



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR
Diretoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Mestrado em Saúde Coletiva

DEMÉTRIUS CAVALCANTI BRANDÃO

INVESTIGAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E DOS HÁBITOS
RELACIONADOS A SAÚDE EM PRATICANTES DE
CAMINHADA/CORRIDA EM PRAÇAS PÚBLICAS DE FORTALEZA-
CE

FORTALEZA - CEARÁ

2006/2007

Demétrius Cavalcanti Brandão

**INVESTIGAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E DOS HÁBITOS
RELACIONADOS A SAÚDE DOS PRATICANTES DE
CAMINHADA/CORRIDA DE PRAÇAS PÚBLICAS DE FORTALEZA-CE**

Dissertação de Mestrado apresentado à Banca Examinadora da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, como requisito para a obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Mestrando: Demétrius Cavalcanti Brandão

Orientador: Prof. Dr. Carlos Antônio Bruno da Silva

Grupo de Pesquisa: EMAN

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde

Núcleo Temático: Nutrição e Distúrbios Metabólicos

FORTALEZA - CEARÁ

2006/2007

INVESTIGAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E DOS HÁBITOS
RELACIONADOS A SAÚDE DOS PRATICANTES DE
CAMINHADA/CORRIDA DE PRAÇAS PÚBLICAS DE FORTALEZA-CE

Banca Examinadora

Prof. Dr. Carlos Antônio Bruno da Silva - UNIFOR
Orientador

Prof. Dr. Danilo Lopes Ferreira Lima – UNIFOR
Examinador

Prof. Dr. Renan M. Montenegro Júnior – UFC
Examinador

Prof^ª Dr^a Maria Teresa Moreno Valdés - UNIFOR
Suplente

Agradecimentos

A Deus pelo dom da vida e dádivas a mim concebidos.

Aos meus pais, Dinaldo (*in memoriam*) e Eliége, que me apoiaram em meus primeiros passos e me deram os ensinamentos morais, possibilitando ser um homem ético.

A minha esposa (Juliana) companheira de todas as horas e a Ana Júlia, minha filha que nasceu junto com essa dissertação, pela compreensão de sempre escutar:” Papai está estudando, depois ele brinca com você”. Vocês são meus dois amores.

Ao meu orientador Prof.Dr.Carlos Bruno, pela paciência, coerência e firmeza em suas colocações, e pelo auxílio nesse momento final.

Aos participantes do grupo de estudo- Alisson, Sávia, Adriana, Brígida, Sheyla, André, Elio de Angelis- que me ajudaram nas coletas dos dados.

Aos meus mentores e anjos guardiões, que sempre intuíram minhas necessidades.

RESUMO

As formas como as pessoas vivem, as escolhas que fazem, são parte do que chamamos estilo de vida. Observa-se, a miúdo, uma preocupação maior pela saúde obtida a na prática de atividade física, frequentemente sem qualquer orientação profissional. O limiar entre a prática saudável e a obsessiva é muito tênue e, frequentemente se encontram transtornos comportamentais relacionados á pratica da atividade física e a exageros dietéticos. Esta pesquisa teve como objetivos investigar os hábitos relacionados a saúde e à prevalência de sobrepeso/obesidade dos praticantes de atividade aeróbica (caminhada/corrida) de praças públicas da cidade de Fortaleza –Ceará -Brasil.Consistiu de um estudo transversal descritivo , tendo sido realizada de 10 de outubro a 30 de novembro de 2007, cuja amostra foi constituída de 180 indivíduos, entrevistados e submetidos a uma avaliação antropométrica em praças de Fortaleza. Questionou-se sobre os aspectos biossociais, bem como acerca de co-morbidades e utilização de medicamentos. Na avaliação antropométrica, obteve-se peso, altura, perímetro da cintura(PC), abdominal(PA) e pélvica(PP), e dobras cutâneas. Foram utilizados o Índice de massa corporal(IMC), índice relação cintura quadril(IRCQ) e circunferência abdominal(CA), bem como o protocolo de *Pollock* para três dobras. Observou-se predomínio do sexo feminino(62,8%), escolaridade compatível com o ensino médio (37,8%). Da amostra pesquisada, 48,9% estavam sem avaliação médica e 75,6% sem avaliação física. A maioria (82,8%) prefere a prática da caminhada proximidade da residência (49,9%), pelo horário da manhã (66,7%) sem outra atividade física (60,0%). Do total, 58,3% se alimentam antes de se exercitarem; destes, 46,1% consomem frutas ou sucos, 63,3% não realizam qualquer tipo de dieta, e dos que realizam 16,7% o fazem por conta própria e 8,9% foram a um nutricionista. Dos entrevistados, 52,8% não têm qualquer tipo de doença, e , dos que referiram, 22,8% são hipertensos. Os medicamentos mais utilizados foram os anti-hipertensivos (28,3%). O estudo demonstrou que 41,7% têm obesidade leve ou sobrepeso e que 15,1% portam obesidade moderada. Pelo PA, detectou-se um risco em 37,4% como muito aumentado e 28,2% como aumentado. Quanto ao IRCQ, foram encontrados 38,8% muito altos e 31,1% altos. O perfil de adiposidade cutânea foi de 24,8% classificados como muito ruim e 21,8% como ruim. A obesidade é um problema de saúde coletiva, sendo necessárias medidas que possibilitem diminuir este quadro populacional. Conclui-se neste trabalho que o perfil corporal da amostra dos praticantes de caminhadas das praças é insatisfatório, com indicações de avaliação médica e física, bem como necessidade de orientação especializada para a prática esportiva e nutricional adequada.

Palavras - Chave: Sobrepeso/Obesidade, Promoção da Saúde, Atividade Física.

ABSTRACT

The way people live, their choices, are a piece of the so called life style. One can notice a greater concern on health obtained from working out, very often without a professional tutoring. The boundary between healthy and obsessive practice is very subtle and behavior disorders are often related to the practice of physical exercises and diet misuses. This research aimed at investigating habits concerned to health and overweight/obesity prevalence among people who practice aerobic activities (walking and jogging) in public squares from Fortaleza, Ceara, Brazil. The transversal, descriptive study was carried out from October 10th to November 30th of 2007, and the sample was made of 180 individuals, who were interviewed and submitted to an anthropometric assessment at Fortaleza's squares. The study queried on biosocial aspects, as well as comorbidities and the use of medication. For anthropometric assessment, weight, height, waist, abdominal and pelvic circumferences, and skinfold thickness were measured. The study used the body mass index (BMI), the waist-t-hip ratio, the abdominal circumference, as well as Pollock's Protocol to three skinfolds. Female gender was predominant (62.8%), with education level compatible with High School (37.8%). From the analyzed sample, 48.9% did not have physical assessment. Most of subjects (82.8%) prefer practicing walks next to their homes, in the morning (66.7%), without an additional physical activity (60.0%). From the total number, 58.3% get fed before working out; 46.1% of these consume fruits or juices, 63.3% do not follow any diet, and among the ones who follow diets 16.7% go on such diets by themselves, and 8.9% visited a nutritionist. From people interviewed, 52.8% do not present any kind of illness, and among the ones who report illnesses, 22.8% are hypertensive. The most used medication were antihypertensives (28.3%). The study showed that 41.7% have mild obesity or overweight and that 15.1% have moderate obesity. From abdominal circumference, the study detected a very increased risk in 37.4% and an increased risk in 28.2% of subjects. As it concerns to BMI, the research found 38.8% very increased and 31.1% increased. Cutaneous adiposity profile was classified as very bad (24.8%) and bad (21.8%). Obesity is a collective health problem, and it demands actions which may provide a decreasing of such population framework. The study concludes that the subjects who walk for exercise's body profile is unsatisfactory, as they need medical and physical assessments as well as professional instruction to appropriate sportive and nutritional practices.

KEY-WORDS: overweight/obesity; health promotion; physical activity.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACOES

IMC- Índice de massa corpórea

IRCQ- Índice de correlação cintura quadril

OMS- Organização Mundial de Saúde

% G- Percentual de gordura

WHO- World Health Organization

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	08
OBJETIVOS	12
MANUSCRITO I	13
MANUSCRITO II	33
DIFICULDADES E SUGESTÕES	52
REFERÊNCIAS	53
Apêndice I	54
Apêndice II	56

INVESTIGAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E DOS HÁBITOS RELACIONADOS A SAÚDE DOS PRATICANTES DE CAMINHADA/CORRIDA EM PRAÇAS PÚBLICAS DE FORTALEZA-CE

INTRODUÇÃO

As evidências científicas demonstram que a atividade física adequada tem impacto muito vasto na saúde do homem, pois reduz o risco, tanto de desenvolver como de morrer de doenças cardiovasculares, responsáveis por trinta por cento do número total de óbitos, além de reduzir o risco de desenvolver o diabetes do tipo dois (responsável por noventa por cento do número total de diabetes) e o câncer do cólon. Exercícios físicos ajudam a reduzir/evitar a hipertensão e a osteoporose, reduzem o estresse, a ansiedade e as tendências depressivas, auxiliando também no controle do peso. A atividade física contribui para aumentar a capacidade funcional das pessoas mais idosas e, sob a forma de jogos e desporto, pode auxiliá-los a reforçar a interação e a integração social. Em todas as idades, coadjuvam na constituição e manutenção de ossos saudáveis, músculos e as articulações. Quando ligada a uma dieta saudável, a redução ou eliminação do tabaco e de outras substâncias prejudiciais, a atividade física contribui para a melhoria da prevenção das doenças não transmissíveis e reforça o bem-estar e a saúde geral, (OMS, 2002). A Organização Mundial de Saúde (OMS) elegeu o ano de 2002 para falar sobre o tema "Atividade Física na Prevenção de Doenças", mostrando, assim, o quanto a prática desta modalidade se torna importante na prevenção de doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, entre outras.

O excesso de peso, historicamente, é associado a vários tipos de doenças crônico-degenerativas (NIEMAN, 1999).

As doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de morte no Brasil, havendo nítida correlação entre o ganho de peso ponderal e o excesso deste com as doenças cardiovasculares (MANCINI, 2001).

