Recebido em: 24/02/2009 Emitido parece em: 05/04/2009 Artigo original

IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO À SAÚDE EM ADULTOS E IDOSOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL PARTICIPANTES DO PROJETO VIDA NOVA

Sarita de Mendonça Bacciotti[1], Aluísio Fernandes de Souza[2].

RESUMO

O sedentarismo em adultos e idosos com Deficiência Visual (DV) pode ocorrer por falta de oportunidade para a prática de exercícios físicos e de adaptações necessárias para esta efetiva participação. O estudo teve como objetivo identificar fatores de risco à saúde com base em índices antropométricos de 8 indivíduos adultos com DV participantes do Projeto Vida Nova. Os fatores de risco à saúde foram identificados considerando-se os Índices de Massa Corporal e Cintura e Quadril, e os casos de Obesidade. Concluímos que os indivíduos com deficiência visual que participam do Projeto Vida Nova apresentam níveis elevados de fatores de risco à saúde.

Palavras chave: Deficiência visual, sedentarismo, saúde.

ABSTRACT

The sedentariness in adults and aged with Visual Disabled (DV) can happen by the lack of opportunity to practice physical exercises and necessary adaptations for this effective participation. The study had as objective to identify health risk factors basing on the anthropometrics indexes of 8 DV adults participants of the New Life Project. Health risk factors were identified considering the Corporal Mass, Waist, Hip Indexes, and the Obesity cases. We concluded that the visual disabled individuals who participate the New Life Project present high levels of health risk factors.

Key words: Visual disabled, sedentariness, health.

INTRODUÇÃO

O sedentarismo presente entre indivíduos com deficiência visual pode ser decorrente da falta de oportunidade para a prática da atividade física e de recursos ou adaptações necessárias para a participação desses indivíduos em programas adequados. Para Alves e Duarte (2005) a deficiência visual pode acarretar ao indivíduo perda de informações decorrente das reduzidas oportunidades de interação com o meio e com as pessoas que o rodeiam. A falta de oportunidade revela-se na falta de recursos ou adaptações necessárias para a participação desses indivíduos nas aulas de Educação Física.

Devido às dificuldades em determinadas áreas, muitas pessoas com deficiência são subestimadas na área esportiva e da atividade física, assim como nas demais áreas sociais. Assim, a falta de estímulos culturais e ambientais, importantes para toda e qualquer pessoa, faz desses indivíduos pessoas sedentárias e inativas.

Para Freitas e Cidade (1997) a Educação Física para esta população tem como objetivo a utilização do movimento como elemento educativo que favorece a formação integral do indivíduo.

Podemos observar a importância desta prática tanto na reabilitação de aspectos motores como facilitador de inclusão da pessoa deficiente no ambiente escolar, na própria família e na sociedade de uma forma geral. É de grande valor, portanto, a programação de estratégias para oferecer a atividade física para o indivíduo com deficiência buscando sua formação plena. De acordo com Silva e Dessen (2001) o desenvolvimento físico, mental, emocional e de adaptação social do deficiente dependem, em grande parte, das possibilidades que ele adquire de mover-se e de descobrir-se, bem como de descobrir o mundo que o cerca. Sendo assim, quanto mais estimulado este indivíduo for, maiores serão suas possibilidades de se desenvolver.

O esporte e a atividade física têm se demonstrado como meios eficazes de contribuição para o desenvolvimento do máximo do potencial do indivíduo. Alguns autores afirmam que a atividade física

permite a superação de dificuldades do meio e também uma melhor adaptação (BUENO E RESA apud FREITAS e CIDADE, 1997).

Para finalizar lembramos as crenças da Atividade Física Adaptada, ou seja, todos os alunos podem se beneficiar recebendo Atividade Física Adaptada em uma ou mais áreas de conhecimento; todos os alunos podem aprender; todos os alunos têm seu direito assegurado para a qualidade de vida pela prática da atividade física que pode aumentar sua autoestima e contribuir para sua saúde mental; todos os alunos podem receber instruções em esporte, dança e atividades aquáticas que vão ao encontro do tempo de lazer e contribui para um estilo de vida ativo e saudável; todos os alunos devem ter uma atividade física adequada para assegurar saúde e aptidão para as atividades de vida diária (MAUERBERG–DE-CASTRO, 2005).

