamento muscular progressivo, biofeedback, meditação, massagem, treinamento cognitivo comportamental, e as atividades físicas de leve a moderada, onde se procura trabalhar uma caminhada de 15 a 30 minutos em um ritmo moderado (40 a 60% da frequência cardíaca máxima) e, se possível, na presença de amigos. Existem poucos agentes que alteram tantos sistemas orgânicos como a atividade física, segundo NAHAS (2001) os efeitos agudos da atividade física e a melhora da aptidão física nos ajudam a reagir mais eficazmente a outros agentes estressantes de ordem física e mesmo psicológica.

2.6. A CAMINHADA E A CORRIDA

A prática da caminhada e da corrida moderada desde que realizadas da maneira correta constituem uma excelente forma de exercício aeróbio, para entendermos de maneira mais clara estas duas modalidades de atividade física é necessário um esclarecimento um pouco maior sobre o metabolismo aeróbio.

O metabolismo aeróbio é a produção de ATP utilizando o oxigênio, a produção aeróbia de ATP ocorre nas mitocôndrias como resultado de uma interação complexa entre o ciclo de Krebs e a cadeia de transporte de elétrons, sendo que o papel principal do ciclo de Krebs é completar a oxidação dos substratos e formar NADH e FADH para entrar na cadeia de transporte de elétrons, que por sua vez tem como resultado final ATP e água. Portanto a razão pela qual nós respiramos é para a produção de energia para as atividades musculares e para a própria manutenção da vida.

Quando uma determinada atividade física não é muito intensa, o sistema cardiovascular consegue fornecer oxigênio suficiente para produzir a energia necessária para este trabalho muscular. Nas atividades onde acontece o predomínio do sistema aeróbio, consegue-se conversar com facilidade durante o exercício, sendo que em atividades que envolvem grandes grupos musculares podem ser mantidas por um período igual ou superior a 10 minutos. As atividades aeróbias podem ser desenvolvidas em uma série de exercícios como: os esportes coletivos, as danças, o ciclismo, a caminhada, a corrida moderada, etc. Estas duas últimas serão estudadas de maneira mais detalhada pois são de fundamental importância no desenvolvimento do presente trabalho.

2.6.1. A Caminhada

A procura pela prática da caminhada começou com a massificação da atividade física, cultura corporal, assim como a busca pelas condições ideais de saúde. Segundo LEITE (1985), a partir de 1970, no Brasil, iniciou-se o fenômeno de massificação do esporte, da ginástica, da caminhada, enfim, de cuidar do corpo.

Sendo a caminhada uma atividade que oferece poucos riscos à saúde, torna-se ela uma arma importante na prevenção de doenças hipocinéticas, na redução da gordura corporal e na promoção e manutenção da saúde, principalmente em indivíduos sedentários. Com toda esta contribuição na melhora da qualidade de vida o número de adeptos da caminhada vem aumentando de forma contundente. Como prova disso GUISELINI (1996) comentou, "Exercício preferido nos Estados Unidos, a caminhada é praticada regularmente por quase 70 milhões de americanos,

de acordo com a Associação Americana de Materiais Esportivos, devido aos inúmeros benefícios”.

A prática constante da caminhada constitui um exercício físico com poucas restrições, caracteriza-se como uma atividade de baixo impacto e de fácil execução. Segundo POLLOCK e WILMORE (1993), as caminhadas podem ser consideradas uma prática segura, sob o ponto de vista do risco cardiovascular e ortopédico.

A esse respeito DAVIDSON e GRANT (1994) comenta que a caminhada possui grande quantidade de adeptos porque é de fácil execução, não requer qualquer habilidade específica, não necessita de aparelhagem e está ao alcance de todas as faixas etárias, com pouco risco de lesão.

A caminhada é um exercício aeróbico e é ótimo para o coração, desde que realizado por um tempo mínimo de 3 a 4 minutos, são quando se iniciam os benefícios aeróbicos, até 35 minutos ou mais. Mais se você não é atleta deve realizá-lo de forma moderada, sem exigir do coração esforços demasiados (GUISELINI, 1996, p. 53).

2.6.2. A Corrida

A corrida constitui um excelente exercício para desenvolver a resistência cardiorrespiratória, pois fortalece o coração e melhora a capacidade pulmonar, além de contribuir para a redução da gordura corporal, assim como na caminhada. A corrida é um dos exercícios mais praticados do mundo, por ser assim como a caminhada, uma atividade de fácil execução.

Segundo BARBANTI (1990) alguns estudos em laboratórios indicaram que, o grau de metabolismo de gordura durante o exercício, pode depender da

quantidade de massa muscular envolvida no exercício. Quanto mais massa muscular usada maior a proporção de gordura utilizada. A quantidade maior de massa muscular usada durante a corrida do que no andar, explicaria porque maior número de quilocalorias (e maior quantidade de gordura) é usado durante a corrida.

Levando-se isto em consideração correr constitui uma forma mais eficiente de se perder peso e gordura. Além do gasto total de energia maior, a corrida pode estimular outros efeitos favoráveis, como a síntese de lipoproteína de alta densidade (HDL), considerada como uma espécie de protetora contra as doenças coronarianas.

Apesar destes inúmeros benefícios deve-se tomar alguns cuidados ao praticá-la.

Para GUISELINI (1996), a corrida não é indicada para pessoas sedentárias, obesas ou portadoras de problemas articulares. Por ser uma atividade com maior impacto do que caminhar, pessoas com problemas articulares devem ter o máximo cuidado ao executá-la para evitar lesões.

Outro fator importante para a prática da corrida é o controle da intensidade. Segundo GUISELINI (1996), para que a atividade produza bons resultados você deve exercitar-se numa intensidade entre 60 a 85% da frequência cardíaca máxima, ela pode ser estimada subtraindo sua idade de 220 e depois aplicando ao resultado a porcentagem desejada.

Para NAHAS (2001) é fundamental que a corrida seja realizada com intensidade moderada, ou seja, de 40 a 85% da capacidade máxima de cada indivíduo.

Sendo a corrida uma atividade executada de maneira correta respeitando a individualidade de cada pessoa, torna-se ela um meio importante na busca pela saúde e pela melhora da qualidade de vida.

2.6.3. Os benefícios da caminhada e da corrida

Para DAVIDSON e GRANT (1994), a caminhada é considerada por vários autores como atividade benéfica para todas as faixas etárias, aprimorando a aptidão respiratória, reduzindo a massa corporal com redução do peso gordura e proporciona queda na pressão sanguínea além da melhoria sobre o nível de lipídeos.

Dentre estes benefícios podemos destacar o aumento da capacidade cardiorrespiratória, efeito benéfico sobre fatores de risco coronariano como, stress, obesidade, sedentarismo e hipertensão arterial, aumento de metabolismo aeróbico. Segundo POWERS e HOWLEY (2000), os indivíduos que aumentam sua atividade física e/ou sua função cardiorrespiratória apresentam uma menor taxa de mortalidade geral em comparação com os que permanecem sedentários.

Conforme NAHAS (2001) a atividade física moderada (caminhada e corrida com intensidade dentro da frequência cardíaca alvo) pode:

- Reduzir o risco de morte prematura por todas as causas;
- Reduzir o risco de morte por doenças cardíacas;
- Reduzir o risco de desenvolver diabetes;
- Reduzir o risco de desenvolver hipertensão;
- Ajudar no controle da pressão arterial em pessoas hipertensas;
- Reduzir a sensação de depressão e ansiedade;
- Manter a autonomia e a independência ao envelhecer;
- Auxiliar no controle do peso corporal;
- Auxiliar no desenvolvimento e manutenção de ossos, músculos e articulações saudáveis;

- Ajudar na manutenção da força muscular, equilíbrio durante o envelhecimento;
- Ajudar a evitar o envelhecimento precoce;
- Promover o bem-estar psicológico e a auto-estima.

2.6.4. Intensidade, Freqüência e Duração da Caminhada e da Corrida

Ao iniciar a prática da caminhada ou da corrida é fundamental que a elaboração de um programa de treinamento adequado a cada indivíduo, e para tal, três fatores devem ser levados em consideração para que sejam alcançados resultados satisfatórios: a intensidade, a freqüência e a duração.

Para indivíduos sedentários o programa deve iniciar com níveis baixos de intensidade e progredir gradualmente até níveis mais fortes, sempre considerando os interesses e as condições iniciais de cada indivíduo.

A intensidade pode ser mensurada através de termos absolutos ou relativos. A mensuração através de termos absolutos pode ser feita através da freqüência cardíaca enquanto a mensuração através de termos relativos pode ser feita através da percepção do esforço (Escala de Borg), é claro que existem outras formas de se determinar a intensidade de uma atividade, mas estas são as mais comumente utilizadas.