No cenário atual da atividade física, o profissional de Educação Física encontra algumas questões que possibilitam formatar um trabalho criterioso e respaldado nos princípios da cientificidade. Dentre estas questões, faz-se importante saber que: a) a estimativa da composição corporal constitui um componente importante em um programa abrangente de aptidão física; b) é relevante a avaliação do aluno ou atleta para a elaboração e montagem de um programa de treinamento, (KATCH & MCARDLE, 2003 e CARNAVAL, 1999).

A antropometria é um ramo auxiliar da ciência que vem se desenvolvendo desde os antigos egípcios e hindus, os quais já possuíam a curiosidade de medir seus corpos, empregando partes do corpo como unidades de medida, como o dedo médio, o polegar, o pé etc. Esta ramificação do conhecimento foi evoluindo, com destaque para Da Vinci, Viola, Pende, até chegar a Clarcke, que observa a influência dos fatores antropométricos no desempenho atlético, segundo Carnaval(1999). Torna-se, então, necessário saber avaliar a composição corporal do aluno, sua estatura, o peso, entre outros componentes de uma avaliação antropométrica.

A antropometria, com suas variáveis, serve como fator de avaliação para o treinamento físico, como medidas de perímetro diâmetro etc. Por seu intermédio, pode-se saber o atual estado físico do avaliado e qual a evolução que ele mesmo obteve com o treinamento. Bompa (2000) e Fernandes (1999) consideram importante definir, antes de iniciar um treinamento, além da condição física e dos testes neuromusculares, a predição da massa corporal gorda e magra. Desta forma, pode-se averiguar, antes e após o período de treinamento, os resultados obtidos com este.

“A obesidade é definida como um acúmulo excessivo de gordura corporal”, (KATCH & MCARDLE 2003, pág.573). É a obesidade um dos fatores de preocupação do mundo moderno, quando se utilizam de “fast food” e alimentos ricos em gordura como fonte alimentar. Relacionado a este evento, encontra-se também o sedentarismo. O consenso existente na literatura é que a atividade física regular protege o risco de cardiopatia. Uma das formas de diagnosticar a obesidade é fazendo-se a divisão do peso em kg dividido pela altura (em metro) ao quadrado. Esta relação é o que os cientistas denominaram de índice de massa corpórea (IMC),(POLLOCK E WILMORE, 1993). Outra forma de correlacionar um indivíduo obeso é pela predição do percentual de gordura, em que percentuais de 26 a 38% para homens e 33 a 49% para mulheres são considerados um percentual muito ruim, (POLLOCK E WILMORE, 1993). Percentuais bons são de 13% a 17% para homens e 17% a 25% para mulheres.

Até bem pouco tempo, podia-se argumentar que a maioria das pessoas estava demasiado envolvida na procura de meios de subsistência, não sendo necessário, por isso, encorajar mais atividade física. Em virtude, porém, do crescente aumento do estilo de vida sedentário, conseqüência da urbanização e do trabalho de colarinho-branco, mais e mais pessoas no Território brasileiro estão se tornando menos ativas. A urgência de mais atividade física é ainda maior atualmente, pois relatórios recentes indicam que mesmo as crianças no Território brasileiro estão cada vez menos ativas. O desemprego, a pobreza, o meio-ambiente duro e a instabilidade social estão fazendo com que cada vez menos jovens neste Continente se envolvam em atividades físicas saudáveis. Tanto as crianças como os adultos em circunstâncias difíceis, e em ambientes inadequados, não pode-se envolver em atividades físicas agradáveis e que reforçam a saúde. Segundo a Dra.Gro Harlem Brundtland(Diretora

Mundial da OMS), no comunicado de imprensa conjunto da OMS/FAO 32, de 23 de abril de 2003,:

...As doenças cardiovasculares, o diabetes, o câncer e a obesidade, já não são mais problemas exclusivos de países ricos.

“Sabe-se que no decorrer do processo de envelhecimento ocorre um acúmulo de gordura e uma diminuição do peso magro. (CAMPOS, 2001, pág.146)”.

Neste estudo, procura-nos observar se as mulheres possuem um IMC mais baixo e se os homens tendem a ter um IMC mais alto. Será que as mulheres tendem a ser magras e/ou saudáveis? Existem correlações entre o % de gordura e IMC? Os que têm IMC elevado tendem a ter o percentual de gordura também elevado? Os que têm perímetro de abdome e relação cintura/quadril alto tendem a ter altos percentuais de gordura?

Vale ressaltar que, como se trata de um “estudo de perfil”, os resultados obtidos só serão válidos para os praticantes. As conclusões que foram obtidas, não podem ser generalizadas, contudo, a grande contribuição deste ensaio é fornecer o conhecimento aprofundado sobre o perfil antropométrico obtido no campo de estudo, cujos resultados atingidos podem permitir a formulação de hipóteses para encaminhamento de outras pesquisas.

Desta forma, diante deste quadro mundial e dentro de uma perspectiva de possibilitar aos praticantes de atividades físicas em praças uma atividade orientada, com vistas a realizar uma intervenção na promoção da saúde deles e sendo a obesidade hoje sinônimo de doença, surge nesse sentido a necessidade de investigar o perfil antropométrico e os hábitos relacionados à saúde dos praticantes, ingressando em programas de atividade física em praças da cidade de Fortaleza, para a realização de uma intervenção profissional na promoção da saúde.

OBJETIVOS

GERAL

Investigar o perfil antropométrico de amostra de praticantes de atividade física, não orientada, por parte de duas praças da cidade de Fortaleza, analisando os seus hábitos relacionados à saúde.

MANUSCRITO I

INVESTIGAÇÃO DOS HÁBITOS RELACIONADOS A SAÚDE DOS PRATICANTES DE CAMINHADA/CORRIDA

Autores:

Demétrius Cavalcanti BRANDÃO¹

Carlos Antônio Bruno da SILVA²

1. Profissional de Educação Física; professor do curso de Ed.Física FIC, pós graduando em Saúde Coletiva - UNIFOR demetrius@fic.br

2. Médico endocrinologista; professor -titular da Universidade de Fortaleza carlosbruno@unifor.br

RESUMO

As formas como as pessoas vivem, as escolhas que fazem, constituem parte do que chamamos estilo de vida. Dizemos parte porque algumas das opções que fazemos estão relacionadas com o contexto no qual vivemos, com a cultura da nossa região, com os hábitos adquiridos nos ambientes familiares e sociais, e sobre o conhecimento acumulado acerca da saúde que se dispõem em determinados momentos. Este trabalho teve como objetivo investigar os hábitos relacionados à saúde da amostra dos praticantes de atividade aeróbica (caminhada/corrída) de praças públicas da cidade de Fortaleza- Ceará- Brasil. Tratou-se de um estudo transversal-descritivo. A amostra foi constituída de 180 sujeitos, havendo se realizado de 10 de outubro de 2007 à 30 de novembro de 2007, distribuídos de forma aleatória. As variáveis estudadas foram sexo, idade, realização de exame médico e físico,

prática prévia de atividade física, preferência de atividade e padrão alimentar. Observamos neste estudo um predomínio do sexo feminino (62,8%), 37,8% dos quais possuem apenas o ensino médio. 48,9% não realizaram exames médicos antecedentes a prática de exercícios, bem como é ausente a realização de uma avaliação física (75,6%). Do grupo estudado, 82,8% preferem a prática da caminhada, e pelo horário da manhã,(66,7%), e estes não praticam outra atividade física (60,0%). A procura pela praça se deu pela proximidade da residência e/ou trabalho (49,4%).Cerca de 58,3% alimentam-se antes de se exercitar. Dos que se alimentam, 46,1% consomem frutas ou sucos. A maioria não realiza qualquer tipo de dieta (63,3%) e dos que realizam dieta, o fazem por conta própria (16,7%); destes, 8,9% foram a um nutricionista. Dos praticantes 52,8% não têm qualquer tipo de doença. Dos que referiram ter alguma doença, 22,8% são hipertensos, confirmando como medicamentos mais utilizados os anti-hipertensivos (28,3%), seja ele diurético ou beta-bloqueador. Conclui-se que o predomínio foi de mulheres do ensino médio, que não realizaram exames médicos e avaliação física antecedentes à prática de exercícios. O exame mais realizado foi ergométrico de esforço. A prática preferida de caminhada recaiu no horário da manhã. A procura pela praça se deu pela proximidade da residência e/ou trabalho, tendo-se observado que se alimentam antes do exercício, sendo frutas ou sucos os alimentos mais consumidos. Não realizam qualquer tipo de dieta e quando o fazem, é sem orientação profissional. Os praticantes em sua maioria não têm qualquer tipo de doença. Dos que referiram ter alguma patologia, predominou a hipertensão.

Palavras chaves: Perfil, risco a saúde, atividade física.

ABSTRACT

The way people live, their choices, are a piece of the so called life style. One calls it a piece because some of the options we choose have correlation with our current context, with our culture, with family and social habits, and with knowledge on health we gather. This research aimed at investigating habits concerned to health and overweight/obesity prevalence among people who practice aerobic activities (walking/jogging) in public squares from Fortaleza, Ceara, Brazil. The transversal, descriptive study was carried out from October 10th to November 30th of 2007, and the sample was made of 180 individuals, arbitrarily selected. Variables considered were gender, age, medical and physical examinations, previous physical activity practice, preference for physical activity and dietary pattern. Female gender was predominant (62.8%), with education level compatible with only High School (37.8%). 48.9% of the group did not have physical assessment previous to the practice of physical exercises, as well as it lacks a physical assessment (75.6%). 82.8% of subjects prefer practicing walks in the morning (66.7%), and the latter do not practice another physical activity (60.0%). The search for the square was due to the nearness from their home or workplaces. About 58.3% get fed before working out; 46.1% of these consume fruits or juices, Most of studied individuals (63.3%) do not follow any diet, and among the ones who follow diets 16.7% go on such diets by themselves; among the latter, 8.9% visited a nutritionist. From people interviewed, 52.8% do not present any kind of illness, and among the ones who report illnesses, 22.8% are hypertensive, reporting the use of hypertensive medication, either diuretic or beta-blocker. The study shows a predominance of High schooled women, who were not submitted to medical and physical assessments previously to the physical exercise practice. Exercise test was the most used examination. The preferred exercise practice of walking was mostly accomplished in the morning. The search for squares was due to nearness from homes/workplaces, and subjects feed before working out, with

predominance to fruits or juices. They do not follow any special diet and when they do, do it without professional instruction. In the current study, most people who exercise do not have any illness. Among the ones who reported illness hypertension was predominant.

