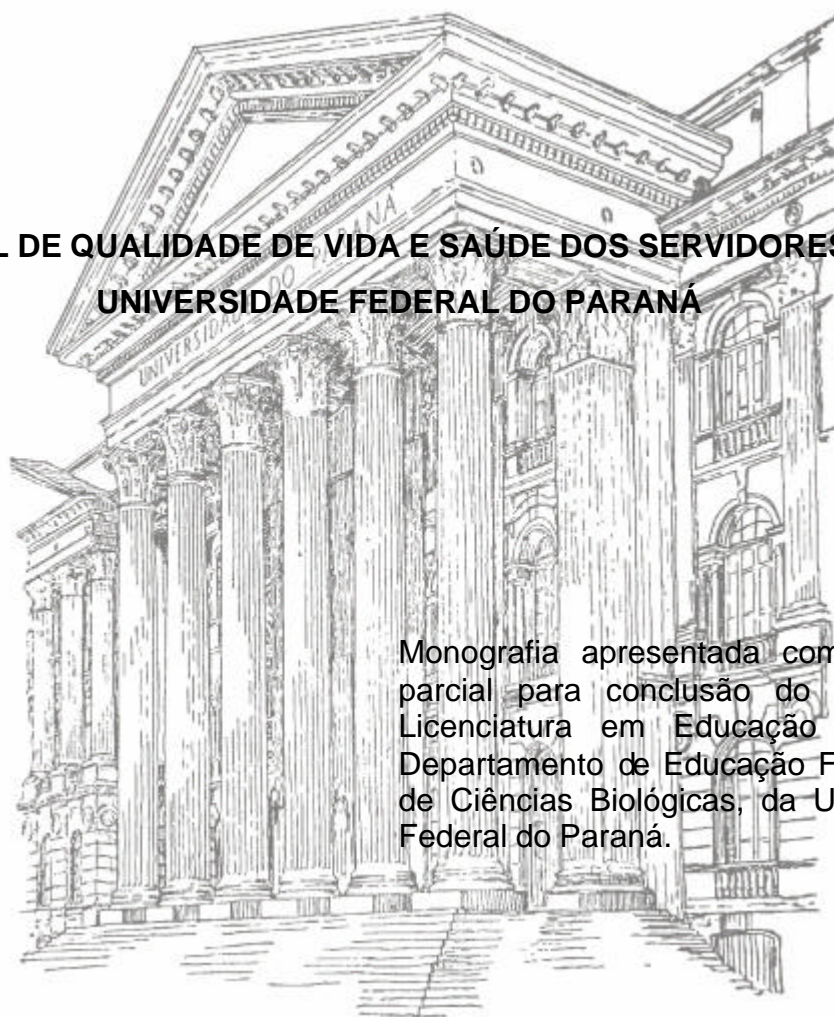


ANDREI EDUARDO BAJERSKI

**PERFIL DE QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE DOS SERVIDORES DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**



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.

**CURITIBA
2007**

ANDREI EDUARDO BAJERSKI

**PERFIL DE QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE DOS SERVIDORES DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

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.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Birgit Keller

**CURITIBA
2007**

DEDICATÓRIA

A minha mãe Edna Maria Lopes, uma mulher exemplar na luta pela vida, pela minha educação e bem-estar, por ter me dado sempre, na medida do possível, o melhor, mesmo diante de tantas dificuldades, até mesmo a falta de algumas moedas para comprar um simples doce. Orgulho-me enormemente dessa mulher, de tudo o que fez e ainda faz pelo Andrei.

Ao meu padrasto Eduardo Wohlhaupter, que pela educação, respeito e oportunidades a mim conferidas é mais um pai, um grande pai, que Deus colocou em minha vida. Não aquele pai que presenteia o filho para cobrir a sua ausência ou mesmo para agradar, mas aquele que se faz presente nos momentos difíceis, que orienta, que se preocupa com a vida daquela pessoa.

Ao meu pai biológico Osvaldo Bajerski pela ajuda e confiança, precipuamente nesses quatro anos de Universidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Jesus Cristo, mais do que simplesmente a conclusão desta monografia, a oportunidade que me foi dada de estudar numa Universidade Federal que, tendo passado toda a vida escolar num colégio público, aos olhos de uma família simples e trabalhadora seria praticamente impossível. Agradeço ainda por ter encaminhado a minha vida dessa forma, pois assim pude estreitar as relações com a minha família, e também ajudar o meu pai em suas dificuldades e problemas.

A minha, acima de tudo, amiga Caroline da Rocha por ter me acompanhado nesse percurso acadêmico desde o início em 2004, me ajudando e estando disposta a colaborar sempre que precisei.

A orientadora Professora Ms. Birgit Keller pelo acompanhamento, ajuda e dedicação de seu tempo para me nortear no desenvolvimento deste e de outros trabalhos, o que foi fundamental na minha formação acadêmica.

Agradeço também a todos os colegas e as colegas de Universidade que de um modo ou de outro colaboraram no decorrer desse percurso.

SUMÁRIO

Lista de tabelas.....	vi
RESUMO	vii
1. INTRODUÇÃO	01
1.1 Apresentação do Problema.....	02
1.2 Justificativa.....	02
1.3 Objetivos.....	03
1.4 Hipóteses.....	04
2. REVISÃO DE LITERATURA	05
2.1 Conceitos de Atividade Física, Aptidão Física, Qualidade de Vida, Estilo de Vida e Saúde.....	05
2.2 Atividade Física x Sedentarismo.....	09
2.3 Aptidão Física e seus componentes.....	21
2.3.1 Idade e Aptidão Física.....	24
2.4 Componentes do Estilo de Vida.....	27
2.4.1 Hábitos Alimentares.....	27
2.4.2 Controle do Peso Corporal.....	28
3. METODOLOGIA	33
3.1 Delineamento da Pesquisa.....	33
3.2 Caracterização da Amostra.....	33
3.3 Procedimentos e Instrumentos.....	33
3.4 Tratamento Estatístico.....	34
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	35
5. CONCLUSÃO	41
6. REFERÊNCIAS	42
ANEXOS	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização da amostra	31
Tabela 2: Frequência dos níveis de atividade física.....	33
Tabela 3: Análise de variância do nível de atividade física entre os sexos.....	34
Tabela 4: Frequência de casos em relação à percepção de saúde	35
Tabela 5: Referente a questão: “Você sentiu que foi incapaz de controlar coisas importantes na sua vida ?”	35
Tabela 6: Referente a questão: “Você esteve confiante em sua capacidade de lidar com seus problemas pessoais?”	36
Tabela 7: Referente a questão: “Você sentiu que as coisas aconteceram da maneira que você esperava?”	36
Tabela 8: Referente a questão: “Você sentiu que os problemas acumularam tanto que você não conseguiria resolve-los?”	36
Tabela 9: Valores descritivos dos dados antropométricos	37
Tabela 10: Valores padrões de IMC.....	37
Tabela 11: Valores de frequência de IMC	38

RESUMO

Introdução: O estilo de vida é caracterizado por padrões de comportamento identificáveis que podem ter um efeito profundo na saúde dos seres humanos e está relacionado com diversos aspectos que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas (WHO, 1998). **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi investigar a relação entre a atividade física com indicadores de qualidade de vida e de saúde dos servidores da Universidade Federal do Paraná. **Materiais e Método:** Inicialmente foi feito um levantamento de todos os setores e departamentos e os respectivos servidores ativos que trabalham no ambiente da UFPR. Para estabelecer uma amostra representativa, foi calculado o mínimo de participantes com um erro amostral de 3%. A seleção dos departamentos realizou-se a partir de um sorteio. A amostra foi constituída de 83 servidores com idade média de 43,43 (d.p.= 7,89) anos. Após o convite para participar como voluntário do estudo e do termo de consentimento assinado, foi aplicado o questionário para a coleta de dados, que permitiu investigar prática de atividades físicas, estilo de vida, qualidade de vida. A *inatividade física* foi mensurada com a Versão Longa do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) com a recordação dos últimos 7 dias de atividade. As medidas de massa corporal foram obtidas através de balança digital, marca Plenna, com definição de 100 gramas e para a estatura utilizou-se uma fita métrica milimetrada, fixada à parede, com o ponto zero no nível do solo. No tratamento estatístico foi empregado uma análise descritiva (média, desvio padrão e frequência), uma análise de variância ANOVA para verificar as diferenças do nível de atividade física entre os sexos. **Resultados:** em relação a atividade física nos mostra que, entre as mulheres (n=64), 56,3% (n=36) se mostraram muito ativas, portanto a maioria. Já entre os homens, houve empate: 42,1% (n=8) são muito ativos e 42,1% (n=8) são insuficientemente ativos. Não existe diferença significativa (p=0,827) do nível de atividade física entre os sexos masculino e feminino. Em relação à percepção de saúde, 62,5% (n=40) mulheres e 47,4% (n=9) homens responderam Boa. No tocante à obesidade, as médias de peso e altura das mulheres ficaram com 67,68 (d.p.=15,73) e 1,61% (d.p.=0,06), respectivamente. Para os homens, as médias de peso e altura ficaram com 80,88% (d.p.=10,36) e 1,71% (d.p.=0,07). Em relação ao índice de massa corporal (IMC) observou-se que 45,3% (n=29) das mulheres apresentam-se no grupo normal e 52,6% (n=10) dos homens na categoria sobrepeso. **Conclusão:** Conclui-se neste estudo que a percepção que as pessoas possuem de sua própria saúde muitas vezes não condiz com seu real estado de bem-estar.

Palavras-chave: saúde, qualidade de vida e atividade física

1. INTRODUÇÃO

O crescimento no número de pessoas apresentando um estilo de vida sedentário pode estar relacionado com o grande aparecimento e desenvolvimento de diversas enfermidades. A atividade física vem sendo discutida em larga escala pelos estudiosos da área e suas vantagens cada vez mais evidenciadas. Nesse sentido, a prática regular de atividade física se constitui não apenas um instrumento importante na promoção da saúde, mas também diminuindo fatores de risco, como o aparecimento de diversas patologias.

Sabe-se que no mundo atual os índices de sedentarismo estão aumentando significativamente, trazendo para a população, em geral, diversos problemas de saúde. O modelo produtivo vigente, como causa do estilo de vida atual, tem ocasionado inúmeros problemas de saúde, os quais podem ocasionar mudanças na qualidade de vida dos indivíduos. O modo de vida das pessoas tem sido determinado, entre outros fatores, pelos modos de produção adotados pela sociedade moderna (FORATTINI, 1992; MINAYO, 1992). Esta sociedade, acrescenta Menestrina (2005, p.29), “exige indivíduos cada vez mais saudáveis e sempre mais conscientes, suscitando que educação e saúde se entrelacem, como necessidades decisivas e imprescindíveis para a auto-realização humana.”

Inter-relacionar educação e saúde constitui-se como uma configuração importante para a proclamação da saúde humana, levando a uma melhora na qualidade de vida e, conseqüentemente, um desempenho mais eficaz em todos os aspectos da vida (MENESTRINA, 2005).

Vale ressaltar que a inatividade da população tem contribuído ainda mais, paralela aos fatores citados acima, para uma diminuição na qualidade de vida dos indivíduos. A população jovem deve ficar atenta, pois o estilo de vida e os hábitos são determinados, principalmente, antes da fase adulta, e podem influenciar, em larga escala, a saúde na meia idade e na velhice (NAHAS, 2001).

O agravo à saúde pública brasileira, ocasionado pelo modelo econômico e social, também pode ser constatado por meio da relação entre o modo de vida e o crescente índice de doenças crônicas degenerativas. O estilo de vida sedentário é uma das causas do aparecimento dessas doenças, visto que a inatividade física pode causar comprometimentos nos mais diferentes sistemas corporais, estando isso relacionado ao estilo de vida (FORATTINI, 1992). Como exemplo desses

comportamentos, esse autor cita os comportamentos preventivos, a alimentação, os relacionamentos interpessoais, e também a prática de atividades físicas formais e não formais.

Entender que a atividade física vem atuar como um elemento estimulante do organismo assevera um princípio fisiológico o qual diz que movimentos realizados regularmente aperfeiçoam órgãos e funções (BARBOSA, 2003). A partir desse e de outros apontamentos, tem crescido cada vez mais o interesse de instituições governamentais, associações desportivas e iniciativas da população em geral, em promover hábitos de vida mais saudáveis, objetivando o bem-estar e qualidade de vida (MENESTRINA, 2005, p.28).

Sendo assim, o trabalho desempenhado pelas pessoas constitui-se como um dos elementos sociais de relevância científica, podendo acarretar em mudanças de comportamento dos indivíduos, afetando-os em seus aspectos psicológicos, sociais e fisiológicos (FORATTINI, 1992; MINAYO, 1992).

01.1 APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

Qual o nível de atividade física e qualidade de vida dos servidores da UFPR?

01.2 JUSTIFICATIVA

Considerando as temáticas relacionadas à saúde, nos mais diversos âmbitos, percebem-se que as discussões nesse sentido têm aumentado, em virtude do crescente aparecimento de situações as quais tem comprometido a saúde das pessoas. A maioria dos indivíduos presentes nos países em desenvolvimento apresenta lesões relacionados ao aspecto físico, e nos países desenvolvidos os índices de comprometimento com a saúde estão mais relacionados com um excessivo desgaste intelectual e psicológico (FORATTINI, 1992; MINAYO, 1992).

Diante da estrutura social a qual vigora na sociedade, de um modelo que exige cada vez mais de seus trabalhadores, é notável a presença de enfermidades humanas que merecem um olhar mais atencioso da comunidade científica. Os estudos, portanto, que vem tentando investigar temáticas de saúde pública, se

justificam ao passo que as mudanças de comportamento relacionadas à saúde não tem caminhado num sentido positivo.

Nesse momento, da realização deste estudo, estou cursando o quarto ano no curso de Educação Física. Todavia, venho me interessando por essa temática desde o segundo ano, na qual tenho realizado pesquisas com distintos públicos, em diferentes ambientes. Essa área, entre outras da Educação Física, é fonte de motivação para minhas pesquisas e contribuições com a sociedade. O interesse em estar realizando esta monografia nesse sentido reside no fato desse trabalho já ter sido iniciado no Programa de Iniciação Científica da Universidade Federal do Paraná no ano anterior.

Apesar do vasto número de publicações encontradas no site da CAPES¹ discutindo as temáticas relacionadas à saúde, como qualidade de vida e estilo de vida, constatou-se uma carência de estudos relacionando servidores públicos técnico-administrativos de universidades, atividade física e qualidade de vida. Estes estudos são muito importantes e se justificam porque orientam políticas públicas de promoção de saúde assim como constituem uma ferramenta importante na avaliação de programas de intervenção.