Sendo assim, o estudo teve como objetivo identificar fatores de risco à saúde com base em índices antropométricos de indivíduos com deficiência visual participantes do Projeto Vida Nova.

PROJETO VIDA NOVA

O Projeto Vida Nova oferece atividades físicas a indivíduos com deficiência desde 1998. Este projeto tem como objetivo atender crianças, jovens e adultos com deficiências, seja física, auditiva, visual ou mental, em atividades físicas e esportivas. As aulas são desenvolvidas no ginásio de esportes da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) duas vezes por semana, no período matutino e vespertino. Os participantes do projeto devem apresentar algum tido de deficiência e podem tanto procurar diretamente o mesmo ou serem encaminhados por alguma instituição de educação especial. As aulas são realizadas nas quadras externas, ginásio e piscina da UCDB utilizando os recursos materiais do curso de Educação Física. O projeto atualmente tem parceria com três Instituições sendo elas: Instituto Sul-Matogrossense dos Cegos Florivaldo Vargas (ISMAC), Associação Pestalozzi de Campo Grande, e Centro de atendimento ao Deficiente da Áudio-Comunicação (CEADA). A partir de 2008 foi formado um grupo de estudos que pretende preparar melhor os acadêmicos em termos de conhecimentos específicos e incentivar a pesquisa aliada à extensão.

O projeto atende pessoas com deficiência de ambos os sexos. As inscrições são feitas no ginásio da UCDB e as atividades são divididas por faixa etária: 7 a 12 anos; 13 a 18 anos, adultos e idosos. Observamos que os indivíduos participantes deste projeto pertencem às classes c, d e residem distante da UCDB. Fato este que exige deles e da família uma grande disposição em vencer também estas dificuldades.

O Projeto Vida Nova propicia aos acadêmicos mesmo que de forma segregada, o contato com as pessoas com deficiência e a aplicação das adaptações necessárias para que esta população tenha acesso à prática da atividade física, esporte e lazer. Além disso, o desenvolvimento de pesquisas com esta população tem auxiliado na superação de preconceitos e atitudes estigmatizadas.

Algumas instituições especializadas em educação especial trabalham com a Educação Física para as pessoas com deficiência. No entanto, muitas dessas pessoas não têm acesso a essas instituições, ficando de certas formas excluídas de diversos tipos de atividades constitutivas do contexto sócio-cultural, dentre elas a atividade física, o esporte e o lazer.

Sendo assim, o Projeto Vida Nova visa atender pessoas com deficiência não institucionalizadas (que não frequentam instituições especializadas) e instituições que não possuem espaço necessário para desenvolver atividades voltadas ao esporte e lazer e contribuir para formação acadêmica na área da Atividade Física Adaptada.

O grupo escolhido para o estudo é formado por adultos e idosos com deficiência visual. As atividades físicas realizadas com esse grupo são realizadas duas vezes por semana, com duração de uma hora cada sessão. Os programas desenvolvidos têm como objetivo a melhora da aptidão física, da saúde e qualidade de vida dessas pessoas.

DEFICIÊNCIA VISUAL E ATIVIDADE FÍSICA

Segundo informações do IBGE (2000) no Brasil existem cerca de 24,6 milhões de pessoas com deficiência no Brasil, sendo em média 16,5 milhões com deficiência visual. Essa deficiência foi identificada como “dificuldade permanente de enxergar mesmo com o uso dos óculos” e demonstrou

atingir mais as mulheres do que os homens brasileiros. Entre 16,5 milhões de pessoas com deficiência visual, 159.824 são incapazes de enxergar, ou seja, são cegos.

Em Campo Grande-MS há pelo menos 56.168 pessoas com deficiência visual que se declararam "incapazes, com alguma ou grande dificuldade de enxergar" (IBGE, 2000).

