

JOSÉ ANTONIO S. BARBOSA

**ESTUDO SOBRE O NÍVEL DE PARTICIPAÇÃO, NUM PROGRAMA DE
ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE E SUAS RELAÇÕES COM AS DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E A QUALIDADE DE VIDA:
UM ESTUDO DE CASO.**

Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Educação Física
2003

UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	T/UNICAMP
	B 234e
V	EX
TOMBO BCI	59579
PROC.	16-124103
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	12/07/03
Nº CPD	

CM001B6364-7

BIB ID 295003

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA CENTRAL DA UNICAMP

B234e

Barbosa, José Antonio Strumendo
Estudo sobre o nível de participação num programa de
atividade física e saúde e suas relações com as doenças
crônicas não transmissíveis e a qualidade de vida / José
Antonio Strumendo Barbosa. -- Campinas, SP : [s.n.], 2003.

Orientador: Antonia Dalla Pria Bankoff.
Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas,
Faculdade de Educação Física.

1. Exercícios físicos. 2. Saúde. 3. Doenças crônicas.
4. Promoção da saúde. 5. Qualidade de vida. I. Bankoff,
Antonia Dalla Pria. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Educação Física. III. Título.

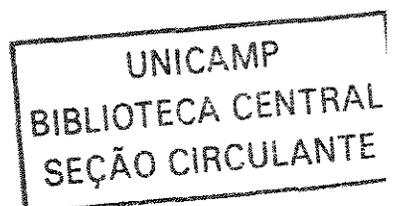
JOSÉ ANTONIO S. BARBOSA

**ESTUDO SOBRE O NÍVEL DE PARTICIPAÇÃO, NUM PROGRAMA DE
ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE E SUAS RELAÇÕES COM AS DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E A QUALIDADE DE VIDA:
UM ESTUDO DE CASO.**

Este exemplar corresponde à redação final da tese de doutorado, defendida por José Antonio Strumendo Barbosa e aprovada pela Comissão Julgadora em 13 de fevereiro de 2003.

Antonia Dalla Pria Bankoff
Prof.^a Dr a. Antonia Dalla Pria Bankoff.

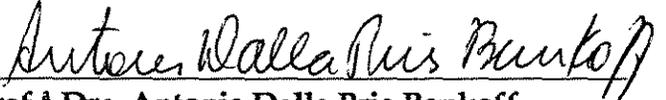
Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Educação Física
2003

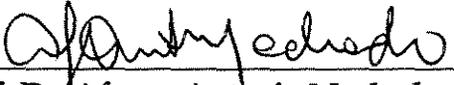


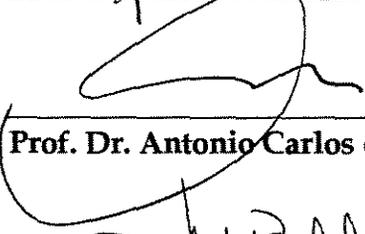
PT 54700000

64547549

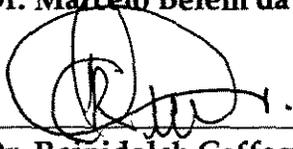
Comissão Julgadora:


Prof.ª Dra. Antonia Dalla Pria Bankoff


Prof. Dr. Afonso Antonio Machado


Prof. Dr. Antonio Carlos de Moraes


Prof. Dr. Marcelo Belem da Silveira Lopes


Prof. Dr. Reinidolch Caffagni

A expressão de Juvenal, poeta romano "Mens sana en corpore sano", significava saúde plena. Saúde plena pode ser encontrada num bem estar pleno, não somente físico, mas também e inclusive psicológico e social.

A Deus, pai de todas os seres e todas as coisas.

Aos meus pais Oswaldo dos Santos
Barbosa e Maria Strumendo Barbosa.

A Maura, Camila, Felipe e Fernando,
companheira e filhos, ausências e
presenças que significam a existência
do amor em minha vida. Distantes e ao
mesmo tempo juntos a mim, e, que nas
minhas ausências tiveram: paciência e
compreensão, sempre apoiando e
incentivando meu trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Professora Doutora Antonia Dalla Pria Bankoff, orientadora e amiga, sempre segura e incentivadora mostrando-se confiante na realização deste trabalho.

Professora, felizes os que podem contar com sua amizade, privilegiados os que podem conviver o seu dia-a-dia.

Aos senhores Professores Doutores membros da douta banca examinadora, que julgaram meu trabalho.

A Professora Mestre Vera Helena de Castro Barros pela amizade, dedicação e desprendimento na revisão deste texto.

Ao Professor Mestre Ademir Schmidt, pessoa com a qual dividi momentos importantes na estrada do doutoramento.

Ao amigo e irmão Mestre Carlos Aparecido Zamai, Carlão, você sempre fez a diferença, obrigado do fundo do meu coração.

A Dulce Inês Leocádio S. Augusto, e Maria José da Conceição Moraes Marques (Mazé), pelo carinho, pela força e pela eterna torcida.

A Tatiane Jacusiel Miranda pela amizade, pela atenção e pelo desprendimento.

A Professora Marili Penteado pela leitura, revisão e comentários favoráveis sobre esse trabalho.

Aos que torceram por mim ao longo deste trabalho, e aos que não quiseram torcer por mim, vocês me acresceram os limites.

RESUMO

A saúde e a doença acompanham o ser humano ao longo da história da humanidade. Ao buscar saúde para não: ser, estar ou ficar doente busca também a qualidade de vida, mas com toda sua complexidade e capacidade de criar, cria também o sedentário e acaba gerando novas doenças que lhe tiram a saúde. Hoje em dia se busca a qualidade de vida para combater o mal criado pelo próprio ser humano. O objetivo deste trabalho foi o de caracterizar os funcionários da Diretoria Geral Administrativa da Universidade Estadual de Campinas com a intenção de implantar um programa de atividade física orientada visando a qualidade de vida. Fizemos também uma investigação sobre as preocupações da educação física em relação ao ser humano, com a saúde, a doença e os diversos programas de saúde que buscaram e buscam a qualidade de vida. Os procedimentos metodológicos utilizados foram à pesquisa da observação direta extensiva quantitativa e a qualitativa, através da pesquisa ação, por apresentar os requisitos necessários a tais procedimentos utilizamos como instrumento de pesquisa dois protocolos com questões abertas e fechadas: uma para a caracterização dos participantes e outro para identificar os motivos da não aderência ao programa oferecido, mas como o ser humano é complexo e mesmo sabendo de suas vantagens não adere ao programa. Os resultados foram apresentados através de gráficos seguidos das análises das respostas.

Palavras chaves: Atividade Física, Saúde, Promoção de Saúde, Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Sickness and health walk side by side with the human race all through out its history. Along the human search for health in order not to be or get sick he also seeks life quality, but due to its complexity and capacity of creation, he also creates the sedentary and ends up generating new diseases that take his health away. In our days we search quality of life in order to fight the bad created by the human being. The objective of this work was to characterize the employees of the Diretoria Geral Administrativa da Universidade Estadual de Campinas (General Administrative Directory of the Campinas University) with the intention of implanting a physical activity program oriented to life quality. However, since the human being, as mentioned before, is very complex, even knowing about the benefits of the program the employees did not adhere to it We also investigated existing programs that seek life quality as well as Physical Education worries about the human being health and disease. The methodological procedures used were the research of the direct quantitative and qualitative extensive observation, through action research. We used as research instruments two protocols with open and closed-ended questions: one for the participants characterization and another to identify the reasons of the non-adherence to the proposed program. The results were presented through graphics and analysis of the answers.

Key words: Physical Activity, Health, Health Promotion, Quality Life.

APRESENTAÇÃO

Por um bom tempo a população mundial foi devastada por epidemias e endemias: tais como a varíola, a poliomielite, a difteria entre outras.

Milagres médicos e farmacêuticos têm resolvido esses problemas para um grande número de pessoas da raça humana. As práticas sanitárias também têm auxiliado na eliminação das doenças, as novas técnicas cirúrgicas e a evolução dos novos tratamentos têm melhorado a vida para muitos.

Depender de um tratamento médico para doenças que são previsíveis através de comportamentos individuais tem elevado os custos do sistema de saúde no mundo industrializado, mas é desnecessário o sofrimento humano que resulta de problemas que poderiam e podem ser prevenidos através de mudanças de comportamento.

Nem todos os problemas médicos relacionados à saúde podem ser resolvidos por outros, o Ser Humano necessita ter responsabilidade sobre a sua Saúde e seu Bem-estar. A prática do esporte por puro prazer pode existir, mas o esporte também pode ser caracterizado pela teoria de que: o esporte, não tem como finalidade a própria atividade física, mas sim, um fim, através dos benefícios próprios. A promoção pessoal aumenta o status e aumenta o poder da troca. No fundo todos temos as nossas neuroses, nossos defeitos, nossas virtudes e qualidades. Almejamos consumir, ter liberdade, externar nossos pensamentos de ir e vir para aonde e quando quiser e como quiser. Todos desejamos: alimentação, educação,

diversão, lazer, justiça, saúde, transporte, entre tantas outras coisas, queremos vencer na vida.

Nós, professores de Educação Física (Profissionais de Educação Física a partir da criação do CONFEF-Conselho Federal de Educação Física e dos CREF-Conselhos Regionais de Educação Física), não deveríamos ter como preocupação única formar atletas, nosso objetivo deve ser o equilíbrio do Ser Humano, mesmo sendo sabedores que pode se tratar de uma luta sem fim, às vezes, até utópica.

É uma luta contínua tentar manter o equilíbrio com o meio.

O Homem é o fruto do meio em que vive, meio sócio-cultural e de conflitos que surgem e ressurgem desde o nascimento, ou até antes deste e o acompanham o fim da vida.

Os conflitos tendem a ser sistemáticos, intermitentes, incessantes, incansáveis, permanentes e universais.

A Educação Física precisa respeitar a individualidade do Ser Humano, e como prática é para ser oferecida a todos sem discriminação de potencial atlético ou não. É necessário educar, modificar, formar para a prática adequada e regulada da atividade física, para que o indivíduo a internalize, dê valor com interesse na relação atividade física-saúde, para poder distinguir entre uma vida fisicamente ativa e uma vida sedentária. Como diz Juca Chaves “Não faça da velhice uma desculpa e nem da juventude uma profissão”.

SUMÁRIO

Dedicatória	ix
Agradecimentos	xiii
Resumo	xv
Abstract	xvii
Apresentação	xix
1 INTRODUÇÃO	001
2 OBJETIVOS	005
2.1 Objetivo geral	005
2.2 Objetivo específico	005
3 REVISÃO DA LITERATURA	006
3.1 Pressupostos históricos	006
3.2 Os jogos olímpicos	012
3.3 Atividade Física, Esportes Formais, Esportes não Formais, Exercício Físico - Um pouco da história	016
3.4 Projetos desenvolvidos	021
3.4.1 Extensão Comunitária na Universidade	022
3.5 Sedentarismo	045
3.6 Doença	047
3.7 Doenças Crônicas Não Transmissíveis	048
3.8 Doenças Cardiovasculares	050
3.9 Hipertensão Arterial	052
3.10 Distúrbios Glicemicos/Diabetes Mellitus	057

3.11 Doenças Respiratórias	058
3.12 Doenças do Sistema Músculo-Esquelético	059
3.13 Osteoporose	060
3.14 Saúde	063
3.15 Promoção da Saúde	067
3.16 Atividade Física	069
3.17 Atividade Física e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis	075
3.18 Qualidade de Vida	081
3.19 O Profissional de Educação e as DCNT.....	088
4 METODOLOGIA	096
4.1 Caracterização da Instituição	098
4.2 Caracterização da Diretoria Geral Administrativa	100
4.3 Ações Intergradadas da Diretoria Geral Administrativa.....	101
4.4 Sujeitos e Materiais da Pesquisa	104
5 RESULTADOS	106
5.1 Análise dos Resultados	106
6 DISCUSSÃO	128
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	145
8 ANEXOS	
8.1 Caracterização do participante	154
8.2 Caracterização da aderência e da não aderência ao programa	158
9 QUADROS	
9.1 Importância da Atividade Física na Promoção da Saúde	041
9.2 Demonstrativo do cotidiano das pessoas	044

9.3 Demonstrativo dos riscos das doenças cardiovasculares	050
9.4 Demonstrativo do continuum da saúde	066
9.5 Demonstrativos dos benefícios da Atividade Física	070
9.6 Demonstrativo de como se deve praticar a Atividade Física	075
9.7 Demonstrativo dos sintomas e das doenças apresentados	121
10 TABELAS	
10.1 Dos limites desejáveis do Índice de Massa Corporal (IMC)	093
10.2 Das internações e dos custos provocados pela DCNT	130
10.3 Dos óbitos precoces provocados pela DCNT	131

1 INTRODUÇÃO

*Se eu pudesse viver novamente a minha vida, na próxima trataria de cometer mais erros.
Não tentaria ser tão perfeito, relaxaria mais.
Correria mais riscos, viajaria mais, contemplaria mais entardeceres, subiria mais montanhas.
Nadaria mais rios.
Eu era desses que nunca ia a parte alguma sem um termômetro, uma bolsa de água quente,
um guarda-chuvas e um pára-quedas.
Se voltasse a viver, viajaria mais leve. Se tivesse outra vez uma vida pela frente.
Mas, já viram tenho 85 anos e sei que estou morrendo.*

Jorge Luís Borges

Nós, seres humanos, habitamos a terra já há alguns milhões de anos. Nossa espécie, o Homo Sapiens, conta com pelo menos 500.000 de anos.

A partir do período agrícola, tudo mudou: as pessoas abandonaram seus hábitos nômades e se agruparam, a fim de plantar e de criar animais; eram pessoas fisicamente ativas, alimentando-se com dietas simples. Vale destacar que o conceito de movimento, a partir daí, passou a ser visto como ação saudável, além de ser um movimento produtivo e de rendimento.

No período industrial, as pessoas deslocaram-se para as cidades, em busca de trabalho nas fábricas: criou-se uma sociedade industrial e, a partir dela, originaram-se as dietas inadequadas, a poluição ambiental e as doenças, a maioria das quais, eram causadas pela má nutrição. A medicina começou a perder o controle sobre as doenças infecciosas, surgidas por essa época.

O período tecnológico desenvolve-se rapidamente no mundo industrializado, notadamente depois da metade do século XX, uma vez que

os dispositivos para economizar mão-de-obra estão cada vez mais disponíveis: a distribuição da eletricidade e o desenvolvimento do motor de combustão interna, o abastecimento de alimentos adequado e abundante, a ampla difusão e a industrialização do cigarro que veio a trazer, depois, uma nova preocupação com a saúde pública.

O advento tecnológico do computador teve impacto sobre nosso comportamento, criando um estilo de vida sedentária que vem exercendo papel importante na epidemia das doenças crônico-degenerativas, atualmente a maior causa da mortalidade e cujo controle deve ser feito através da identificação de suas causas. No entanto, o tratamento deve basear-se já na prevenção, tendo como mote um estilo de vida ativo e saudável, e não somente depois que os sintomas se instalaram.

Na verdade, a humanidade tem sofrido mudanças profundas em relação à condição de vida e, obviamente, com os fatores que afetam a saúde. Não fomos preparados para o sedentarismo e, assim, esse fato ou estilo de vida acabou gerando uma gama de doenças cardiovasculares e até mesmo o câncer, dentre outras doenças crônicas.

A velhice é um desafio para todos os que sofrem a passagem inexorável do tempo. A ciência aumentou a expectativa de vida do ser humano. No Brasil, temos aproximadamente dez milhões de homens e mulheres com idade acima de sessenta anos e, estimativamente, já nos próximos 10 anos, estaremos entre os primeiros países do mundo com uma parte significativa de sua população nessa faixa etária.

Por volta do ano de 2010, 65% da população brasileira se encontrará nessa faixa etária, fase da vida que se apresenta com algumas doenças crônico-degenerativas.

Cabe, então a pergunta: O que fazer com esse contingente de homens e de mulheres em termos de atividade física? Naturalmente, essa atividade física a ser proposta, com certeza, não poderá estar contextualizada no espetáculo e/ou no rendimento, mas numa atividade que venha a apontar uma nova perspectiva de vida, uma vida com promoção da saúde e, conseqüentemente, uma nova qualidade de vida.

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil (1993-a):

“o conceito de promoção da saúde teve sua ideologia formalizada através da Carta de Ottawa, promulgada na 1ª Conferência de Promoção em Saúde, realizada em 1986, na cidade de Ottawa no Canadá, foi caracterizado como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação; acrescenta ainda que para se atingir um estado completo de bem-estar físico, mental, psicológico e social devemos satisfazer necessidades atuando também no meio ambiente”.(p. 66)

A vida moderna, apesar da televisão, do banco do carro, entre outras comodidades, nos aponta para uma qualidade de vida que não poderá resultar em falta de movimento, pois isto redundará num aspecto negativo à saúde.

O resultado desse estudo deverá propor a conscientização do profissional de Educação Física e o leitor dos benefícios que a atividade física regular traz, da importância e necessidade do bom condicionamento

físico geral, como fator determinante para a saúde e o bem-estar das pessoas. Essa conscientização será através de novos desafios para os profissionais interessados na criação de programas especializados para atender às necessidades do cotidiano.

A prática regular de exercícios físicos tem, hoje em dia, o interesse da comunidade envolvida com a saúde pública, já que ela previne, ou pelo menos retarda o desenvolvimento das doenças. Inúmeras considerações também são feitas a respeito dos benefícios psicológicos que a atividade física traz para as pessoas como: a sensação de bem-estar; a satisfação sexual, o controle da ansiedade e a melhora da função intelectual, entre outros.

Para Guedes & Guedes (1998):

“um indivíduo, ao se envolver em programas regulares de atividade física, tende a apresentar melhores índices de aptidão física e, com o aumento nos índices desta, provavelmente tornar-se-á mais ativo.”(p. 118)

Segundo Bodachne (1996):

“admite-se, nos dias de hoje, que o envelhecimento está presente mesmo antes do nascimento. Tem seu início com a concepção, caminhando de uma maneira bastante lenta até a maturidade, que ocorre ao redor do 25 anos, quando então começa a manifestar-se de uma maneira mais efetiva. Já a velhice constitui a última fase do ciclo biológico do sujeito, e o seu início é bastante variável, dependendo de fatores genéticos e ambientais, sendo que do ponto de vista cronológico se considera “idoso” toda a pessoa com 60 ou mais anos de idade.”(p. 89)

2 OBJETIVOS

Há homens que como alguns vinhos, envelhecem sem azedar-se.
Cícero, Século I a.C.

2.1 Geral

Analisar o nível de participação, num Programa de Atividade Física e Saúde e suas relações com as Doenças Crônico-Degenerativas e a Qualidade de Vida.

2.2 Específicos

a) estudo do protocolo com questões abertas e fechadas sobre a manifestação desses elementos sobre Atividade Física;

b) análise da incidência das doenças crônico-degenerativas nesse grupo de trabalho;

c) análise das incidências de doenças crônico-degenerativas e do sedentarismo;

d) promoção de discussão sobre o nível de resistência à atividade física apresentado pelo grupo de trabalho e a Qualidade de Vida.

3 REVISÃO DA LITERATURA

"Nosso saber é uma gota, nossa ignorância um oceano".

Issac Newton

3.1 Pressupostos históricos

A relação atividade física e saúde se apresentam como preocupação dos homens e das culturas há muito tempo. Segundo Ramos (1984):

"a prática dos exercícios físicos vem da Pré-História, afirma-se na Antigüidade, estaciona na Idade Média, fundamenta-se na Idade Moderna e sistematiza-se nos primórdios da Idade Contemporânea. Torna-se mais desportiva e universaliza seus conceitos nos nossos dias e dirige-se para o futuro, plena de ecletismo, moldada pelas novas condições de vida e ambiente."(p.46)

Sharkey (1998) afirma que:

"a idéia de que exercício ou atividade estão associadas com boa saúde não é nova. Os antigos chineses praticavam uma forma suave de ginástica médica para prevenir doenças associadas com a falta de atividade."(p. 38)

Assim, na Idade Antiga, na China, encontramos alguns preceitos sobre atividade física e saúde que serviam como ritual e forma preparação para a vida. Segundo Marinho (s/d), os exercícios físicos com finalidades higiênicas e terapêuticas, datam também dessa época.

Surge, também, na Índia, o primeiro tratado sobre medicina, o Yagur-Veda, que já simbolizava a relação entre a atividade física e a saúde.

Já na Grécia, o exercício físico constituía uma forma para a formação do espírito e da moral. Platão, filósofo grego já defendia e preceituava exercícios físicos e saúde, enaltecendo que a prática da ginástica deveria ser uma constante. A falta de atividade destrói a boa condição de qualquer ser humano, enquanto o movimento e o exercício físico metódico, salva e o preserva. Em Atenas, a educação corporal desempenhava papel importante em termos fisiológicos, terapêuticos, estéticos e morais. Os Jogos Olímpicos da Era Antiga constituíam-se também num momento para demonstração da força e da beleza humana.

Conforme Ferrareze (1997), o ideal helênico da cultura humana era o ideal do homem são (devemos entender como são, os homens plenamente perfeitos de corpo e alma), combinando as virtudes da alma como a coragem e a justiça, às virtudes do corpo: saúde, beleza e força. A harmonia ideal tinha a sua expressão mais visível na prática dos jogos. Os jogos eram solenidades pan-helênicas, isto é, comuns a todas as cidades gregas.

Ferrareze (1997) ainda diz que:

“muito antes do mundo grego entrar em declínio, uma nova civilização, derivada em grande parte da civilização grega, começava a se desenvolver às margens do Tibre, na Itália. Ao entrarem os gregos em sua idade áurea, Roma já era uma força dominante na península itálica. Em Roma, a função do treinamento físico voltava-se para as necessidades militares. Lutas e exercícios com armas prevaleciam sobre provas de corridas e arremessos, comuns aos gregos”.(p.11)

Para Grifi (1989), em Roma, os exercícios físicos sempre estiveram evidentes e presentes; até hoje, Roma conserva suas instalações esportivas erguidas na época áurea de seu Império e conforme Sharkey (1998), em Roma, há mais de 1.500 anos, o médico Galeno prescrevia exercício para manutenção da saúde.

A Idade Média, por sua vez, também se preocupou com o corpo, mas, condenava-o e condenava as coisas do corpo, por sofrer as influências do Cristianismo. A deturpação dada ao corpo no decorrer da decadência do Império Romano, por ser objeto do pecado, acabava transformando-o em algo sujo, pudendo e pecaminoso. Esse modo de pensar persistiu por muito tempo, por questões outras e conforme Ferrareze (1997), na Idade Média, a educação física quase desapareceu. Apenas as lutas continuaram sendo praticadas entre os soldados ou como atração nas feiras, constituindo-se de torneios simulacros de batalhas.

É importante não esquecer que os rituais estabelecidos para os jogos e práticas esportivas formavam um conjunto muito diferente daqueles que utilizamos nos tempos atuais; além disso, com o processo de transição para o feudalismo medieval, muitos procuram a purificação do espírito por meio da prática do ascetismo. A palavra ascese significa, em grego, exercício espiritual. Trata-se de um exercício que leva à efetiva realização da virtude e à plenitude da vida moral.

No Renascimento, no período da Reforma, Martinho Lutero também exalta o exercício físico e conforme Grifi (1989), Lutero deu um lugar de destaque à educação física, à música e ao canto, revalorizando o jogo e as distrações em geral. Não somente os meninos, mas também as

meninas deviam exercitar seu corpo com a ginástica, para torná-lo sadio, forte e ágil; a idéia permaneceu na Contra-reforma, quando os Jesuítas e as escolas católicas também exaltavam a educação física e como nos diz Grifi (1989), a obra fundamental de educação jesuítica ressaltava a importância da saúde física e dos meios aptos para alcançá-la e para conservá-la.

Na Idade Moderna, com o surgimento das escolas, das universidades, dos pedagogos, das correntes pedagógicas e dos métodos e sistemas de Educação Física o corpo volta a ter atenção; ora como corpo defensor da pátria, ora como corpo modelo para uma geração futura. Sobre isso, Ramos (1984) afirma que:

“importantes acontecimentos trouxeram aprimoramento na área da educação, onde os exercícios físicos assumiram papel de alta significação. A educação física refletiu um passo seguro dado em busca do seu próprio conhecimento”.(p. 86)

Segundo Ferrareze (1997), a tomada de Constantinopla pelos turcos, em 1453, marca simbolicamente o início dos tempos modernos. Os exercícios físicos assumem papel de alta significação, refletindo um passo seguro dado em busca do seu próprio conhecimento; no Renascimento, redescobrem-se as civilizações grega e romana e alguns reformadores cogitaram a introdução da Educação Física nos currículos escolares. É o caso de Vittorino da Feltre, que dirigia uma escola denominada La Giocosa de Mantova.

Naquela escola, a ginástica, os jogos, a esgrima, a natação, a equitação, a corrida, a luta, as longas marchas, a prática de exercícios de

resistência ao frio e ao calor faziam reviver os princípios dos gregos, promovendo a harmonia entre o corpo e o espírito.

Segundo Marinho (s/d), Jean Jacques Rousseau em sua obra Emílio -1892 - já enfatizava a importância da ginástica, e durante o século XVIII, a difusão da Educação Física nas escolas começou, de fato, na Alemanha, quando Johann Guts e Muths introduziram um sistema de ginástica na escola em que trabalhava. Seus alunos praticavam corridas, dança, equilibrismo, equitação, escalada, esgrima, luta, natação e saltos. O ensino, a partir desse século, objetivava apenas desenvolver a agilidade, a elegância de movimentos, a força e a manutenção da forma física.

Já Friedrich Ludwing Jhan elabora um método de ginástica com bases fisiológicas nas seguintes atividades: corridas, jogos de equipes, pugilismo e saltos, despertando no homem o impulso da competição e, finalmente, Adolf Spiess torna a Educação Física obrigatória nas escolas germânicas. No entanto, os ideais nacionalistas fazem com que a ginástica passe a servir a finalidades militares.

Per Henrik Ling, sueco, mestre em esgrima, cria uma nova concepção em Educação Física, a Teoria General de la Gimnasia: defendia Ling que a ginástica deveria visar antes de tudo ao desenvolvimento harmônico natural do corpo e ser acessível a todos. O objetivo maior visava ao desenvolvimento do corpo humano de uma maneira regular e concreta, através de exercícios racionais que levariam o praticante a ter uma postura correta, que lhe possibilitasse mais mobilidade e destreza e para essa finalidade, fundou a Escola Superior para a Formação e Ensino da Ginástica.

Atualmente, a educação física presta uma enorme colaboração às empresas através da Ginástica Laboral, mas tal prática foi recomendada por Ling, através do movimento de ginástica voluntária, intitulada de pausa, assim descrita por Ramos (1984):

“quando o instrutor entra em uma oficina para começar sua tarefa, são paradas imediatamente as máquinas, abrem-se as janelas, os operários colocam-se nos lugares vazios e é iniciado o trabalho ginástico. Não são executados exercícios difíceis e a sessão dura de oito a dez minutos. Constam do trabalho alguns flexionamentos simples, concluindo que todo o organismo do praticante é acionado, e o bem-estar cresce de maneira notável, o que é de grande importância para alegria no trabalho”.(p.114)

Conforme Ramos (1984), nos séculos XVIII e XIX surgiu na Inglaterra um movimento conhecido por cristianismo muscular, do qual o incentivador máximo foi Thomas Arnold, que fomentou a prática das atividades físicas, cujo aspecto recreativo foi animado de preocupações de ordem pedagógica, moral e social.

Por influência inglesa, os Estados Unidos, sobretudo no meio universitário, têm no desporto seu meio principal de prática das atividades físicas. No atual mundo em transformação, marcado por uma civilização intelectualista e tecnológica, além da explosão demográfica e da violência, da fome e da poluição, numerosos outros problemas constituem atentado permanente à saúde do homem e fazem surgir a questão da defesa do seu todo psicossomático, citando também Ortega y Gasset, filósofo espanhol que escreveu com muita propriedade que “a sociedade moderna industrial está ameaçada de perder sua vitalidade”. Isso porque a diminuição das

horas de trabalho e o conseqüente aumento da folga, se não consideradas no presente momento, constituirão, em um futuro próximo, sério problema social de grande complexidade e de difícil solução, levando-se em conta que o corpo humano é formado para a ação muscular e não para o repouso excessivo.

3.2 Os Jogos Olímpicos

Segundo Grifi (1989), os Jogos Olímpicos da Antigüidade eram considerados também como festas e chamados de nacionais, já que eram baseados no sentimento de comunidade e fraternidade entre todos os gregos. A tais jogos, convergiam cidadãos de todas as partes da Grécia, que tinham, assim, ocasião de se encontrarem e de tratarem também de seus interesses públicos e privados, além de assistirem a manifestações não somente de caráter esportivos, mas também musicais e culturais em geral. Durante todo o período dos jogos, era proclamada a “trégua sacra” e eventuais guerras em curso cessavam.

Pierre de Fredy, o Barão de Coubertin, mais conhecido como Pierre de Coubertin, sempre foi um partidário do esforço físico ao lado da atividade intelectual e humanista. Segundo Ramos (1984), em 1888, o Barão referiu a alguns amigos a intenção de reviver os Jogos Olímpicos e, em 1892, expôs o assunto na Universidade de Sorbonne; então, em 1894, doze nações constituíram um Comitê Olímpico Internacional e dois anos após, no Estádio de Atenas, a Grécia celebrava os Primeiros Jogos Olímpicos da Era Moderna.

O Olimpismo é uma das grandes realidades dos nossos tempos e, depois do fator religioso, forma, com o interesse artístico e a compreensão científica, o laço mais forte de estreitamento das relações humanas.

Avery Brundage (1964), Presidente do Comitê Olímpico Internacional, além de dizer que o Barão de Coubertin não era simplesmente um promotor de competições esportivas mas um humanista, um educador, o primeiro dos tempos modernos que soube ver nos desportos e nos jogos organizados de maneira adequada, algo mais que simples benefício físico e defendia que, com a atividade física, é possível adquirir também qualidades morais e culturais, vendo, através do ideal olímpico, a formação do homem integral. Assim, em pronunciamento na abertura dos Jogos Olímpicos de Tóquio em 1964, declarou que os Jogos Olímpicos têm objetivos elevados, tais como:

a) estimular o interesse pela educação física e práticas esportivas, contribuindo para o fortalecimento e saúde da humanidade;

b) criar padrões de jogo honesto e sã desportividade, cuja aquisição será útil em outras atividades humanas;

c) promover a paz e a boa vontade internacionais, reunindo a juventude do mundo em competições amistosas dentro de um ideal apropriado;

d) ressaltar o interesse por uma vida sadia com a do Século de Ouro Grego, durante o apogeu dos Jogos Olímpicos da Antigüidade.

Dessa forma, os Jogos Olímpicos da Era Moderna podem ser divididos em fases distintas, a saber:

- A primeira fase, que vai do período de 1920 e 1936, a que podemos chamar de esporte como ideário olímpico, conforme Ramos (1984). No decorrer deste tempo, estavam restauradas as antigas competições de Olímpia, não pela importância de suas disputas mas, sobretudo, pelo seu elevado valor cultural, capaz de ajudar a construir um mundo melhor e feliz.

Ainda, conforme Tubino (2000), no período de 1920 a 1936 os Jogos Olímpicos tinham como referência o Ideário da Carta Olímpica, com a ética do associacionismo apoiado no fair-play. O fim desse período aconteceu em virtude do uso do esporte por Adolf Hitler, nos Jogos Olímpicos de Berlim (1936).

- A segunda fase abrange o período de 1950 até o final da década de 70, a que podemos chamar de esporte como meio político, já sofrendo as influências da política internacional e das consequências que essa ideologia provocou no mundo na XI Olimpíada, realizada em Berlim, em 1936. Hitler aproveitou do momento esportivo para mostrar a prevalência da raça ariana e a 2ª Guerra Mundial impediu a realização dos Jogos Olímpicos; da XII Olimpíada, a ser realizada em 1944, em Tóquio, (que desistiu do evento por problemas nacionais e com o conflito sino-japonês), depois Helsinque; a 2ª Guerra Mundial também impediu os Jogos Olímpicos da XIII Olimpíada, a ser realizada em 1948, em Londres.

Tubino (2000), salienta que, nesse período, os Jogos Olímpicos tinham como referência o uso político-ideológico do esporte, com o desmoronamento da ética construída no período anterior. A chegada do direito de todos às práticas esportivas e às atividades físicas (Carta Internacional de Educação Física e Esportes, UNESCO, art. 1º, 1978), pôs fim a esse período.

