# PROJETO ORIENTAÇÃO A PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO EM ILHÉUS (OPEFI): EXPERIÊNCIA NA PROMOÇÃO DE SAÚDE

Jaks Wilian Lemos Farias
jakinhu@gmail.com
Regiane Cristina Duarte
duarte.regi@gmail.com
Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC Ilhéus/BA

## 1. INTRODUÇÃO

Atualmente as práticas corporais/atividades físicas têm sido utilizadas prioritariamente como estratégia de promoção da saúde. Para tanto podemos destacar eventos que são praticamente marcos que contribuíram neste processo como:

- Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, (Canadá), em 1986, apresentou um documento que seguramente contribuiu para melhorar a saúde de todos a partir do ano 2000.
- Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2004, durante a 57ª Assembléia Mundial, aprovou a Estratégia Global para alimentação, Atividade Física e Saúde, tendo como principal objetivo reduzir os fatores de risco para Doenças e Crônicas não Transmissíveis (DCNT).
- A Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS, publicada em 2006 - A priorização do incentivo às práticas corporais/atividade física na Política Nacional de Promoção da Saúde considera a importância de serem valorizados os espaços públicos de convivência e de produção de saúde, a inclusão social e o fortalecimento da autonomia do sujeito e o direito ao lazer frente ao contexto da relevância epidemiológica do tema atividade física (Brasil, 2006).

Alinhado a nova estratégia de promoção de saúde acima mencionada começa a surgir programas e/ou projetos de promoção da atividade física, disponíveis à população brasileira, que se adaptam às proposições da política nacional de promoção da saúde, tais como: SOE - Serviço de Orientação ao Exercício Físico (REZENDE, 1997); Agita São Paulo (MATSUDO e col., 2002); Programa de Educação e Saúde através do Exercício Físico e do Esporte (FERREIRA e NAJAR, 2005); e OPEF - Orientação a Prática de exercícios físicos (DUARTE e col., 2009 e 2010). Todos objetivando a promoção da saúde e principalmente o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.

Independe do tipo de projeto e/ou programa proposto parece existir “princípios” comuns entre eles, tais como: influenciar a população para um futuro consciente, preparado, com qualidade de vida urbana; preconizar exercícios para o equilíbrio, flexibilidade, fortalecimento muscular e atividades aeróbicas (com intensidade moderada por pelo menos 30 minutos), além disso, as atividades propostas devem ser feitas pelo menos três vezes por semana, sendo o ideal cinco dias da semana.

Matsudo e seu grupo de trabalho já evidenciavam estes princípios e descreveu este tipo de atenção a saúde com o seguinte lema: “ ... levar as pessoas sedentárias uma gama de informações de forma a que assumam um estilo de vida ativo, não deixando de fora aquelas pessoas que já encaixam nesse modelo proposto.” Por essa razão o programa propõe que as pessoas “sedentárias” se tornem pessoas “ativas”; as pessoas “pouco ativas” em pessoas “mais ativas”; as “mais ativas” em ‘atletas” e as que já são “atletas” para que se mantenham nesse nível por toda vida (CELAFISCS, 2002).

Um fator que também merece destaque nessa discussão é que existem contribuidores para a disseminação destes programas/projetos de cidade a cidade, estado a estado. Destacamos os organismos estatais e de controle da saúde pública, constantemente alertados pelas estatísticas de atendimento clínicos e hospitalares lançadas na rede e sistematicamente organizadas pelo DATA-SUS de que uma grande parcela da população brasileira, trabalhadora ou não, vem apresentando sintomaticamente, problemas de agravos à saúde (diabetes, hipertensão, taxas elevadas do mau colesterol, obesidade, estresse, osteoporose, etc.) os quais profissionais especialistas, pesquisadores, estudiosos e autoridades da área da saúde, atribuem tais agravos ao fenômeno do sedentarismo, considerado como o "mal do século". (NETTO e BANKOFF, 2007). Porém, não se pode esquecer que este fenômeno que envolve os aspectos de saúde, qualidade de vida e bem-estar, sempre estará em transformação para propor alternativas possíveis e mais próximas do possível para intervir junto as diferentes realidades sociais existentes hoje no nosso país, de forma a contribuir com este ser humano, não mais apenas na forma tradicional, mas sim como um ser integral/social (holístico).

