UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA

EDUARDO DA SILVA RIBEIRO

APTIDÃO FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA ESPORTIVO DE INCLUSÃO SOCIAL

Campinas
2010

EDUARDO DA SILVA RIBEIRO

APTIDÃO FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA ESPORTIVO DE INCLUSÃO SOCIAL

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) apresentado à Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Bacharel em Educação Física.

Orientador: Estela Marina Alves Boccaletto
Co-Orientador: Roberto Vilarta

Campinas
2010

EDUARDO DA SILVA RIBEIRO

APTIDÃO FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA ESPORTIVO DE INCLUSÃO SOCIAL

Este exemplar corresponde à redação final do Trabalho de Conclusão de Curso Graduação defendido por Eduardo da Silva Ribeiro e aprovado pela Comissão julgadora em: 30/11/2010

Estela Marina Alves Boccaletto
Orientadora

Dênis Marcelo Modeneze
banca

Jaqueline Girnos Sonati
banca

Campinas
2010

Dedicatória

Aos meus pais
Wilson Roberto Ribeiro e Seila Maria da Silva Ribeiro,
de quem recebi a vida,
os quais revestiram a minha existência de
amor, carinho e dedicação.
Obrigado
pelo sonho que realizo,
e, sobretudo,
pela lição de amor
que me ensinaram
durante toda a vida;

A minha namorada Aline Coppede,
que sempre esteve ao meu lado
Apoiando-me, motivando-me,
e proporcionando força em meus momentos de fraqueza,
e compreendendo minhas horas de ausência.

Aos meus irmãos e amigos,
Que me ensinaram outra perspectiva do mundo e seus valores.

E agradeço também ao grande Mestre,
Meu Deus,
Quem sem sua proteção eu nada realizaria.

Agradecimentos

Minha gratidão a todos que direta ou indiretamente, proporcionaram valiosas contribuições para que este trabalho fosse concluído:

A minha orientadora Estela Marina Alves Boccaletto, pelas sugestões, críticas, compreensão e disponibilidade, acrescentando sabedoria e responsabilidade, e acima de tudo, por exemplificar que orientação é uma arte, e que a humildade, paciência e a perseverança não são qualidades, mas sim "obrigações" de todo e qualquer pesquisador.

Ao meu co-orientador Roberto Vilarta, pela oportunidade e credibilidade, por demonstrar que para realizar um trabalho competente há necessidade de dedicação e perseverança.

Ao Prof. Dr. João Bastista Andreotti Gomes Tojal, que possibilitou a realização da pesquisa de campo.

Aos educadores físicos Cláudio Arantes – Supervisor do Núcleo Vila 31 de Março e Ivan Bonfante – Coordenador de Esportes da Praça 31 de Março, que me apoiaram e ajudaram na divulgação do trabalho, organização das coletas e dos dados.

A SEAC - Sociedade Esporte Abraça Campinas, que deu credibilidade no trabalho proposto.

Aos escolares voluntários nesta pesquisa, pela enorme contribuição prestada, sem a qual sua realização não seria possível.

Muito Obrigado !!!!!!!!!!!!!!!!

RIBEIRO, Eduardo. **APTIDÃO FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA ESPORTIVO DE INCLUSÃO SOCIAL** 2010. 56f. Trabalho de Conclusão de Curso Graduação - Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

RESUMO

Em vista ao aumento da prevalência de obesidade e sedentarismo entre os escolares, a realização de programas de inclusão e democratização do acesso às práticas esportivas, podem proporcionar uma melhora da aptidão física relacionada com a saúde e a qualidade de vida de seus praticantes. Esse estudo teve por objetivo descrever a aptidão física e a qualidade de vida de 45 escolares de 7 a 10 anos, de ambos os sexos, participantes das atividades desenvolvidas pelo SEAC/Programa Segundo Tempo no município de Campinas (SP). É um estudo de delineamento transversal de natureza descritiva. Foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos pais ou responsáveis das crianças que foram avaliadas, garantindo-se o direito das mesmas em optarem pela não participação. A coleta foi realizada pelo pesquisador e dois professores de educação física. Os voluntários realizaram as medidas antropométricas (massa corporal e estatura), e os testes de aptidão física: sentar-e-alcançar (indicador de flexibilidade), abdominal modificado em um minuto (indicador de força e resistência abdominal) e corrida/caminhada de 9 min (indicador de resistência cardiorrespiratória). Os critérios utilizados para avaliação da aptidão física relacionada à saúde foram os estabelecidos pela *American Alliance for Health, Physical Education and Recreation* - AAPHERD (1988). A qualidade de vida foi avaliada através do questionário AUQEI e a classificação foi feita através do escore total apresentado por Assunpção et al (2000). Para a construção do banco de dados foi utilizado o software Microsoft Excel pertencente ao pacote Microsoft Office versão 2007. As crianças que participam do programa, sendo estas consideradas ativas, apresentaram níveis de aptidão física relacionada com a saúde e qualidade de vida insatisfatórios, não atendendo os critérios utilizados para avaliação e análise dos dados. Este estudo teve ainda por objetivo, confirmar e propor a inserção de crianças que se encontrem na faixa etária entre 7 a 10 anos de idade nas diferentes atividades físicas e esportivas que possam proporcionar a necessária melhoria da qualidade da aptidão física relacionada às questões de saúde e o desenvolvimento de cultura para a adoção de estilo de vida ativa.

Palavras-Chaves: Aptidão Física, Qualidade de Vida e Inclusão Esportiva.

RIBEIRO, Eduardo. **PHYSICAL FITNESS AND QUALITY OF LIFE OF CHILDREN PARTICIPANTS OF A SPORTING SOCIAL INCLUSION** 2010. 56f. Trabalho de Conclusão de Curso Graduação - Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

ABSTRACT

Given the increasing prevalence of obesity and inactivity among students, the programs of inclusion and democratization of access to sports, can provide an improvement in physical fitness and health-related quality of life of its practitioners. This study aimed to describe the physical fitness and quality of life of 45 students aged 7 to 10 years, of both sexes, participants of the activities undertaken by SEAC / Half-Time Program in Campinas (SP). It is a cross-sectional study of descriptive nature. Was asked to signing the consent form to parents or guardians of children who were evaluated, ensuring the right of them opt out of participation. The collection was made by the researcher and two physical education teachers. The volunteers performed the anthropometric measurements (weight and height), and physical fitness tests: sit-and-reach (flexibility index), abdominal changed in a minute (an indicator of abdominal strength and endurance) and run / walk 9 min (an indicator of cardiorespiratory endurance). The criteria used for evaluation of physical fitness and health were established by the American Alliance for Health, Physical Education and Recreation - AAPHERD (1988). Quality of life was assessed by questionnaire AUQEI and classification was performed using the total score made by Assunpção et al (2000). To construct the database was used Microsoft Excel software package belonging to Microsoft Office 2007 version. Children and youth who participate in the program, which are considered active, had higher levels of physical fitness and health-related quality of life poor, not meeting the criteria for evaluation and data analysis. This study also aimed to confirm and to propose the inclusion of children who are aged between 70-10 years of age in different physical activities and sports that can provide the necessary improvement in the quality of fitness related to health issues and development of culture for the adoption of active lifestyles.

Keywords: Physical Fitness, Quality of Life and Inclusion Sports

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	**Protocolo geral das medidas antropométricas realizadas na coleta de dados.**	**27**
Figura 2 -	**Teste de sentar-alcançar.**	**29**
Figura 3 -	**Teste de resistência/força abdominal modificado.**	**29**

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	**Características dos participantes do SEAC/Programa Segundo Tempo, Campinas, 2010.**	**25**
Tabela 2 -	**Pontos de corte relacionados aos indicadores de desempenho motor associados à aptidão física relacionada à saúde – Proposta Physical Best.**	**30**
Tabela 3 -	**Média e Desvio Padrão das variáveis: massa corporal (kg), estatura (cm) e IMC (kg/m2), por categorias de sexo e idade, dos participantes do SEAC/Programa Segundo Tempo no município de Campinas, 2010.**	**31**
Tabela 4 -	**Média e Desvio Padrão dos resultados dos testes de aptidão física por idade e sexo dos participantes do SEAC/Programa Segundo Tempo no município de Campinas, 2010.**	**32**
Tabela 5 -	**Escores da AUQEI dos participantes do SEAC/Programa Segundo Tempo no município de Campinas, 2010.**	**33**
Tabela 6 -	**Média e Desvio padrão da amostra obtido na AUQEI segundo a faixa etária dos meninos e meninas participantes do SEAC/Programa Segundo Tempo no município de Campinas, 2010.**	**33**
Tabela 7 -	**Média, Desvio Padrão, Valor Maximo e Mínimo quanto ao gênero dos participantes do SEAC/Programa Segundo Tempo no município de Campinas, 2010.**	**34**

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAHPERD	**Americam Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance**
ACSM	**American College of Sports Medicine**
AF	**Atividade física**
AFRS	**Aptidão física relacionada à saúde**
ApF	**Aptidão Física**
AUQEI	**Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Image**
EQV	**Escala de Qualidade de Vida**
FEF	**Faculdade de Educação Física**
IMC	**Índice de Massa Corporal**
QV	**Qualidade de Vida**
SEAC	**Associação Esporte Abraça Campinas**
UNICAMP	**Universidade Estadual de Campinas**
WHOQOL	**World Health Organization Quality of Life**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 13

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA..... 16

2.1 Aptidão física relacionada à saúde (AFRS)..... 16

2.2 Desempenho motor..... 19

2.3 Qualidade de Vida..... 21

2.3.1 Qualidade de vida das crianças e aptidão física..... 22

3 OBJETIVO GERAL..... 23

3.1 Objetivos Específicos..... 24

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS..... 24

4.1 Caracterização da Pesquisa..... 24

4.2 Características da População..... 24

4.3 Seleção e descrição da amostra..... 25

4.4 Aspectos éticos..... 25

4.5 Características da Coleta de Dados..... 26

4.6 Materiais e métodos..... 27

4.6.1 Antropometria..... 27

4.6.2 Qualidade de Vida..... 27

4.6.3 Testes Motores..... 28

4.7. Análise dos dados..... 30

RESULTADOS..... 31

DISCUSSÃO..... 35

CONCLUSÃO..... 40

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 42

ANEXOS..... 48

Termo de Compromisso..... 49

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... 50

Ficha de Avaliação..... 52

Escala de Avaliação da Qualidade de Vida – AUQUEI..... 53

Ficha de Avaliação do Testes Motores..... 55

Autorização..... 56

1 INTRODUÇÃO

Durante as últimas duas décadas, com os avanços científicos e tecnológicos, vários pesquisadores observaram uma queda significativa nos níveis de atividade física cotidiana da população em geral, sobretudo de crianças, adolescentes e adultos jovens (BAR-OR, 1993; DIETZ, 1994; GUEDES e GUEDES, 1995; PATE, 1985; SHEPHARD, 1995).