- A terceira fase acontece a partir de 1980, sendo chamada de esporte como direito. Conforme Tubino (2000), a referência agora é o direito de todos às práticas esportivas, com uma influência decisiva da mídia e com um grande crescimento do movimento esportivo internacional, tendo uma ética adaptada para cada manifestação. Vale destacar que já nesta época existia uma preocupação dos profissionais de educação física com o sedentarismo da humanidade

- A quarta fase é marcada a partir de 1992, já não mais sofrendo problemas ideológicos e políticos, pois o muro de Berlim havia sido demolido, a União Soviética estava fracionada e a África do Sul retornava aos Jogos Olímpicos; no entanto, pode-se chamá-la de mercantilizada, a partir desses Jogos Olímpicos. Com a transmissão direta dos jogos pela televisão, passa a ser explorado o marketing nos esportes e nos atletas, com uma guerra declarada entre as grandes marcas e os grandes patrocinadores.

Se quisermos, é possível ter uma leitura ingênua desta fase, mas a humanidade retrocedeu, a própria televisão como meio de comunicação se torna dúbia e ambivalente.

A imagem imediata, mesmo com o fato acontecendo a uma enorme distância, deixa de ser objeto de informação, passando a ser sujeito da ação, colaborando muito com a expansão do sedentarismo e transformando o corpo em produto de mercado, através de sua exploração.

3.3 Atividade física, esportes formais esportes não-formais, exercício físico, um pouco da história.

Na descoberta do Brasil em 1500, os índios que aqui viviam tinham sua atividade física idêntica à da época pré-histórica, ou seja, utilizavam sua força física com caráter utilitarista para sobreviver e, conforme Marinho (s/d), a necessidade de perseguir a pé a caça, ou de fugir das feras, tornou os índios velozes. A natação e a canoagem eram bastante desenvolvidas e a equitação também era praticada por algumas tribos que povoaram o sul do Mato Grosso.

Ainda segundo Marinho (s/d):

“o primeiro livro sobre Educação Física no Brasil foi editado em 1828, de autoria de Joaquim Jerônimo Serpa, e tinha por título “Tratado de Educação Física - Moral dos Meninos”, para Serpa, educação física significa saúde do corpo e a cultura do espírito, em 1845 aparece um novo trabalho, trata-se da tese apresentada pelo Dr. Manoel Pereira da Silva Ubatuba, com o título “Algumas considerações sobre a Educação Física”, o

objetivo desse trabalho era demonstrar a necessidade e a importância dos exercícios para a saúde e o vigor” (p. 64).

Quando da Proclamação da República, foi criado o Ministério da Instrução Pública e a Educação Física é regulamentada como parte do currículo escolar.

A Educação Física no Brasil também se preocupou com esse tema, alocando em suas diretrizes educacionais, conforme nos diz Betti (1991):

“na década de 30, proporcionar aos alunos o desenvolvimento harmônico do corpo e do espírito, concorrendo assim para formar o homem de ação, física e moralmente sadio, alegre e resoluto, na década de 40 promover o desenvolvimento harmonioso do corpo e do espírito e, de modo especial, fortalecer a vontade, formar e disciplinar hábitos sadios, adquirir habilidades, equilibrar e conservar a saúde, na década de 70 cultura física, individual, em que se estimule o desenvolvimento harmonioso de órgãos e funções, de modo que alcance o máximo de eficiência e resistência orgânica, na década de 80 promover e aperfeiçoar programas de conscientização de toda a população para a importância da prática regular das atividades físicas, sua necessidade e seus valores”. (p. 29)

Em 1948, Lotufo - através da obra, *Ginástica e Saúde Para Todos* - já preconizava que o trabalho muscular é necessário para que você veja seu corpo transformar-se de simples carcaça ambulante em um porte esbelto e cheio de vida.

Na década de 60, surge no Brasil o Programa “Mantenha-se Fisicamente em Forma”, apoiado nos programas XBX e 5BX da Royal Canadian Air Force que, em seus objetivos, tinha a pessoa fisicamente apta como aquela capaz de resistir ao cansaço por mais tempo que a pessoa

inapta, pois a pessoa fisicamente apta é melhor dotada para suportar o esforço físico e ainda tem o coração mais forte e eficiente.

A partir dos anos 70, surge a campanha do “MEXA-SE”, instituída pela Rede Globo de Televisão. Após a conquista definitiva da Taça JULES RIMET, pela Seleção Brasileira de Futebol, em 1970, observamos uma grande campanha de massa com o intuito de motivar o povo brasileiro à prática de atividades desportivas. Vale destacar que, nessa época, estávamos em pleno governo militar constituído através do golpe de 1964, período da ditadura militar, e tanto o Governo Federal, através do DED/SEED/MEC, como entidades privadas, tinham se empenhado em movimentos com o objetivo de estimular até os menos motiváveis a mexerem-se, desenvolvendo uma atividade física qualquer.

Querendo ou não, pelo rádio, TV, revistas, jornais ou através de Seminários, Simpósios ou Olimpíada, todos têm tomado conhecimento da necessidade de melhorar suas condições físicas de campanhas como “VIDA”, da Fundação Mudes do Rio de Janeiro, a campanha do “Esporte Para Todos”, da SEED/MEC, com a colaboração do Mobral, a qual consolidou definitivamente o EPT no Brasil, dando-lhe porte nacional, realização local, princípios de atuação, além de sua filosofia, metodologia e ideário do movimento.

Surge, também, a mania nacional do “Método e Teste de Cooper”, que consistia em correr uma determinada distância em um determinado tempo, criado pelo Professor Kenneth Cooper. Com os resultados das vantagens dos exercícios aeróbios para as pessoas de qualquer idade, através do título “Como se manter em forma em qualquer idade”, em que

afirmava, agora milhões de pessoas estão praticando esses exercícios, e não é difícil saber por quê - homens e mulheres podem ter melhor aspecto, sentir-se melhor e viver mais, seguindo este método cientificamente testado e provado de alcançar e manter boa forma em qualquer fase da vida.

Ainda na década de 70, conforme Ramos (1984), há cinco documentos básicos, dignos de apreço e reflexão: o Manifesto Mundial da Educação Física (FIEP, 1971), o Manifesto Sobre o Desporto (UNESCO-CIESP, 1965) o Discurso de René Maheu (XX Olimpíada - Congresso Mundial da Ciência do Desporto, Munique, 1972), o Informe Final da Conferência de Ministros e Dirigentes do Desporto (UNESCO, Paris 1975) e o Manifesto do Fair Play (CIESP, 1976), citando, também, o lançamento por parte da UNESCO, a Carta Internacional de Educação Física e Desporto, o qual estabelece que a prática das atividades físicas é direito fundamental de todos.

Salienta, também, que o desporto popular, realizado de maneira voluntária, ocupa lugar de vanguarda na prática mundial dos exercícios físicos; o movimento “desporto para todos”, capaz de conduzir à prática permanente, à melhoria do clima social e às condições de higiene.

Também na década de 70, surge no Brasil, o Programa do EPT - “Esporte Para Todos”, que nada mais era do que uma proposta de cuidados com a saúde através do exercício físico, sendo que Costa (1989), define o EPT como o conjunto de todas as atividades esportivo-recreativas que visem, em graus diferentes, à sociabilidade e à forma física dos praticantes.

O EPT - “Esporte Para Todos na Dimensão de Saúde” também aponta que os indivíduos são atraídos para o esporte por seu valor social e

descobrem um caminho pessoal de saúde. Conforme a definição da OMS - Organização Mundial de Saúde - podemos entender saúde como uma situação de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual, que pode ser alcançada pela execução de atividades sem exageros para obtenção da forma física. Segundo Cavalcanti (1984), o EPT dimensionava a saúde como a expansão da educação não-formal. Assim, a abrangência do novo conceito de saúde impulsionou decisivamente a prática esportiva não-formal.

Em 1975, surge a mania do jogging, que podemos traduzir como correr sem velocidade, uma nova forma de trabalho físico baseado no Método de Cooper. No final da década de 70, e durante a década de 80 a produção científica apresentou inúmeros trabalhos sobre saúde e fitness.

Em 1984, durante a Conferência Pan-americana de “Esporte Para Todos”, esse é reconhecido como um meio, em lugar de um fim, em si mesmo, ou meio para se promover a saúde e a educação de um povo.

No início da década de 80, surge a proposta da “Educação Física e Esportes Não-Formais” que propõe submeter a técnica às aptidões e hábitos das pessoas e não o inverso, como prática comum sugerida pela Educação Física tradicional e, notadamente, pelo esporte convencional, e segundo Costa (1989):

“a Educação Física e o Desporto Não-escolar (extra-escolar) caracterizam-se como atividades físicas que, dentro do sentido da educação permanente, dão continuidade aos valores incorporados na modalidade anterior, possibilitando o desenvolvimento, o aperfeiçoamento e a manutenção do estado físico, psíquico e social de seus praticantes.”(p. 77)

A respeito desse movimento, Taffarel (1986) enfatiza que o Esporte para Todos é uma prática coerente com os princípios da democracia, autodeterminação, criticidade e liberdade. Aponta, também, os projetos desenvolvidos através do Departamento e Núcleo de Educação Física da Universidade Federal de Pernambuco que visavam através dessa prática à busca da democracia, da autodeterminação, da criticidade e liberdade.

3.4 Projetos Desenvolvidos:

Os projetos foram desenvolvidos no bairro do Vasco da Gama, em escola, posto de saúde e associação de moradores, compondo-se de atividades com crianças, iniciação desportiva com jovens, recreação com a comunidade em geral, e ginástica com gestantes.

Foram trabalhados, também, junto aos idosos do Abrigo Cristo Redentor, onde se está revalidando a tese de que as atividades físicas, esportivas e de lazer para idosos são fundamentais, contribuindo para a busca de outras perspectivas de vida para essa faixa etária.

Trabalhamos, ainda, com os detentos do sistema penitenciário de Pernambuco, especificamente na Ilha de Itamaracá, onde foram desenvolvidas atividades sistemáticas e eventos assistemáticos, objetivando participar do processo de re-educação do detento.

3.4.1 Extensão Comunitária na Universidade

O projeto contou com a participação de professores, alunos, funcionários e seus dependentes, em atividades sistemáticas de natação, ginástica, voleibol, futebol, dança, condicionamento físico e, ainda, atividades assistemáticas em datas comemorativas, compostas de atividades recreativas, excursões, passeios, visitas, dentre outras.

Escolinhas - Destinadas às crianças e aos jovens, com o objetivo de uma adequada e motivante iniciação esportiva, estudando-se metodologias alternativas para o ensino do esporte.

Aplicação - Envolvendo escolas circunvizinhas ao Campus Universitário, objetivando o desenvolvimento de atividades sistemáticas e assistemáticas de Educação Física, com base na busca constante de metodologia inovadora do ensino da mesma.

ADM - Associação de Deficientes Motores - Com pessoas especiais, nas instalações do Núcleo de Educação Física, com o objetivo de compensar e desenvolver habilidades relacionais, cognitivas e psicomotoras.

Em 1986, a WHO - World Health Organization - declara que a promoção em saúde se caracteriza como um processo de envolvimento das pessoas para aumentar e melhorar o controle sobre a saúde. Ainda nesse mesmo ano, Pierre Seurin, Presidente da FIEP - Federation Internationale D'Education Physique -, afirma que existe outra realização que gostaríamos de destacar porque é freqüentemente ignorada e que nos parece uma expressão excelente do que deveria ser o Desporte para todos. Referimo-nos

ao grande movimento da ginástica voluntária cujas formas praticadas na Suécia e na França conhecemos bem. Esse movimento não é novo, é anterior, inclusive, ao nascimento oficial do Desporte para Todos. Suas raízes estão na ginástica sueca de Per Henrik Ling, cujo objetivo principal é o melhoramento da saúde, tendo como meta sacudir os débeis ocorrendo tanto na França como na Suécia, apresentando os seguintes objetivos:

- a) contribuir a elevar el nivel de salud de la población en general;*
- b) coadyuvar a que cada quien, sobre todo los adultos, que son los responsables familiares de actividades físicas que compensan la insuficiencia de movimiento impuesta por la vida moderna industrializada, y ofreciendo la posibilidad de evardise, de tiempo em tiempo de las preocupaciones y tensiones de la vida laboral y familiar;*
- c) proporcionar a cada individuo una sana ocupación de un tiempo libre que es cada vez más importante;*
- d) propiciar relaciones humanas con actividades de grupo en un clima de "mútuo interés y comunión en un mismo ideal" y cooperación, en oposición al espíritu de competencia que divide a los hombres."(p. 54)*

Conforme Ramos (1984), na vida social, com o tempo, as atividades físicas ganharão importância crescente. Ligadas à produtividade, na certa surgirão novas formas de trabalho, a fim de melhor capacitar o homem para que se realize de maneira integral. No próximo século, sem dúvida, além de grande competência politécnica e habilidade prática, o homem deverá ser moralmente qualificado e bastante consciente e, ao mesmo tempo, resoluto, forte e resistente.

E mais o praticante precisa ser informado sobre os benefícios que a atividade física acarreta, assim como sobre seus perigos, quando mal orientada. Além disso, cabe aos meios de comunicação de massa importante papel na conscientização popular, usando para tanto, técnicas de elevado alcance social.

Em 1986, surge o Programa de Educação e Saúde através do Exercício Físico e do Esporte, patrocinado pelo Ministério da Educação e do Desporto/Secretaria de Desportos e o Ministério da Saúde/Coordenação de Doenças Crônico-Degenerativas, tendo como objetivo geral informar e educar a população acerca da prática regular da atividade física, como fator de promoção à saúde e prevenção de doenças - especificamente aquelas relacionadas à área crônico-degenerativa. Esse Programa Nacional visou às seguintes ações:

- a) Otimização da qualidade de vida da população, através da atividade física e do esporte;
- b) Educação e motivação da população para o binômio atividade física e saúde;
- c) Fortalecimento da educação física e do esporte na escola, com enfoque para os aspectos de saúde e socialização;
- d) Incentivo à prática da atividade física nas empresas;
- e) Avaliação do exercício e do esporte na saúde da população, com isso procurando despertar a compreensão da ligação intrínseca entre doença e estilo de vida, hábitos sociais e culturais, em que a atividade física participa como fator fundamental.

Em 1987, na 39ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso de Ciência, realizada na Universidade de Brasília, na área de Ciências Aplicadas, Sub-área de Saúde Coletiva, surge o primeiro trabalho relativo ao tema Atividade Física e Saúde, de autoria da Prof.^a Dra. Antonia Dalla Pria Bankoff, com o título “Postura Corporal: Um Difícil Problema de Adaptação para o Homem”.

Em 1988, na 40ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso de Ciência, realizada na Universidade de São Paulo, na Área de Ciências Aplicadas, Sub-área de Saúde Coletiva surge o segundo trabalho relativo ao tema Atividade Física e Saúde, de autoria da Prof.a Dra. Antonia Dalla Pria Bankoff, com o título “Educação Postural: Instrumento Preventivo e de Ajustamento da Atitude”.

Ainda em 1988, sob a coordenação nacional da Prof.a Dra. Antonia Dalla Pria Bankoff, o trabalho foi reavaliado, propondo e incluindo novos objetivos para o Programa Nacional de Educação e Saúde Através do Exercício Físico e do Esporte, pela Coordenação de Doenças Crônico-Degenerativas do Ministério da Saúde e pela Secretaria de Educação Física e Desportos do Ministério de Educação e Desporto, cuja proposta era:

- Capacitar profissionais das áreas de Educação, através de Metodologia de Ensino à Distância, em Exercício Físico e Saúde;
- Implementar, junto as Universidades Federais e Estaduais, equipes locais para o fomento de programas de atividade física e saúde junto à população;

- Produzir material institucional para profissionais das áreas de educação e saúde e usuários sobre a importância da prática da atividade física como fator de promoção de saúde;
- Implementar o Programa junto às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e outros.

O programa citado foi implantado em 14 estados, através de convênios, sendo também criada uma comissão interministerial entre os Ministérios da Saúde e da Educação e do Desporto, para se discutir a Política Nacional de Programa, objetivando sempre a discussão do binômio Exercício Físico e Saúde.

Entre 87 e 89, foi implantado o Programa nos seguintes Estados: Amazonas, Bahia, Ceará, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, São Paulo, Santa Catarina e Sergipe. Em 92, foram incluídos os seguintes Estados: Acre, Alagoas, Espírito Santo, Mato Grosso, Paraíba, Piauí, Rondônia e Roraima. Em 95 foi a vez do Distrito Federal.

O Programa de Exercício Físico e Saúde atendeu 21 Estados, contemplou 248 Municípios e treinou 8421 pessoas entre 1987 e 2002, produzindo o seguinte material didático:

- 1986 - Curso de Educação à Distância em Exercício Físico e Saúde;
- 1988 - Atividade Física e Saúde na Empresa;
- 1991 - Atividade Física e Saúde "Uma Questão Empresarial";

- 1994 - Manual sobre Atividade Física e Saúde - Para Profissionais das Áreas de Educação e Saúde;
- Manual sobre Postura Corporal - Para Profissionais das Áreas de Educação e Saúde;
- Manual sobre Atividade Física e Saúde - Para Usuários Programa de Exercício Físico e Saúde; Educação à Distância em Exercício Físico e Saúde;
- 1996 - Educação à Distância em Exercício Físico e Saúde;
- Revista Infantil intitulada "O Atleta de Ouro-Conversando sobre Exercício Físico e Saúde";
- Folders sobre Exercício Físico e Saúde, com uma tiragem e distribuição de 108.000 exemplares.

Através do Programa de Exercício Físico e Saúde foram desenvolvidos os seguintes congressos e encontros:

- 1986 - Congresso Internacional sobre Exercício Físico e Saúde Brasília/DF;
- 1987 - Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte - Olinda/PE;
- Congresso Brasileiro de Medicina do Esporte Rio de Janeiro/RJ e Congresso Brasileiro sobre Atividade Física e Saúde - Salvador/BA;
- I Encontro Paranaense sobre Atividade Física e Saúde - Curitiba/PR;

- Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte-Brasília/DF;
- Congresso Brasileiro de Medicina do Esporte-São Paulo/SP;
- I Encontro Sergipano sobre Atividade Física e Saúde e Doenças Crônico-Degenerativas - Aracaju/SE;
- Reunião sobre Atividade Física e Saúde e Doenças Crônico-Degenerativas, Ministério da Saúde-Brasília/DF;
- II Encontro sobre Atividade Física e Saúde e Doenças Crônico-Degenerativas - Aracaju/SE;
- II Encontro Brasileiro sobre Atividade Física e Saúde e Antropometria - Salvador/BA;
- Congresso Brasileiro de Medicina do Esporte- Salvador/BA
- I Encontro Catarinense de Ciências do Esporte e Atividade Física e Saúde - Florianópolis/SC;
- II Encontro Catarinense de Ciências do Esporte e Atividade Física e Saúde - Florianópolis/SC;
- I Encontro Baiano sobre Atividade Física e Saúde e Doenças Crônico-Degenerativas - Salvador/BA;
- I Encontro sobre Atividade Física e Saúde - Brasília/DF;
- Avaliação Nacional do Programa de Educação e Saúde através do Exercício Físico e do Esporte e I Encontro sobre Atividade Física e Saúde - Natal/RN;
- Congresso Brasileiro de Medicina do Esporte-Vitória/ES;
- I Encontro sobre Atividade Física e Saúde - Promovendo Novas Práticas de Saúde e Qualidade de Vida-Brasília/DF;

- Avaliação Nacional do Programa de Educação e Saúde através do Exercício Físico e do Esporte – Cuiabá/MT;
- Avaliação Nacional do Programa de Educação e Saúde através do Exercício Físico e do Esporte – Salvador/BA;
- Na Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP, Programa de Convivência e Desenvolvimento de Políticas de Lazer e Esportes na Unicamp – Campinas/SP;
- III Encontro Nacional do Programa de Educação e Saúde Através do Exercício Físico e do Esporte – Salvador/BA;

Neste período também foram ministrados os cursos:

- Curso de Extensão (carga horária de 36 horas) sobre Atividade Física e Saúde, nos seguintes Estados: Alagoas, Ceará, Paraíba, Paraná, Pernambuco e Sergipe;
- Curso de Especialização (carga horária de 360 horas) na Universidade Estadual de Campinas-Unicamp em Exercício Físico e Saúde, com participantes dos seguintes Estados: Distrito Federal, Paraná, Pernambuco e São Paulo.

Esse trabalho nos mostra a preocupação do programa governamental na prevenção das Doenças Crônico-Degenerativas.

Ainda em 1990, Rauchbach afirma sobre a nova preocupação:

“a atividade física interage para uma melhor função do organismo idoso, levando, conseqüentemente, a uma

organização fisiológica sistêmica, sendo um dos melhores remédios para combater as doenças hipocinéticas, geradas pela inatividade da vida moderna.”(p. 18)

Podemos considerar que, além da crítica do autor em relação ao comportamento sedentário da sociedade moderna, está a sua preocupação com os benefícios da atividade física para uma população que passa a ocupar o seu espaço na sociedade.

Ainda em 1990, é a vez de Fries afirmar:

“estudos de intervenção têm mostrado consistentemente que as reservas físicas de pessoas com mais de 70 anos podem ser aumentadas com exercícios aeróbios e prática orientada de esportes, os quais se refletem na melhora do tempo de reação, no controle da taxa de colesterol e da hipertensão, no aumento do rendimento cardíaco e na diminuição de fraturas por osteoporose.”(p 36)

Nota-se, claramente, a intenção dos estudos com a intenção da validade da atividade física como coadjuvante na prevenção e tratamento das doenças ditas crônicas que provocavam um grande número de óbitos na população de idade avançada.

Em 1993, Pollock e Wilmore, afirmam que:

“existe todo um conjunto de evidências que começa a demonstrar, sem sombra de dúvidas, que a inatividade física e a condição cada vez mais sedentária de nossas existências representam uma séria ameaça para o nosso corpo, provocando uma séria deterioração das funções corporais normais.

Problemas clínicos graves e comuns, como as coronariopatias, a hipertensão, a obesidade, a ansiedade e a depressão, além dos que se relacionam com a coluna lombar, estão direta ou indiretamente relacionadas com a ausência de atividade física."(p. 499)

Fica evidente que a vida moderna nos dá comodidade, mas essa comodidade nos leva à inatividade física e à deterioração de nossas vidas. Em contrapartida, a participação em programas de atividades físicas promove um bem-estar pleno.

Os estudos de Carvalho (1995), sobre as doenças crônico-degenerativas no Brasil, principalmente na região sudeste e sua desastrosa e lamentável evolução, desde a década de 40, afetou por volta de 250.000 pessoas e em 1988, afetou por volta de 350.000 pessoas. O mesmo estudo afirma que, quando se trata de pessoas com idade igual ou superior a 50 anos, contingente cada vez mais expressivo de uma população que vem envelhecendo, a situação se torna mais evidente, sendo muito maior o predomínio da mortalidade por doenças cardiovasculares.

Ainda segundo o CENEPI - Centro Nacional de Epidemiologia Ministério da Saúde -, considerando o Censo Populacional de 1991, segundo o IBGE, a estimativa de prevalência de hipertensão arterial na população adulta no Brasil, em 1991, apresenta os seguintes dados: 15% da população brasileira sofre de hipertensão arterial, resultando em aproximadamente 11.965.565 de hipertensos.

Em 1993 o Ministério da Saúde (a), através da Secretaria de Assistência à Saúde e do Departamento de Programas de Saúde e da Coordenação de Doenças Cardiovasculares afirma que de fato:

“existem evidências de que a inatividade física é um fator importante na alta prevalência da hipertensão e da doença coronária. O homem não evolui como um ser sedentário, e a ausência de exercícios regulares é hábito de aquisição relativamente recente. A maioria dos outros fatores de risco é favoravelmente modificada pelo exercício físico.”(p. 68)

Segundo Carvalho (1995), acredita-se que, no Brasil, a maior parte da população adulta dos dois sexos possa ser classificada como fisicamente inativa, enquanto apenas uma parcela muito pequena - entre 15 a 25% - seria considerada como fisicamente ativa de forma regular. Nos últimos trinta anos, através de estudos experimentais, a atividade física se mostra como fator importante contra o sedentarismo, bem como uma forma de redução do desenvolvimento das doenças crônico-degenerativas.

Ainda em 1993, o Ministério da Saúde (b), através do Programa Nacional de Educação e Controle do Diabetes Mellitus, afirma que o exercício físico é importante para o tratamento do diabético, devendo ser programado. Aponta, também, como uma das regras básicas para se conviver com a doença, o cuidado de não se esquecer da importância da atividade física e do exercício físico para o controle de seu diabetes. Não é necessário tornar-se um atleta e nem se dedicar a exercícios que sejam incompatíveis com sua condição física ou mesmo com suas preferências. Mas deve evitar, a todo custo, a vida sedentária.

Nesse mesmo 1993, o Ministério da Saúde (d), através da Secretaria de Assistência à Saúde e o Núcleo de Tecnologia Educacional Para a Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro na publicação Controle da Hipertensão Arterial-Uma

Proposta de Integração Ensino-Serviço, diz que: os exercícios físicos indicados para os pacientes hipertensos são os exercícios dinâmicos, que se baseiam nos movimentos, e o aeróbio, de baixa ou média intensidade e de longa duração.

O tipo ou modalidade de exercício adequado ao hipertenso é o exercício aeróbio envolvendo grandes massas musculares: caminhar, correr, nadar, pedalar. A intensidade pode ser quantificada pelo consumo de oxigênio ou pela Frequência Cardíaca Máxima (FCMáx), na qual existe uma zona alvo. Para conhecê-la deve-se aplicar a fórmula 220 menos a idade do praticante devendo ser ajustada para 70 a 85% do valor da FCMáx do indivíduo.

Como forma de precaução recomenda-se que, ao se iniciar o programa de exercícios, a zona alvo deve estar ajustada para 50 a 60% e na medida em que melhore o condicionamento físico ela irá sendo aumentada.

O Ministério da Saúde, no ano de 1993 (c), através da Secretaria de Assistência à Saúde e do Departamento de Programas de Saúde e da Coordenação de Doenças Cardiovasculares, informa que o exercício aumenta o HDL-colesterol e diminui o LDL-colesterol, sendo que o HDL-C elevado é benéfico à saúde e o LDL-C baixo também se apresenta como benéfico para a saúde.

Neri (1993) afirma que envelhecer satisfatoriamente depende do delicado equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo, equilíbrio esse que lhe possibilitará lidar, em diferentes graus de eficácia, com as perdas inevitáveis do envelhecimento. Ao mesmo tempo aponta que a vida saudável tem íntima relação com as relações e o cotidiano das

peessoas; portanto, hábitos saudáveis evidentemente geram um estado de saúde saudável.

Segundo Carvalho (1995):

"uma análise mais detalhada da questão da hipercolesterolemia demanda a quantificação das subfrações do colesterol, já que valores elevados do componente ligado à lipoproteína de alta densidade (HDL-C) são benéficos para a saúde, enquanto uma elevação da fração ligada à lipoproteína de baixa intensidade (LDL-C) favorece a aterogênese." (p. 74)

Nesse sentido, é interessante observar a influência que a atividade física regular desempenha sobre os demais fatores em nossa vida. Não é, provavelmente, exagerado dizer que a atividade física regular atua, de forma direta ou indireta, em praticamente todos os fatores adquiridos e pode até neutralizar alguns dos fixos.

O exercício físico é um tranqüilizante natural. Cooper costuma dizer que o exercício físico queima estresse. Além disso, possibilita a ampliação do convívio social; reduz a procura pelo álcool e pelo fumo; combate a obesidade e o diabetes, consumindo calorias e acelerando o metabolismo, enquanto reduz os níveis de ácido úrico e de triglicéridios.

Para Guedes (1995), a caminhada, a corrida em ritmo moderado (jogging), a natação e o ciclismo são exemplos típicos de atividades físicas que podem ser realizadas de maneira aeróbia, aquela atividade realizada em que existe uma maior absorção de oxigênio por minuto para uma carga de trabalho, e, portanto, pode provocar modificações importantes na resistência cardiorespiratória.

Fica evidente que a adesão a um programa de atividades físicas visando à melhoria da qualidade de vida e a saúde não demanda esforços ou investimentos, podendo ser realizadas de forma simples e prazerosa.

Para Silva (1995), as atividades físicas aeróbias se caracterizam pela utilização do metabolismo predominantemente aeróbio, quando a intensidade do esforço e baixa a frequência cardíaca não excede 80 a 90% do seu máximo; caracterizam-se tais atividades por serem cíclicas, permitindo manutenção do estado de equilíbrio entre gasto e suporte energético para sua manutenção.

O sistema locomotor também se beneficia no decorrer das atividades aeróbias, como por exemplo: a estabilidade da coluna vertebral, a estabilidade das articulações e a estabilidade dos membros, sendo de grande importância a sua atuação na prevenção das artroses.

Em 1996 a Unimed através de seu artigo Qualidade de Vida-Osteoporose, diz:

“os exercícios físicos devem ser realizados de forma regular três vezes por semana, com intervalo entre as sessões de 24 a 48 horas. É muito importante que esses exercícios sejam realizados com o paciente suportando o próprio peso, em função da força que os músculos exercem sobre os ossos da coluna e dos membros inferiores.” (p. 04)

Fica clara a aceitação e a indicação de programas de exercícios físicos pela sociedade médica, o que nos permite concluir que a medicina também mostra seu interesse em relação a esses novos estudos na relação atividade física e saúde.

Hayflick 1996 afirma que:

“longevidade é o período de tempo no qual se pode esperar que um animal viva, dadas as melhores circunstâncias. No caso dos seres humanos recém nascidos, a longevidade média (expectativa de vida) nos países desenvolvidos é de cerca de 75 anos e a longevidade máxima (tempo de vida) é de 115 anos.”(p. 86)

Evidentemente que os avanços adquiridos pela farmacologia, pela medicina e pela nutrição dão sustentação a esta colocação e a geração atual já passa a ter mais tempo produtivo, pois a aposentadoria passa a ter idade mínima.

Pires (1997) assegura que:

“a medicina pode dar a qualquer instante o maior salto qualitativo da sua história! Não será uma nova droga, vacina, ou procedimento cirúrgico revolucionário. Será a conscientização dos pacientes do quando podem fazer por si mesmos!”(p. 35)

O que mais o ser humano pode esperar? Basta que ele próprio dê à medicina as dicas de uma nova qualidade de vida.

Em 1997, o Governo do Estado de São Paulo lança o “Programa Educação Mais Saúde: Não Existe Melhor Remédio”, com o Trabalho Educacional na Adesão ao Exercício Físico, através do Programa Agita São Paulo, criado pelo CELAFISCS - Centro de Estudos do Laboratório de

Aptidão Física de São Caetano do Sul, sob a coordenação do Dr. Vitor Keihan R. Matsudo, objetivando:

- Aumentar o nível de conhecimento da população sobre os benefícios de um estilo de vida ativa;
- Incrementar o nível de atividade física da população, salientando que recentemente é consenso entre estudiosos que a associação entre atividade física e saúde, não necessita efetivamente de horas de exercícios intensos. Sessões diárias de trinta minutos, na maior parte dos dias da semana, que podem ser desenvolvidas continuamente ou em períodos cumulativos de dez a quinze minutos, em moderada intensidade, podem representar o Passaporte para Saúde.

Empresas que adotaram programas de atividade física no local de trabalho para seus funcionários mostraram uma redução nas ausências ao trabalho, redução nos custos médicos, aumento da produção e melhoria nos lucros da empresa.

Ainda conforme salienta o Programa é através do processo educativo que se estabelece o diálogo entre a equipe de saúde e os usuários do sistema, permitindo uma socialização do conhecimento científico atual, para a promoção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação dos agravos de saúde, entre eles, as doenças crônicas.

É importante procurarmos desenvolver na população um estilo de vida mais ativo como instrumento valioso na melhoria dos padrões de saúde. Por outro lado, em termos de saúde pública, um outro dado

promissor é que trabalhos recentes demonstram que o impacto mais benéfico do exercício acontece quando este é realizado em intensidade leve ou moderada.

Essas afirmações trazem, ainda, um grande alento para aqueles que apresentam um estilo de vida sedentário, pois a mudança de hábitos mostrou ser fundamental para melhoria dos índices do risco de morte como consequência de uma melhor qualidade de vida.