Como citado anteriormente o programa de treinamento deve ser adequado as condições de cada indivíduo e para isso o American College Of Sports Medicine ACMS (1998) recomenda que a atividade seja realizada entre 60% a 70% da capacidade funcional, intensidade considerada adequada para adultos saudáveis, para pacientes cardiopatas que são dotados de uma capacidade funcional mais

baixa a atividade deve ser iniciada com intensidade entre 40% a 60% de sua capacidade funcional. De uma forma geral a intensidade irá variar de 40% a 85% da capacidade funcional, de acordo com a população a ser trabalhada. A duração inicial pode ser determinada empiricamente, através do conhecimento do histórico geral do indivíduo e baseando-se nas respostas individuais durante e após o exercício promovendo ajustes necessários.

O American College Of Sports Medicine ACMS (1998) cita ainda que de forma geral, para sedentários, sejam eles sintomáticos ou assintomáticos, sessões de exercícios moderados de 20 a 30 minutos (fase de condicionamento) numa intensidade de 40% a 60% da capacidade funcional para as primeiras semanas de condicionamento. A duração pode ser aumentada gradativamente de 20 a 45 minutos quando se obtiver respostas positivas ao treinamento como a melhoria da capacidade funcional, adaptações ao exercício sem que ocorram complicações de qualquer natureza.

Para redução de massa corporal total o American College Of Sports Medicine ACMS (1998) recomenda programas com frequência de 3 vezes por semana com pelo menos 20 minutos de duração, buscando combinar intensidade e duração para se dispensar 300 Kcal por sessão ou 4 vezes semanais com dispêndio de 420 Kcal por sessão.

3. METODOLOGIA

3.1. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Nesta pesquisa a população utilizada foi constituída por indivíduos praticantes de caminhada e / ou corrida no Parque Barigüi e Jardim Botânico.

Para tal foram criados alguns parâmetros com o intuito de se obter maior segurança nos resultados. Estes parâmetros foram:

- Freqüência de no mínimo 3 vezes por semana na prática da atividade realizada.
- Estar dentro da faixa etária definida para cada um dos quatro grupos abaixo.
 - Grupo 1: Pessoas do sexo masculino com idade entre 31 e 40 anos.
 - Grupo 2: Pessoas do sexo feminino com idade entre 31 e 40 anos.
 - Grupo 3: Pessoas do sexo masculino com idade entre 41 e 50 anos.
 - Grupo 4: Pessoas do sexo feminino com idade entre 41 e 50 anos.
- Praticar somente caminhada e / ou corrida.

A amostra foi constituída por 100 pessoas, sendo que cada um dos quatro grupos foi constituído por 25 pessoas.

3.2. INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

A pesquisa foi formulada a partir de um questionário aplicado em forma de entrevista.

O questionário foi validado pelos professores Iverson Ladewig, Maria Gisele dos Santos, Neiva Leite e Raul Osiecki.

Este questionário foi elaborado com uma parte inicial com dados pessoais como nome, idade, escolaridade, profissão, sexo, peso e altura. Na parte seguinte o questionário foi composto por questões de múltipla escolha contendo questões relativas com os objetivos de cada um quanto à prática da atividade; presença de patologias; tempo, frequência e intensidade da atividade; controle e orientação da atividade.

Os dados foram coletados entre os dias 10/07/01 (dez de julho de dois mil e um) e 20/07/01 (vinte de julho de dois mil e um), de segunda-feira a sexta-feira, no período das 7:30 (sete hora e trinta minutos) e 10:30 (dez hora e trinta minutos).

As pessoas foram abordadas de forma aleatória sem que houvesse distinção de sexo, cor, nível sócio-cultural ou qualquer outro parâmetro além dos que foram citados anteriormente.

Para maior diversificação das informações colhidas foram abordadas uma pessoa a cada três que passavam pelo avaliador.

4. RESULTADOS

Os resultados da entrevista serão apresentados por grupos: grupo (1), grupo (2), grupo (3) e grupo (4) respectivamente, sendo que será apresentado o resultado de cada pergunta isoladamente.

A questão A nos apresentou dados referentes às principais razões que motivam os indivíduos pesquisados a praticarem a caminhada e / ou corrida.

O grupo 1 apresentou os seguintes resultados:

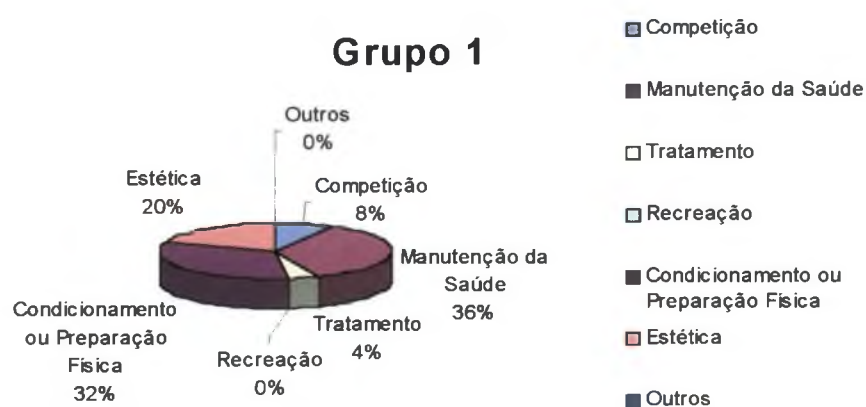


GRÁFICO 1 – Motivos para a prática da caminhada e / ou corrida no Grupo 1.

O grupo 2 apresentou os seguintes resultados:

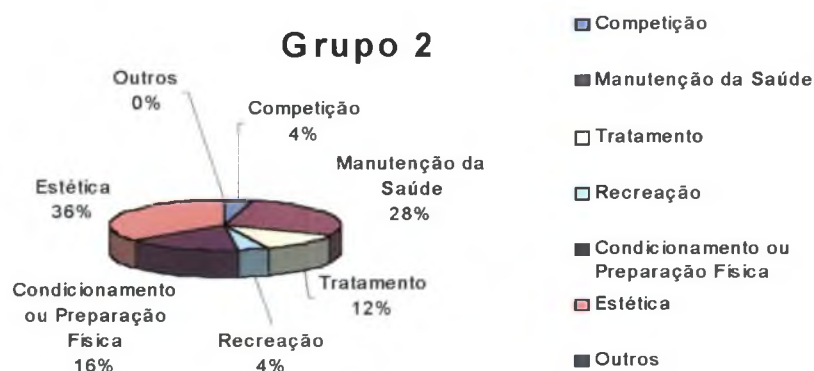


GRÁFICO 2 – Motivos para a prática da caminhada e / ou corrida no Grupo 2.

O grupo 3 apresentou os seguintes resultados:

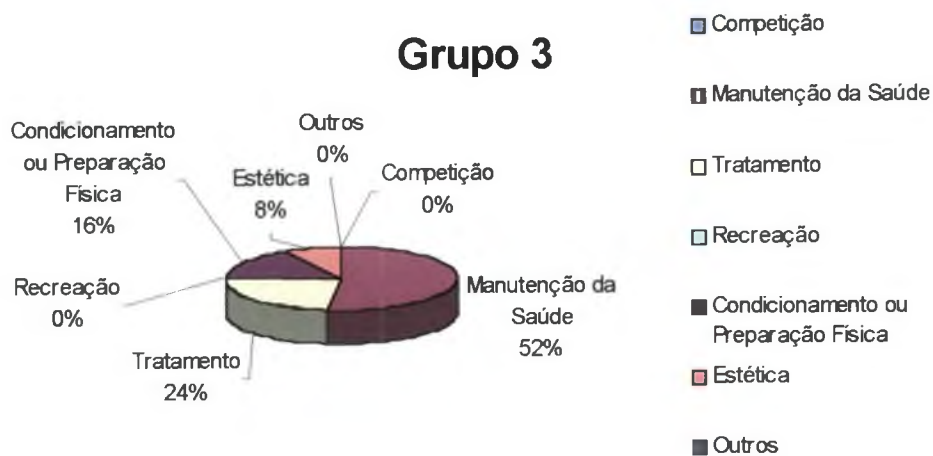


GRÁFICO 3 – Motivos para a prática da caminhada e / ou corrida no Grupo 3.