Com o envelhecimento da população brasileira a proporção de pessoas com deficiência também aumenta, surgindo um novo elenco de demandas para atender as necessidades específicas desse grupo.

A deficiência visual segundo Munster e Almeida (2005) é caracterizada pela perda parcial ou total da capacidade visual, em ambos os olhos, levando o indivíduo a uma limitação no sue desempenho habitual. Pode ser adquirida ou congênita e apresenta diversas causas.

Algumas características são comuns quando se trata de populações com deficiência visual. Entre elas estão as dificuldades de estabelecer os aprendizados incidentais, importantes para descoberta do mundo e estímulos a movimentos simples como engatinhar e andar. No entanto, quando a cegueira é adquirida já na fase adulta, como no caso da maior parte dos alunos do Projeto Vida Nova, outras limitações se apresentam, entre elas a limitação emocional na aceitação da cegueira e continuidade de atividades da vida cotidiana. Nestes casos a atividade física possibilita trabalhar a independência e autonomia desses indivíduos.

A participação do aluno com deficiência visual nas aulas de Educação Física e em programas de exercícios físicos nem sempre é possível por conta de algumas barreiras como as apresentadas por Alves e Duarte (2005) como falta de preparação profissional, elaboração do currículo e atividade de Educação Física, medo, super-proteção e expectativas limitadas em relação ao aluno com deficiência visual, falta de oportunidades, falta de confiança, o não respeito ao tempo necessário para o aluno com deficiência visual na realização das atividades, falta de equipamentos apropriados e dispensa médica.

Para a elaboração de programas de atividade física para o indivíduo com deficiência visual algumas características precisam ser consideradas como a insegurança, medo e dependência geralmente causada pela super-proteção dos pais e não pela perda da visão em si (CRAFT e LIEBERMAN, 2004). Segundo os mesmos autores pode-se observar desvios posturais em indivíduos cegos por não terem o referencial da postura das demais pessoas e nos indivíduos com baixa visão, pois muitos com o objetivo de maximizar a visão acabam se curvando e alterando a postura.

Por fim, a característica que gostaríamos de chamar a atenção é a de que os indivíduos com deficiência visual apresentam nível de condicionamento físico relacionado à saúde geralmente inferior aos das pessoas que enxergam (LIEBERMAN & CARRON, 1998 citados por CRAFT e LIEBERMAN, 2004). Craft e Liberman (2004) apontam ainda que a falta de oportunidade de treinamento ou de dificuldades de se ter um guia podem ser obstáculos ao desenvolvimento do condicionamento físico.

ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE

Existem evidências científicas que demonstram a forte associação entre atividade física e saúde, na qual o estilo de vida aparece como um fator importante na prevenção e controle de um conjunto de doenças degenerativas (Gaya *et al.,* 2002).

Para Segre e Ferraz (1997) citados por Bacciotti (2007) a atual definição de saúde da Organização Mundial da Saúde: "situação de perfeito bem-estar físico, mental e social" da pessoa é considerada ultrapassada, por visar a uma perfeição inatingível. Para os autores Saúde poderia ser definida como um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade.

Saúde fisiológica está relacionada ao bem estar orgânico do indivíduo, ou seja, bem estar, ausência de doenças ou limitações e baixo risco de desenvolver uma doença ou uma limitação. Dessa forma, a capacidade aeróbica e composição corporal em níveis adequados estão relacionadas a fatores de boa saúde fisiológica. Os índices de saúde funcional consideram a capacidade de se executar tarefas importantes e sustentar o desempenho das mesmas de maneira independente e eficiente. Relacionados a este aspecto da saúde estão a capacidade de realizar atividades de vida diária (AVDs) e de realizar atividades física e de lazer (WINNICK e SHORT, 2001).

O sedentarismo é o fator de risco de maior prevalência na população atualmente, segundo o Programa Agita Brasil (2002) e está relacionado ao aumento significativo da obesidade entre os jovens e adultos. Observa-se em tão que o baixo nível de atividade física representa importante fator de risco no

desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis como diabetes *mélitus* não-insulino-dependente, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, osteoporose e alguns tipos de câncer.