Nesse sentido, essa pesquisa poderá contribuir para áreas do conhecimento como Educação Física, Saúde Coletiva, Saúde Pública entre outras na área da Saúde.

01.3 OBJETIVOS

01.3.1 Objetivo Geral

Investigar o perfil da atividade física com indicadores de qualidade de vida e de saúde em servidores da Universidade Federal do Paraná.

01.3.2 Objetivos Específicos

Determinar o nível de atividade física dos servidores da Universidade Federal do Paraná.

Verificar o nível de qualidade de vida (percepção de saúde, estresse e Índice de Massa Corporal) dos servidores da Universidade Federal do Paraná.

¹ Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

Analisar se existe diferença significativa entre os níveis de atividade física e qualidade de vida nos servidores do sexo masculino e feminino.

01.4 HIPÓTESES

Visando uma continuidade à questão central da pesquisa, este estudo pressupõe que as características de atividade física e da qualidade de vida adotada pelos servidores investigados não correspondem ao discurso sobre a promoção da saúde em Educação Física.

H1: O nível de atividade física dos servidores será inferior em relação ao proposto pela OMS, ou seja, sedentários.

H2: Os níveis de qualidade de vida dos servidores serão inferiores em relação ao que a literatura preconiza.

H3: Os servidores do sexo feminino apresentarão menores níveis de atividade física e qualidade de vida do que os servidores do sexo masculino.

02. REVISÃO DE LITERATURA

02.1 CONCEITOS DE ATIVIDADE FÍSICA, APTIDÃO FÍSICA, QUALIDADE DE VIDA, ESTILO DE VIDA E SAÚDE

A atividade física, como um componente na promoção de saúde, é entendida não só como ausência de enfermidades, mas como um bem-estar geral do indivíduo, e também como um componente na prevenção de doenças (NIEMAN, 1999). Nahas (2001) reforça que esta é uma perspectiva mais holística, na qual a saúde humana é considerada nas dimensões física, social e psicológica.

O termo atividade física se refere, numa visão mais geral, aos movimentos executados nos mais diversos contextos, como o da recreação, da brincadeira, do jogo, da aptidão física, exercício, esporte e da aptidão física, ou seja, a totalidade de movimentos realizados nesses meios. Num sentido mais específico, trata-se de todo e qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética, o qual provoca um gasto de energia (BARBANTI, 1994).

A atividade física é entendida como qualquer movimento realizado pelo corpo o qual requisite a musculatura esquelética, portanto voluntário, resultando num gasto energético acima dos níveis de repouso, incluindo atividades do trabalho, atividades da vida diária (como comer, se vestir, tomar banho, limpar o quintal), o transporte e atividades de lazer² (NAHAS, 2001). Este autor ainda salienta a importância de se distinguir atividade física de exercício físico, apesar destes termos estarem relacionados. Exercício físico é entendido como uma das formas de atividade física, porém planejada, estruturada, repetitiva, objetivando o desenvolvimento da aptidão física, de habilidades motoras³ ou a reabilitação orgânico-funcional.

A atividade física constitui-se como uma possibilidade real para o reencontro do indivíduo consigo mesmo, pois através dela ele ou ela pode expressar sua relação com o ecossistema no qual está inserido, e isso vai refletir em sua expressão corporal e em seu comportamento todas as facilidades, tensões,

² “O lazer se traduz por uma dimensão privilegiada da expressão humana dentro de um tempo conquistado, materializada através de uma experiência pessoal criativa, de prazer e que não se repete no tempo/espço, cujo eixo principal é a ludicidade” (BRAMANTE, 1998, p.9).

³ “Ato motores que surgem dos movimentos da vida diária do ser humano e dos animais, expressa um grau de qualidade de coordenação de movimentos. Habilidade motora encontra-se nos movimentos do dia-a-dia e do trabalho, como também na área dos esportes” (BARBANTI, 1994, p.147).

dificuldades, adaptações impostas pela vida, tendo relação com vários segmentos da vida social, como a família e o trabalho, por exemplo (BRASIL, 1995).

O nível de prática de atividade física exigido para um determinado movimento depende da quantidade de energia necessária para realizá-lo. Diariamente, realizamos movimentos e, para tanto, consumimos energia. Para classificar esse gasto energético, faz-se importante dividi-lo em categorias. Uma delas se refere ao gasto proveniente do tempo dedicado ao descanso, como horas de sono, e às necessidades vitais, como as refeições. Outra está relacionada à demanda energética oriunda de atividades desempenhadas no trabalho. Uma terceira a quantidade de energia necessária para a realização das tarefas domésticas, seguida de uma quarta quanto as atividades de lazer e uma quinta relacionada a demanda energética induzida pela participação em atividades esportivas e em programas de condicionamento físico (GUEDES e GUEDES, 1995).

Partindo do pressuposto de que pessoas as quais desempenham funções administrativas amiúde estão associadas a baixos níveis de atividade física, um estudo, com o intuito de verificar o nível de atividade física em funcionário de uma empresa de navegação, investigou 23 indivíduos em três locais distintos: São Francisco do Sul-SC, Itajaí-SC e Paranaguá-PR. Para o nível de atividade física (NAF), utilizou-se o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), versão longa. O IMC e o %GC também foram avaliados. A média de idade foi de $34,3 \pm 11,9$ anos, sendo a maioria (56,5%) homens. Segundo a classificação adotada, 52,2% dos voluntários foram classificados como sendo ativos; 30,4% insuficientemente ativos; 13,1% muito ativos e apenas 4,3% sedentários. Entre os ativos, a maior parte (53,8%) eram homens. Em relação ao %GC, tanto o sexo feminino como o masculino apresentaram valores acima do adequado (90% e 69,2%, respectivamente), ocorrendo o mesmo com IMC, onde ambos os sexos apresentaram valores de sobrepeso (26,4 e 27,4 Kg/m², respectivamente para homens e mulheres). Houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,042$) entre NAF e %GC, mostrando menor %GC os voluntários classificados como ativos e muito ativos (GATZ e MASTROENI, 2005).

O estudo realizado por Anjos e Mendes (2007) avaliou a saúde dos vigilantes que transportam numerários numa empresa de transporte de valores e segurança multinacional. Utilizou-se de entrevistas com indivíduos voluntários, do sexo

masculino, da cidade de Vitória, Espírito Santo. A amostra compreendeu 63 vigilantes entre 24 a 52 anos de idade. Aplicou-se a versão longa do *Questionário Internacional de Atividade Física* (IPAQ) e o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) utilizando das medidas de peso (kg) e altura (m/cm). Pelo Questionário foi identificado: falta de resistência, flexibilidade e tempo de reação dos vigilantes, e as quantidades elevadas de atestados médicos para dispensa de serviço. Pela aplicação do questionário do IPAQ, constatou-se, protocolarmente, que os vigilantes não se encontram na faixa de indivíduos sedentários, embora estivessem na faixa de sobrepeso do IMC. Pela versão longa do IPAQ, os autores concluíram que não há fidedignidade para avaliar o nível de atividade física que os vigilantes realizam.

Em relação à aptidão física, Nieman (1999) salienta que esta pode ser entendida em dois sentidos: um deles como capacidade para realizar atividades físicas do dia-a-dia sem fadiga, e o outro relacionada a capacidade de realizar habilidades físicas relacionadas à prática esportiva. Este último sentido pode não possuir uma relação efetiva com o elemento saúde, tendo o primeiro sentido mais proximidade. Em outras palavras, Nahas (2001, p.31) distingue essas duas abordagens em:

aptidão física relacionada à saúde – que congrega características que, em níveis adequados, possibilitam mais energia para o trabalho e o lazer [...] “e” aptidão física relacionada a performance motora – que inclui componentes necessários para uma performance máxima no trabalho ou nos esportes;

Barbanti (1994) salienta que a aptidão física, também conhecida como aptidão motora, dependendo da situação e dos valores, como saúde, bem-estar, beleza, rendimento, etc, e dos vários contextos possíveis, como o lazer, por exemplo, adquiriu vários conceitos do decorrer do tempo. Todos esses conceitos estão relacionados aos princípios gerais da capacidade de rendimento físico ou da *performance* motora, todavia eles se diferem na proeminência dos fatores os quais determinam o rendimento, como resistência e força.

Partindo do pressuposto de que aptidão física pode ser entendida como a capacidade de realizar trabalho pela musculatura de modo eficaz, Guedes e Guedes (1995) apontam que estar apto fisicamente significa apresentar condições corpóreas as quais permitam um desempenho motor satisfatório ao ser submetido a situações que exijam esforços físicos.

Essa capacidade que um indivíduo possui para realizar atividades físicas, aqui denominada de aptidão física, pode derivar no ser humano de diversos fatores, como aqueles herdados, do estado de saúde, da alimentação e, precipuamente, da prática regular de atividades físicas. Todos os componentes da aptidão física são importantes, todavia, considerando o foco desse estudo, salienta-se apenas aqueles relacionados à saúde: aptidão cardiorespiratória; flexibilidade; resistência muscular; composição corporal (NAHAS, 2001).

Um outro termo possível é o da aptidão física total que, assim como salienta Leite (2000), pode ser entendida quando se considera um indivíduo fisicamente apto, ou seja, alguém veloz, forte, ágil, coordenado, flexível, capaz de sustentar esforços físicos por períodos prolongados. Além disso, a aptidão física total deve considerar também, em devida proporção, os componentes social e psicológico, por entender que todos esses fatores, não somente aqueles relacionados ao físico, de fato influem na aptidão de cada um.

A relação entre atividade física, aptidão física e saúde pode parecer simples, porém aspectos voltados para a hereditariedade, ao estilo de vida, às condições ambientais e aos atributos pessoais podem tornar essa relação bem mais complexa, a qual pode depender de outros fatores também (GUEDES e GUEDES, 1995).

No que se refere à qualidade de vida, Barbanti (1994) expõe o termo como um sentimento positivo geral, além de um ânimo pela vida, deixando de lado o cansaço das atividades do dia-a-dia. Reforça que tem íntima relação com o padrão de vida adotado por cada pessoa.

Além disso, é destacada a idéia de que cada indivíduo possui um conceito distinto sobre esse termo, o qual vai se construindo, significando e ressignificando individualmente no decorrer da vida. Todavia, existe uma concordância sobre a idéia de que cada história de vida possui múltiplos fatores os quais determinam a qualidade de vida de pessoas ou comunidades. A qualidade de vida, então, resulta de uma rede de fenômenos e situações, os quais são a combinação dos múltiplos fatores determinantes na vida de cada um. Podem ser citados alguns fatores associados a qualidade de vida, tais como: “estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, salário, lazer, relações familiares, disposição, prazer e até espiritualidade” (NAHAS, 2001, p.5).

Como pode ser observado, a qualidade de vida é entendida aqui como algo bem amplo, que pode ser tanto de pessoas, individualmente, quanto de grandes grupos populacionais, no coletivo. Além disso, ela é entendida não somente como aquisição de bens materiais, mas como algo que se relaciona com a satisfação das necessidades básicas de cada indivíduo, incluindo moradia, alimentação, saúde, transporte, trabalho e lazer (NAHAS, 2001).

Ao se fazer um corte no termo estilo de vida, nota-se que estilo pode ser definido como uma adequação à técnica, a qual é desenvolvida pelo próprio indivíduo que a impõem muito de suas características próprias, dando-lhe um caráter ímpar (BARBANTI, 1994).

O estilo de vida pode ser um conjunto de atitudes e comportamentos que levam um indivíduo a adotar determinados costumes em sua vida (FORATTINI, 1992). Tais costumes, também entendidos como ações cotidianas, são conscientes e estão associados à percepção que o indivíduo possui quanto a sua qualidade de vida. Os componentes do estilo de vida podem ser alterados no decorrer da vida, no entanto isso só acontece se a pessoa perceber algum valor em algum comportamento ao qual sinta necessidade de incluir ou excluir. A pessoa deve sentir-se capaz, com possibilidades de obter êxito, para que consiga realizar das mudanças pretendidas (NAHAS, 2001).

02.2 ATIVIDADE FÍSICA x SEDENTARISMO

Apesar do vasto número de evidências científicas sobre a importância de um estilo de vida ativo e saudável, e de estudiosos/as como Klug e Lettunich (1992) afirmarem que o exercício tem se tornado parte da vida de muitas pessoas, a quantidade de indivíduos sem informação ou desinteressadas quanto aos benefícios da prática regular de atividade física, de uma dieta equilibrada e de outros comportamentos relacionados à saúde é significativa. Atitudes positivas em relação à atividade física regular são conseguidas por meio do conhecimento a cerca dos benefícios proporcionados por tal prática (NAHAS, 2001).

O número de pessoas participando de programas regulares de atividade física é pequeno. Isto pode estar ocorrendo devido a um entendimento equivocado de muitos indivíduos de que para se obter os benefícios provenientes da atividade física para a saúde, eles devem praticar exercícios contínuos e com altas intensidades,

portanto, vigorosos. Pesquisas científicas vêm demonstrar que praticar exercícios, objetivando a saúde, de forma regular e moderada, traz benefícios essenciais para a saúde (NIEMAN, 1999; ACSM, 1999).

Diante desse quadro, tem-se observado nos últimos anos um aumento significativo no aparecimento de academias de ginástica, SPAs ou ainda locais especializados no tratamento de beleza, para onde diversas pessoas se dirigem objetivando reduzir o peso corporal, desde a prática de exercícios localizados, massagens, bandagens até por meios ditos milagrosos (NAHAS, 1999).

Assim como aponta Leite (2000), as razões para tornar-se fisicamente ativo, o que tem se tornado uma obsessão para pessoas dos mais distintos povos, podem estar relacionadas à questões políticas, conquista de *status*, mais saúde, corpo mais belo, e até como manutenção de uma vida saudável visando minimizar as possibilidades de aparecimento de doenças com o avançar da idade.

Existem alguns fatores, entre outros possíveis, os quais predisões ou dificultam a modificação comportamental, tais como:

o conhecimento, a atitude, as experiências anteriores, o apoio social de familiares e amigos, a disponibilidade de espaços e instalações, as barreiras percebidas pelas pessoas (falta de tempo, distancia até o local de prática, falta de recursos financeiros, entre outras) e as normas sociais (leis regras e regulamentos) (NAHAS, 2001, p.2).

Em relação aos fatores intervenientes nas mudanças de comportamento, visando uma satisfação pessoal e aquisição dos benefícios por esta prática proporcionados, tem-se os fatores sócio-culturais e oportunidades de acesso, entre outros.