O grupo 4 apresentou os seguintes resultados:

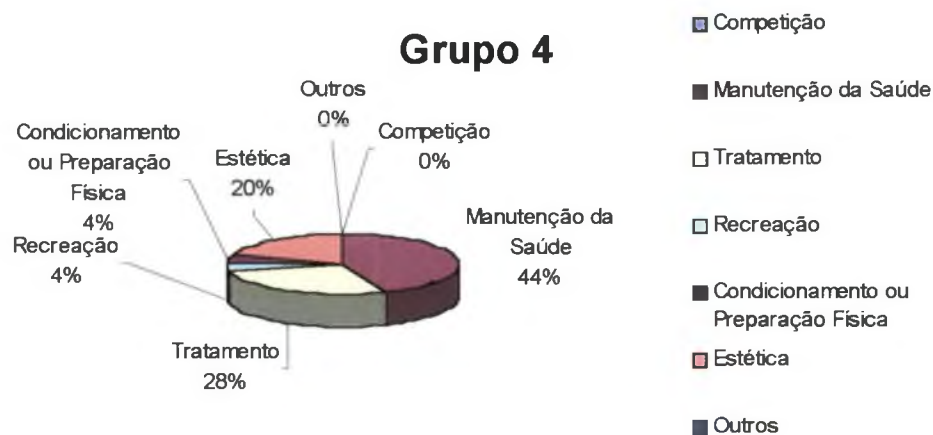


GRÁFICO 4 – Motivos para a prática da caminhada e / ou corrida no Grupo 4.

A questão B apresentou resultados referentes a existência ou não de problemas de saúde nos indivíduos de cada grupo.

O grupo 1 apresentou os seguintes resultados:



GRÁFICO 5 – Existência de problemas de saúde no Grupo 1.

O grupo 2 apresentou os seguintes resultados:



GRÁFICO 6 – Existência de problemas de saúde no Grupo 2.

O grupo 3 apresentou os seguintes resultados:



GRÁFICO 7 – Existência de problemas de saúde no Grupo 3.

O grupo 4 apresentou os seguintes resultados:



GRÁFICO 8 – Existência de problemas de saúde no Grupo 4.

Ainda na Questão B foram diagnosticados os principais problemas de saúde apresentados em cada Grupo.

O grupo 1 apresentou os seguintes resultados:

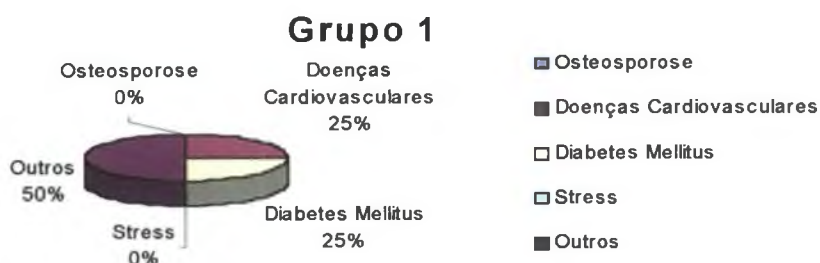


GRÁFICO 9 – Problemas de Saúde mais freqüentes no Grupo 1.

O grupo 2 apresentou os seguintes resultados:



GRÁFICO 10 – Problemas de Saúde mais freqüentes no Grupo 2.

O grupo 3 apresentou os seguintes resultados:

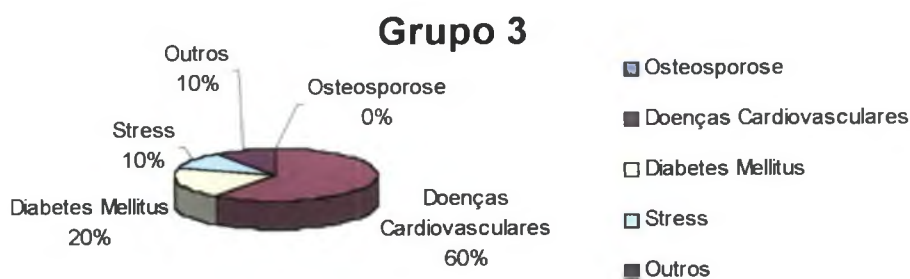


GRÁFICO 11 – Problemas de Saúde mais freqüentes no Grupo 3.

O grupo 4 apresentou os seguintes resultados:

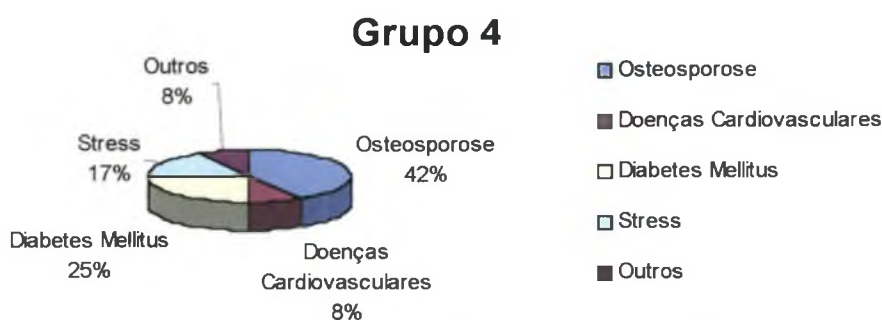


GRÁFICO 12 – Problemas de Saúde mais freqüentes no grupo 4.

A questão C apresentou resultados referentes a realização ou não de algum tratamento de doenças.

O grupo 1 apresentou os seguintes resultados:



GRÁFICO 13 – Existência de tratamentos de doenças no Grupo 1.

O grupo 2 apresentou os seguintes resultados:



GRÁFICO 14 – Existência de tratamentos de doenças no Grupo 2.

O grupo 3 apresentou os seguintes resultados:



GRÁFICO 15 – Existência de tratamentos de doenças no Grupo 3.

O grupo 4 apresentou os seguintes resultados:



GRÁFICO 16 – Existência de tratamentos de doenças no Grupo 4.

A questão D apresentou dados referentes ao tempo de prática da atividade.

O grupo 1 apresentou os seguintes resultados:

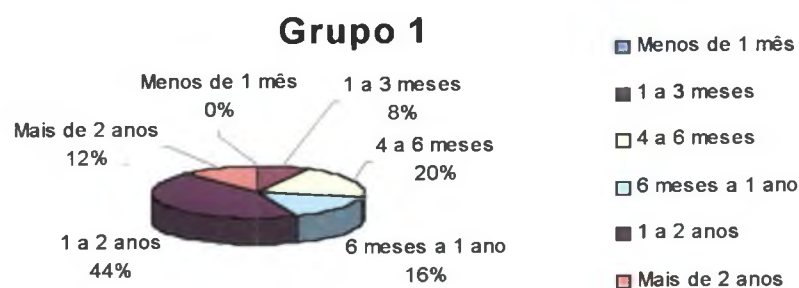


GRÁFICO 17 – Tempo de prática da caminhada e / ou corrida no Grupo 1.

O grupo 2 apresentou os seguintes resultados:

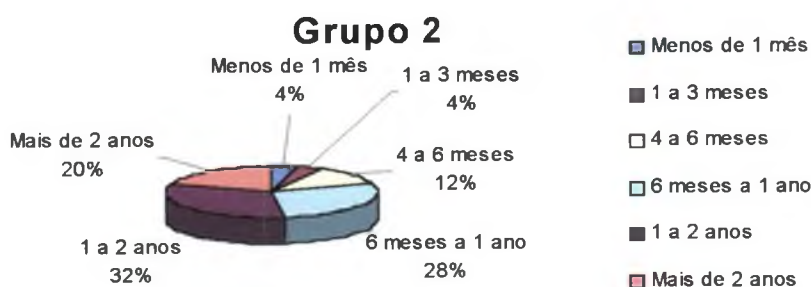


GRÁFICO 18 – Tempo de prática da caminhada e / ou corrida no Grupo 2.

O grupo 3 apresentou os seguintes resultados:



GRÁFICO 19 – Tempo de prática da caminhada e / ou corrida no Grupo 3.

O grupo 4 apresentou os seguintes resultados:

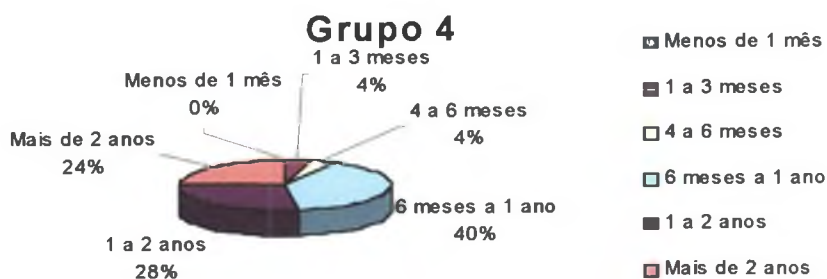


GRÁFICO 20 – Tempo de prática da caminhada e / ou corrida no Grupo 4.