Partindo de tais primícias e necessidades o projeto extensionista Orientação a Prática de Exercícios Físicos em Ilhéus – OPEFI também tem por objetivo orientar e incentivar a prática regular e correta de exercícios. Além de propiciar aos seus praticantes (forma indireta) o combate ao sedentarismo, auxiliar na prevenção e no tratamento de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

Os espaços físicos escolhidos para a realização dos exercícios físicos é um dos estacionamentos localizado na Avenida Soares Lopes centro e o módulo (figura 1) de ginástica no modelo academia ao ar livre Avenida Lomanto Júnior no bairro pontal na cidade de Ilhéus/BA. Todos locais de ampla ventilação por estar próximo a uma praia ou baia da cidade. As atividades físicas orientadas são oferecidas gratuitamente pelos acadêmicos do curso de Educação Física da Universidade Estadual de Santa Cruz em Ilhéus-BA, sob orientação de professores do curso da mesma instituição. Para fins de delimitação do grupo de trabalho o público alvo atendido neste projeto são indivíduos de ambos os sexos na faixa etária de 18 a 65 anos que comparecerem ao espaço físico nos horários pré-estabelecidos.

Figura1. Foto do módulo de academia ao ar livre Pontal Ilhéus.




Foto: Mary Melgaço (agosto/2012)

Os métodos que estão sendo utilizados neste projeto são uma (1) anamnese, como uma forma de contato inicial necessário para obter o máximo de informações possíveis para a

própria prescrição dos exercícios físicos. Na anamnese buscam informações sobre o objetivo do avaliado com o exercício físico; história de atividades e exercícios físicos, pregressa e atual; história de patologias crônico degenerativas na família; história de patologias pessoais, pregressa e atual; utilização de medicamentos; hábitos como tabagismo, etilismo, etc. (2) As medidas antropométricas utilizadas na avaliação dos participantes do projeto (peso, estatura, Circunferência Abdominal (CA), circunferência do quadril (CQ), idade, sexo) que foram e serão coletadas por discentes do curso de Educação física da UESC vinculados ao projeto de extensão como estagiários. Para tal, foi criada uma padronização de procedimentos de coleta de dados, previamente estabelecido a fim de minimizar os possíveis erros intra e interavaliadores. (3) Aplicação questionário Internacional Physical Activity Questionary "IPAQ" (PARDINI, e cols., 2001) o qual a partir de respostas realizadas individualmente com cada praticante tem-se a estimativa: do controle da prática da atividade, das condições físicas considerando-se também os fatores de risco coronarianos. (3) São oferecidas orientações gratuitas sobre a caminhada, alongamento, ginástica aeróbica; ginástica de step e ginástica localizada como práticas de atividades físicas com horários pré-agendados; atividades físicas pelo menos três vezes por semana com aulas de 50 minutos e agora também orientação sobre exercícios nos aparelhos do módulo.

É importante ressaltar que o indivíduo que estiver participando do projeto extensionista assina o termo de consentimento livre esclarecido, o qual indica o propósito dos questionários e a utilização dos dados em publicações, sendo-lhes garantido o anonimato. Todos os dados terão tratamento estatístico das informações obedecendo ao pacote computadorizado Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 7.51.

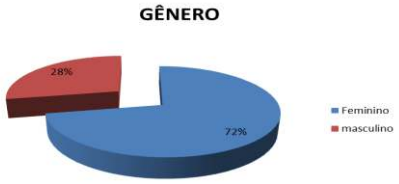
## 3. RESULTADOS DE DISCUSSÃO

Este estudo por se caracterizar como mais uma estratégia para a promoção de um estilo de vida ativo conforme programas citados anteriormente também segue as sugestões de pesquisas das intervenções enfocando a mudança no nível de atividade física da população, verificando as mudanças da população que acessa o projeto. Para tanto aos dados coletados durante a realização do projeto estão descritos e analisados abaixo.

Os dados (gráfico 01) mostram a grande maioria (72%) de mulheres praticantes em nosso projeto, fato que tentamos amenizar, já que após a mudança das atividades para os módulos o número de homens praticantes tem aumentado gradativamente. Fato totalmente justificável talvez pela inserção de equipamentos nas atividades o que futuramente poderá ser comprovado com a continuidade dos estudos. Esta suspeita poderá ser comprovada devido ao publico masculino estar participando em maior número talvez por uma alusão com aparelhos de musculação de academias. Porém não podemos deixar que inferir que independente do ideal ou alusão que esteja acontecendo da população, este projeto não resume ao estético mais característico feminino ou de atividades vigorosas (força) mais característico masculino.

Importante ressaltar que independente do modelo proposto pelo projeto (ginásticas com ou sem aparelhos) propomos exercícios físicos de baixa intensidade, longa duração e regularidade semanal, princípios básicos para iniciantes (independente do gênero) na prática de exercícios físicos como também para promoção da saúde. Todos estes paradigmas que o projeto gradativamente irá quebrar quando tornar-se mais conhecido e divulgado na comunidade. Concluindo a literatura nos remete que independente de gênero a adoção de um estilo de vida ativo é um fenômeno multicausal e que pode ser influenciado pela experiência positiva com atividades físicas desde a adolescência, entre outros fatores (ISO-AHOLA e ST. CLAIR, 2000).

Gráfico1: Relação gênero dos participantes do OPEFI

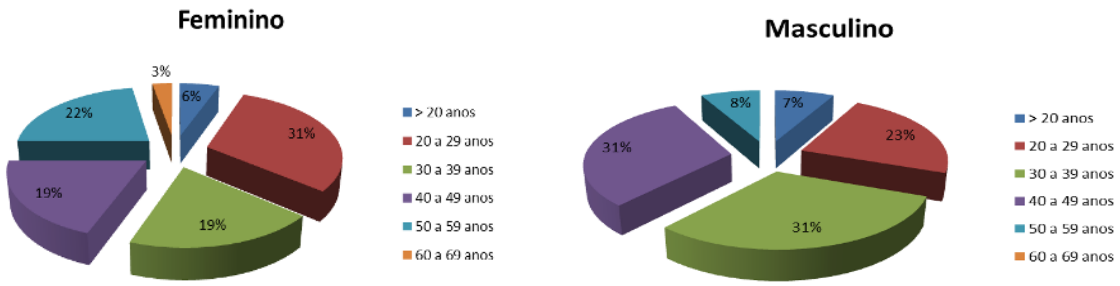



Atualmente é praticamente um consenso entre os profissionais da área da saúde que a atividade física é um fator determinante no sucesso do processo do envelhecimento (MATSUDO, MATSUDO e NETO, 2001). Porém, nossos dados até o presente momento é o perfil de destaque feminino das participantes (gráfico 2) se encontra na faixa etária entre 20 a 29 anos (31%) e 50 a 59 anos correspondendo outros 31% das praticantes. Inferimos assim que apesar da literatura científica, meios de divulgação e publicidade comprovarem a importância da atividade física em relação a idade neste tipo de atividade gratuita e ao ar livre esta participação feminina consciente da sua importância não é unanimidade na faixa crescente de idade.

Quando o gênero é masculino nossos dados não muito diferentes do feminino. Encontramos destaque com 31% das participações na faixa etária de 20 a 29 anos (gráfico 2). Sem esquecer que neste gênero, como descrito anteriormente, à mobilização é muito menor 28% (gráfico1) quando comparado ao gênero feminino. Portanto dos males o menor pelo menos a procura por atividade física como promotora da saúde ainda é muito maior (gráfico 1) pelas mulheres.

De acordo com os dados encontrados por Andrade e cols.(2000), constatou-se que três barreiras mais frequentes para ambos os sexos em cidades pequenas do interior para a prática de atividade física que são: a falta de local, falta de equipamento e falta de clima adequado dentre outras, porém hoje Ilhéus não pode receber com justificativa da população tais barreiras, graças a incentivos municipais, da ONG Instituto Superior de Sustentabilidade (ISUS) e a Universidade Estadual de Santa Cruz.

Gráfico 2: Perfil de gênero por idade dos participantes do OPEFI




Quando o parâmetro é estatura dos participantes apesar da literatura utiliza-la como monitoramento de mudanças nos padrões econômicos de saúde e nutrição esta variável (a estatura) em nosso trabalho esta sendo captada para cruzamento com idade e peso obtendo índice de massa corporal (IMC). Abaixo a relação (tabela 1) do IMC em adultos (18 a 65 anos) segundo índices referenciais que a Organização Mundial de Saúde (1995) utiliza.

Tabela 1: Relação índice de massa corporal (IMC) ideal segundo a OMS.

| SITUAÇÃO | IMC EM ADULTOS |
|---|---|
| **Abaixo do peso ideal** | Abaixo de 18,5 |
| **Peso ideal** | Entre 18,5 e 25 |
| **Acima do peso ideal** | Entre 25 e 30 |
| **Obeso** | Acima de 30 |

Assim nossos resultados são semelhantes para ambos os gêneros todos estão acima do IMC ideal (tabela 02) preconizado pela OMS. Fato que nos permitiu aferir que nosso planejamento de exercícios com baixa intensidade e alto número de repetições, atende às necessidades dos participantes do projeto não só por ter evidenciado à necessidade de diminuir o peso atual dos participantes para melhoria do IMC como também o tipo de atividade proposta melhora perfis metabólicos promovendo saúde e qualidade de vida.

Segundo Thomas e La Fontaine (1998) um dos maiores benefícios da atividade física regular é a melhora do perfil lipídico a longo prazo; o tipo de exercício que mais atua no metabolismo de lipoproteínas é o aeróbio (BLAIR e cols, 1996), pois eleva a concentração sanguínea da HDL-c e sua subfração HDL, cujo aumento vem sendo associado inversamente às coronariopatias (COUILLARD e cols., 2001). Além disso, reduz de forma consistente as concentrações plasmáticas dos triglicerídeos, embora a diminuição do colesterol total e LDL-c seja controversa, pois é mais eficiente quando associada à perda de peso e à restrição energética. Praticantes de atividade aeróbia apresentam concentrações mais baixas de LDL do que sedentários e esta subfração vem sendo associada às coronariopatias (THOMAS e LA FONTAINE, 1998).

Tabela 2. Média de Indice de massa corporal do participantes do OPEFI

| Gênero | Peso | Estatura | IMC |
|---|---|---|---|
| **Homens** | 81,79 ± 20,24 | 1,74 ± 0,07 | 27,06 ± 7,1 |
| **Mulheres** | 66,43 ± 13,85 | 1,59 ± 0,06 | 26,08 ± 4,7 |

*dados apresentados em média ± desvio padrão

Na busca de mais referenciais para caracterização do perfil de participantes do projeto e adaptação das atividades outro dado captado é as medidas de circunferência de cintura e quadril.

Tabela 3: Relação Cintura-quadril para homens

| IDADE | BAIXO | MODERADO | ALTO | MUITO ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **20 A 29** | < 0,83 | 0,83 a 0,88 | **0,89 a 0,94** | **> 0,94** |
| **30 A 39** | < 0,84 | 0,84 a 0,91 | **0,92 a 0,96** | **> 0,96** |
| **40 A 49** | < 0,88 | 0,88 a 0,95 | **0,96 a 1,00** | **> 1,00** |
| **50 A 59** | < 0,90 | 0,90 a 0,96 | **0,97 a 1,02** | **> 1,02** |
| **60 A 69** | < 0,91 | 0,91 a 0,98 | **0,99 a 1,03** | **> 1,03** |

**Fonte:** Applied Body Composition Assessment, 1996

O calculo da relação cintura/quadril é segundo estudiosos da área de saúde um ótimo indicador da distribuição de gordura corpórea (HSIEH e YOSHINAGA, 1995; LEE e cols. 1995) na identificação de risco de doença cardiovascular (HAN et al., 1995; LEAN et al., 1995), além da vantagem da simplicidade de determinação e de basear-se em medidas de fácil obtenção. Para tanto as tabelas 3 e 4 são os referenciais da literatura para analise dos nossos dados.

Tabela 4: Relação Cintura-quadril para mulheres

| IDADE | BAIXO | MODERADO | ALTO | MUITO ALTO |
|---|---|---|---|---|
| **20 A 29** | < 0,71 | 0,71 a 0,77 | **0,78 a 0,83** | **> 0,83** |
| **30 A 39** | < 0,72 | 0,72 a 0,78 | **0,79 a 0,84** | **> 0,84** |
| **40 A 49** | < 0,73 | 0,73 a 0,79 | **0,80 a 0,87** | **> 0,87** |
| **50 A 59** | < 0,74 | 0,74 a 0,81 | **0,82 a 0,88** | **> 0,88** |
| **60 A 69** | < 0,76 | 0,76 a 0,83 | **0,84 a 0,90** | **> 0,90** |

**Fonte**: Applied Body Composition Assessment, 1996

Um ponto importante que gostaríamos de destacar é que o grupo de participantes é heterogênio e flutuante, justificável já que não houve nenhum tipo de seleção ou exigência para aderir ou permanecer no projeto. Assim, conforme a tabela referência de classificação da Relação cintura/quadril (RCQ) pela idade nossos dados (gráfico 3) do grupo feminino destacamos que no perfil baixo somente a faixa etária de 20 a 29 anos. O restante do grupo no perfil moderado na faixa étária ≤ de 30 anos e o perfil de alto ou muito alto nos grupos que incluem a faixa etária de ≤ 40 anos.

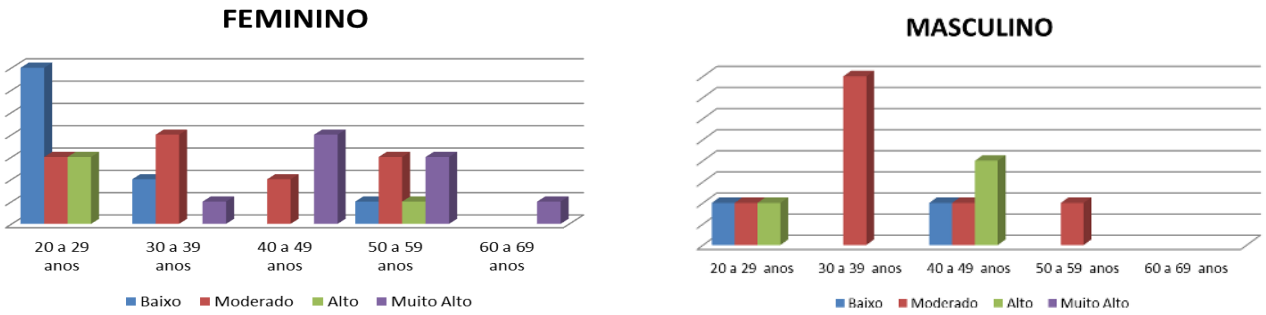
Também segundo os dados desta pesquisa (gráfico 3) agora referente ao grupo masculino destacamos que o perfil baixo não foi encontrado em nenhuma das faixas etárias. O perfil moderado ficou destacado no grupo de 30 a 39 anos a maioria dos participantes identificados no perfil alto e muito alto nos grupos que incluem a faixa etária de ≤ 40 anos.

Os estudos prospectivos diz que a distribuição de gordura abdominal é influenciada por idade, IMC e atividade física dentre outros (ROSMOND E BJÖRNTORP, 1999). Outros estudos mostram que a gordura localizada no abdômen é fator de risco para doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e alguns tipos de cânceres, como o de mama, de ovário e de endométrio (FOLSON e cols. 1990).

Assim, diante dos dados coletados e o referencial científico supra citado temos alguns participantes do projeto se encontram no perfil baixo, ou seja, não se encontram na faixa de risco nem por isso desqualifica as atividades propostas neste projeto porque está encontrarão na proposta de atuação de prevenção. Mas é de se ressaltar mais vez que a intervenção

proposta pelo projeto atende bem claramente aos participantes, pois encontram na sua maioria independente de gênero na faixa de risco de doenças cardiovasculares.

Gráfico 3. Perfil da relação Cintura-quadril dos participantes do OPEFI




## 4. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo sempre apresentará algumas limitações referentes à seleção de participantes, porque inclui somente pessoas de 18 a 65 anos de idade que voluntariamente se apresenta para a prática de exercícios proposta neste projeto.

Uma segunda limitação é que se trata de um público flutuante onde nem todos têm uma regularidade (frequência semanal de pelo menos 90%) na prática e/ou avaliações fatos que já foram identificados.

Além disso, a variabilidade e heterogeneidade presentes durante o transcorrer do projeto. Apesar disto, nossos resultados permitirão algumas conclusões que representarão características do público atendido.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como o projeto está em andamento e nem todos dados foram contabilizados neste artigo os resultados aqui apresentados já nos permite inferir que pelo perfil dos participantes e o objetivo proposto estamos atuando sob os princípios da prevenção, promoção da saúde e melhora da qualidade de vida da população.

## 6. REFERÊNCIAS

*BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria MS nº 687, de 30 de março de 2006. Política Nacional de Promoção da Saúde. Diário oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 de março de 2006.

*CELAFISCS. Agita mundo/PhysicalActivity Network: catálogo. São Paulo: CELAFISCS, 2002.

* DUARTE, RC, B, BARROS, LC, SILVA, LB. Orientação a Prática de Exercício Físico em Parintins – AM. **Rev. Fiep Bulletin**. v. 80. 2010.

* DUARTE, RC, B, BARROS, RIBEIRO, EM. Orientação a Prática do Exercício Físico: Prática de Atividade Física no Baixo Amazonas. 61ª Reunião Anual da SBPC, 2009 Disponível: http://www.sbpcnet.org.br/livro/61ra/resumos/resumos/5293.htm. Acesso: Out/2012.

* FERREIRA, M. S.; NAJAR, A. L. Programas e campanhas de promoção da atividade física. Ciência & Saúde Coletiva. n. 10, (sup), p. 207-19. 2005.

* Organização Mundial de Saúde OMS,. Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry. (Technical Report Series, 854). Genebra: OMS. 1995.

*Organização Mundial de Saúde OMS. Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global. Relatório da Consultadoria da OMS, Genebra, (2004).

*ROSMOND R, BJÖRNTORP P. Psychosocial and socioeconomic factors in women and their relationship to obesity and regional body fat distribution. Int J Obes Relat Metab Disord 1999;23:138-45.

*ISO-AHOLA, S.; ST. CLAIR, B. Toward a theory of exercise motivation. Quest, Champaign, v.52, p.131-47, 2000.

* Luciano Rezende. SOE-Vitória, ES: Sete anos de sucesso com uma idéia simples, eficaz e de baixo custo. **Rev Bras Med Esporte** vol.3 no.3 Niterói July/Sept. 1997.

* MATSUDO, S. M. M. Envelhecimento; atividade física e saúde. *Revista Mineira de Educação Física*, v. 10, n. 1, p. 193-207, 2002.
* FOLSON AR, KAYE SA, PRINEAS RJ, POTTER JD, GAPSTUR SM, WALLACE RB. Increased incidence of carcinoma of the breast associated with abdominal adiposity in postmenopausal women. Am J Epidemiol 1990;131:794-803.