A CAMINHADA DA SAÚDE NA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DO GRUPO DE PRATICANTES COM EXCESSO DE PESO E OBESOS

Enzo Nogueira Carneiro[1], Alex Soares Marreiros Ferraz[1], Danilo Lopes Ferreira Lima[1], Mônica Helena Neves Pereira Pinheiro[1], Vera Lígia Montenegro de Albuquerque[1].

RESUMO

Neste trabalho, objetiva-se identificar, na perspectiva do grupo de praticantes de caminhada com sobrepeso e obesidade, os benefícios da caminhada da saúde - programa de extensão universitária do Núcleo de Saúde da Universidade de Fortaleza - na promoção da saúde em geral e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade de vida destes indivíduos. Para fundamentar este trabalho foram realizadas entrevistas com os participantes e análise de fichas de avaliação física dos integrantes do grupo, em um estudo comparativo individualizado. Os dados obtidos evidenciaram que, em cinco meses, o IMC - Índice de Massa Corporal(IMC) reduziu-se com diferença estatística $p<0,05$. Além disso, relatos pessoais dos participantes ratificam a melhoria do bem-estar. Concluiu-se que a caminhada da saúde melhora a qualidade de vida do grupo de seus praticantes.

Palavras-chave: Obesidade, exercício, qualidade de vida.

ABSTRACT

The aim of this study is identify, in the perspective of the group with overweight and obesity that practice jogging, the benefits of “Health Run”, a program of University of Fortaleza Nucleus of Health, in general health promotion and quality of life of these subjects. To justify this work an interview was done and an analysis of their physical evaluation was done in a comparative individualized study. Collected data showed that five months later, BMI- Body Mass Index level reduced with statistics significance $p< 0.05\%$. Personal reports confirm improvement in well-being. It can be concluded that “Health Run” improve the quality of live of its group of practicing.

Key-words: Obesity, exercise, quality of life.

INTRODUÇÃO

A prevalência da obesidade tem crescido rapidamente e representa um dos principais desafios de Saúde Pública neste início de século. Pesquisas realizadas em 2002 pelo Ministério da Saúde revelam que a população brasileira apresenta um aumento significativo na incidência de doenças provocadas pelo excesso de peso e obesidade (FLECK et al., 1999).

Estudos epidemiológicos afirmam que a obesidade constitui a segunda causa principal de morte prematura na América. O número estimado de mortes anuais atribuídas à obesidade oscila entre 280.000 e 325.000. Hipertensão, açúcar elevado no sangue, câncer de mama, pós-menopáusico e níveis elevados de colesterol total e baixos de colesterol lipoprotéico de baixa densidade (HDL) realçam os riscos de um individuo com sobrepeso (IMC=25,0kg/m^2 a 29,9kg/m^2) ter uma saúde precária para qualquer nível específico de peso excessivo (MCARDLE, 2003).

O Brasil tem cerca de 38,6 milhões de pessoas com peso acima do recomendado, o equivalente a 40,6% de sua população adulta. Deste total, 10,5 milhões são obesos (IBGE, 2004).

A falta regular de atividade física é, sem dúvida alguma, um dos fatores determinantes de epidemia global de excesso de peso e obesidade em todas as faixas etárias (MATSUDO e MATSUDO, 2006). Os exercícios contribuem com a redução da gordura corporal, preservando a massa magra quando comparado ao tratamento sem exercícios (MCARDLE, 2003). Praticar atividade física é muito importante para qualquer indivíduo, pois está provado cientificamente que o sedentarismo é prejudicial à saúde (ARAÚJO e ARAÚJO, 2000).

A atividade física está associada a vários benefícios físicos, psicológicos e sociais que sustentam a importância da inclusão da mesma como estratégia fundamental da prevenção e tratamento dos casos de excesso de peso e obesidade em qualquer etapa da vida. Além do efeito da atividade física, o controle do peso, a redução da gordura corporal, a prevenção no reganho de peso corporal e a manutenção da massa magra estão associados com melhora no perfil lipídico e diminuição de risco de

doenças associadas à obesidade - diabetes, hipertensão, síndrome metabólica, doenças cardiovasculares - e como conseqüência, com um menor risco de morte (MATSUDO e MATSUDO, 2006).