Com a urbanização acelerada, maior disponibilidade de alimentos industrializados e avanços tecnológicos observados a partir do final do século XIX, ocorre redução nos níveis de atividade física cotidiana, prejudicando as condições e estilos de vida, afetando a saúde das populações mais jovens apresentando reflexos na fase adulta, proporcionando desequilíbrios nutricionais e baixos níveis de atividade física (WHO, 1999; OLIVEIRA e ESCRIVÃO, 2001).

Nesse sentido, alguns estudos têm indicado que tanto as crianças quanto os jovens atualmente apresentam interesse crescente por diversões e brincadeiras passivas, um comportamento que pode resultar em uma geração de sedentários, que passam horas em frente da televisão ou computador, diminuindo acentuadamente o gasto energético diário. Esse fato pode favorecer o aumento da prevalência de obesidade, a diminuição da massa corporal magra e das capacidades motoras em idades cada vez mais precoces (BERKEY et al, 2000; SALBE e RAVUSSIN, 2002).

A redução dos níveis de atividade física diária em crianças e adolescentes está relacionada às modificações do metabolismo lipídico, à redução da força, resistência muscular e cardiovascular, além de estar associada a fatores de risco à saúde como a obesidade (BOREHAM e RIDDOCH, 2001; GUTIN e BARBEAU, 2002).

O sobrepeso e a obesidade, apesar da maior prevalência observada nos países desenvolvidos, também se apresenta de forma preocupante nos países em desenvolvimento, principalmente nas regiões economicamente mais privilegiadas, como as regiões sul e sudeste do Brasil e em municípios do interior paulista (OLIVEIRA e ESCRIVÃO, 2001; SARNI, 2001; ANJOS et al, 2003; BOCCALETTO, 2005).

No Brasil, as doenças hipocinéticas representam a primeira causa de morte na população adulta, superando com larga vantagem as doenças infecto-contagiosas (GUEDES e BARBANTI, 1995). Armstrong et al (1990) e Summerfield (1998) acreditam que muitas dessas disfunções que apresentam estreita relação com a inatividade física têm sua origem na infância ou na adolescência e, desse modo, merecem ser prevenidas ou combatidas por ações de caráter intervencionista, sobretudo no ambiente escolar. Deste modo, tem crescido o interesse de pesquisadores em investigar o comportamento dos parâmetros de crescimento físico, níveis de desempenho motor e os indicadores antropométricos de crianças e adolescentes, uma vez que essas variáveis podem representar um importante papel nos níveis de saúde de populações jovens (GLANER, 2002; GONÇALVES, 2001; RONQUE, 2000).

Monitorar o crescimento físico e os níveis de aptidão física relacionada à saúde em crianças parece ser uma estratégia interessante, particularmente para a prevenção de doenças de caráter hipocinético, além de proporcionar importantes informações para o desenvolvimento das capacidades motoras envolvidas nas diversas modalidades esportivas, favorecendo a conservação e melhora da capacidade funcional refletindo nas condições de saúde e qualidade de vida da população (GUEDES e BARBANTI, 1995).

Os indicadores usados com mais frequência no processo de acompanhamento do desenvolvimento infantil, principalmente no ensino fundamental, que abrange a faixa etária dos 7 aos 14 anos, são o crescimento físico, o estado nutricional e a aptidão física.

Essas informações podem subsidiar ações de intervenção visando à melhoria da qualidade de vida das futuras gerações. Nesse sentido, o papel do professor de Educação Física pode ser fundamental para a disseminação dos conhecimentos sobre a importância da atividade física para a promoção da saúde (NAHAS et al, 1995), já que um maior nível de atividade física em crianças e adolescentes é um fator que contribui para melhorar o perfil lipídico e metabólico e reduz a prevalência de obesidade. É provável que uma criança fisicamente ativa se torne um adulto também ativo. Do ponto de vista da saúde pública e medicina preventiva, promover a prática da atividade física na infância e na adolescência significa estabelecer uma base sólida para a redução da

prevalência do sedentarismo na idade adulta e contribuir com a melhora da qualidade de vida (LAZOLLI et al, 1998)**.**

Portanto é de suma importância criar o hábito de vida ativa na infância e na adolescência, com intuito de minimizar a incidência de obesidade e doenças cardiovasculares na idade adulta. A atividade física pode exercer outros efeitos benéficos a longo prazo, como aqueles relacionados ao aparelho locomotor. A atividade física intensa, principalmente quando envolve impacto, favorece um aumento da massa óssea na adolescência e poderá reduzir o risco de aparecimento de osteoporose em idades mais avançadas, principalmente em mulheres pós-menopausa. Então é de grande valia priorizar a inclusão da atividade física no cotidiano, valorizar a educação física escolar e as atividades extracurriculares que estimule uma vida mais ativa, de forma agradável e prazerosa, integrando as crianças e não discriminando os menos aptos (LAZOLLI et al, 1998).

Pensando em alguns fatores de risco citados acima, como a obesidade, doenças cardiovasculares e osteoporose, a Secretaria Nacional de Esporte Educacional do Ministério do Esporte criou um programa chamado Segundo Tempo, com intuito de promover a prática de atividades física, e possivelmente minimizar ou até mesmo sanar essas ocorrências.

"A Associação Esporte Abraça Campinas – SEAC, fundada em 07 de julho de 2005, é uma Organização da Sociedade Civil de interesse Público, por se tratar de entidade dedicada à promoção da Educação, da Saúde, da Ética, da Paz, da Cidadania, dos Direitos Humanos, da Democracia, do Voluntariado, da Cultura Social e Esportiva no seio da comunidade Campineira.

Tem como objetivos: congregar todas as pessoas físicas ou jurídicas, interessadas em contribuir e auxiliar no desenvolvimento do Esporte Comunitário e Competitivo da Cidade de Campinas; promover o interesse e desenvolvimento da Cultura Social e do Esporte no seio da comunidade campineira; manter estreito relacionamento com os poderes públicos, constituídos com a sociedade empresarial, comercial e profissional liberal da cidade e outros segmentos, no sentido de colaborar com o desenvolvimento técnico científico, intelectual, esportivo, social e de preparação de profissionais para atuarem com as atividades físicas e desportivas, visando o

aprimoramento do desenvolvimento dessa área em todas as camadas socioeconômicas e físicas da população.

Visa manter também relacionamento com as universidades, empresas, centros esportivos e outros órgãos, para obtenção de recursos, assistência técnica, parcerias, patrocínios; manter a promoção da ética, da paz, da cidadania, dos direitos humanos na busca do desenvolvimento de todos os membros da sociedade campineira, objetivando a diminuição da violência e o despertar da responsabilidade social e da cidadania; celebrar contratos, convênios, termos de parceria, e quaisquer outras formas de obrigar ou manifestar vontade, com pessoas físicas ou jurídicas que se relacionem com os objetivos da associação"

Em vista ao aumento da prevalência de obesidade e sedentarismo entre as crianças, inclusive os de baixo poder aquisitivo, a realização de programas de inclusão e democratização do acesso às práticas esportivas podem proporcionar uma melhora da aptidão física relacionada com a saúde e a qualidade de vida de seus praticantes. Assim, este trabalho se justifica na medida em que descrevendo as condições de aptidão física relacionada com a saúde e qualidade de vida de crianças participantes do Programa Segundo Tempo no município de Campinas (SP), colabora-se com a construção do conhecimento na área da educação física e com a elaboração e avaliação das políticas públicas direcionadas ao esporte e lazer.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Aptidão física relacionada à saúde (AFRS)

O estudo da AFRS tem despertado grande interesse em inúmeros pesquisadores de diferentes países, tanto em populações adultas como em crianças e adolescentes. Isso é plenamente justificável, uma vez que a sociedade moderna tem tido suas atividades diárias facilitadas pelo avanço científico-tecnológico, o que tem acarretado diminuição acentuada da participação motora em muitas dessas tarefas. Esse

fato tem gerado uma mudança de paradigma, a qual está relacionada com a redução das doenças de caráter infecto-contagiosa e o crescimento das doenças crônicas não transmissíveis de caráter hipocinético tais como arteriosclerose, hipertensão arterial, diabetes mellito tipo II, obesidade, câncer, osteoporose entre tantas outras (PATE, 1985; FREITAS JR., 1995; GUEDES e GUEDES, 1995; SHARKEY, 1998; GLANER, 2002).

Evidências científicas apontam que o baixo nível de aptidão física está associado à maior risco de desenvolver doenças cardiovasculares e de mortalidade por todas as causas, tanto em homens quanto em mulheres (BLAIR, 1989; ERIKSSEN, 2001). Estudos epidemiológicos sugerem que a prática regular de atividade física na infância e na adolescência traz diversos benefícios para a saúde, seja pela sua influência direta sobre a prevenção de morbidades na própria infância e adolescência, seja pela sua influência no nível de atividade física na vida adulta (GORDON-LARSEN et al, 2004; TWISK, 2001).

Uma das contribuições mais valiosas sobre esse assunto foi o estudo longitudinal desenvolvido por Paffenbarger et al (1993), que verifica a prática de atividade física moderadamente ($\geq$ 4,5 MET's) foi independentemente associada com uma redução de 23% no risco de mortalidade por todas as causas. Outro estudo de grande impacto sobre indicadores da atividade física (AF) aponta que o risco atribuível populacional da inatividade física na mortalidade por doenças cardiovasculares e diabetes do tipo II foi de aproximadamente 35% e de 32% para câncer de cólon (POWELL; BLAIR, 1994). Da mesma forma, Blair et al (2001) demonstram que índices elevados de aptidão cardiorrespiratória foram inversamente proporcionais ao risco de mortalidade por todas as causas, indicando uma redução na mortalidade de 50% para mulheres moderadamente aptas e de 70% para homens com altos índices de aptidão cardiorrespiratória.