KEYWORDS: profile, risk to health, physical activity.

INTRODUÇÃO

A forma como as pessoas vivem e as escolhas que fazem são parte do que chamamos estilo de vida. Dizemos parte porque algumas das opções que fazemos estão relacionadas com o contexto no qual vivemos, com a cultura da nossa região, com os hábitos adquiridos nos ambientes familiar e social e sobre o conhecimento acumulado acerca da saúde que se dispõe em determinados momentos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE- OPA).

Para Rouquayrol e Almeida Filho (1999, pág 288), estilo de vida são “hábitos e comportamentos auto-determinados, adquiridos social ou culturalmente, de modo individual ou em grupo.”

Guedes & Guedes (1995), ensinam que o avançar da tecnologia contribuiu de forma significativa para aumentar o padrão de vida do homem moderno, mas, ao mesmo tempo, vem acarretando uma série de riscos para a sua saúde.

O estilo de vida sedentário é o componente decisivo e mais importante na relação entre o excesso de mortalidade e o sobrepeso. Uma vida sedentária faz aumentar as taxas de mortalidade por todas as causas, e parte desse efeito pode estar relacionada a aumento de gordura e suas co-morbidades (PATE ET AL.,1995; BOUCHARD, 2003).

Observa-se que o estilo de vida sedentário, ou a inatividade física, além de ser um contribuinte para a obesidade, é também um fator de risco cardiovascular, já que o coração é sobrecarregado, ao realizar atividades de vida diária de maior intensidade, como subir escadas, por exemplo.

Para Nahas(2001), a atividade física é uma manifestação do comportamento humano com determinações de ordem biológica e cultural. A ação exercida pela atividade física na saúde das pessoas e das populações vem sendo estudada nestes últimos tempos, tendo como base dois objetivos básicos: por um lado, expressar a influência sobre morbi -

mortalidade, para, a seguir, formular programas, os quais, recomendam-se sua adoção sistemática, possibilitem melhorar o bem-estar e, conseqüentemente, a qualidade de vida (MENOTTI, 1992).

Baseando-nos, nestes estudos, a presente pesquisa teve como objetivo investigar os hábitos relacionados à saúde dos praticantes de atividade aeróbica (caminhada/corrída) em praças públicas da cidade de Fortaleza.

MÉTODOS

Tipo de Estudo

A pesquisa consistiu de um trabalho transversal, descritivo e quantitativo.

Local e período do estudo

A coleta de dados ocorreu no período de 10 de outubro a 30 de novembro de 2007, nos horários de 6h às 9h e 17h às 20h, nas praças General Eudoro Correia(av.Desembargador Moreira) e Pólo de Lazer Professor Gustavo Braga (av.João Pessoa)

População e amostra

O universo da pesquisa consistiu de todos os praticantes de caminhada/corrída que exercessem suas atividades nas praças. A seleção da amostra efetivamente estudada foi feita de forma aleatória, após a aceitação voluntária de participar da pesquisa.

A amostra foi constituída de 180 sujeitos, tendo sido usado questionários, distribuídos de forma aleatória.

Critério de Inclusão/Exclusão

Praticar atividade de caminhada e corrida nas referidas praças entre 6h e 9h da manhã e 17h e 20h da tarde/noite, foi o critério. Transeuntes e/ou não-praticantes, ou ainda que exercitam a prática apenas uma vez por semana foram excluídos da pesquisa.

Métodos e técnicas de obtenção dos dados

Foi aplicado inicialmente o questionário, contendo questões fechadas, a respeito dos aspectos biológicos(idade- dividida em décadas-, sexo), de motivação para a prática de atividade física, além de quadros patológicos associados. As variáveis estudadas foram: Idade, Sexo, Atividade Praticada (Caminhada/Corrida), Horário/Turno(manhã, tarde/noite) em que costumam realizar a atividade. Qual o motivo levou a que se escolhessem a praça; O hábito alimentar antes da realização da atividade física e realização de dietas; realização de exames médico e físico antes dos exercícios; indicação de profissional para a realização de exercícios; comprometimento à saúde como doença existente e uso de medicamentos.

Aspectos Éticos

A pesquisa seguiu os preceitos da Resolução no.196/96, do Conselho nacional de saúde, tendo todos os pesquisados assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e sendo a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza-UNIFOR.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características biossociais

Foi avaliado um total de 180 praticantes de caminhada. A faixa etária dividida em décadas demonstrou maior prevalência de pessoas na faixa de 51 a 60 anos, com 44 indivíduos(24,4%),(Tabela 1).

Em relação ao sexo, as mulheres predominam, sendo 113 (62,8%), comparadas com 67 (37,2 %) dos homens (tabela 1).

Tabela 1. Características biossociais da amostra de praticantes de caminhada. Fortaleza, 2007.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	67	37,2
Feminino	113	62,8
Idade		
10-20	11	6,1
21-30	22	12,2
31-40	22	12,2
41-50	36	20
51-60	44	24,4
61-70	32	17,8
71-80	10	5,6
81-90	3	1,7
Escolaridade		
Ensino fundamental	32	17,8
Ensino médio	68	37,8
Superior incompleto	19	10,6
Superior completo	50	27,8
Pós-graduação	11	6,1
Total	180	100

Fonte: Pesquisa direta.

Observamos neste estudo que o grau de escolaridade de maior prevalência ocorreu no ensino médio, em 68 (37,8%), enquanto a menor frequência foi em 11 (6,1%), que possuem pós-graduação. (Tabela 1)

Prática de atividade física

No que diz respeito à atividade física praticada, 149 (82,8%) realizam a caminhada, enquanto 30 (16,7%) realiza corridas e 1 (0,6 %) praticava Tai - Chi- Chuan.

Quando perguntados se pratica outra atividade física associada a caminhada e corrida, 62 (40%) afirmaram que praticavam. Enquanto isso, 108 (60%) não praticavam nenhuma outra atividade física.

Destes que praticam outra atividade física além da caminhada e corrida na praça, a atividade predominante foi musculação, com 25 pessoas (13,9%) e 1 (0,6%) fazia nado sincronizado e ciclismo.

A prescrição de exercícios adequados para mulheres deve ser capaz de reduzir os efeitos deletérios do sedentarismo. Para que ocorra melhor relação risco/benefício, a prática regular destes deve obedecer à determinação dos fundamentos: modalidade, duração, frequência, intensidade e modo de progressão devem ser os principais parâmetros a observar (DE ROSE, et. al.2000).

Tabela 2. Distribuição da amostra de praticantes de caminhada, segundo as características de prática esportiva. Fortaleza, 2007.

Variáveis	n	%
Atividade física praticada na praça		
Caminhada	149	82,8
Corrida	30	16,7
Outros	1	0,6
Atividade concomitante		
Nenhuma atividade concomitante	108	60,0
Musculação	25	13,9
Ginástica	4	2,2
Hidroginástica	5	2,8
Dança	3	1,7
Natação	3	1,7
Futebol	6	3,3
Alongamento	8	4,4
Tai- Chi -Chuan ou Yoga	16	8,9
Ciclismo	1	0,6
Nado Sincronizado	1	0,6

Motivação para prática da atividade		
Saúde	73	40,6
Financeiro	4	2,2
Mídia	2	1,1
Proximidade	89	49,4
Ambiente	12	6,7
Preferência de horário		
6 as 9h	120	66,7
17 as 20h	58	32,2
Outros	2	1,1
Frequência de prática de atividade física		
Duas	10	5,6
Três	39	21,7
Quatro	25	13,9
Cinco ou mais	106	58,9
TOTAL	180	100

Fonte: Pesquisa direta.

Quando questionado sobre o que motivou a procurar a praça para a realização da sua atividade, 89 pessoas (49,4%) relataram ser pela proximidade de sua residência ou trabalho e apenas 2 (1,1%) pela mídia. Enquanto isso, 73 (40,6%) procuram-na pela questão saúde, 12 (6,7%) pelo ambiente agradável e 4(2,2%) por motivos financeiros.

Quanto à preferência no horário de praticar a sua atividade habitual, os participantes preferem entre 6 e 9hs da manhã, com 120 (66,7%) dos casos e 58 (32,2%) das 17 às 20h; em apenas 2 (1,1%) dos casos preferem outro horário.

Quanto à frequência da atividade, 106 (58,9%) praticantes realizam a caminhada/corrida em cinco vezes ou mais por semana, 25(13,9%) o fazem quatro vezes por semana, 39(21,7) realizam durante três vezes semanais, enquanto apenas 10 (5,6%) realizam duas vezes por semana.

Práticas alimentares relacionadas ao exercício

Um número significativo, 58(32,2%) não realiza nenhuma refeição antes de realizar exercício, enquanto 105(58,3%) se alimentam antes de exercitar-se. E apenas 17(9,4%) alimentam-se às vezes.

Tabela 3. Distribuição da amostra de praticantes de caminhada, segundo as práticas alimentares relacionadas ao exercício. Fortaleza, 2007.

Variáveis	n	%
Alimentação prévia a atividade física		
Sim	105	58,3
Não	58	32,2
Às vezes	17	9,4
Tipo de alimento antes da atividade física		
Não expressaram	61	33,9
Fruta ou Suco	83	46,1
Café ou Leite	28	15,6
Pão Bolo	3	1,7
Outros	5	2,8

Fonte: Pesquisa direta.

Essa prática torna-se perigosa, visto que, segundo Costill e Wilmore(2001), os carboidratos servem de nutrientes para a prática efetiva de exercícios e, na ausência destes, o organismo buscará na proteína (lipogênese) e gordura (gliconeogênese- processo pelo qual as proteínas ou as gorduras são convertidos em glicose), fonte de energia para prover nutrientes necessários à combustão, possibilitando ATP suficiente para a realização da atividade. Para Katch e McArdle(2002), em caso de inanição ou quando estivermos sem ingerir carboidrato há mais de quatro horas, o organismo utilizará as proteínas para possibilitar energia suficiente para a contração muscular. Desta forma, os praticantes correm o risco de perder massa magra em vez de gordura.