Rebelo (1995) avalia saúde como parte integrante da qualidade de vida, resultando em equilíbrio do agir e das condições ambientais e sociais que cercam o indivíduo. Matiello Júnior (1995) escreve sobre a importância que a atividade física adquiriu para a saúde da população ao passar dos anos, deixando de ser usada somente no exército, avaliando a capacidade física dos soldados, para atingir o desenvolvimento das qualidades físicas básicas.

Neste contexto, o projeto "Caminhada da Saúde", programa de extensão universitária do Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI) da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), vem desenvolvendo atividades físicas para a população através de acompanhamento de profissionais e de estudantes que, integrados, promovem a saúde em geral e, conseqüentemente, uma melhoria da qualidade de vida destes indivíduos.

Neste trabalho, objetiva-se identificar, na perspectiva dos praticantes de caminhada, os benefícios da "Caminhada da Saúde" na redução de peso, promoção do bem-estar e da qualidade de vida dos indivíduos avaliados.

DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

Esta pesquisa foi realizada no período compreendido entre maio e outubro de 2007. Foram sujeitos da pesquisa os participantes do Programa Caminhada da Saúde que apresentavam sobrepeso ou obesidade e que participaram da mesma há mais de um ano. Os participantes, todos do sexo feminino, apresentavam idade entre 42 e 56 anos. O estudo com o grupo permitiu dirigir a investigação para os possíveis benefícios do Programa.

Elegeram-se como instrumento de coleta de dados entrevistas individuais semi-estruturadas, realizadas pelo próprio pesquisador e conduzidas de forma a propiciar informações relevantes para a obtenção dos objetivos propostos no estudo. A seleção da entrevista semi-estruturada para coleta de dados ocorreu no sentido de conferir maior latitude na resposta ao entrevistado, embora todos os inquiridos fossem sujeitos às mesmas questões, o que permitiu enumerar, da forma mais abrangente possível, as questões que o pesquisador quis abordar no campo a partir de suas hipóteses ou pressupostos, advindos obviamente da definição do objeto de investigação (MINAYO, 2004).

Os dados coletados diretamente no ambiente natural são predominantemente descritivos; a preocupação com o processo é muito maior do que com o produto; o significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida é o foco da atenção especial do pesquisador (BOGDAN e BIKLEN, 1982).

A técnica para o desenvolvimento do método investigativo se ordena por um conjunto de passos que se iniciam pelo planejamento da própria atividade. Inicialmente foi formulado um tópico-guia com assuntos que serviram de referencial para as perguntas semi-estruturadas, tratadas individualmente com os entrevistados. Em seguida, foi feita a seleção dos sujeitos entrevistados a partir do perfil delimitado no estudo de caso, ou seja, com sobrepeso e obesos. Posteriormente, foram aplicadas entrevistas semelhantes com cada individuo, tendo como instrumento de apoio um caderno de apontamentos. Este último foi utilizado ao final da entrevista, de modo particularizado, sem a presença ou depoimentos adicionais dos entrevistados, com o objetivo de destacar informações apresentadas que auxiliaram este pesquisador na interpretação dos depoimentos.

Foi utilizado ainda o método da análise documental de dados de fichas de avaliação física do grupo, contendo parâmetros tais como massa corporal, estatura, IMC (índice de massa corporal), percentual de gordura, massa magra e gorda, circunferência da cintura e do quadril, pressão arterial de repouso, freqüência cardíaca, flexões de cotovelo, flexibilidade de membros superiores, dinamometria manual direita e esquerda, capacidade de equilíbrio, flexibilidade e repetibilidade para sentar e levantar.

Estes valores foram obtidos para um estudo comparativo individualizado, configurando, neste caso, um estudo longitudinal, com o objetivo de perceber a evolução e melhorias dos aspectos físicos decorrentes da redução do percentual de gordura.