Guedes e Guedes (1995) descrevem a relação existente entre aptidão física, atividade física e saúde, indicando que indivíduos que praticam atividade física regular sistematizada tendem a apresentar melhores índices de aptidão física, refletindo positivamente sobre os níveis de saúde. Vale ressaltar que a recíproca também parece ser verdadeira.

A AFRS estaria envolvida com o desenvolvimento dos componentes que podem oferecer proteção contra o aparecimento de distúrbios orgânicos provocados

pelo estilo de vida sedentário (SHARKEY, 1998; NIEMAN, 1999). Portanto, a AFRS seria um estado dinâmico de energia e vitalidade que permite a cada indivíduo a realização das tarefas do cotidiano e das horas de lazer, além de possibilitar condições de enfrentar emergências imprevistas sem fadiga excessiva, proporcionando assim proteção contra o aparecimento de disfunções hipocinéticas (BOUCHARD et al, 1990).

Rodrigues et al, (2005) descrevem que nas crianças e jovens, os níveis de ApF não devem ser encarados somente como resultados de vivências anteriores, mas também como elemento semeador de estilos de vida futuros. Crianças mais aptas e com melhores níveis de desempenho, tenderão a se envolver mais naturalmente em práticas de atividade física e desenvolver hábitos saudáveis.

O conceito de AFRS surgiu, basicamente, de estudos clínicos que evidenciaram uma maior incidência de problemas de saúde em populações de idosos, adultos e jovens que apresentavam um estilo de vida tipicamente sedentário. Assim, o conceito de AFRS está associado com um menor fator de risco no desenvolvimento de doenças hipocinéticas e/ou de incapacidades funcionais (ACSM, 1996).

A AFRS refere-se à condição dos fatores que estão intimamente relacionados com saúde e qualidade de vida das pessoas, como a flexibilidade, a resistência aeróbica, a força e a composição corporal. A flexibilidade aliada aos níveis de força está relacionada à incidência de dores, desvios posturais e lesões músculo esquelética, principalmente na região lombar, a resistência aeróbica está ligada à saúde cardiorrespiratória e a composição corporal determina níveis de sobrepeso e obesidade, bem como subnutrição (ACSM, 2000).

Segundo Nieman (1999), a aptidão física e a saúde envolvem três componentes: a aptidão cardiorrespiratória; a composição corporal; e a aptidão músculo-esquelética (flexibilidade, força e resistência muscular).

Entretanto, Guedes e Guedes (1995) acreditam que os componentes da AFRS devem ser analisados em quatro dimensões igualmente importantes que são: a) dimensão morfológica; b) dimensão funcional-motora; c) dimensão fisiológica; d) dimensão comportamental; afirmando que todas essas dimensões estão intimamente associadas à saúde e à qualidade de vida dos indivíduos.

Com base nesse tipo de abordagem, alguns estudos têm sido desenvolvidos no Brasil, procurando analisar a AFRS de acordo com seus componentes

e as possíveis relações com os resultados encontrados conforme os critérios estabelecidos para o estado de saúde de crianças e adolescentes.

Um desses estudos foi desenvolvido com 234 escolares, de ambos os sexos, na faixa etária entre seis e 11 anos, em Santiago – RS. Os escolares foram submetidos à bateria de testes do FITNESSGRAM (1992). Os resultados mostraram que todos os escolares investigados demonstraram níveis baixos de aptidão física em todos os testes, quando comparados com os valores de referência (QUADROS e KREBS, 1998).

Freitas Júnior e Barbanti (1993) compararam os índices de aptidão física relacionada à saúde em adolescentes, no município de Presidente Prudente – SP. Trezentos e setenta e cinco escolares, de ambos os sexos, com idade entre 11 e 15 anos, foram submetidos a uma bateria de testes motores proposta pela AAHPER (1976). Os resultados indicaram um comportamento semelhante com outros estudos realizados em diferentes regiões do Brasil, em quase todas as variáveis. Contudo, quando comparados com escolares norte-americanos, os escores alcançados pelos escolares brasileiros ficaram abaixo em praticamente todos os testes.

2.2 Desempenho motor

O desempenho motor de crianças e adolescentes é uma preocupação crescente entre os pesquisadores da área da saúde, visto que a atividade física regular está associada à prevenção, conservação e melhoria da capacidade funcional, e, em consequência, à saúde destas populações (GUEDES e BARBANTI, 1995; MALINA et al, 2004).

Sendo assim, a prática regular da atividade física, mediante exercícios físicos sistematizados podem promover a aquisição de adaptações fisiológicas e morfológicas para um melhor funcionamento orgânico, para a promoção e a melhoria da saúde, contribuindo para a qualidade de vida das pessoas (MORTON et al, 1994; MORRIS, 1994).

O termo desempenho motor é um importante atributo no repertório da conduta motora de crianças e adolescentes (GUEDES e GUEDES, 1997) e depende de

fatores genéticos, estruturais, fisiológicos, biomecânicos e psicológicos (RODRIGUEZ e ARAGONEZ, 1992). No entanto, pode-se falar que a condição básica para o desempenho motor individual máximo é o funcionamento perfeito de todo o organismo humano (HOLLMANN e HETTINGER, 1989).

Parece claro que há necessidade do desenvolvimento de pesquisas direcionadas à obtenção de parâmetros populacionais que sirvam de critério para comparação e para possíveis diagnósticos dos padrões de desempenho motor, associados a um nível de saúde adequado. Assim, produzir informações com o objetivo de obter indicadores referenciais que possam corresponder à realidade das crianças e adolescentes no seu hábitat natural pode ser um importante instrumento para avaliar varias populações com as mesmas características (GUEDES e GUEDES, 1997).

Nesse sentido, em 1957, a Associação Americana de Saúde, Educação Física, Recreação e Dança (AAHPERD) desenvolveu um projeto que visava avaliar a aptidão física dos jovens norte-americanos. Foi aplicada uma bateria de testes motores, que consistiu de salto em distância, corrida de ida e volta, corrida de 50 e 600 jardas e flexão e extensão em suspensão na barra. Foram utilizados no estudo 8.500 meninos e meninas, na faixa etária de 10 a 17 anos, e foram construídas tabelas sobre esses escolares.

Após a primeira versão proposta pela AAHPERD (1957), varias modificações importantes foram realizadas tanto com relação aos objetivos quanto com relação aos testes. A nova bateria proposta e descrita pela AAHPERD (1988) é conhecida como PHYSICAL BEST e envolve os testes de sentar-e-alcançar, de abdominais, de corridas em nove ou doze minutos e de flexão e extensão dos braços em suspensão na barra, além das variáveis antropométricas. Essa versão e seus valores referenciais têm recebido grande aceitação em todo o mundo, e no Brasil têm sido muito utilizados nas pesquisas em Educação Física, sendo um importante referencial para padrões de desempenho motor de crianças e adolescentes.

O Instituto de Pesquisas Aeróbicas, nos Estados Unidos, também apresentou uma bateria de testes motores denominada FITNESSGRAM (1988), muito semelhante à proposta do Physical Best, a AAHPERD (1988).

Portanto, o monitoramento dessas variáveis torna-se importante subsídio para a prevenção, conservação e melhoria da saúde e da qualidade de vida,

envolvendo principalmente populações jovens. Portanto, o ambiente escolar parece ser um local propício para obtenção dessas informações e, também, para a orientação das crianças e dos adolescentes sobre a importância de desenvolver um estilo de vida mais ativo, proporcionando um maior envolvimento com a prática regular de exercícios físicos, ocasionando a melhoria dos níveis de aptidão física e, conseqüentemente, da saúde e reduzindo os riscos de incidência de doenças hipocinéticas e degenerativas.

2.3 Qualidade de Vida

A primeira citação da expressão "qualidade de vida" vem datada como sendo de 1964, realizada pelo então presidente dos EUA, Lyndon Johnson, porém há indícios de que o seu surgimento tenha ocorrido na década de 1930 na literatura médica, todavia, omitindo clareza e consistência quanto ao seu significado e mensuração. Só a partir do final da década de 1950 houve incremento pelo bem-estar humano e preocupação quanto às consequências da industrialização para o indivíduo (SEIDL e ZANNON, 2004).

A análise dos principais trabalhos sobre a atividade física em crianças indica uma demanda importante para o estabelecimento de parâmetros que relacionem a aptidão física e indicadores da qualidade de vida.

O aprofundamento da pesquisa nesta área nos trará dados concretos da importância da prática da atividade física supervisionada com crianças e a percepção subjetiva de sua qualidade de vida.

Segundo Gonçalves e Vilarta (2004), vários são os questionamentos relativos aos conceitos de Qualidade de Vida (QV) e muitos são os ângulos pelos quais se pode estudá-la. A QV está ligada a influências de aspectos culturais, históricos, condições materiais, não materiais e da saúde com várias e amplas possibilidades de entendimentos e significados. QV é a soma da condição de vida (qualidade de habitação, educação, meio de transporte, saneamento básico, entre outros) e estilo de vida (alimentação adequada, prática de exercícios) do indivíduo.

De acordo com Shin e Johnson (1978), QV consiste na possessão dos recursos necessários para a satisfação das necessidades e desejos individuais,

participação em atividades que permitem o desenvolvimento pessoal, auto-realização e uma comparação satisfatória entre si mesmo e os outros.

Qualidade de vida foi definida pelo grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL Group, 2000). Jonsen (1982) define qualidade de vida como um termo que representa uma tentativa de nomear características da experiência humana. Estas características, segundo o autor, são as próprias experiências de vida de cada indivíduo, sendo o fator central a sensação subjetiva de bem-estar de cada um.