Iniciar e manter bons níveis de atividade física, e alcançar os benefícios por ela proporcionados implica num certo esforço individual, estando este esforço relacionado precipuamente a presença de uma forte motivação⁴, na qual o indivíduo supera as dificuldades encontradas e percebe os benefícios por ela proporcionados. Faz-se importante salientar a presença da informação e da conscientização, que podem ser realizados das mais variadas formas, sempre por um profissional habilitado. A pessoa deve estar pronta para a mudança e deve também desenvolver

⁴ Motivação pode ser definida como energia, necessidade, desejo que regula a direção, intensidade e a persistência do comportamento e é dirigida a certos objetivos. É aquilo que dá energia, direciona, mantém e sustenta um comportamento (BARBANTI, 1994).

estratégias pessoais visando o início e a manutenção de um comportamento mais ativo (NAHAS, 2001). Um indivíduo pode estar motivado pois procura os benefícios e efeitos de treinamento, os quais podem ser adquiridos com o tempo, e porque deseja que o exercício seja prazeroso e agradável (LEITE, 2000). Tal motivação “é resultante de uma complexa interação de diversas variáveis psicológicas, sociais, ambientais e até genéticas” (NAHAS, 2001, p.2).

Apesar da necessidade de mudança de comportamento por parte das pessoas, e da importância de elementos motivadores para tal prática, existem nessa sociedade, aqui entendida como global, e cada dia aparecem mais, aparelhos tecnológicos que servem para facilitar a vida dos indivíduos mas, por outro lado, tem levado a população a inatividade física, ou seja, ao sedentarismo. Em grande parte, o progresso tecnológico é a causa do sedentarismo. Pode-se encontrar cada vez mais dispositivos que diminuem a execução de movimentos por parte das pessoas, tratamentos médicos mais eficazes, e mais tempo disponível para o lazer do que se tinha a décadas atrás. É notória a facilidade de que dispõem as pessoas para aderirem a um estilo de vida sedentário (KLUG e LETTUNICH, 1992).

Tem-se a impressão de que se está vivendo com uma situação paradoxal, na qual a modernização voltada para a melhoria da qualidade de vida tem levado grande parte das pessoas a um estilo de vida sedentário. Este modo de viver, por sua vez, acarreta o aparecimento de doenças degenerativas que podem, em alguma instância, comprometer essa mesma qualidade de vida tão almejada pelos indivíduos (GUEDES e GUEDES, 1995).

Num estudo realizado por Camlofski, Lopes e Oliveira (2006) visando analisar a qualidade de vida dos funcionários da UEPG – Universidade Estadual de Ponta Grossa, participantes do projeto extensionista intitulado Qualidade de Vida, cujo objetivo é a realização da ginástica laboral, avaliaram 31 funcionários/as entre 16 e 59 anos de ambos os sexos da UEPG, que participam desse projeto. O instrumento de medida utilizado foi o questionário WHOQOL – BREF, desenvolvido pelo grupo de estudos sobre qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde em 1995, o qual avalia as duas últimas semanas vividas. Este contém 26 questões, das quais 2 se referem à percepção individual e as demais 24 estão subdivididas em 4 domínios: físico; psicológico; relações sociais; Meio Ambiente. Os resultados obtidos e analisados de acordo com o questionário aplicado revelaram que os domínios Físico,

Psicológico e Relações Sociais apresentaram índices satisfatórios, demonstrando assim que essa população está conscientizada a respeito dos benefícios proporcionados pela prática regular de atividade física, porém o domínio Meio Ambiente obteve um resultado mais baixo o que, segundo os/as autores/as, está diretamente ligado ao descaso do poder público, pois trata-se de recursos financeiros, segurança física e proteção, participação e oportunidades.

Dentre esses produtos, Nahas (2001) cita o telefone, cada vez mais acessível e mais popular; os veículos automotores e todos os equipamentos a eles relacionados; a criação de sistemas de atendimento em lojas onde os indivíduos podem realizar suas compras de dentro do carro, passando por uma via criada dentro do próprio estabelecimento; no caso de prédios, lojas, etc., a implantação de elevadores, escadas e esteiras rolantes; a criação do controle remoto para os mais variados tipos de utensílios, como os televisores e os portões por exemplo; a facilidade para se realizar compras por vias alternativas, nas quais a pessoa interessada não precisa nem sair de casa, como ocorre na internet e nos bancos eletrônicos, entre outros; e por último são citados os jogos eletrônicos, na forma de *videogames*, pelo computador, que vem a substituir as brincadeiras e jogos ao ar livre, os quais serviam como um meio para as crianças se movimentarem.

Todas essas circunstâncias levam um indivíduo ao sedentarismo, compreendido a partir do estilo de vida com um mínimo de atividade física, o que equivale a um gasto energético no trabalho, no lazer, nas atividades domésticas e na locomoção, inferior a 500 (quinhentos) Kilocalorias (Kcal) por semana. Uma pessoa considerada ativa realiza atividades físicas as quais acumulem um gasto energético semanal de 1000 (mil) Kcal (NAHAS, 2001). Isso pode facilitar o entendimento sobre as orientações realizadas por profissionais as quais preconizam uma prática de atividade física de no mínimo 30 (trinta) minutos, a passos rápidos, numa frequência semanal que pode variar de 3 (três) a 5 (cinco) vezes.

A partir de uma amostra de 91 voluntárias, com idades entre 40 e 64 anos, registros de internação (1995-2001) por doença vascular periférica DVP no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, Silva e Nahas (2004) investigaram a associação entre atividade física habitual e percepção da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) em mulheres portadoras de (DVP). Os dados foram coletados através de entrevista contendo informações sócio-demográficas,

atividade física habitual (IPAQ-8) e QVRS (questionário SF-36). Para a análise utilizou-se o programa SPSS-9.0. Dentre os resultados, destacam-se: maior proporção de casadas (68%), com escolaridade baixa (em média cinco anos) e do nível socioeconômico "C" (54%). Cerca de 75% delas foram classificadas como fisicamente ativas. Entretanto, 68,1% não relataram qualquer atividade física no lazer. Um nível positivo de QVRS foi apresentado por sete em cada 10 mulheres. Associações significativas, através da análise de regressão logística binária, foram obtidas entre o nível de atividade física habitual e o nível de QVRS ($p < 0,05$). Observou-se que as mulheres insuficientemente ativas comparadas às fisicamente ativas apresentaram uma menor chance para um nível positivo de QVRS (Odds Ratio=0,07).

Com o intuito de conhecer o estilo de vida dos profissionais da área de ciências da saúde do Município de Marechal Candido Rondon-PR, Grisa e Madureira (2005) avaliaram 37 profissionais de saúde, 10 do sexo feminino e 27 do masculino, com idade variando entre 26 e 57 anos e 28 e 62 anos, respectivamente. E, 47 professores, 23 dos sexo feminino e 24 dos sexo masculino, com idade variando entre 26 a 54 e 23 a 58 anos, respectivamente. Foi utilizado como instrumento para coletar as informações desejadas o Questionário do Perfil do Estilo de Vida, incluindo mais o comportamento espiritual. Diante das respostas encontradas nesse documento, os autores notaram que tanto os profissionais da saúde quanto os professores da UNIOESC, homens e mulheres, demonstraram um perfil negativo para os componentes atividade física e controle do estresse.

Para Klug e Lettunich (1992) a diminuição na prática de atividades físicas pela população em geral tem ocasionado efeitos negativos na saúde individual, assim como da nação. Assim como a vida das pessoas se torna mais sedentária, a susceptibilidade para tornar-se um portador ou uma portadora de doenças é maior. Dentre as possíveis doenças que podem aparecer em decorrência desse estilo de vida, estão aquelas relacionadas com o coração, tais como: doenças nas artérias coronárias e pressão sanguínea elevada, que estão entre as principais causas de morte nos Estados Unidos da América, e outros países industrializados.

A partir desse entendimento, Nahas (2001) aponta que o sedentarismo é mais comumente encontrado em mulheres do que em homens, em jovens em detrimento aos mais velhos e naqueles grupos de pessoas de baixo nível sócio-econômico e

menor escolaridade. A respeito de a inatividade ser encontrada em maior escala entre as mulheres e idosos, o autor não discute as possibilidades para tal constatação. Sobre os jovens e adolescentes adultos, ele ressalta que muitos indivíduos desses grupos não possuem a oportunidade de participar das aulas de Educação Física, e quando tem acesso, dispõem de pouco tempo, além de receber ínfimas informações as quais possam orienta-los para um estilo de vida mais ativa e saudável.

Partindo do princípio que o binômio Saúde Coletiva - Atividade Física se relaciona diretamente com aspectos sócio-econômicos e ocupacionais, Monteiro et al (1998), avaliou a influência de fatores sócio-econômicos e ocupacionais em grupos com diferentes níveis de atividade física. A população de estudo constituiu-se por 88 indivíduos do sexo masculino, com idade entre 20 e 30 anos, todos soldados da Polícia Militar em Bauru-SP. A estes foi submetido questionário que permitiu identificar três níveis de atividade física: ativos, intermediários e sedentários. Os três grupos formalizaram o estudo observacional do tipo retrospectivo na comparação das seguintes variáveis: i) sócio-econômicas - número de dependentes, tipo de residência e renda per capita; ii) ocupacionais - turno de trabalho, atividade complementar e tipo de ocupação. O teste de Goodman para contrastes entre e dentro de populações multinomiais foi utilizado para análise dos dados. Os sedentários apresentaram piores condições sócio econômicas e maior carga de trabalho; apresentam maiores despesas com moradia (54%), têm renda per capita de até um salário mínimo (53%) e possuem mais dependentes. Os ativos não exercem outra atividade ocupacional (87%), vivem em casa própria (50%), não possuem dependentes (40%) e tem renda per capita superior a dois salários mínimos (83%).

Para muitas pessoas, praticar exercícios físicos é algo desestimulante porque amiúde ele pode causar um certo desconforto para quem o pratica, precipuamente no que se refere à liberação de suor, respiração pesada, pelas batidas do coração ficarem mais fortes e pela sensação dos músculos estarem doloridos. Tudo isso fará o indivíduo pensar duas vezes antes de retornar no próximo dia e praticar os exercícios novamente. No entanto, Klug e Lettunich (1992) ressaltam que essas sensações podem auxiliar a pessoa a saber que tais respostas são sinais de que o

corpo está trabalhando eficientemente, ou seja, positivos, visando tornar os exercícios mais facilmente executáveis.

No que concerne ao papel do exercício físico relacionado à saúde, Guedes e Guedes (1995) afirmam que este pode ser interpretado a partir de dois aspectos: o preventivo e o terapêutico. No primeiro, os exercícios físicos são prescritos e orientados tendo como foco a promoção de adaptações fisiológicas que venham a diminuir a ocorrência de disfunções orgânicas, evitando, assim, o aparecimento de doenças crônico-degenerativas. Já no segundo aspecto, os exercícios físicos apresentam dois objetivos básicos: atenuar os distúrbios e as incapacidades orgânicas que possuam forte tendência em contribuir para o aparecimento de doenças crônico-degenerativas e melhorar as funções de regiões já afetadas, além de impor uma barreira para possíveis complicações em pessoas com portadoras de doenças crônico-degenerativas, as quais já apresentaram clinicamente manifestações, na tentativa de reverter o quadro patológico instalado.

Aquelas pessoas as quais praticam exercícios físicos regularmente possuem um corpo que, diante da capacidade de executar tarefas motoras mais exigentes, pode conduzir melhor as demandas do dia-a-dia. Agilidade, flexibilidade e uma melhor coordenação também são alguns dos benefícios proporcionados pelo exercício regular, explicando porque pessoas ativas enfrentam menos acidentes e relatam sentir-se melhor com o seu corpo (KLUG e LETTUNICH, 1992).

Domingues et al. (2004), realizaram um estudo na cidade de Pelotas, RS, para avaliar conhecimento e a percepção sobre exercício físico em uma população adulta. Verificaram um percentual de 58,9% de indivíduos suficientemente ativos e que a grande maioria da população reconhece a importância do exercício físico, porém menos de 20% considera-o como sendo indispensável. Observou-se que os indivíduos com nível social mais elevado e grau de escolaridade maior, têm um conhecimento melhor sobre os benefícios da atividade física. Ainda, os homens mostraram-se ligeiramente mais ativos que as mulheres.

Em relação a influencia exercida pelos meios de comunicação de massa nos indivíduos, para que estes sejam encorajados a buscar alternativas para se chegar à boa forma e ao modelo estético vigente, é notório o aumento no número de publicações nas bancas de jornais, por exemplo, as quais nem sempre trazem mensagens corretas sobre esses assuntos (NAHAS, 1999).

Pode-se observar o crescente aumento no número de lojas de materiais esportivos e produtos ditos próprios para atividade física, além do aumento da oferta de cursos de graduação em Educação Física, precipuamente aqueles voltados para o Bacharelado, portanto para intervenções informais (não escolares). Como conseqüência, as ofertas de *personal trainers* tem aumentado, focalizando aqueles clientes interessados em perder massa corporal (peso), firmar seus músculos e ganhar uma aparência mais juvenil. Diante do exposto, tem-se a impressão de que a sociedade em geral aderiu a um estilo de vida ativo. De fato, pensar em indivíduos de classe média e alta como público, facilmente se chegaria a tal conclusão. Todavia, esta é apenas uma parcela da população, por que não pequena, quando se considera a população em geral.

Quando se lê um jornal, uma revista, ou quando se escuta um rádio, ou ainda quando se assisti programas televisivos, é virtualmente impossível de não se deparar com notícias as quais tratem de saúde. Apesar da qualidade de algumas reportagens não ser de qualidade, estas tem auxiliado os indivíduos a perceber que todos/as precisam se conscientizar e manter esforços para melhorar ou manter a saúde estável (KLUG e LETTUNICH, 1992).

Atualmente, o exercício físico é uma necessidade absoluta para o homem, pois com o desenvolvimento científico e tecnológico advindo da revolução industrial e da revolução tecnológica, pela qual passamos, nos deparamos com elevado nível de estresse, ansiedade e sedentarismo que compromete a saúde de boa parte das populações de países desenvolvidos e em desenvolvimento (ANTUNES et al, 2006, p.1).

A respeito de a atividade física ser reforçada freqüentemente pelos meios de comunicação de massa e “[...] apesar das evidencias científicas sobre o papel da atividade física na promoção da saúde [...]”, o paradoxo é que “a maioria das pessoas não é ativa em níveis que possam trazer tais benefícios” (NAHAS, 2001, p.125). Os valores de aptidão física, estereótipo de corpo, padrão de vida, de consumo, tem amiúde causado pressão nas pessoas para que se adequem a tais modelos, mesmo que estes sejam impossíveis de serem atingidos pela maioria da população, acrescenta o autor.