Estudos epidemiológicos e experimentais evidenciam uma correlação positiva entre atividade física e diminuição da mortalidade, sugerindo também um efeito positivo nos riscos de enfermidades cardiovasculares, perfil dos lipídeos plasmáticos, manutenção da densidade óssea, na redução das dores lombares e melhores perspectivas no controle de enfermidades respiratórias crônicas.

Foram relatados, ainda, efeitos positivos no tratamento primário ou complementar da arteriosclerose, da enfermidade venosa periférica, da osteoporose, assim como benefícios psicológicos a curto prazo.

Em 1998, Guedes e Guedes afirmam que:

“com as modificações nos símbolos de poder e de estética estabelecidas pela sociedade, o excesso de gordura e de peso corporal passou a se distanciar dos modelos de beleza e já não evidencia prestígio social ou econômico. Aliadas a isso, evidências têm apontado que o excesso de gordura e de peso corporal, por si só, induz a graves disfunções orgânicas, congrega-se a um conjunto de doenças associadas e aumenta a probabilidade de limitações funcionais e morte prematura.”(p. 108)

O padrão de corpo mudou, só que, desta vez, a mudança se mostra benéfica, pois está associada à saúde.

Ainda em 1998, Sharkey aponta que a vida ativa é o estilo de vida que quase todo mundo levava antes de as pessoas alcançarem os benefícios da modernização industrial. Mesmo coletivamente, são a nossa maior esperança para a saúde pessoal e vitalidade, a falta de atividade física é agora considerada um fator de risco para doença do coração.

Em 1999, Nieman afirma:

“a saúde e a aptidão física são qualidades positivas que estão relacionadas com a prevenção da maioria das doenças. A aptidão física enfatiza o vigor e a energia para realizar trabalho físico e exercícios. A aptidão física pode ser mensurada subjetivamente pela determinação da quantidade de energia que uma pessoa possui para realizar coisas agradáveis na vida e experimentar todas as aventuras naturais possíveis.”(p. 47)

A prática da atividade física pode e contribui para a melhora da qualidade de vida, proporcionando momentos de alegria e emoção, levando a uma outra forma de viver e ver o mundo.

Ainda em 1999, Leite afirma que:

“como enfatizamos, acreditam alguns especialistas que muito do declínio das funções orgânicas e mentais com o avançar da idade se deve a uma hipocinesia motora comum em muitos indivíduos após os 30 ou 40 anos de idade, que por sua vez, provoca subestímulos ao sistema bioenergético, sistema músculoesquelético, sistema cardiorespiratório e sistema nervoso central, que deixam aumentar sua capacidade de reserva durante toda a vida. Na realidade, não se espera

reverter o processo de envelhecimento, mas sim retardá-lo, prevenindo o indivíduo de distúrbios metabólicos e/ou degenerativos,"(p. 138)

Este mesmo autor ainda salienta que:

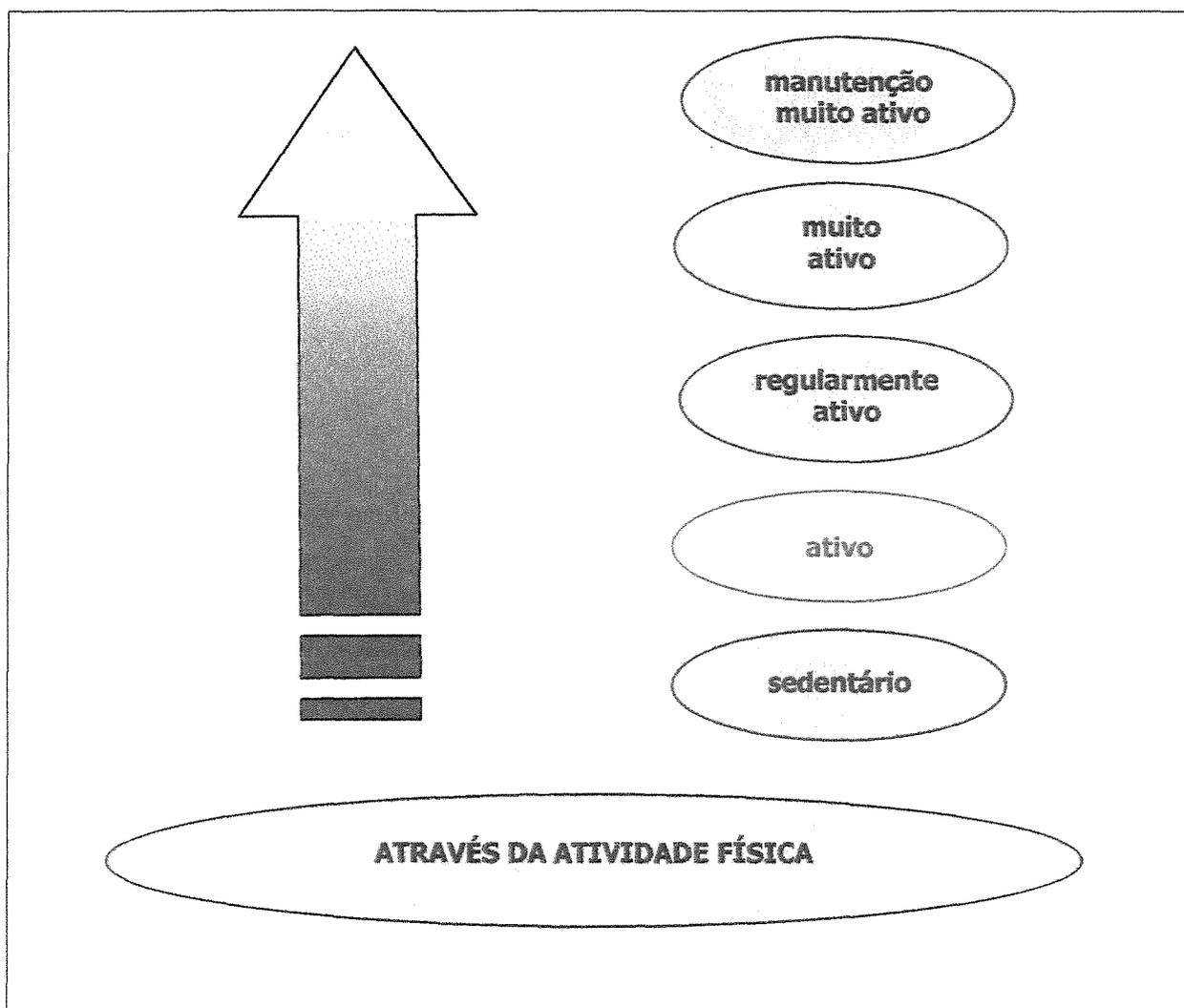
"a atividade física bem estruturada e elaborada pode recuperar o ritmo e a expressividade do corpo, agilizar os reflexos e adequar os gestos a diferentes situações. Com os exercícios de alongamento e de flexibilidade, o uso de pequenos pesos e a caminhada, podem evitar e prevenir a rigidez articular, a atrofia muscular, e a baixa capacidade cardiorespiratória observada."(p. 145)

As alterações provocarão mudanças por todo o organismo, direcionando-o para um maior condicionamento físico, aumentando o bem-estar e como consequência uma melhor qualidade de vida.

Em 1999, foi lançado pelo CELAFISCS, juntamente com o Ministério da Saúde, o Programa "AGITA BRASIL", para incrementar o conhecimento e o envolvimento da população sobre os benefícios da atividade física, chamando a atenção para sua importância como fator predominante de proteção à saúde. A proposta é elevar o nível de atividade física de cada pessoa tendo como meta o estímulo para que:

- Indivíduos sedentários passem a ser um pouco ativos;
- Indivíduos pouco ativos se tornem regularmente ativos;
- Indivíduos regularmente ativos passem a ser muito ativos;
- Indivíduos muito ativos mantenham este nível de atividade física.

Quadro demonstrativo da importância da atividade física na promoção da saúde, de sedentário a ser muito ativo:



Fonte: Matsudo 97.

Em 2000, Seixas, no XXIII Simpósio Internacional de Ciência do Esporte, através da análise da prescrição de atividade física realizada por médicos ortopedistas, conclui que:

"a atividade física regular produz vários benefícios para a promoção da saúde e o médico é reconhecido como o principal

agente de mudança comportamental. O ortopedista é muitas vezes considerado o médico mais familiarizado com a atividade física,”(p. 94)

Esta amostragem foi realizada com 297 ortopedistas com idade média de 37,9 anos que responderam a um questionário elaborado especialmente para este estudo e a conclusão assim se apresenta: os ortopedistas estão pouco habituados com o paradigma atual para a promoção da saúde obtida por um estilo de vida ativo. A causa pode ser a falta de conhecimento, o pouco cuidado ao prescrever a atividade física levando a parâmetros vagos, ou até mesmo a uma superestimativa da prescrição real que o questionário deste estudo não pode corrigir. Sugerimos que os padrões da prescrição de atividade física devam ser mais divulgados para esses profissionais a fim de uma padronização em busca de melhores resultados para os pacientes.

Em 2002, O CELAFISCS lança no Brasil o Programa “AGITA MUNDO - DIA MUNDIAL DA SAÚDE”, programado para o dia 07 de abril de 2002.

Em conjunto com a Organização Panamericana de Saúde - OPAS, lança o Programa “AGITA AMÉRICA - DIA MUNDIAL DA SAÚDE”, nas Américas, programado para o dia 07 de abril de 2002, sendo que a OPAS objetiva:

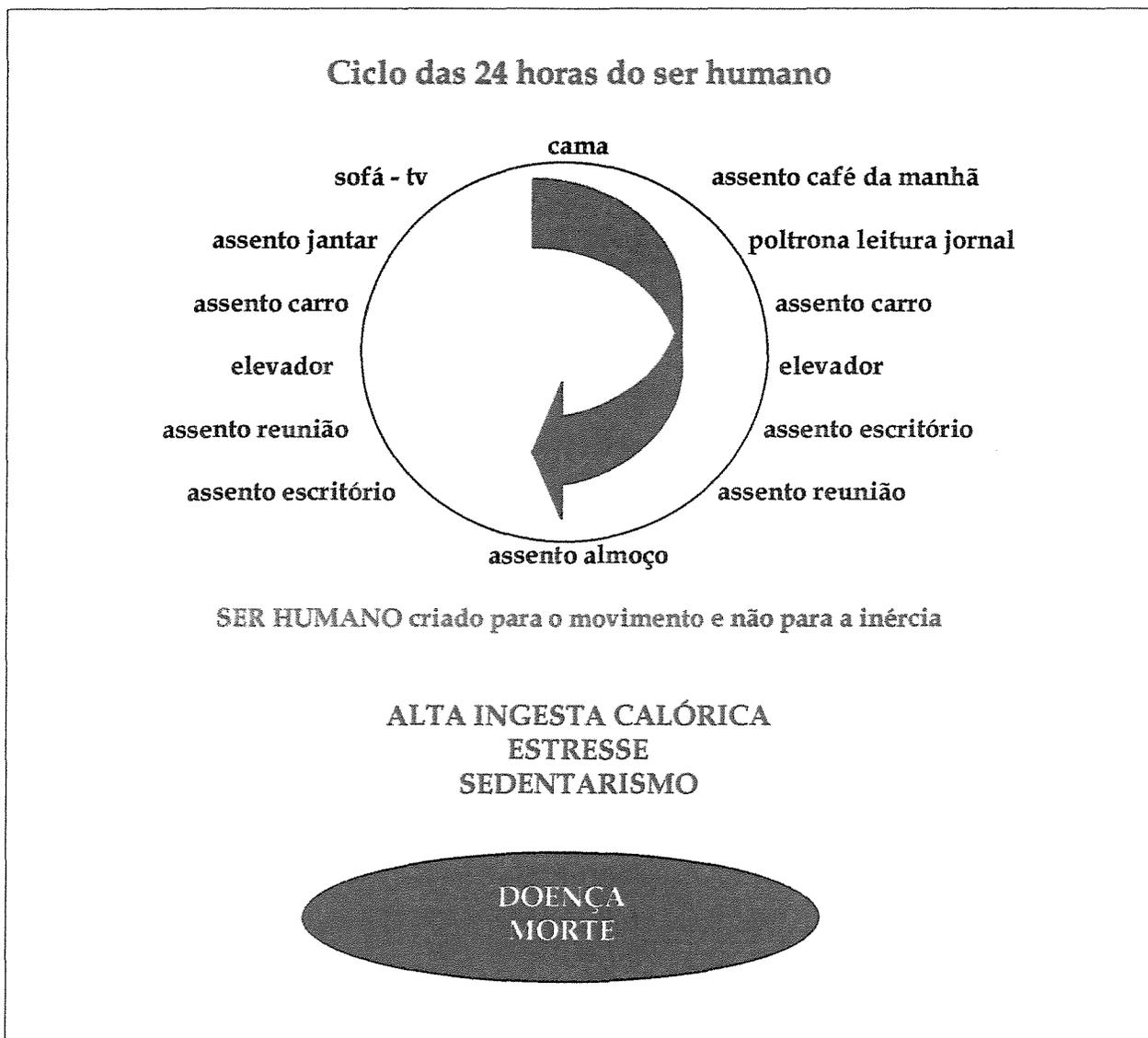
“A Organização Panamericana de Saúde - OPAS e os Centros para Controle e Prevenção das Enfermidades - CDC, celebrarão no dia mundial da saúde, dia 07 de abril de 2002, Muevete América, premiando aquelas cidades que se destacarem na promoção de espaços públicos para a recreação e para a atividade física da população.”(p. 03)

Por causa do sucesso do modelo do Programa “AGITA AMÉRICA”, reconhecido pela Organização Mundial da Saúde – OMS, foi decidido no decorrer da Assembléia Mundial da Saúde que, em conjunto com a Organização Mundial de Saúde – OMS, será lançado o Programa “SEM FRONTEIRAS PARA AGITAR/NO FRONTIERS TO AGITATE – ATIVIDADE FÍSICA: UNINDO POVOS, MOVE FOR HEALTH”. O estilo de vida (falta de atividade física e alimentação não-balanceada) é responsável por 54% do risco de morte por infarto e 50% do risco de morte por derrame cerebral, que são as principais causa de morte na população mundial. Então, no dia 07 de abril de 2002 comemorou-se o World Haelth day – Dia Mundial da Saúde.

Na cidade de São Paulo, sede do evento mundial, foram organizados diversos eventos nos dias 05,06 e 07 de abril de 2002. Com uma grande concentração, realizaram-se de apresentações artísticas, culturais e atividades físicas recreativas no Vale do Anhangabaú e no Parque Ibirapuera, com a visita oficial da Diretoria Geral da Organização Mundial da Saúde.

Da segunda metade da década dos anos 80, até a presente data, os trabalhos produzidos concentraram-se na área de atividade física, através do fitness e da atividade física para uma qualidade de vida através do wellness, que podemos entender como viver bem.

Quadro demonstrativo do cotidiano das pessoas:



Na opinião de Nahas (1999), a atividade física regular é importante na prevenção de diversas doenças, uma vez que qualquer tipo de atividade física, sejam esportes, exercícios, tarefas domésticas e mesmo o caminhar para o trabalho. Além desses, a própria atividade laboral pode ser útil, pois também promove um gasto calórico determinado.

3.5 Sedentarismo

O termo sedentarismo deriva do vocábulo latino “sedentariu”, segundo Ferreira (1986), significa que está comumente sentado; que anda ou se exercita pouco.

Pollock e Wilmore (1993), informam que:

“desde os tempos da Revolução Industrial, com a tecnologia avançando a uma velocidade assustadora, até hoje, observou-se transformação notável de uma sociedade acostumada aos trabalhos pesados, com uma estrutura basicamente rural e fisicamente ativa, numa população de cidadãos urbanos ansiosos e estressados e de suburbanos com poucas ou nenhuma oportunidade para o envolvimento em atividades físicas. Estes avanços na tecnologia moderna permitiram à atual sociedade uma vida de relativo conforto. A vida está se tornando cada vez mais fácil, ou seja, sob o ponto de vista da conservação dos esforços e energias humanas.”.(p. 28)

Em resumo, será que lucraremos alguma coisa com este recém-adquirido sedentarismo?

Existem dois tipos de pessoas sedentárias: uma delas é aquela pessoa que não pratica atividade física porque não quer, e a outra é aquela que não pratica por falta de oportunidade. Conforme Weineck (1991),

“a falta de movimento, atinge todo o organismo humano, onde cada tecido e cada órgão tem sua capacidade de acordo com sua função, e que quanto menos eles forem exigidos, menor será sua capacidade de exercer sua função. A falta de uso é caracterizado inicialmente por uma queda na capacidade corporal e orgânica, ocorrendo assim atrofia, incapacidades funcionais, distúrbios

no sistema de regulação, entre outras, finalizando-se com doenças típicas do envelhecimento.”(p.77)

E, para confirmar essa colocação, Nahas (1999) classifica o nível de atividade física habitual dos adultos nas seguintes categorias:

Inativo - Esta é a categoria associada a comportamentos sedentários e, conseqüentemente, a baixos níveis de aptidão física e risco aumentado para diversas doenças;

Pouco Ativo - Pessoas neste nível de atividade física estão no caminho certo, mas podem (e devem) melhorar. Esse nível de atividade é insuficiente para desenvolver níveis razoáveis de aptidão física e trazer benefícios significativos para a saúde;

Ativo - Esta faixa pode ser considerada como ideal para a grande maioria das pessoas; está associada a uma boa aptidão física e significativa redução no risco de diversas doenças. Independentemente de fatores hereditários ou características individuais, a maioria das pessoas pode atingir esse nível de atividade física;

Muito Ativo - Estes níveis de atividade física estão associadas a altos níveis de aptidão física, mas nem todas as pessoas conseguem mantê-los. Se você está nessa faixa, procure exercitar-se com segurança, observando os limites de seu organismo.

3.6 Doença

O termo doença deriva do latim “dolentia” cujo significado é dor,, segundo Ferreira (1986), doença é falta ou perturbação da saúde, moléstia, mal, enfermidade.

Conforme Ferrareze (1997), o estudo das doenças ao longo da história da humanidade, nos mostra um dado curioso. Nos primórdios da aventura humana, as pessoas adoeciam e morriam, principalmente em decorrência de condições ambientais adversas e da fome; um pouco mais tarde, eram dizimadas pelas pestes. Quando o homem aprendeu a plantar, a possibilidade de se extinguir por fome desapareceu, mas num momento posterior, tivemos a fase em que predominavam as doenças infecto-contagiosas. O homem, mais uma vez usando da inteligência, derrotou os micróbios, construiu o microscópio e passou a ver o inimigo, que antes não via e pôde atacá-lo.

Usando as propriedades do calor, passou a esterilizar soluções porém desde o século XX estamos vivendo o que podemos chamar de doenças da civilização ou doenças criadas pelo homem como a pressão alta, os derrames, a angina, o infarto, a diabetes e o câncer, assim chamadas por constituírem, primordialmente, o resultado do meio cultural em que vivemos.

Para Guedes & Guedes (1998), muitos sintomas de algumas doenças são consequência de estágios mais avançados de maus hábitos de saúde.

3.7 Doenças crônicas não-transmissíveis

Para investigar as doenças crônicas não-transmissíveis, é necessário entendê-las. Segundo Ferreira (1986), diz-se crônica a doença de longa duração, por oposição às de manifestação aguda.

O Ministério da Saúde através do seu Comitê Técnico Científico - CTC de Assessoramento às Ações de Atividade Física e Saúde (2002), nos diz:

“As Doenças Crônicas Não Transmissíveis representam atualmente um importante problema de saúde pública, um quadro sanitário em que se combinam as doenças ligadas à pobreza típica em países em desenvolvimento e as doenças não transmissíveis dos países mais afluentes, refletindo as contradições do nosso processo de desenvolvimento. Os determinantes sociais: o aumento da expectativa de vida, a urbanização e as mudanças de hábitos, com conseqüente maior exposição aos fatores de risco e inadequado estilo de vida, contribuem para o aumento da prevalência e incidência desse grupo dessa doença,”(p. 12)

Na opinião deste mesmo Comitê:

“o estilo de vida é responsável por 54% do risco de morte por cardiopatia, 50% pelo risco de morte por acidente vascular cerebral, 37% pelo risco de morte por câncer e no total por 51% do risco de morte de um indivíduo. O estilo de vida sedentário é um fator de risco independente para enfermidade coronariana e acidente vascular, principais causa de morte em todo o mundo. O risco de doença cardíaca para as pessoas menos ativas e menos condicionadas pode ser o dobro comparado às pessoas mais ativas e condicionadas,”(p. 15)

A atividade física pode ajudar a atingir e manter o peso corporal apropriado, o que contribui positivamente na mudança de outros fatores de

risco de doença coronariana, como perfil de lipídeos, a resistência à insulina e à hipertensão. Desta forma, contribui para o controle do Diabetes, do colesterol alto e da hipertensão arterial. Nos dias atuais, a consciência do binômio atividade física e saúde leva à necessidade de melhor informar e educar a população acerca da prática regular da atividade física, como fator de promoção da saúde e prevenção de doenças - especificamente aquelas relacionadas à área crônico-degenerativas: hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, doenças do aparelho locomotor e doenças pulmonares.

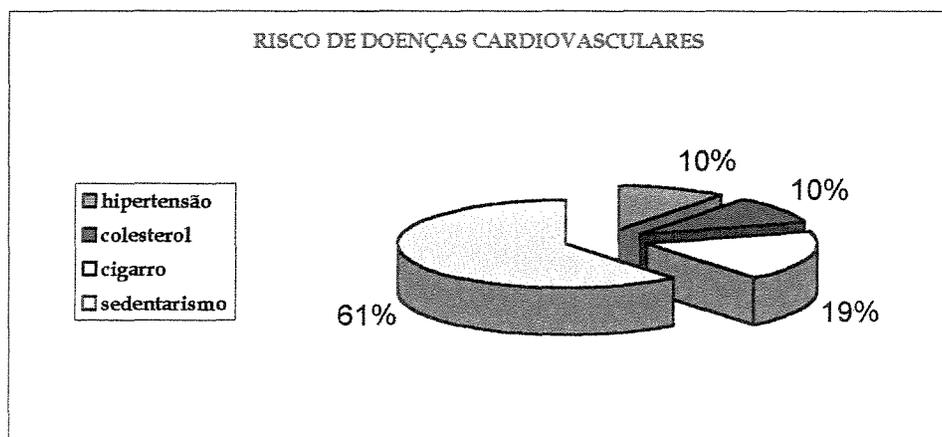
Uma das causas dessas doenças é a mudança no estilo de vida, visto que, hoje em dia, o ser humano tem direito a poucas horas de lazer, pois trabalha mais, perde mais tempo com deslocamentos e transportes nas cidades grandes e o pouco de tempo que resta, usa-o de forma muito passiva, como ficar o fim de semana assistindo à televisão, levando, assim, uma vida cada vez mais sedentária.

Podemos alocar as doenças crônicas não-transmissíveis, em quatro grandes grupos:

- Doenças cardiovasculares;
- Distúrbios glicêmicos;
- Doenças respiratórias,
- Doenças do sistema músculo-esquelético.

3.8 Doenças Cardiovasculares

Quadro demonstrativo do risco das doenças cardiovasculares:



Fonte: Matsudo 1997.

O sistema cardiovascular é composto pelo coração, vasos sanguíneos e o sangue. Com o envelhecimento, algumas modificações se apresentam no organismo, a saber:

- Diminuição do número de células no músculo cardíaco;
- Decréscimo da força e da elasticidade da musculatura cardíaca;
- Decréscimo da força e da elasticidade dos vasos sanguíneos;
- As válvulas se tornam menos flexíveis;
- Baixo fluxo sanguíneo do músculo cardíaco;
- Surgimento de depósitos de cálcio nos vasos sanguíneos;
- Aumento do colesterol nos vasos sanguíneos;
- Aumento da resistência do fluxo sanguíneo; e
- Diminuição do débito cardíaco e renal.

Gerando as seguintes modificações, paralelamente a outros fatores;

- Diminuição do batimento cardíaco em repouso;

- Um rápido aumento dos batimentos cardíacos na atividade física;
- Aumento da pressão arterial;
- Fadiga crônica;
- Perda de equilíbrio e sensação de tontura;
- Varizes e aumento da sensibilidade ao frio.

Segundo a Secretaria de Políticas Públicas do Ministério da Saúde

(2001-a):

“as doenças do aparelho circulatório representam um importante problema de saúde pública em nosso país. Há algumas décadas, são a primeira causa de morte no Brasil, segundo registros oficiais Sistema de Informação sobre Mortalidade-SIM). Em 1998, esse grupo de doença foi responsável por 14% das internações realizadas pelo SUS, na faixa etária de 30 a 69 anos e corresponderam a mais de 25% do total dos óbitos a (HA) e o (DM) constituem os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório. Entre as complicações mais frequentes decorrentes desses agravos encontram-se o Infarto Agudo do Miocárdio, o Acidente Vascular Encefálico, a Insuficiência Renal Crônica, as amputações de pé e pernas, a cegueira definitiva, os abortos e as mortes perinatais. No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis representam cerca da metade de todos os óbitos ocorridos e as doenças cardiovasculares e o Diabetes Mellitus tem destacada posição nesses coeficientes de morbimortalidade.”(p. 08)

O exercício fortalece o músculo do coração e grandes demandas ao coração fazem com que ele aumente de tamanho e se torne forte. O volume de sangue por batimento do coração aumenta, provocando melhor nutrição para todas as partes do corpo.

A pessoa que se exercita regularmente tem um batimento de pulso baixo, e este batimento retorna ao normal mais rapidamente depois do exercício do que o batimento de pulso de uma pessoa sedentária.

3.9 Hipertensão Arterial

A doença arterosclerótica do coração se apresenta como um dos principais problemas de saúde pública no Brasil, sendo a hipertensão arterial considerada uma das maiores causadoras desta enfermidade. Para Shoji e Forjaz (2000):

“a hipertensão arterial é uma doença multifatorial assintomática, que se caracteriza por elevação sustentada dos níveis pressóricos arteriais. A importância dessa doença torna-se evidente quando se considera sua alta prevalência na população adulta e suas conseqüências lesivas sobre diversos órgãos-alvo, levando a altos índices de morbidade e mortalidade cardiovascular.” (p. 86)

Para se ter uma idéia de como essa doença vem se desenvolvendo ao longo dos tempos:

- Em 1930, representava 12% de todos os óbitos do país;
- Em 1980, elevou para 31% dos óbitos;
- Em 1985, aumentou para mais de 33% dos óbitos.

Das internações realizadas nos serviços do INAMPS, em 1986, a doença arterosclerótica do coração participava em 13% dos seus gastos com seu tratamento, que ultrapassavam as complicações da gravidez, de parto e puerpério que estavam em primeiro lugar das internações. Desses 13%, a

hipertensão arterial representa 3% do total de internações e seus custos chegam a 1,6% dos gastos aplicados na saúde.

A doença arterosclerótica do coração também representa a primeira causa de aposentadorias precoces no Brasil, atingindo 29 % do total, sendo que destes, 19% acontecem em virtude da hipertensão arterial.

Com relação à concessão de auxílio-doença, a doença arterosclerótica do coração representa 13 % do total, sendo que deste, 6% é representado pela hipertensão arterial, e conforme o Ministério da Saúde (1993-c), considerando como causa isolada a ela ocupa o primeiro lugar em auxílio-doença e o quarto em duração de licenças para tratamento de saúde.

Analisando esses dados e considerando essa realidade, pode-se perceber que a doença arterosclerótica do coração e seus fatores de risco, especialmente a hipertensão arterial, necessitam, de uma maior atenção, mas também é de conhecimento público que o tratamento feito somente às custas de medicamentos torna-se oneroso e com reações adversas.

A atividade física, quando aplicada de forma regular e com a devida orientação de um profissional de Educação Física, com conhecimento específico na área da saúde, é aceita como um dos principais componentes da mudança de estilo de vida da população, podendo desencadear benefícios morfofuncionais, obtendo, assim, um controle da hipertensão arterial sem provocar reações adversas e com baixo custo, contribuindo dessa maneira para uma melhor qualidade de vida.

O coração faz o sangue circular com uma certa pressão, o que determina a pressão sangüínea de cada indivíduo. Essa pressão não é a mesma durante as vinte e quatro horas do dia; ela aumenta, quando você

está excitado, nervoso, com frio, fumando e até praticando esportes; seus valores tendem a aumentar também à medida em que se envelhece. A pressão varia (sobe e abaixa) dentro de limites que também variam com a idade, sexo e estrutura física.

Apesar dos estudos feitos e de todo o conhecimento adquirido, até então não se consegue precisar a doença orgânica responsável pela elevação da pressão arterial em determinado indivíduo, mas existem variáveis clínicas que nos permitem prever entre os indivíduos normotensos aqueles que no futuro poderão se transformar em hipertensos.

Essa previsão pode ser feita através dos seguintes dados: idade, o próprio nível da pressão arterial, peso corporal, a frequência cardíaca, níveis de glicemia, níveis de ácido úrico sérico, níveis de colesterol, histórico familiar e hematócrito.

Existem também fatores constitucionais, entre os quais podemos apontar a idade, isto porque, na maioria dos estudos já realizados, a pressão arterial elevada se apresenta quanto maior for a faixa etária. A SBH (2002) diz que:

“a prevalência de hipertensão arterial em crianças e adolescentes pode variar de 2% a 13%. Estudos epidemiológicos brasileiros têm demonstrado prevalência de hipertensão arterial nessa faixa etária, entre 6% a 8%. Atualmente, considera-se obrigatória a medida de pressão arterial a partir de 3 anos de idade, anualmente.” (p. 47)

Embora haja tendência de aumento da pressão arterial com a idade, níveis de pressão sistólica acima de 140mmHg e/ou de pressão diastólica acima de 90 mmHg não devem ser considerados fisiológicos para

os idosos. Em relação ao sexo, ainda com certas restrições, as pesquisas nos apontam que a pressão arterial elevada se apresenta mais em mulheres do que em homens.

“as mulheres são relativamente protegidas de eventos cardiovasculares antes da menopausa. Entretanto, estudos clínicos de longo prazo têm demonstrado que as mulheres não diferem dos homens quanto à resposta pressórica anti-hipertensiva e ao prognóstico.” (SBH, 2002), (p. 54)

Em relação aos fatores genéticos, a raça negra apresenta sempre a pressão arterial elevada. A prevalência da hipertensão arterial na população negra é mais elevada, bem como é maior sua gravidade, particularmente quanto há incidência de hipertensão arterial maligna, acidente vascular encefálico e insuficiência renal crônica. Predominando em nosso país os miscigenados, essa população que pode diferir dos negros quanto às características da hipertensão. A SBH (2002) diz ainda que:

“hipertensão arterial e obesidade são condições freqüentemente associadas, em especial a obesidade centrípeta, fazendo parte de uma síndrome metabólica caracterizada pela presença de resistência periférica à insulina e hiperinsulinemia. A freqüência dessa associação pode variar com a idade, o sexo e a raça.”(p. 62)

No entanto, independentemente de raça, a obesidade aumenta a possibilidade da pressão arterial elevada, pois segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (1999) e a Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP (2000):

“pesquisas realizadas mostram que o estilo de vida do brasileiro leva 13% das mulheres, 7% dos homens e 15% das crianças a serem obesos. Esses números vêm a cada ano num crescente,

principalmente na região Sudeste do Brasil, onde o índice de obesidade é observável maior nas mulheres de baixa renda e diminuto nas mulheres de classe social mais elevada.”(p. 64)

Para Guedes & Guedes (1998), a obesidade refere-se especialmente ao aumento na quantidade generalizada ou localizada de gordura em relação ao peso corporal, associado a elevados riscos para a saúde.

Já para Powers e Howley (2000):

“obesidade é uma alta porcentagem de gordura corporal, usualmente > 25% para homens e < 32% para as mulheres. Essa porcentagem maior para as mulheres se deve ao fato, que após a puberdade a porcentagem diminui nos homens, mas nas mulheres acontece o oposto, pelo fato da gordura desempenhar importante papel na função reprodutora.”(p. 86)

Enquanto Shoji e Forjaz (2000) diz que:

“o tratamento não-farmacológico da hipertensão se faz pelo controle de fatores de risco que predisõem ao aparecimento e à evolução dessa doença, sendo necessárias, portanto, modificações no estilo de vida dos indivíduos, que devem incluir: controle de peso corporal, redução da ingestão de sódio, aumento da ingestão de potássio, redução ou abandono da ingestão de álcool e aumento da prática regular de atividade física.”(p. 64)

Pode-se concluir pela colocação dos autores que a obesidade se torna um mal à saúde do ser humano.