Segundo Fialho (2006), para uma melhor QV, não é necessário somente o empenho de profissionais da saúde, mas igualmente a prática da interdisciplinaridade como fundamento básico. A participação de todos os setores da sociedade se configura de suma importância, haja vista que a visão isolada e fragmentada de saúde precisa ser substituída pela perspectiva global, por incorporar o maior número possível de conhecimento sobre diversas áreas, como políticas públicas, meio ambiente, educação, economia, dentre outras.

2.3.1 Qualidade de vida das crianças e aptidão física

Sabeh e Verdugo (2003), em estudo de revisão bibliográfica abrangendo o período de 1985 a 1996, afirmam existir uma grande escassez de artigos centrados na infância e que, em geral, se referem superficialmente ao conceito e avaliam apenas algumas dimensões e indicadores de QV.

Segundo Sabeh, Verdugo e Prieto (2006) estudando a Qualidade de Vida das crianças é possível detectar, na maioria dos casos, as maiores satisfações (alegrias) e insatisfações (tristezas), possibilitando o desenvolvimento de projetos que viabilizem maior número de situações alegres e minimização de circunstâncias conflitantes ou geradoras de insatisfações. Em pleno século XXI, ainda são insuficientes os estudos sobre qualidade de vida em crianças.

Estudar a QV de um indivíduo exige a investigação subjetiva de diversos aspectos, não sendo possível mensurar QV levando em consideração apenas o bem-estar físico (ASSUMPÇÃO Jr. et al, 2000).

A QV apresenta conexões muito importantes com a ApF e os efeitos desta interação se tornam mais claros quando consideramos os efeitos benéficos da atividade física sistemática para o bem estar das pessoas. Isso se dá por que a ApF é um atributo individual, associado ao estado de vigor e disposição para realização de tarefas diárias, ocupação das horas de lazer, bem como promoção e prevenção de doenças, principalmente as de origem crônicas não transmissíveis (CONTE e GONÇALVES, 2004).

No entanto, a produção de investigações que permitam explorar melhor estas diferenças tem sido particularmente escassa na faixa etária entre os 7-10 anos e, quando existente, as conclusões revelam-se contraditórias (SILVA et al, 2003).

Avaliar a QV em crianças é significativo, pois trás a resposta da criança de como anda sua QV naquele momento de sua vida, sem a intervenção dos pais, partindo do conceito de que a criança em desenvolvimento é capaz de expressar sua subjetividade.

3 OBJETIVO GERAL

O propósito deste estudo foi descrever a qualidade de vida e a aptidão física dos escolares de 7 a 10 anos, de ambos os sexos, participantes das atividades desenvolvidas pela SEAC/Programa Segundo Tempo no município de Campinas (SP).

3.1 Objetivos Específicos

- Descrever os escores da percepção de qualidade de vida dos participantes do Programa Segundo Tempo, por categorias de sexo e faixa etária.
- Descrever a aptidão física das crianças de acordo com uma avaliação referenciada por critérios de saúde.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Caracterização da Pesquisa

Estudo de delineamento transversal de natureza descritiva, da qualidade de vida (QV) e da aptidão física (ApF) de crianças de 7 a 10 anos de idade, de ambos os sexos, participantes do Programa Segundo Tempo do Município de Campinas (SP).

4.2 Características da População.

Participaram deste estudo 45 crianças de 7 a 10 anos de idade, de ambos os sexos, sendo 68% de meninos e 32% de meninas, inscritos no Programa Segundo Tempo no município de Campinas (SP), conforme dados da SEAC (Associação Esporte Abraça Campinas), obtidos através dos cadastros de alunos no Programa.

As atividades são realizadas na praça de esportes 31 de Março, do município de Campinas (SP)

4.3 Seleção e descrição da população.

Critérios de inclusão: ter 7 a 10 anos de idade, de ambos os sexos, cujos pais ou responsáveis tenham assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que optaram por participar da pesquisa.

Critérios de exclusão: crianças que não compareçam no dia da avaliação, façam uso de marcapasso cardíaco, apresentem problemas cardíacos, estejam apresentando quaisquer doenças agudas no período do estudo ou estejam fazendo uso de medicação, exceto para o caso de asma.

Tabela 1. Características dos participantes do SEAC/Programa Segundo Tempo, Campinas, 2010.

Grupo Etário	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Total n (%)
7 anos	9 (82)	2 (18)	11 (24)
8 anos	8(57)	6 (43)	14 (32)
9 anos	7(70)	3 (30)	10 (22)
10 anos	7 (70)	3 (30)	10 (22)
Total	31 (68)	14 (32)	45 (100)

4.4 Aspectos éticos

As crianças participantes e seus responsáveis foram informados sobre os propósitos do estudo e procedimentos a serem adotados, sendo garantida a liberdade de desistir de participar do estudo em qualquer momento. No caso de concordância, foi solicitada a assinatura do "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido" pelos responsáveis. Todos os procedimentos da pesquisa atenderam as recomendações descritas na literatura e não implicaram em qualquer risco ou prejuízo para os indivíduos participantes. Portanto, o estudo cumpriu as "Diretrizes e Normas

Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos" (196/96), editadas pela Comissão Nacional de Saúde, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas.

4.5 Características da Coleta de Dados

A coleta foi realizada pelo pesquisador e dois professores de educação física capacitados para a realização dos testes, na praça esportiva, local onde são desenvolvidas as atividades do Programa Segundo Tempo, nos períodos matutino e vespertino. Em uma sala de caráter mais restrito foram realizadas as medidas antropométricas com a presença de dois a três profissionais de ambos os sexos e com as crianças vestindo roupas leves, camiseta e bermuda, e descalças. Para a realização dos testes foi solicitado o uso de calçado apropriado a todas as crianças.

4.6 Materiais e métodos

4.6.1 Antropometria

As técnicas e instrumentos realizados para as medidas antropométricas estão descritas na Figura 1.

Figura 1: Protocolo geral das medidas antropométricas realizadas na coleta de dados.

Med. Antropométricas	Objetivos	Equipamentos	Metodologia
Massa corporal (Kg)	Determinar a massa corporal	Balança antropométrica digital modelo: BWR 101; fabricante: Oregon Scientific; capacidade: 150 Kg; precisão: 100g.	O avaliado posicionou-se em pé, no centro da plataforma da balança, com os braços ao longo do corpo, com o olhar num ponto fixo à sua frente.
Estatura (cm)	Determinar a estatura em posição ortostática	Estadiômetro; modelo: profissional em alumínio anodizado 153mm; fabricante Sanny; campo de uso: 40 cm a 220 cm; escala em milímetros; precisão: ± 2 mm em 220 cm.	O avaliado posicionou-se em pé, com os pés unidos, calcanhares, cintura pélvica, cintura escapular e região occipital em contato com a escala do estadiômetro que se encontrava fixo na parede. A cabeça foi orientada no plano de Frankfurt. A medida correspondeu à distância entre a região plantar e o vértex.

Fonte: GORDON et al., 1988.

4.6.2 Qualidade de Vida

A qualidade de vida dos escolares foi avaliada, por meio da aplicação da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida – AUQEI – (AUTOQUESTIONNAIRE QUALITÉ DE VIE ENFANT IMAGE) (MANIFICAT e DAZORD, 1997; ASSUNPÇÃO et al, 2000). A escala busca avaliar a sensação subjetiva de bem estar da criança, partindo da premissa que a criança em desenvolvimento é capaz de se expressar quanto a sua subjetividade.

É importante salientar que a Escala AUQEI é baseada no ponto de vista da satisfação da criança, a partir de quatro figuras, que são associadas a 4 domínios

da vida, através de 26 questões que exploram relações familiares, sociais, atividades, saúde, funções corporais e separação da família. Trata-se de avaliação que utiliza o suporte de imagens que a própria criança associa ao responder o questionário.

A Escala de Qualidade de Vida foi avaliada estatisticamente pontuando as questões conforme as normas da própria escala, que qualifica "muito infeliz" com o valor 0 (zero), "infeliz" com o valor 1 (um), "feliz" com o valor 2 (dois), e "muito feliz" com o valor 3 (três) para cada uma das 26 questões. Considerando uma variação possível de 0 a 78 e com uma nota de corte de 48, quanto maior o escore obtido, melhor a QV da criança.

4.6.3 Testes Motores

O desempenho motor foi avaliado mediante a aplicação de uma bateria composta por três testes motores. A sequência na qual os testes foram aplicados foi a seguinte: teste de sentar e alcançar; resistência/força abdominal modificado; teste de corrida e/ou caminhada de nove minutos.

- **Teste de sentar e alcançar**: foi realizado com o auxílio de uma caixa de madeira especialmente construída para esta finalidade, com dimensões de 30,5 X 30,5 X 30,5 cm, tendo a parte superior plana 56,5 cm de comprimento, na qual foi fixada a escala de medida que apresentou uma amplitude de zero a 50 cm, de tal forma que o valor 23 coincidiu com a linha onde o avaliado acomodou seus pés. Os procedimentos seguiram as padronizações descritas pela AAHPERD (1988).

Figura 2. Teste de sentar-alcançar

Fonte: AAHPERD (1988).

- **Teste de resistência/força abdominal modificado**: utilizou-se de um colchão para a prática de ginástica e um cronômetro. Os procedimentos seguiram as padronizações descritas pela AAHPERD (1988).

Figura 3. Teste de resistência/força abdominal modificado

Fonte: AAHPERD (1988).

- **Teste de corrida /caminhada de 9 minutos**: realizou-se num campo de futebol, sendo traçado um percurso, com a utilização de cones, de 40 m de comprimento e 40m de largura, perfazendo um total de 160 metros. Os procedimentos seguiram as padronizações descritas pela AAHPERD (1988).

Tabela 2. ***Pontos de corte relacionados aos indicadores de desempenho motor associados à aptidão física relacionada à saúde – Proposta Physical Best.***

Idades (anos)	Sentar e Alcançar* (cm)		Abdominal Modif.(reps)**		Caminhada/Corrida 9min*** (m/min)	
	Meninos	Meninas	Meninos	Meninas	Meninos	Meninas
7	25	25	24	24	1.316,4	1.206,7
8	25	25	26	26	1.448,1	1.259,2
9	25	25	30	28	1.448,1	1.316,4
10	25	25	34	30	1.524,3	1.316,4

*** Sentar e alcançar: avalia flexibilidade**

**** Abdominal modificado: avalia força muscular**

*****Caminhada/corrida: avalia resistência aeróbia**

Os pontos de corte dos indicadores do teste motor está inserido na tabela 2, destacados por gênero e faixa etária.

4.7. Análise dos dados

Para a análise da aptidão física relacionada à saúde foram utilizados os critérios sugeridos pelo *Physical Best (*AAHPERD, 1998).

A classificação da qualidade de vida foi feita através do escore total apresentado por Assunpção et al (2000).

Para a construção do banco de dados foi utilizado o software Microsoft Excel pertencente ao pacote Microsoft Office versão 2007.

RESULTADOS

Os resultados foram igualmente pontuados como os apresentados na coleta e na análise dos dados, visando maior organização e, consecutivamente, melhor compreensão para o leitor. Mediante quantidade de informações a serem expostas, optou-se mostrar separadamente a aferição da Antropometria, posteriormente os resultados dos testes motores e Qualidade de Vida.

❖ Antropometria.

A Tabela 3 apresenta os resultados da massa corporal, estatura e IMC dos participantes do SEAC/Programa Segundo Tempo no município de Campinas (SP).

Tabela 3. Média e Desvio Padrão das variáveis: massa corporal (kg), estatura (cm) e IMC (kg/m2), por categorias de sexo e idade, dos participantes do SEAC/Programa Segundo Tempo no município de Campinas, 2010.

Idade	**Massa Corporal (kg)**		**Estatura**		**IMC**	
(anos)	**Meninos**	**Meninas**	**Meninos**	**Meninas**	**Meninos**	**Meninas**
7	25,59 ±8,07	27,35 ±1,95	1,21 ±0,09	1,24±0,05	16,77 ±3,47	15,79 ±0,05
8	28,08 ±5,24	27,74 ±4,33	1,27 ±0,05	1,29±0,02	17,44 ±2,36	16,67 ±2,57
9	30,72 ±4,60	32,8 ±5,40	1,38 ±0,07	1,38±0,01	17,52 ±0,84	21,00 ±2,40
10	31,84 ±3,48	34,45 ±5,85	1,40 ±0,09	1,41±0,02	18,40 ±1,92	18,46 ±3,65

Observando a tabela 3, nota-se que as diferenças das variáveis antropométricas entre os gêneros são mínimas, valores aproximados foram obtidos nesta população.

❖ **Aptidão Física relacionada à Saúde.**

A Tabela 4 apresenta os resultados dos testes motores de aptidão física.

Tabela 4. ***Média e Desvio Padrão dos resultados dos testes de aptidão física por idade e sexo dos participantes do SEAC/Programa Segundo Tempo no município de Campinas, 2010.***

Idades (anos)	**Sentar e Alcançar* (cm)**		**Abdominal Modif.(reps)****		**Caminhada/Corrida 9min*** (m/min)**	
	Meninos	**Meninas**	**Meninos**	**Meninas**	**Meninos**	**Meninas**
7	21,54 ±5,10	24,00 ±1,00	17,57 ±5,12	18,00 ±3,00	113,33 ±13,33	103,50 ±10,27
8	24,62 ±5,57	26,56 ±,2,70	22,00 ±4,47	21,00 ±9,83	131,11 ±16,25	124,02 ±14,35
9	18,61 ±8,15	22,67 ±4,67	21,67 ±3,50	12,00 ±2,00	138,89 ±8,96	127,70 ±17,58
10	17,67 ±3,71	24,00 ±1,33	23,20 ±6,73	19,00 ±2,92	153,33 ±10,35	135,65 ±15,25

No teste motor de sentar e alcançar foi verificado que o grupo das meninas apresentou valores médios superiores aos dos meninos em todas faixas etárias. Em relação ao teste abdominal modificado nota-se que o grupo dos meninos apresentou em sua maioria, exceto na idade de 7 anos, valores médios superiores aos das meninas. Já para a corrida e/ou caminhada de nove minutos os valores observados mostraram a influência do sexo e idade, com valores médios superiores a favor do grupo dos meninos e aumento gradativo em metros/minutos em relação à idade para ambos os gêneros.

❖ Qualidade de Vida

Os Escores da Escala de Avaliação de Qualidade de vida – AUQEI são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5. Escores da AUQEI dos participantes do SEAC/Programa Segundo Tempo no município de Campinas, 2010.

Nota de Corte	Valor Absoluto	Porcentagem	Qualidade de Vida
Nota de corte <48	23	51%	Baixa
Nota de corte >48	22	49%	Boa
Total de Crianças	45	100%	

Nota-se que da população estudada, apenas 49% (22 crianças) se qualificaram acima da nota de corte, sendo consideradas com boa qualidade de vida.

A Tabela 6 apresenta os valores de média e desvio padrão obtidos no AUQEI segundo a faixa etária das crianças participantes do SEAC/Programa Segundo Tempo no município de Campinas, 2010.

Tabela 6. Média e Desvio padrão da amostra obtido na AUQEI segundo a faixa etária dos meninos e meninas participantes do SEAC/Programa Segundo Tempo no município de Campinas, 2010

Idade (anos)	Meninos		Meninas	
	M ± DP	N (%)	M ± DP	N (%)
7	45,22 ± 3,61	9 (82)	48,00 ±2,00	2 (18)
8	48,75 ± 3,77	8(57)	49,00 ±4,32	6 (43)
9	45,71 ±3,24	7(70)	42,67 ±3,86	3 (30)
10	47,14 ±3,72	7 (70)	52,00 ±3,74	3 (30)
total		31 (68)		14 (32)

Observando a tabela 6, verifica-se que em média, meninos de 7, 9 e 10 anos e meninas de 9 anos não atingem a nota de corte do AUQEI, e somente meninos de 8 anos e meninas de 7,8 e 10 anos foram qualificado como tendo uma Boa Qualidade de Vida.

A tabela 7 apresenta a média, desvio padrão, valor máximo e valor mínimo obtido pela amostra na Escala de Avaliação de Qualidade de vida – AUQEI segundo o gênero.

Tabela 7. Média, Desvio Padrão, Valor Maximo e Mínimo quanto ao gênero dos participantes do SEAC/Programa Segundo Tempo no município de Campinas, 2010.

	Meninos	Meninas
Média	46,68	48,14
Desvio Padrão	3,86	4,97
Máxima	54	57
Mínima	39	39

O valor máximo encontrado na Escala de Avaliação de Qualidade de vida – AUQEI, corresponde ao grupo das meninas, que também obteve uma média maior quando comparada ao grupo dos meninos. Em relação ao valor mínimo nota-se que ambos os grupos obtiveram valores idênticos.

DISCUSSÃO

A importância de investigar índices de aptidão física relacionada à saúde fundamenta-se na tentativa do estabelecimento de padrões desejáveis em relação ao desempenho motor e a gordura corporal que, quando atingidos, possam assegurar algum tipo de proteção contra o surgimento e o desenvolvimento de disfunções de caráter hipocinético (SALLIS 1992).

Com relação ao comportamento de indicadores funcionais e neuromotores, há indícios da existência de forte associação entre níveis satisfatórios de desempenho motor e o bom funcionamento orgânico. Desse modo, possuir níveis adequados de resistência cardiorrespiratória e aptidão física musculoesquelética (força/resistência e flexibilidade) pode conduzir a diminuição na incidência de fatores de risco para muitas disfunções de caráter crônica não transmissíveis (PATE 1995).

Avaliar a QV em crianças é significativo, pois trás a resposta da própria criança de como anda sua QV naquele momento, sem a intervenção dos pais, partindo do conceito de que a criança em desenvolvimento é capaz de expressar sua subjetividade.

❖ Antopometria

Quanto à massa corporal, o efeito da progressão da idade demonstrou que os valores se mantiveram crescentes dos sete aos 10 anos em ambos os gêneros e, sendo os valores das meninas em sua maioria, superiores aos dos meninos, nenhuma diferença significativa entre os gêneros dentro da mesma faixa etária foi verificada. Apesar das limitações que envolvem uma abordagem transversal para análise do crescimento físico, podemos observar que o ganho médio anual dos meninos foi aproximadamente de 2,5 kg/ano, e das meninas esse valor foi de 2,4 kg/ano.

Em relação à estatura, não foram observadas diferenças significativas entre os gêneros dentro da mesma faixa etária, porquanto o efeito da idade apresentou o mesmo comportamento verificado na massa corporal, ou seja, um aumento crescente

nos valores médios da estatura com o avançar da idade para ambos os gêneros conforme observado em estudo de Ronque (2003).

Foi observado, com o avançar da idade, um aumento crescente nos valores do IMC, exceto para o grupo de meninas de 10 anos, sem diferença significativa entre gêneros e idade.

Em relação aos índices de dimorfismo sexual observados, os resultados encontrados podem confirmar a hipótese de que as diferenças entre os gêneros somente tornam-se mais significativas a partir do início da puberdade (GONÇALVES, 1995; GUEDES, 1994; MALINA et al, 2004).

Uma das explicações para esse fenômeno pode estar associada ao fato de que o comportamento das variáveis que representam o crescimento físico durante o período da infância ou pré-puberal é um processo relativamente estável e lento, por anteceder, a fase da adolescência ou puberdade, que é caracterizada por um período de rápida modificação no tamanho, na forma e na composição corporal, no qual está atrelado o início do desenvolvimento das características sexuais secundárias e o pico e/ou estirão na taxa de crescimento físico (DEHEEGER et al, 2002; MALINA et al, 2004; ROGOL et al, 2000).

❖ **Desempenho motor**

- **Flexibilidade**

Quanto aos resultados encontrados no teste de sentar e alcançar, no qual o objetivo foi avaliar os padrões de flexibilidade da região inferior das costas, do quadril e dos músculos posteriores dos membros inferiores, os valores médios superiores foram obtidos pelas meninas, o que também foi verificado por Ronque 2006, em escolares de sete a 10 anos de idade, do município de Londrina (PR) e por Gaya *et al*.(1997), em escolares de sete a 15 anos de idade, do município de Porto Alegre (RS). Fato que pode ser explicado, em parte, pelas diferenças anatômicas e também pelo motivo de que as meninas possivelmente aceitem mais facilmente participar de

atividades motoras nas quais as exigências para a realização dos movimentos requerem maior participação da flexibilidade. Estes resultados também estão de acordo com os estudos Noll & Sá (2008), Guedes (1997) e Barbanti (1982).

Quanto às diferenças anatômicas parece que os resultados encontrados no teste podem estar associados, pelo menos em parte, ao crescimento das extremidades inferiores e do tronco, porém essas diferenças são mais evidentes no início da puberdade quando ocorre o estirão de crescimento (GUEDES, 1994; MALINA et al, 2004).

Embora o grupo das meninas tenha obtido melhores resultados em relação ao grupo dos meninos, ainda assim não atingiram a média recomendável do PHYSICAL TEST (1998); FITNESSGRAM (2007).

- **Força/resistência muscular**

No teste abdominal modificado em que o componente força/resistência muscular da região inferior do tronco está envolvido, os valores médios superiores foram obtidos pelos meninos e podem ser explicados pelo aumento simultâneo na força e na resistência muscular que ocorre durante a infância e a adolescência. Esse comportamento de aumento da força e resistência muscular na infância a favor dos meninos podem estar relacionadas à vantagem dos meninos no tamanho corporal e na massa magra, uma vez que as correlações dessas variáveis com a força e resistência muscular são moderadas e positivas (MALINA et al, 2004).

Por outro lado, tem sido evidenciado pela literatura que os valores mais discretos obtidos pelo gênero feminino também pode estar associado aos maiores depósitos de gordura subcutânea, particularmente na região dos quadris, dificultando sobremaneira a execução do movimento especifico de abdominal (GUEDES, 1994; PARIZKOVA, 1982).

- **Resistência aeróbica**

No teste de corrida e/ou caminhada de nove minutos, em que se considera a distância média percorrida por minuto, procurou-se estimar a resistência aeróbia dos participantes do *SEAC/Programa Segundo Tempo* no município de Campinas. Constatou-se comportamento crescente dos valores médios com a evolução da idade em ambos os gêneros, que provavelmente seja produto dos processos de maturação, crescimento e desenvolvimento (MALINA 2004), o que de certa forma foi encontrado também em outros estudos (BARBANTI, 1982; DÓREA, 1990; GONÇALVES, 1995; GUEDES, 1994; MECHELEN e KEMPER, 1995). Com relação aos valores médios superiores obtidos pelos meninos, esse fato pode estar associado a dois fatores: maior massa magra e, inversamente, a maiores depósitos de gordura corporal das meninas. Por outro lado, os meninos aparentam ter uma maior capacidade aeróbia, com o passar da idade, e também um maior comprimento dos membros inferiores, o que pode ocasionar menor dispêndio energético durante a realização da tarefa (GUEDES, 1994; MALINA et al, 2004).

Em relação ao atendimento dos critérios de saúde, será utilizada uma abordagem estabelecida por critérios, de modo que as informações obtidas neste estudo possam apresentar subsídios que venham contribuir para uma discussão mais ampla a respeito dos indicadores de desempenho motor.

Vale ressaltar que o referencial adotado em todas as análises, no presente estudo, foi construído com base em dados obtidos na população dos Estados Unidos, um país desenvolvido e com características socioeconômicas e culturais bastante diferenciadas da maior parte da realidade brasileira.

Além disso, as informações deste estudo foram obtidas mediante uma série de medidas e testagens, provavelmente desconhecidas até aquele momento por muitos dos sujeitos investigados, o que, no caso dos testes motores, principalmente, pode repercutir desfavoravelmente, uma vez que a familiarização prévia ou a simples repetição da tarefa motora a ser desempenhada pode resultar em melhoria do desempenho motor, devido ao incremento da capacidade do sistema neural em ativar

totalmente a musculatura, a melhor coordenação dos músculos sinergistas e antagonistas ou, ainda, a melhoria da coordenação do movimento (VAN PRAAGH 2002).

- **Qualidade de Vida**

Fialho 2006 descreve que a maior dificuldade em se avaliar QV em crianças, é que as pesquisas que se dedicam ao estudo desta temática, na maioria dos casos, focam suas atenções a crianças com agravos na saúde. Comparando os resultados com os obtidos por Fialho 2006, em estudo realizado com 90 crianças de ambos os gêneros, na faixa etária de 04 a 12 anos das Redes Municipal e Particular de Ensino da cidade Fortaleza (CE), com escore de 72,22% de crianças com bom indicador de QV, o presente estudo apresentou valores inferiores, pois apenas 49% obtiveram índices satisfatórios. Apesar desses valores, o grupo caracterizou-se por crianças saudáveis, sem agravos na saúde, no entanto é importante frisar que as médias de QV não foram, em sua maioria, acima da média de corte.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos com o presente estudo, que teve como objetivo descrever a qualidade de vida e a aptidão física dos escolares de 7 a 10 anos, de ambos os sexos, participantes das atividades desenvolvidas pela SEAC/Programa Segundo Tempo no município de Campinas (SP), permite concluir que:

Quanto ao crescimento físico, as variáveis envolvidas apresentaram aumento progressivo para ambos os gêneros com o avanço da idade cronológica e não obteve diferenças estatisticamente significativas entre os gêneros dentro da mesma faixa etária. A massa corporal e o IMC apresentaram maior variação em ambos os gêneros, indicando que essas variáveis são mais sensíveis às oscilações ambientais. Foi verificada uma quantidade consideravelmente elevada das crianças de ambos os gêneros com excesso de massa corporal para idade e de massa corporal por unidade de estatura.

Os indicadores de desempenho motor mostraram que os meninos apresentaram valores médios superiores aos das meninas, com exceção dos resultados obtidos no teste de sentar e alcançar. Quanto à evolução, com a idade cronológica, em algumas variáveis que representaram o desempenho motor de ambos os gêneros aumentaram dos sete aos 10 anos de idade, exemplificando esse fato com o teste de corrida/caminhada de 9min.

Em relação à aplicação da EQV em crianças de 7 a 10 anos, praticantes de atividades físicas, não se mostrou satisfatória, configurando que menos da metade dos sujeitos avaliados se encontra com boa QV.

Estudos e pesquisas com o enfoque na QV são raros, pioneiros e importantes, tornando assim oportuno publicações com esta temática.

Finalmente, após a análise e discussão dos resultados, sugerem-se alguns pontos que podem ser abordados em outros estudos:

a) Estudos de caráter longitudinal que controlam as modificações individuais ao longo do tempo, na tentativa de identificar os períodos sensíveis quanto aos indicadores de crescimento físico, composição corporal e desempenho motor, monitorando as possíveis oscilações ambientais;

b) Promover outros estudos agregando segmentos diferenciados da população como níveis socioeconômicos distintos, grupos étnicos diferentes e outras características socioculturais;

c) Incrementar procedimentos metodológicos que possam controlar o nível de atividade física diária, bem como analisar o consumo energético dos escolares.

d) Trabalhos de QV com grupos controle para que seja possível a verificação das interferências ambientais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AAHPERD. Health related physical fitness test manual. Washington: **Americam Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance**, 1988.

ACSM. American College of Sports Medicine. **Manual para teste de esforço e prescrição de exercício.** 4.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

ACSM. **Manual do ACSM para teste de esforço e prescrição de exercício**. 5. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

ANJOS, L.A. et al. **Crescimento e estado nutricional em amostra probabilística de escolares no Município do Rio de Janeiro**, 1999. Cad. Saúde Pública 2003; 19(Sup. 1): S171-S179.

ARMSTRONG, N.; BALDING, J.; GENTLE, P.; KIRBY, B. Estimation of coronary risk factors in British schoolchildren: a preliminary report. **British Journal of Sports Medicine**, v.24, n.1, p.61-66, 1990.

ASSUMPÇÃO JR, F.B.; KUCZYNSI, E.; SPROVIERI, M. A.; ARANHA, E.M. G., Escala de Avaliação de qualidade de vida. São Paulo, **Arq. Neuro-Psiquiatr**. Vol. 58, n.1, 2000.

BARBANTI, V.J. **A comparative study of select anthropometric and physical fitness measurements of Brazilian and American school children**. Thesis (Doctoral), Iowa University, 1982.

BAR-OR, O. Physical activity and physical training in childhood obesity. **The Journalof Sports Medicine and Physical Fitness,** v.33, n.4, p.323-329, 1993.

BERKEY, C.S.; ROCKETT, H.R.H.; FIELD, A.E.; GILLMAN, M.W.; FRAZIER, A.L.; CAMARGO, C.A.,JR.; COLDITZ, G.A. Activity, dietary intake, and weight changes in a longitudinal study of preadolescent and adolescent boys and girls. **Pediatrics,** v.105, n.4, p.1-9, 2000.

BLAIR SN, CHENG Y, HOLDER S. Is physical activity or physical fitness more important in defining health benefits? **Med Sci Sports Exerc**, v.33, p. 379-399, 2001.

BLAIR SN, KOHL HW, PAFFENBARGER RS, CLARK DG, COOPER KH, GIBBONS LW. Physical fitness and all-cause mortality: a prospective study of healthy men and women. **JAMA**, v.262, n.2, p. 395-401, 1989.

BOREHAM, C.; RIDDOCH, C. The physical activity, fitness and health of children. **Journal of Sports Sciences**, v.19, n.12, p.915-929, 2001.

BOCCALETO, E.M.A. – **Estudo Nutricional e Composição Corporal de Crianças do Ensino Fundamental do Município de Vinhedo S.P.** Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

BOUCHARD, C.; SHEPHARD, R.J.; STEPHENS, T.; SUTTON, J.R.; McPHERSON, B.D. Exercise, fitness, and health: The consensus statement. In: BOUCHARD, C.; SHEPHARD, R.J.; STEPHENS, T.; SUTTON, J.R.; McPHERSON, B.D. **Exercise, fitness, and health: A consensus of current knowledge. Champaign**, Illinois: HumanKinetics Books, p.3-27, 1990.

CONTE, M.; GONÇALVES, A. – Qualidade de Vida e Aptidão Física In: GONÇALVES, A.; VILARTA, R. – **Qualidade de Vida e Atividade Física – Explorando teoria e prática**. Ed. Manole, p.257-287, 2004.

DEHEEGER, M.; BELLISLE, F.; ROLLAND-CACHERA, M.F. The French longitudinal study of growth and nutrition: data in adolescent males and females. **Journal Human Nutrition Dietetic**, v.15, n.6, p.429-438, 2002.

DIETZ, W.H. Critical periods in childhood for the development of obesity. **The American Journal Clinical Nutrition**, v.59, n.5, p.955-959, 1994.

DÓREA, V.R. **Aptidão física relacionada à saúde em escolares de Jequié** – Estado da Bahia. Dissertação (Mestrado em Educação Física), Escola de Educação Física e Esporte. Universidade de São Paulo, 1990.

ERIKSSEN G. Physical fitness and changes in mortality: the survival of the fittest. **Sports Med**, v.38, p.571‑6, 2001.

FIALHO, L. M. F., - **Qualidade de Vida Na Infância: Visão de Alunos da Rede Pública e Privada de Ensino**. Dissertação (Mestrado) – Fundação Edson Queiroz, UNIFOR – Centro de Ciências da Saúde, Fortaleza, 2006.

FITNESSGRAM. The fitnessgram assessment. Disponível em: **<http.//www.cooperinst.org/ftgnain.asp>**. Acesso em: 25 jun. 2010.

FREITAS JÚNIOR, I.F.; BARBANTI, V.J. Comparação de índices de aptidão física relacionada à saúde em adolescentes. **Revista da Associação dos Professores de Educação Física de Londrina,** v.7, n.14, p.42-46, 1993.

FREITAS JÚNIOR, I.F. Aptidão física relacionada à saúde em adultos. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v.1, n.2, p.39-48, 1995.

GAYA A, CARDOSO M, SIQUEIRA O, TORRES L. Crescimento e desempenho motor em escolares de 7 a 15 anos provenientes de famílias de baixa renda. **Rev Mov,** v.4, p.1-23, 1997.

GLANER, M.F. **Crescimento físico e aptidão física relacionada à saúde em adolescentes rurais e urbanos.** Tese (Doutorado em Ciência do Movimento Humano) da Universidade Federal de Santa Maria, 2002.

GONÇALVES, A.; VILARTA, R. – **Qualidade de Vida e Atividade Física** – Explorando teoria e prática. Ed. Manole, 2004.

GONÇALVES, H.R. Aspectos antropométricos e motores em escolares de 7 a 14 anos de alto nível socioeconômico. **Revista da Associação dos Professores de Educação Física de Londrina,** v.10, n.17, p.71-80, 1995.

GONÇALVES, H.R. **Indicadores de tendência secular de variáveis associadas ao crescimento, à composição corporal e ao desempenho motor de crianças de 7 a 14 anos**. Dissertação (Mestrado em Educação Física), Faculdade de Educação Física.Universidade Estadual de Campinas, 2001.

GORDON, C.C., CHUMLEA, W.C., ROCHE, A.F. Stature, recumbent length, and weight. In: LOHMAN, T.G., ROCHE, A.F., MARTOREL, R., eds. **Anthropometric standardization reference manual. Champaign**, Illinois: Human Kinetics Books, p.3-8, 1988.

GORDON-LARSEN P, NELSON MC, POPKIN BM. Longitudinal physical activity and sedentary behavior trends: adolescence to adulthood. **Am J Prev Med**, v.27, p.277-83, 2004.

GUEDES, D.P. **Crescimento, composição corporal e desempenho motor em crianças e adolescentes do município de Londrina (PR**), Brasil. Tese (Doutorado em Educação Física), Escola de Educação Física e Esporte. Universidade de São Paulo, 1994.

GUEDES, D.P.; BARBANTI, V.J. Desempenho motor em crianças e adolescentes. **Revista Paulista de Educação Física**, v.9, n.1, p.37-50, 1995.

GUEDES, D.P.; GUEDES, J.E.R.P. **Exercício físico na promoção da saúde**. Londrina: Midiograf, 1995.

GUEDES, D.P.; GUEDES, J.E.R.P. **Crescimento, composição corporal e desempenho motor de crianças e adolescentes**. São Paulo: Balieiro, 1997.

GUTIN, B.; BARBEAU, P. Atividade física e composição corporal em crianças e adolescentes. In: BOUCHARD, C., ed. **Atividade Física e Obesidade**. São Paulo: Manole, p.245-283, 2002.

HOLLMAN, W., e HETTINGER, T.H., **Medicina de esporte**. Editora Manole Ltda, Brasil, 1989.

JONSEN AR; SIEGLER M; WINSTALE WJ. **Clinical ethics**. New York: MacMillian, 1982.

LAZOLLI, J.K et al. **Atividade física e saúde na infância e adolescência**, Revista Brasileira de Medicina do Esporte _ Vol. 4, Nº 4 – Jul/Ago, 1998

MALINA, R.M.; BOUCHARD, C.; BAR-OR, O. **Growth, maturation and physical activity.** 2nd ed. Champaign: Human Kinetics Books, 2004..

MANIFICAT S., DAZORD A. Évaluation de la qualité de vie de l'enfant: validation d'un questionnaire, premiers résultats. **Neuropsychiatr Enfance Adolesc**, v.45, p.106-114, 1997.

MECHELEN, W.V.; KEMPER, H.C.G. Body growth, body composition, and physical fitness. In: KEMPER, H.C.G. **The Amsterdam growth study: a longitudinal analysis of health, fitness and lifestyle.** HK sport science monograph series, v.6. Human Kinetics,1995.

MORRIS, J.N. Exercise in the prevention of coronary heart disease: today's best buy in public health. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v.26, n.7, p.807-814, 1994.

MORTON, B.G.S.; TAYLOR, W.C; SNIDER, S.A.; HUANG, I.W.; FULTON, J.E. Observed levels of elementary and middle school children's physical activity during physical education classes. **Preventive Medicine**, v.3, n.4, p.437-441, 1994.

MURER, E. **Aplicação da escala de qualidade de vida em crianças de 07 a 12 anos praticantes de atividade física em academia e suas relações com a aptidão física**. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas, Campinas –SP, 2008.

NAHAS, M.V.; PIRES, M.C.; WALTRICK, A.C.A.; BEM, M.F. Educação para atividade física e saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v.1, n.1, p.57-65, 1995.

NIEMAN, D.C. **Exercício e saúde: como se prevenir de doenças usando o exercício como seu medicamento.** São Paulo: Manole, 1999.

NOLL, M.; SÁ, KB. Avaliação da flexibilidade em escolares do ensino fundamental da cidade de Westfália - RS. *EFDeportes.com, Revista Digital* - Buenos Aires - Año 13 - Nº 123 - Agosto de 2008. Disponível em: http://www.efdeportes.com/. Acessado em: 03/10/10.

OLIVEIRA, F.L.C.e ESCRIVÃO, M.A.M.S. **Prevenção na infância e na adolescência das doenças do adulto**. Temas de Nutrição em Pediatria. Publicação Elaborada pelo Departamento de Nutrição da SBP e Nestlé 2001; 4: 76-86.

PAFFENBARGER RS JR, HYDE RT, WING AL, LEE IM, JUNG DL, KAMPERT JE. The association of changes in physical-activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. **N Engl J Med**, v.32, n.8, p.538-45, 1993.

PARIZKOVA, J. **Gordura corporal e aptidão física**. Rio de Janeiro, Guanabara Dois, 1982.

PATE, R.R. Aptidão física. In: DOUGHERTY, N.J. **Educación Física y deportes: para el alumno de la escuela secundaria.** Barcelona: Reverté, p.1-21, 1985.

PATE RR, PRATT M, BLAIR SN, HASKELL WL, MACERA CA, BOUCHARD C, et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. **JAMA**, v. 273, p.402-7, 1995.

PHYSICAL TEST FOR WINDOWS. AVALIAÇÃO FÍSICA E NUTRICIONAL COMPUTADORIZADA – **VERSÃO 3.0I**. MANUAL DO USUÁRIO, 1998.

POWELL KE, BLAIR SN.The public health burdens of sedentary living habits: theoretical but realistic estimates. **Med Sci Sports Exerc,** v.26, p. 851–56, 1994.

QUADROS, C.T.; KREBS, R.J. Aptidão física voltada à promoção da saúde em escolares do município de Santiago, RS. **Revista Kinesis**, n.19, p.65-84, 1998.

RODRIGUEZ, F., e ARAGONEZ, G.M.: Valoración funcional de la capacidad de rendimiento físico. In: GONZALEZ, G.J. **Fisiología de la actividad física y Del deporte**. Interamericana, España, p. 237-238, 1992.

RODRIGUES, L.P.; BEZERRA, P.; SARAIVA, L.; - Influência do meio urbano e rural no padrão de aptidão física de rapazes de Viana de Castelo, Portugal. **Rev. Portuguesa de Ciências do Esporte** – vol. 5 n.1, (77/84), 2005.

ROGOL, A. D.; CLARK, P.A.; ROEMMICH, J.N. Growth and pubertal development in children and adolescents: effects of diet and physical activity. **American Journal Clinical Nutrition**, v.72, n.2 (suppl.), p.521s-528s, 2000.

RONQUE, E.R.V. Níveis de aptidão física relacionada à saúde em crianças e adolescentes. **Educação em Revista**: ensaios organizados pelo Centro Marista de Estudos e Pesquisas – CEMEP. São Paulo: Abec, p.73-95, 2000.

RONQUE ERV**. Crescimento físico e aptidão física relacionada à saúde em escolares de alto nível socioeconômico**. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

RONQUE ERV, CYRINO ES, DÓREA VR, SERASSUELO JR H, GALDI EHG, ARRUDA M. Diagnóstico da aptidão física em escolares de alto nível socioeconômico: avaliação referenciada por critérios de saúde. **Rev Bras Med Esporte**, v.12, 2006.

SABEH, E. N. ; VERDUGO, M. Evaluación de calidad de vida en niños de escolaridad primaria. In: Verdugo, M. A. ; Jordán de Urríes, F. B. **Apoyos, autodeterminación y calidad de vida:** Actas de las V Jornadas Científicas de Investigación sobre Discapacidad. Salamanca: Amarú Ediciones, 2003.

SABEH, E. N. ; VERDUGO, M. ; PRIETO, G. A. Dimensiones e indicadores de la calidad de vida en la infancia. In: VERDUGO, M. A. (dir.). **Cómo mejorar la calidad de vida de lãs personas con discapacidad:** Instrumentos y estratégias de evaluación. Salamanca: Amarú, (61-76), 2006.

SALBE, A.D.; RAVUSSIN, E. As determinantes da obesidade. In: BOUCHARD, C.,ed. **Atividade Física e Obesidade**. São Paulo: Manole, 2002, p.79-116.

SALLIS JF, SIMONS-MORTON BG, STONE EJ, CORBIN CB, EPSTEIN LH, FAUCETTE N, et al. Determinants of physical activity and intervention in youth**. Med Sci Sports Exerc**, v.24, p.248-57, 1992.

SARNI, R.S. **Avaliação da condição nutricional: crianças e adolescentes/método antropométrico.** Temas de Nutrição em Pediatria. Publicação Elaborada pelo Departamento de Nutrição da SBP e Nestlé 2001; 2, 28-38.

SEIDL, E. M. F. & ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, (580-588), mar/abr. 2004.

SHARKEY, B.J. **Condicionamento físico e saúde**. 4a ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

SHEPHARD, R.J. Custos e benefícios dos exercícios físicos na criança. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v.1, n.1, p.66-84, 1995.

SILVA, M.; SOBRAL, F.; MALINA, R. - **Determinância sociogeográfica da prática desportiva na adolescência.** Coimbra: Centro de Estudos do Desporto Infanto-Juvenil, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, Universidade de Coimbra, 2003.

SUMMERFIELD, L.M. Promoting physical activity and exercise among children. [On line. Disponível, através da Internet, no site **http://www.ericap.org/**], 1998.

TWISK JW. Physical activity guidelines for children and adolescents: a critical review. **Sports Med**, v.31, p.617-27, 2001.

VAN PRAAGH E, DORE E. Short-term muscle power during growth and maturation. **Sports Med**, v.32, p.701-28, 2002.

WHO: DEPARTMENT OF HEALTH PROMOTION. **Improving Health Through Schools: National and International Strategies**. 1999.

WHOQOL GROUP. **Measuring quality of life: development of the World Health Organization Quality of Life Instrument** (**WHOQOL**). Geneva: World Health Organization, 2000.

ANEXOS

TERMO DE COMPROMISSO

A Sociedade Esporte Abraça Campinas (SEAC)/ 2ºTempo Campinas,declara estar ciente do conteúdo do Projeto de Pesquisa “APTIDÃO FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA ESPORTIVO DE INCLUSÃO SOCIAL.”que será realizado nas praças esportivas municipais da cidade de Campinas, envolvendo as crianças de ambos os sexos, de 7 a 10 anos de idade, após assinatura do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO por parte de seus respectivos pais ou responsáveis garantindo às crianças o direito de optarem pela não participação. Projeto este que será realizado pelo pesquisador e graduando Eduardo da Silva Ribeiro do Departamento de Educação Física Adaptada, da Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas orientado pelo Professor Dr. Roberto Vilarta.

Declaro também que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde de número 196/96 e suas complementares e como esta instituição possui condições e interesse que este projeto seja desenvolvido.

_____

Sociedade Esporte Abraça Campinas

Campinas, _____ de _____ de 2010

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a)

Realizaremos neste semestre um projeto de pesquisa com o objetivo de investigar o estado de Aptidão Física e Qualidade de Vida das crianças participantes do Programa Segundo Tempo do Município de Campinas.

A realização desta pesquisa nos ajudará a obter informações sobre a aptidão física e a qualidade de vida das crianças participantes do Programa para a avaliação e planejamento das ações voltadas para a promoção da saúde dos escolares.

Este projeto de pesquisa será desenvolvido pelo pesquisador Eduardo da Silva Ribeiro orientado pelo Professor Dr. Roberto Vilarta da Faculdade de Educação Física da UNICAMP.

Para avaliar as crianças, de 7 a 10 anos de idade, vamos usar meios que não causam nenhum risco para a integridade física, psíquica e social das mesmas. Vamos medir a altura e o peso. As crianças estarão vestindo o seu uniforme de verão (camiseta e bermuda). Serão avaliadas dentro do ambiente em que são realizadas as atividades, em uma sala reservada, por profissionais capacitados para tal, sendo garantido o direito das mesmas em não participarem. Será garantido o sigilo de todos os dados obtidos. Os pais e responsáveis serão comunicados dos resultados através dos monitores que os acompanham nas atividades do Programa.

Colocamos-nos à disposição para os esclarecimentos necessários através dos telefones de contado do pesquisador responsável, Eduardo da Silva Ribeiro: (19) 92245456.

Assim, solicitamos a Vossa Senhoria o preenchimento dos dados abaixo, referentes à anamnese de seu filho(a) e a autorização para que o(a) mesmo (a) possa participar do projeto.

Desde já, agradecemos a sua colaboração.

Atenciosamente,

_____

Eduardo da Silva RIbeiro
Graduando da FEF - UNICAMP

_____

Prof. Dr. Roberto Vilarta
Co-orientador da FEF - UNICAMP

_____

Doutoranda Estela Marina Alves Boccaletto
Orientadora da FEF – UNICAMP

FICHA DE AVALIAÇÃO

I- Identificação **Data: _____/_____/2010**

Nome:	**Idade:**
Escola:	
Data de nascimento ____/____/____	**Sexo: M ( ) F ( )**
Turma: _____ Série: _____	**Período: Manhã ( ) Tarde ( )**

II- Antropometria

Dados	**Medida**	**Observações**
Peso corporal (Kg)		
Estatura (cm)		
IMC (Kg/cm^2)		
Circunferência da cintura (cm)		

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA – AUQUEI

Nome: _____

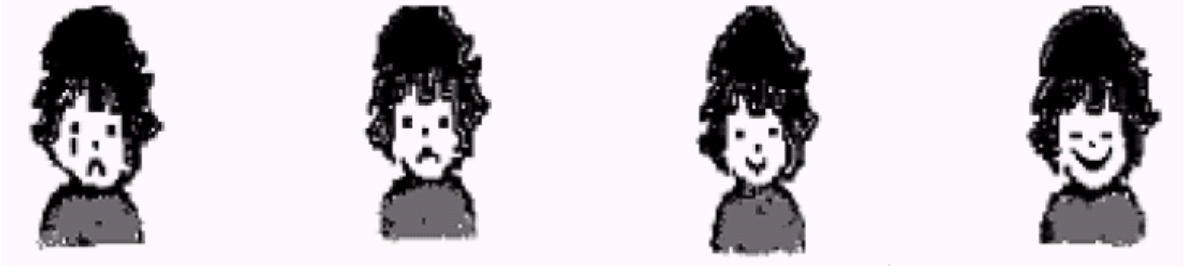
Idade: _____ Sexo: M ☐ F ☐ Data: _____/_____/ 2010

Gostaria de saber **como você se sente em relação a algumas situações no seu dia-a-dia em que você se sente muito infeliz, infeliz, feliz e muito feliz**

LEMBRE-SE:

A. Não existe certo ou errado - **este questionário não é um teste**.

B. Por favor, responda a todas as questões de forma sincera e precisa - **é muito importante para o resultado** da pesquisa.



Muito Infeliz Infeliz Feliz Muito Feliz

A. Algumas vezes você está muito infeliz? Diga por quê:
_____
_____

B. Algumas vezes você está infeliz? Diga por quê:
_____
_____

C. Algumas vezes você está feliz? Diga por quê:
_____
_____

D. Algumas vezes você está muito feliz? Diga por quê:
_____
_____

DIGA COMO VOCÊ SE SENTE:		MUITO INFELIZ	INFELIZ	FELIZ	MUITO FELIZ
1	À mesa, junto com a sua família.				
2	À noite, quando você se deita.				
3	Se você tem irmãos, quando brinca com eles				
4	Á noite, ao dormir.				
5	Na sala de aula				
6	Quando você vê uma fotografia sua				
7	Em momentos de brincadeiras, durante o recreio escolar.				
8	Quando você vai a uma consulta médica				
9	Quando você pratica um esporte				
10	Quando você pensa em seu pai				
11	No dia do seu aniversário				
12	Quando você faz as lições de casa				
13	Quando você pensa em sua mãe				
14	Quando você fica internado no hospital				
15	Quando você brinca sozinho (a)				
16	Quando seu pai ou sua mãe fala de você				
17	Quando você dorme fora de casa				
18	Quando alguém pede que mostre alguma coisa que você sabe fazer				
19	Quando os amigos falam de você				
20	Quando você toma os remédios				
21	Durante as férias				
22	Quando você pensa em quando tiver crescido				
23	Quando você está longe de sua família				
24	Quando você recebe as notas da escola				
25	Quando você está com os seus avós				
26	Quando você assiste televisão				

FICHA DE AVALIAÇÃO DOS TESTES MOTORES

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____ Sexo: ( ) M ( ) F

Data de Nascimento: ____/ ____/ _____ Idade: _____

Endereço:_____

Bairro: _____ CEP: _____

Fone:_____

Série: _____.

2. TESTES MOTORES:

Flexibilidade: 1ªM: _____ 2ªM: _____ 3ªM: _____.

Abdominal: _____

Corrida/Caminhada de 9 minutos: _____.

DATA DA AVALIAÇÃO: _____/_____/_____.

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____responsável pelo aluno(a) _____ declaro que as informações da anamnese são verdadeiras e assim, autorizo o meu filho(a) a participar no Projeto de Pesquisa **APTIDÃO FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA ESPORTIVO DE INCLUSÃO SOCIAL** a ser realizado nas praças esportivas que desenvolvem as atividades do Programa Segundo Tempo do Município de Campinas – SP, em 2010, de acordo com as condições mencionadas no presente termo.

Assinatura do pai ou responsável_____

Número do RG _____

Campinas, _____ de _____ de 2010.