Loch *et al.* (2006) citado por Bacciotti (2007) confirma a suposição de que pessoas com melhores níveis de atividade física e/ou aptidão física apresentam menor grau de incidência de certas doenças como lombalgia, obesidade, hipertensão, entre outras doenças do que seus pares menos ativos.

Na atualidade, inclusive no cenário brasileiro, é reconhecida a influência da prática da Atividade Física para a melhoria do bem-estar e da saúde, reduzindo o sedentarismo e prevenindo ou amenizando muitos dos malefícios de um estilo de vida sedentário. Ainda assim, as populações brasileiras, em especial dos grandes centros, não têm percebido esta via de acesso a benefícios importantes ligados à sua saúde, permanecendo no sedentarismo e adentrando cada vez mais ao campo da Inatividade Física. Vários estudos apontam para a necessidade de conscientização da importância da Atividade Física como uma medida preventiva de saúde (MIRAGAYA *in* PEREIRA DA COSTA, 2005).

São diversos os benefícios da prática frequente da Atividade Física: fisiologicamente, o corpo se torna mais saudável pelo aumento da força muscular, flexibilidade e capacidade de desenvolver movimentos. Em indivíduos fisicamente ativos há também menor acúmulo de gordura, maior aceleração metabólica, redução da resistência à insulina, melhoria da densidade mineral óssea, melhor postura e redução da incidência de alguns tipos de câncer (NIEMAN, 1999).

Pessoas ativas têm duas vezes menos risco de desenvolver doenças do coração e até três vezes menos chance de sofrer Acidente Vascular Cerebral (AVC), popularmente denominado derrame. Os benefícios da Atividade Física se estendem rumo ao aspecto psicológico do indivíduo, melhorando sua autoaceitação, autoestima e convívio social entre outros benefícios (DONALDSON, 2000).

A educação para a saúde é uma ação centrada no combate a agravos, sendo focadas especialmente as doenças crônico-degenerativas. Volta-se para a construção de hábitos capazes de promover a superação de problemas de saúde fornecendo informações para que a pessoa possa atuar por si na construção e manutenção de sua saúde (PEREIRA, 2006).

Neste pensamento de ação para a saúde, a prática da Atividade Física promove maior bem-estar e saúde, quando adequada aos critérios de adaptação aos indivíduos e à sua situação particular (GHORAYEB e NETO, 1999).

Há uma relação positiva entre a prática de Atividade Física e o combate de doenças crônicas e crônico-degenerativas. O termo doença crônica designa malefícios à saúde com longa duração, enquanto que o termo degenerativo designa doenças capazes de causar um processo degenerativo no organismo. Tanto uma quanto outra classificação compreende em geral doenças não infecciosas, mas eventualmente podem abranger patologias infecciosas (PEREIRA, 2006).

A composição corporal será o principal foco da análise desta pesquisa e, portanto, iremos defini-la a seguir. Uma composição corporal adequada, ou desejável para Trischler (2003) é importante para a saúde e bem estar das crianças e adultos. A gordura corporal excessiva, por sua vez, está relacionada ao aumento do risco de doenças cardiovasculares e de outros tipos.

METODOLOGIA

A pesquisa pode ser considerada, segundo Thomas e Nelson (2002), como descritiva do tipo transversal. O seu valor está baseado na premissa de que os problemas podem ser resolvidos e as práticas melhoradas por meio da observação, análise e descrição objetivas e completas.

Pereira (2003) afirma que o estudo transversal fornece um retrato de como as variáveis estão relacionadas naquele momento. Os participantes do estudo transversal são reunidos em um momento definido pelo pesquisador e geralmente refere-se ao momento da coleta de dados.

Participaram da pesquisa 8 indivíduos com deficiência visual, sendo 4 homens com idade média de 56,2 anos e 4 mulheres com idade média de 65,7 anos.