Do total de praticantes estudados, 83 (46,1%) se alimentam de suco ou fruta, 28 (15,6%) de café ou leite e 3 (1,7%) de pão e bolo. Durante a contração muscular, o carboidrato é o principal combustível utilizado e é o nutriente mais importante para o desempenho atlético (COYLE, 1997). Compreende-se, então, que os praticantes que se alimentam antes da prática, em sua maioria, utilizam o alimento adequado.

Orientação para a prática da atividade física

Dos praticantes entrevistados, 105 (79,5%) se exercitam sem nenhuma orientação profissional e 27 (20,5%) foram orientados por algum profissional quanto a frequência, intensidade e duração da atividade física.

Tabela 4. Distribuição da amostra de praticantes de caminhada, segundo orientação profissional para a prática de atividade física. Fortaleza, 2007.

Variáveis	n	%
Orientação profissional		
Sim	47	26,1
Não	133	7,39
Profissional orientador		
Nenhuma	120	66,7
Prof.Ed.Física	10	5,6
Prof.Academia	5	2,8
Médico	44	24,4
Outros	1	0,6
Importância da prescrição da atividade física		
Tanto faz (indiferente)	29	16,1
Muito bom	82	45,6
Bom	43	23,9
Interessante	26	14,4

Fonte: Pesquisa direta.

Dos que receberam orientação, apenas 10(5,6%) foram de profissionais de Educação Física e 44(24,4%) de médicos, enquanto 5(2,8%) do professor da academia e 1(0,6%) de outros profissionais. Isto nos revela que necessitamos ampliar a interdisciplinaridade nos meios de saúde.

Quando perguntados sobre o interesse em receber orientação de profissional qualificado, apenas 82(45,6%) disseram ser muito bom que alguém lhes prescrevesse exercícios, enquanto 29(16,1%) parecem não se importar com a prescrição adequada, 26(14,4%) acharam que seria interessante que fossem orientados e 43(23,9%) disseram ser bom alguém prescrever atividade física.

Avaliação física

Dos entrevistados, 136(75,6%) não fizeram avaliação física e apenas 44(24,4%) realizaram-na para que pudessem iniciar a prática de exercício. Bompa & Cornachia(2000) e Fernandes Filho(1999) consideram importante definir, antes de iniciarmos um treinamento, além da condição física e dos testes neuromusculares, a predição da massa corporal gorda e magra. Desta forma, podemos averiguar antes e após o período de treinamento os resultados obtidos com este. Como podem, então, esperar resultados satisfatórios?

Tabela 5. Distribuição da amostra de praticantes de caminhada, segundo realização de exames para a prática de atividade física. Fortaleza, 2007.

Variáveis	n	%
Fez avaliação física		
sim	44	24,4
não	136	75,6
Fez avaliação médica		
sim	92	51,1
não	88	48,9
Se afirmativo qual exame médico		
nenhum	82	45,6
ergométrico de esforço	59	32,8
eletrocardiograma	35	19,4
outros	4	2,2

Fonte: Pesquisa direta.

Outro elemento preocupante é o fato de que 88(48,9%) não realizam exames médicos, enquanto 92(51,1%) disseram realizá-lo antes de iniciar os exercícios. Daqueles que disseram realizar exames médicos, 59(32,8%) fizeram um ergométrico de esforço, que é um exame ideal para a prática de exercícios e possível diagnóstico de problemas cardiovasculares (ACSM, 2003). Destes, 35(19,4%) realizaram um eletrocardiograma, que, embora não pareça ser um exame ideal, mas é melhor do que não ter feito nenhum. Apenas 4(2,2%) realizaram outros tipos de exames.

Hábito alimentar e dietas restritivas

No índice de resposta sobre a realização de algum tipo de dieta 114(63,6%) não realizam qualquer dieta, enquanto 66(36,4%) disseram realizar alguma modalidade de programação alimentar.

Tabela 6. Distribuição da amostra de praticantes de caminhada, segundo realização da dieta para a prática de atividade física. Fortaleza, 2007.

Variáveis	n	%
Faz Algum Tipo de Dieta		
Sim	66	36,4
Não	114	63,6
QUEM PRESCREVEU A DIETA		
Não Faz	115	63,9
Por Conta Própria	30	16,7
Nutricionista	16	8,9
Médico	18	10,0
Outros	1	0,6
QUAL DIETA UTILIZA		
Não Informado	140	77,8
Dieta da Sopa	1	0,6
Não Consome Carne Vermelha	7	3,9
Consumo de Frutas	5	2,8
Restrição de Gordura e açúcar	20	11,1
Cortou massas e gordura	6	3,3
Dieta de água e fibra	1	0,6

Fonte: Pesquisa direta.

Um fato ainda peculiar na população consiste na falta de valorização dos profissionais da alimentação, visto que apenas 16(8,9%) procuram um nutricionista, enquanto 30(16,7%) realizam dieta por conta própria.

No item relacionado a qual dieta utilizada, 140(77,8%) não informaram 1(0,6%) realizou a dieta da sopa, isto é, só consome líquidos, 20(11,1%) restringem açúcar e gordura, 6(3,3%) cortaram massas e gorduras e apenas 7(3,9%) não consomem carne vermelha. Enquanto isso, 5(2,8%) fazem o consumo de frutas e 1(0,6%) dieta da água e fibra. Estes dados parecem estar contrários aos dados de Monteiro et. Al.(2000), que demonstraram, nas áreas metropolitanas das regiões Norte e Nordeste, o que mais chama a atenção: o aumento na

importância relativa das carnes (de 12,5% para 14,1% do total calórico) e a expansão do grupo de cereais e derivados (de 30,6% para 32,9%) em detrimento do grupo de raízes e tubérculos (de 12,1% para 8,9%). Em menores dimensões, porém, merecem registro o declínio no consumo relativo de frutas e de sucos naturais (de 3,3% para 2,4%) e um ligeiro aumento na contribuição calórica proveniente do açúcar refinado e dos refrigerantes (de 13,5% para 13,9%). Talvez essa diferença tenha ocorrido pelo ano de realização da pesquisa, visto que essa análise ocorreu de 1987 a 1996, e a nossa é de 2007. Parece, então, que este estudo veio mostrar que as pessoas realizaram modificações no padrão alimentar.

Tabela 7. Distribuição da amostra de praticantes de caminhada, segundo a presença de doença e uso de medicamentos para a prática de atividade física. Fortaleza, 2007.

Variáveis	n	%
Tem algum tipo de doença		
Sim	85	47,2
Não	95	52,8
Qual doença		
Não se aplica	96	53,3
Cardiopatia	7	3,9
Hipertensão	41	22,8
Diabetes	8	4,4
Hipercolesteromia	7	3,9
Depressão	3	1,7
Anemia	1	0,6
Tireóide	1	0,6
Tendinite	1	0,6
Labirintite	2	1,1
Osteopenia ou Osteoporose	2	1,1
Hipertensão e Diabetes	4	2,2
Outros	6	3,3
Usa medicamentos		
Sim	87	48,3
Não	93	51,7
Qual medicamento		
Não Utiliza	94	52,2
Antidepressivo	3	1,7
Corticóide	2	1,1
Anti-hipertensivo	51	28,3
Suplemento Alimentar	6	3,3
Hormônio tireóide	7	3,9
Hipoglicemiante	7	3,9
Aspirina	1	0,6

Insulina	2	1,1
Diminuição do Colesterol	1	0,6
Não Informado	6	3,3

Fonte: Pesquisa direta.

Dos entrevistados, 95(52,8%) não possuem fator agravante na realização da prática de exercícios, requerendo cuidados na exercitação, no entanto, 85(47,2%) relataram possuir alguma doença. As diretrizes do ACSM(2003) recomendam a realização de um teste ergométrico antes de se iniciar qualquer atividade, sendo necessário averiguar o uso de medicamentos e, no caso da diabetes, averiguar a presença de doença arterial periférica, retinopatia, doença renal e neuropatia autonômica, a fim de evitar prejuízos sérios à saúde do praticante.

Dentre as doenças que acometem os praticantes, 41(22,8%) são hipertensos, enquanto 1 anêmico, 1 com problemas na tireóide e 1 com tendinite, apresentando em todos os casos (0,6%). Fica em segundo lugar o diabetes 8(4,4%), e em terceiro cardiopatia e hipercolesteromia 7 e 7 (3,9%). O I Consenso Nacional de Reabilitação Cardiovascular (1997) definiu que, em caso de uso de betabloqueadores, deve-se realizar uma diminuição da frequência cardíaca de treinamento com base na química do efeito medicamentoso sobre os batimentos cardíacos. Então, essas pessoas podem expor sua saúde a risco, quando não procuram efetivar a prática de exercícios com orientação de profissionais qualificados.

O medicamento mais utilizado pelos praticantes é o anti-hipertensivo, com 51(28,3%) dos casos; em segundo lugar, hormônio para tireóide e hipoglicemiante, 7 e 7 respectivamente(3,9%), suplemento alimentar, com 6(3,3%) e 2(1,1%), insulina e corticóide, com os mesmos percentis e n amostral, aspirina e medicamento para diminuição do colesterol, em ambos os casos apenas 1(0,6%) dos casos. Enquanto isso, o uso de antidepressivo foi de 3(1,7%).

CONCLUSÃO

O sexo predominante foi de mulheres e com relação ao grau de instrução, foi observado que a maioria possui apenas o ensino médio. Este fato pode ser motivo da falta de procura na realização de exames médicos antes da prática de exercícios, bem como da ausência de realização de uma avaliação física, visto que, teoricamente, quanto mais informado for o indivíduo sobre a importância do exercício físico na promoção da saúde, maior será o seu *empowerment*. Dos que realizaram exames, houve predominância do teste ergométrico de esforço. A atividade preferida foi a prática da caminhada pelo horário da manhã e os que o fazem não praticam outra atividade física. A procura pela praça se deu pela proximidade da residência e/ou trabalho. No tocante a hábitos alimentares pré-exercício, observamos que eles se alimentam antes de exercitar-se. Destes que se alimentam, houve predominância do consumo de frutas ou sucos. Mais da metade dos sujeitos investigados não realiza qualquer tipo de dieta, e os que realizam alguma, o fazem por conta própria. Os praticantes, em sua maioria, não têm qualquer tipo de doença. Dos que referiram alguma patologia, houve predomínio da hipertensão. Foram confirmados como medicamentos mais utilizados os anti-hipertensivos, seja ele diurético ou beta- bloqueador.