A questão E apresentou resultados referentes a quantidade de vezes por semana da prática da caminhada e / ou corrida.

O grupo 1 apresentou os seguintes resultados:

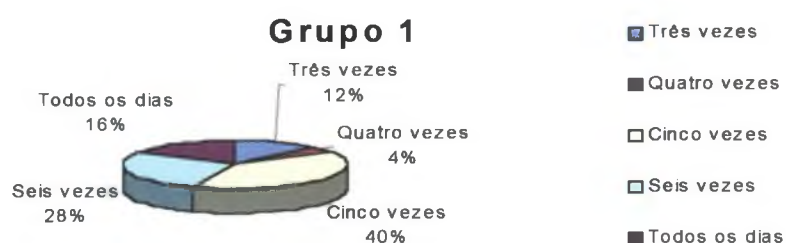


GRÁFICO 21 – Tempo de prática da caminhada e / ou corrida no Grupo 1.

O grupo 2 apresentou os seguintes resultados:

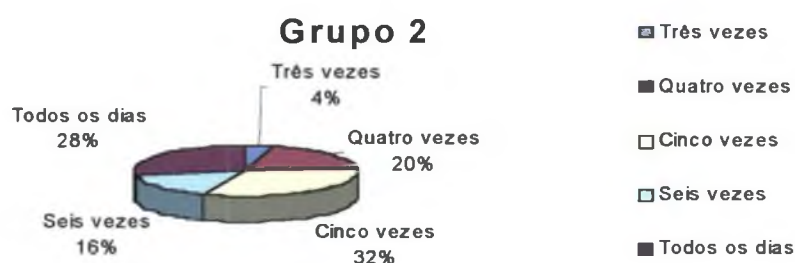


GRÁFICO 22 – Tempo de prática da caminhada e / ou corrida no Grupo 2.

O grupo 3 apresentou os seguintes resultados:



GRÁFICO 23 – Tempo de prática da caminhada e / ou corrida no Grupo 3.

O grupo 4 apresentou os seguintes resultados:

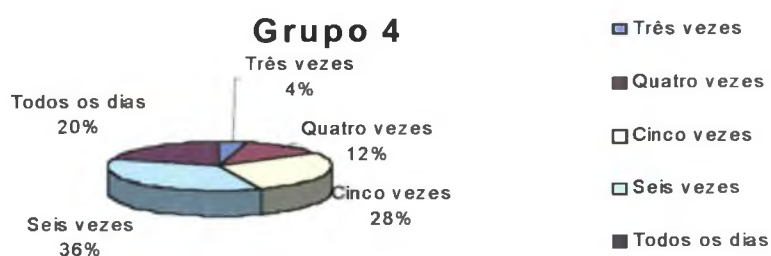


GRÁFICO 24 – Tempo de prática da caminhada e / ou corrida no Grupo 4.

A questão F apresentou o tempo de prática diária da caminhada e / ou corrida.

O grupo 1 apresentou os seguintes resultados:

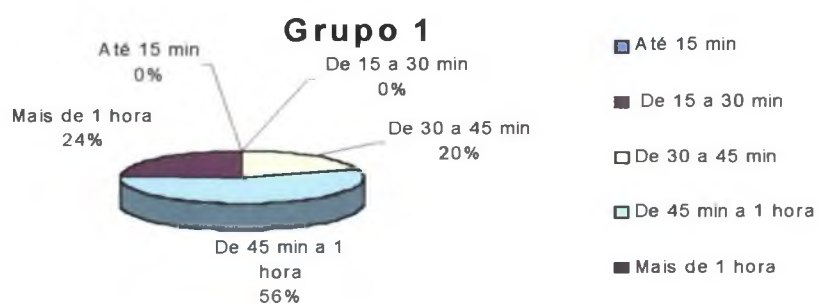


GRÁFICO 25 – Tempo de atividade diária da caminhada e / ou corrida no Grupo 1.

O grupo 2 apresentou os seguintes resultados:



GRÁFICO 26 – Tempo de atividade diária da caminhada e / ou corrida no Grupo 2.

O grupo 3 apresentou os seguintes resultados:

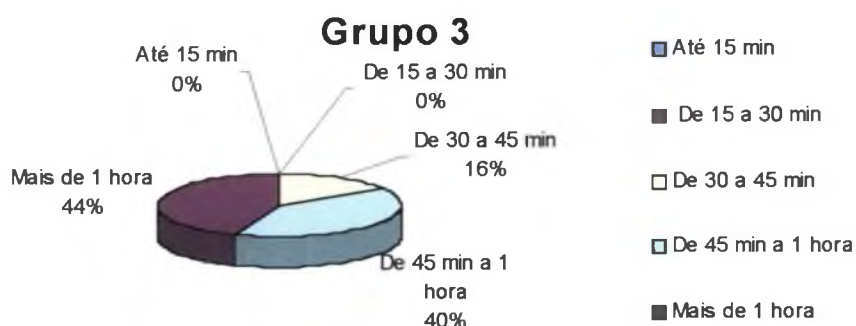


GRÁFICO 27 – Tempo de atividade diária da caminhada e / ou corrida no Grupo 3.

O grupo 4 apresentou os seguintes resultados



GRÁFICO 28 – Tempo de atividade diária da caminhada e / ou corrida no Grupo 4.

A questão G apresentou dados referentes à classificação da intensidade da atividade praticada.

O grupo 1 apresentou os seguintes resultados:



GRÁFICO 29 – Classificação da intensidade no Grupo 1.

O grupo 2 apresentou os seguintes resultados:



GRÁFICO 30 – Classificação da intensidade no Grupo 2.

O grupo 3 apresentou os seguintes resultados:



GRÁFICO 31 – Classificação da intensidade no Grupo 3.

O grupo 4 apresentou os seguintes resultados

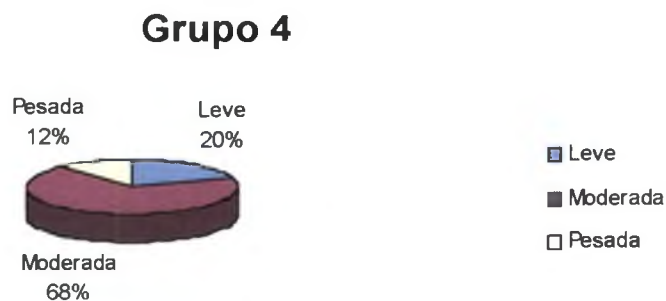


GRÁFICO 32 – Classificação da intensidade no Grupo 4.

A questão H apresentou dados referentes à utilização de métodos de controle da intensidade.

O grupo 1 apresentou os seguintes resultados:

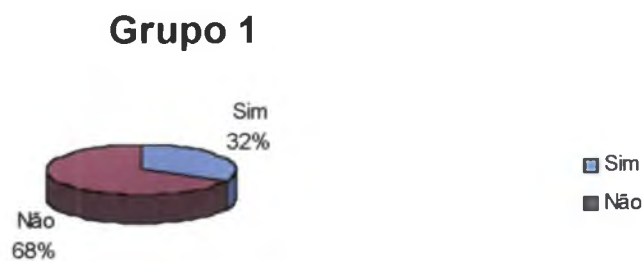


GRÁFICO 33 – Utilização de métodos de controle da intensidade no Grupo 1.

O grupo 2 apresentou os seguintes resultados:

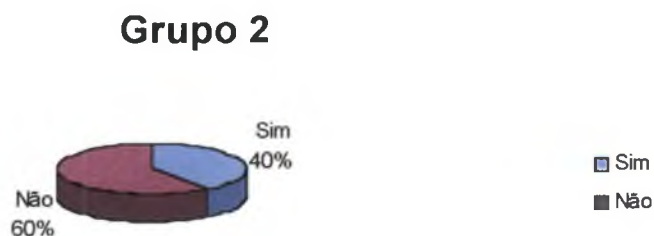


GRÁFICO 34 – Utilização de métodos de controle da intensidade no Grupo 2.

O grupo 3 apresentou os seguintes resultados:

Grupo 3

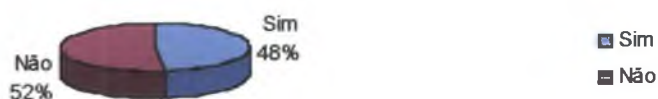


GRÁFICO 35 – Utilização de métodos de controle da intensidade no Grupo 3.