Os equipamentos utilizados foram: 01 estadiômetro portátil da marca Sanny com 200 cm e divisões em milímetros; 01 balança digital portátil da marca Filizolla, com carga máxima de 150 Kg e divisões de 100g; 01 compasso de dobras cutâneas da marca Sanny, com força de pressão da mola de

aproximadamente 10 g/mm2 e divisões em 0,1 mm.; 01 trena da marca Barlow Norwood de 150 cm; 01 computador Pentium IV, modelo Philips; impressora da marca Hawllet Parker, modelo 610; software de avaliação física da empresa Terrazul Informática, Fisical Test 6.0. As variáveis de estudo foram: estatura, peso corporal total, circunferência abdominal e quadril, dobras cutâneas.

Para a medida do peso corporal, o avaliado posicionou-se em pé de costas para a escala da balança, com afastamento lateral dos pés estando a plataforma entre os mesmos. Em seguida colocou-se sobre e no centro da plataforma, ereto com o olhar num ponto fixo à sua frente, foi realizada apenas uma medida. (MATSUDO, 2000).

Para a medida da altura total o avaliado ficava na posição ortostática (em pé), pés unidos, procurando pôr em contato com o instrumento de medida as superfícies posteriores do calcanhar, cintura pélvica, cintura escapular e região occipital. A medida foi feita com o indivíduo em apneia inspiratória, de modo a minimizar possíveis variações sobre esta variável antropométrica. A cabeça estava orientada no plano de Frankfurt, paralela ao solo. A Medida foi feita com o cursor em ângulo de 90 graus em relação à escala. Permitiu-se ao avaliado usar calção e camiseta, exigindo-se que ficasse descalço, foram feitas três medidas considerando-se a média das mesmas como valor real da altura total. (MATSUDO 2000).

A partir destes dados foram calculados o Índice de Massa Corporal (IMC). Compreendemos a limitação do Índice de Massa Corporal na determinação da composição corporal, pois este, não faz uma análise da distribuição entre os vários tecidos, no entanto, sua aplicação é válida no diagnóstico do sobrepeso e da obesidade em estudos populacionais, pois grandes quantidades de massa corporal magra somente são encontradas em atletas de determinadas modalidades desportivas, e o grupo avaliado nesse estudo, foi constituído de indivíduos, não atleta e sedentário.

Na análise do Índice de Massa Corporal (IMC), os indivíduos foram classificados segundo o fator de risco. Adotamos a Tabela de Classificação do Sobrepeso e da Obesidade pelo IMC da Organização Mundial da Saúde (1997, apud Costa 2001), que classifica os fatores de risco em seis níveis. Sendo, Baixo Peso os valores inferiores a 18,5 Kg/m2; Normal 18,5 a 24,9; Sobrepeso de 25 a 29,9; Obesidade I de 30 a 34,9; Obesidade II de 35 a 39,9 e Obesidade Mórbida com IMC de resultado igual ou maior que 40 Kg/m2.

A circunferência da cintura foi medida no plano horizontal, no ponto coincidente com a distância média entre a última costela e a crista ilíaca. Sendo a medida obtida ao final de uma expiração normal, sem compressão da pele. A circunferência do quadril foi determinada no plano horizontal, no nível da maior protuberância posterior dos glúteos. (GUEDES e GUEDES, 1998).

O Índice Cintura e Quadril (ICQ) segundo Costa (2001) é o índice ou razão cintura/quadril que tem sido utilizado com frequência como indicador de deposição de gordura na região abdominal, pois consiste de medidas simples e de baixo custo para avaliações individuais e de grupos populacionais. Um dos grandes objetivos da utilização dessa relação é mensurar a distribuição regional de tecido adiposo, uma vez que podemos estabelecer se a obesidade é central ou periférica. De acordo com Dâmaso (2003) o risco para o desenvolvimento de alterações metabólicas encontra-se aumentado para razão cintura/quadril maior que 0,85 em mulheres e 0,90 em homens. Buscando uma maior precisão dos fatores de riscos baseados neste índice e considerando a idade dos avaliados tomamos por base a classificação proposta por Costa (2001).