3.10 Distúrbios glicêmicos/diabetes mellitus

Diabetes mellitus é o resultado da incapacidade do organismo em manter a glicemia, que é o nível de glicose no sangue. Tanto na Diabetes mellitus Tipo I a insulodependente, bem como na Diabetes mellitus Tipo II a não-insulodependente, a atividade física, junto com a dieta e a educação em diabetes, melhora a ação da insulina, ajuda na diminuição da glicose no sangue combate a obesidade ao queimar gorduras acumuladas em excesso, previne o aparecimento de problemas vasculares no coração e membros inferiores, proporciona um melhor bem-estar físico e psíquico.

Para Pollock e Wilmore (1993):

“a maioria dos estudos sobre os treinamentos físicos mostraram que aumentos significativos no VO_2 máx podem ser obtidos em indivíduos portadores de diabetes tipo-I não complicado. Estas respostas são acompanhadas por evidências de um aumento de sensibilidade periférica à insulina e de uma melhoria variável na regulação do metabolismo da glicose em 24 horas, pelo teste de tolerância à glicose oral (TGO), pelo teste de tolerância à glicose endovenosa (TGEV) e pela dosagem da hemoglobina glicosilada os indivíduos portadores de diabetes tipo-II geralmente são obesos e descondicionados fisicamente. A maioria dos estudos sobre os efeitos dos exercícios nesta população revela um aumento na sensibilidade periférica à insulina e uma melhora do controle glicêmico. O grau de melhora, no entanto, pode variar de acordo com a intensidade do treinamento, com a dieta e com perda simultânea de peso.”(p. 198)

A ACSM - American College and Sports Medicine (1999), recomenda:

“que o paciente diabético se exercite de 5 a 7 dias na semana. Para o paciente diabético do tipo-I, o treinamento diário auxilia na manutenção do padrão dieta-insulina regular. Para o paciente diabético do tipo-II, a maior frequência do treinamento (de moderada intensidade e baixo impacto) auxilia no controle do peso e no tratamento do diabetes.”(p. 73)

Segundo a SBH (2002):

“a prevalência de hipertensão arterial em pacientes diabéticos é pelo menos duas vezes a da população em geral. Nesses pacientes, a pressão arterial deve ser medida nas posições deitada, sentada e em pé, devido à maior incidência de hipotensão postural decorrente da disautonomia no diabetes tipo I (dependente de insulina), a hipertensão arterial associa-se claramente à nefropatia diabética e na diabetes tipo II (não-dependente de insulina), a hipertensão arterial associa-se comumente a outros fatores de risco cardiovascular, como dislipidemia, obesidade, hipertrofia ventricular esquerda e hiperinsulinemia.”(p. 57)

3.11 Doenças respiratórias

O sistema respiratório tem como função suprir oxigênio para os tecidos e renovar o gás carbônico. As principais estruturas desse sistema são: os pulmões, a traquéia, a glote e o nariz, esse sistema sofre algumas alterações como:

- Diminuição da elasticidade dos pulmões;
- Perda significativa da capacidade de absorção de oxigênio;
- Perda significativa da capacidade de eliminar o gás carbônico;
- Perda da elasticidade do tórax, das costelas e do diafragma;

- Decréscimo da força dos músculos respiratórios, e
- Maior propensão dos pulmões à infecções.

Para Pollock e Wilmore (1993):

“os pacientes portadores de DPOC-Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, apresentam graus bastante variados em termos de comprometimento físico e clínico e em sua habilidade de realizar as atividades e tarefas da vida diária (TVD). Também é fato bastante conhecido que, embora a reabilitação pulmonar melhore a capacidade funcional da maioria dos pacientes, ela, em si, não melhora a doença subjacente os efeitos da reabilitação pulmonar mostrou que os pacientes relatavam uma melhoria nos sistemas respiratórios, um menor grau de ansiedade e depressão, uma maior habilidade para realizar tarefas da vida diária, uma melhor qualidade de vida e uma maior tolerância aos exercícios.”.(p. 201)

Não se recomenda a prescrição de exercícios de intensidade elevada, mas sim atividades físicas mais freqüentes e prolongadas.

3.12 Doenças do sistema músculo-esquelético

O sistema músculo-esquelético é responsável por todos os movimentos do corpo e por todas as funções físicas do corpo que implicam atividade muscular, acontecendo modificações como:

- Diminuição do tamanho e número de células musculares;
- Aumento do conteúdo de água e gordura do músculo;
- Fibras (brancas e vermelhas) em degeneração;
- Fibras (brancas e vermelhas) hipertrofiadas;
- Diminuição da velocidade de contrações musculares;

- Decréscimo da elasticidade muscular;
- Menor capacidade dos músculos de se recomporem;
- Envelhecimento articular.

Esse último vai ser o responsável pela redução de movimentos das articulações, principalmente dos quadris, joelhos e cotovelos.

Tais alterações aliadas a uma vida sedentária se intensificam com a diminuição da capacidade orgânica, gerando indisposição para o trabalho e comprometendo a capacidade física.

Para Pollock e Wilmore (1993), os exercícios de flexibilidade são importantes para o desenvolvimento e para a manutenção da amplitude de mobilidade articular, devendo ser praticado com frequência. A redução da flexibilidade pode levar a uma postura ruim, fadiga e lesão.

No entanto, uma atividade física regular aumenta o tamanho e a força do músculo e desenvolve resistência para continuidade de um trabalho. O crescimento muscular é simplesmente o somatório das ações que fazem o músculo agir, o que essa significa o tanto de atividade física realizada. O sistema músculo-esquelético é responsável por todo movimento e locomoção humana, e a condição deste sistema tem relação com as exigências desenvolvidas pelas atividades físicas regulares.

3.13 Osteoporose

É uma doença sistêmica progressiva, caracterizada pela diminuição da massa óssea e a deterioração da microarquitetura do osso.

Com o passar dos anos, ocorre a perda gradual da massa do osso, que o torna mais frágil chegando até a diminuir de tamanho o que justifica a perda de altura em pessoas idosas; favorece também o aparecimento de fraturas por quedas simples ou movimentos que requerem mais esforço. As fraturas do colo de fêmur podem apresentar complicações circulatórias, tromboembólicas, infecções respiratórias e o desencadeamento do diabetes, problemas que podem resultar em morte.

Homens e mulheres perdem massa óssea, mas nas mulheres o processo se acentua por ocasião da menopausa. Por volta dos cinquenta anos, a produção de estrógeno diminui o que acaba comprometendo a retenção do cálcio pelos ossos e, atualmente, com o aumento da expectativa de vida, por estimativa, podemos afirmar que as mulheres vivem metade de suas vidas na condição de pós-menopausa.

Fisiologicamente, o osso recebe continuamente osteoblastos que são absorvidos nos locais onde os osteoclastos estão ativos; na osteoporose, existe uma desproporção entre a atividade osteoblástica e a osteoclástica, com predominância da última.

De acordo com a OMS, 1/3 das mulheres brancas acima dos 65 anos são portadoras de osteoporose, e estima-se que cerca de 50% das mulheres com mais de 75 anos venham a sofrer alguma fratura osteoporótica, enquanto que o homem branco com mais de 60 anos tem 25% de chance de ter uma fratura osteoporótica. A osteoporose pode ser primária (idiopática), sendo classificada em tipo I e tipo II ou secundária.

Na tipo I, também conhecida por pós-menopausa existe rápida perda óssea e ocorre na mulher recentemente menopausada, atingindo o osso trabecular.

Na tipo II, ou senil, a osteoporose está relacionada ao envelhecimento e aparece por deficiência crônica de cálcio, aumento da atividade do paratormônio e diminuição da formação óssea.

A osteoporose secundária é decorrente de processos inflamatórios, tais como a artrite reumatóide, alterações endócrinas como o hipertireoidismo e desordens adrenais; mieloma múltiplo, por desuso; pelo uso de drogas como heparina, álcool, vitamina A e corticóides.

Para Pollock e Wilmore (1993), exercícios para o desenvolvimento da força e do endurance muscular são recomendados para manter um tônus muscular adequado e uma integridade óssea desejável.

A massa óssea é relacionada à ação da musculatura sobre o osso, sendo que os exercícios gravitacionais são os mais efetivos, segundo a ACSM (1999):

“um programa ideal de atividade física deve ter exercícios aeróbios de baixo impacto, exercícios de fortalecimento muscular e para a melhora da propriocepção, afim de diminuir a incidência de quedas.”(p. 59)

Na opinião de Lane e Nydick (1999):

“os exercícios aeróbios de baixo impacto, como caminhadas, estimulam a formação osteoblástica e previnem a reabsorção; exercícios com pesos leves aumentam a massa muscular e a força dos músculos esqueléticos. A diminuição da força do quadríceps é um risco para ocorrência de fraturas do quadril.”(p. 65)

O treinamento proprioceptivo visa melhorar o padrão da marcha, o equilíbrio e os reflexos, visando à prevenção das quedas, pois as fraturas estão intimamente ligadas a estas.

3.14 Saúde

O termo saúde deriva do vocábulo latino “salute”, que significa salvação, e/ou conservação da vida, segundo Ferreira (1986), estado do indivíduo cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal.

A OMS (1986) define saúde como uma situação de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual. Os princípios da promoção da saúde caracterizam-se pelo envolvimento das ações no cotidiano da população, focalizando riscos para doenças específicas; pelas ações diretas sobre os determinantes ou causa de saúde; pela combinação de diversos métodos complementares, incluindo comunicação, educação, legislação, fiscalização, mudanças organizacionais, desenvolvimento da comunidade e atividades locais espontâneas contra os riscos para a saúde; pela participação efetiva e concreta da população; pela atuação sobre os fatores sociais determinantes da saúde, não somente serviços médicos, mas sim através dos cuidados primários com a saúde, envolvendo profissionais de saúde em geral.

A Lei 8080 de 1990 em seu Artigo 3º, diz que, a saúde possui um conjunto de fatores determinantes e condicionantes, caracterizados por

alimentação, moradia, saneamento básico, transporte, meio ambiente, trabalho renda, educação, lazer e serviços essenciais.

Segundo Ferrareze (1997), por muitos anos, o conceito de saúde e doença evoluiu dentro de um critério estritamente organicista. Hoje, entretanto, o ser humano mais esclarecido, tem uma visão mais ampla desses conceitos, procurando estabelecer uma perspectiva holística e ecológica para a saúde e para a doença, na qual são também valorizados os fatores ambientais e a interação do indivíduo com seu meio. Explica, ainda, o autor que na verdade saúde e doença são componentes da compreensão de um mesmo fenômeno sem que a simples exclusão de um permita delimitar claramente o outro.

O homem está sempre em busca da perfeição nas suas realizações, e em busca uma forma consistente a manutenção do seu estado de saúde.

Segundo Sharkey (1998):

“a vida ativa é um ímã que atrai um conjunto de comportamentos ou hábitos que, vistos individualmente, parecem muito simplistas para serem de valor. Mesmo coletivamente, são a nossa maior esperança para a saúde pessoal e vitalidade, e para integridade do sistema nacional de saúde.”(p. 88)

O estilo de vida é o elemento modificador que, atualmente, influencia a saúde e a doença. Fica extremamente difícil estimular ou mesmo desenvolver um estilo de vida saudável, usando métodos tradicionais de educação para a saúde.

Nieman (1999) define a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental, social e espiritual, e não somente a ausência de doenças ou enfermidades. A aptidão física é uma condição pela qual o indivíduo possui energia e vitalidade suficientes para realizar as tarefas diárias e participar de atividades recreativas sem fadiga. A aptidão física relacionada com a saúde é tipificada por uma capacidade de realizar as atividades diárias com vigor e está relacionada a um menor risco da doença crônica.

Para a definição de padrão de saúde de uma população utilizam-se basicamente dois indicadores:

- a) a taxa de morbidade - que diz como está adoecendo uma população;
- b) a taxa de mortalidade - que diz de o quanto da população está morrendo.

Em contraposição Guedes & Guedes (1998) nos aponta:

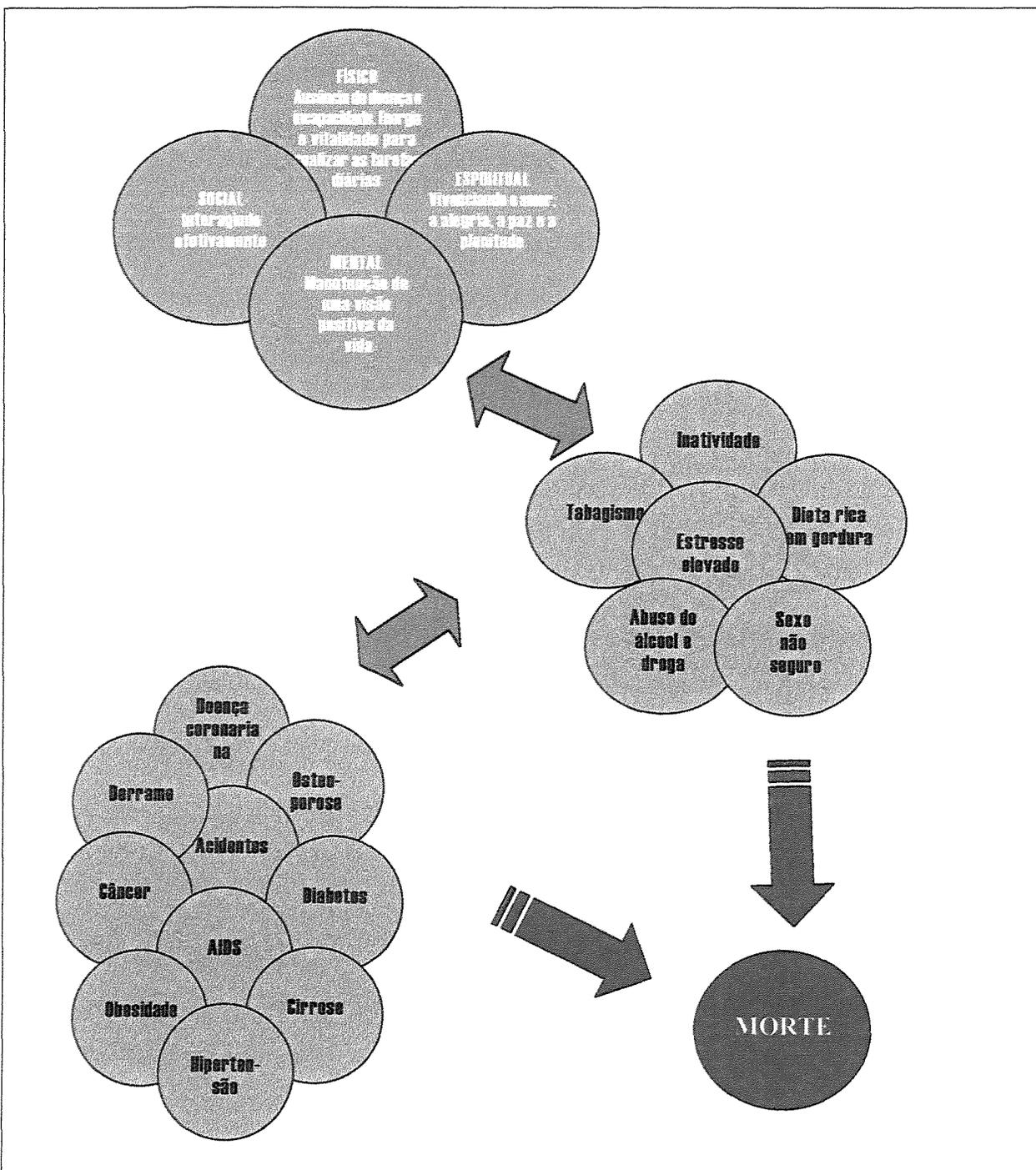
“os programas de exercícios físicos podem reduzir os índices de morbidade e de mortalidade mediante efeitos positivos na pressão arterial, nos níveis plasmáticos de lipídios, no perfil das lipoproteínas e na função cardiovascular”, e diz mais o estado geral de saúde de uma pessoa influencia e é influenciado pelos índices de aptidão física, “o estado de ser saudável não é algo estático; pelo contrário, é necessário adquirí-lo e reconstruí-lo de forma individualizada e constantemente ao longo de toda a vida.”(p. 68)

Para Kalache (2001):

“a atividade física é provavelmente o melhor investimento na saúde para as pessoas em processo de envelhecimento. As conclusões científicas são categóricas: seus benefícios salutares potenciais são essenciais para todas as pessoas. Por este motivo, o programa Envelhecimento e Saúde, da Organização Mundial

da Saúde, concedeu um lugar privilegiado ao exercício físico.”(p. 95)

Quadro demonstrativo do continuum da saúde:



Adaptado de Nieman (1999).

3.15 Promoção da saúde

Conforme a Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde do Governo Federal (2001-b) promoção de saúde é:

“uma forma moderna e eficaz de enfrentar desafios referentes a saúde e qualidade de vida, introduzindo a noção de responsabilidade civil de gestores, compartilhada com a sociedade organizada. E ainda oferece condições e instrumentos para uma ação integrada e multidisciplinar que inclui as diferentes dimensões da experiência humana – a subjetiva, a social, a política, a econômica e a cultural, e, portanto, coloca a serviço da saúde, os saberes produzidos nos diferentes campos do conhecimento.”(p. 24)

É lidar com as formas de viver constituídas nas sociedades modernas, onde mesmo os segmentos mais favorecidos da população perdem de vista o que é uma vida saudável, adaptando-se a uma forma de vida sedentária e estressante, geradora de angústias, ansiedades e depressão – sentimentos que são expressões legítimas de insatisfação e que têm como conseqüência o uso de drogas lícitas ou não.

A Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde do Governo Federal (2001-a) aponta ainda que promover saúde passou a ser um desafio, principalmente porque o poder econômico, exercido sem restrições em todos os setores e por longos períodos, forçou a constituição de um sistema de atenção à saúde baseada na medicalização, tornando o culto à doença um forte elemento cultural de nossa sociedade. Temos médicos, hospitais, tecnologias e medicamentos cada vez mais modernos e, conseqüentemente, mais onerosos, que não levaram em conta as necessidades de saúde da população brasileira.

Até as músicas nos levam a mudar o ritmo de vida!

Para o bem-estar: uma conquista diária: Cada um de nós compõe a sua história: cada ser em si carrega o dom de ser capaz, de ser feliz. Almir Sater e Renato Teixeira.

As pressões da vida moderna podem causar desarmonia: É preciso estar atento e forte. Não temos tempo de temer a morte. Caetano Veloso.

Reconhecer os sinais interiores é estar sensível às necessidades: Você tem fome de que? Você tem sede de que? A gente não quer só comida, a gente quer comida, diversão e arte, Arnaldo Antunes.

O relaxamento também é um estilo de vida: Tudo é uma questão de manter a mente quieta, a espinha ereta e o coração tranqüilo, Joyce.

O movimento proporciona bem estar: Tem que correr, tem que pular, tem que malhar. Vamos lá! Musculação abre o pulmão, Marcos Valle.

É bom respeitar seu próprio ritmo: Ando devagar porque já tive pressa, e levo esse sorriso, porque já chorei demais, Almir Sater e Renato Teixeira.

Para uma atitude otimista: Anda com fé eu vou, que o fé não costuma faia, Gilberto Gil.

Faça as coisas com prazer e divirta-se: Abra as suas asas, solte suas feras, caia na gandaia, entre nessa festa, Nelson Motta e Ruben.

Amar também é saúde: É preciso amar as pessoas como se não houvesse amanhã, Renato Russo.

Celebre a vida! Viva intensamente: Viver e não ter a vergonha de ser feliz. Cantar e cantar e cantar a beleza de ser um eterno aprendiz, Gonzaguinha.

Devia ter amado mais, ter chorado mais, ter visto o sol nascer. Devia ter me arriscado mais. E até errado mais. Ter feito o que eu queria fazer. O acaso vai me proteger. Enquanto eu andar distraído, Sérgio Britto/Titãs.

3.16 Atividade Física

O termo atividade deriva do latim “activitate” e seu significado, segundo Ferreira (1986), é: qualidade ou estado de ativo; ação, qualquer ação ou trabalho específico.

Para Nahas (1999):

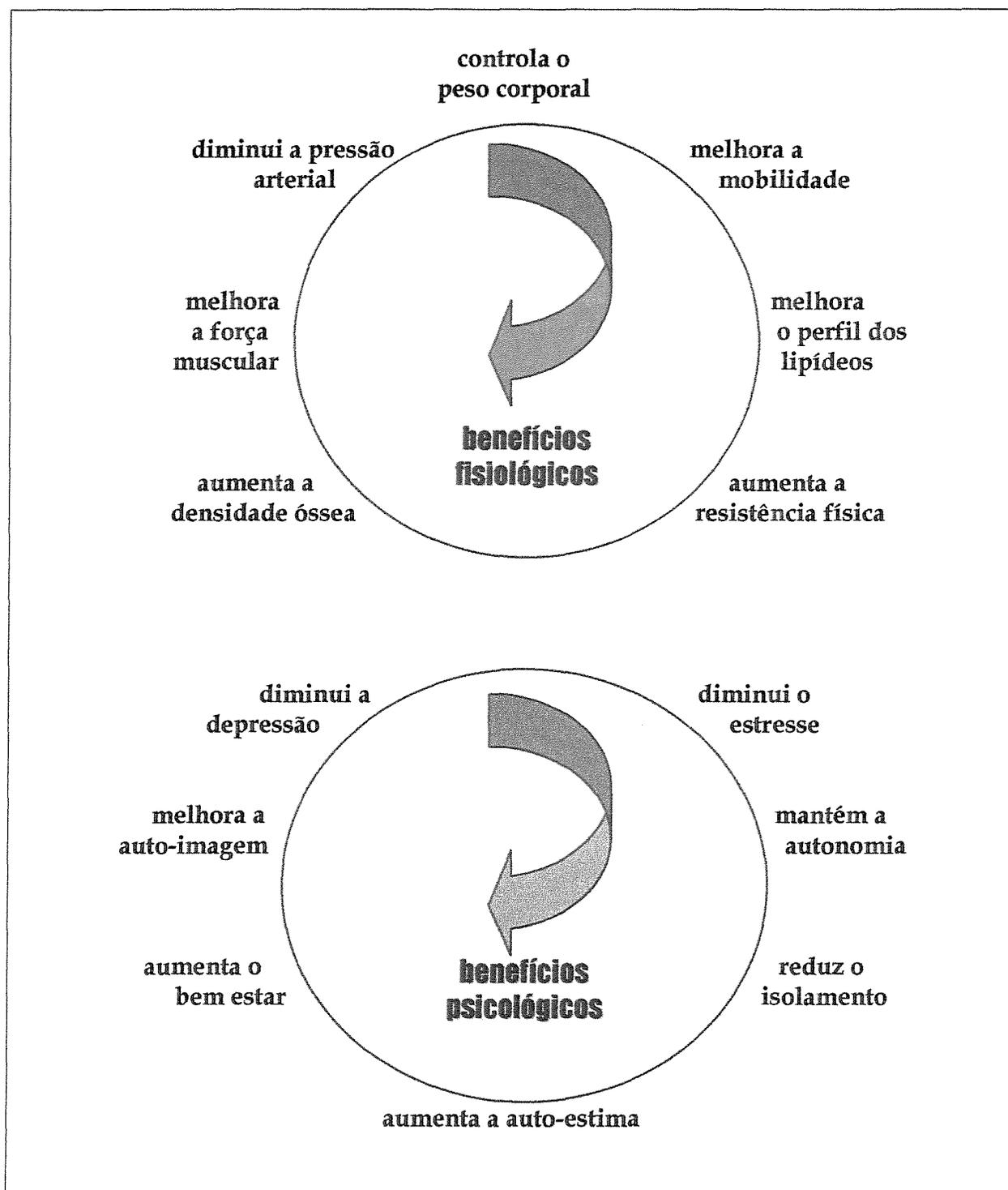
“atividade física sistemática, planejada, que tem por objetivo desenvolver a aptidão física, reabilitar funções orgânicas, desenvolver habilidades motoras ou promover um gasto energético.”(p. 48)

Pode também ser definida como qualquer movimento em que exista o envolvimento dos músculos esqueléticos, o que acaba resultando em gasto da energia realizado pelo corpo, e cujo gasto de energia tem relação com a intensidade, duração e frequência com que se realiza.

Recentemente, surge um novo modelo a respeito do movimento humano: a proposta da atividade física como importante para a recuperação, manutenção e promoção da saúde do indivíduo, cujo modelo apresenta inúmeros benefícios para a qualidade de vida e uma redução da incidência das doenças crônico-degenerativas.

Para Caspersen (1985), a prática regular de atividade física traz benefícios nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, pois envolve movimentos corporais que levam a um gasto calórico pela contração muscular, realizado na maioria dos dias da semana, em intensidade de leve a moderada por pelo menos 30 minutos.

Quadro demonstrativo dos benefícios da atividade física:



Fonte: Matsudo 1997.

A prática de atividade física e exercícios requer a adequação de um conjunto de fatores e, conforme Sallis et al (1992), esse fatores são subdivididos em três grupos, a saber:

- Características pessoais como: peso, idade, sexo, nível de saúde, habilidades pessoais, estado de humor;
- Características ambientais como: acesso a locais que facilitam a atividade, influência familiar, influência dos amigos, clima, suporte social, mudança de rotina, percepção do tempo livre;
- Características ligadas à própria atividade física como: intensidade da atividade e a percepção do esforço.

Segundo Matsudo (1997), a atividade física é muito importante, por ser capaz de irrigar mais ativamente o cérebro, possibilitando uma vida mais ativa.

Devemos, também, considerar uma variação de pessoa para pessoa, isso em função do peso corporal e da aptidão física de cada uma. Guedes & Guedes (1998), classificam o gasto energético das atividades físicas de nosso cotidiano basicamente em cinco categorias:

I - a demanda energética proveniente do tempo dedicado ao descanso e às necessidades vitais, como horas de sono, refeições, higiene e outras;

II - a demanda energética provocada pelas atividades no desempenho de uma ocupação profissional;

III - a demanda energética necessária à realização das tarefas domésticas;

IV - a demanda energética voltada a atender às atividades de lazer e de tempo livre;

V - a demanda energética induzida pelo envolvimento em atividades esportivas e em programas de condicionamento físico.

Estes mesmos autores dizem também que:

“estrategicamente a demanda energética advinda das atividades esportivas e dos programas de condicionamento físico é a que permite provocar maiores variações energéticas em nosso cotidiano, constituindo-se, portanto, no principal modulador dos níveis de prática da atividade física.”(p. 76)

Respeitando as diversas considerações sobre exercício físico e atividade física, mas para esse estudo baseando-nos em Guedes & Guedes (1998), o exercício físico não é sinônimo de atividade física, mas considerado como uma subcategoria desta.

Existe uma relação entre a prática regular da atividade física, da aptidão física e do estado de saúde das pessoas, podendo-se concluir que os índices da aptidão físicos têm relação com a saúde geral da pessoa. Conforme nos diz Guedes (1995), é necessário considerar que a aptidão física envolve a participação de variados componentes motores, cada um recebendo diferentes estímulos mediante a realização de tipos particulares de exercício físico, e que a aptidão física relacionada à saúde contempla aqueles componentes motores cujo aspecto fisiológico pode oferecer alguma proteção aos distúrbios orgânicos provocados por um estilo de vida sedentário.

Conforme Ferrareze (1997), atividade corporal representa uma expressão de complexidade de significativos valores sócio-históricos integrados com a capacidade de adaptação filogenética e ontogenética da espécie humana. Em termos biológicos, a função é a sobrevivência e a reprodução, mas em termos sócio-culturais a função é a melhoria da qualidade de vida.

Para Nahas (1999):

“a atividade física regular é importante na prevenção de diversas doenças, qualquer tipo de atividade física, esportes, exercícios, tarefas domésticas, caminhar para o trabalho e a própria atividade laboral pode ser útil, pois promove um gasto calórico determinado.”(p. 65)

Ainda salienta que:

“os exercícios físicos, além do mais, podem modificar a composição corporal, influenciando o processo metabólico de transporte, utilização e armazenagem de substâncias energéticas. As modificações estruturais mais comuns decorrentes da prática regular de exercícios incluem aumento na densidade óssea e da massa muscular, e redução dos depósitos de gordura.”(p. 76)

Para Matsudo (2000):

“a) atividade física: qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resultam em gasto calórico; b) exercício: subcategoria da atividade física planejada, estruturada e repetitiva e que resulta na melhora ou na manutenção de uma ou mais variáveis da aptidão física; e c)

esporte: atividade física que envolve competição e o seguimento de determinadas regras.”(p. 201)

Na opinião de Guedes & Guedes (1998):

“considerando a multidimensionalidade que envolve a atividade física em relação aos esforços físicos, os componentes da aptidão física necessariamente deverão ser considerados em duas vertentes; aqueles voltados à aptidão física relacionada à saúde e aqueles que se identificam com a aptidão física relacionada ao desempenho atlético.”(p. 201)

Estes autores enfatizam, ainda, que a aptidão física relacionada à saúde abriga aqueles atributos biológicos que oferecem alguma proteção ao aparecimento de distúrbios orgânicos provocados pelo estilo de vida sedentário que se torna, portanto, extremamente sensível ao nível de prática da atividade física.

Segundo Manidi et al (2001), as pessoas também poderão beneficiar-se dos exercícios relativos às funções perceptivas, respiratórias, digestivas, explicando ainda que:

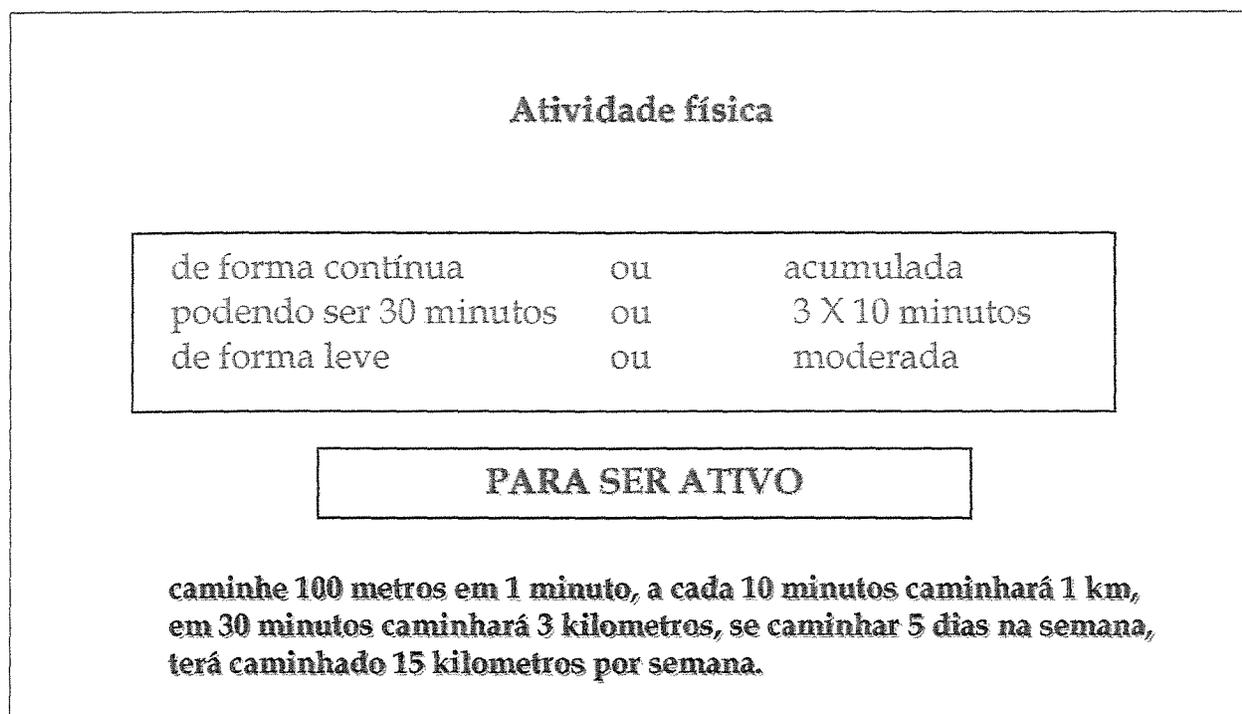
- Para a função perceptiva: o programa de exercícios ressalta as ligações existentes entre as sensações, a percepção e sua função de informação sensorial.
- Para a função respiratória: A respiração não é somente regeneradora, mas permite um relaxamento geral. Quando a respiração é bem feita, permite uma boa oxigenação e uma contração muscular mais eficaz, contribui também para se

tomar consciência do corpo e conhecer melhor as sensações corporais.

