

A PROMOÇÃO DA SAÚDE PELA VIA DA ATIVIDADE FÍSICA E DO ESPORTE

Prof. Francisco Luiz De Marchi Netto¹

Prof. Dra. Antonia Dalla Pria Bankoff²

Resumo

A preocupação com a promoção da saúde pela via do exercício físico não é nenhuma uma novidade no Brasil e no mundo. Desde o programa criado pelo Dr. Kenneth Cooper até as recomendações do ACMS, são alguns dos exemplos das tentativas re-editadas e lançadas no Brasil desde a década de 70, além de outras tentativas e iniciativas institucionais, que vez ou outra, buscam estimular a população em geral para a prática de exercícios e atividades físicas, com vistas a promoção do bem-estar e da saúde. A aderência e permanência popular a esses programas constitui-se de sério problema para a efetivação e sucesso dos mesmos.

¹ Docente da FEF/UFG, Mestrando em Ciências do Desporto na FEF/UNICAMP. demarchi@fef.ufg.br

² Docente do Programa de Pós-Graduação, Membro pesquisadora do CNPq, Coordenadora dos programas de pesquisa desenvolvidos no Laboratório de Avaliação Postural da FEF/UNICAMP

Introdução

O alerta sobre a prevenção de doenças e a promoção da saúde relacionada à prática de exercícios físicos teve seu início no Brasil ainda no início dos anos 70, com a importação e implantação das idéias e princípios do programa de reabilitação cardiovascular elaborado pelo Dr. Kenneth H. Cooper, que tinha como objetivo promover a melhoria do condicionamento físico dos soldados norte-americanos, os quais apresentavam, à época, problemas de morbidade e agravos à saúde. Trazido para o Brasil pelo professor Cláudio Coutinho, quando o mesmo ainda era o preparador físico da Seleção Brasileira de Futebol, a idéia das corridas de resistência aeróbica tornaram-se a “*grife*” do condicionamento físico (LOVISOLO, 2000). A “*coopermania*” impulsionada pelo advento da conquista do tri-campeonato mundial de seleções, ocorrido no ano de 1970, na cidade do México, pela Seleção Brasileira de Futebol, fizera surgir um movimento de euforia e alegria popular, que resultou não só no aumento da popularidade do futebol por todo o país, como também criou uma idéia e expectativa popular de que, se o método de treinamento utilizado pelo professor Coutinho havia dado certo na equipe de jogadores da seleção brasileira de futebol, também haveria de dar certo aos amantes das corridas e demais pessoas que quisessem se aventurar na prática das atividades físico/esportivas e nos programas de exercícios físicos.

Assim, teve-se que os amantes e adeptos à prática da corrida aqui no Brasil ganharam mais sustentação e justificativas cientificamente comprovadas, passando a cronometrar e medir as distâncias percorridas em quilômetros, afim de acompanhar o desenvolvimento (ou não) da aptidão física com os valores descritos na tabela de condicionamento cardiovascular criada pelo Dr. Cooper (apud, SANT’ANNA, 1994).

O então programa de condicionamento físico, elaborado pelo Dr. Cooper, exigia do praticante certa austeridade e disciplina metódica, ou seja, correr com regularidade constante aumentando o vigor das corridas, de forma lenta e gradativa, em busca de um grau sempre mais elevado de aptidão física. Para atingir essa meta, os adeptos a esse método precisavam dispor de um período de tempo de 50 a 60 minutos, no mínimo três vezes por semana, realizar um exame

médico antes de iniciar-se no programa e preparar-se para a prática as corridas com roupas e calçados adequados. A escolha dos locais da prática da corrida também era um fator importante, pois quanto mais puro o ar (oxigênio), melhor seriam as condições para as trocas metabólicas dos gases no interior do organismo (ibd). O aspecto mais importante desse tipo programa, são os pontos atribuídos aos adeptos e executantes a cada etapa ou fase em que os mesmos conseguem vencer ou superar na continuidade de seus treinamentos. Ou seja, a cada etapa nova etapa, é atribuída uma pontuação, a qual tem a finalidade de motivar os mesmo para que prossigam no programa acumulando assim uma quantidade cada vez maior de pontos e, conseqüentemente, de melhorias na aptidão física e na saúde.

Além da elaboração do programa progressivo e sistematizado para o desenvolvimento aeróbio, o Dr. Cooper realizou uma série de testes de campo (pista) e laboratoriais (esteira) para estabelecer relações entre as distâncias percorridas num determinado período de tempo e o volume de oxigênio consumido no decorrer desse período. Esse trabalho de pesquisa resultou na construção de uma série de testes de diferentes distâncias (em km) e na construção de tabelas com estimativas de consumo de oxigênio, distintamente especificadas por gênero e por faixa, de acordo com diferentes níveis de condicionamento aeróbio apresentados pelo grande universo populacional testado em suas pesquisas, de forma a classificar os praticantes em categorias.