As dobras cutâneas medidas para o sexo masculino foram: dobra cutânea do tórax, que foi medida a meia distância entre a linha axilar anterior e o mamilo. A dobra cutânea abdominal foi medida através de uma dobra vertical a uma distância de 2 cm ao lado do umbigo. A dobra cutânea da coxa foi medida a partir de uma dobra vertical sobre a superfície anterior da coxa, a meio caminho entre a prega inguinal e a borda superior da patela. As dobras cutâneas para o sexo feminino foram: tríceps sendo esta uma dobra vertical sobre a linha média posterior do braço, a meio caminho entre o acrômio e o olecrano. Suprailíaca uma dobra diagonal medida acima da crista ilíaca, no ponto de intersecção imaginária com o prolongamento da linha axilar média. E a dobra cutânea da coxa sendo uma dobra vertical sobre a superfície anterior da coxa, a meio caminho entre a prega inguinal e a borda superior da patela (POLLOCK, 1993).

Para estimativa do Porcentual de Gordura Corporal (%GC), utilizou-se a equação de Pollock e Jackson (1993), que leva em consideração as dobras cutâneas Tórax, Abdominal e Coxa. Mediante a equação de Siri (1961, apud GUEDES 1998), obtivemos a porcentagem de gordura corporal de cada

indivíduo da amostra. A viabilidade da determinação da estimativa da gordura corporal é que indivíduos que apresentem excesso desse tecido possuem fatores de riscos aumentados à saúde.

Quanto a estimativa do porcentual da gordura corporal, os indivíduos foram classificados de acordo com a tabela proposta por NIDDK (1993, apud Costa 2001). Que classifica os níveis de obesidade em leve considerando os resultados entre 15 a 20 % de gordura corporal; moderada 20 a 25%, elevada 25 a 30%; e como obesidade mórbida o porcentual igual ou maior que 30%.

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados baseando-se nos objetivos do estudo, procurando apresentar os fatores de risco à saúde identificados na população estudada. O fator que mais chamou a atenção foi a composição corporal e os dados serão apresentados a seguir.

Considerando-se o Índice da Relação Cintura com o Quadril (ICQ), do sexo masculino, identificamos 02 indivíduos com baixo risco, 01 com risco alto e 01 com muito alto à saúde. Para as participantes do sexo feminino, o ICQ apresentou risco moderado para 02 participantes, 01 fator de risco alto e 01 muito alto. Na análise do Índice de Massa Corporal (IMC), os 04 participantes do sexo masculino apresentaram a classificação de sobrepeso. Enquanto para o sexo feminino identificamos 02 participantes com sobrepeso, 01 com grau de obesidade I, e 01 participante com baixo peso.

Em relação à classificação do sobrepeso e da obesidade pela porcentagem de gordura identificada entre os participantes do projeto Vida Nova, 03 participantes do sexo masculino apresentaram obesidade moderada e 01 apresentou obesidade elevada. Entre as participantes do sexo feminino 01 indivíduo apresentou classificação normal e 03 apresentaram obesidade moderada. Podemos afirmar que os indivíduos com deficiência visual, participantes do Projeto Vida Nova apresentam níveis elevados de fatores de risco com base no ICQ, IMC pois, 07 indivíduos apresentaram quadro de Obesidade. Ressaltamos que a Obesidade e a concentração de gordura na região abdominal predispõem aos distúrbios metabólicos e ao desenvolvimento de doenças crônico degenerativas.

Os fatores de risco estão classificados em três grupos, os de caráter hereditário, os ambientais e socioeconômicos, e os comportamentais. Desses, a intervenção mais produtiva é, sem dúvida, atuar sobre os fatores de risco comportamentais: sedentarismo, dieta, tabagismo. No combate ao sedentarismo observamos que programas de exercícios físicos regulares podem contribuir na melhora da aptidão física e da saúde dos deficientes visuais, e consequentemente diminuir os fatores de riscos identificados.