- Para a função digestiva: O exercício mobiliza e regulariza o tônus do abdômen e da caixa torácica, começa com uma mobilização da musculatura voluntária e termina com alongamentos e estimulações das vísceras e de todo o conjunto do trato digestivo, passa pelo apoio dos órgãos e pela mobilização da base da pelve.

3.17 Atividade física e as doenças crônicas não transmissíveis

Quadro que demonstrativo de como se deve praticar a atividade física:



Fonte: Paffembarger et al 1977.

A atividade física é hoje considerada, como um dos principais componentes na obtenção da qualidade de vida das pessoas e, em particular, dos portadores de doenças crônico-degenerativas.

Na prática da atividade física regular já são conhecidas algumas alterações fisiológicas que são desenvolvidas através da resistência cardiorespiratória, também conhecida como resistência aeróbia e conforme define Guedes (1995), a capacidade do organismo em se adaptar a esforços físicos moderados, envolvendo a participação dos grandes grupos musculares, por períodos de tempo relativamente longo.

A atividade física indicada para os hipertensos tem por base os exercícios dinâmicos baseados nos movimentos, tendo que ser também aeróbio com baixa ou média intensidade e com longa duração. Fox (1991) coloca que a diminuição na frequência cardíaca em repouso ocorre devido a uma redução da atividade simpática, havendo um aumento da atividade parassimpática no coração. Outra alteração cardiovascular citada, e a ocorrência de uma hipertrofia do músculo esquelético e uma maior densidade capilar, o que facilita a perfusão cardíaca.

Conforme McMahon & Palmer (1985), há diferenças entre os efeitos hemodinâmicos dos exercícios dinâmicos e estáticos. Segundo os autores, durante a realização dos exercícios dinâmicos, os músculos ativos necessitam de mais O_2 , levando a uma elevação da ventilação minuto do débito cardíaco e do fluxo sanguíneo para tais músculos, ocorrendo uma elevação da pressão arterial sistólica e a pressão arterial diastólica permanece inalterada. Pode acontecer, também, uma leve redução, no

exercício estático, tanto a pressão arterial sistólica como a pressão arterial diastólica elevam-se.

Segundo Guedes (1995):

“os mecanismos responsáveis pela redução de pressão arterial através do exercício ainda não estão totalmente esclarecidos, no entanto, acredita-se que a diminuição do tônus simpático e do débito cardíaco em condições de repouso, associada a diminuição da sensibilidade barorreceptora, seja mais significativa.”(p. 66)

Negrão et al (1994), coloca que uma única série de exercícios físicos, contínua e moderada pode provocar a redução da pressão arterial em hipertensos durante a fase de recuperação. Em relação aos benefícios da atividade física aeróbia, pode-se afirmar que além dos benefícios cardiovasculares ocorridos na população em geral que pratica tal atividade, encontra-se a redução da frequência cardíaca e, segundo Waib & Burini (1995), uma outra alteração que pode influenciar na redução de pressão arterial, é pela ocorrência de uma maior densidade capilar.

Enfim, é a atividade física se contrapondo às doenças crônico-degenerativas, na redução dos fatores de risco, gerando conseqüentemente uma melhor qualidade de vida.

Conforme Hayflick (1996), contudo, a despeito dos benefícios da prática de exercícios para a saúde, há bons indícios de que a expectativa de vida seja maior nos idosos fisicamente ativos.

Assim, Pollock e Wilmore (1993) diz:

“um programa bem elaborado inclui atividades aeróbicas para o desenvolvimento e manutenção do condicionamento cardiorrespiratório, controle adequado do peso, atividades para desenvolvimento da força e endurance muscular, além de exercícios de flexibilidade. A especificidade do treinamento físico representa um importante conceito a ser considerado na prescrição do exercício.”(p. 118)

E, segundo Shoji e Forjaz (2000):

“quanto ao efeito do treinamento físico em indivíduos hipertensos, a maioria dos estudos tem demonstrado que o treinamento físico diminui significativamente a pressão arterial de repouso.”(p. 63)

Instituições como o American College of Sports e Medicine (1999), apontam que o treinamento físico aeróbio pode reduzir a pressão arterial sistólica e a diastólica em cerca de 10 mmHg em indivíduos com hipertensão leve.

A Secretaria de Políticas Públicas do Ministério da Saúde (2001-a), diante do quadro avassalador de morbimortalidade da população brasileira pelas doenças crônicas não-transmissíveis, passa a implantar o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, que propõe o estabelecimento de uma parceria entre o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Sociedade Científicas e Associações de Portadores de HA e DM para apoiar a reorganização da rede básica de saúde, mediante o desenvolvimento de ações articuladas de promoção, prevenção e recuperação da saúde. É sua proposta:

“estimular o estabelecimento de uma cultura institucional entre os profissionais da rede básica de saúde, orientada na

busca por ampliação dos campos de conhecimento e por aprimoramento profissional de forma autônoma, de maneira que o acesso à informação e à educação à distância reflita na sua prática profissional. A etapa de educação à distância prevê a disponibilização de material didático para auto-consulta sobre HA e DM na Web, no site do Ministério da Saúde, para os profissionais de saúde da rede básica. Além do material na Web, cada UBS (Unidade Básica de Saúde), dos municípios envolvidos no projeto, receberá um kit de material didático sobre HA e DM.”(p. 28)

O Ministério da Saúde através do seu Comitê Técnico Científico – CTC de Assessoramento às Ações de Atividade Física e Saúde (2002), destaca ainda, as seguintes ações como fundamentais:

- Otimizar a qualidade de vida, através da atividade física e esporte;
- Implementar a educação física e o esporte nas escolas, com enfoque para os aspectos de saúde e socialização;
- Avaliar e divulgar a importância da atividade física e do esporte na saúde.

Com a missão de aumentar a prática da atividade física na população, visando à melhoria da qualidade de vida, conscientizando sobre sua importância como fator de promoção, prevenção e manutenção da saúde e no tratamento de determinadas patologias.

É sua estratégia:

- Incentivar a prática da atividade física no tratamento e reabilitação de doenças crônico-degenerativas;

- Incentivar a prática regular da atividade física pela população em geral;
- Informar a população adulta urbana quanto a importância da atividade física para a manutenção de sua saúde e prevenção das alterações que ocorrem frequentemente na terceira idade;
- Informar os profissionais que atuam na saúde do trabalhador sobre a importância da atividade física no combate ao sedentarismo, para a melhoria da qualidade de vida e prevenção das doenças crônico-degenerativas.

Com as seguintes linhas de ação:

- Viabilizar parceiros com entidades não governamentais para a realização de trabalhos sobre Atividade Física nas Empresas, para que possibilitem o acesso e a permanência dos trabalhadores, em práticas regulares de atividade física;
- Incluir o Programa de Atividade Física e Saúde no Programa de Agente de Saúde e Médico da Família do Sistema Único de Saúde/SUS;
- Integrar os Núcleos Estaduais do Programa de Atividade Física e Saúde no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde/SUS, valorizando a forma descentralizada de atenção ao programa;
- Desenvolver ações de estímulo a uma alimentação nutricionalmente balanceada e saudável a uma prática regular

de exercício físico aeróbio, mediante articulação intragovernamental e em parceria com a sociedade civil.

3.18 Qualidade de Vida

Termo que está em voga, mas não existe ainda, nem na literatura, nem entre os que utilizam a expressão, um consenso sobre seu significado embora, num sentido geral possamos aplicá-lo em relação ao indivíduo aparentemente saudável e seu grau de satisfação com a vida e com os fatores que fazem parte dela: moradia; transporte; alimentação; lazer; realização profissional; vida sexual e amorosa; amizades; liberdade; autonomia; segurança financeira dentre outros.

Nosso ciclo diário pode significar muito em termos de trabalho, produção e consumo; passamos a maior parte do tempo em posição de repouso (ora sentados, ora deitados), não temos mais tempo para amigos, filhos, família e quanto mais rápido usamos o tempo, mais rápido o tempo passa.

Para Forantini (1992):

“é um conceito difícil de ser definido, sendo por isso, muito mais difícil de ser medido, para esta estimativa, aventa-se o emprego de vários dados dos quais resultariam medidas que, de forma genérica, podem ser tidas como objetivas e subjetivas. As objetivas seriam as que fundamentam na utilização de indicadores concretos, como a taxa de desemprego e a densidade habitacional e as subjetivas decorreriam do uso de indicadores abstratos, baseados principalmente em informações colhidas

diretamente dos indivíduos, tais como satisfação em viver e as condições em que vivem.”(p. 77)

Para Dias (1997) a saúde pode ser considerada em seis dimensões ou domínios, que assim se apresentam:

- Dimensão física: engloba não apenas o quadro clínico do indivíduo, isto é, a presença/ausência, gravidade/intensidade de doença orgânica demonstrável, mas também, a adoção de uma alimentação saudável, a não- aderência a hábitos nocivos de vida e, também, ao uso correto do sistema de saúde.
- Dimensão emocional: envolvendo desde uma adequada capacidade de gerenciamento das tensões e do estresse até uma forte auto-estima, somadas a um nível elevado de entusiasmo em relação à vida.
- Dimensão social: significando alta qualidade dos relacionamentos. Equilíbrio com o meio ambiente e harmonia familiar.
- Dimensão profissional: compondo-se de uma clara satisfação com o trabalho, desenvolvimento profissional constante e reconhecimento do valor do trabalho realizado.

- Dimensão intelectual: significando utilizar a capacidade criativa sempre que possível, expandir conhecimentos permanentemente e partilhar o potencial interno com os outros.

- Dimensão espiritual: propondo uma vida baseada em valores e ética, associado a pensamentos positivos e otimistas.

Sonhamos o tempo todo, buscamos novas coisas o tempo todo, buscamos nos dias de hoje uma qualidade de vida para podermos enfrentar toda essa agitação que se instala em nossas vidas. Segundo Pires (1997):

“o conceito de qualidade de um produto é complexo, porque envolve muitas variáveis, como adequação ao uso, custo, número de defeitos ou problemas apresentados, prazo de entrega, entre outros, que, em última análise, determinam a preferência e a satisfação dos clientes. Assim, pode afirmar que: a Qualidade não é um meio. É um fim, um resultado.”(p. 35)

Conforme Pollock e Wilmore (1993):

“com o objetivo de provocar um impacto mais significativo sobre a melhoria da saúde como um todo e reduzir o risco de desenvolvimento de doença e disfunção, é imperativo abordar o indivíduo como um todo, alterando seu estilo de vida por completo para a obtenção de hábitos saudáveis.”(p. 104)

Para Finkler (1994):

“o bem estar físico, psicológico, emocional e espiritual passa pela auto-estima. O bem estar está intimamente relacionado com o próprio corpo, boa saúde favorece o bem-estar total do

homem. O corpo doente ou órgãos fisiológicos em mau estado de funcionamento afetam, inevitavelmente, o bem-estar psicológico, emocional e espiritual.”(p. 96)

É necessário resgatar a auto-estima através de atividades corporais, pois, com sua melhora, a resultante será a diminuição da rejeição do próprio corpo, por consequência: as amizades são fortalecidas, a vontade de viver aumenta e a de produzir também.

Sharkey (1998) diz que:

“qualidade é necessariamente uma resposta subjetiva e pessoal, não uma absoluta. A medida objetiva desse conceito subjetivo recém começou. O debate sobre o cuidado com a saúde estimulou uma discussão de temas sobre a qualidade de vida com referências a decisões de tratamento, tais como cirurgia, quimioterapia, radiação ou drogas. A cirurgia ou alguma outra terapia melhorará a qualidade de vida? A remoção da glândula próstata pode expungir um câncer, mas quase sempre a um custo terrível (incontinência, impotência). Você toma decisões sobre a qualidade de vida diariamente. Certifique-se de que você entendeu as opções e os fatores que contribuem para sua definição pessoal de qualidade. Você valoriza a família ou os amigos acima da riqueza e da fama, a excitação sobre a tranqüilidade, a sociabilidade sobre o isolamento?”(p. 214)

O envelhecimento se apresenta como perdas que ocorrem na função normal depois da maturação sexual e prolongam até o fim da vida.

A qualidade de vida diz respeito ao bem-estar, sendo que esse bem-estar deve ser considerado e entendido como um envelhecimento com sucesso e plena satisfação.

A gerontologia é a ciência que estuda o envelhecimento de todas as coisas vivas, enquanto a geriatria é a ciência que estuda os problemas médicos dos idosos e mais recentemente surgiu a biogerontologia. Segundo Hayflick (1996), para se distinguirem de outros gerontologistas a maioria dos biólogos que atuam no campo do envelhecimento se intitulam biogerontologistas, ciência que busca o envelhecimento satisfatório, que se apresenta como uma grande expectativa de vida, o que significa viver mais e em condições saudáveis.

As doenças não são determinantes de qualidade de vida, em função da grande adaptabilidade do ser humano, mas a saúde plena é, e deve ser o objetivo maior, uma vez que a atividade física interfere na qualidade de vida dos indivíduos, podendo modificar a saúde da população, aumentando a aptidão física, em função das modificações que produz na evolução das diversas doenças. Gera uma nova manutenção do estado de saúde favorecendo a longevidade.

Os males que interferem negativamente nas pessoas podem e devem ser protelados, a atividade física e a mudança de hábitos de vida se mostram importantíssimos quando se busca uma vida melhor. Envelhecer com qualidade de vida não é um privilégio, mas deve ser um objetivo a ser alcançado por quem se preocupa, estuda e convive com a velhice.

Para Matsudo (2000), os principais benefícios da atividade física e do exercício na saúde e qualidade de vida são:

- Efeitos antropométricos e neuromusculares: em que se observam controle do peso corporal, diminuição da gordura

corporal, incremento da massa muscular, fortalecimento do tecido conectivo e incrementos da força muscular, da densidade óssea e da flexibilidade;

- Efeitos metabólicos: que se preocupam com aumento do volume sistólico, diminuição da frequência cardíaca em repouso e no trabalho submáximo, aumento da potência aeróbia e da ventilação pulmonar, diminuição da pressão arterial, melhora do perfil lipídico, melhora da sensibilidade a insulina;
- Efeitos psicológicos: visando à melhora do autoconceito, da auto-estima e da imagem corporal, diminuição do estresse e da ansiedade, melhora da tensão muscular e da insônia, diminuição do consumo de medicamentos, melhora das funções cognitivas e da socialização.

Estudos científicos recentes têm demonstrado que a associação de atividade física e saúde não necessita de horas e horas de exercícios extensos. Sessões de trinta minutos por dia, na maior parte dos dias da semana, desenvolvidas continuamente ou mesmo em períodos cumulativos de 10 a 15 minutos, em intensidade moderada, já são suficientes para promoção da saúde.

Instituições como a OMS, o Conselho Internacional de Ciências do Esporte e Educação Física-(ICSSPE), o Centro de Controle e Prevenção de Doença-USA-(CDC), o Colégio Americano de Medicina Esportiva-(ACSM), a Federação Internacional de Medicina Esportiva-(FIMS) e a Associação Americana de Cardiologia confirmam tais recomendações. Essa nova

mensagem tem recebido apoio de importantes congressos e tem sido adotada por programas nacionais em diferentes países. O incremento da atividade física é o foco principal dessas campanhas nacionais, como o Active Living no Canadá, Healthy People 2000 nos Estados Unidos, Active for Life na Inglaterra e outros, que beneficiarão amplos segmentos da população nos próximos anos.

Em termos biológicos, nós, seres humanos, fomos e somos criados para sermos uma criatura ativa. Mesmo que a civilização moderna promova a evolução de inúmeros artigos, produtos e utensílios, provocando uma diminuição da quantidade de atividades necessárias para a execução das tarefas básicas associadas à vida, o corpo humano não sofreu transformações; no entanto, torna-se necessária uma conscientização e um reconhecimento de que para a boa saúde e uma qualidade de vida, a atividade física se apresenta como um dos elementos mais importantes do cotidiano.

Para se conhecer melhor é preciso que a pessoa esteja bem consigo mesma. Ao valorizar-se para o bem pessoal estará procurando não apenas o seu próprio benefício, mas, como conseqüência, também o daqueles com quem convive. Uma boa imagem é conseqüência da auto-estima que está ligada diretamente ao êxito desse importante empreendimento de interesse estritamente pessoal.

3.19 O profissional de Educação Física, e as doenças crônicas não transmissíveis.

O Ministério da Saúde, a Secretaria de Políticas da Saúde, o Comitê Técnico Científico-CTC de Assessoramento às Ações de Atividade Física e Saúde e a Sociedade Médica clamam pela presença do profissional de Educação Física para se engajar nas diversas campanhas municipais, estaduais e federais a respeito da importância do seu conhecimento e de seu trabalho na aplicação das Atividades Físicas na prevenção das complicações das doenças crônicas não-transmissíveis e na promoção da saúde.

Ressaltamos que a Resolução MS/CNS nº 218, de 6/3/97, publicada no DOU de 5/5/97, p. 8932, que

“reconhece como profissionais de saúde de nível superior às categorias: assistentes sociais, biólogos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais”.

O Parecer do Ministério da Educação, o Conselho Nacional de Educação e a Câmara de Educação Superior sob o nº CNE/CES 0138/2002, define o perfil do profissional de educação física desta forma:

“o graduado de Educação Física, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, qualificado para o exercício profissional com base no rigor científico e intelectual e pautado no princípio ético. Deverá ser formado para estudar, pesquisar, esclarecer e intervir profissional e academicamente no contexto específico e histórico-cultural, a partir de conhecimentos de natureza técnica, científica e cultural de modo a atender as diferentes manifestações e expressões da Atividade Física/Movimento Humano.”(p. 33)

Tendo como uma das competências gerais a atenção à saúde, continua:

“como profissional da área de saúde, dentro do âmbito da Educação Física, deve estar apto a desenvolver ações de prevenção, reabilitação, promoção e proteção da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. O profissional de Educação Física deve assegurar que sua prática seja realizada de forma segura, integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde. Deve realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto de natureza individual como coletivo.”(p. 35)

Bankoff (2002), na qualidade de docente de graduação em Educação Física da Faculdade de Educação Física da Unicamp, estudou e trabalhou com seus alunos o tema: “O professor de educação física e seu papel na corporeidade no campo da estética”, fazendo uma retrospectiva sobre os profissionais da área de saúde e de outras áreas que trabalham com a estética e quais profissionais se preocupam em educar para uma mudança no estilo de vida, dizendo que dentre inúmeros profissionais:

“o profissional de educação física aparece, em sétimo lugar, atuando no campo da estética, embora muitas vezes ainda não tenha se dado conta dessa sua atuação, e consegue mudar o estilo de vida do indivíduo por meio da prática continuada de exercícios físicos e de orientações gerais envolvendo, normalmente seus hábitos de estilo de vida.”(p. 312)

A autora ainda conclui que:

“a estética na área da educação física deve ser melhor abordada, pois não se pode descartar um conhecimento que está bastante

próximo da educação física, ainda que tratado com outros cuidados e terminologias, entre elas, performance física, aulas de ginástica e aulas de academias.”(p. 314)

A Sociedade Brasileira de Hipertensão (2002) propõe que, em relação à Hipertensão Arterial, exista uma Abordagem Multiprofissional do Hipertenso; ao mesmo tempo em que propõe o trabalho da equipe multiprofissional, ao invés do médico isoladamente. Esse trabalho poderá dar aos pacientes e à comunidade uma gama muito maior de informações, procurando torná-los participantes ativos das ações que a eles estarão sendo dirigidas, e com motivação suficiente para vencer o desafio de adotar atitudes que tornem essas ações efetivas e definitivas.

Salienta ainda que:

“a equipe multiprofissional pode e deve ser constituída por profissionais que, de uma forma ou de outra, lidem com pacientes hipertensos. Médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, professores de educação física, farmacêuticos, quando se aglutina mais de um profissional, desde que imbuídos do mesmo espírito, pode estar sendo constituída uma equipe multiprofissional. O que determina a existência dessa equipe é a filosofia de trabalho, que, em última análise, visa ao bem-estar dos pacientes e das pessoas de maneira geral. Os membros de um grupo multiprofissional, respeitada a especificidade de sua ação dada pela sua formação básica, devem conhecer a ação individual de cada um dos outros membros.”(p. 89)

Nas Ações Específicas Individuais, a participação do professor de educação física consiste de programação e supervisão das atividades físicas dos pacientes, adequando-as às realidades locais.

No tratamento Não-Medicamentoso ou Modificações do Estilo de Vida, na Redução de Peso Corporal, o excesso de peso corporal tem forte correlação com o aumento da pressão arterial. O aumento do peso corporal é um fator predisponente para a hipertensão.

Todos os hipertensos com excesso de peso devem ser incluídos em programas de redução de peso de modo a alcançar Índice de Massa Corpórea (IMC) inferior a 25 kg/m² e Relação Cintura-Quadril (RCQ) inferior a 0,8 para as mulheres e a 0,9 para os homens, em razão de sua associação com risco cardiovascular aumentado.

As recomendações genéricas para a redução do peso corporal compreendem: princípios dietéticos e programas de atividade física.

O exercício físico regular reduz a pressão arterial, além de produzir benefícios adicionais, tais como diminuição do peso corporal e ação coadjuvante no tratamento das dislipidemias, de resistência à insulina, do abandono do tabagismo e do controle do estresse. Contribui, ainda, para a redução do risco de indivíduos normotensos desenvolverem hipertensão.

Exercícios físicos, tais como caminhada, ciclismo, natação e corrida, realizados numa intensidade entre 50% e 70% da frequência cardíaca de reserva, ou entre 50% e 70% do consumo máximo de oxigênio, com duração de 30 a 45 minutos, três a cinco vezes por semana, reduzem a pressão arterial de indivíduos hipertensos.

Em contra-partida, exercícios físicos muito intensos, realizados acima de 80% da frequência cardíaca de reserva, ou 80% acima do consumo máximo de oxigênio, têm pouco efeito sobre a pressão arterial de hipertensos.

Adicionalmente, baixo nível de capacitação físico está associado a maior risco de óbito por doenças coronarianas e cardiovasculares em homens saudáveis, independentemente dos fatores de risco convencionais.

Exercícios isométricos, como levantamento de peso, não são recomendáveis para indivíduos hipertensos. Pacientes em uso de medicamentos anti-hipertensivos que interferem na frequência cardíaca (como, por exemplo, betabloqueadores) devem ser previamente submetidos à avaliação médica.

Para se calcular a Frequência Cardíaca de Exercício (FCE) utilizamos a seguinte fórmula matemática:

$$FCE = (FC \text{ máxima} - FC \text{ basal}) (\% \text{ intensidade}) + FC \text{ basal}$$

onde FC máxima = 220 - idade em anos

Medidas não-medicamentosas para o controle da hipertensão e dos fatores de risco cardiovascular: medidas com maior eficácia anti-hipertensiva: redução do peso corporal; redução da ingestão de sódio; maior ingestão de alimentos ricos em potássio; redução do consumo de bebidas alcoólicas e exercícios físicos regulares.

Prevenção Primária: Medidas – Modificações do estilo de vida, as modificações do estilo de vida apresentadas são as mesmas medidas empregadas no tratamento não medicamentoso:

a) controle de peso

Manter o peso na faixa ideal, aferido pelo índice de massa corporal (peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros), entre 20 kg/m² e 25 kg/m². Esse objetivo deve ser conseguido mediante dieta hipocalórica balanceada, associada ao aumento da atividade física diária e à prática regular de exercícios aeróbios.

O uso de anorexígenos não é aconselhável, pelo risco de complicações cardiovasculares. Esses objetivos devem ser permanentes, evitando-se grandes e indesejáveis flutuações do peso. Guedes & Guedes (1998), nos aponta que para se calcular o Índice de Massa Corpórea devemos usar:

$$IMC = \frac{\text{Peso Corporal (kg)}}{\text{Estatura (m}^2\text{)}}$$

Bray, (In Guedes, 1995) aponta a seguir os limites desejáveis do índice de massa corporal, para um perfil desejável do ser humano com relação à idade e ao sexo:

Tabela dos limites desejáveis do Índice de Massa Corporal(IMC):

Grupo Etário (anos)	Índice de Massa Corporal (kg/m ²)	
	Mulheres	Homens
19 - 24	19 - 24	19 - 24
25 - 34	20 - 25	20 - 25
35 - 44	21 - 26	20 - 25
45 - 54	22 - 27	20 - 25
55 - 64	23 - 28	20 - 25
> 65	24 - 29	20 - 25

b) prática de exercícios físicos

Praticar exercícios físicos aeróbios, 30 a 45 minutos por dia, três ou mais vezes por semana. Tentar aumentar também a atividade física diária.

Recomenda-se que medidas preventivas sejam adotadas desde a infância e com ênfase na abordagem familiar de mudanças no estilo de vida.

Controle do peso, dieta balanceada e prática de exercícios físicos regulares são medidas simples e, quando implementadas desde fases precoces da vida, representam benefício potencial sobre o perfil de risco cárdio-vascular desses indivíduos.

O Ministério da Saúde através do seu Comitê Técnico Científico – CTC de Assessoramento às Ações de Atividade Física e Saúde (2002), destaca ainda:

- Educar e motivar as pessoas para o binômio atividade física e saúde;
- Incentivar a prática da atividade física nas empresas; avaliar e divulgar a importância da atividade física e do esporte na saúde. Objetivando aumentar a prática da atividade física na população, visando à melhoria da qualidade de vida para o que deve utilizar meios como: promover atualização de profissionais de educação física sobre métodos e técnicas de atividade física para a saúde.

- Informar profissionais de nível superior, da área da saúde, sobre a importância da atividade física e saúde, para que prescrevam exercícios físicos adequados;

Adotando como linhas de ação:

- Implementar os trabalhos em desenvolvimento relativo à postura corporal do escolar;
- Implantar/implementar as ações de Atividade Física e Saúde junto as Secretarias da Saúde Estaduais e Municipais;

Para Kalache (2001):

“o fato de a atividade física trazer benefícios para cada um de nós que envelhecemos é inegável; as pessoas devem ser muito bem aconselhadas sobre o que fazer, durante quanto tempo e com que frequência. Nessa perspectiva, o papel dos professores é de importância fundamental.”(p. 94)

4 METODOLOGIA

O homem se faz vencendo dificuldades. O homem não vive simplesmente. Ele vive fazendo e fazendo-se. Isto é, o homem vive superando dificuldades.

Fontanella, 1995

A metodologia utilizada teve por base a Técnica de Pesquisa, observação direta extensiva e, segundo Lakatos et al (1996), trata-se de uma observação direta extensiva realizada através do questionário, que é um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito.

A escolha do local e o estudo dos sujeitos surgiram a partir do momento em que o Laboratório de Avaliação Postural, da Faculdade de Educação Física da Unicamp em parceria com a Diretoria Geral Administrativa, lançou o Programa Atividade Física e Qualidade de Vida da referida Diretoria.

Após iniciar-se esse programa e ao longo de três meses, observando e vivenciando a pouca participação dos funcionários no mesmo, o fato nos intrigou e também motivou a estudar esta temática como tese de doutorado.

Considerando o objetivo do trabalho e o problema delimitado, nos utilizamos das pesquisas quantitativa e qualitativa.

Recorremos à pesquisa quantitativa para demonstrar os dados coletados estatisticamente e da pesquisa qualitativa pelo fato de a mesma apresentar os requisitos necessários a esses procedimentos.

Utilizamos, também, a pesquisa participativa que, segundo SBDEF (1992), é de um tipo de investigação social por meio do qual se busca a plena participação da comunidade na análise de sua própria realidade com o objetivo de promover a participação social para benefício dos participantes da investigação.

Para Bardin (1977), ela se caracteriza como :

“ um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por processos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção.”(p. 55)

Segundo a Sociedade Brasileira para o Desenvolvimento da Educação Física (1992), a análise de conteúdo visa desvelar o não-aparente, o latente, o escondido, o potencial de inédito retido por qualquer mensagem (comunicação).

Segundo Borda (1990), em relação aos procedimentos de todo pesquisador é importante:

- a) descartar a arrogância do letrado, aprendendo a escutar discursos concebidos em outras sintaxes culturais e assumir a humildade de quem deseja participar de uma mudança;
- b) romper relações que se impõem geralmente entre entrevistador e entrevistado;
- c) incorporar as pessoas como sujeitos ativos, pensantes e atuantes em sua própria investigação.

Esta pesquisa foi realizada em duas fases: antes do oferecimento do programa de atividade física e saúde, e três meses após ter-se iniciado o referido programa.

Na primeira fase, foi aplicado um protocolo com questões abertas e fechadas, sendo que nessa fase também foram feitas as medidas antropométricas e da pressão arterial dos participantes (em anexo).

Na segunda fase, após três meses de oferecimento do Programa, foi notado que não houve boa adesão dos funcionários. Após essa observação, aplicamos outro protocolo, contendo somente questões abertas, com a finalidade de obter informações para estudarmos a participação dos funcionários no programa e qualificar os efeitos do programa, bem como o porquê da não-participação dos funcionários no programa oferecido (em anexo).

4.1 Caracterização da Instituição

Conforme Graetz (In Lakatos et al 1996):

“caracterizar uma instituição é buscar conhecer suas especificidades colocando em evidência aspectos importantes à realização de um trabalho de pesquisa, a caracterização permite o conhecimento da cultura da instituição e seu espaço, envolve também o conhecimento dos aspectos históricos, políticos, das condições do ambiente de trabalho, dos indivíduos que nele atuam e convivem e da dinâmica institucional.” (p. 75)

A Universidade Estadual de Campinas – Unicamp - foi idealizada por Zeferino Vaz, médico e professor universitário tendo sido designado, em 1965, presidente da Comissão Organizadora da Universidade Estadual de Campinas, assumindo a Reitoria em 21 de dezembro de 1966, posto em que permaneceu até 1978, sendo criada pela Lei Estadual nº 7655, de 28 de dezembro de 1962, alterada pelas Leis nºs 9715, de 30 de janeiro de 1967 e 10214, de 10 de setembro de 1968, com sede e foro na cidade de Campinas, Estado de São Paulo. É uma entidade autárquica Estadual de regime especial, no forma do Artigo 4º, da Lei Federal nº 5540, de 28 de novembro de 1968, com autonomia didático-científica, administrativa, financeira e disciplinar, rege-se pelos Estatutos, baixados pelo Decreto Estadual nº 52.255, de 30 de julho de 1969, pelo Regimento Geral, baixado pelo Decreto Estadual nº 3.467, de 29 de março de 1974 e pela legislação específica vigente.

O Artigo 54 da Lei de Diretrizes e Bases-LDB, da Educação nacional, diz que as universidades mantidas pelo Poder Público gozarão, na forma da lei, de estatuto jurídico para atender às peculiaridades de sua estrutura, organização e financiamento pelo Poder Público, assim como dos seus planos de carreira e do regime jurídico do seu pessoal.

A Unicamp promove e estimula a pesquisa científica e tecnológica, a produção de pensamento original, colocando ao alcance da comunidade, a técnica, a cultura e o resultado de suas pesquisas, sob a forma de cursos e serviços.

4.2 Caracterização da Diretoria Geral Administrativa - DGA

A Diretoria Geral Administrativa da Unicamp - DGA - foi criada em 10 de outubro de 1969, através da Portaria GR-108/69 e nos termos do art. 100 do Regimento Geral desta Universidade, lhe compete: organizar, dirigir, executar e fazer executar os serviços administrativos.

Em 1986, foi inserido num projeto institucional de reforma administrativa, iniciativa que possibilitou grandes avanços com relação à revisão de procedimentos de trabalho, deixando grandes seqüelas nas pessoas, por não terem sido preparadas e envolvidas no processo de mudança. A DGA é composta por trezentos e dezenove funcionários, os quais se dividem em nove áreas de trabalho, sendo elas: Coordenadoria, Área de Finanças, Área de Registros e Controles Contábeis, Área de Serviços Complementares, Área de Suprimentos, Subáreas: de Importação, Subárea de Serviços Gráficos, de Serviços de Marcenaria, de Serviços de Transporte, com a seguinte estrutura operacional:

- Gerente: são aqueles que ocupam funções dentro dos níveis de estrutura organizacional;
- Psicóloga(o): é aquele que desenvolve atividades dentro dos níveis da estrutura, visando que se tenha um ótimo clima organizacional;
- Técnica(o) Administrativo: são funcionários com considerável habilidade técnica, que desenvolvem diversas atividades administrativas;

- Auxiliar Administrativo: são funcionários com média habilidade técnica, que desenvolvem atividades administrativas menos complexas;
- Operacionais: são aqueles que executam atividades ligadas à produção e prestação de serviços.