Fazem-se necessários novos estudos que venham a dirimir quaisquer dúvidas que não puderam ser privilegiadas neste experimento, e aprofundar outras questões, como prevalência de sobrepeso/obesidade.

REFERÊNCIAS

ACSM. **Manual de Pesquisa das Diretrizes do ACSM para os Testes de Esforços e sua Prescrição, Exercício e hipertensão.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan 4 ed., 2003.

BOMPA, Tudor O ./CORNACCHIA, Lorenzo, **Treinamento de Força Consciente**, São Paulo Phorte: 2000.

BOUCHARD, Claude. **Atividade Física e Obesidade.** São Paulo; Editora Manole, 2003.

COYLE, Eduard F. **Carboidratos e desempenho atlético.** Número 9, 1977. Disponível em:<
<http://www.gssi.com.br/> >.

I CONSENSO NACIONAL DE REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR(Fase Crônica)Departamento de Ergometria e Reabilitação Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia Arquivos Brasileiros de Cardiologia ;Volume 69;Número 4; Outubro de 1997.

DE ROSE, Eduardo Henrique; LEITÃO, Marcelo Bichels; LAZZOLI, José Kawazoe; OLIVEIRA, Marcos Aurélio Brazão de; NÓBREGA, Antonio Claudio Lucas da; SILVEIRA, Geraldo Gomes da; CARVALHO Tales de; FERNANDES, Eney Oliveira; LEITE, Neiva; AYUB, Alice Volpe; MICHELS, Glaycon; Drummond; FÉLIX, Albuquerque; MAGNI, João Ricardo Turra; MACEDO, Clayton. Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: Atividade Física e Saúde na Mulher. **Rev Bras Med Esporte,**_ Vol. 6, Nº 6 – Nov/Dez, 2000;Pág 215 a 220.

GUEDES, D. P., GUEDES, J.E.R.P. **Prescrição e Orientação da Atividade física Direcionada a Promoção da Saúde**. Londrina, MIDIOGRAF: 1995

MATSUDO, Sandra Mahecha ; MATSUDO ,Victor K.R.; BARROS NETO, Turíbio Leite de ; ARAÚJO, Timóteo Leandro de. Evolução do perfil neuromotor e capacidade funcional de mulheres fisicamente ativas de acordo com a idade cronológica. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte** vol.9 no.6 Niterói Nov./Dec. 2003.

MENOTTI, A. SECCARECCIA F. Physical Activity, Physical Fitness and mortality in Sample Of Middle Aged Men Followed-Up 25 Years. **Journal Of Sport medicine And Physical Fitness**, n.32, v.2, p.205-213, 1992.

MONTEIRO ,Carlos Augusto, MONDINI ,Lenise, COSTA ,Renata BL. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). **Rev. Saúde Pública** vol.34 n.3 São Paulo Junho 2000.

NAHAS, Markus Vinicius. **Atividade física, Saúde e Qualidade de Vida**; Conceitos e sugestões para um Estilo de Vida Ativo. Londrina, midiograf, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE-OPA. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/temas.cfm?id=15&area=Conceito>, em 09/03/2007.

OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION. **First International Conference Of Health Promotion**, OTTAWA, 1986.

PATE, R. R., Physical Activity and Public Health- A Recommendation a From The Center For Diase Control And Prevetion And The American College Of Sport Medicine. **The Journal Of The American Association**, n.273, V.5, p. 402-407, 1995

ROUQUARYOL, M.Z. ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia História Natural e Prevenção das Doenças. In ROUQUARYOL, M.Z. ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 5ª.Edição, Rio de Janeiro: Médica e Científica, 1999. Cap. 1 pág de 15 a 30.

MANUSCRITO II

INVESTIGAÇÃO DO PERFIL ANTROPOMÉTRICO DOS PRATICANTES DE CAMINHADA/CORRIDA

Demétrius Cavalcanti BRANDÃO¹

Carlos Antônio Bruno da SILVA²

1. Profissional de Educação Física; professor do curso de Ed.Física FIC, Pós graduando em Saúde Coletiva - UNIFOR demetrius@fic.br
2. Médico endocrinologista; professor titular da Universidade de Fortaleza carlosbruno@unifor.br

RESUMO

Embora a obesidade seja antiga, parece haver maior preocupação com essa enfermidade no presente século, talvez pela falta de estudo de outrora que pudesse relacioná-la com agravo à saúde, visto que, nessa época, saudável era quem fosse gordo. Encontram-se, com efeito, motivo na cultura que mostre o que era saúde para determinado povo e região. O objetivo geral desse trabalho foi traçar o perfil de gordura dos praticantes de caminhada/corrída em praças públicas, com a faixa etária dos 18 aos 90 anos, independentemente do sexo. A pesquisa é um estudo de perfil, modelo, tipo descritivo, correlacional, havendo sido a coleta dos dados feita mediante aplicação de questionário e de “Ficha de Avaliação Física”. A amostra contou com 206 praticantes de caminhada/corrída regulares em praças de Fortaleza, nos horários de 6h às 9h . O estudo demonstrou que 41,7% têm obesidade leve ou sobrepeso e que 15,1% têm obesidade moderada. O fator de risco à saúde por meio do perímetro abdominal detectou um risco em 37,4% como sendo muito

aumentado e 28,2% como risco aumentado. Comparado com o IRCQ, foi encontrado neste 38,8% com risco muito alto e 31,1% como sendo alto. O perfil de adiposidade cutânea foi de 24,8% classificado como muito ruim e 21,8% como ruim. Conclui-se que o estudo demonstrou prevalência de obesidade leve e sobrepeso nos praticantes de caminhada e corrida, encontrando-se um fator risco a saúde muito aumentado. Comparado com o IRCQ, encontrou-se risco muito alto. O percentual de adiposidade cutânea foi classificado como muito ruim.

Palavras chaves: Obesidade, Risco a Saúde, Sobrepeso.

ABSTRACT

Although obesity is ancient, in the current century it seems that an increasing concern with such disease is more present, perhaps due to the lack of studies that could in that time correlate it with the hazard to health, so being fat was healthy. This research aims to design the fat profile of people who exercise with walks in public squares, from 18-90 years-old, independently from gender. The research is a profile, standard, type, descriptive, correlational study and data collection was accomplished from the application of a survey and a "Physical Evaluation Chart". Sample was composed of 206 subjects who practiced regular walk/jogging in public squares of Fortaleza, at 6 A.M. to 9 A.M.. The study shows that 41.7% of the sample have mild obesity or overweight and that 15.1% have moderate obesity. The health risk factor measured from abdominal circumference detected a very increased risk (37.4%) and an increased risk (28.2%). In contrast with waist-t-hip ratio, the study found a very high risk (38.8%) and a high risk (31.1%). Cutaneous adiposity profile was 24.8% classified as very bad and 21.8% as bad. Results show a prevalence of mild obesity and overweight among individuals who practice walking/jogging, with very increased health risk. In contrast with waist-t-hip ratio, the study found very high risk. Cutaneous adiposity percentile was classified as very bad.

KEY-WORDS: obesity, risk to health, overweight.

INTRODUÇÃO

Pensa Repetto(1993) que a obesidade talvez seja a enfermidade mais antiga que se conhece. Obras de arte da Antigüidade remota já apresentavam mulheres obesas. Estas já foram encontradas em múmias egípcias, pinturas, porcelanas chinesas da era do pré-cristianismo, esculturas gregas e romanas e em vasos dos Maias e Incas nas Américas.

Embora a obesidade seja antiga, parece haver maior preocupação com essa enfermidade neste século, talvez pela falta de estudo de outrora que pudesse relacioná-la com agravo à saúde, visto que, nessa época, saudável era quem fosse gordo. Encontra-se, pois, motivo na cultura que mostre o que era saúde para esse determinado povo e região.

A obesidade pode ser conceituada como uma condição de acúmulo, anormal ou excessivo, de gordura no organismo. O grau de excesso de gordura, sua distribuição e consequências para a saúde varia, consideravelmente, entre os indivíduos obesos. Segundo Katch e McArdle (2003), há dois tipos de gordura comuns de obesidade, a denominada andróide, abdominal ou visceral, **que ocorre** quando o tecido adiposo se acumula na metade superior do corpo, sobretudo no abdômen. É típica do homem obeso. A obesidade visceral está associada a complicações metabólicas, como o diabetes tipo 2, a dislipidemia e a doenças cardiovasculares, como a hipertensão arterial, a doença coronária e a doença vascular cerebral, bem como a síndrome do ovário policístico e a disfunção endotelial (ou seja, deterioração do revestimento interior dos vasos sanguíneos). A associação da obesidade a estas doenças está dependente da gordura intra-abdominal e não da gordura total do corpo. E o outro tipo de obesidade é a denominada ginóide quando a gordura se distribui, principalmente, na metade inferior do corpo, particularmente na região glútea e coxas. É típica da mulher obesa.

Diversos são os motivos causadores da obesidade que resultam de sucessivos balanços energéticos positivos, em que a quantidade de energia ingerida é superior ao

quantum de energia despendida. Os fatores que determinam este desequilíbrio são complexos e podem ter origem genética, metabólica, ambiental e comportamental.

Uma dieta hipercalórica, com excesso de gorduras, de hidratos de carbono e de álcool, aliada a uma vida sedentária, leva a um acúmulo excessivo de massa gorda.

Existem provas científicas sugerindo haver uma predisposição genética, que determina, em certos indivíduos, maior acúmulo de gordura na zona abdominal, em resposta ao excesso de ingestão de energia e/ou diminuição da atividade física.