Essa pressão tem levado grande parte da população a procurar por programas de exercícios físicos objetivando perder peso. Porém, como questionam Klug e Lettunich (1992), somente os exercícios físicos podem levar alguém a perder massa corporal (peso)? Apesar de citarem o ACSM quando este afirma que para se

perder massa corporal apenas com exercícios físicos são necessárias, no mínimo, 4 (quatro) sessões por semana de 50 (cinquenta) minutos, o autor e a autora enfatizam que um indivíduo poderá perder massa corporal (peso) combinando exercícios com um decréscimo no consumo calórico diário.

Barros e Nahas (2001) realizaram um estudo com trabalhadores adultos da indústria, no estado de Santa Catarina. Verificaram que 68,1% dos trabalhadores eram inativos. Também, ao auto-avaliarem seu nível de saúde, 85,2% o classificaram como excelente ou bom e 14,8% como regular ou ruim. Uma limitação deste estudo é que a atividade física estava relacionada a atividades realizadas no lazer e a população estudada era somente de trabalhadores com diferentes idades.

Em Santa Catarina, na cidade de Mafra, foi realizado um estudo de base populacional, utilizando-se do IPAQ (Questionário Internacional de Atividade Física) em sua versão longa (FLORES, 2002). O pesquisador verificou que 89,9% dos indivíduos adultos atendiam ao critério mínimo de gasto energético de 450 MET/minutos/semana, considerados no conjunto das quatro atividades de abrangência do questionário (trabalho, transporte, lar e lazer).

No que se refere às recomendações acerca do tipo, da quantidade, da intensidade e freqüência de atividade física apontadas pelas autoridades da área, percebe-se uma grande proximidade entre os autores pesquisados.

Em 1995 o American College Sports of Medicine (ACSM), juntamente com os Centers of Disease Control and Prevention (CDC) publicaram recomendações sobre saúde pública, visando incentivar a prática de exercícios físicos entre as pessoas. Naquele momento, entre as recomendações, uma delas afirmava que todo norte americano adulto deveria praticar 30 minutos ou mais de atividades físicas moderadas, de preferência durante todos os dias. Posteriormente, 3 anos depois, estes mesmos grupos, o ACSM e o CDC, reuniram-se e após revisarem a pesquisa sobre os benefícios da atividade física regular para a saúde, corroboraram a recomendação acima descrita, apontada em 1995.

Para que se possa desfrutar dos benefícios de um determinado treinamento, são indispensáveis, no mínimo, três sessões de treino, com uma freqüência entre 4 e 5 vezes por semana, sendo necessárias de 4 a 6 semanas para se sentir e

observar seus efeitos. Em relação à quantidade de calorias as quais devem ser despendidas, é apontado um mínimo de 1000 kcal por semana (LEITE, 2000).

A atividade física, relacionada à promoção de saúde, deve ser praticada regularmente, durante 30 minutos e 3 vezes por semana, no mínimo. Essa atividade recomendada pode ser praticada de forma contínua ou intermitente, através de pequenos períodos de atividade, tais como: “subir escadas em vez de utilizar o elevador, andar em vez de dirigir em pequenas distancias, realizando exercícios localizados ou pedalando uma bicicleta ergométrica enquanto assiste à televisão” (NIEMAN, 1999, p.17).

Durante os anos de 1996 e 1997, Monteiro et al. (2003), realizaram um estudo envolvendo 11.033 pessoas com 20 anos ou mais, das regiões Nordeste e Sudeste do Brasil, regiões em que vivem 70% da população brasileira. Do total, 13% praticam o mínimo de 30 minutos de atividade física no lazer, somente 3,3% atingem a recomendação de praticar 30 minutos de atividades físicas, em cinco dias da semana ou mais, sendo a prevalência de inatividade física no lazer de 96,7%, quando considerado o mínimo de 150 minutos/semana. Os pesquisadores constataram que os homens são mais ativos do que as mulheres e que a prevalência de atividade física é menor do que aquela encontrada em países em desenvolvimento, apesar dos fatores demográficos e socioeconômicos serem semelhantes. Também atribuem tal situação em razão do Programa Agita Brasil ter sido implantado no país somente após 1997.

Além dessas considerações, vale lembrar que a aproximação adequada de um programa de exercícios físicos é determinar e dispor das metas reais que se pretende atingir, encontrar uma atividade ou atividades bem acompanhadas para ajudar a atingir aquelas metas estipuladas e os interesses e necessidades pessoais, persistindo naqueles objetivos com consciência (KLUG e LETTUNICH, 1992).

Nahas (2001) salienta sobre a importância de se adaptar os exercícios para um indivíduo e não o oposto, considerar o nível de atividade física deste sujeito e suas especificidades quando se objetiva recomendar exercícios físicos. Além disso, para se montar um programa de exercícios deve-se respeitar os cinco princípios fundamentais, como segue: Princípio da Sobrecarga; Princípio da Progressão e da Continuidade; Princípio do Uso e do Desuso; Princípio da Especificidade; Princípio da Individualidade Biológica. O autor recomenda uma freqüência semanal de

atividades físicas de 3 (três) a 5 (cinco) sessões, com uma duração que pode variar de 20 a 60 minutos, numa intensidade de 50 a 85% da Frequência Cardíaca Máxima⁵, com atividades como caminhada, corrida, natação, etc.

De modo sucinto, pode-se dizer que uma prática de atividade física regular, intermitente ou contínua, com doses moderadas, melhora a aptidão do corpo de forma geral, garantindo um desenvolvimento dos principais órgãos, como o coração e os pulmões, dos principais grupos musculares, mantendo as articulações flexíveis, e os níveis de gordura corporal são mantidos dentro daqueles considerados adequados (NIEMAN, 1999). Leite (2000) concorda com Nieman em relação a estes benefícios por ele acima citados e ainda acrescenta outros de ordem psicológica, como melhora da auto-estima e redução dos níveis de ansiedade e depressão.

Além desse objetivo de manutenção da saúde através da atividade física, ambos autores apontam que se pode objetivar, também, diminuir os riscos de aparecimento de doenças cardíacas, câncer, estresse emocional e outras doenças comumente encontradas. Nahas (1999) reforça apontando que a atividade física regular tem importância visando a prevenção de doenças, e constitui-se como um fator fundamental na manutenção ou redução do peso corporal. De fato, tais benefícios proporcionados pela atividade física estão comprovados, como também na prevenção dos fatores de risco nas dislipidemias⁶ (BRASIL, 1995).

Em estudo de base populacional realizado na cidade de Pelotas, RS, utilizando o IPAQ (Questionário Internacional de Atividade Física), versão curta, teve como objetivo verificar o nível de atividade física entre adultos, encontrando uma prevalência de 41,1% [IC95% 39,4;42,8] para a inatividade física (HALLAL et al., 2003). Por outro lado, o índice de massa corporal (IMC) mostrou-se associado com a inatividade física somente entre os homens. Nesse trabalho, percebeu-se que a prevalência de inatividade física encontrada foi alta, porém mais baixa do que a constatada na maioria dos estudos já realizados em outros países.

Leite (2000) coloca como uma possibilidade mais adequada para iniciantes na prática de exercícios físicos regulares as caminhadas, por ser uma atividade natural, a qual não produz traumas músculo-esqueléticos, por serem de baixo custo

⁵ “A Frequência Cardíaca Máxima para adultos jovens é aproximadamente 195-200 batimentos por minuto. O cálculo pode ser feito subtraindo [220-idade] ou 208-(0,7x idade)” (NAHAS, 2001, p.43).

⁶ As dislipidemias podem ser representadas pela hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia (BRASIL, 1995).

financeiro, pode ser praticada de forma individual ou coletiva, enfim, por trazer benefícios para pessoas de todas as idades, desde que avaliadas anteriormente e bem orientadas. Indicada essa possibilidade, o autor aponta outras como corridas, ciclismo, musculação, ginástica, dança aeróbica, natação, remo, pular cordas, exercícios de relaxamento, futebol, voleibol, tênis, basquetebol, salientando a importância de se conhecer as indicações, as vantagens e as desvantagens de cada uma delas. Ainda sobre a caminhada, Klug e Lettunich (1992) reforçam que esta é um meio simples e seguro para se exercitar. Além disso, qualquer nível de caminhada pode trazer benefícios para a saúde.

Hallal et al (2005) compararam os dois estudos brasileiros, realizados em São Paulo (MATSUDO et al. 2002) e Pelotas (HALLAL et al. 2003), que investigaram os padrões de atividade física em adultos e que utilizaram o IPAQ (Questionário Internacional de Atividade Física). Quando comparados, a prevalência de sedentarismo foi três vezes maior em Pelotas. Destaca-se aqui, a existência do Programa “Agita São Paulo”, na cidade de São Paulo, conhecido para 39,1% da população paulista, e que nenhum programa desta natureza é desenvolvido na cidade de Pelotas. Por outro lado, quando comparadas as duas cidades, os homens eram mais sedentários que as mulheres em São Paulo, o que não se observou em Pelotas. Contudo, uma associação positiva entre estilo de vida sedentário e idade foi achado em Pelotas. Em São Paulo, percebeu-se um discreto aumento do nível de sedentarismo de 7,7% para 12,8% com o aumento da idade. As condições socioeconômicas estavam relacionadas ao estilo de vida sedentário em ambas as cidades.

Diante da prática regular de atividade física, seja para jovens ou idosos, pode-se listar algumas modificações no organismo. Barbosa (1999) apresenta algumas relativas as alterações cardiovasculares, locomotoras, respiratórias, sanguíneas e neuro-psíquicas.

Nas alterações cardiovasculares, há um aumento na capacidade do coração em bombear sangue, uma economia de energia pelo coração para a manutenção da função cardíaca de repouso, e também, quiçá uma das causas mais freqüentes para a procura de atividade física, uma diminuição na pressão arterial em idosos com hipertensão leve ou moderada.

Outra modificação está relacionada ao aparelho locomotor, que pode aumentar a resistência de tendões e ligamentos, aumentar a massa muscular e a densidade óssea, além de contribuir com um aumento na mobilidade articular.

Em relação às alterações relativas ao aparelho respiratório, observa-se um aumento da força de músculos respiratórios, o que vem melhorar a capacidade de inspiração e expiração.

No nível sanguíneo, ocorre uma diminuição dos níveis do *Low Density of Lipoprotein* ou colesterol de baixa intensidade (LDL) e triglicerídeos, e aumento do *High Density of Lipoprotein* ou colesterol de alta intensidade (HDL), entre outras mudanças.

E quanto às mudanças neuro-psíquicas, é citada a diminuição da ansiedade, da depressão e da dor crônica, aumento da coordenação motora e aumento da auto-estima.

A atividade física sempre causará efeitos agudos e, portanto, imediatos durante as práticas físicas, assim como, efeitos crônicos que a depender da intensidade dos estímulos poderão causar alterações funcionais e anátomo-morfológicas positivas ou negativas, no organismo das pessoas, no decorrer do tempo, conforme a duração e a frequência com que sejam repetidos diária, semanal, mensal e anualmente (BRASIL, 1995, p.39).

02.3 APTIDÃO FÍSICA E SEUS COMPONENTES

A aptidão física, para muitas autoridades da área de Educação Física, pode ser equiparada com uma prática regular de atividades físicas, nas quais as pessoas praticam exercícios visando a manutenção do coração, pulmões e músculos esqueléticos em ordem, de forma adequada (NIEMAN, 1999). Nesse sentido, os indivíduos poderão realizar atividades do cotidiano com eficácia, tendo um menor risco de doença crônica.

Além disso, todo ser humano necessita de uma quantidade mínima de aptidão física para que possa se adaptar as diversas situações possíveis oriundas do dia-a-dia. Esta adaptação ocorre primeiramente a nível fisiológico, morfológico e metabólico, proporcionando adaptações sociais e psicológicas para os afazeres diários, tais como: correr para alcançar um ônibus, carregar uma mala, transportar pacotes de supermercado, etc (LEITE, 2000).

A aptidão física relacionada à saúde traz consigo os benefícios biológicos que oferecem suporte para uma proteção contra o aparecimento de doenças oriundas de um estilo de vida sedentário, estreitamente ligado ao nível de prática de atividade física (GUEDES e GUEDES, 1995).

Ainda com relação à aptidão física, focalizando a saúde, pode-se incluir a aptidão cardiorespiratória, a qual está relacionada à capacidade de se manter numa atividade fatigante envolvendo grandes grupos musculares, por longos períodos de tempo. Inclui-se também a composição corporal, expressa comumente em porcentagem de gordura corporal⁷. Pode-se acrescentar a flexibilidade, entendida como a capacidade de amplitude das articulações para realizar um movimento, e também a força e resistência muscular, relacionadas a força máxima exercida contra uma resistência e a capacidade da musculatura em prover uma força submáxima repetidas vezes, respectivamente (NIEMAN, 1999).

Visando um desenvolvimento da aptidão física, seja ela relacionada com habilidades, seja com a saúde, existem várias possibilidades de escolha de atividades. Entre elas estão os esportes, como o futebol, as lutas, o basquetebol, a natação, etc, e outras atividades como corrida e ciclismo. Com seu caráter social e competitivo, os esportes apresentam sua prática de forma mais prazerosa e auxiliam numa adesão mais prolongada em detrimento a outras, com a corrida, que não apresenta tais aspectos. Por outro lado, diversos esportes demandam algumas habilidades atléticas, como beisebol e voleibol, por exemplo, o que limitaria a promoção da aptidão física relacionada à saúde. “Isto ocorre devido ao fato deles falharem na estimulação do coração, pulmões e músculos num nível suficiente para produzir alterações positivas” (NIEMAN, 1999, p. 7).

Apesar do significativo aparecimento de programas de exercícios físicos, enfatizando a possibilidade das pessoas estarem participando de atividades que envolvam diversas experiências na área motora, seja na escola ou em ambientes como academias, clubes, infelizmente tem ocorrido uma ênfase acentuada na prática dos esportes, os quais requerem uma participação maior dos componentes da aptidão física relacionada ao desempenho atlético (GUEDES e GUEDES, 1995).

⁷ Refere-se a “quantidades relativas de gordura corpórea e tecido corpóreo magro ou massa corporal magra (músculos, ossos, água, pele, sangue e outros tecidos não-gordurosos)” (NIEMAN, 1999, p.7).