4.3 Ações Integradas da Diretoria Geral da Administrativa

Em 05 de maio de 1993, foi lançado formalmente o PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO E QUALIDADE-PIQ, trazendo uma afirmação desafiadora “DGA UMA NOVA CULTURA”, essa nova cultura significou compromisso e respeito às pessoas envolvidas, considerava que somente por meio da INTEGRAÇÃO das pessoas e processos de trabalho se chegaria à QUALIDADE do ambiente de trabalho e dos serviços prestados e considerando Capra (1993):

“quando vemos o mundo como uma máquina, controle é uma forma apropriada de administrá-lo. Mas ao considerarmos o mundo como um sistema vivo, que contém outros sistemas vivos, a melhor forma de nele conviver, não é pela busca de seu controle, mas sim por participação, diálogo e cooperação.”(p. 111)

Em 1995, com a criação da Semana Interna de Soluções Administrativas - SISA, buscou-se uma maior integração através de uma reflexão sobre temas pertinentes à administração.

Em 1996, com a consolidação do Projeto de Modernização, surge a implementação das Atividades de Saúde, Cultura e Lazer que possibilitou novos patamares de desenvolvimento pessoal através da valorização e criação de espaços humanos, no contexto do trabalho, como o Espaço Cultural DGA, o Programa de Lazer ao Meio Dia e o Programa de Re-educação Postural e Qualidade de Vida.

Em abril foi apresentado aos funcionários o Programa de Integração e Qualidade, enfatizando o caráter contínuo da filosofia implementada e divulgando suas política e diretrizes, e em maio, por iniciativa da gerência da Marcenaria teve início às palestras sobre saúde e segurança no trabalho para os funcionários da Marcenaria, o que resultou no Programa de Re-educação Postural e Qualidade de Vida, realizado por profissionais do Laboratório de Avaliação Postural da Faculdade de Educação Física da Unicamp. Em agosto, os funcionários iniciaram a participação efetiva no programa, que visava a promoção da qualidade de vida através da saúde global no trabalho.

Em 2001, A DGA, juntamente com a Pró-Reitoria de Desenvolvimento Universitário e o Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho, lança o Manual sobre “Ergonomia - Em direção a uma Universidade Saudável”, que nos aponta:

“a questão ergonômica passou a ser uma preocupação constante das empresas, a partir do momento em que foi identificada como uma das maiores causas do absenteísmo. As conseqüências desses afastamentos, além da geração de custos diretos e indiretos elevados, têm contribuído para a queda da qualidade de vida dos trabalhadores lesionados, já que são bem conhecidos os efeitos psicológicos e sociais dos acometidos por

doenças causadas pela inadequabilidade dos postos de trabalho e dos processos produtivos, que impõem ritmos repetitivos, emprego de força, posições anti-ergonômicas, entre outros múltiplos fatores de riscos potenciais.”(p. 05)

A DGA congrega todas as decisões relativas à parte administrativa da Unicamp, sendo, portanto, um local de trabalho em que seus funcionários apresentam um alto grau de estresse, com problemas ergonômicos em suas instalações. Seus funcionários são adultos de ambos os sexos, a grande maioria acima dos 25 anos, com um grau de escolaridade entre o 1º grau incompleto e o 2º grau completo, variavelmente com um tempo de serviço acima dos cinco anos, e apresentam diversos sintomas de desconforto físico, algumas doenças crônico-degenerativas, o hábito da ingestão de bebida alcoólica e do tabagismo e um alto grau de sedentarismo.

Considerando esses dados, tornou-se claro o objetivo desse trabalho:

a) traçar o perfil dos funcionários da DGA, através de uma pesquisa, abordando questões sobre saúde, atividade física e qualidade de vida;

b) verificar se há participação num programa de atividade física orientada, abordando as especificidades do grupo.

Após a definição do objetivo e a delimitação do problema, optamos para uma pesquisa quantitativa e qualitativa, sendo que a pesquisa quantitativa nos levaria a demonstrar os dados coletados estatisticamente e a pesquisa qualitativa por apresentar os requisitos necessários a esses procedimentos.

Como instrumento de coleta de dados foi elaborado um protocolo com questões abertas e outras fechadas a respeito de: saúde, atividade física e qualidade de vida (em anexo).

Na elaboração desse protocolo foi observada uma norma precisa para aumentar sua eficácia e validade. Assim, a pesquisa foi dividida em dois momentos, a saber:

- 1) informações relativas à Diretoria Geral Administrativa;
- 2) tarefa de investigar a população alvo, através dos protocolos de avaliação, onde se espera um retorno preciso para os resultados pretendidos.

4.4 Sujeitos e materiais da pesquisa

Considerando o universo de trezentos e dezenove (319) funcionários da DGA essa pesquisa foi realizada com cento e nove (109) funcionários das áreas: Coordenadoria, Finanças, Registros e Controles Contábeis, Serviços Complementares e Suprimentos e Subárea de Importação, o que corresponde a 35% dos funcionários da DGA, sendo que esses funcionários desempenham atividades administrativas.

A respeito das pessoas entrevistadas não as consideramos tão somente sob o ponto de vista físico, tendo sido também considerado o fator emocional, o estresse e a sobrecarga mental e pessoal que vivem.

A intervenção teve por objetivo trazer benefícios para essa população, pois são questões de muita importância dos quesitos: atividade física, qualidade de vida e saúde.

Na primeira fase, foi aplicado um protocolo com questões abertas e fechadas, foram também realizadas as medidas antropométricas e de pressão arterial (em anexo).

Na segunda fase, foi oferecido um Programa de Atividade Física e Qualidade de Vida aos funcionários que participaram da primeira fase.

Na terceira fase, após três meses de oferecimento do programa, foi notado que existiam funcionários que participaram das fases anteriores, mas não aderiram ao Programa (em anexo).

Após essa observação, aplicamos um novo protocolo com questões abertas e fechadas com a finalidade de obtermos informações para quantificar a participação dos funcionários, qualificar os efeitos e identificar o porque da não-aderência de determinados funcionários ao Programa.

5 RESULTADOS

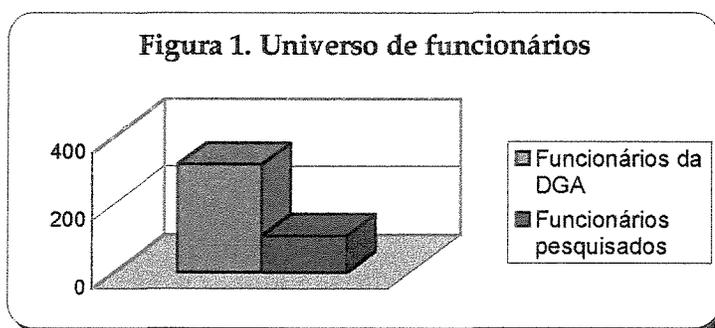
Ousar é perder o equilíbrio por um instante, mas não ousar é perder-se em si mesmo.

Soren, s/d

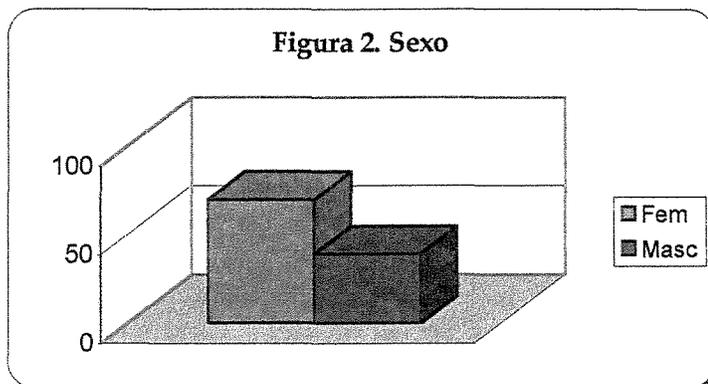
As figuras de 01 a 29 apresentam os resultados coletados através dos protocolos, sem identificação contendo questões abertas e fechadas utilizadas na primeira fase da pesquisa e as figuras de 30 a 33 apresentam os resultados coletados através dos protocolos sem identificação de sujeitos, contendo somente questões abertas.

5.1 Análise dos resultados

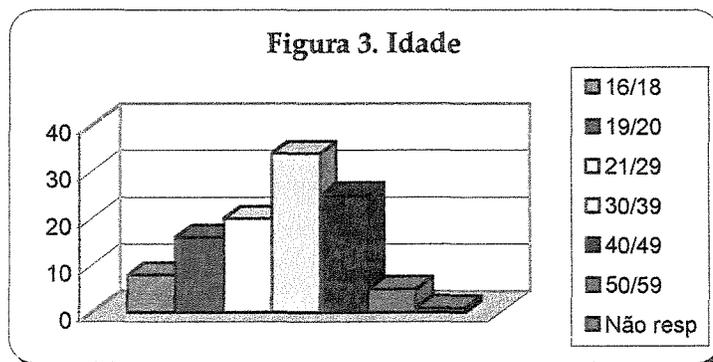
A coleta de dados se apresenta muita ampla, motivo pelo qual optamos pelo agrupamento para uma melhor análise.



A figura 01 mostra a composição da DGA com um total de 319 funcionários. Destes 109 o que corresponde a 34% são os sujeitos que compõem o universo da pesquisa.

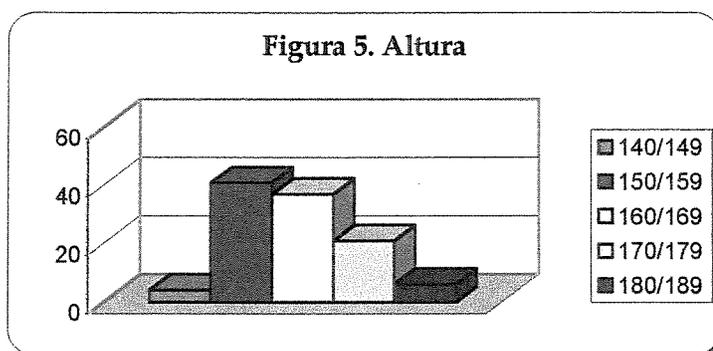
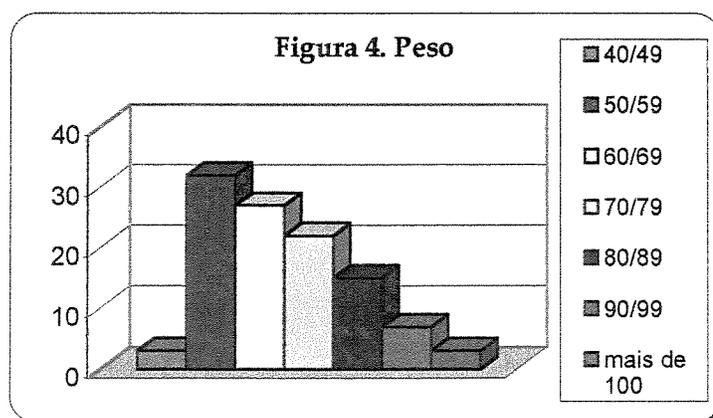


A figura 02 mostra a distribuição dos sujeitos por sexo, assim distribuídos: 70 sujeitos do sexo feminino, o que corresponde a 64% e 39 sujeitos do sexo masculino, o que corresponde a 36%. Não obstante a escolha ter sido feita de forma aleatória, observamos uma maior participação do sexo feminino.



A figura 03 aponta uma concentração em maior número de sujeitos nas faixas etárias 30/39 anos, o que corresponde a 31%, e na faixa dos 40 aos 49 anos, o que corresponde a 22%, sendo que essas faixas etárias representam 53% do universo da pesquisa. Para a medicina e para os órgãos responsáveis pela saúde pública, essas faixas etárias são as mais

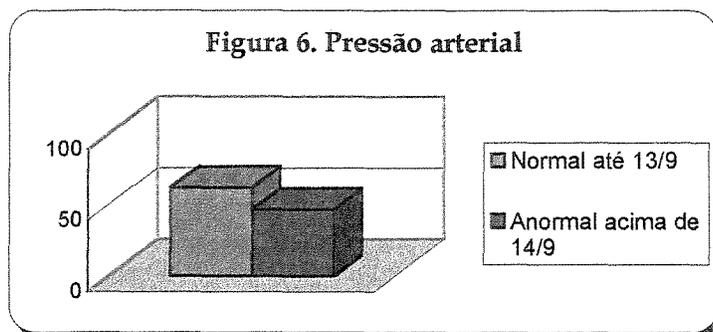
suscetíveis às doenças crônicas não transmissíveis, principalmente a hipertensão arterial.



Quando observamos e co-relacionamos os dados antropométricos, entre as figuras 04 (peso) e 05 (altura), nossa preocupação se torna efetiva, devido á desproporcionalidade existente entre essas duas medidas que são básicas para se calcular o Índice de Massa Corporal-IMC. Ao aplicarmos o IMC, considerando o maior peso (100 Kg) como consta na figura 04 e a altura máxima atingida (1,89) como consta na figura 05, teremos o $IMC=35$, esse índice se mostra muito acima do IMC desejável e conforme Guedes &

Guedes (1998) o IMC entre 30 e 45 apresenta um quadro de obesidade elevada, sem contar que o acúmulo de gordura na região central do corpo (abdominal), tem uma alta associação com as doenças crônicas não transmissíveis e notamos no grupo pesquisado a existência de sujeitos portadores deste tipo de obesidade.

A Sociedade Brasileira de Hipertensão-SBH (2002) também considera dentro de sua investigação clínico laboratorial e decisão terapêutica, o exame físico, o tipo de exame destacado é o cálculo do índice de massa corporal-IMC.

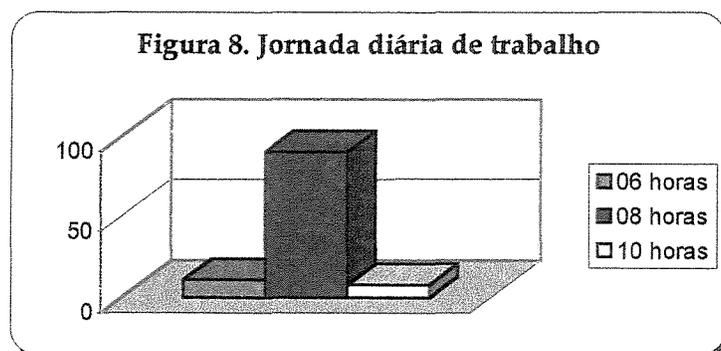
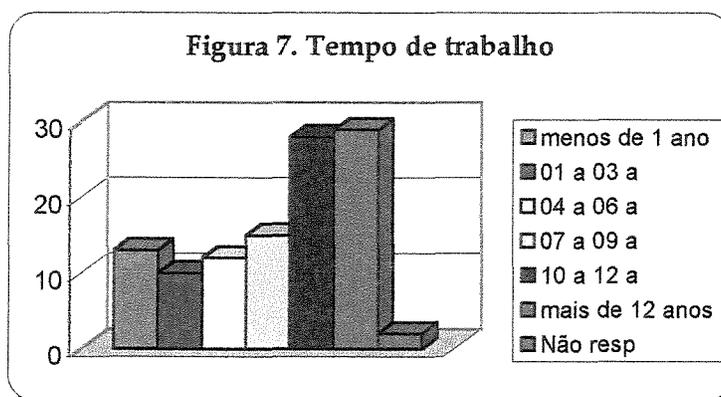


Em relação à pressão arterial figura 06 do universo pesquisado, 47 sujeitos o que corresponde a 43%, apresentaram pressão arterial moderada, considerada fora dos padrões. Segundo a OMS (1996), considera-se hipertensão arterial como elevação crônica de uma ou das pressões arteriais sistólicas e diastólicas e, recomenda que sejam considerados hipertensos as pessoas com uma ou ambas pressões elevadas, apresentando valores pressóricos iguais ou superiores a 14/9 mmHg, sendo assim estima-se que

acima desta limítrofe, aumenta significadamente o risco de lesões cerebrais e acidentes vasculares encefálicos.

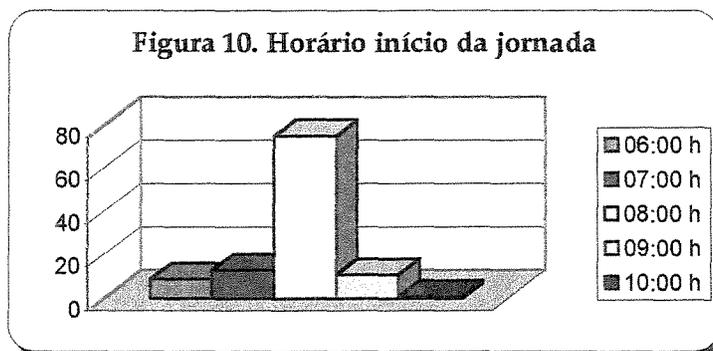
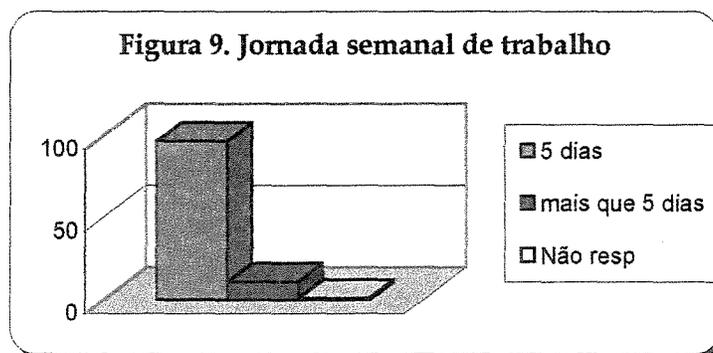
Pressão arterial sistólica PAS	Pressão arterial diastólica PAD	Classificação
13 (mmHg)	8 (mmHg)	Normal
13 (mmHg)	9 (mmHg)	Normal limítrofe
14 (mmHg)	9 (mmHg)	Hipertensão leve (grau 1)
16 (mmHg)	10 (mmHg)	Hipertensão moderada (grau 2)

Classificação diagnóstica da hipertensão arterial, conforme os padrões da SBH



As figuras 07, 08, referem-se ao dia a dia dos funcionários da DGA em relação ao trabalho. Observamos que o maior número de sujeitos estão a

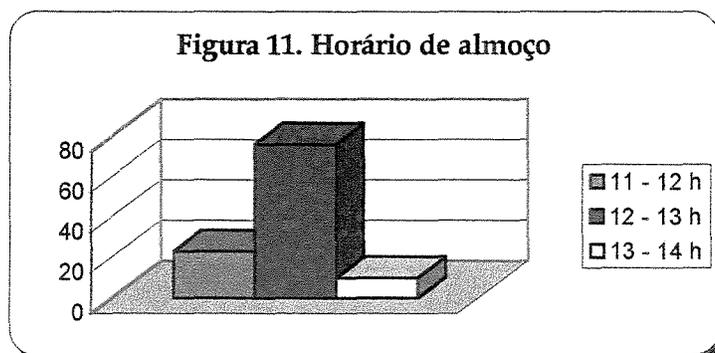
mais de 10 anos desempenhando suas funções e com uma jornada de trabalho de oito horas dia.



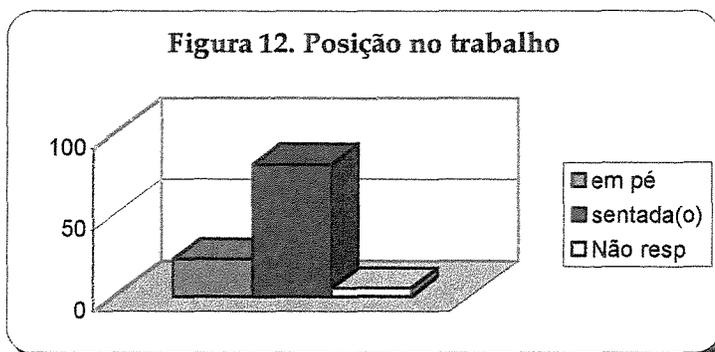
Nas figuras 09 e 10 observamos que, a maioria dos sujeitos cumpre uma jornada semanal de trabalho em cinco dias sendo que o início das atividades (jornada de trabalho), se dá a partir das 08:00 horas fato considerado normal dentro de qualquer estrutura administrativa e principalmente dentro do contexto da Consolidação das Leis do Trabalho-CLT em vigência no Brasil.

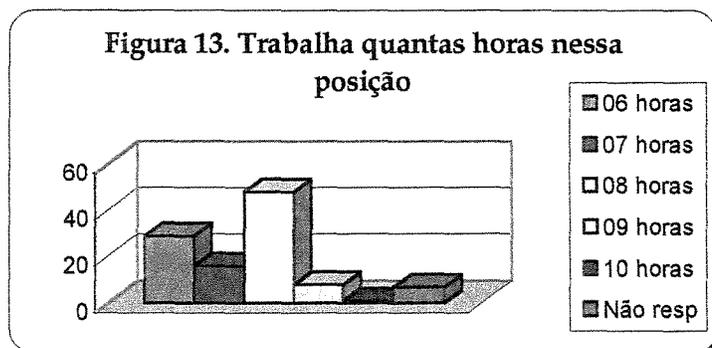
Porém a DGA preocupada com a saúde e qualidade de vida de seus funcionários, buscou uma alternativa através do oferecimento de um

Programa de Atividade Física e Qualidade de Vida a ser realizado duas vezes por semana, durante uma hora no próprio local de trabalho.

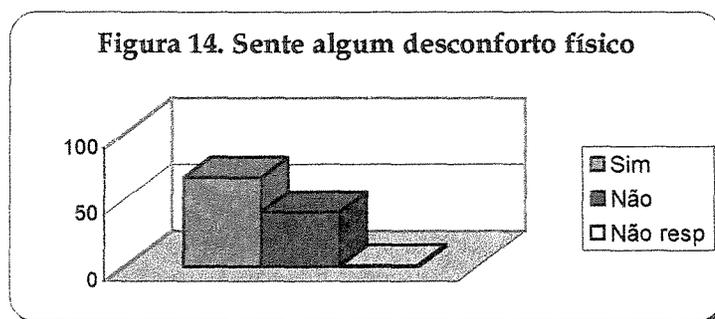


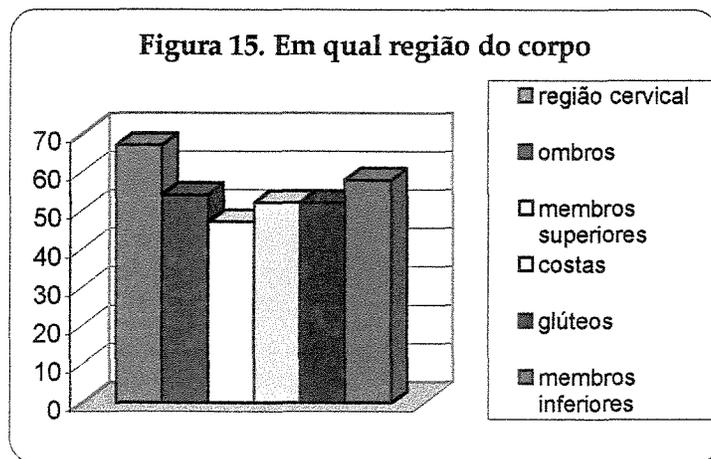
Podemos observar na figura 11 que todos os sujeitos do universo pesquisado fazem apenas uma hora de almoço o que nos mostra uma posição equivocada, sendo que este período de tempo não é muito indicado para as refeições.



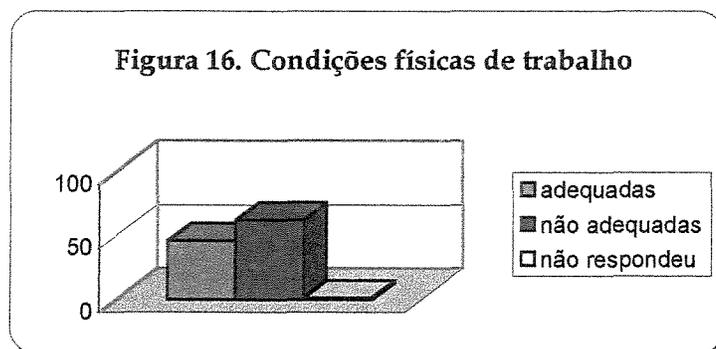


As figuras 12 e 13 mostram, que a maioria dos sujeitos 48, que corresponde a 44% trabalham predominantemente sentados e já se colocam nessa posição logo após o almoço permanecendo, assim por um período de mais ou menos quatro horas, fato que contribui para aumentar os problemas gástricos, para a instalação do sono após refeição, favorece também ao sedentarismo, ao aumento de peso, à flacidez muscular, ao acúmulo de gordura na região abdominal, causando problemas funcionais em relação à digestão, e outros fatores que podem ser desencadeados.



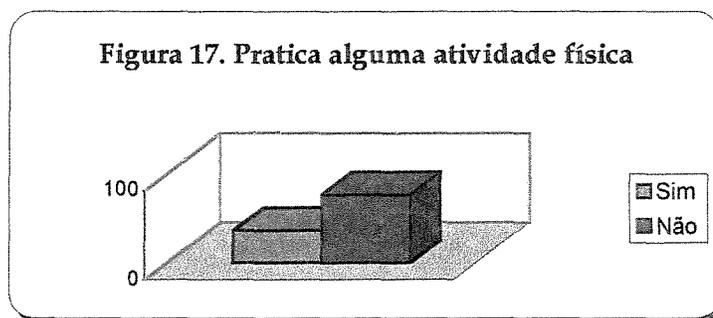


As figuras 14 e 15 mostram que 67 sujeitos, o que corresponde, a 61%, acusam algum tipo desconforto físico, alegam desconforto físico na região cervical e na parte superior do corpo. Mostra também que 58 sujeitos o que corresponde a 53%, apontam algum desconforto físico na parte inferior do corpo, desconforto esse que pode ser atribuído à posição que trabalham (predominantemente sentados), com pressão na lombo-sacral, região glútea e com os membros inferiores nem sempre numa postura correta.



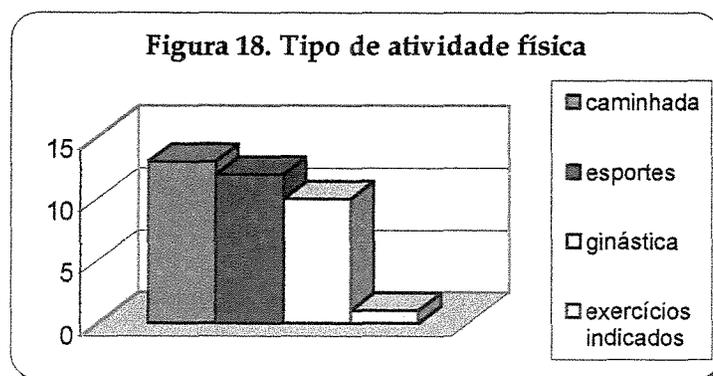
A figura 16 aponta que do universo da pesquisa 62 sujeitos o que corresponde a 57%, consideram as condições de trabalho não adequadas e para isso, alegando que: permanecer de frente para o sol, ou a iluminação é fraca, ou muito brilhante, o mobiliário (arquivos, cadeiras e mesas) é inadequado, a permanência todo o tempo no ambiente com ar condicionado, o cheiro do pó do filtro do ar condicionado, a pouca ventilação, o reflexo de luz, o teto pintado em cor escura, a falta de suporte para o pulso durante a digitação, a falta de apoio para os pés, a fumaça de cigarro, o barulho, o local muito abafado, a tensão nervosa com o equipamento e a fato de ficar muito tempo sentada, entre outros.

Os dados referentes ao Estilo de Vida e Saúde se apresentam da figura 17 à figura 29.

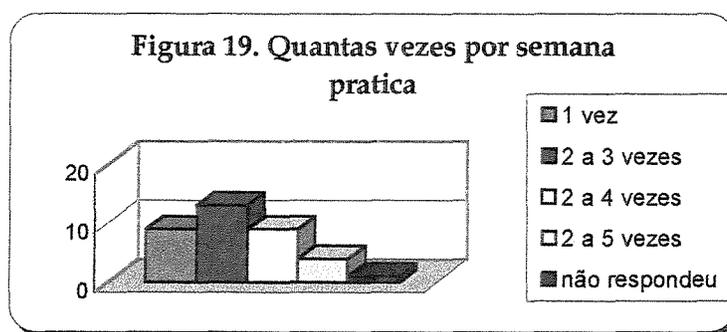


A figura 17 nos mostra que, somente 36 sujeitos o que corresponde a 33%, praticam alguma atividade física, sendo que a maioria significativa dos sujeitos, 73 o que corresponde a 67% não praticam qualquer tipo de atividade física, são sedentários e obesos sendo o sedentarismo e a

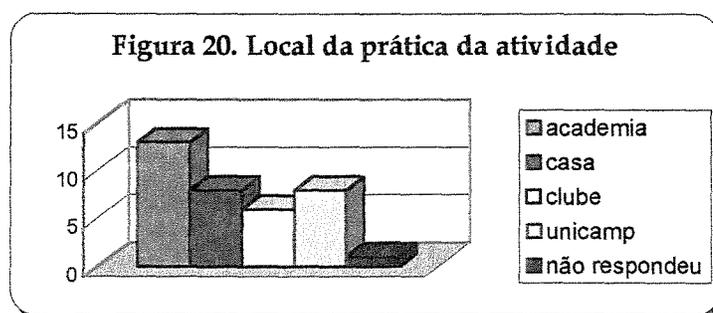
obesidade os grandes problemas da sociedade atual, em relação à saúde e a qualidade de vida.



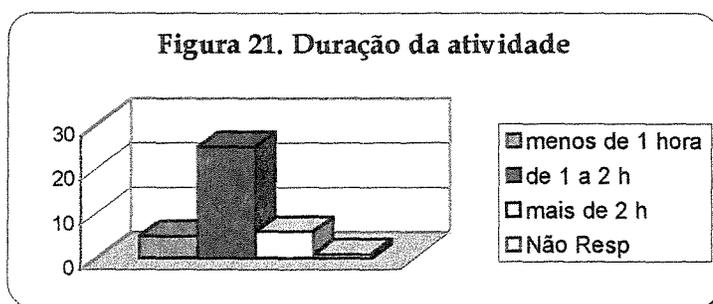
Sobre a prática de atividade física, podemos observar na figura 18, que do universo pesquisado apenas 25 sujeitos o que corresponde a 22%, praticam uma atividade física aeróbia e conforme o exposto anteriormente esse é o tipo de atividade física mais indicada para se contrapor às doenças crônicas não transmissíveis, sendo que sua prática leva a mais saúde e uma melhor qualidade de vida, nos chama atenção que um dos sujeitos pratica exercícios físicos em forma de tratamento para problemas posturais.



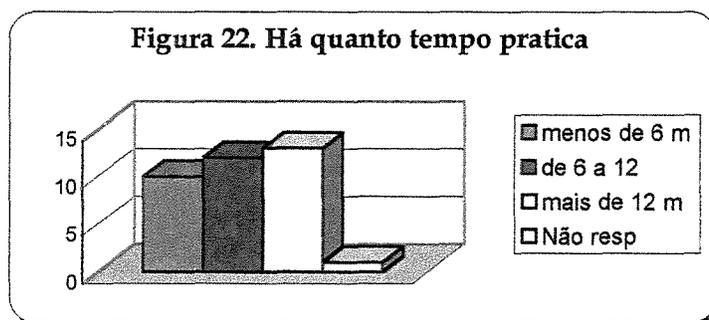
A figura 19 mostra que a freqüência à prática da atividade física, só pode ser considerada positiva e benéfica para 13 sujeitos, o que corresponde a 11%, ou seja, para aqueles que praticam a atividade física entre duas a cinco vezes por semana.



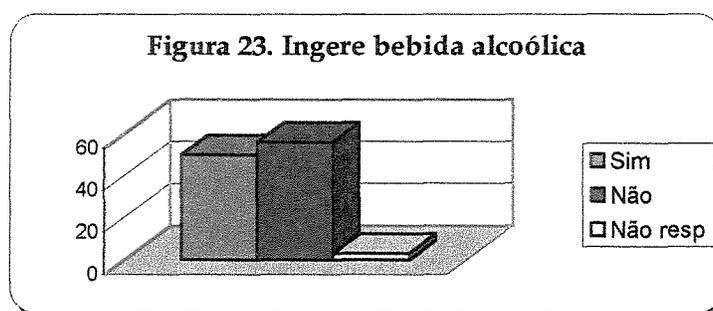
A figura 20 mostra que a prática da atividade física dos sujeitos é realizada em: academias, na própria Unicamp, na própria residência e também no clube que freqüentam.