A partir da avaliação realizada as atividades realizadas pelos indivíduos com deficiência visual do Projeto Vida nova foram repensadas. Considerando que a população é formada por adultos e idosos, as atividades oferecidas aos mesmos são a hidroginástica e a musculação. A hidroginástica foi escolhida pela possibilidade de trabalho aeróbico sem grande impacto e pelos benefícios que a atividade aquática proporciona ao indivíduo cego, principalmente em relação à sua percepção corporal.

A musculação, por sua vez foi inserida como atividade física, por contribuir no processo de emagrecimento principalmente por acelerar o metabolismo de repouso, fortalecer músculos, ossos e tendões. E, contribuir também na melhora da coordenação geral e na força dos participantes.

CONCLUSÃO

Ao término deste estudo, que teve como objetivo identificar fatores de risco à saúde com base em índices antropométricos de indivíduos com deficiência visual participantes do Projeto Vida Nova pôde-se realizar algumas considerações, dentro das questões específicas investigadas.

Os fatores de risco identificados no grupo estudado foram o sedentarismo, o excesso de peso e a obesidade, que podem predispor os indivíduos a outras doenças. Sendo assim, o Projeto Vida Nova tem contribuído para a conscientização desse grupo de indivíduos sobre os riscos que o sedentarismo pode trazer à saúde. Além disso, após a avaliação foram alertados sobre os fatores de risco apresentados e orientados a permanecer no programa de atividade física e procurar orientação nutricional para auxiliar na perda de peso, necessária para 7 dos indivíduos avaliados.

A literatura aponta níveis de sedentarismo entre indivíduos com deficiência visual, relacionado à dependência do indivíduo para a prática da atividade física e ao baixo estímulo para a prática da

atividade física relacionado às dificuldades apresentadas pelo indivíduo cego ou com baixa visão para a realização de algumas atividades do dia a dia e à baixa motivação.

O Projeto Vida Nova tem-se mostrado uma boa opção, no combate ao sedentarismo, visto que além das modalidades de exercícios físicos oferecidos, são feitas palestras e discussões em grupos sobre a importância e benefícios das atividades físicas.

O Projeto não pretende ser o único momento em que os indivíduos pratiquem uma atividade física regular, mas tem também como objetivo orientar estes indivíduos para manterem os níveis de atividade física desejáveis, mesmo com o possível desligamento do projeto e nas horas vagas de uso do tempo livre.

Enfatizamos que a atividade física, além de prevenir riscos à saúde, auxilia o indivíduo a perder medo de andar sozinho, pois ao se exercitar percebe que é cada vez mais capaz. Essa percepção oferece bem estar ao indivíduo e o auxilia na construção de uma imagem corporal positiva. Além disso, ensina-o e a ter uma atitude positiva em relação à deficiência, pois se na atividade física forem enfatizadas suas potencialidades, ele consegue entender que a deficiência visual é apenas uma das suas características individuais e não deve ser a característica mais marcante.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. L. T.; DUARTE, E. **A inclusão do deficiente visual nas aulas de Educação Física escolar:** impedimentos e oportunidades. Acta Sci. Human. Soc. Sci. Maringá, v. 27, n.2, p.231-137, 2005

BACCIOTTI, S. M.; **Avaliação da Aptidão Física Relacionada à Saúde em Indivíduos de 8 a 17 anos com Deficiência Mental da APAE de Campo Grande – MS;** Dissertação de Mestrado. Brasília – DF – Brasil, 2007.

COSTA, R. F. **Composição Corporal:** Teoria e Prática da Avaliação. 1ª Edição. São Paulo – SP. Editora Manole, 2001.

CRAFT, D.H.; LIEBERMAN, L. Deficiência Visual e Surdez in WINNICK, J.P. **Educação Física e Esportes Adaptados.** São Paulo: Manole, 2004.

DÂMASO, Ana. **Obesidade.** 1ª Edição. Rio de Janeiro – RJ. Editora Medsi, 2003.