Diante disso, vale ressaltar que a prática de algumas atividades esportivas, como o golfe, podem não apresentar uma aptidão física relacionada à saúde adequada, podendo até demonstrar risco de doenças crônicas. Ainda nesse sentido, indivíduos que não gostam e não praticam esportes, podem ser fisicamente ativos, treinados e saudáveis, desde que pratiquem exercícios aeróbicos e músculo-esqueléticos regularmente. Quando se pensa na prática de exercícios físicos visando uma melhora na saúde, é importante considerar algumas orientações, como por exemplo, os objetivos serem atingidos e que estão norteando essa procura, para que, diante dessas informações, se possa realizar uma orientação adequada em relação à intensidade, ao tempo e à frequência dos exercícios físicos a serem realizados (NIEMAN, 1999).

O oxigênio é necessário para os músculos desempenharem suas funções, e estes dependem de um dos mais importantes músculos do corpo para transportá-lo: o coração. Durante uma sessão de exercícios, o coração trabalha duro para circular o sangue, o qual contém oxigênio, a fim de atravessar todo o organismo. As crescentes demandas de exercício estimulam o coração para que trabalhe com mais eficiência. Esse é o coração inativo que enfraqueceu, compensando a falta de força com batimentos mais frequentes para fazer com que o sangue circule. Um coração mais forte pode fazer circular mais sangue por batimento, usando essa capacidade para fazer o oxigênio chegar com mais eficiência nos músculos (KLUG e LETTUNICH, 1992).

O corpo humano possui diversos grupos musculares, podendo ser classificados como longos, curtos, possui também tendões e ligamentos, os quais permitem a realização, por parte dos membros superiores e inferiores, uma ampla variedade de movimentos, sejam eles na prática esportiva ou em outras atividades do dia-a-dia. O cérebro, responsável pela coordenação da liberação de sangue, oxigênio e combustível do coração e dos pulmões, também faz parte, entre outros sistemas do corpo, de um todo que se comunica entre si, através de vias químicas e nervosas, para assegurar que qualquer atividade física seja realizada com uma coordenação precisa (NIEMAN, 1999).

Diferentemente do que muitas pessoas possam pensar, inclusive profissionais da área de Educação Física, “o exercício físico não é o único mecanismo de promoção da aptidão física: os hábitos de prática da atividade física em nosso

cotidiano também desempenham importante papel nesse campo” (GUEDES e GUEDES, 1995, p.13).

02.3.1 Idade e Aptidão Física

As transformações ocorridas quanto a demografia da população mundial tem sido resultado, mas não somente, do aumento da expectativa de vida (PINHEIRO, 2004). Diante disso, nota-se uma preocupação cada vez maior dos estudiosos em relacionar a aptidão física com a velhice, procurando apontar os benefícios da prática regular de exercícios físicos para a saúde e vida diária dos idosos.

No que se refere à idade de uma pessoa, nota-se que comumente esta é determinada pela contagem dos anos que essa pessoa viveu até a data atual. Esta determinação é chamada de idade cronológica. Contudo, pode-se dizer que indivíduos com a mesma ou similar idade podem ter características físicas, comportamentos e disposição muito diferentes. O conjunto desses fatores fisiológicos e psicológicos, os quais caracterizam o modo de vida e a condição de saúde das pessoas, e não somente os fisiológicos considerados na idade cronológica, constituem a denominada idade biológica (NAHAS, 2001).

Nieman (1999) relata pesquisas nas quais uma proporção relevante das perdas fisiológicas relacionadas com a idade pode estar relacionada a uma tendência das pessoas em se exercitar menos conforme envelhecem.

Em qualquer idade, os indivíduos que se exercitam de forma vigorosa podem ser mais bem treinados do que os sedentários, mas, por causa do processo de envelhecimento, menos treinados do que pessoas jovens que se exercitam (NIEMAN, 1999, p.32).

Em estudo realizado na cidade de São Paulo, Matsudo et. al (2002) verificaram que indivíduos do sexo masculino são menos ativos (35,9%) do que indivíduos do sexo feminino (39,3%). Quando considerada a idade cronológica, verifica-se um aumento no nível de sedentarismo com o aumento da idade.

Apesar das evidências demonstradas por gerontólogos⁸, de que a prática de atividade física regular constitui-se num elemento fundamental para um envelhecimento saudável, pesquisas têm demonstrado que somente cerca de um

⁸ Gerontólogos são aqueles indivíduos os quais estudam as “mudanças física e mental que acontecem no envelhecimento, e as maneiras de manter a saúde e a vitalidade após a idade adulta jovem” (BARBANTI, 1994, p.141).

terço das pessoas idosas se exercita regularmente. Isso significa menos do que em qualquer outra idade (NIEMAN, 1999).

Visando um melhor entendimento sobre o processo de envelhecimento, mais especificamente o envelhecimento fisiológico, se faz plausível uma definição desse termo. Leite (2000, p.233) define envelhecimento fisiológico como

uma série de alterações nas funções orgânicas e mentais devido exclusivamente aos efeitos da idade avançada sobre o organismo, que perde parcialmente a sua capacidade de manter o equilíbrio homeostático.

De acordo com Santos (2002) o envelhecimento é entendido como um processo que se dá ao longo da vida, o qual não é simples nem único, marcado por continuidades e mudanças, reorganizações de ordem funcional e estrutural. Esse processo sofre influência de fatores comportamentais e sociais, apresentando-se de forma integrada.

Vargas (1983) afirma que para um entendimento claro do processo de envelhecimento, é preciso considerar o conjunto das diversas características e elaborar um juízo global. Nesse sentido, como características do envelhecimento, Barbosa (2003) aponta para perdas fisiológicas como auditivas, visuais, olfativas, gustativas, táteis, perdas ósseas, musculares, articulares, digestivas, nervosas, tegumentares, respiratórias, etc. Este decréscimo nas funções nem sempre está associado a estados doentes, mas a características inerentes ao próprio processo. Em relação às perdas, Rodrigues (1999) corrobora as palavras de Barbosa ao declarar que, de fato, o processo de envelhecimento está associado a uma maior vulnerabilidade física e emocional.

O processo de envelhecimento acontece e, paralelamente a isso, a capacidade de um indivíduo de se exercitar intensamente diminui com a idade. Tal diminuição, aliada a não prática de atividades físicas regulares, pode contribuir para uma dependência cada vez maior desses indivíduos em relação a outras pessoas, devido a um crescente aumento da fraqueza muscular (NIEMAN, 1999).

A inatividade pode ser um fator determinado pelas alterações orgânicas oriundas do envelhecimento que tendem a reduzir a capacidade de realizar atividade física. Barbosa (1999, p.151) afirma que o agrupamento das alterações “fisiológicas

determinadas pelo envelhecimento com o efeito das possíveis patologias comuns na terceira idade, contribui para uma redução da capacidade de realizar atividade física

Além disso, “A perda da força muscular, da mobilidade e da resistência orgânica geral atribuída ao envelhecimento é, em grande parte, decorrente da pouca atividade física habitual [...]” (NAHAS, 2001, p.116).

Fleck e Kraemer (1999) apontam algumas alterações nos diversos sistemas presentes no corpo humano com a idade, tais como: sarcopenia; o acúmulo de doenças crônicas; alterações no sistema nervoso; alterações hormonais; estado nutricional e atrofia por desuso. A sarcopenia está relacionada a uma redução na massa muscular, como tendência geral do processo de envelhecimento. O acúmulo de doenças crônicas que, ao impossibilitarem o idoso de desempenhar suas funções diárias, prejudicam a sua aptidão funcional e, conseqüentemente, a força muscular. As alterações no sistema nervoso se relacionam a dificuldade, com a idade, de detecção de estímulos e de processamento de informações, refletindo na progressão do impulso nervoso até a musculatura. As alterações hormonais vêm dificultar as adaptações do organismo ao treinamento de força. O estado nutricional tem relação com, diante de uma redução na massa muscular, um aumento no percentual de gordura corporal. E a atrofia por desuso possui conexão com a adoção de um estilo de vida sedentário, ou seja, o indivíduo deixa de exercitar a musculatura, o que leva a uma diminuição da massa muscular e da força.

Apesar de se saber que um aumento de força muscular seria possível através de treinamento com altas cargas, ou de alta intensidade, deve-se salientar que para indivíduos idosos isso não se aplica dessa maneira. Um treinamento de força com esses grupos deve ser cautelosamente estruturado para que não venha a trazer complicações ou tornar comprometimentos já existentes no indivíduo mais graves. Diante dessas considerações, é importante ressaltar “[...] que o treinamento de força é o mais adequado para melhorar a qualidade de vida, a autonomia e a capacidade funcional do idoso [...]” (PINHEIRO et al, 2004, p.146).

Vários estudos têm focado as potencialidades e os limites no curso da vida, mostrando que existem possibilidades para um envelhecer bem-sucedido. (RODRIGUES, 1999). Esta velhice bem-sucedida “depende do equilíbrio entre as limitações e as potencialidades da pessoa, o que lhe permite lidar com as inevitáveis

perdas decorrentes do envelhecimento com diferentes graus de eficácia” (OKUMA, 1998, p.77).

02.4 COMPONENTES DO ESTILO DE VIDA

02.4.1- Hábitos Alimentares

Em se tratando de hábitos alimentares, Nieman (1999) aponta que, independente da pessoa, seja ela fisicamente ativa ou não, é recomendada uma dieta adequada, ponderada tanto para a saúde em geral quanto para a prevenção de doenças. A proporção da ingestão energética total, a qual é recomendada para carboidratos, gorduras e proteínas, é de 55 por cento, 30 por cento e 15 por cento, respectivamente. Considerando um aumento no tempo despendido com a prática de exercícios físicos regulares do tipo aeróbicos, como corrida, natação, etc., recomendam-se algumas alterações na dieta, tais como: aumento na ingestão de líquidos; aumento na porcentagem de calorias originadas de carboidratos; aumento na ingestão energética.

Um estilo de vida com bom condicionamento físico pode, além de reduzir o risco de doenças e aumentar a longevidade, manter um bom funcionamento do organismo em indivíduos da terceira idade. Além de contribuir para a longevidade, o exercício pode diminuir muito dos efeitos psicológicos encontrados na velhice, os quais comumente são considerados como inevitáveis. Apesar da grande quantidade de evidências científicas sobre a importância da atividade regular para a saúde, considera-se uma tarefa difícil incentivar cada vez mais pessoas a aderirem a programas de atividade física em virtude, nos últimos 50 anos, do aparecimento de inúmeros aparelhos e máquinas tecnológicas. Estas vêm eliminando, em larga escala, grande parte dos esforços físicos da vida diária da população (ACSM, 1999).

De fato, comportamentos como a prática regular de atividades físicas, combinada com uma dieta saudável⁹, representam um caminho mais eficiente e saudável para manter ou reduzir o peso corporal, devendo estes serem incluídos no estilo de vida das pessoas (NAHAS, 1999).

⁹ Uma dieta saudável pode ser obtida através da ingestão de uma ampla variedade de alimentos nas refeições diárias, considerando a importância destes serem agradáveis ao paladar e também o equilíbrio necessário entre as calorias totais e a inclusão dos nutrientes essenciais (NAHAS, 2001).

02.4.2- Controle do Peso Corporal

Além do fato de que o conceito de obesidade ter mudado tanto nos últimos anos, existem várias definições possíveis. Assim como salienta Leite (2000) as tabelas de peso e altura tem sido consideradas como defasadas diante das metodologias modernas, que incluem, além desses dois componentes citados, outras variáveis antropométricas, como o peso ósseo, a massa muscular e a gordura corporal, entre outras.

A obesidade pode ser definida como

um determinado número de quilos acima da média para certa idade e altura. [...]. Outra definição faz referência ao tipo corporal que alguém possua: grande, média ou pequena estrutura (de acordo com o diâmetro ósseo do punho), relacionando esta medida com o peso corporal considerado Ideal (NAHAS, 1999, p.30).

De modo mais hodierno, a obesidade pode ser “definida como o excesso de gordura corporal no peso corporal total e não somente excesso de peso corporal para uma determinada estatura” (LEITE, 2000, p.191).

Em estudo realizado na cidade de Pelotas, RS, com indivíduos na faixa etária entre 20 e 69 anos, encontrou-se uma prevalência de obesidade de 21,0% (IC95% 18,0;23,0), estando presente em 25% entre as mulheres e 15% entre os homens (GIGANTE et al 1997).

A obesidade é considerada como uma condição patológica¹⁰. Tal condição implica no fato de o peso corporal estar de 30% a 35% acima da exigência física e esquelética em mulheres, e valores de 20% a 25% acima em homens (BARBANTI, 1994).

Nahas (1999) aponta que, mais do que uma preocupação com relação à estética, o sobrepeso e a obesidade, caracterizados pelo excesso de peso corporal, é uma questão de saúde pública, reconhecida como uma doença e considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma epidemia de proporções mundiais (NAHAS, 1999). Barbanti (1994) corrobora essa afirmação e destaca que a obesidade é incômoda e perigosa para a saúde, sendo difícil eliminá-la ou diminuí-la, precipuamente na idade adulta e na velhice.

¹⁰ Patologia é o ramo da medicina que estuda as doenças e as possíveis formas de tratamento (BARBANTI, 1994).

Além da obesidade, comumente se pode ouvir outro termo chamado de sobrepeso. Este se refere a algo ilusivo que é habitualmente utilizado para descrever indivíduos os quais excedem o peso corporal em, no mínimo, 20% dos valores máximos de quantidade recomendados para a idade, sexo, peso, e níveis seguros de acordo com as tabelas de referência. Obesidade, por outro lado, é um termo mais preciso, e corresponde a um acúmulo excessivo de gordura no corpo, a qual pode ser quantitativamente mensurada através da determinação do percentual de gordura corporal do indivíduo (KLUG e LETTUNICH, 1992).

Sabe-se que o número de pessoas inseridas no quadro de obesidade tem aumentado consideravelmente nessas últimas décadas. De acordo com Nieman (1999), nos dias atuais cerca de um em cada três norte-americanos adultos é classificado como obeso, sendo que desses, dois terços possuem seus pesos superiores ao que deveriam pesar. A obesidade tem se constituído tanto como problema de ordem médica quanto como de saúde pública. Para Nahas (1999), a proporção de obesos nos mais distintos países pode variar de 10 a 25% da população, como é o caso da Europa ocidental, 20 a 25% na América do Norte e até os 40% entre mulheres localizadas na Europa Oriental e mulheres negras nos Estados Unidos da América. No caso do Brasil, a proporção de obesos já é de aproximadamente 10% do total.