Os resultados foram analisados a partir da comparação dos exames e avaliações físicas retroativas e das informações obtidas na entrevista. Para os dados não-paramétricos utilizou-se a

estatística descritiva. Para os demais dados utilizou-se o programa estatístico “Statview”, onde foi realizado teste T de Student com p>0.05% a partir da determinação das médias e desvios padrões.

Este estudo foi realizado de acordo com os preceitos éticos descritos na regulamentação do Conselho Nacional de Saúde - CNS, sendo os participantes esclarecidos sobre o estudo, bem como informados sobre a manutenção do sigilo de seus dados.

DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

A obesidade pode ser considerada a mais importante desordem nutricional nos países desenvolvidos, tendo em vista o aumento na sua incidência, que, segundo se acredita, atinge 10% da população desses países (DYER, 1994). A obesidade nos dias atuais é considerada uma epidemia mundial presente tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento, inclusive no Brasil (POPKIN e DOAK, 1998).

No estudo foi observado que o sobrepeso e a obesidade atingiam homens e mulheres adultos. Estes achados são corroborados por Blumenkrantz (1997) que em suas pesquisas observou que o aumento da incidência da obesidade estava distribuído em quase todas as raças e sexos e atingia, principalmente, a população com mais de 25 anos.

O excesso de peso corporal pode ser estimado por diferentes métodos ou técnicas. O Índice de Massa Corporal (IMC) foi a técnica eleita neste experimento. O IMC é obtido a partir da divisão do peso em quilogramas pelo quadrado da altura em metros (kg/m²). Valores de IMC acima de 25,0 kg/m² caracterizam excesso de peso, sendo que, valores entre 25,0 kg/m² e 29,9 kg/m² correspondem a sobrepeso e valores ≥ 30,0 kg/m² à obesidade (ANJOS, 1992)

Os resultados do estudo evidenciam que os participantes se classificavam em 100% com IMC acima do valor indicativo de excesso de peso (≥30Kg/m²) para ambos os sexos avaliados.

A obesidade tem um impacto significativo na saúde, no bem-estar psicológico, na longevidade e na qualidade de vida dos indivíduos. Diversos estudos sugerem relação entre a obesidade e declínio na qualidade de vida, sendo este declínio maior nos obesos que não seguem tratamento para perda de peso (KOLOTKIN et al., 2006).

Ainda sobre a obesidade, de acordo com Pereira (1990), existem muitas teorias a respeito que destacam o envolvimento de fatores genéticos, nutricionais, psicológicos, ambientais e a ausência de exercícios como os fatores mais importantes na sociedade moderna.

Os resultados das anamneses de atividades físicas revelaram que todos os participantes realizam regularmente atividades físicas há, no mínimo, 8 meses e, no máximo, 3 anos. As atividades físicas são praticadas de 3 a 5 vezes por semana com duração de 50 a 60 minutos. Neste trabalho, foi observado que todos os participantes realizavam atividades físicas com o intuito de “melhorar a saúde” ou “perder peso”, como relatado nas entrevistas realizadas.

A Organização Mundial da Saúde(OMS) define qualidade de vida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". Observou-se, através das entrevistas, a constatação pelos participantes da melhoria na qualidade de vida de todos os participantes (P), tal como se verifica nas falas abaixo:

Sim, melhorei muito, me sinto outra pessoa (P-1)

Melhorou, e reduziu a dose de remédios (P-2)

Desapareceu a dormência, melhorou a circulação e o formigamento nas mãos e as dores nos ossos. Melhorou o bom humor e o bem estar geral (P-3)

Mais animo para enfrentar as dificuldades e realizar as atividades domésticas (P-4)”