Relatórios da Organização Mundial de Saúde e estudo recente do Instituto Nacional de Saúde(INS) baseiam-se em sua maior parte, nas deliberações e documentações da Força Tarefa Internacional sobre Obesidade -IOTF(International Obesity Task Force), da Associação Internacional para o Estudo da Obesidade- IASO(International Association For The Study Of Obesity), (WHO, 1988) . Por meio desse relatório, foi sugerida uma classificação para o peso corporal baseada no índice de massa corpórea (IMC), tendo como objetivo a aceitação internacional, visando, assim, a uma classificação de peso para grandes populações. A grande vantagem desse método está na simplicidade e associação que existiu no estudo, em razão do amplo conjunto de dados epidemiológicos e clínicos que tiveram relação entre IMC e mortalidade, morbidade, como também com o estilo de vida de determinada população/região. Doravante, poderá servir de base para estudos de monitoração para alterações ao longo do tempo, bem como animar a implementação e a avaliação de políticas de Saúde Pública e outras intervenções importantes.

Outro influente relatório teve sua publicação em 1988 pelo Instituto Nacional de Saúde- NIH(National Institute of Health), (NIH, 1998), desenvolvido por um grupo de especialistas de áreas diversas, que durou cerca de dois anos e teve a participação do Instituto Nacional do Coração, Pulmão e Sangue. Esse relatório objetivou propor orientações sobre a prevenção e tratamento da obesidade e suas co-morbidades. Ele foi todo baseado em

evidências, relacionando massa corporal excessiva, fatores de risco e co-morbidade, atividade física, entre outros.

O documento mencionado nos mostra a obesidade como doença que deverá ser tratada por se associar a outras co-morbidades proporcionando um risco de morbidade/mortalidade, tanto quanto o câncer, doenças cardíacas, entre outras. Faz-se, então, necessário avaliar as populações/regiões, traçando um perfil, com base no qual seja possível estabelecer políticas públicas que visem ao acesso à alimentação saudável e à prática de esportes e lazer como necessidades básicas do ser humano. Caso contrário, caminharemos para ter lado a lado em nosso País a desnutrição e a obesidade como grande *causa mortis*.

Com suporte nestes fatos, este trabalho teve como objetivo investigar o perfil antropométrico dos praticantes de caminhada/corrida em praças públicas, identificando suas características individuais e dados antropométricos.

MÉTODOS

Tipo de Estudo

A pesquisa é um estudo de perfil, modelo do, tipo descritivo-correlacional.

Variáveis de Estudo

Foi utilizado para análise do estado nutricional o índice de massa corpórea(IMC) com base no peso e altura, a relação cintura-quadril(RCQ) e o perímetro de abdômen(PA). Para estimar o percentual de gordura, as dobras cutâneas: tricipital, supra- ilíaca e coxa, para mulheres, e peito, abdome e coxa, para os homens.

Universo e amostra do estudo

O universo da pesquisa consistiu de todos os praticantes de caminhada/corrida que exercessem suas atividades nas praças General Eudoro Correia(av.Desembargador Moreira) e Pólo de Lazer Professor Gustavo Braga (av.João Pessoa) . A seleção da amostra efetivamente estudada foi feita de forma aleatória com, a aceitação voluntária de participar da pesquisa, respondendo o instrumento investigação.

A amostra foi constituída de 206 indivíduos. Utilizamos uma ficha de avaliação corporal e a realização da busca ocorreu de 10 de outubro a 30 de Novembro de 2007 e os participantes foram distribuídos de forma intencional, sendo pesados os vinte primeiros que aparecessem.

Crítérios de Inclusão/Exclusão

Como critério de inclusão delineamos o fato de ser praticante de caminhada/corrida das referidas praças, aceitar ser pesado descalço, no caso dos homens e,

além de estar descalço, tirar a camisa. Transeuntes eram pesados e medidos, porém os dados foram descartados. O mesmo ocorreu com menores de 18 anos.

Métodos e técnicas de obtenção dos dados

Para a coleta de dados, foi utilizada ficha de avaliação corporal, preenchida no próprio local da atividade, imediatamente antes à realização da prática esportiva. Os dados estudados foram: idade, peso, estatura, perímetro da cintura, do quadril e do abdômen.

Material

Para a referida avaliação, foram usados: fita métrica metálica inelástica, modelo Sanny® (Sanny Kirchner & Wilhelm, Medizintechnik, Germany) com precisão em milímetros; estadiômetro marca Sanny® modelo Standard (Sanny Kirchner & Wilhelm, Medizintechnik, Germany) com precisão em centímetros; e balança mecânica modelo Filizola® (Indústrias Fillizola S.A. - Brasil), com precisão para 0,100 quilogramas, capacidade máxima até 150 kg. Para a avaliação das dobras cutâneas, empregamos um adipômetro modelo científico Sanny® (Sanny Kirchner & Wilhelm, Medizintechnik, Germany) com precisão para 0,01mm.

Mensuração e obtenção dos dados

Circunferência de abdômen, perímetro da cintura e do quadril foram medidas conforme normas propostas por Lohman et. al(1988), sendo considerada a medida de abdome aquela realizada a uma polegada (2,5cm) acima da cicatriz umbilical e a do quadril referente ao maior perímetro local. A medida da cintura foi levada em consideração ao menor diâmetro abaixo do gradil costal.

A **pesagem** foi realizada com os adultos descalços, vestindo shorts e camisetas, em uma balança mecânica. Para a mensuração da **estatura**, os adultos foram colocados

descalços, em posição ortostática, encostados numa superfície plana vertical, com braços pendentes e mãos espalmadas sobre as coxas, os calcanhares unidos e as pontas dos pés afastadas, formando ângulo de 60°, joelhos em contato, cabeça ajustada ao plano de Frankfurt e em apnéia inspiratória; utilizando-se um estadiômetro tipo Standard fixado à parede, com capacidade de 2 m e precisão de 0,1 cm. Calculamos o índice de massa corpórea – IMC, com base na fórmula $IMC = p(kg)/estatura^2$, tendo como valores de referência os preconizados pela Organização Mundial de Saúde(OMS,2003).

A **distribuição da gordura corporal** foi estimada pela relação cintura/quadril (IRCQ) e da medida do perímetro da cintura (cm). Foram utilizados os pontos de corte propostos pela OMS para IRCQ, perímetro da cintura e IMC (kg/m^2), considerando para o IMC o peso dividido pela altura ao quadrado. Com base no IMC, considera-se magreza o IMC menor do que 18,5 e sobrepeso o $IMC \geq 25 kg/m^2$.

Para **cálculo do percentual de gordura**, massa magra e gorda, foram utilizadas para mulheres as dobras tricipitais, localizadas na face posterior do braço, no ponto meso-umeral(TR), supra-íliaca(SI) a dois centímetros acima da crista ilíaca ântero-superior, na altura da linha axilar anterior, e coxa (CX), paralelamente ao eixo longitudinal da perna sobre o músculo reto-femural a 2/3 da distância do ligamento inguinal com o bordo superior da rótula, e homens coxa, abdominal (AB), aproximadamente a dois centímetros a direita da cicatriz umbilical, no sentido paralelo ao eixo longitudinal do corpo, peitoral (PT), em homens localizado no ponto médio entre a distância da linha axilar anterior e o mamilo,. utilizando-se do protocolo de Pollock três dobras, protocolo que possui tabela, e por meio do cruzamento do somatório de algumas dobras cutâneas. Com a idade e o sexo do avaliado, é possível obter-se o seu percentual de gordura.

As informações foram calculadas pelo software et. al. de avaliação física, Physical Test 6.0 do sistema Terrazul. Todas as medidas foram efetuadas de forma rotacional, reaplicadas três vezes com o compasso. A mediana entre as três medidas executadas em cada ponto anatômico foi adotada como valor de referência. A seqüência de medidas adotadas para este estudo foi a seguinte: CX,AB e PT para homens e CX, SI e TR para mulheres. As mensurações foram realizadas no hemisfério direito. Pollock(1993) classifica os percentuais de gordura de acordo com a idade e sexo.

Pontos de Corte

Foram considerados, segundo Pollock(1993), os pontos de cortes em relação ao percentual de gordura para o sexo masculino(Quadro I) e feminino (QuadroII):

Quadro I : Pontos de corte em relação ao percentual de gordura do sexo masculino:

Nível /Idade	18 - 25	26 - 35	36 - 45	46 - 55	56 - 65
Excelente	4 a 6 %	8 a 11%	10 a 14%	12 a 16%	13 a 18%
Bom	8 a 10%	12 a 15%	16 a 18%	18 a 20%	20 a 21%
Acima da Média	12 a 13%	16 a 18%	19 a 21%	21 a 23%	22 a 23%
Média	14 a 16%	18 a 20%	21 a 23%	24 a 25%	24 a 25%
Abaixo da Média	17 a 20%	22 a 24%	24 a 25%	26 a 27%	26 a 27%
Ruim	20 a 24%	20 a 24%	27 a 29%	28 a 30%	28 a 30%
Muito Ruim	26 a 36%	28 a 36%	30 a 39%	32 a 38%	32 a 38%

Fonte: (Pollock, 1993)

Quadro II : Pontos de corte em relação ao percentual de gordura do sexo feminino:

Nível /Idade	18 - 25	26 - 35	36 - 45	46 - 55	56 - 65
Excelente	13 a 16%	14 a 16%	16 a 19%	17 a 21%	18 a 22%
Bom	17 a 19%	18 a 20%	20 a 23%	23 a 25%	24 a 26%

Acima da Média	20 a 22%	21 a 23%	24 a 26%	26 a 28%	27 a 29%
Média	23 a 25%	24 a 25%	27 a 29%	29 a 31%	30 a 32%
Abaixo da Média	26 a 28%	27 a 29%	30 a 32%	32 a 34%	33 a 35%
Ruim	29 a 31%	31 a 33%	33 a 36%	35 a 38%	36 a 38%
Muito Ruim	33 a 43%	36 a 49%	38 a 48%	39 a 50%	39 a 49%

Fonte: (Pollock, 1993)

Em relação ao Índice de correlação cintura- quadril foram considerados:

os pontos de corte de normalidade levados em conta foram 80cm e 94cm, respectivamente, para mulheres e homens. O ICQ foi havido como baixo, masculino $< 0,9$ e feminino $< 0,8$; moderado, masculino entre $0,9$ e $0,95$; alto, masculino $> 0,95$ e feminino $> 0,85$.