O grupo 4 apresentou os seguintes resultados

Grupo 4

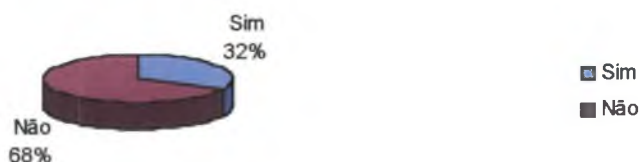


GRÁFICO 36 – Utilização de métodos de controle da intensidade no Grupo 4.

A questão I apresentou dados referentes aos métodos de controle da intensidade mais utilizados.

O grupo 1 apresentou os seguintes resultados:

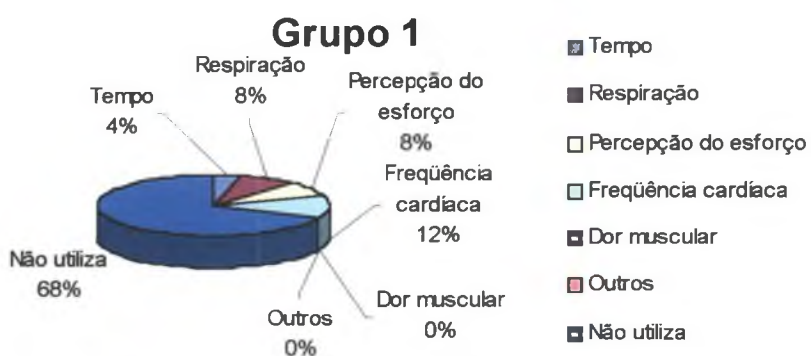


GRÁFICO 37 – Métodos de controle da intensidade mais utilizados no Grupo 1.

O grupo 2 apresentou os seguintes resultados:

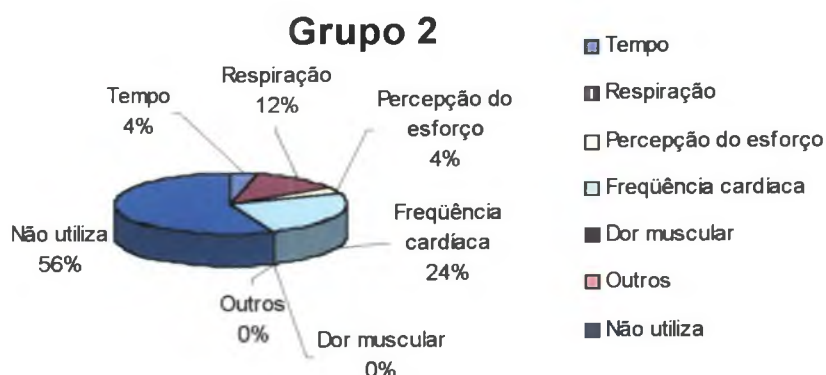


GRÁFICO 38 – Métodos de controle da intensidade mais utilizados no Grupo 2.

O grupo 3 apresentou os seguintes resultados:

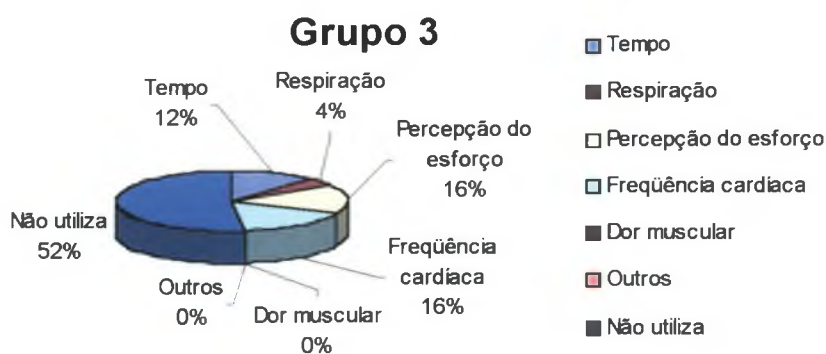


GRÁFICO 39 – Métodos de controle da intensidade mais utilizados no Grupo 3.

O grupo 4 apresentou os seguintes resultados

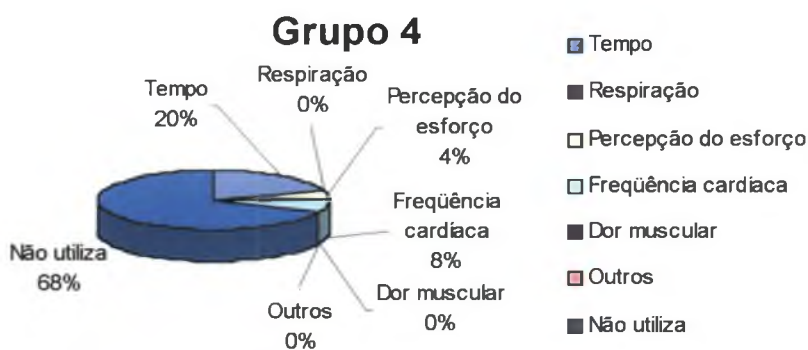


GRÁFICO 40 – Métodos de controle da intensidade mais utilizados no Grupo 4.

A questão J apresentou dados referentes a realização ou não da atividade física a partir de algum programa de treinamento.

O grupo 1 apresentou os seguintes resultados:

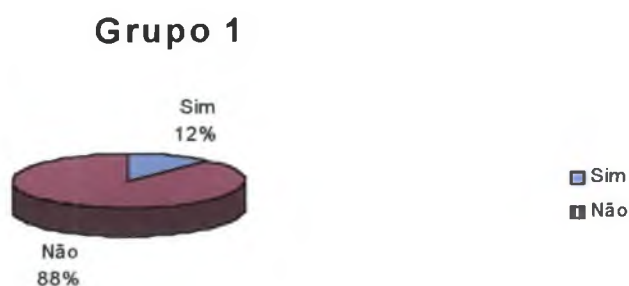


GRÁFICO 41 – Presença ou não de programa de treinamento no Grupo 1.

O grupo 2 apresentou os seguintes resultados:

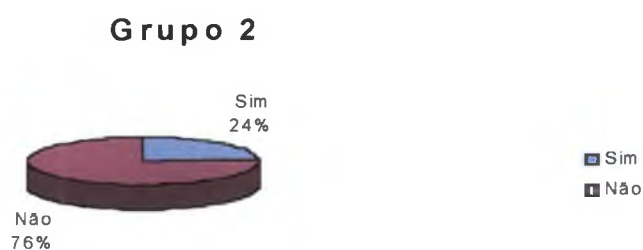


GRÁFICO 42 – Presença ou não de programa de treinamento no Grupo 2.

O grupo 3 apresentou os seguintes resultados:

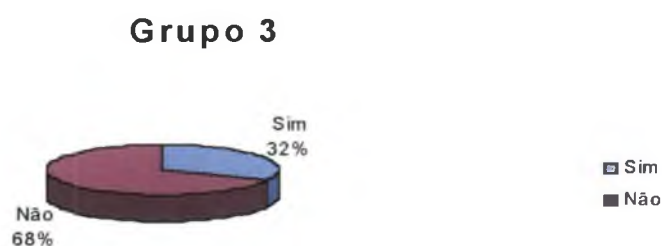


GRÁFICO 43 – Presença ou não de programa de treinamento no Grupo 3.

O grupo 4 apresentou os seguintes resultados

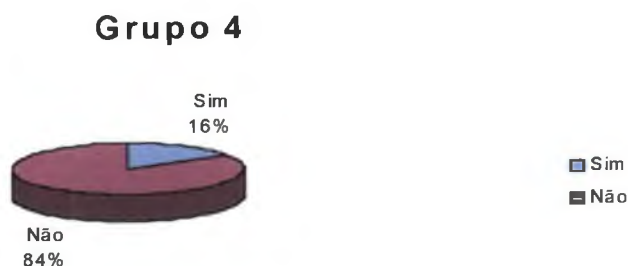


GRÁFICO 44 – Presença ou não de programa de treinamento no Grupo 4.

A questão K objetivou levantar dados referentes a prescrição do programa de treinamento descritos na Questão J por algum profissional capacitado para tal.

O grupo 1 apresentou os seguintes resultados:



GRÁFICO 45 – Profissionais que prescrevem a atividade física no Grupo 1.

O grupo 2 apresentou os seguintes resultados:



GRÁFICO 46 – Profissionais que prescrevem a atividade física no Grupo 2.

O grupo 3 apresentou os seguintes resultados:



GRÁFICO 47 – Profissionais que prescrevem a atividade física no Grupo 3.