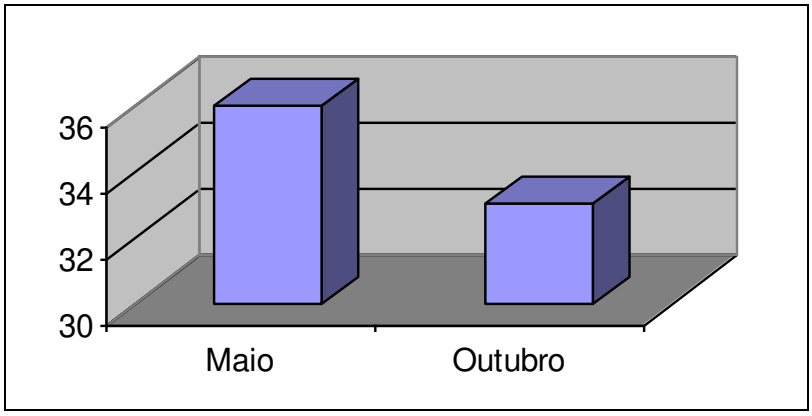
No que se refere aos dados colhidos de massa corporal, IMC, percentual de gordura, massa gorda e magra e circunferência de cintura e quadril nos meses de maio e outubro, foram calculados média e desvio padrão conforme demonstrado na tabela 1.

Tabela 1 - Valores de média e desvio padrão da avaliação física dos participantes do projeto "Caminhada da Saúde" realizada em maio e outubro de 2007.

Componentes da aptidão física	MAIO	OUTUBRO
Massa Corporal Kg	83,08 ± 9,3	78,68 ± 10,8
IMC (Kg/m²)	35,97 ± 5,5	33,02 ± 6,8
% Gordura	35,08 ± 6,08	34,94 ± 8,7
Massa Gorda (Kg)	30,32 ± 8,2	28,26 ± 9,3
Massa Magra (Kg)	57,36 ± 15,7	58,23 ± 16,8
Circunferência cintura (cm)	101,50 ± 9,2	95,70 ± 10,9
Circunferência quadril (cm)	113,90 ± 10,2	110,00 ± 7,8

Foi observada ainda uma diferença estatística nos grupos referentes ao índice de massa corporal (IMC), conforme pode ser demonstrado no gráfico 1. Os demais parâmetros não mostraram diferença estatística ($p<0.05$) entre os grupos avaliados. No entanto, ao analisar as médias pode-se observar uma queda nos índices estudados. Isto pode ser justificado pelo intervalo de tempo para a realização dos testes. Em situações onde novas tomadas de dados sejam realizadas a cada 5 meses, é possível estimar, mesmo que de modo hipotético, que mais parâmetros apresentem diferenças estatísticas.

Gráfico 1 - Diferença média entre os valores IMC nos grupos de participantes do projeto Caminhada da Saúde.



Um resumo dos demais dados avaliados está demonstrado nas tabelas 2 e 3 com fins de comparação de dados individualizados.

Tabela 2 - Valores obtidos na avaliação física realizada em maio/2007.

Componentes da aptidão física						
Pressão arterial de Repouso (mmHg)	145X79	146X95	144X94	107X74	119X78	112X80
FCR (bat/min)	90	71	92	89	81	74
Flexão de cotovelo nº repetições em 30 seg.	11	14	14	16	I	14
Equilíbrio(tempo em30 segundos)	30"	12"	30"	30"	30"	30"
Levantar/sentar cadeira em 30 seg (repetições)	11	11	11	15	12	14

Flexibilidade sentar e alcançar (cm)	I	21	22	15	13	40
Dinamometria Manual (Kg) Teste depressão Manual	D 18 E 18	D 14 E 16	D 18 E 14	D 8 E 8	D 21 E 19	D 52 E 48
Flexibilidade MMSS "coçar" as costas	D -15,0 E -11,0	D -55 E -6,0	D -7 E -8.5	D -6 E -13	D -1.5 E -15.5	D -4.5 E -11
Teste abdominal mãos sobre as coxas (repetições/1min)	13	43	25	16	34	48

I – Não consegue executar, D: direito, E: esquerdo.

Tabela 3 - Valores obtidos na avaliação física realizada em outubro/2007.