Barbosa (2003) coloca que a tendência mundial a inatividade física tem levado grande parte da população a enfrentar problemas de saúde, como alterações cardiovasculares e osteoarticulares, bem como a elevação do peso corporal, caracterizando como obesidade e todas as complicações relacionadas a ela. A obesidade “predispõe o organismo a várias doenças e morte prematura” (NAHAS, 1999, p.23).

Dentre os possíveis fatores causadores da obesidade nos indivíduos, um deles, hoje considerado entre um dos que mais precisam de atenção, está relacionado a dietas ricas em calorias e gorduras, ou seja, quando a ingestão de gorduras é elevada, a maioria das pessoas tende a ganhar peso mais fácil e rapidamente. Por outro lado, quando a ingestão das calorias é obtida predominantemente sob a forma de carboidratos, o peso corporal desejável é mantido, ou mais fácil de ser alcançado. Relacionado a isso está o gasto energético

insuficiente, um gasto calórico inferior ao que se consome com alimentos (NIEMAN, 1999).

Já Fleck e Kraemer (1992) são mais cautelosos ao falar sobre as causas da obesidade. Segundo o autor e a autora, está claro que quando as pessoas consomem mais calorias do que gastam pode-se esperar que ganhem peso, e mensurar o número de calorias consumidas é algo relativamente simples. Todavia, mensurar a quantidade de calorias gastas por uma pessoa é uma preposição muito mais difícil, ponderando que isso parece variar consideravelmente de pessoas para pessoa, de situação para situação. Como resultado, pode-se ter diversas variáveis que podem causar a obesidade, como dieta, fator hereditário, estilo de vida, a fisiologia individual e até mesmo fatores psicológicos parecem contribuir.

Dentre os possíveis problemas relacionados à obesidade e considerados importantes, encontra-se a dificuldade emocional, a qual é expressa pelo sentimento de culpa, depressão, entre outros, observados amiúde em pessoas obesas, devido as fortes pressões por elas sofridas para serem magras; um aumento de incidência da osteoartrite dos joelhos e dos quadris, em virtude do excesso de peso; um aumento da incidência de hipertensão arterial; aumento dos níveis de colesterol e triglicérides, e de outras gorduras no sangue, bem como uma diminuição nos níveis de lipoproteína de alta densidade-colesterol, conhecida como *High Density of Lipoprotein*, ou colesterol de alta densidade (HDL); aumento na predominância do diabetes, chegando a ser até três vezes maior entre as pessoas obesas; aumento tanto na possibilidade de apresentar mais problemas de risco de doenças cardíacas, quanto na mortalidade em decorrência delas; aumento nas taxas para os principais tipos de câncer em relação a pessoas não obesas; pessoas obesas apresentam morte precoce, prematura, se comparadas a pessoas magras (NIEMAN, 1999).

Desse modo, o peso corporal se mantém ou se modifica de acordo com a ingestão calórica, ou seja, o consumo, e o gasto energético, seja ele basal ou em atividades físicas (NAHAS, 1999). Esse autor ainda complementa afirmando que o gasto energético total (GET) é resultante de três componentes: Gasto Energético

Basal¹¹; energia para ingestão e digestão dos alimentos e; atividades físicas, as quais também incluem aquelas atividades da vida diária.

A obesidade pode ser causada por esses e também por outros fatores, os quais nem sempre estão relacionados a um gasto energético insuficiente. Fatores como as influências genéticas, que podem explicar, em média, 25 por cento das diferenças da obesidade entre as pessoas (NIEMAN, 1999). A obesidade pode ser originada de ordem multifatorial, reforça Leite (2000), com fatores genéticos, psicológicos, endocrinológicos, metabólicos, além dos comportamentais os quais podem causar um desequilíbrio entre o consumo e o gasto energético pelo organismo.

Quando se trata da obesidade, logo se pode pensar em orientação, tanto para a prática de exercícios físicos quanto para uma dieta equilibrada, adequada para as necessidades energéticas de cada indivíduo, sem esquecer das outras possibilidades de encaminhamento não apontadas nesse trabalho. Considerando a primeira orientação citada, deve-se levar em conta vários fatores, a fim de que um indivíduo obeso possa efetivar uma mudança comportamental e iniciar sua prática regular de exercícios físicos.

Dentre os fatores possíveis, é citada a dificuldade que essas pessoas podem enfrentar para praticarem exercícios físicos regulares. Para Leite (2000) o excesso de peso encontrado em indivíduos obesos pode: dificultar as possibilidades de movimentação, de amplitude de gestos; o exercício físico pode levar a pessoa a sentir dor, desconforto; devido a uma imagem negativa de si próprio, a tendência é que indivíduos obesos evitem ambientes públicos, como quadras esportivas e academias, por exemplo, restando-lhes a prática de exercícios somente no âmbito domiciliar, o que é, em grande parte das vezes, invariável e desinteressante.

Esses fatos podem, entre outras possibilidades, levar esse público a perderem sua motivação para o exercício, tendo como consequência a interrupção parcial ou total em programas organizados de estímulo a movimentação corporal, individual ou coletiva.

Considerar que um terço do gasto energético total diário de uma pessoa normal se destina à atividade muscular, pode levar a pensar que o exercício

¹¹ Gasto Energético Basal (GEB) representa a energia necessária para manter as funções orgânicas em repouso, sendo responsável por 60-75% do Gasto Energético Total (GET) (NIEMAN, 1999).

constitui-se como o meio mais importante para que o organismo gaste energia e é o fator que causa um efeito mais significativo sobre o gasto energético diário. Desse modo, qualquer pessoa que venha a assumir um estilo de vida sedentário por um longo período, mesmo sem apresentar excesso de peso corporal, possui uma tendência a apresentar um nível de adiposidade acima dos considerados adequados (LEITE, 2000).

Visando prevenir ganhos de peso na vida adulta, a prática regular de exercícios físicos pode servir como medida preventiva nesse aspecto. Nieman (1999) reforça apontando que pessoas magras são mais ativas em relação às obesas e que o exercício regular reduz as tendências de ganho de peso com o passar do tempo.

O ACSM (1999) aponta que a prática de exercícios pode resultar em uma pequena diminuição da quantidade de gordura corporal e, conseqüentemente, do peso. Apesar disso, vale ressaltar que somente a prática de exercícios, assim como pensam muitas pessoas, não é suficiente para um controle e perda de peso, sendo necessário, precipuamente, um controle sobre a ingestão calórica, representando assim o poder real nos esforços para perda de peso (NIEMAN, 1999).

03. METODOLOGIA

03.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

O estudo se caracteriza em uma pesquisa descritiva, que é considerada um estudo de *status*, com delineamento transversal (*ex-post-facto*), onde o pesquisador faz uma análise de diferentes variáveis em um único momento (THOMAS e NELSON, 2002).

03.2 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A população do estudo é de 2635 servidores técnicos-administrativos ativos na UFPR. A amostra foi constituída por 83 servidores dos Setores de Ciências Jurídicas, Ciências da Saúde e Ciências Agrárias, de ambos os sexos, com idade média de 43,43 anos e desvio padrão 7,89 anos, sendo 64 do sexo feminino e 19 do sexo masculino. Portanto, uma amostra representativa.

Tabela 1: Caracterização da amostra

Variáveis	Feminino (n=64)		Masculino (n=19)	
	Média	Des. Padrão	Média	Des. Padrão
Tempo de Trabalho (meses)	144,20	77,25	129,11	118,08
Trabalho no Departamento (meses)	380,63	50,39	423,16	61,56
Idade	43,38	7,94	43,63	7,94

03.3 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS

Num primeiro momento realizou-se um levantamento de todos os setores e departamentos e os respectivos servidores que trabalham no ambiente da UFPR. Em função do número de servidores procedeu-se ao cálculo do número mínimo da amostra para um erro amostral de 3%. A partir desta informação, foram sorteados três setores onde ocorreu a coleta dos dados.

Os setores sorteados foram visitados, ocasião em que foi oficializada a minha entrada e coleta de dados com os funcionários pela diretoria de cada setor. Estando aceito, era realizado um convite individual para cada funcionário, a fim de participar do estudo. A participação era facultativa, podendo os funcionários, portanto, recusar a participação. Após o aceite os participantes assinaram o termo de consentimento (ANEXO I) e foram informados do cronograma do estudo.

As informações foram coletadas mediante a aplicação de um questionário que permitiu investigar aspectos sociodemográficos, prática de atividades físicas, estilo de vida e qualidade de vida (REIS, 2005), (ANEXO II).

A *atividade física* foi mensurada com a Versão Longa do Questionário Internacional de Atividade Física com a recordação dos últimos 7 dias de atividade. O critério empregado seguirá as recomendações internacionais (SALLIS et al. 2000) e a computação para determinar minutos por semana de atividade será a estratégia empregada em estudo similar realizado no Brasil (HALLAL et al. 2003). Indivíduos com escores de 0 a 149 foram considerados “inativos”, de 150 à 310 “ativos” e aqueles com mais de 311 minutos “muito ativos”.

03.4 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

A análise estatística foi realizada com o auxílio do programa estatístico SPSS versão 13. Análises descritivas e inferências foram conduzidas considerando um nível de significância de $p < 0,05$.

No tratamento estatístico foi empregado uma análise descritiva (média, desvio padrão e frequência), uma análise de variância ANOVA para verificar as diferenças do nível de atividade física entre os sexos.

04. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na tabela abaixo estão apresentados os valores de freqüência dos níveis de atividade física. Observa-se que, entre as mulheres (n=64), 56,3% (n=36) se mostraram *muito ativas*, portanto a maioria. Já entre os homens, houve um empate: 42,1% (n=8) são *muito ativos* e 42,1% (n=8) são *insuficientemente ativos*.

Tabela 2: Freqüência dos níveis de atividade física

Nível de atividade física	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Muito ativo	36	56,3	8	42,1
Ativo	20	31,3	3	5,8
Insuficientemente Ativo	8	12,5	8	42,1

No estudo realizado por Gatz e Mastroeni (2005) encontrou-se que 52,2% dos funcionários de uma empresa de navegação foram classificados como sendo *ativos*. Entre estes, a maior parte (53,8%) eram homens. No trabalho desenvolvido por Flores (2002), na cidade de Mafra, em Santa Catarina, o pesquisador verificou que 89,9% dos indivíduos adultos atendiam ao critério mínimo de gasto energético para serem considerados *ativos*. Esse estudo vem de encontro com os dois acima citados, quando aponta que a maior porcentagem dos indivíduos não se mostra sedentário, sendo 87,6% das mulheres e 47,95 dos homens. A maior parte, nesse caso, e em contraponto ao primeiro estudo citado, eram mulheres.

Ao realizar um estudo envolvendo 11.033 pessoas com 20 anos ou mais, das regiões Nordeste e Sudeste do Brasil, avaliando a prática mínima de 30 minutos de atividade física no lazer, Monteiro et al. (2003) encontraram uma prevalência de inatividade física de 96,7%. Além disso, os pesquisadores constataram que os homens são mais ativos do que as mulheres. DOMINGUES et al. (2004), num estudo realizado na cidade de Pelotas, RS, também encontraram que os homens se mostraram um pouco mais ativos que as mulheres. Com o objetivo de verificar o nível de atividade física entre adultos, um estudo de base populacional realizado também na cidade de Pelotas, RS, encontrou uma prevalência de 41,1% para a inatividade física (HALLAL et. al, 2003). Percebeu-se que a prevalência de inatividade física encontrada foi alta, porém mais baixa do que a constatada na maioria dos estudos já realizados em outros países.

Outra pesquisa que encontrou uma predominância de inatividade física entre trabalhadores foi o de Barros e Nahas (2001), no qual os pesquisadores verificaram

que 68,1% dos trabalhadores adultos da indústria, no estado de Santa Catarina, eram inativos.

No presente estudo, ao contrário dos anteriores, os resultados apontam para uma prevalência de indivíduos não sedentários, além de mostrar que as mulheres é que são mais ativas do que os homens, tanto no nível de atividade física *muito ativo*, quanto no *ativo*. Esta última constatação contradiz Nahas (2001), quando este afirma que é mais comum encontrar o sedentarismo entre mulheres do que entre homens. Uma pesquisa a qual também verificou que indivíduos do sexo feminino (39,3%) são mais ativos do que os do sexo masculino (35,9%) foi a desenvolvida por Matsudo et. al (2002).

Na tabela a seguir estão explicitados os valores referentes à análise de variância do nível de atividade física entre os sexos masculino e feminino. O resultado obtido demonstra que a variância do nível de atividade física entre o sexo masculino e feminino não é significativo, o qual aponta o valor de 0,827, portanto, superior ao $p < 0,05$.

Tabela 3: Análise de variância do nível de atividade física entre os sexos

	Soma do Quadrados	GL	Média dos Quadrados	F	Significância
Intercessão	0,375	2	0,188	0,92	0,827
Total	15,625	16	0,977		

$p > 0,05$

Em relação à percepção de saúde verificou-se que, entre as mulheres, a concentração maior de respostas ficou com as alternativas *boa* e *regular*, sendo 62,5% (n=40) e 26,6% (n=17), respectivamente. No que se refere aos homens, essa constatação se repete, quando é observado que 47,4% (n=9) respondem que se percebem com a saúde *boa* e 31,6% (n=6) com a saúde *regular*. Vale destacar que o número de pessoas as quais responderam *ruim* ou *excelente* é baixo, ou é nulo no caso dos homens para a percepção *ruim*, conforme a tabela 3.

Tabela 4: Frequência de casos em relação à percepção de saúde

Percepção de Saúde	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Ruim	2	3,1	0	0
Regular	17	26,6	6	31,6
Boa	40	62,5	9	47,4
Excelente	5	7,8	4	21,1

Além de classificar os trabalhadores do estudo de acordo com o nível de atividade física, Barros e Nahas (2001) também aplicaram uma auto-avaliação para o nível de saúde, a qual apontou que 85,2% deles o classificaram como *excelente* ou *bom* e 14,8% como *regular* ou *ruim*. Este estudo acima vem de encontro com os achados por essa pesquisa monográfica, a qual verificou que a maioria das pessoas avaliadas percebe a própria saúde como *boa* ou *excelente*, sendo 70,3% das mulheres e 68,5% dos homens.

A percepção de estresse foi considerada a partir de quatro questões, onde se observou que na questão “Você sentiu que foi incapaz de controlar coisas importantes na sua vida ?” 42,2% (n=27) das mulheres e 36,8% (n=7) dos homens respondeu às vezes.