DONALDSON, L. J. Sport and exercise: the public health challenge. **Journal of Sports and Medicine,** v.34, [s.d.], [s.d]. 2000.

FREITAS, P.S.; CIDADE R.C.A. **Noções sobre Educação Física e Esporte para Pessoas Portadoras de Deficiência** - Uma abordagem para Professores de primeiro e segundo graus. Uberlândia: Breda, 1997. 86p.

GAYA, A.; GUEDES, D.; TORRES, L.; CARDOSO, M.; POLETTO, A.; SILVA.M.; GOLÇALVES DA SILVA, G.; SOARES, K.; GARLIPP, D.; LORENZI, T.; HECK, V.; BELMONT, C.; MARONA, D. **Aptidão Física Relacionada à Saúde. Um Estudo Piloto sobre o Perfil de Escolares de 7 a 17 anos da Região Sul do Brasil.** Revista Perfil. Ano VI. n.6, 2002. pg. 50-60.

GHORAYEB, N. BARROS NETO, T. L. **O exercício:** preparação fisiológica, avaliação médica, aspectos especiais e preventivos. São Paulo: Atheneu, 1999.

GUEDES, D. P.; GUEDES, J.E. R. P. **Controle do Peso Corporal:** Composição Corporal, Atividade Física e Nutrição. 1ª Edição. Londrina – PR. Editora Midiograf, 1998.

IBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Unidade no estado de Mato Grosso do Sul. SDDI - Setor de Documentação e Disseminação de Informações. Resultados da Amostra. Censo Demográfico 2000.

MATSUDO, V. K. R. **Testes em Ciências do Esporte**. [CD-ROM]. São Paulo –SP. FGA Multimídia, 2000.

MAURBERG- DE –CASTRO, E. **Atividade Física Adaptada.** Ribeirão Preto-SP: Tedmedd, 2005.

MIRAGAYA, A**.** Promoção da saúde através da Atividade Física *in* PEREIRA DA COSTA, L. (Coord.). **Atlas do Esporte no Brasil**. Rio de Janeiro: Shape Editora, 2005.

MUNSTER, M. A.; ALMEIDA, J. G. Atividade Física e Deficiência Visual in **Atividade Física Adaptada: qualidade de vida para pessoas com necessidades especiais.** Org Márica Greguol Gorgatti e Roberto Fernandes da Costa. Barueri-SP: Manole, 2005.

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

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia:** Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Koogan, 2003.

PEREIRA, J. C. R.. Revista de Saúde Pública: quarenta anos da produção científica no Brasil. **Revista de Saúde Pública***,* v.40, n.esp, ago. 2006.

POLLOCK, M. L.; WILMORE, J. H. *Exercícios na Saúde e na Doença: Avaliação e Prescrição para Prevenção e Reabilitação*. 2ª Edição. . Rio de Janeiro – RJ. Editora Medsi, 1993.

Programa Nacional de Promoção da Atividade Física "Agita Brasil": Atividade Física e sua Contribuição para a Qualidade de Vida. **Rev. Saúde Pública**, 2002; 36(2): 254-6.

SILVA, N. L. P.; DESSEN, M. A. Deficiência Mental e Família: Implicações para o Desenvolvimento da Criança. **Psic.: Teor. e Pesq.** v. 17.n. 2 p.133 – 41. Brasília mai/ago. 2001.

THOMAS.J. R; NELSON, J.K. **Métodos de Pesquisa em Atividade Física**. Porto Alegre, Artmed, 2002.

TRISCHLER, K. **Medidas e Avaliação em Educação Física e Esportes de Barrow e McGee**. Barueri, SP: Manole, 2003.

WINNICK. J. P.;SHORT. F. X. **Testes de Aptidão Física para jovens com Necessidades Especiais**. São Paulo: Manole, 2001.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO

[1] Avenida Brasil Central, 477 Bloco I apto 304
79100-380 Campo Grande – MS
saritabacciotti@hotmail.com

[2] Rua: 7 de Setembro, 1392 Apto 202
79002-130 Campo Grande - MS
aluisio@ucdb.br