Componentes da aptidão física						
Pressão arterial de Repouso (mmHg)	134X80	144X94	100X65	100X66	100X66	159X80
FCR (bat/min)	74	92	63	78	78	96
Flexão de cotovelo nº repetições em 30 seg.	13	20	14	16	I	14
Equilíbrio(tempo em30 segundos)	28	30"	30"	30"	30"	30"
Levantar/sentar cadeira em 30 seg (repetições)	9	15	14	18	12	14
Flexibilidade sentar e alcançar (cm)	3	27	27	23	23	41
Dinamometria Manual (Kg) Teste depressão Manual	D 25 E 21	D 18 E 14	D 32 E 30	D 18 E 14	D 18 E 14	D 53 E 52
Flexibilidade MMSS "coçar" as costas	D -13 E -20	D -7 E -8.5	D -7 E -11	D +1.5 E -13	D +1.5 E -13	D +5 E +3
Teste abdominal mãos sobre as coxas (repetições/1min)	13	62	62	34	40	49 r

I – Não consegue executar, D: direito, E: esquerdo.

Analisando os dados individualmente nas tabelas acima, pode-se observar melhoras nos indicadores obtidos. Estes dados são corroborados pelos depoimentos dos participantes.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados, conclui-se que o programa "Caminhada da Saúde" está melhorando a qualidade de vida da população obesa e com sobrepeso, mesmo que ainda de modo individualizado, e sem que algumas participantes estejam atentas ao aspecto nutricional, como se esperava. O tempo é fator fundamental na normalização dos parâmetros avaliativos deste experimento e conseqüentemente no estabelecimento da qualidade de vida dos participantes.

REFERÊNCIAS

ANJOS, L. A. Índice de massa corporal (massa corporal/estatura2) como indicador do estado nutricional de adultos: revisão de literatura. In: **Revista de Saúde Pública**, v.26, n.6, p.431-6, dec., 1992.

ARAÚJO, D. S. M. S.; ARAÚJO, C. G. S. Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. **Rev Bras Med Esporte** vol. 6, nº 5 – Set/Out, 2000.

BLUMENKRANTZ, M. **Obesity: the world's metabolic disorder** [online]. Beverly Hills, 1997

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Qualitative research for education: An introduction to theory and methods**. Boston: Allyn and Bacon, Inc. 1982

BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE/INSTITUTO BRASILEIRO DE PESQUISA E ESTATÍSTICA. (IBGE) **Pesquisa de Orçamento Familiar** - POF/2002/2003 – Brasília, 2004.

DYER, R.G. Traditional treatment of obesity: does it work? **Clinical Endocrinology and Metabolism**,v.8, n.3, p.661-688, 1994.

FLECK M. P. A.; FACHELI O; LOUZADA S; XAVIER M; CHACHAMOVICH, E; VIEIRA; G. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial da saúde (WHOQOL-100) 1999. **Rev Bras Psiquiatr** 1999.

KOLOTKIN, R. L.; BINKS, M.; CROSBY, R. D.; OSTBYE, T.; GRESS, R. E.; ADAMS, T. D. Obesity and Sexual Quality of Life. **OBESITY**, v.14, n.3, p.472-479, 2006.

MATIELLO JÚNIOR, E. **Saúde coletiva/ treinamento a aptidão física militar: estudo a partir de conscritos do tiro-de-guerra** 02-40 Sorocaba, S.P. Campinas, 1993. Dissertação (Mestrado) 89 p. - UNICAMP, 1995.

MATSUDO, V K R; MATSUDO, S M M. **Atividade física no tratamento da obesidade**. Einstein (São Paulo) 4, Supl. 1. p.26-43, 2006.

McARDLE, W. **Fisiologia do Exercício – Energia, Nutrição e Desempenho Humano**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

MINAYO, M. C. S. **Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

PEREIRA, M. H. N. Mudança na adiposidade de mulheres adultas após um programa de exercício enriquecido das técnicas de modificação dos hábitos alimentares e da atividade física espontânea. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Ribeirão Preto, 1990.

POPKIN & DOAK, WHO - World Health Organization. Obesity - preventing and managing the globalepidemic. Geneva: Report of a WHO Consultation on Obesity, 1998.

REBELO, P. A. P. Qualidade em saúde: modelo teórico, realidade, utopia e tendência. Rio de Janeiro: Qualitymark. 1995. 179p.

[1] Universidade de Fortaleza – UNIFOR