O grupo 4 apresentou os seguintes resultados



GRÁFICO 48 – Profissionais que prescrevem a atividade física no Grupo 4.

A Questão L apresentou dados referentes ao acompanhamento da evolução de cada indivíduo pelos profissionais que prescreveram a atividade física.

O grupo 1 apresentou os seguintes resultados:

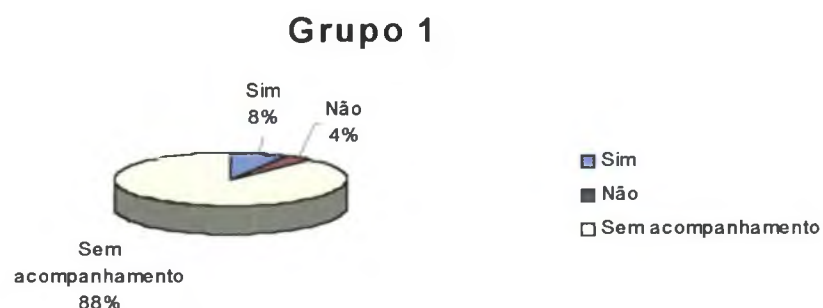


GRÁFICO 49 – Acompanhamento da evolução no Grupo 1.

O grupo 2 apresentou os seguintes resultados:



GRÁFICO 50 – Acompanhamento da evolução no Grupo 2.

O grupo 3 apresentou os seguintes resultados:

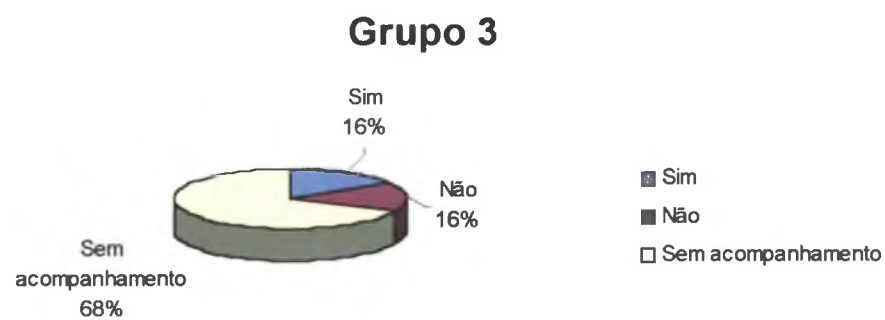


GRÁFICO 51 – Acompanhamento da evolução no Grupo 3.

O grupo 4 apresentou os seguintes resultados



GRÁFICO 52 – Acompanhamento da evolução no Grupo 4.

A Questão M apresentou dados referentes a ocorrência avaliações periódicas para o acompanhamento da evolução de cada indivíduo.

O grupo 1 apresentou os seguintes resultados:

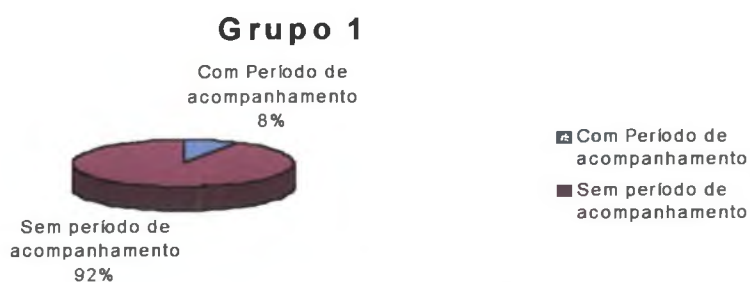


GRÁFICO 53 – Acompanhamento profissional periódico no Grupo 1.

O grupo 2 apresentou os seguintes resultados:



GRÁFICO 54 – Acompanhamento profissional periódico no Grupo 2.

O grupo 3 apresentou os seguintes resultados:



GRÁFICO 55 – Acompanhamento profissional periódico no Grupo 3.

O grupo 4 apresentou os seguintes resultados



GRÁFICO 56 – Acompanhamento profissional periódico no Grupo 4.

5. DISCUSSÃO

Com o objetivo de analisar quais os principais motivos que levam as pessoas a praticarem a atividade física, além de analisar se estas atividades são orientadas / acompanhadas por algum profissional capacitado para o mesmo, a entrevista reuniu resultados já esperados e também surpreendentes e preocupantes.

Antes de iniciar esta discussão torna-se imprescindível alertar para a importância da atividade física orientada para a obtenção de resultados que venham a suprir as necessidades de cada indivíduo, sejam elas relacionadas a competição, manutenção da saúde, tratamento, recreação condicionamento ou preparação física, estética, entre outros.

Na primeira questão foram pesquisados os principais motivos que levaram os entrevistados a praticarem a caminhada e / ou corrida.

Nesta questão pudemos observar que o grupo 1 tem 36% de suas atenções voltadas principalmente para a manutenção da saúde e 32% para o condicionamento ou preparação física, já o fator estética esteve presente em 20% das respostas.

Já no grupo 2 observou-se uma preocupação muito maior pelo fator estética, 36% do total das mulheres entrevistadas responderam que seu principal motivo para se exercitar era cuidar do corpo, mas não se pode desconsiderar o fator manutenção da saúde que esteve presente em 28% das respostas.

Nos grupos 3 e 4 a prática da atividade física pela qualidade de vida aparece de maneira significativa, isto deve-se muito mais pela necessidade de se praticar a atividade física do que pelo prazer de praticá-la. Segundo NAHAS (2001) nos Estados Unidos estima-se que cerca de 200 mil mortes/ano possam ser atribuídas

ao estilo de vida sedentário, o que faz deste comportamento uma das principais causas de mortes. Isto corresponde aproximadamente a 23% de todas as mortes, significando que a inatividade física deva receber a mesma atenção que outros fatores.

A partir destes dados entende-se perfeitamente os números apresentados por estes grupos. No grupo 3 a manutenção da saúde foi o motivo para a prática da atividade física em 52% das respostas e tratamento de doenças 24%, e assim como no grupo 3, no grupo 4 também a manutenção da saúde e o tratamento de doenças foram os principais motivos representando 44% e 28% do total respectivamente.

As questões B e C estão diretamente relacionadas com a primeira questão. Na questão B foi investigado a presença de algum problema de saúde e os resultados foram conforme o esperado.

Segundo MATSUDO (1996) o baixo nível de aptidão física das populações mundiais são responsáveis pelo alto índice de mortalidade precoce causadas por enfermidades da “civilização”(diabetes, estresse, cardiopatias e outros).

No grupo 1 apresentaram problemas de saúde 16% dos entrevistados sendo que doenças cardiovasculares e diabetes mellitus apresentaram 25% do total cada e os 50% restantes estavam relacionados com outros fatores, normalmente ortopédicos.

No grupo 2, 24% das entrevistadas apresentaram problemas de saúde sendo que assim como no grupo 1 a grande maioria apresentava outros tipos de problemas somando 50%. Neste grupo o diabetes mellitus representou 33% e o stress 17%.

Nos grupos 3 e 4 observou-se um aumento significativo na ocorrência de doenças, representado 40% e 48% do total de entrevistados respectivamente. Deste

total 60% apresentaram doenças cardiovasculares no grupo 1, número considerado alto, mas já esperado ao considerar a idade, o estilo de vida e o sexo do grupo.

Segundo NAHAS (2001) existem diversos fatores que contribuem para o surgimento de doenças cardiovasculares, sendo divididos em fatores de risco não modificáveis e fatores de risco modificáveis. Para ele os fatores de risco não modificáveis se referem principalmente à fatores hereditários ou biológicos, a idade (a incidência aumenta com o passar dos anos), o sexo (homens tem maiores chances de desenvolverem a doença), e o histórico familiar (quando pais ou avós foram cometidos pela doença ou morreram prematuramente em função dela, os riscos são maiores para seus descendentes diretos). Os fatores modificáveis se referem a 5 itens, os níveis elevados de colesterol, a hipertensão arterial, ao fumo, a inatividade física e a obesidade.

A osteoporose representou 42% do total de mulheres com presença de problemas de saúde o que já era esperado, pois esta degeneração óssea ocorre principalmente em mulheres por volta dos 45 anos de idade, resultante de uma diminuição da reposição das células ósseas. Segundo SAMPAIO (2000) nos 5 anos que se sucedem a última menstruação, a mulher pode perder até 5% de massa óssea por ano, já que seus ovários deixam de produzir o estrógeno, hormônio que estimula a reconstrução óssea.