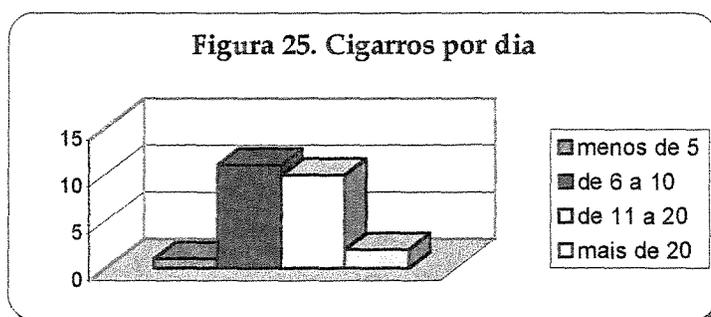
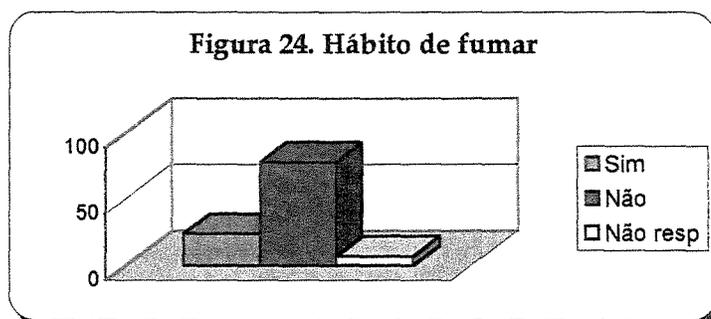
Em relação á duração da atividade a figura 21 mostra que do universo da pesquisa, essa prática só pode ser considerada positiva e benéfica para 25 sujeitos, o que corresponde á 22%, aqueles que praticam a atividade física, com uma duração entre uma e duas horas.



A figura 22 mostra que do universo da pesquisa, 36 sujeitos que corresponde a 33% praticam a atividade física já a algum determinado tempo, o que pode ser considerado positivo e benéfico em relação às doenças crônicas não transmissíveis.

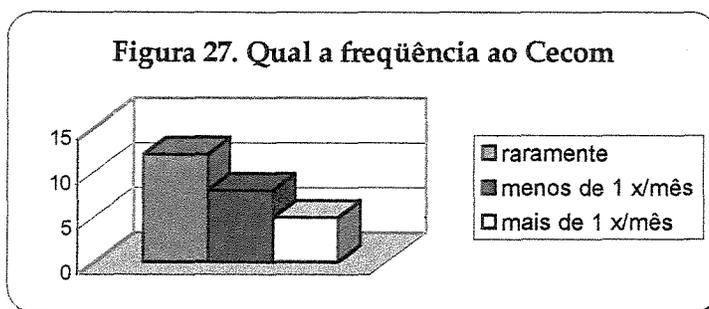
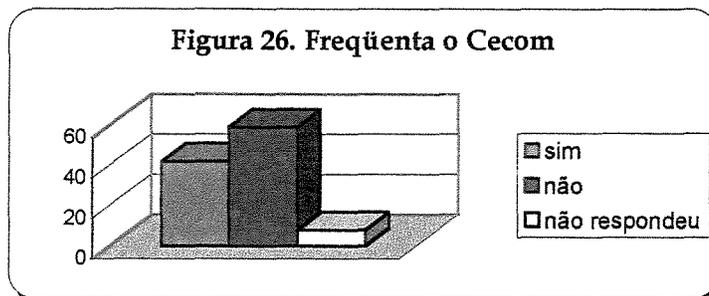


A figura 23 mostra que 50 sujeitos, o que corresponde a 45% tem o hábito de consumir bebida alcoólica, fato que se apresenta como fator de risco para o surgimento e o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis, de problemas cardiovasculares entre outros problemas relativos à saúde. O consumo excessivo de álcool eleva a pressão arterial e a variabilidade pressórica, aumenta a prevalência de hipertensão, é fator de risco para acidente vascular encefálico, além de ser uma das causas de resistência à terapêutica anti-hipertensiva.

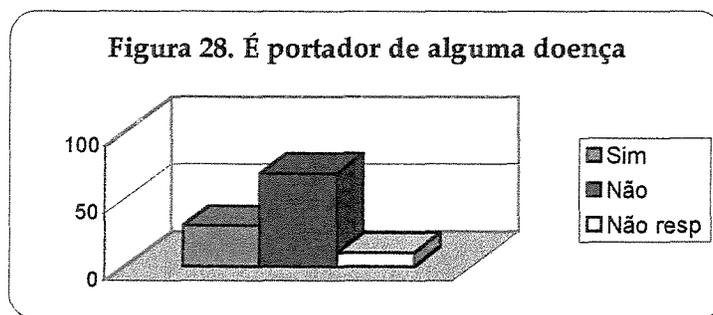


As figuras 24 e 25 mostram que 24 sujeitos que corresponde a 22% são fumantes, mais um fato que se apresenta como fator de risco para o surgimento das doenças crônicas não transmissíveis, problemas respiratórios entre outros problemas relativos à saúde.

O tabagismo é a mais importante causa de morte, sendo responsável por um em cada seis óbitos, colabora para o efeito adverso da terapêutica de redução dos lípides séricos e induz resistência ao efeito de drogas anti-hipertensivas, indivíduos que fumam mais de uma carteira de cigarros ao dia têm risco cinco vezes maior de morte súbita do que indivíduos não fumantes.



Nas figuras 26 e 27, podemos observar que, 42 sujeitos o que corresponde a 38% se recorrem aos serviços médicos do Cecom (Centro de Saúde da Comunidade, da Universidade Estadual de Campinas) e desses, três o que corresponde a 2% freqüentam o Cecom mais de uma vez por mês.

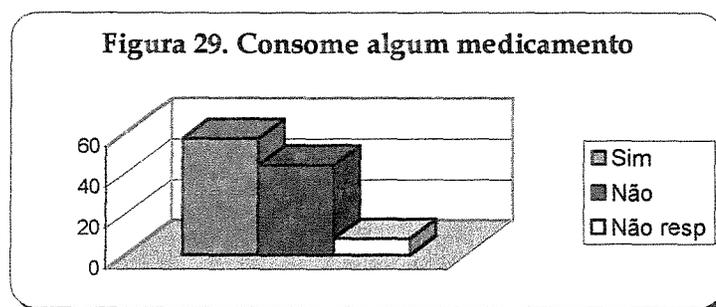


Na figura 28 observamos que do universo da pesquisa, 30 sujeitos o que corresponde a 27% alegam ser portadores de sintomas que podem expressar ou não algum tipo de doença, assim distribuídas:

Quadro demonstrativo dos sintomas e das doenças, apresentados:

Distúrbios osteo- musculares				
Desvios posturais	realcionados ao trabalho	Doenças orgânicas	Doenças comportamentais	Outras
cifose, escoliose, lombalgia, lordose	cistosinovial, tendinite	asma brônquica, bronquite, cálculo renal, cólica renal, câncer, enfarte, epilepsia, gastrite, labirintite, osteoporose, problemas circulatórios	angústia, cansaço, dor de cabeça, estresse nervoso	deficiência visual, intestino preso, queda de cabelo, vertigem, úlcera nervosa, varizes

Doenças que estão intimamente ligadas ao estilo de vida ao sedentarismo e a falta de atividade física.



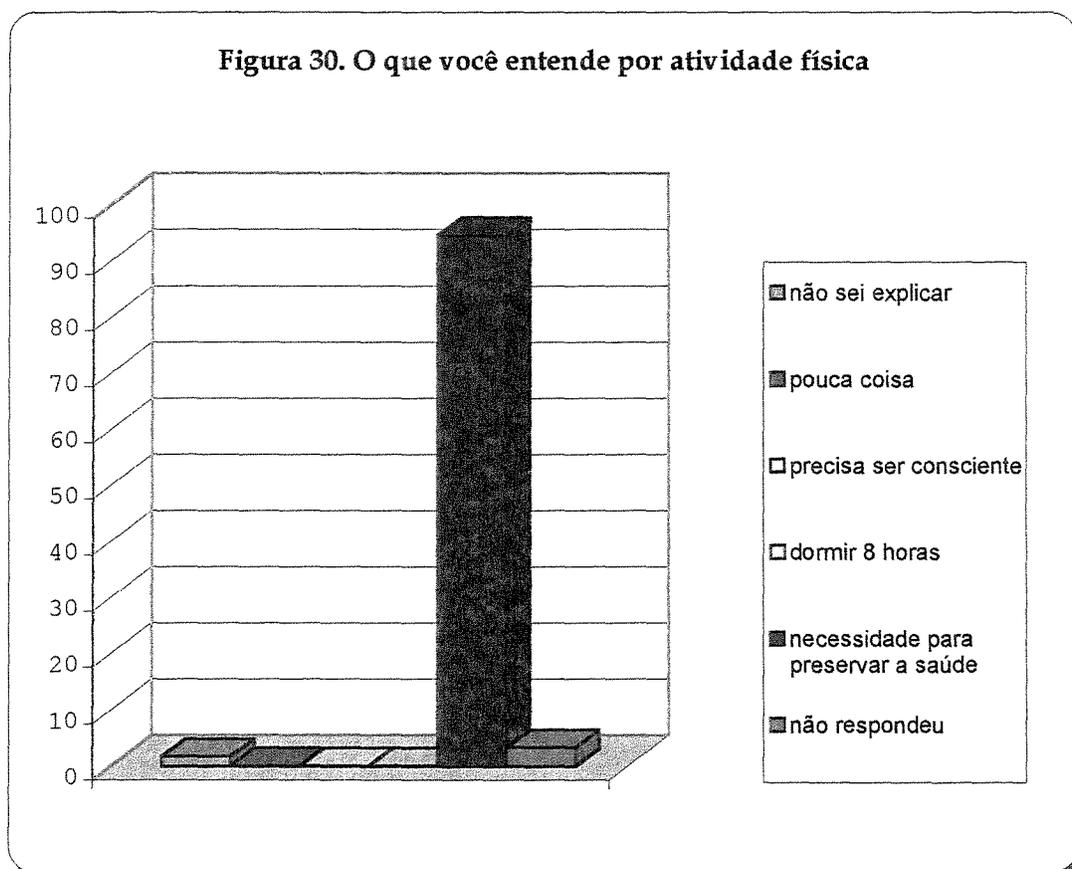
Na figura 29 podemos observar que 57 sujeitos, o que corresponde a 52% do universo da pesquisa consomem diversos medicamentos, assim distribuídos: aas, aerolim, akinoton, aldomed, anador, anticoncepcional, aropax, aspirina, aturgil, besecal, buscopan, buspanil, calminex, cardizem,

centrum, cataflan, dexacitonurim diane, dilena, dorflex, dorilax, feldene, fenergam, franal, furbutal, ginera, hidróxido de magnésia, lexontan, lisador, mercioliny, milanta, naldecon, neosaldina, novalgina, ormigrein, pasalix, premarem, prenelle, ponstan, profenid, puran T4, scaflan, tandrilax, targifor, vitamina C, vitamina E, vitergam e voltaren.

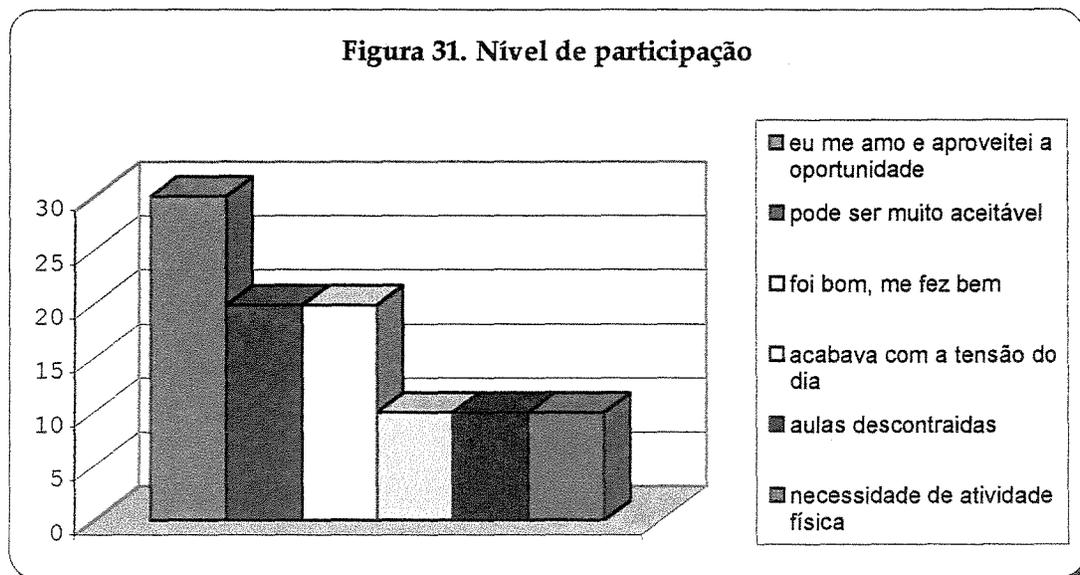
Dentre os medicamentos apontados podemos categorizar a medicação consumida conforme Melo (1999) em: analgésico, analgésico muscular, ansiolítico, anti-ácido, anti-acne, anti-alérgico, anti-broncoespasmódico, anti-concepcional, anti-depressivo, anti-distônico, anti-espasmódico, anti-gripal, anti-hipertensivo, anti-histamínico, anti-inflamatório, anti-pirético, anti-psicótico, anti-térmico, anti-trombótico, broncodilatador, complexo vitamínico, estrogêneo, tônico muscular.

Dentre esses medicamentos aparecem drogas que devem ser ingeridas para o controle dos: desvios posturais (analgésico muscular, anti-inflamatório), dos distúrbios osteó-musculares (analgésicos, analgésico muscular, anti inflamatório, complexo vitamínico, tônico muscular), doenças comportamentais (ansiolítico, anti-depressivo, anti-distônico, anti-psicótico, complexo vitamínico), doenças orgânicas (ansiolítico, anti-ácido, anti-alérgico, anti-broncoespasmódico, anti-espasmódico, anti-trombótico, broncodilatador, estrogêneo) e as doenças crônicas não transmissíveis (analgésico, anti-depressivo, anti-distônico, anti-hipertensivo, anti-trombótico).

Num segundo momento, analisaremos as respostas obtidas em relação ao protocolo do porque da aderência considerando a participação e da não aderência considerando a participação esporádica e a não participação no programa, que assim se apresenta.



Na figura 30 observamos que do universo da pesquisa, 93 sujeitos o que corresponde á 85% (o maior percentual até agora apurado), entendem a importância e os benefícios da atividade física (necessidade para se preservar a saúde, precisa ser consciente), para se ter saúde e para se contrapor e retardar ás DCNT e para se ter uma melhor qualidade de vida.



Na figura 31 observamos o nível de participação no programa e o porque da participação dos sujeitos pesquisados, ao analisarmos as respostas dos sujeitos a respeito da participação e o porque da participação no programa os mesmos apontam:

27% que se amam e aproveitaram a oportunidade para cuidar de si próprio;

17% por ser muito aceitável;

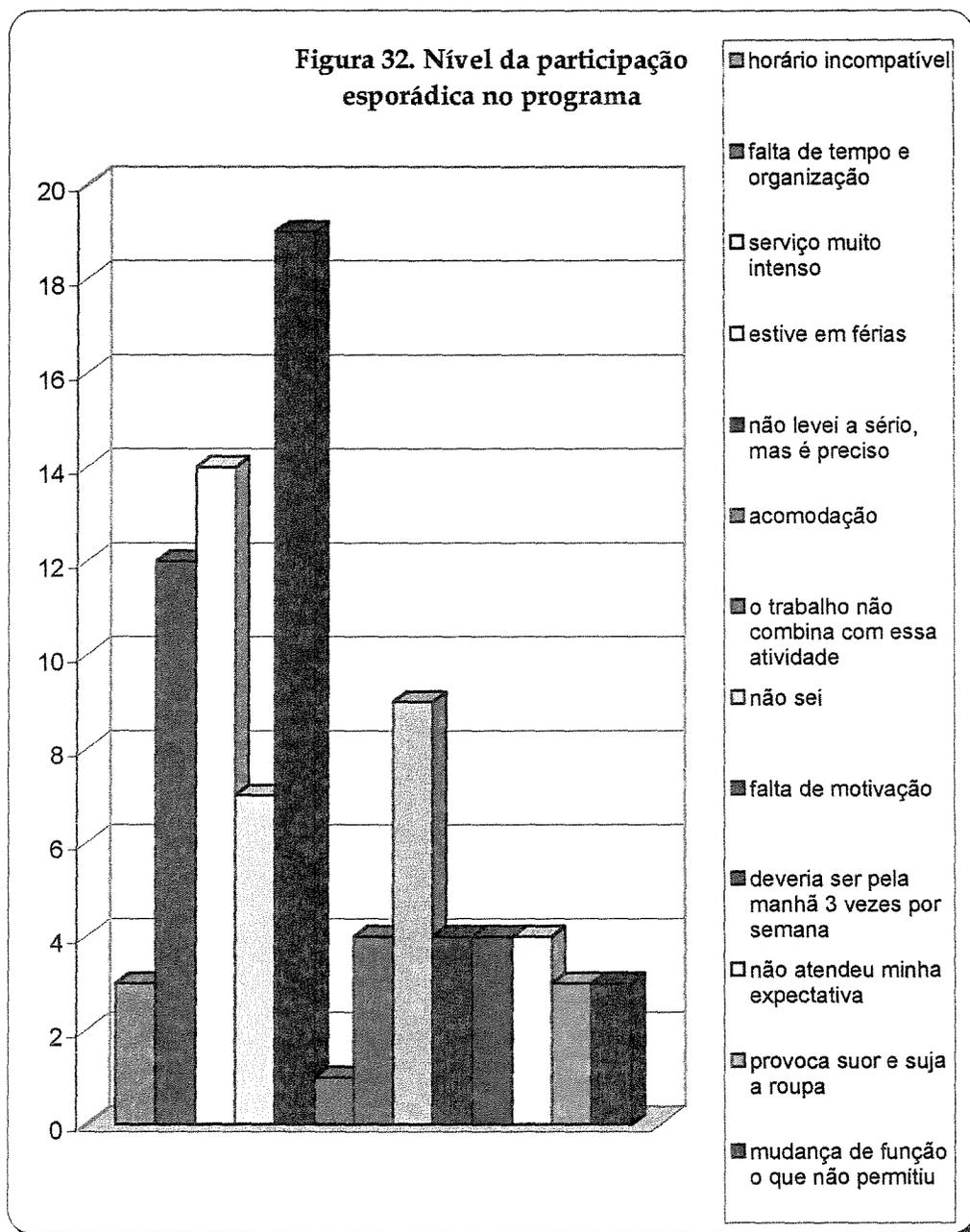
17% que foi bom e fez bem;

08% que acabava com a tensão do dia;

08% aulas descontraídas;

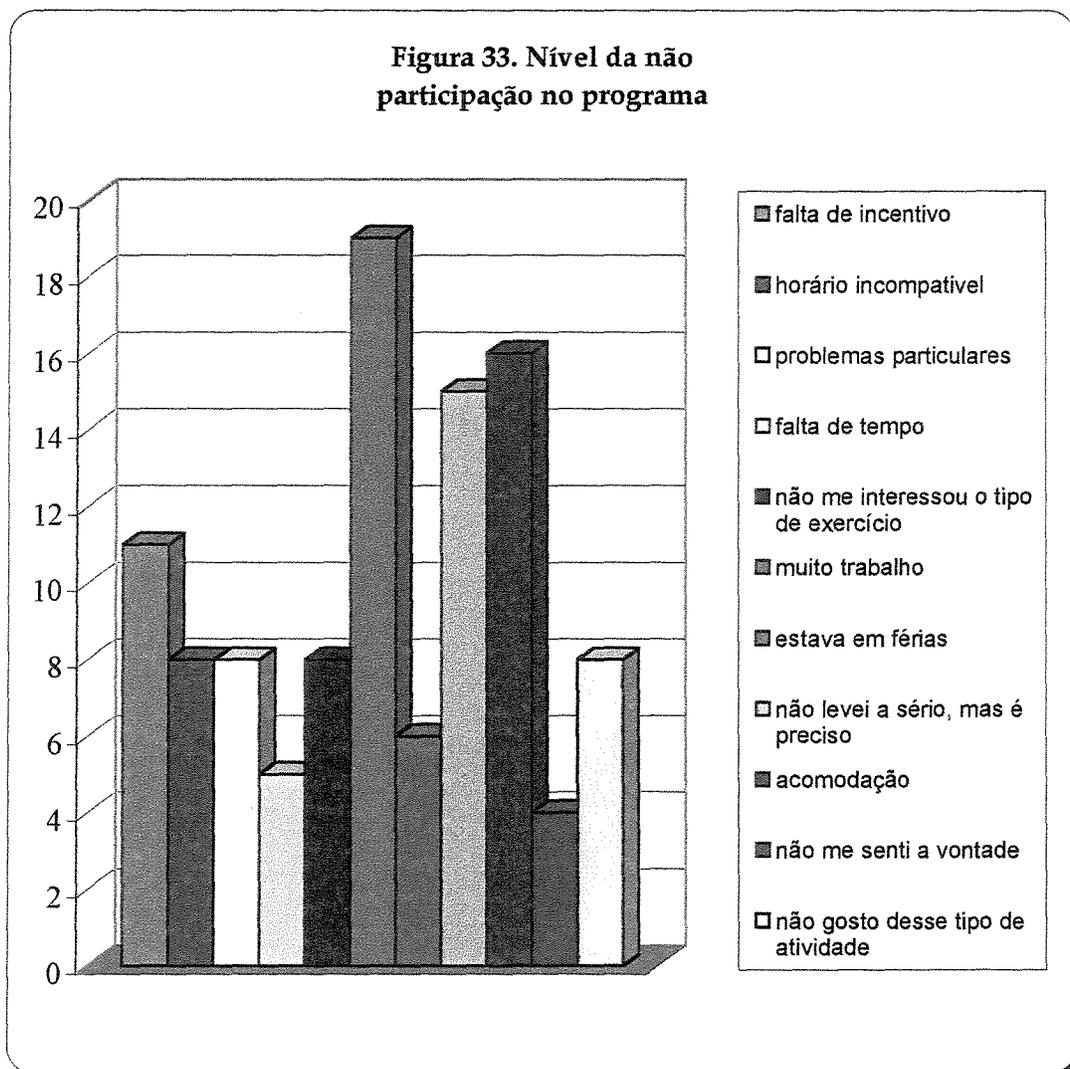
08% participaram pela necessidade de atividade física.

O que corresponde a 85% dos sujeitos, aqueles que entendem a importância e os benefícios da atividade física para se ter e preservar a saúde, para se contrapor às doenças e para uma melhor qualidade de vida.



Na figura 32 podemos observar os motivos da participação esporádica no programa, sendo os mais apontados: não levei a sério, mas é preciso, o serviço é muito intenso, por falta de tempo e organização, não sei explicar, falta de motivação, essa atividade provoca suor e suja a roupa,

entre outros, os comentários acham-se em conjunto com a figura 33, logo a seguir.



Na figura 33 temos os motivos do porque da não participação no programa, os mais apontados foram: muito trabalho e falta de tempo, acomodação, falta de incentivo, não levei a sério, mas é preciso, serviço muito intenso, não me interessou o tipo de exercício.

Observando e analisando as figuras 32 e 33 verificamos que nas respostas encontradas, algumas se repetem, por exemplo: horário incompatível, o trabalho não combina com essa atividade, acomodação, falta de incentivo e falta de motivação, falta de tempo, não gosto desse tipo de atividades, essa atividade provoca suor e suja a roupa, o serviço é muito intenso, mudança de função o que não permitiu a participação, não sei e assim por diante.

Destacamos dentro de nossa análise algumas respostas que consideramos importantes (não levei a sério, mas é preciso, deveria ser na parte da manhã e pelos menos três vezes por semana, não gosto deste tipo de atividade, não me senti a vontade, não atendeu minha expectativa), para a avaliação do programa.

Enfim! É necessário repensar a estratégias, rediscutir o programa amplamente com os funcionários e a partir daí reorganiza-lo, conforme a expectativa dos mesmos.

6 DISCUSSÃO

Você nunca encontrará tempo para nada. Se você quer tempo, você deve criá-lo.
Charles Buxton

Na Antiguidade, algumas doenças como a lepra, a peste e outras eram vistas como castigo divino mas hoje em dia sabemos que os males que afligem a modernidade não provêm dos céus.

Na Idade Média, a peste negra aniquilou quase que um terço da população da Europa. As pessoas infectadas eram abandonadas em suas casas, deixadas pelas estradas ou então mortas, para que não contaminassem os indivíduos sadios.

Na Idade Moderna, em função da intensificação dos contatos entre os povos em decorrência da expansão marítima e comercial e das condições sanitárias nas vilas e nas cidades foi facilitada a propagação de surtos de varíola, febre amarela, tifo, cólera entre outras. Existem registros de que em 1549, na Bahia, as epidemias exterminaram milhares de índios e na falta de tratamento, os doentes eram isolados e tinham seus pertences queimados.

No Século XIX, as cidades ganharam redes de água e esgoto, casas de saúde, hospitais a grande evolução da medicina, ao mesmo tempo em foram criadas as vacinas, o que ajudou a diminuir a mortalidade, surgindo, então, a preocupação política com a saúde pública. Entretanto, hoje em dia, novamente, travamos uma luta enorme contra outros tipos de doenças.

Biologicamente, nós seres humanos, fomos concebidos para sermos ativos e, conforme Sharkey (1998) a idéia de que exercício ou atividades está associada com boa saúde não é nova. Os antigos chineses

praticavam uma forma suave de ginástica médica para prevenir doenças associadas com a falta de atividade, mas as mudanças ocorridas no processo da civilização resultaram em um decréscimo na quantidade de atividade física necessária para a execução das tarefas básicas do cotidiano e da vida. Hoje em dia, só nos locomovemos dentro de veículos, passamos a maior parte do dia sentados, conversamos, perguntamos e respondemos através da internet ou através da intranet e, em nossa residência, no momento de nosso merecido descanso só apertamos botões. Mas o corpo humano não mudou, e assim, talvez o indivíduo que mora no campo, sintasse melhor de vida do que aquele que possui dinheiro, estudo e condições de bancar os custos da vida moderna, porque essa vida moderna se encontra na vida tumultuada de uma cidade grande.

Ainda hoje, apesar de várias décadas de desenvolvimento econômico, estamos contentes por desperdiçar horas com lanches e com a televisão. Nosso sistema de educação está sendo negligenciado por ignorarmos a necessidade dos cuidados para com a saúde. Inúmeros executivos, embora muito bem financeiramente, não usufruem uma boa qualidade de vida, se entendermos o viver que é bom e compensador em pelo menos quatro áreas: a afetiva, a profissional, a social e a saúde. Para termos uma boa qualidade de vida é necessário o equilíbrio e o sucesso nessas áreas. Nieman (1999), afirma que o exercício é um poderoso remédio, funcionando como tratamento ou auxiliando o mesmo, direta ou indiretamente em várias patologias, sendo também considerado como um elixir mágico para retardar o envelhecimento.

Nosso universo de pesquisa chama a atenção logo inicialmente, por apresentar uma maior concentração de idade entre a faixa etária dos 30 aos 49 anos. A medicina, a saúde pública, as associações médicas apontam que esta faixa etária é a mais suscetível às doenças crônicas não-transmissíveis - DCNT, cujos sujeitos apresentam também na relação peso e altura um alto índice de obesidade e um acúmulo de gordura na região central do corpo (abdominal), fato que tem uma alta associação com as DCNT. A Sociedade Brasileira de Hipertensão (2002), considera em suas investigações e em seus exames clínicos laboratoriais o cálculo do índice de massa corporal para detectar o estado físico dos indivíduos como um dos componentes para a estratificação do risco individual dos pacientes em função da presença de fatores de risco e de lesão em órgãos alvo, para a prevenção das DCNT.

Zamai (2000), salienta que em 1998, as DCNT conforme mostra a tabela abaixo, são responsáveis por milhares de internações (653.266) e com um elevado custo (R\$ 243.411.195), o que acaba onerando os cofres públicos em milhões de reais, isso só no Estado de São Paulo:

Tabela de internações e custos provocados pela DCNT:

CAUSAS	TOTAL DE INTERNAÇÕES	RELATIVA %	GASTOS TOTAIS R\$	RELATIVOS (%)
D. Isq. do coração	49.996	1,6	358.055.088	5,5
D. Cerebrovasculares	64.088	2,1	15.408.203	2,3
Diabetes	37.168	1,2	4.616.179	0,7
Hip. Arterial Sistêmica	51.424	1,6	3.217.911	0,5
Outras Ap. Circulatório	53.081	1,7	16.080.057	2,5
Neoplasias	80.757	2,6	37.281.479	5,7
Transtornos Mentais	149.213	4,8	106.972.053	16,3
D. Ap. Osteomuscular	85.664	2,7	13.054.868	2,0
D.P. O.C.	81.875	2,6	10.974.857	1,7
Todas as D.C.N.T.	653.266	20,9	243.411.195	37,1
Todas as Internações	3.122.102	100,0	656.096.410	100,0

Fonte: Adaptado do Manual do Programa Agita São Paulo, 1997.

Salienta, também, conforme a tabela a seguir, que nos mostra os indicadores de mortalidade pelas DCNT (84.482), só no Estado de São Paulo em 1998. Apresenta também as porcentagens elevadas em óbitos precoces pelas DCNT em indivíduos abaixo dos 60 anos.

Tabela dos óbitos precoces provocados pela DCNT:

Causa	Nº DE ÓBITOS	MORT. PROPORC.	COEF. P/ 100.000/ANO	APVP (1/70)	% ÓBITOS PRECOSES < 60 ANOS
D. Isq. do coração	22.314	11.14	68.30	152.700	26.7
D. Cerebrovasculares	19.958	9.96	61.09	153.994	29.2
Diabetes	5.699	2.84	17.44	39.596	25.8
Hipertensão Art. Sistêmica	4.578	2.28	14.01	35.203	29.5
Neoplasias	28.048	14.00	85.85	287.694	38.1
Transtornos Mentais	1.455	0.73	4.45	32.460	77.0
D.P. O.C.	2.430	1.21	7.44	17.438	21.9
Todas as D.C.N.T.	84.482	42.16	---	---	---
Todas as Doenças	200.391	---	653.02	2.772.308	47.5

Fonte: Adaptado do Manual do Programa Agita São Paulo, 1997.

Os dados dessas tabelas tornam-se alarmantes em relação à pressão arterial - PA do grupo pesquisado, no qual detectamos que 43%, quase a metade do universo apresenta uma PA considerada fora dos padrões normais e ao estar neste limite existe uma grande chance de risco de lesões cerebrais e acidentes vasculares encefálicos.

As DCNT representaram, no Estado de São Paulo, um total de mais de 51.000 internações, com um custo aproximado de quatro milhões e meio de reais tendo provocado um total de aproximadamente quatro mil e quinhentos óbitos, representando quase 30% de óbitos precoces. O mundo moderno passou e passa por mudanças rápidas e profundas em seu cotidiano, interferindo nas condições de vida e nos fatores que afetam a saúde e, nesse caso, a inatividade física não é só um comportamento individual, pois a superpopulação, os crimes, o trânsito, a qualidade de ar,

a ausência de parques esportivos e recreacionais e até a ausência das calçadas dificultam essa prática.

Para Moreira (2001), qualidade de vida é o compromisso em aperfeiçoar a arte de viver e conviver, a qualidade de vida assim encarada nos remete ao século XX, um século de progressos, de desenvolvimento, de grandes descobertas, mas também de convulsões, de horrores, de holocausto, de guerras mundiais. O desenvolvimento trouxe o subdesenvolvimento, o progresso trouxe as regressões, vivenciou-se nesse período o verdadeiro significado da crise.

A urbanização e o desenvolvimento descontrolado das cidades impõem aos sujeitos de uma forma indireta que se tranquem em suas casas, em seus escritórios e locais de trabalho para o seu sustento e de sua família, fazendo com que deixem de lado muitas vezes o olhar sobre si mesmos, pois o ditado popular diz que: *tempo é dinheiro*, resultando em um estilo de vida inadequado e prejudicial à saúde, comprometendo também a saúde pública e comunitária, uma vez que uma população nada mais é do que uma união de pessoas, e se essas não estiverem bem tanto fisicamente como a comunidade inteira sofrerá.