Em relação ao perímetro abdominal, foram tomados em consideração < 102 cm nos homens e < 88 cm nas mulheres (SANTOS et. al,2002).

Aspectos éticos

Foi utilizado um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (item V.3 da Res. 196/96) para a participação dos sujeitos, tendo sido a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza - UNIFOR.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O grupo efetivamente estudado foi composto de 206 praticantes de atividade física na praça, que concordaram em participar do estudo, a bordo sua assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Sexo

Da amostra de praticantes estudada, 141 (68,4%) corresponderam ao sexo feminino, enquanto 65 (31,6%) ao masculino.

Índice de massa corpórea – IMC

Foram encontrados 41,7% dos investigados com obesidade leve, 15,5% com obesidade moderada, enquanto 1,0% e 1,5%, respectivamente com IMC baixo e obesidade severa.

Tabela 1. Distribuição de freqüências do IMC

Classificação IMC	IMC	N	%
Baixo	Menor que 18,5	2	1,0
Ideal	De 18,5 a 24,9	83	40,3
Obesidade leve	De 25,0 a 29,9	86	41,7
Obesidade Moderada	De 30,0 a 39,9	32	15,5
Obesidade Severa	Maior ou igual a3 40,0		1,5
Total		206	100,0

Fonte: pesquisa direta.

Estudo de Assis et al(1999) demonstrou que, em sujeitos do sexo feminino, também se verificou aumento do peso corporal até a faixa etária de 40-49 anos, mas este estabilizou-se a partir desta até a de 60-69 anos. No que diz respeito ao índice de massa

corpórea (IMC), fora demonstrado que 41,7% têm obesidade leve ou sobrepeso e 40,3% tiveram peso ideal para altura. 15,5% tiveram obesidade moderada e 1,5% obesidade severa ou mórbida. Lamounier et al. (2000) mostram resultados em que demonstram números significativos de prevalência de sobrepeso/obesidade, o que confirma o encontrado no presente experimento. Garn & Clark (1976) pesquisaram 15.000 sujeitos de ambos os sexos e concluíram que o conteúdo gorduroso é maior nas mulheres do que nos homens e que existe um aumento global e gradual na gordura desde a puberdade até a sexta ou sétima década, quando, então, diminui a adiposidade.

Índice de relação cintura- quadril - IRCQ

No grupo estudado, a media de índice de relação cintura quadril foi muito alto, representando 38,8% dos casos, enquanto apenas 8,3% tiveram o risco baixo. Risco moderado foi obtido em 21,8% e alto em 31,1%. Estudo de Afonso e Sichiery (2002) mostra, no que diz respeito à distribuição de gordura, que 48,8% das mulheres apresentaram razão cintura-quadril (RCQ) inadequada enquanto nos homens esta prevalência foi de 22%.

Tabela 2. Distribuição da Classificação do Índice de Relação Cintura Quadril.

Classificação IRCQ	n	%
Baixo	17	8,3
Moderado	45	21,8
Alto	64	31,1
Muito Alto	80	38,8
Total	206	100,0

Fonte: Pesquisa direta.

Percentual de Gordura

Em relação ao percentual de gordura encontrado, 24,8% dos pesquisados tiveram um percentual muito ruim, enquanto 8,7% estavam acima da média. Só 10,2% exibiram resultados excelente e bom. 21,8% apresentaram uma classificação ruim e apenas 12,1% estavam na média ou abaixo da média. Estudos de Castanheira et al.(2003) demonstram que pouco mais da metade da população masculina apresentou excesso de peso (índice de massa corporal = $IMC \geq 25\text{kg/m}^2$), sendo que 16% eram obesos ($IMC \geq 30\text{kg/m}^2$). As mulheres apresentaram prevalência de obesidade muito semelhante à dos homens.

Tabela 3. Distribuição da mostra estudada, segundo o percentual (%) de gordura corporal.

Fortaleza, 2007.

% de Gordura	N	%	% acumulado
Excelente	21	10,2	10,2
Bom	21	10,2	20,4
Acima da Média	18	8,7	29,1
Média	25	12,1	41,3
Abaixo da Média	25	12,1	53,4
Ruim	45	21,8	75,2
Muito Ruim	51	24,8	100,0
Total	206	100,0	10,2

Fonte: Pesquisa direta.

Perímetro de Abdômen

Quanto ao perímetro abdominal, 37,4% têm um risco muito aumentado, 34,5% risco baixo e 28,2% um risco aumentado. Pollock & Wilmore (1993), estudando os componentes da composição corporal, assinalaram que as pessoas adquirem aproximadamente 0,5 kg de peso anualmente após cada ano de vida, acima dos 25 anos, e, simultaneamente, observa-se redução que varia em torno de 0,1 a 0,2 kg por ano de tecido

magro, predominantemente músculos e ossos. Talvez essa gordura abdominal tenha relação com esse excesso decorrente da diminuição do metabolismo, em conjunto com a perda de massa magra, sendo um contribuinte para a diminuição do gasto energético basal, que, em última instância, faz com que ocorra redução do gasto energético diário.

Tabela 4. Distribuição da amostra estudada, segundo a Classificação de Perímetro Abdominal. Fortaleza, 2007.

Classificação	N	%	% acumulado
Baixo	71	34,5	34,5
Aumentado	58	28,2	62,6
Muito Aumentado	77	37,4	100
Total	206	100,0	

Fonte: Pesquisa direta.

Tem-se observado dados relevantes (WHO, 1988) que mostram, tanto em adultos, como crianças, de países desenvolvidos e subdesenvolvidos, uma proporção crescente de pessoas em sobrepeso e obesidade. Esses estudos demonstraram que os fatores que levam ao sobrepeso/obesidade são: idade, sexo, raça, classe socio-econômica, no mundo ocidental e nos países em desenvolvimento. Cerca de 50% de adultos dos Estados Unidos, Canadá e alguns países da Europa Ocidental apresentam um IMC de 25 kg/m² ou mais, sendo essa prevalência inferior em países da Comunidade Européia.

Estudos realizados por Morais (2005) aponta uma situação de uma favela em São Paulo, onde 68% das mulheres estavam com sobrepeso e 28,4% obesas. O mais intrigante é que a renda per capita dessa comunidade atendida em um centro comunitário era de R\$78,42. Isto significa dizer que a situação brasileira em nada deixa a desejar em relação aos estrangeiros no que concerne aos índices populacionais de sobrepeso/obesidade.

No Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), com dados dos anos de 1996 e 1997, o percentual de obesos avaliados pelo IMC aumentou de

8 para 10 na população adulta, representando quase dois milhões de novos obesos (BARRA et al., 2000).

Poderíamos dizer que o poder aquisitivo para essa população específica estudada mostra que a renda não seria apenas um fator de desnutrição, mas de risco à obesidade. Evidencia-se o fato de que esse binômio nas classes desfavorecidas financeiramente deveria ser mais bem analisado em outros estudos, em que seja possível a análise de algumas regiões, como o Nordeste, que tem um grande índice de desnutrição, podendo também ter grande percentual de obesidade.

Estudos recentes de Lamounier et al. (2000) indicaram que a prevalência conjunta de sobrepeso e obesidade na população brasileira é maior no sexo feminino, atingindo índices preocupantes, uma vez que mais da metade das mulheres das regiões Nordeste e Sudeste do Brasil, com idade entre 40 e 79 anos, têm sobrepeso ($IMC > 25$). A prevalência de obesidade no sexo masculino estabiliza-se mais precocemente que no sexo feminino. Pode-se confirmar nesse estudo o fato de que o Brasil tem um sério problema de saúde pública no que diz respeito ao do peso.

CONCLUSÕES

O estudo demonstrou prevalência de obesidade leve e sobrepeso nos praticantes de caminhada e corrida, encontrando fator risco à saúde muito aumentado. Comparado com o IRCQ, foi encontrado um risco muito alto. O percentual de adiposidade cutânea foi classificado como muito ruim.

Fazem-se necessários novos estudos, que possam demonstrar outras variáveis contribuintes para elevar esse quadro de obesidade, já que os indivíduos têm um estilo de vida ativo.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Cristina Rotta, MESA, Ângelo José Rodrigues, NUNES, Volmar Geraldo da Silva. Determinação da Composição Corporal de Pessoas de 20 a 70 anos, da Comunidade Pelotense. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**. Volume 1 – Número 1 – p. 82-88 – 1999

CASTANHEIRA, Marcelo, OLINTO, Maria Teresa, PETRUCCI, Anselmo, GIGANTE, Denise. Associação de variáveis sócio-demográficas e comportamentais com a gordura abdominal em adultos: estudo de base populacional no Sul do Brasil **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(Sup. 1):p.S55-S65, 2003

BARRA, M.G.B; BIESEK,S. ; FERNANDES, A .T.P; ARAÚJO, C.G.S. Comparação do Padrão de Atividade Física e Peso Corporal Total Peggrossos e Atuais entre Graduandos e Mestres em Educação Física. **Revista Brasileira em Ciência do Esporte**, v.21,n.2 e 3; p.30-35, 2000.

GARN, S.M. & CLARK, D.C.. Trends in fatness and the origins of obesity. **Pediatrics**, n.57, p.443-456;1976.

KATCH, Frank I.; MCARDLE, William D. **Nutrição Exercício e Saúde**, 4.Edição Porto Alegre, Editora MEDSI, 1993

LAMOUNIER Joel Alves, RIBEIRO, Robespierre QC, OLIVEIRA, Reynaldo G, COLOSIMO, Enrico Antônio, BOGUTCHI Tânia Fernandes,. Prevalência da obesidade em escolares adolescentes na cidade de Belo Horizonte. Resultados parciais do II Estudo Epidemiológico. **Anais do Simpósio: Obesidade e anemia carencial na adolescência**. Instituto Danone; jun 8-9; p.237-38; Salvador, BA. , 2000.

LAMOUNIER , Joel Alves, ABRANTES, Marcelo Militão, COLOSIMO, Enrico Antônio. Prevalência de Sobrepeso e obesidade Nas Regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. **Revista Associação Médica Brasil**, n.49 v.2, p. 162, ano 2003.