Ao discutir a questão C é indispensável fazer um comparativo entre as questões B e C, no grupo 1 apresentaram problemas de saúde 16% dos entrevistados e somente 8% realizavam tratamento. Estes valores puderam ser observados nos demais grupos. Os grupos 2, 3, 4 apresentaram 24%, 40%, 48%, respectivamente, dos entrevistados com problemas de saúde, enquanto somente 12%, 24% e 28%, respectivamente, realizavam tratamento.

As questões D, E e F estão relacionadas a frequência e a duração da caminhada e / ou corrida.

A caminhada é um exercício aeróbico e é ótimo para o coração, desde que realizado por um tempo mínimo de 3 a 4 minutos, são quando se iniciam os benefícios aeróbicos, até 35 minutos ou mais. Mais se você não é atleta deve realizá-lo de forma moderada, sem exigir do coração esforços demasiados (GUISELINI, 1996, p. 53).

Os integrantes do grupo 1 apresentaram um tempo relativamente longo de prática da atividade, 44% praticavam a atividade entre 1 e 2 anos e 12% a mais de 2 anos, nenhum dos entrevistados praticavam a atividade a menos de 1 mês. Com relação à quantidade de vezes por semana este grupo apresentou dados satisfatórios sendo que 40% praticavam a atividade cinco vezes por semana e apenas 12% praticavam a atividade três vezes por semana. Na questão F o grupo 1 também apresentou dados satisfatórios com 56% praticando a atividade de 45 min. a 1 hora e nenhum com menos de 15 min., valores considerados muito bons.

O grupo 2 teve como tempo de prática 32% entre 1 e 2 anos, 20% a mais de 2 anos e apenas 4% a menos de 1 mês, 32% praticavam a atividade cinco vezes por semana e 4 % três vezes. Do total de integrantes do grupo 60% praticavam a atividade por mais de 1 hora e nenhum por menos de 15 minutos.

Os grupos 3 e 4 apresentaram resultados bem semelhantes com 32% e 28% dos integrantes praticando a atividade entre 1 e 2 anos respectivamente, e 40% do grupo 4 praticavam de 6 meses a 1 ano. Estes grupos praticavam a atividade seis vezes por semana num total de 40% no grupo 3 e 36% no grupo 4, nenhum indivíduo no grupo 3 e apenas 4% no grupo 4 praticava três vezes por semana.

Estes dados demonstram que pelo menos existe um certo conhecimento do tempo ideal em que se deve praticar a atividade física.

As questões G, H e I apresentaram resultados referentes a intensidade da atividade e da utilização de métodos para o controle da mesma. A intensidade desempenha um papel fundamental para que a prática da atividade traga benefícios significativos para cada indivíduo.

Para isso o American College Of Sports Medicine ACMS (1998) recomenda que a atividade seja realizada entre 60% a 70% da capacidade funcional, intensidade considerada adequada para adultos saudáveis, para pacientes cardiopatas que são dotados de uma capacidade funcional mais baixa a atividade deve ser iniciada com intensidade entre 40% a 60% de sua capacidade funcional. De uma forma geral a intensidade irá variar de 40% a 85% da capacidade funcional, de acordo com a população a ser trabalhada. A duração inicial pode ser determinada empiricamente, através do conhecimento do histórico geral do indivíduo e baseando-se nas respostas individuais durante e após o exercício promovendo ajustes necessários.

O American College Of Sports Medicine ACMS (1998) cita ainda que de forma geral, para sedentários, sejam eles sintomáticos ou assintomáticos, sessões de exercícios moderados de 20 a 30 minutos (fase de condicionamento) numa intensidade de 40% a 60% da capacidade funcional para as primeiras semanas de condicionamento. A duração pode ser aumentada gradativamente de 20 a 45 minutos quando se obtiver respostas positivas ao treinamento como a melhoria da capacidade funcional, adaptações ao exercício sem que ocorram complicações de qualquer natureza.

Para redução de massa corporal total o American College Of Sports Medicine ACMS (1998) recomenda programas com freqüência de 3 vezes por semana com pelo menos 20 minutos de duração buscando combinar intensidade e duração para se dispensar 300 Kcal por sessão ou 4 vezes semanais com dispêndio de 420 Kcal por sessão.

Mas o principal objetivo desta parte da entrevista era saber se existe algum método de controle desconsiderando em qual percentual da capacidade funcional cada indivíduo trabalhava.

O grupo 1 classificou a atividade como sendo 20% leve, 68% moderada, 12% pesada. O fator mais preocupante é que apenas 32% utilizou algum método de controle da intensidade sendo que somente 12% utilizou a freqüência cardíaca como método de controle.

Nos demais grupos o que foi observado não diferenciou muito do primeiro grupo.

No grupo 2 a classificação foi de 12% leve, 84% moderada e 4% pesada, deste total 40% utilizavam algum tipo de método de controle e apenas 24% utilizavam a freqüência cardíaca como método de controle,

O grupo 3 foi o grupo que apresentou os resultados mais satisfatórios onde 28% considerou a atividade leve, 72% moderada, e 0% pesada, deste total 48% utilizavam algum método de controle sendo que 16% utilizavam a freqüência cardíaca.

No grupo 4 apesar de estar um pouco abaixo do grupo 3 quanto as respostas, pode-se considerar os resultados satisfatórios. A classificação da intensidade neste grupo foi de 20% leve, 68% moderada, 12% pesada, onde 32% utilizavam algum método de controle e 8% utilizavam a freqüência cardíaca para tal.

As últimas 4 questões se referem a um dos fatores mais importantes para a prática de qualquer atividade física, a prescrição e o controle da atividade por um profissional capacitado.

NAHAS (2001) definiu a atividade física como sendo todas as formas de movimentação corporal, com gasto energético acima dos níveis em repouso. Inclui exercícios físicos e esportes, deslocamentos, atividades laborais, afazeres domésticos e outras atividades físicas no lazer.

Por outro lado para NAHAS (2001) o exercício físico representa uma atividade física, planejada, sistemática e repetitiva, que tem por objetivo a manutenção, desenvolvimento ou recuperação de um ou mais componentes da Aptidão Física.

O que pode ser observado é que poucas pessoas praticam uma atividade em que se possa ter a certeza que os resultados serão benéficamente satisfatórios, pois grande parte dos indivíduos pratica a atividade física de forma indiscriminada em detrimento ao exercício físico.

A questão J fez referência a realização ou não do exercício físico (atividade física previamente programada) e os resultados demonstraram que existe a necessidade de uma maior atuação profissional para esta população.

Os grupos 1, 2, 3, 4 apresentaram como resultado 12%, 24%, 32% e 16% do total de indivíduos que praticavam a atividade a partir de algum programa previamente elaborado, números estes extremamente baixos, principalmente no grupo 4.

Na questão K foram levantados dados referentes a prescrição da atividade por algum profissional. Nesta questão pudemos observar a participação do profissional de Educação Física nesta população.

Os grupos 1, 2, 3 e 4 tiveram suas atividades prescritas por um profissional de Educação Física em 8%, 12%, 8% e 4% respectivamente, o que demonstra a atuação deficitária deste profissional nesta população. Observou-se também a inexistência de atuação de outros profissionais. Os grupos 1, 2, 3 e 4 apresentaram 88%, 76%, 68% e 84% respectivamente de indivíduos que praticavam a atividade sem prescrição.

As questões J, K, L e M se complementam. No grupo 1 apenas 12 % realizam a atividade com algum tipo de prescrição, o que se torna um número ainda mais reduzido quando se trata do acompanhamento da evolução de cada indivíduo, neste caso apenas 8% recebe acompanhamento, restando 92% do total sem nenhum acompanhamento.

Nos demais grupos os números pouco variaram, no grupo 2 tinham a atividade prescrita 24%, e com acompanhamento apenas 16%, restando 84% sem acompanhamento. No grupo 3 dos 32% com atividade prescrita apenas 16% continuavam com acompanhamento, restando 84% sem acompanhamento. E por fim no grupo 4 dos 16% com atividade prescrita apenas 12% continuaram com acompanhamento restando 88% sem acompanhamento.

6. CONCLUSÃO

Concluiu-se com o presente trabalho que o fator motivante mais significativo para a prática da atividade física nos grupos analisados é a manutenção da saúde, onde em todos os quatro grupos este fator esteve presente de modo significativo. Foi possível concluir que o fator motivante manutenção da saúde, aumentou a medida que ocorreu o aparecimento de doenças, ou seja, de forma tardia. Esta atividade era realizada com objetivos de tratamento para alguma patologia quando na realidade a atividade deveria ser realizada com o intuito de prevenção.

Ao relacionar a prática da atividade física x exercício físico, a grande maioria dos indivíduos realiza a caminhada e / ou corrida de maneira descontrolada, sem qualquer supervisão ou prescrição das atividades por parte de algum profissional capacitado. Neste tipo de prática sem orientação os resultados nem sempre são benéficos, podendo muitas vezes colocar em risco a saúde e a própria vida do praticante.

Outra conclusão importante diz respeito a atuação do profissional de educação física neste meio, o que é considerado extremamente baixa. Se por um lado a atuação do profissional de Educação física é praticamente inexistente outros profissionais também não atuam neste campo, o que pode vir a se tornar mais uma área da educação física geradora de lucros, alias área esta que já é explorada em outros estados. Os grupos 1, 2, 3 e 4 apresentaram 88%, 76%, 68% e 84% respectivamente, do total de indivíduos que praticavam a atividade sem qualquer prescrição, cabendo ao profissional de Educação Física saber preencher este espaço comercial inexplorado.

Para tal é necessário uma mobilização entre instituições de ensino, meios de comunicação, administradores municipais, estaduais e nacionais, com o intuito de elaborar projetos para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. **Manual para teste de esforço e prescrição do exercício**. Trad. LAZZOLI, José Kawazoe. Ed. Revinter. Rio de Janeiro, 1998.

BAGER, Karen. **Perfil dos Adeptos da Caminhada no Parque Barigüi**. Curitiba, 1997. 50 p.. Monografia (Lincenciatura em Educação Física) – Setor de Ciências Biológicas, Departamento de Educação Física, Universidade Federal do Paraná.

BANKOFF, Antonia Dalla Pria. **Atividade Física como fator de Saúde**. In: Congresso Latino-Americano Esporte, Educação e Saúde no Movimento Humano. Anais. Cascavel. Gráfica Universitária. p. 12 –14. 1996.

BARBANTI, Valdir. **Aptidão Física: um convite á saúde**. Ed. Manole, São Paulo, 1990.

BARBANTI, Valdir; GUISELINI, Mauro. **Fitness: Manual do instrutor**. Ed. Balieiro, São Paulo, 1993.

DAVIDSON, Richard ; GRANT, Stanley. **A Caminhada como Exercício é Suficiente para a Saúde?** Revista Brasileira de Ciência e Movimento. v. 73, p.32-36, 1994.

GUEDES, Dartagnan Pinto. **Composição Corporal: Princípios; técnicas e aplicações**. 2ª Ed. Londrina: APEF, 1994.

GUISELINI, Mauro. **Qualidade de vida: um programa prático para um corpo saudável**. Ed. Gente. São Paulo, 1996.

LEITE, Paulo F. **Aptidão Física, Esporte e Saúde: prevenção e reabilitação de doenças cardiovasculares, metabólicas e psicossomáticas**. Belo Horizonte, Santa Edwiges, 1985.

MATSUDO, Vitor K. R.; ANDRADE, Douglas; MATSUDO, Sandra et al. **Exercício e Qualidade de Vida**. In: Congresso Latino-Americano Esporte, Educação e Saúde no Movimento Humano. Anais. Cascavel: Gráfica Universitária, p. 85 – 88, 1996.

NAHAS, Markus Vinicius. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida – Conceitos e Sugestões para um Estilo de Vida Ativo** . Ed. Midiograf. Londrina, 2001.

PINTO, José Rizzo; FERNADES, José; DANTAS, Estélio M. H.. **Aptidão: Qual? Para quê?** Revista Brasileira de Cineantropometria & Desenvolvimento Humano. V. 2, n. 1, p. 80 – 88. 2000.

POLLOCK; MICHAEL; WILMORE; JACK; FOX; SAMUEL. **Exercícios na Saúde e na Doença: Avaliação e Prescrição para Prevenção e Reabilitação**. Rio de Janeiro, Ed. Média e Científica LTDA, 1986.

POWERS, Scott K.; HOWLEY, Edward T.. **Fisiologia do Exercício: Teoria e Aplicação ao Condicionamento e ao Desempenho**. 3ª Ed. São Paulo: Manole, 2000.

RODACKI, André Luiz Felix. **A Atividade Física e a densidade Óssea**. Sinopsis, Curitiba, v. 7, p. 34 – 47. 1996.

SAMPAIO, Elvira. **Saúde**. Ed. UEPG. Ponta Grossa, 2000.

SEIXAS, Nádia Cristina. **Influência da atividade Física na Qualidade de Vida**. Curitiba, 1995. 43 p.. Monografia (L licenciatura em Educação Física) – Setor de Ciências Biológicas, Departamento de Educação Física, Universidade Federal do Paraná.

SIQUEIRA, Sidnéia Aparecida. **A Importância do Exercício Aeróbico, através da Caminhada e/ou Corrida para Pessoas Sedentárias**. Curitiba, 1999. 44 p.. Monografia (L licenciatura em Educação Física) – Setor de Ciências Biológicas, Departamento de Educação Física, Universidade Federal do Paraná.

TREVISAN, Cássio Murilo. **A Prática da Caminhada: Saudável ou Desorientada?** Curitiba, 1997. 46 p.. Monografia (L licenciatura em Educação Física) – Setor de Ciências Biológicas, Departamento de Educação Física, universidade Federal do Paraná.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Sistema de Bibliotecas. **Normas para Apresentação de Documentos Científicos: Teses, Dissertações, Monografias e Trabalhos Acadêmicos**. 1ª Ed. Curitiba: Editora da UFPR, 2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Sistema de Bibliotecas. **Normas para Apresentação de Documentos Científicos: Referências**. 1ª Ed. Curitiba: Editora da UFPR, 2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Sistema de Bibliotecas. **Normas para Apresentação de Documentos Científicos: Gráficos**. 1ª Ed. Curitiba: Editora da UFPR, 2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Sistema de Bibliotecas. **Normas para Apresentação de Documentos Científicos: Tabelas**. 1ª Ed. Curitiba: Editora da UFPR, 2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Sistema de Bibliotecas. **Normas para Apresentação de Documentos Científicos: Redação e Editoração**. 1ª Ed. Curitiba: Editora da UFPR, 2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Sistema de Bibliotecas. **Normas para Apresentação de Documentos Científicos: Citações e Notas de Rodapé**. 1ª Ed. Curitiba: Editora da UFPR, 2000.

ANEXO 1

ENTREVISTA ESTRUTURADA

Nome:

Idade: Escolaridade: Profissão:

Sexo: M () F () Peso: kg Altura: m

A) Qual seu objetivo com a prática da atividade física?

1- () Competição.

2- () Manutenção da saúde.

3- () Tratamento.

4- () Recreação.

5- () Condicionamento ou Preparação Física.

6- () Estética.

Outros.....

B) Apresenta algum problema de saúde?

1- () Não.

2- () Sim. Qual?.....

Quanto tempo?.....

C) Faz no momento algum tipo de tratamento?

1- () Não.

2- () Sim. Qual?.....

D) Há quanto tempo pratica esta atividade?

1- () Menos de um mês.

2- () 1 a 3 meses.

3- () 4 a 6 meses.

4- () 6 meses a 1 ano.

5- () 1 a 2 anos.

6- () Mais de 2 anos.

Quanto.....

E) Quantas vezes por semana?

1- () 3X.

2- () 4X.

3- () 5X.

4- () 6X.

5- () Todos os dias.

F) Por quanto tempo?

1- () Até 15 min.

2- () 15 a 30 min.

3- () 30 a 45min.

4- () 45 min. a 1 hora.

5- () Mais de 1 hora.

Quanto tempo?.....

G) Como você classifica a intensidade desta atividade?

1- () Leve .

2- () Moderada.

3- () Pesada.

H) Para chegar a essa classificação da intensidade, você utilizou algum método de controle?

1- () Sim.

2- () Não.

I) Caso positivo, qual?

- 1- () Tempo.
- 2- () Respiração.
- 3- () Percepção do esforço.
- 4- () Frequência cardíaca.
- 5- () Dor muscular.

Outras.....

J) Esta atividade segue algum tipo de programa?

- 1- () Sim.
- 2- () Não.

K) Caso positivo, prescrito por quem?

- 1- () Professor de Educação Física.
- 2- () Médico.
- 3- () Fisioterapeuta.

Outros.....

L) Esta pessoa acompanha sua evolução?

- 1- () Sim.
- 2- () Não.

M) Caso positivo, de quanto em quanto tempo?

- 1- () Diária.
- 2- () Semanal.
- 3- () Quinzenal.

4- () Mensal.

5- () Bimestral.

6- () Trimestral.

7- () Semestral.

8- () Anual.

Outros.....