As evoluções (industriais e tecnológicas), se é que assim podemos chamá-las provocaram a involução da vida ativa pois hoje sofremos de males que nossos pais e avós não sofreram. Hoje em dia, a sociedade vive um estilo de vida sedentário o que acabou aumentando os fatores de risco à saúde entre nós, os quais passam a ter um papel importante junto às DCNT, transformando-as em epidemias.

Para Santarém (1997), quem não tem uma prática de atividade física regular, possui pouca força muscular e apresenta um aumento acentuado e perigoso da frequência cardíaca e da pressão arterial quando desenvolve alguma atividade que requer mais do organismo, podendo, nesse momento, ocasionar algum tipo de complicação orgânica.

Segundo Guedes & Guedes (1998) um indivíduo, ao se envolver em programas regulares de atividade física, tende a apresentar melhores índices de aptidão física e, com o aumento nesses índices, provavelmente tornar-se-á mais ativo. Diversos autores abordam a importância da prática da atividade física, embora os hábitos diários também se mostrem muito importantes; em relação a esses hábitos, pudemos observar em nossa pesquisa que a maioria dos sujeitos pesquisados tem apenas uma hora para a refeição do almoço e essa maioria absoluta trabalha sentada. No entanto, é bom lembrar que a digestão das refeições se dá durante ou por um período de duas horas, e que a maioria dos autores e da literatura específica da área de fisiologia humana apontam as dificuldades de digestão num tempo reduzido após as refeições.

Os sujeitos do universo da pesquisa apontam determinados desconfortos físicos (azia, aumento de peso, concentração de gordura na região abdominal, flacidez muscular, gastrite, intestino preso, sonolência, dentre outros), que podemos associar ao tempo reduzido da digestão, bem como decorrentes da posição assumida imediatamente após a refeição (sentados).

Alegam também desconforto físico pela posição adotada no trabalho e apresentam problemas de saúde (desvios posturais, distúrbios ósteo-

musculares), que se localizam notadamente nas regiões: cervical, dos glúteos, lombo sacral e membros inferiores. Apontam também diversas doenças orgânicas.

A atividade física é um comportamento adquirido que requer motivação para começar e a persistência para aderir ao programa. A prática da atividade física habitual e constante no dia-a-dia da sociedade passou a ter um grande interesse da comunidade da saúde pública, uma vez que essa pratica simplesmente previne e/ou retarda o desenvolvimento das DCNT. A Organização Mundial da Saúde entende a atividade física como um comportamento humano complexo, com determinantes de ordem biológica e psico-sócio-cultural que podem ser exemplificadas como: atividades de lazer, atividades de locomoção, atividades de ocupação profissional, esportes, exercícios físicos e danças.

O exercício e o condicionamento físico passam a ter status de área de importância para a saúde, o que trará para os grupos populacionais uma redução e o controle do peso corporal, pois se nota que em nosso universo de pesquisa 31% dos sujeitos se apresentam acima do peso. Em relação ao estresse, em nosso universo de pesquisa, 20% dos sujeitos alegam sofrer de estresse nervoso, cabendo aqui ressaltar que em momentos de estresse a pressão arterial se eleva tanto no normotenso quanto no hipertenso.

Quando passamos por uma situação de estresse e a seguir temos a oportunidade de relaxar e deixar o corpo voltar à harmonia ocorre a homeostase; o sistema circulatório acomoda-se para facilitar o controle do estresse, porém quando esse se torna muito prolongado mesmo que seja de

pequena intensidade, o corpo e a mente permanecem em alerta, os músculos ficam tensos, o estômago digere mal a comida, os ombros ficam levantados, aparece a irritabilidade surgindo uma exagerada reação a qualquer provocação.

Em relação ao consumo de cigarros, no universo da pesquisa 22% dos sujeitos são fumantes, o que, além de provocar problemas respiratórios, se apresenta também como fator de risco para o surgimento das DCNT. O tabagismo causa sérios danos para as paredes dos vasos sanguíneos e acelera o endurecimento das artérias, sabemos que o tabagismo é um fator de causa de morte além de provocar efeitos adversos no tratamento medicamentoso da hipertensão arterial. Embora sabendo que os efeitos do tabagismo são reversíveis, e que o risco de sofrer um acidente vascular encefálico diminui, o ex-fumante ainda leva por volta de cinco anos para que o nível de risco fique próximo ao de um não-fumante.

Em nossa pesquisa, infeliz e lamentavelmente, podemos apontar sujeitos que correm risco de morte súbita em função do alto consumo de cigarros no dia. Apresentam-se também sujeitos com artrites e artroses no universo da pesquisa, em que 25% dos sujeitos relatam serem portadores desses sintomas. Aparecem também doenças pulmonares crônicas.

Os benefícios que o exercício físico traz para a parte psicológica, aumento da segurança, o sentimento de bem-estar, a redução da tensão e da ansiedade, a satisfação sexual, aumento da auto-estima e o sentimento de felicidade. Em nossa pesquisa, 85% dos sujeitos que participaram do Programa, entendem a importância e o benefício da atividade física, alegando para tanto que se amavam e aproveitaram a oportunidade,

afirmando ainda que o mesmo foi bom, e fez bem, pois acabava com a tensão do dia em função das atividades serem descontraídas.

As atividades físicas que devem ser prescritas para as DCNT são predominantemente as atividades físicas aeróbias, aquelas que envolvem grandes grupos musculares, com uma intensidade moderada e com longa duração, caracterizada como cíclicas, devendo permitir a manutenção do estado de equilíbrio entre o suporte energético promovendo ainda rápidas contrações nas fibras musculares. Os exercícios resistidos podem ser vantajosos para um aumento na força muscular, tendo um impacto importante no modo de andar e a estabilidade postural, diminuindo assim o risco de quedas, fraturas e um aumento na resistência da caminhada.

Deve-se respeitar a cultura e as tradições locais, mas devem-se, também, aumentar as oportunidades para iniciação e manutenção de comportamentos ativos, o que pode ser dado a partir de promoções que envolvam o apoio organizacional para diferentes iniciativas. É através do processo educativo que se estabelece o diálogo entre a equipe de saúde e os usuários do sistema, permitindo socialização do conhecimento para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação dos agravos de saúde, entre eles, as DCNT. Tais promoções devem envolver o maior número de pessoas sedentárias e/ou irregularmente ativas, mesmo porque são elas as que terão maiores benefícios com as práticas propostas e deve ter também como orientação básica a realização de atividades físicas moderadas.

A DGA apresentou aos seus funcionários o Programa de Re-Educação Postural e Qualidade de Vida, realizado por profissionais de Educação Física do Laboratório de Avaliação Postural da Faculdade de

Educação Física da Unicamp, que visava à promoção da saúde e da qualidade de vida através da saúde global no trabalho enfatizando o caráter contínuo da filosofia implementada e divulgada em suas políticas e diretrizes em 2001, juntamente com a Pró-Reitoria de Desenvolvimento Universitário e o Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho. Lança o Manual sobre “Ergonomia - Em direção a uma Universidade Saudável”, por entender que a questão ergonômica passou a ser uma preocupação constante das empresas, a partir do momento em que foi identificada como uma das maiores causas do absenteísmo.

As conseqüências desses afastamentos, além da geração de custos diretos e indiretos elevados têm contribuído para a queda da qualidade de vida dos trabalhadores lesionados, já que são bem conhecidos os efeitos psicológicos e sociais dos indivíduos acometidos por doenças causadas pela inadequabilidade dos postos de trabalho e dos processos produtivos, que impõem ritmos repetitivos, emprego de força, posições anti-ergonômicas, entre outros múltiplos fatores de riscos potenciais.

É importante desenvolver nos sujeitos a preocupação com um estilo de vida mais ativo como um meio valioso da melhoria dos padrões de saúde, lembrando que existem dois tipos de pessoas na terra: os que se erguem e os que se apóiam.

Podemos classificar os componentes da capacidade física em duas categorias: os relacionados com a saúde e os relacionados com as habilidades motoras. Os relacionados com a saúde se preocupam com o desenvolvimento de qualidades necessárias para um funcionamento eficiente e para a manutenção de um estilo de vida saudável, que incluem: a

composição corporal, a flexibilidade, a força muscular, a resistência cárdiorespiratória e resistência muscular.

A atividade física tem como função trabalhar o indivíduo como um todo, melhorando, assim, não só o seu comportamento físico, mas também o cognitivo e o afetivo-social.

Para Matsudo (1997) a prática da atividade física tem como objetivo:

Recuperação - que significa o favorecimento para a solução de problemas ortopédicos, cardíacos, respiratórios ou de outra ordem.

Manutenção - evitando-se a redução das condições de saúde conquistadas pelo tempo e a inatividade.

Melhorar - e sobressair um pouco mais em sua forma física e atividade escolhida e, finalmente,

Excelência - ou a busca da meta de quem quer ser expoente, nada mais do que uma procura para o máximo desempenho com o mínimo de risco de danos em qualquer um dos níveis citados.

Mas qual é a pretensão da promoção da saúde? Promoção da saúde não é só informar, mas persuadir, motivar e facilitar a ação. Assim, um indivíduo que tem um nível de sedentarismo elevado tem que ter uma motivação muito grande. Sair de casa, onde encontra total conforto, para praticar uma atividade na qual vai transpirar e vai se cansar parece sinônimo de sofrimento, mas, a vida ativa não está associada às torturas medievais, não é uma vida de negação e privação, nem de dor e sofrimento. É uma experiência agradável, uma afirmação do que podemos ser física, mental, social e espiritualmente. Ela proporciona a energia para iniciar, o

vigor para perseguir e a vitalidade para persistir, por esse motivo deve-se sempre motivar o praticante e colocar claramente os benefícios dessa atividade.

Os princípios da promoção da saúde caracterizam-se pelo envolvimento no cotidiano da população, focalizando riscos para doenças; pelas ações diretas sobre os determinantes ou causa de saúde; pela combinação dos meios de: comunicação, educação, legislação, fiscalização, mudanças organizacionais atividades locais espontâneas, pela participação efetiva e concreta da população, pela atuação sobre os fatores determinantes da saúde, não somente serviços médicos, mas através dos cuidados primários com a saúde, envolvendo profissionais de saúde em geral.

Os relacionados com a habilidade motora incluem: agilidade, coordenação, equilíbrio, potência, tempo de reação e velocidade, os quais levam a uma melhor performance em esportes e outras atividades físicas, o que nos permite afirmar, os parâmetros de habilidade motora medem a qualidade do desempenho durante a execução de uma atividade física.

O envelhecimento é inevitável, o declínio fisiológico associado à idade é atribuído às doenças e atrofias que podem ser reversíveis através da atividade física. A atividade física pode prevenir esse declínio fisiológico associado com a idade, o exercício físico regular promove um melhor funcionamento fisiológico, além de ser um estilo de vida barato e que fornece uma gama substancial de benefícios saudáveis à vida.

Pollock e Wilmore (1993) comentam que existe todo um conjunto de evidências que começa a demonstrar, sem sombra de dúvidas, que a

inatividade física e a condição cada vez mais sedentária de nossas existências representam uma séria ameaça para o nosso corpo, provocando uma séria deterioração das funções corporais normais. Problemas clínicos graves e comuns, como as coronariopatias, a hipertensão, a obesidade, a ansiedade e a depressão, além, daqueles que se relacionam com a coluna vertebral estão, direta ou indiretamente, relacionados com a ausência de atividade física.

A preocupação com o estilo de vida ativa tem afetado os mais diversos segmentos da sociedade; as pessoas que, ao decidirem se responsabilizar pela sua própria saúde, tornando-se ativas fisicamente, estarão investindo em seu pleno e completo bem-estar.

Como podemos observar, tem-se que mudar os olhares da e para a Educação Física, perceber o que realmente ela, Educação Física, e seu profissional trabalham, o que os mesmos podem proporcionar além do desenvolvimento motor.

Esse profissional tem papel fundamental na promoção da saúde, pois seu campo de estudo é muito amplo, podendo trabalhar as mais diversas dimensões da qualidade de vida, seja direta ou indiretamente. E o trabalho visa não só ao comportamento motor, com a interferência desse profissional, pois é possível desenvolver o físico que irá influenciar o emocional, melhorando e muito o estado de espírito e a maneira como o indivíduo encara a vida, aumentando o lado sócio-afetivo. Estando em contato com outras pessoas, que na maioria das vezes se inter-relacionam, como consequência irá ter mais disposição para cumprir suas tarefas

diárias, tanto em casa como no trabalho, um dos fatores essenciais para a mudança do estilo de vida e o aumento de sua qualidade.

Isso trará para os grupos populacionais: redução e controle do peso corporal; redução do estresse; redução do consumo de cigarros; redução da incidência de doenças cardíacas; redução da pressão sangüínea; manutenção das funções em sujeitos com artrites, artroses e nas doenças pulmonares crônicas; sem contarmos com os benefícios que o exercício físico traz para a parte psicológica: aumento da segurança; o sentimento de bem-estar; a redução da tensão e da ansiedade; a satisfação sexual; aumento da auto-estima e o sentimento de felicidade.

Podemos considerar que os sujeitos do universo da pesquisa conhecem, mas não têm consciência absoluta dos males que a vida moderna lhe proporciona ou acusam algum tipo desconforto físico, alegando determinado desconforto físico na região cervical, na região lombo-sacral, na região dos glúteos e na parte superior e inferior do corpo.

Conhecem, mas não têm consciência a respeito do que significa atividade física e de seus benefícios em contraposição aos males da vida moderna, relatam a necessidade da atividade física para se preservar a saúde.

Relatam a existência de doenças: orgânicas, distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho, doenças comportamentais e desvios posturais. Alegam, também, que sentem vertigem quando estão digitando, que a vida está muito corrida, que sentem angústia, excessivo nervosismo, que a presença de fumantes na sala prejudica a respiração; que o barulho excessivo atrapalha e que provoca queda de cabelo, que sentem

estresse, que se encontram em tratamento para a queda de cabelo em função do estresse, sentem-se atontalhado e com a visão turva, ficam impacientes e tem problemas com o sono.

Essas pessoas consomem uma quantidade e variedade de medicação a fim de combater esses males. Têm a liberdade de poder participar de um programa de atividade física orientada e indicada para se contrapor aos males da vida moderna, sendo que o programa de atividades foi oferecido durante seu horário de trabalho e no próprio local de trabalho. Mas, sabemos que ajudar as pessoas a se tornarem ativas não é uma tarefa fácil, pois exige compreensão sobre motivação e o processo de envolvimento com o exercício.

A Unicamp, em 2001, através do “Programa em direção a uma Universidade Saudável”, apresenta sua preocupação com a saúde de seus trabalhadores em função do absenteísmo, da geração de custos diretos e indiretos elevados e da queda da qualidade de vida dos trabalhadores e os efeitos psicológicos e sociais causados pelas doenças ocupacionais.

Mas, mesmo assim, podemos considerar os sujeitos do universo pesquisado como: vítimas de um processo coletivo da nossa sociedade, onde o desenvolvimento, o progresso, a urbanização, as evoluções industriais e tecnológicas, provocaram um estilo de vida sedentário o que acabou aumentando os fatores de risco à saúde resultando numa vida inadequada e com fatores prejudiciais à saúde, não aderem e não participam do programa oferecido, utilizando para tanto de justificativas das mais diversas, para as quais não encontramos significados reais, sendo que algumas até se repetem: horário incompatível; período de férias;

acomodação; falta de motivação e incentivo, outras respostas apontam, não gostar desse tipo de atividades; esse tipo de exercício não combina e assim por diante.

Bem-estar está intimamente relacionado com a imagem corporal. Boa saúde favorece o bem-estar global do indivíduo. O corpo doente ou os órgãos em mau estado de funcionamento afetam, inevitavelmente, o bem-estar psicológico, emocional e espiritual.

Sabemos que o exercício é um processo comportamental muito complexo e que envolve:

Adotar o programa de exercício - a adoção está condicionada a respeito dos benefícios à saúde, sendo que a motivação provavelmente esteja condicionada aos sentimentos de bem-estar e prazer.

Manter o programa de exercício - durante a manutenção, o indivíduo se mostra auto-motivado, estabelecendo suas próprias metas e não percebendo o desconforto e a inconveniência do exercício, pois o sentimento de relaxamento, a redução da ansiedade, a elevação do humor influenciam o envolvimento contínuo.

Pode ocorrer, no entanto, o desligamento do programa de exercício, cujas razões mais comuns são: falta de motivação e/ou de tempo, inconveniência, problemas médicos e viagens. O desligamento ocorre normalmente entre os indivíduos que têm um histórico de inatividade física, de níveis baixos de capacidade física e motora, de tolerância ao exercício, de administração de tempo e do estabelecimento de metas próprias.

Algumas respostas dadas no decorrer da pesquisa (falta de tempo e falta de organização, serviço muito intenso, muito trabalho, acomodação, não atenderam minha expectativa, não me senti á vontade, entre outras), quando da investigação sobre a participação esporádica e a não-participação no programa oferecido nos faz refletir sobre todo o contexto do programa e sua forma de aplicação.

O programa foi criado com o objetivo de atingir a saúde e qualidade de vida deste trabalhador, consideramos que SAÚDE é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, a qual proporcionará uma nova e melhor qualidade de vida.

É necessário repensar a estratégias, rediscutir o programa amplamente com os funcionários e a partir daí reorganizá-lo, conforme a expectativa dos mesmos.

Os programas que são agradáveis e que propiciam uma sensação de alcance e satisfação, são os mais propensos a encorajar a adesão.

**Para se atingir milhares de quilômetros
devemos começar com um único
e primeiro passo.**

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Temo o homem de um livro só.
Santo Agostinho s/d.

AMERICAN, College Science Medicine. Programa de condicionamento físico da ACSM. 2ª Ed. São Paulo: Manole, 1999.

ANDERSON, B. Alongue-se. São Paulo: Summus, 1983.

BANKOFF, A. D. P. Obesidade, magreza e estética. In: MOREIRA, W. W.; SIMÕES, R. Esporte como fator de qualidade de vida. Piracicaba: Ed. da Unimep, 2002.

BAUER, R. et al. Ginástica, jogos e esportes para idosos. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico, 1993.

BARBOSA, J. A. S. O lazer como elemento construtivo no modus vivendi do homem de nossos dias. 1992. 82 pág. Dissertação (Mestrado em Educação), Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba.

BARDIN, L. Análise de conteúdo, Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Desportos Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Doenças crônicas não transmissíveis. Programa de Educação e Saúde através do Exercício Físico e do Esporte - MEC:MS, Atividade física e saúde: Brasília, 1993. (a)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Doenças crônicas não transmissíveis. Orientações básicas para o diabético: Brasília, 1993. (b)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. Doenças cardiovasculares no Brasil: Brasília, 1993. (c)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Controle da hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino serviço: Rio de Janeiro, 1993. (d)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes: Brasília, 2001. (a)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas da Saúde. O que é promoção da saúde: Brasília, 2001. (b)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas da Saúde. O que é agita Brasil: Brasília, 2001. (c)

_____. Ministério da Saúde. Comitê Técnico Científico. CTC de Assessoramento às Ações de Atividade Física e Saúde. Programa de educação e saúde através do exercício físico e do esporte: Brasília, 2002.

BETTI, M. Educação Física e sociedade. São Paulo: Movimento, 1991.

BODACHNE, L. Como envelhecer com saúde. Curitiba: Universitária Champagnat, 1996.

BORDA, O. F. El problema de como investigar la realidade para transformala por práxis. Bogotá: Tercero Mundo, 1990.

CAPRA, F. O ponto de mutação: a ciência a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 1993.

CARVALHO, T. de. Dados epidemiológicos sobre doenças crônicas não transmissíveis e gastos com a saúde. Orientações básicas sobre atividade física para usuários. Brasília: MEC:MS, 1995.

CASPERSEN, C. J. et al. Physical activity, exercise and physical exercise: definitions and distinctions for health related research. Public Health Reports, Indianápolis: vol. 100, nº 2, pág, 126-130, 1985.

CASTELLANI FILHO, L. Educação Física no Brasil: a história que não se conta. 3ª Ed. Campinas: Papirus, 3ª Ed., 1991.

CAVALCANTI, K. B. Esporte para todos. São Paulo: IBRASA, 1984.

CELAFISCS. Agita São Paulo. São Caetano do Sul, 1997.

_____. Agita São Paulo. São Caetano do Sul, 1999.

_____. Agita américa. São Caetano do Sul, 2002.

_____. Agita mundo: move for health, São Caetano do Sul, 2002. (a)

_____. Sem fronteiras para agitar: no frontiers to agitate. São Caetano do Sul, 2002. (b)

_____. Dia Mundial da Saúde: world health day. São Caetano do Sul, 2002. (c)

COSTA, L. P. da. Educação Física e esportes não formais. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico, 1989.

FERRAREZE, M de S. A influência da atividade física na melhoria de qualidade de vida do homem. 1997. pág 183 - Tese (Doutorado em Educação Física), Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

FERREIRA, A. B. de H. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FINKLER, P. Qualidade de vida e plenitude humana: Petrópolis: Vozes, 1994.

FLORINDO, A. A.; ARAUJO, A. S. O papel do profissional de Educação Física na saúde pública. In: Congresso Internacional Unicastelo, 4., 1997. São Paulo. Qualidade de vida, São Paulo, 1997.

FONTANELLA, F. C. O corpo no limiar da subjetividade. Piracicaba: Ed. da Unimep, 1995.

FORANTINI, O. P. Ecologia, epidemiologia e sociedade. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

FOX, E. L. et al. Bases fisiológicas da Educação Física e dos desportos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 4ª Ed. 1991.

GUEDES, D. P. Composição corporal. 2ª Ed. Londrina: APEF, 1995.

GUEDES, D. P.; GUEDES, J. E. R. P. Controle do peso corporal. Londrina: Midiograf, 1998.

GHIRALDELLI, JR. P. Educação Física progressista. São Paulo: Loyola, 1988.

GRIFI, G. História da Educação Física e dos esportes. Porto Alegre: D.C. Luzzatto, 1989.

HAYFLICK, L. Como e porque envelhecemos. Rio de Janeiro: Campus, 1996.

IBGE. Censo demográfico. Brasília, 1999.

KALACHE, A. In: MANIDI, M. J. Atividade Física para adultos com mais de 55 anos. São Paulo: Manole: 2001.

LANE, J. M. Osteoporosis: Medical prevention and treatment. Journal American Academy of Orthopaedic Surgeons. Washington: vol. 22, supl. 24, pág. 98-105, 1997.

_____.; NYDICK, M.: Osteoporosis: Current modes of prevention and treatment. Journal American Academy of Orthopaedic Surgeons. Washington: vol. 7, pág. 114-121, 1999.

LAKATOS, E. M. et al. Técnicas de pesquisa. 2ª Ed. São Paulo: Atlas, 1996.

LEITE, P. F. Aptidão física esporte e saúde. São Paulo: Robe, 1999.

LENEA, G. Ensaio à liberdade. Porto Alegre: D. C. Luzzatto, 1985.

LISTELLO, A. Educação pelas atividades físicas, esportivas e de lazer. São Paulo: EPU: EDUSP, 1979.

LOTUFO, J. Ginástica e saúde para todos. São Paulo: Cia Brasil, 1948.

MANIDI, M. J.; et al. Atividade física para adultos com mais de 55 anos. São Paulo: Manole, 2001.

MARINHO, I.P. História geral da Educação Física. São Paulo: Cia. Brasil, s/d. (a)

_____. História da Educação Física no Brasil. São Paulo: Cia Brasil, s/d. (b)

MATSUDO, S. M. M. Avaliação do idoso: física & funcional. Londrina: Midiograf, 2000.

MATSUDO, V. K. R. Programa educação mais saúde: não existe melhor remédio. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado São Paulo, 1997.

McMAHON, M. & PALMER, R. Hipertensão e exercício. Simpósio sobre aspectos médicos do exercício. Clínicas médicas da América do Norte. New York: vol. 1, pág. 316-318, 1985.

MELO, J. M. S. Dicionário de Especialidades Farmacêuticas. 28ª Ed. São Paulo: Publicações Científicas Ltda, 1999.

MOREIRA, W. W, (Org.). Educação Física e esportes: perspectivas para o século XXI. Campinas: Papirus, 1992.

_____, W. W, (Org.). Qualidade de Vida: complexidade e educação. Campinas: Papirus, 2001.

NAHAS, M. V.; CORBIN, C. B. Educação para a aptidão física e saúde: justificativa e sugestões para implementação nos programas de Educação Física. Revista Brasileira de Ciência e Movimento. nº 8. 1992.

_____. Obesidade, controle de peso e atividade física. Londrina: Midiograf, 1999.

_____. Atividade física, saúde e qualidade de vida. Londrina: Midiograf, 2001.

NEGRÃO, C. E. et al. Exercício físico e hipertensão arterial. Hiperativo, Sociedade Brasileira de Cardiologia. São Paulo: vol 1, nº 1, 1994.

NERI, A. L. (Org.). Qualidade de vida e idade madura. Campinas: Papirus, 1993.

NIEMAN, D. C. Exercício e saúde. São Paulo: Manole Ltda., 1999.

OMS. Carta de Ottawa para promoción de la salud. Una conferencia internacional sobre promoción de la salud, hacia um nuevo concepto de la salud pública. Ottawa: 1986.

OPAS ; OMS. Implementacion de la estrategia de promocion de la salud en la Organización Panamericana de la Salud: programa de promoción de la salud. Washington: 1992.

PAFFENBARGER, R. S. et al. Work energy level, personal characteristics, an fatal heart attack. American Journal Epidemiol, New York: vol 105, pag. 200-213, 1977.

PAZ, C.R.L. Educação Física e recreação para a terceira idade. Porto Alegre: Sagra 1990.

PIRES, W. R. Qualidade de Vida. 3ª Ed. Campinas: Komedi, 1997.

POLLOCK, M. L; WILMORE, J. H. Exercícios na Saúde e na Doença. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1993.

POWERS, S. K. & HOWLEY, E. T. Fisiologia do Exercício. 3ª Ed. São Paulo: Manole, 1998.

RAMOS, J.J. Os Exercícios físicos na história e na arte. São Paulo: Ibrasa, 1984.

RAUCHBACH, R. A atividade física para a 3ª idade. Curitiba: Lovise, 1990.

SALLIS, I. F. et al. Predictors of adaptation and maintenance of vigorous physical avtivity in men and women. Prev. Med. Indianápolis: vol. 21, nº 2, 1992.

SANTAREM, J. M. Exercícios resistidos: saúde e qualidade de vida. São Paulo: 1997.

SBDEF. Sociedade Brasileira para o Desenvolvimento da Educação Física, Pesquisa e Produção do Conhecimento em Educação Física, Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico, 1992.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. Obesidade infantil. Revista brasileira de pediatria, São Paulo: vol. 56, pág. 67-74, São Paulo, 2000.

SBH. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Hipertensão Arterial. Revista brasileira da SBH, São Paulo: vol. 65, pág. 89-94, São Paulo, 2002.

SEIXAS, A. M. Análise da prescrição de atividade física realizada por médicos ortopedistas. Anais do XXIII Simpósio Internacional de Ciência do Esporte, 2000.

SHARKEY, B. J. Condicionamento físico e saúde. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1998.

SILVA, G. L. Propensão da hipertensão arterial em pessoas da raça negra e o papel das atividades físicas. Sergipe: Monografia (graduação em Educação Física): Departamento de Educação Física, Universidade Federal de Sergipe, 1995.

SIMÕES, R. Corporeidade e Terceira idade. Piracicaba: Ed. da Unimep, 1994.

SHOJI, V. M.; FORJAZ, C. L. de M. Treinamento físico na hipertensão. Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo: vol. 10, nº 6, pág. 7-12, São Paulo, 2000.

TAFFAREL, C. N. Z. Criatividade nas aulas de Educação Física. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico, 1986.

TUBINO, M. J. G. et al. Homo sportivus. Rio de Janeiro: Palestra, vol 3, 1985.

_____. In Fenômeno Esportivo no Início de um Novo Milênio. Piracicaba: Ed. da Unimep, 2000.

UNIMED - A medicina preventiva. Qualidade de vida; OSTEOPOROSE, 1996.

UNICAMP - Manual sobre ergonomia. Em direção a uma Universidade Saudável, Oficinas Gráficas da Unicamp, Campinas: 2001.

WAIB, H.; BURINI, R. C. Efeitos do condicionamento físico aeróbico no controle da pressão arterial. Arquivo Brasileiro de Cardiologia. vol 64. 1995.

WEINECK, J. Biologia do esporte. São Paulo: Manole, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. A Discussion on the concept and principles of health promotion. Health Promotion. vol. 1, 1986.

ZAMAI, C.A. Atividade física e saúde: análise do conhecimento de professores do Estado de São Paulo através da educação a distância. Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação Física – Unicamp, 2000 (Dissertação de mestrado).

Anexos

09 tempo de trabalho

1. menos de 01 ano ()
2. de 01 a 03 anos ()
3. de 04 a 06 anos ()
4. de 07 a 09 anos ()
5. de 10 a 12 anos ()
6. mais de 12 anos ()

10 jornada diária de trabalho

1. 06 horas ()
2. 08 horas ()
3. 10 horas ()

11 jornada semanal de trabalho

1. 5 dias ()
2. mais que 5 dias ()

12 horário do início da jornada

1. 06:00 ()
2. 07:00 ()
3. 08:00 ()
4. 09:00 ()
5. 10:00 ()

13 horário do almoço

1. 11:00 /12:00 ()
2. 12:00 /13:00 ()
3. 13:00/14:00 ()

14 trabalha predominantemente

1. em pé ()
2. sentada(o) ()

15 trabalha quantas horas nessa posição

1. 06 horas ()
2. 07 horas ()
3. 08 horas ()
4. 09:00 horas ()
5. 10:00 horas ()

16 sente algum desconforto físico

1. sim ()
2. não ()

- 17 em qual região do corpo
1. região cervical ()
 2. ombros ()
 3. membros superiores ()
 4. costas ()
 5. glúteos ()
 6. membros inferiores ()
- 18 considera as condições de trabalho
1. adequadas ()
 2. não adequadas ()
- 19 pratica alguma atividade física
1. sim ()
 2. não ()
- 20 qual tipo de atividade física
1. caminhada ()
 2. esportes ()
 3. ginástica ()
 4. exercícios indicados ()
- 21 pratica quantas vezes por semana
5. 1 vez ()
 6. 2 a 3 vezes ()
 7. 2 a 4 vezes ()
 8. 2 a 5 vezes ()
- 22 local da prática da atividade
1. academia ()
 2. casa ()
 3. clube ()
 4. unicamp ()
- 23 duração da atividade
1. menos de 1 hora ()
 2. de 1 a 2 horas ()
 3. mais de 2 horas ()
- 24 há quanto tempo pratica
1. menos de 6 meses ()
 2. de 6 a 12 meses ()
 3. mais de 12 meses ()

- 25 ingere bebida alcoólica
1. sim ()
 2. não ()
- 26 tem o hábito de fumar
1. sim ()
 2. não ()
- 27 quantos cigarros por dia
1. menos de 5 ()
 2. de 6 a 10 ()
 3. de 11 a 20 ()
 4. mais de 20 ()
- 28 média diária de horas de sono
1. menos de 5 horas ()
 2. de 5 a 6 horas ()
 3. de 7 a 8 horas ()
 4. mais de 8 horas ()
- 29 freqüenta o CECOM
1. sim ()
 2. não ()
- 30 com qual freqüência
1. raramente ()
 2. menos de 1 vez/mês ()
 3. mais de 1 vez/mês ()
- 31 é portador de alguma doença
1. sim ()
 2. não ()
- 32 qual tipo de doença
.....
- 33 consome algum medicamento
1. sim ()
 2. não ()
- 34 que tipo de medicamento
.....

**Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Educação Física
Laboratório de Avaliação Postural
Prof.a. Dr.a. ANTONIA DALLA PRIA BANKOFF
Programa de Atividade Física e Saúde**

2ª Fase

**Protocolo para caracterização do participante da Diretoria Geral Administrativa -
(sobre o porque da não aderência ao Programa)
questões abertas**

Questão 01

O que você entende sobre atividade física:

Questão 02

Sua participação no Programa oferecido pela Faculdade de Educação Física foi:

Questão 03

Pratica algum tipo de atividade física ou esporte alem do oferecido pelo Programa: