

PERFIL DOS PRATICANTES DE CAMINHADA DA AVENIDA DIRCEU ARCOVERDE EM FLORIANO – PI

Magnoel Gomes da Costa
Marla Maria Borges Ribeiro
Maísa Carvalho Rezende

RESUMO: O presente estudo objetiva conhecer o perfil dos praticantes de caminhada na Avenida Dirceu Arco-verde, através dos indicadores de saúde relacionados com a composição corporal e pressão arterial. **Material e Métodos:** caracterizou-se de um trabalho de campo, transversal com a amostra de 171 praticantes (102 mulheres e 69 homens) na faixa etária dos 29 aos 74 anos, com média de idade 48,9, selecionados pelo método probabilístico aleatório simples. Mediu-se a estatura (EST), massa corporal (Kg), o (IMC), o (IRCQ) e a PA (pressão arterial). Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: uma balança da marca Filizola, duas fitas métricas da marca Fiber-Glass, duas fitas antropométricas da marca Sanny®, dois estetoscópios duplo da marca Premium e dois esfrignomanômetro Unilec. O Plano analítico utilizou-se a planilha Excel 2003 e os resultados transportados para o Bioestat versão 3.0, sendo considerado significativo o valor de $p < 0,05$. **Resultados:** as médias mostraram ($p > 0,05$) no masculino 44,5±11 anos, IMC 26,01±3,7, IRCQ 0,91±00,7, PAS 127,6±14,5, PAD 79,5±15; no feminino 47,8±10,6 anos, IMC 25,4±3,7, IRCQ 0,84±00,6, PAS 117,2±14,2, PAD 78,1±10. No grupo masculino o IMC que prevaleceu foi o nível sobrepeso, enquanto no feminino o nível foi o normal. Já o resultado do IRCQ evidenciou o risco alto para as mulheres e moderado para os homens e na PA foi normal para ambos os sexos. **Conclusão:** Apesar de não haver diferença estatisticamente significativa entre as médias, há um perfil preocupante das medidas antropométricas em relação às doenças cardiovasculares, onde os indivíduos não se enquadram nos padrões normais de saúde.

Palavras-chaves: Caminhada, Atividade Física, Indicadores Antropométricos.

INTRODUÇÃO

Na contracorrente do sedentarismo que assola as populações urbanas durante todas as etapas do ciclo vital, constatam-se fortes apelos à incorporação de hábitos e atitudes positivas visando a promoção de estilos saudáveis e ativos, perspectivando patamares elevados na qualidade de vida (GUIMARÃES & MARTINS, 2004).

Os hábitos saudáveis de vida têm sido divulgados pela sociedade como meio de combater os danos causados à saúde pela forma de vida urbana atual, que envolve o desenvolvimento tecnológico, social e econômico (SAMULSKI; LUSTOSA, 1996).

Um dos principais componentes de alto risco para a saúde é a baixa aptidão física (ACSM, 1996), a qual é consequência da inatividade física. Em adultos tem-se estabelecido uma clara associação entre inatividade física e doenças crônicas, no entanto, em crianças e adolescentes esta relação ainda não está estabelecida na mesma proporção.

Entre inúmeros pesquisadores há um consenso de que a *hipocinesia* está relacionada com várias doenças crônico-degenerativas, como: AVC (acidente vascular cerebral), câncer, obesidade, osteoporose, diabetes, hipertensão e as cardiovasculares (MORRIS & CRAWFORD, 1958; PAFFENBARGER *ET AL.*, 1978; PATE, 1988; SALLIS *ET AL.*, 1992; BLAIR, 1993; BIJNEN *ET AL.*, 1994; ACSM, 1996; MONTOYE *ET AL.*, 1996; AFFENBARGER & LEE, 1996; HILL, 1997; SKINNER, 1997).

Neste contexto, sabe-se que os locais públicos (praças, bosques, calçadões, canteiros de avenidas, etc.) estão sendo cada vez mais utilizados para a prática de exercício físico e paralelamente a gestão pública deve investir em mão de obra profissionalizante para acompanhar, controlar e orientar para esta prática. Vendo o grande número de praticantes de caminhada na Avenida Dirceu Arco-verde (canteiro do anel viário), o objetivo deste trabalho é de conhecer o perfil dos mesmos, através dos indicadores de saúde relacionados com a composição corporal e pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) e orientá-los sobre a possibilidade de desenvolver doenças crônico-degenerativas.

MATERIAL E MÉTODOS

Tipo de pesquisa: caracterizou-se como trabalho de campo, transversal, fundamentado com dados primários, quantitativos e de caráter descritivo.

População e amostra: o universo foi o de praticantes de caminhada. A amostra foi composta por 171 praticantes na Avenida Dirceu Arco-verde, 102 mulheres e 69 homens, na faixa etária dos 29 aos 74, com média de idade 48,9, selecionados pelo método probabilístico aleatório simples, de forma voluntária.

Instrumentos de coleta de dados e variáveis de estudo: as variáveis selecionadas para a pesquisa foram os fatores de risco associado a algumas doenças, idade (ID) em anos completos, massa corporal (MC) em Kg e estatura (EST) em m, equacionando o índice de massa corporal (IMC) por meio da razão massa corporal/estatura², circunferência da cintura (CIRCC) em cm e quadril (CIRCQQ) em cm, em relação cintura/quadril (IRCQ) e a PA (pressão arterial) para saber a situação momentânea. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: uma balança da marca Filizola com precisão de 100g e 0,01 cm, duas fitas métricas padronizadas da marca Fiber-Glass com 150 cm de resolução, duas fitas antropométricas da marca Sanny® com 200 cm de resolução, dois estetoscópios duplo da marca Premium e dois esfignomanômetro Unilec.

Procedimentos para coleta de dados: A pesquisa ou coleta de dados foi feita durante duas semanas com a aplicação de um questionário realizado por uma profissional e dois concludentes de Educação Física, no período da tarde na Avenida Dirceu Arco-verde (conhecido por Anel-viário) na cidade de Floriano-PI. Vendo o grande número de praticantes da caminhada nesta área surgiu o interesse de saber o perfil dos mesmos e ao mesmo tempo de orientá-los para uma prática saudável de atividade física. Todas as etapas do trabalho foram elaboradas de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos - Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

As medidas antropométricas foram colhidas entre os indivíduos selecionados, onde primamos pelo máximo de correção segundo Fernandes Filho (2003) que diz que a pessoa tem que está em repouso, descalça e com o mínimo de roupa possível. **Peso corporal:** Em pé, de costas para a balança, com o afastamento lateral dos pés. Em seguida coloca-se e no centro da plataforma, ereto e com um olhar fixo à sua frente; **Estatura:** com uma fita métrica fixada na parede, o avaliado em pé, posição ereta, braços estendido ao longo do corpo, pés unidos, estando o avaliado em apnéia inspiratória; **CIRCC:** em pé, posição ereta, braços estendidos ao longo do corpo, pés unidos, com o abdômen relaxado, no ponto de menor circunferência, abaixo da última costela, colocando a fita num plano horizontal; **CIRCQQ:** em pé, posição ereta, braços levemente afastados, pés unidos e glúteos contraídos, colando a fita num plano horizontal, no ponto de maior massa muscular das nádegas. As medidas da Pressão Arterial utilizadas como referência foram as do III Consenso de Hipertensão Arterial, o indivíduo deve estar em repouso de 5 a 10 minutos, localiza a artéria braquial por palpação, colocar o manguito a firmemente cerca de 2 cm a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial, posicionar os olhos no mostrador do manômetro aneróide, colocando o estetoscópio nos ouvidos, posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, inflar rapidamente, de 10 mmHg em 10 mmHg, até o nível estimado da pressão arterial, proceder à deflação, com velocidade constante inicial de 2 mmHg a 4 mmHg por segundo, determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff.) que auscultar cerca de 20 mmHg a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Os resultados das medidas da PA apresentadas no trabalho foram resultados da média de três aferições por pessoa.

Plano Analítico

Os dados foram digitados e equacionados em planilha Microsoft Excel 2003 e os resultados transportados para o Bioestat versão 3.0. Os valores individuais do IMC, IRCQ e PA foram estratificados e quantificados em percentuais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 01 caracteriza-se de amostra através de valores de média ($p>0,05$) e desvio padrão das variáveis antropométricas em ambos os sexos. Foi observado que no grupo masculino os resultados encontrados foram maiores do que no feminino, com exceção da idade, no entanto não houve diferença estatisticamente significativa.

Tabela 1 – Distribuição de média ($p>0,05$) e desvio-padrão, variáveis antropométricas e indicadores de saúde em ambos os sexos. (N=171).

Variáveis	Masculino (n=69)	dp	Feminino (n=102)	dp
Idade (anos)	44,5	±11	47,8	±10,6
IMC (kg/m ²)	26,01	±3,7	25,4	±3,7
IRCQ	0,91	±00,7	0,84	±00,6
PA (Sistólica)	127,6	±14,5	117,2	±14,2
PA (Diastólica)	79,5	±15	78,1	±10

Na tabela 02 observa-se a classificação do IMC, demonstrando valores de percentuais em ambos os sexos. Verificou-se a predominância de peso normal com o percentual de 54% dos indivíduos para o sexo feminino e no masculino o de sobrepeso com o percentual de 47% dos indivíduos. No trabalho realizado por TORRES et al. (2007), os valores encontrados foram elevados para ambos os sexos no nível caracterizado como de risco (sobrepeso), onde predominou o percentual de 45% e 61.6% para mulher e homem, respectivamente, segundo a Organização Mundial de Saúde.

Tabela 2 – Classificação do IMC como indicador de saúde em ambos os sexos (N=171).

	Masculino (n=69)		Feminino (n=102)	
	i	%	i	%
Abaixo do Peso	—	—	1	1
Peso normal	28	40	55	54
Sobrepeso	32	47	34	33
Obesidade I	7	10	12	12
Obesidade II	2	3	—	—
Obesidade III	—	—	—	—
Total	69	100	102	100

Na análise do IRCQ em valores percentuais (tabela 3) foi observado que nos indivíduos do sexo feminino predominou a classificação de risco alto com um percentual de 36%, enquanto o masculino com 52% ficou classificado como de risco moderado. O nível de risco elevado para a saúde prevaleceu com os indivíduos do sexo feminino. No trabalho de SOUSA et al. (2000), os resultados encontrados de nível moderado foi para ambos os sexos com 44,42% feminino e 39,43% masculino, enquanto o nível de maior risco sobressai o do sexo masculino.

Tabela 3 – Classificação da IRCQ como indicador de saúde em ambos os sexos (N=171)

	Masculino (n=69)		Feminino (n=102)	
	i	%	i	%
Muito Alto	11	16	28	31
Alto	12	17	37	36
Moderado	36	52	31	27
Baixo	10	15	6	6
Total	69	100	102	100

No Brasil admite-se como pressão arterial ideal, condição em que o indivíduo apresenta o menor risco cardiovascular, PAS < 120 mm Hg e PAD < 80 mm Hg (BRASIL, 2002). Notou-se que, aproximadamente a média dos indivíduos avaliados apresentaram resultados normais da PA nas mulheres (11/8) e ótimos nos homens (12/8), segundo os padrões de Brasil.

Tabela 4 – Classificação da Pressão Arterial (Sistólica e Diastólica) como indicador de saúde em ambos os sexos (N=171).

	Masculino (n=69)				Feminino (n=102)								
	Sistólica		Diastólica		Sistólica								
	i	%	i	%	i	%	i	%					
Diastólica													
Ótima	17	20	18	26	42	31	41	30	37	51	37	50	
Normal						28	47	29	41				
Limítrofe						11	17	16	24	12	11	12	11
Estagio I (leve) Hipertensão						9	13	6	9	8	6	8	6
Estagio II (moderado) Hipertensão						4	5			3	3	3	3
Total						69	100	69	100	102	100	102	100

CONCLUSÃO

Concluiu Não foi possível observar diferenças significantes entre os sexos quando as médias foram comparadas. No entanto quando os valores individuais do IMC foram estratificados em categorias o sexo masculino mostrou-se em desvantagem e em relação ao IRCQ o resultado foi desfavorável para o sexo feminino, demonstrando que a massa corporal em valores normais não exclui a chance do indivíduo ter problemas com a gordura abdominal.

Os indivíduos investigados apesar de se declararem praticantes assíduos, não se enquadram nos padrões normais de saúde normal, uma grande parte encontra-se na faixa de sobrepeso. Diante destas análises, faz-se necessário um maior investimento da gestão pública em programas de atividades físicas para obtenção de melhores condições de acompanhamento, controle e orientação para esta prática, contribuindo desta forma, para diminuição de fatores de risco à saúde e prevenção das doenças a eles relacionados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSM – American College of Sports Medicine (1996). **Manual para teste de esforço e prescrição de exercício**. 4. ed. Rio de Janeiro: Revinter Ltda.
- BENITO JUNIOR, Daniel O. H. **Treinamento Desportivo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Sprint, 2002.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Projetos em Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Departamento de ações programáticas estratégicas. – Brasília: ministério da saúde, 2002.
- _____. Resolução CNS 196/96. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos**.

FERNANDES FILHO, José. **A Prática da Avaliação Física**: testes, medidas e avaliação física em escolares, atletas e academia de ginásticas. 2. ed. Rev. e atual. Rio de Janeiro, Shape, 2003.

GLANER, Maria F. Importância da aptidão física em relação a saúde. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**. Volume 5 – número 2 – p. 75-85, 2003.

GUIMARÃES, E. MARTINS, V. L. Qualidade de Vida. In: **Dicionário Crítico do Lazer**. Cristiane Luce Gomes (Org), Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2004. p. 191 a 196.

HEYWARD, Vivian H. STOLARCZYK, Lisa M. **Avaliação da Composição Corporal aplicada**. São Paulo: Manoe, 2000.

LIMA, Dantel Ferrari de. **Caminhada**: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Sprint, 1998.

SAMULSKI, D.; LUSTOSA, L. A importância da atividade física para a saúde e a qualidade de vida. Artus –**Revista Educação Física e Desportos**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, 1996.

SOUSA, Celso. Perfil antropométrico e funcional de sujeitos praticantes de Caminhada, da comunidade da zona sete, da cidade de Maringá, PR. **Revista da Educação Física/UEM**. Maringá, v. 11, n. 1, p. 33-41, 2000.

TORRES, Mônica. et al. Cineantropometria e risco cardíaco em usuários do Projeto Caminhar com segurança e saúde. **Anais...** I Congresso Nacional em Performance Humana, Educação Física, Exercício e Saúde e IV Jornada Caririense e Saúde de Atividade Física & Saúde. Juazeiro do Norte(CE) – 2007.

TREVISAN, C. M. **A prática da caminhada**: saudável ou desorientada? Monografia (Licenciatura em Educação Física) – Setor de Ciências Biológicas, Departamento de Educação Física, Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 1997.