Tabela 5: Referente a questão: “Você sentiu que foi incapaz de controlar coisas importantes na sua vida ?”

Percepção de Estresse	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Nunca	8	12,5	5	26,3
Quase nunca	15	23,4	5	26,3
Às vezes	27	42,2	7	36,8
Pouco freqüente	8	12,5	2	10,5
Muito freqüente	6	9,4	0	0

Quanto a questão “Você esteve confiante em sua capacidade de lidar com seus problemas pessoais?”, 43,8% (n=28) das mulheres e 63,2% (n=12) dos homens respondeu *muito freqüente*, mostrando que a maior parte desse grupo se sentiu confiante diante dos problemas pessoais.

Tabela 6: Referente a questão: “Você esteve confiante em sua capacidade de lidar com seus problemas pessoais?”

Percepção de Estresse	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Nunca	0	0	0	0
Quase nunca	4	6,3	1	5,3
Às vezes	23	35,9	1	5,3
Pouco freqüente	9	14,1	5	26,3
Muito freqüente	28	43,8	12	63,2

Na questão “Você sentiu que as coisas aconteceram da maneira que você esperava?” 40,6% (n=26) dos indivíduos do sexo feminino e 42,1% (n=8) dos do sexo masculino respondeu às vezes.

Tabela 7: Referente a questão: “Você sentiu que as coisas aconteceram da maneira que você esperava?”

Percepção de Estresse	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Nunca	0	0	0	0
Quase nunca	8	12,5	0	0
Às vezes	26	40,6	8	42,1
Pouco freqüente	15	23,4	4	21,1
Muito freqüente	15	23,4	7	36,8

No que se refere a questão “Você sentiu que os problemas acumularam tanto que você não conseguiria resolve-los?” percebeu-se uma diferença de respostas da maioria: 32,8% (n=21) das mulheres respondeu *quase nunca*, porém 52,6% (n=10) dos homens respondeu às vezes. Nenhum dos homens respondeu *pouco freqüente* ou *muito freqüente*.

Tabela 8: Referente a questão: “Você sentiu que os problemas acumularam tanto que você não conseguiria resolve-los?”

Percepção de Estresse	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Nunca	9	14,1	5	26,3
Quase nunca	21	32,8	4	21,1
Às vezes	18	28,1	10	52,6
Pouco freqüente	8	12,5	0	0
Muito freqüente	8	12,5	0	0

Outro aspecto analisado foi a questão da obesidade, onde verificou-se que, entre as mulheres, as médias de *peso* e *altura* ficaram com 67,68% (d.p.=15,73) e 1,61% (d.p.=0,06) respectivamente, o que corresponde a uma média de Índice de Massa Corpórea (IMC) de 26,16 (d.p.=5,83). De acordo com a tabela de categorias da Organização Mundial da Saúde de 2002, a qual está posta logo abaixo (Tabela 9), este valor médio se encaixa no quesito *sobrepeso*. No tocante aos homens, as médias de *peso* e *altura* ficaram com 80,88% (d.p.=10,36) e 1,71% (d.p.=0,07), respectivamente, e um número de IMC de 27,82 (d.p.=4,06). Tal número de IMC, apesar de ser superior em relação ao das mulheres, de acordo com a tabela supra

citada, também vem de encontro com a categoria *sobrepeso*. A correspondência com essa categoria, tanto para as mulheres quanto para os homens, e a percepção de saúde observada na Tabela 3, na qual a maioria respondeu como *boa*, leva a destacar essa contradição entre a própria percepção de saúde e os valores correspondentes à categoria *sobrepeso*.

Tabela 9: Valores descritivos dos dados antropométricos

	Feminino		Masculino	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Peso	67,68	15,73	80,88	10,36
Altura	1,61	0,06	1,71	0,07
IMC	26,16	5,83	27,82	4,06

Seria válido e interessante avaliar, em outro estudo, se essa amostra está conscientizada da importância da atividade física na vida para a manutenção da saúde, visto que se a maioria dessas pessoas se percebem com a saúde *boa*, então talvez não levem em consideração a atividade física como um dos componentes para manter a saúde nessa categoria. Os dados referentes ao IMC corroboram isso. No estudo realizado por Camlofski, Lopes e Oliveira (2006), encontrou-se que os indivíduos estão conscientizados dessa importância.

Tabela 10: Valores padrões de IMC

CATEGORIA	I.M.C.
Abaixo do peso	< 20
Peso normal	20 – 25
Sobrepeso	25,1 – 29,9
Obeso	30,0 – 39,9
Obesidade mórbida	40 e >

Mesmo com a média de IMC para as mulheres tendo ficado na categoria *sobrepeso*, quando se observa a tabela referente aos valores de frequência de IMC, 45,3% (n=29) apresenta-se no grupo *normal*. Para os homens, a porcentagem enfatiza a prevalência do IMC na categoria *sobrepeso*: 52,6% (n=10).

Tabela 11: Valores de frequência de IMC

IMC	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Abaixo do peso	5	7,8	0	0
Normal	29	45,3	5	26,3
Sobrepeso	15	23,5	10	52,6
Obesidade	13	20,3	4	21,1
Obesidade Mórbida	2	3,1	0	0

Ao também avaliarem a porcentagem de gordura corporal em funcionários de uma empresa de navegação, Gatz e Mastroeni (2005) encontraram valores de IMC acima do adequado, onde ambos os sexos apresentaram valores de *sobrepeso* (26,4 e 27,4 Kg/m², respectivamente para homens e mulheres).

Retomando o estudo realizado por Hallal et. al (2003), na cidade de Pelotas, RS, foi observado que o índice de massa corporal (IMC) mostrou-se associado com a inatividade física somente entre os homens. Esta colocação vem de encontro com os dados deste estudo, quando se fala no sexo masculino. Em relação ao sexo feminino foi verificado que não existe esta associação.

05. CONCLUSÃO

Conclui-se que, entre as mulheres, mostraram-se *muito ativas*, enquanto que, para os homens, os níveis *muito ativo* e *insuficientemente ativo* apareceram igualmente. Em relação à variância do nível de atividade física entre os sexos, não houve diferença significativa. A hipótese um foi rejeitada para as mulheres, quando se observa que 56,3% delas se mostraram *muito ativas*, e para os homens quando 42,1% também apresentaram esta categoria. Apesar disso, o valor 42,1% também foi encontrado para estes últimos na categoria *insuficientemente ativo*, o que pode vir a rejeitá-la também.

No que se refere à percepção de estresse, quanto a questão “Você sentiu que foi incapaz de controlar coisas importantes na sua vida?”, 42,2% das mulheres e 36,8% dos homens responderam às vezes. Quanto a questão “Você esteve confiante em sua capacidade de lidar com seus problemas pessoais?”, 43,8% das mulheres e 63,2% dos homens assinalaram a opção *muito freqüente*. Na questão “Você sentiu que as coisas aconteceram da maneira que você esperava?”, 40,6% dos servidores do sexo feminino e 42,1% do sexo masculino responderam às vezes, e no tocante a questão “Você sentiu que os problemas acumularam tanto que você não conseguiria resolvê-los?”, 32,8% das mulheres responderam *quase nunca* e 52,6% dos homens às vezes. A partir destes resultados a hipótese dois pode ser rejeitada, pois os valores de percepção de estresse referem-se a valores baixos e normais.

Em relação à percepção de saúde, 62,5% dos servidores públicos do sexo feminino responderam *boa* e 47,4% do sexo masculino também. Ao observar que as mulheres se apresentaram mais ativas, com uma percepção de saúde mais positiva, uma média de IMC mais próxima do recomendado e uma freqüência maior dessa variável na categoria normal, a hipótese três é rejeitada.

Estudos adicionais envolvendo os demais setores da instituição pesquisada podem auxiliar numa compreensão mais ampla das variáveis pesquisadas. Além disso, sugerem-se novos estudos envolvendo outras variáveis para determinar qualidade de vida e saúde dos servidores técnico-administrativos da UFPR.

6. REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE (ACSM). **Exercício e Atividade Física para Pessoas Idosas**. In: Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. 1998: 4: 48-68.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. **Programa de Condicionamento Físico da ACSM: um programa passo a passo testado e indicado pelos melhores profissionais de saúde e do condicionamento físico**. Trad. Dorothéia de Lorenzi Grinberg Garcia. 1^a. edição brasileira. São Paulo: Manole, 1999.

ANJOS, José Luiz dos; MENDES, Roberto Lavieri. **Nível de atividade física dos vigilantes que transportam numerários**. Revista Digital - Buenos Aires - Año 11 - N° 105 - Febrero de 2007. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/>. Acesso: 031007.

ANTUNES, Hanna K. M; SANTOS, Ruth F; CASSILHAS, Ricardo; SANTOS, Ronaldo V.T; BUENO, Orlando F.A e MELLO, Marco Túlio de. Exercício físico e função cognitiva: uma revisão. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. vol.12, no.2, Niterói Mar./Apr. 2006. Acessado em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151786922006000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt, na data 26/05/07.

BARBANTI, Valdir J. **Dicionário de Educação Física e do Esporte**. 1^a. edição bras. São Paulo: Editora Manole, 1994.

BARBOSA, José Silvio de Oliveira. **Atividade Física na Terceira Idade**. In: VERAS, Renato Peixoto. Terceira Idade: alternativas para uma sociedade em transição. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1999. p. 149-160.

BARBOSA, Rita Maria dos Santos Puga. **Motivação Para Iniciação**. In: Educação Física Gerontológica: construção sistematicamente vivenciada e desenvolvida. Manaus: EDUA, 2003. p. 21-75.

BARROS, M.V.G; NAHAS, M.V. Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. **Rev. Saúde Pública**. 2001; 35: 554-63.

BRAMANTE, Antonio Carlos. **Lazer: Concepções e Significados**. Licere, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 9-17. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Educação e do Desporto. **Atividade Física e Saúde: orientações básicas sobre atividade física e saúde para profissionais das áreas de Educação e Saúde**. 1^a. edição. Campinas: UNICAMP, 1995.

CAMLOFSKI, Josmar; LOPES, Marcela Stori; OLIVEIRA, Heleise Faria dos Reis de. **Qualidade de Vida dos Funcionários da UEPG que participam do Projeto Extensionista denominado Qualidade de Vida**. In: 18^o Simpósio de Educação Física e Desportos do Sul do Brasil. Qualidade de Vida, Esporte e Sociedade. 2 ed. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2006. p. 325-330.

DOMINGUES, M.R, ARAÚJO, C.L.P, GIGANTE, D.P. Conhecimento e percepção sobre exercício físico em uma população adulta urbana do sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2004; 20(1): 204-215.

FLECK, S; KRAEMER, W. **Fundamentos do Treinamento de Força muscular**. Porto Alegre: Editora ArtMed, 1999)

FLORES, A. **Prevalência da inatividade física e outros fatores de risco relacionados a saúde na população adulta urbana de Mafra – SC**. [Dissertação de Mestrado] Florianópolis : Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.

FORATTINI, O. P. **Ecologia, epidemiologia e sociedade**. São Paulo: Artes Médicas, 1992.

GATZ, Lucila Silveira; MASTROENI, Marco Fabio. **Atividade Física em Funcionários de uma Empresa de Navegação**. In: REVISTA BRASILEIRA DE ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE. 01, 2005. Florianópolis. Anais 5^o Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde. Florianópolis: LILACS e SIBRADID, 2005. p. 81. Resumo.

GIGANTE, Denise P.; BARROS, Fernando C.; POST, Cora L. A.; OLINTO, Maria T. A. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. **Revista de Saúde Pública**, 31:236-246, 1997.

GRISA, Roberto Antonio; MADUREIRA, Alberto Saturno. Comparação do Estilo de Vida dos Profissionais da Área de Ciências da Saúde e Docentes da UNIOESC do Município de Marechal Candido Rondon – PR. In:**Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. 01, 2005. Florianópolis. Anais 5^o Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde. Florianópolis: LILACS e SIBRADID, 2005. p. 80. Resumo.

GUEDES, D. P.; GUEDES, Joana Elisabete Ribeiro Pinto. **Exercício físico na promoção da saúde**. Londrina: Ed. Midiograf, 1995.

Hallal PC, Matsudo SM, Matsudo VKR, Araujo TL, Andrade DR, Bertoldi AD. Physical activity in adults from two Brazilian areas: similarities and differences. **Cad. Saúde Pública**. 2005; Rio de Janeiro 21 (2): 573-580.

Hallal PC, Victora CG, Wells JCK, Lima RC. Physical Inactivity: Prevalence and Associated Variables in Brazilian Adults. **Med. Sci. Sports Exerc**. 2003; 38: 1894-1900.

KLUG, Gary A; LETTUNICHI, Janice. **Exercise & Physical Fitness (Wellness)**. First edition. United States of America: The Dushkin Publishing Group, 1992.

LEITE, Paulo Fernando. **Aptidão física, esporte e saúde**. 3^a. edição. São Paulo: Robel, 2000.

MATSUDO, S.M.; MATSUDO, V.R.; ARAÚJO, T; ANDRADE, D; ANDRADE, E; OLIVEIRA, L.C.; BRAGGION, G. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico,

distribuição geográfica e de conhecimento. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. 2002; 10: 41-50.

MENESTRINA, Eloi. **Educação Física e Saúde**. 3^a. edição. Unijuí, 2005. 112 p.

MINAYO, M. C.de S.. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1992.

MONTEIRO, Henrique Luiz; GONÇALVES, Aguinaldo; PADOVANI, Carlos Roberto; FERMINO NETO, José Luiz. **Fatores sócio-econômicos e ocupacionais e a prática de atividade física regular: estudo a partir de policiais militares em Bauru, São Paulo**. MOTRIZ - Volume 4, Número 2, Dezembro/1998. Disponível em: http://www.rc.unesp.br/ib/efisica/motriz/04n2/4n2_ART3.pdf. Acessado em: 06/06/07, as 10:41h

MONTEIRO, C.A.; MAGALHÃES, V. C.; AZEVEDO, G.; MENDONÇA, S. Prevalência e fatores associados a sobrepeso e obesidade em adolescentes de 15 a 19 anos das regiões Nordeste e Sudeste do Brasil, 1996 a 1997. **Caderno de Saúde Pública**, vol.19, suppl.1, Rio de Janeiro, 2003.

NAHAS, Marcus Vinícius. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 2^a. ed. Londrina: Midiograf, 2001.

NAHAS, Marcus Vinícius. **Obesidade, controle de peso e atividade física**. Vol. 01. Londrina: Midiograf, 1999.

NIEMAN, David C. **Exercício e Saúde: Como se prevenir de doenças usando o exercício como medicamento**. São Paulo: Manole, 1999.

OKUMA, Silene Sumire. **O Idoso e a Atividade Física**. Campinas: Papyrus, 1998.

PINHEIRO, Eliel; ROCHA, Fábio; NONATO, Nicanor; NORBERTO, Pedro; MENDES, Ricardo; SIMÃO, Roberto. **Benefícios do Treinamento de Força nas Atividades da Vida Diária dos Idosos (AVDS)**. p. 131-154. In: SIMÃO, Roberto. **Treinamento de Força na Saúde e Qualidade de Vida**. São Paulo: Phorte, 2004.

REIS, Rodrigo Siqueira. **Comportamentos de risco à saúde e percepção de estresse em professores universitários das ifes do sul do Brasil**. Tese de Doutorado – UFSC. Florianópolis, 2005.

RODRIGUES, Tânia Guerreiro Regina. Envelhecimento Bem-Sucedido: utopia, realidade ou possibilidade? Uma abordagem Transdisciplinar da Questão Cognitiva. In: VERAS, Renato Peixoto. **Terceira Idade: Alternativas para uma Sociedade em Transição**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1999. p. 51-69.

SALLIS, JF; PROCHASKA, JJ; TAYLOR, WC. A review of correlates of physical activity of children and adolescents. **Medicine and Science for Sports and Exercise**. 2000; 32: 963-975.

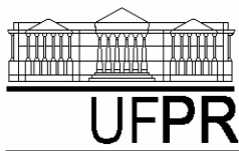
SANTOS, Suely dos. O Processo Ensino-Aprendizagem da Atividade Motora na Velice. In: **Seminário Internacional sobre Atividades Físicas para a Terceira Idade**, V, 2002, São Paulo. Anais Educação Física e Envelhecimento: perspectivas e desafios. São Paulo: Cristália, 2002. p. 25-28.

SILVA, D.K., NAHAS, M.V. Atividade física habitual e qualidade de vida relacionada à saúde em mulheres com doença vascular periférica. **Revista Brasileira Ciência e Movimento** 2004; 12(4): 63-68. Disponível em:

http://www.novosparadigmas.ucb.br/mestradoef/RBCM/12/12%20%204/c_12_4_11.pdf. Acesso em: 03/10/07.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K. **Métodos de pesquisa em atividade física**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

VARGAS, Heber Soares. **Psicologia do Envelhecimento**. 88ª ed. São Paulo, BYK-PROCIENX, 1983.



ANEXO I

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

- a) Convidamos você a participar do projeto “**PERFIL DE SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E ATIVIDADE FÍSICA DOS SERVIDORES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**”, que objetiva diagnosticar e traçar um perfil dos servidores da UFPR. Através desta pesquisa forneceremos subsídios científicos para otimizar a prescrição de exercícios físicos.
- b) Caso você participe da pesquisa você preencherá alguns questionários e será medido sua estatura e peso corporal.
- c) Para tanto, o pesquisador irá até o seu Setor para realizar as avaliações.
- d) Qualquer dúvida pode ser esclarecida pelo pesquisador principal, Andrei Bajerski que estará no local da avaliação e a disposição pelo telefone (41) 9214-3028 ou pessoalmente.
- e) Está garantido seu acesso a todas as informações que você queira, antes, durante e depois do estudo.
- f) A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de recusar participar do estudo, ou se aceitar a participar, retirar seu consentimento a qualquer momento.
- g) As informações divulgadas em publicações serão feitas sob forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida.**
- h) Esta pesquisa não tem fins lucrativos e pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você terá a garantia de que qualquer problema decorrente do estudo será tratado pelo responsável do projeto.
- i) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu tratamento com o meu médico.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Assinatura do Avaliado

Nome do pesquisador

Data ___/___/___

Data ___/___/___

ANEXO II

PERFIL DE SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E ATIVIDADE FÍSICA DOS SERVIDORES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ.

INFORMAÇÕES PESSOAIS:

1. Departamento que trabalha: _____
2. Há quanto tempo trabalha nesse departamento? _____ anos
3. Quantas horas por dia ? _____ horas.
4. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino
5. Data de nascimento: ___/___/___
6. Qual seu estado civil: (1) Solteiro (2) Casado (3) Outro
7. Tem filhos ? (1) Sim (2) Não Quantos ? _____

ATIVIDADE FÍSICA:

As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana NORMAL / HABITUAL.

Para responder as questões lembre que:

- ? Atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço e que fazem respirar muito mais forte que o normal.
- ? Atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar um pouco mais forte que o normal.

SEÇÃO 01 – ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO

Esta seção inclui as atividades que você faz no seu trabalho, remunerado ou voluntário, e as atividades na escola ou faculdade e outro tipo de trabalho não remunerado fora da sua casa **NÃO INCLUI** as tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família.

01a – Atualmente você tem uma ocupação remunerada ou faz trabalho voluntário fora de sua casa.
() Sim () Não → Vá para a seção 2: Transporte

Nas próximas questões **NÃO INCLUIA** o transporte para o trabalho. Pense apenas naquelas atividades que durem **pelo menos 10 minutos contínuos**:

01b – Em quantos dias de uma semana normal você realiza atividades **vigorosas, ao menos 10 minutos contínuos**, como trabalho de construção pesada, levantar e transportar objetos pesados, trabalhar com enxada ou pá, cavar valas ou buracos, ou subir escadas, como parte do seu trabalho:
_____ dias **por semana** () Nenhum → Vá para a questão 1d.

01c – Quanto tempo, no total, você geralmente gasta **por dia** fazendo essas atividades físicas vigorosas, como parte do seu trabalho ?
_____ horas _____ minutos/dias.

01d – Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades **moderadas, por pelo menos 10 minutos contínuos**, como caminhar rapidamente, levantar e transportar pequenos objetos, como parte do seu trabalho ?
_____ dias **por semana** () Nenhum → Vá para a questão 1f.

01e - Quanto tempo, no total, você geralmente gasta **por dia** fazendo essas atividades físicas moderadas, como parte do seu trabalho ?
_____ horas _____ minutos/dias.

01f - Em quantos dias de uma semana normal você **caminha**, durante **por pelo menos 10 minutos contínuos**, como parte do seu trabalho ? Por favor, **NÃO INCLUA** o caminhar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho.
_____ dias **por semana** () Nenhum → Vá para a seção 2: Transporte

01g - Quanto tempo, no total, você geralmente gasta **por dia** caminhando como parte do seu trabalho?

_____ horas _____ minutos/dias.

01h - Quando você caminha, como parte do seu trabalho, a que passo você geralmente anda ?

() Passo rápido/vigoroso () Passo moderado () Passo lento

SEÇÃO 02 – ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

Estas questões se referem a forma típica como você se **desloca de um lugar para outro**, incluindo seu trabalho, escola, cinema, lojas e outros.

02a - Em quantos dias de uma semana normalmente você anda de carro, moto ou ônibus ?

_____ dias **por semana** () Nenhum → Vá para a questão 2c.

02b - Quanto tempo, no total, você geralmente gasta **POR DIA andando de carro, moto ou ônibus?**

_____ horas _____ minutos/dias.

Agora pense somente em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro.

02c - Em quantos dias de uma semana normalmente você anda de bicicleta **por pelo menos 10 minutos contínuos**, para ir de um lugar para outro ? **NÃO INCLUA** o pedalar por lazer ou exercício.

_____ dias **por semana** () Nenhum → Vá para a questão 2f.

02d - Nos dias que você pedala, quanto tempo, no total, você gasta para ir de um lugar para outro ?

_____ horas _____ minutos/dias.

02e - Quando você anda de bicicleta, a que velocidade você costuma pedalar ?

() rápida () moderada () lenta

02f - Em quantos dias de uma semana normalmente você caminha **por pelo menos 10 minutos contínuos**, para ir de um lugar para outro? **NÃO INCLUA** as caminhadas por lazer ou exercício.

_____ dias **por semana** () Nenhum → Vá para a Seção 3.

02g - Quando você caminha para ir de um lugar para outro, quanto tempo **por dias** você gasta? **NÃO INCLUA** as caminhadas por lazer ou exercício.

_____ horas _____ minutos/dias.

02h - Quando você caminha para ir de um lugar à outro, a que passo você normalmente anda ?

() Passo rápido/vigoroso () Passo moderado () Passo lento

SEÇÃO 03 – ATIVIDADE FÍSICA EM CASA: TRABALHO, TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDAR DA FAMÍLIA

Esta parte inclui as atividades físicas que você faz em uma semana NORMAL dentro e ao redor da sua casa. Por exemplo: trabalho doméstico, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou cuidar da sua família. Novamente pense **somente** naquelas atividades físicas com duração **pelo menos 10 minutos contínuos**.

03a - Em quantos dias de uma semana normal você realiza atividades físicas **vigorosas** no jardim ou quintal, **por pelo menos 10 minutos contínuos**, como capinar, cortar lenha, cavar, levantar e transportar objetos pesados, e lavar ou esfregar o chão:

_____ dias **por semana** () Nenhum → Vá para a questão 3c.

03b - Nos dias que você faz este tipo de atividades **vigorosas** no **quintal ou jardim**, quanto tempo, no total, você gasta **por dia?**

_____ horas _____ minutos/dias.

03c - Em quantos dias de uma semana normal você realiza atividades físicas **moderadas** no jardim ou quintal, **por pelo menos 10 minutos contínuos**, como levantar e transportar pequenos objetos, limpar vidros, varrer, rastelar?

_____ dias **por semana** () Nenhum → Vá para a questão 3e.

03d – Nos dias que você faz este tipo de atividades **moderadas** no **quintal ou jardim**, quanto tempo, no total, você gasta **por dia**?

_____ horas _____ minutos/dias.

03e - Em quantos dias de uma semana normal você realiza atividades **moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos**, como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer ou limpar o chão **dentro da sua casa**.

_____ dias **por semana** () Nenhum → Vá para Seção 4.

03f – Nos dias que você faz este tipo de atividades **moderadas dentro da sua casa** quanto tempo, no total, você gasta **por dia**?

_____ horas _____ minutos/dias.

SEÇÃO 04 – ATIVIDADE FÍSICA DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER

Esta parte inclui as atividades físicas que você faz em uma semana NORMAL unicamente por **recreação, esporte, exercício ou lazer**. Novamente pense **somente** naquelas atividades físicas com duração **pelo menos 10 minutos contínuos**. Pó favor, **NÃO** inclua atividades que você já tenha citado.

04a – Sem contar qualquer caminhada que você tenha citado anteriormente, em quantos dias de uma semana normal, você caminha **pelo menos 10 minutos contínuos no seu tempo livre**?

_____ dias **por semana** () Nenhum → Vá para a questão 4d.

04b – Nos dias em que você caminha **no seu tempo livre**, quanto tempo, no total, você gasta **por dia**?

_____ horas _____ minutos/dias.

04c – Quando você caminha **no seu tempo livre**, a que passo você normalmente anda?

() Passo rápido/vigoroso () Passo moderado () Passo lento

04d - Em quantos dias de uma semana normal você realiza atividades físicas **vigorosas no seu tempo livre, por pelo menos 10 minutos contínuos**, como correr, fazer aeróbica, nadar rápido ou pedalar rápido?

_____ dias **por semana** () Nenhum → Vá para a questão 4f.

04e – Nos dias em que você faz estas atividades **vigorosas no seu tempo livre**, quanto tempo, no total, você gasta **por dia**?

_____ horas _____ minutos/dias.

04f - Em quantos dias de uma semana normal você realiza atividades físicas **moderadas no seu tempo livre, por pelo menos 10 minutos contínuos**, como caminhar a passo rápido, pedalar ou nadar em ritmo moderado, jogar voleibol recreativo ou tênis em duplas?

_____ dias **por semana** () Nenhum → Vá para Seção 5.

04g – Nos dias em que você faz estas atividades moderadas **no seu tempo livre**, quanto tempo, no total, você gasta **por dia**?

_____ horas _____ minutos/dias.

SEÇÃO 05 – TEMPO GASTO SENTADO

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa, visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentado durante o transporte motorizado.

05a – Quanto tempo, no total, você gasta sentado durante um **dia de semana típico**?

_____ horas _____ minutos/dias.

05b – Quanto tempo, no total, você gasta sentado durante um **dia de final de semana típico**?

_____ horas _____ minutos/dias.

PERCEPÇÃO DE SAÚDE:

De modo geral, você diria que a sua saúde é:

(1) ruim (2) regular (3) boa (4) excelente

PERCEPÇÃO DE ESTRESSE:

As questões desta escala perguntam sobre seus **sentimentos e pensamentos durante o último mês**. Em cada caso, você deverá indicar a frequência com que sentiu/pensou sobre estes acontecimentos:

No último mês, com que frequência ?	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Pouco freqüente	Muito freqüente
1. Você sentiu que foi incapaz de controlar coisas importantes na sua vida ?					
2. Você esteve confiante em sua capacidade de lidar com seus problemas pessoais ?					
3. Você sentiu que as coisas aconteceram da maneira que você esperava ?					
4. Você sentiu que os problemas acumularam tanto que você não conseguiria resolvê-los ?					

HÁBITOS ALIMENTARES/CONTROLE DE PESO

As questões seguintes referem-se à **freqüência de consumo de alimentos em uma semana típica/habitual**. Pense em todas as refeições e lanches que você habitualmente realiza. Inclua o que você comeu em casa, na escola, em restaurantes ou em qualquer outro lugar.

Com que freqüência você come ou bebe os seguintes alimentos:	Nunca	1 a 3 vezes/semana	4 a 6 vezes/semana	Todos os dias (1x ao dia)	Todos os dias (2x ou mais ao dia)
1. Suco de fruta natural ? (Não inclua refrescos ou bebidas artificiais).					
2. Frutas ?					
3. Legumes (cenoura, vagem, couve-flor, etc) ?					
4. Batatas (sem incluir batatas fritas ou chips) ?					
5. Refrigerantes ?					
6. Salgadinhos fritos (coxinha, pastéis e outros)					
7. Pizza, lasanha e outros alimentos com queijo e molho branco ?					
8. Docinhos, tortas, chocolates, biscoitos, bolachas ou balas ?					
9. Feijão com arroz ?					
10. Carne bovina ?					

Você está satisfeito com o seu peso corporal ?

() Sim () Não gostaria de aumentar () Não gostaria de diminuir

Você faz ao menos três refeições por dia ?

() sempre () às vezes () nunca/raramente

DADOS ANTROPOMÉTRICOS:

Peso: _____ kg.

Altura: _____ m.

OBRIGADO PELA PARTICIPAÇÃO !