LOHMAN, T. G.; ROCHE, A. F. & MARTORELL, R., 1988. Anthropometric Standardization Reference Manual. Illinois: Human Kinetics Books. MORAES, Renata. Nível socioeconômico determina hábitos que desencadeiam a obesidade; São Paulo, 02/09/2005-**Boletim no.1701. Agência USP Notícia.** Disponível em<<http://www.usp.br/bols/2005/rede1701.htm>>

National Institutes of Health and National Heart, Lung, and Blood Institute. 1998. Clinical Guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. **The Evidence Report.** Obesity Research 6, Suppl 2.

SANTOS, Raul D;TIMERMAN, Sérgio; SPOSITI, Andrei; Excesso de peso no Brasil- o fator de risco no novo milênio.In:Diretrizes Para Cardiologia Sobre Excesso de Peso e Doença Cardiovascular dos Departamentos de Aterosclerose, Cardiologia Clínica e FUNCOR da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivo brasileiro de Cardiologia**, no.78 v.1,2002.

REPETTO, G. Histórico da Obesidade. In HALPEN, A.; GODOY A. F.;Suplicy, H. L. Ruiz.; A. T. & RUIZ, J.V.T. Aspects Pratics del Tratctament de I´Obesitst Infantil. **APUNTS**, v. 30, p. 17-34, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1988. Obesity- Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: World Health Organization

DIFICULDADES LIMITAÇÕES E SUGESTÕES

Uma das primeiras dificuldades que encontramos foi quanto à abordagem para o preenchimento do questionário. Muitos queriam pesar-se, mas negavam-se a preencher os questionários. Então, tivemos que fazê-lo separadamente nas duas praças. Primeiro coletamos os questionários e na semana seguinte fazíamos a pesagem e dados biométricos. Mesmo assim, os indivíduos não eram sempre os mesmos (os que tinham preenchido os questionários). Muitos não quiseram retirar o sapato, ou não estavam de roupa adequada, sendo perdidos cerca de 80 dados.

Outro fator que dificultou em muito é que pensavam que éramos da Prefeitura ou do Governo do Estado, e diziam assim: “ Vocês deveriam vir é consertar essa praça”, “ Essa praça está imunda, mandem limpar!”, “ Vocês deveriam colocar uma balança fixa aqui”. Em outros momentos, percebemos que já houvera algum tipo de pesquisa e que não tiveram retorno; o que se afirmava com as frases pronunciadas por alguns: “Vocês chegam aqui, fazem a pesquisa e vão embora”, “já respondi esse questionário várias vezes”, “ vocês do IBGE chegam aqui, fazem um monte de pergunta e depois vão embora, e nós não ficamos sabendo de nada”.

Mesmo que estivéssemos utilizando camisas da FIC, ou que tentássemos explicar, não adiantava. Eles eram redundantes nas afirmações.

Sugerimos então que se fizesse a coleta de dados em separado, e que seja dado um retorno, pois, uma semana após a coleta, retornamos com o perfil adiposo, explicando o que fazer para diminuir o sobrepeso/obesidade encontrados.

REFERÊNCIAS

BOMPA, Tudor O ./CORNACCHIA, Lorenzo, **Treinamento de Força Consciente**. São Paulo. Ed. Phorte, 2000.

CARNAVAL, Paulo Eduardo. **Medidas e Avaliações em Ciências do Esporte**. 4Edição; Rio de Janeiro, Editora Sprint, 2000.

_____, **Musculação Teoria e Prática**. 23 Edição; Rio de Janeiro: Editora Sprint, 2000.

CAMPOS, Maurício de Arruda. **Musculação: Diabéticos, Osteoporóticos, Idosos, Crianças**, 2 Edição Rio de Janeiro: Editora Sprint, 2001.

FERNANDES, J.F. **A Prática da Avaliação Física**, Rio de Janeiro: Editora Shape, 1999.

KATCH, Frank I.; MCARDLE, William D. **Nutrição Exercício e Saúde**. 5 Edição Rio de Janeiro: Editora Medsi, 2003.

MANCINI, Marcio C. Obstáculos diagnósticos e desafios terapêuticos no paciente obeso. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo**, 2001. pág 584-608

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

POLLOCK ,ML, WILMORE ,JH. **Exercícios na Saúde e na doença, avaliação e prescrição para a prevenção e reabilitação**. 2.ed., Rio de Janeiro: Ed.Medsi, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1988. **Obesity- Preventing and managing the global epidemic**. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: World Health Organization, 1998.

_____.OMS, www.afro.who.int/regionaldirector/portuguese/speeches/rd20020407.htm/ Abril 2002; 09/10/2003 , 04:00h.

_____, www.who.int/nut/documents/pr32_pt.pdf, 09/10/2003, 04:00h

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar , como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será apenado (a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

TÍTULO DA PESQUISA: INVESTIGAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E DOS HÁBITOS RELACIONADOS A SAÚDE EM PRATICANTES DE CAMINHADA/CORRIDA EM PRAÇAS DE FORTALEZA-CE.

OBJETIVO: Investigar o perfil antropométrico de amostra de praticantes de atividade física, não orientada, por parte de duas praças da cidade de Fortaleza, analisando os seus hábitos relacionados à saúde.

JUSTIFICATIVA DA PESQUISA: A presente pesquisa tem por finalidade complementar o trabalho de conclusão de curso, da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), do curso de Mestrado em Saúde Coletiva, e objetiva identificar os hábitos relacionados a saúde e o Perfil Antropométrico dos Praticantes de Caminha/Corrida. O avaliado será submetido a uma avaliação biométrica e a um questionário. Os resultados serão apresentados a uma banca julgadora pelo pesquisador responsável com objetivo de aprovação da mesma. Caso queiram, os participantes poderão ter acesso aos resultados.

RISCOS PARA O SUJEITO: A pesquisa será realizada respeitando os princípios éticos que regem o trabalho científico e guardando anonimato e sigilo quanto aos resultados obtidos e o pesquisador responsável seguirá o item V.3 da Res. 196/96, onde está mencionado que o pesquisador é obrigado a suspender a pesquisa imediatamente, ao perceber algum risco ou dano a saúde do sujeito participante da pesquisa, conseqüente a ela, não previsto no termo de consentimento. A qualquer momento em que haja necessidade de esclarecimento de dúvidas ou mesmo da desistência em participar da pesquisa, o pesquisador responsável e o orientador podem ser encontrados na UNIFOR, Universidade de Fortaleza.

ASPECTO ÉTICO (SIGILO): as informações aqui obtidas não serão usadas para divulgar a sua identidade, pois utilizamos o preceito ético adotado em pesquisas.

“ Se houver dúvidas sobre a ética da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR (Av. Washigton Soares, 1321, 60811-341 Fortaleza-Cará ou coetica@unifor.br)”

CONSENTIMENTO

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo
_____, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido
pelo pesquisador (a) _____, sobre a pesquisa, os procedimentos nela
envolvidos. Foi-me concedida a garantia de que posso retirar meu consentimento a qualquer
momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento.

Local: _____

Data: ____/____/____

Nome Completo e assinatura do sujeito: _____

APÊNDICE II

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Caro sr(a),

Somos alunos do curso de Educação Física da Faculdade Integrada do Ceará(FIC). E viemos por meio desta realizar um levantamento hipotético, para que a partir deste, possa se realizar o projeto FIC NA PRAÇA. O mesmo, é parte integrante do projeto Monográfico intitulado “INVESTIGAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E DOS HÁBITOS RELACIONADOS A SAÚDE EM PRATICANTES DE CAMINHADA/CORRIDA EM PRAÇAS DE FORTALEZA-CE”, do mestrado em Saúde Coletiva da UNIFOR. Sendo assim, tem por objetivo levantar dados condizentes com a população que frequenta o local para a prática efetiva de atividades físicas. Portanto, é de suma importância a sua fidedignidade nas respostas que seguem abaixo.

Antecipadamente agradecemos.

Nome: _____

Sexo: M(); F()

Idade: _____

Grau de Instrução:

1º grau(); 2º grau (); Superior incompleto(); Superior Completo();

Pós Graduado()

Qual a atividade física que você pratica?

Caminhada() Corrida() Outros()Qual? _____

Que horas costuma praticar essa atividade?

6 às 9 h da manhã() 17 às 20 h da tarde/noite outros() Qual? _____

3)Pratica alguma outra atividade física?

Sim() Não(). Em caso afirmativo, qual? _____

4)O que te motivou a procurar a praça para essa prática?

Saúde() Financeiro() Mídia() Proximidade () Ambiente()

outros()Qual? _____

5)Quantas vezes por semana você efetiva essa prática?

2 vezes() 3 vezes() 4 vezes() 5 ou mais()

6)Você se alimenta antes da atividade física?

Sim() Não() às vezes()

7) Em caso afirmativo, que tipo de alimento você consome?

() Fruta ou suco () Café ou leite () Pão/bolo () Outros. Qual? _____

8)Algum profissional prescreveu essa atividade, informando velocidade, ritmo, frequência cardíaca adequada ?

Sim() Não()

9)Em caso afirmativo, qual o profissional?

Prof. Educação Física() Prof. Academia() Médico()

()Outros. Qual?_____

10)O que você acharia de alguém prescrever essa atividade para você?

Tanto faz() Muito bom() Bom() interessante()

11) Foi realizada alguma avaliação física antes de iniciar a atividade?

Sim() Não()

12) E avaliação médica, você fez antes de iniciar?

Sim() Não()

13) Em caso afirmativo, qual?

Ergométrico de esforço() Eletrocardiograma() Outros()

Qual?_____

14)Você faz algum tipo de dieta?

Sim() Não()

15) Caso a pergunta anterior for afirmativa, quem a prescreveu?

Por conta própria() Nutricionista() Médico() Outros() Qual profissão?_____

16) Caso a resposta tenha sido por conta própria, qual dieta você utiliza?

17)Tem algum tipo de doença?

Sim() Não()

18)Em caso afirmativo, assinale abaixo quais:

Cardiopatia() Hipertensão() Diabetes() Hipercolesteromia()

() Outros, qual?_____

19)Utiliza algum tipo de medicamento?

Sim() Não()

20)Caso a resposta anterior for afirmativa,qual medicamento você utiliza?