O Dr. Kenneth Kooper pesquisou o publicou na década de 70 e em meados da década de 80 do milênio passado uma série de testes para avaliar o condicionamento cardiovascular de um grande número de pessoas de diferentes faixas etárias, os quais foram largamente utilizados por milhares de professores de educação física em todo o mundo. Os testes possuem protocolos e distâncias diferentes, porem todos com a mesma finalidade e com classificação diferenciada por gênero e faixa etária, tais como o “Teste de Andar 4,8 km”, o “Teste de Corrida de 2.400 metros” e o mais conhecido e muito utilizado: **“Teste de Andar e Correr em 12 minutos”**, o qual descreve a classificação do nível de condicionamento aeróbico dos avaliados conforme descrito na tabela a seguir.

Tabela 1. Nível de capacidade aeróbica – Teste de andar/correr de 12 minutos>

Capacidade	Faixa Etária					
aeróbia	13 – 19	20 – 29	30 – 39	40 – 49	50 – 59	60 ou mais
I - M. Fraca						
(homens)	< 2090	< 1960	< 1900	< 1830	< 1660	< 1400
(Mulheres)	< 1610	< 1550	< 1510	< 1420	< 1350	< 1260
II – Fraca						
(homens)	2090-2200	1960-2110	1900-2090	1830-1990	1660-1870	1400-1640
(Mulheres)	1610-1900	1550-1790	1510-1690	1420-1580	1350-1500	1260-1390
III – Média						
(homens)	2210-2510	2120-2400	2100-2400	2000-2240	1880-2090	1650-1030
(Mulheres)	1910-2080	1800-1970	1700-1960	1590-1790	1510-1690	1400-1590
IV – Boa						
(homens)	2520-2770	2410-2640	2410-2510	2250-2460	2100-2320	1940-2120
(Mulheres)	2090-2300	1980-2160	1970-2080	1800-2000	1700-1900	1600-1750
V-Excelente						
(homens)	2780-3000	2650-2830	2520-2720	2470-2660	2330-2540	2130-2490
(Mulheres)	2310-2430	2170-2330	2090-2240	2010-2160	1910-2090	1760-1900
VI- Superior						
(homens)	> 3000	> 2830	> 2720	> 2600	> 2540	> 2490
(Mulheres)	> 2430	> 2330	> 2240	> 2160	> 2090	> 1900

Fonte: Cooper, (1982).

A utilização do próprio teste de 12 minutos fora entendido ou confundido por muitos adeptos à corrida como sendo o próprio método descrito por Cooper, e por essa razão, aplicavam a si mesmos continuamente e diariamente o referido teste como meta ou objetivo de atingir as distâncias por ele discriminadas ou descritas nos seus diferentes níveis de classificação do programa do Dr. Cooper. Um fato bastante comum que ocorria na década de 70, período em que o método era amplamente aplicado, era as disputas entre homens e mulheres da mesma faixa etária ou entre adultos e jovens, competindo entre si mesmos, para ver que conseguia atingir a maior distância possível durante o teste.

Portanto, iniciava-se aí um período de disseminação da prática popular do *fitness*, com vistas não mais apenas à prática de esportes (condicionamento físico atlético), mas voltado aos cidadãos comuns, para os mesmo pudessem “tornar-se mais saudáveis, disciplinados às normas estabelecidas pelo método e mais rentáveis em suas tarefas profissionais, evitando problemas de saúde e despesas com a previdência social” (COOPER, 1978). A popularidade do Dr. Cooper estava associada à divulgação de seu método em livros, palestras, entrevistas e demais recursos de mídia existentes na época. O Dr. Kenneth Cooper foi um dos

precursores na promoção de exercícios físicos, voltados a população em geral, tendo divulgado o seu método em diversos países do mundo. Muito bem fundamentado nas argumentações científicas e fisiológicas de seus estudos, realizados em seu *Institute for Aerobics Research*, em Dallas, no Texas (EUA), Cooper teve seu nome referenciado, emprestando-o ao batismo de várias pistas de corrida surgidas em diferentes cidades e locais do mundo inteiro. “Cooper é, faz mais de três décadas, um missionário da atividade aeróbica e realizou uma verdadeira pastoral em prol da atividade física” (LOVISOLO, 2000, p.22).

Sintonizados com os mesmos problemas que afetavam e ainda afetam a saúde pública norte-americana, mas também preocupados e interessados em embutir, de uma forma mais sutil e menos violenta à população em geral mensagens, o governo militar brasileiro, tratou de lançar, na segunda metade da década de 70, duas campanhas para incentivar a população brasileira à prática de esportes e exercícios físicos. A primeira delas, intitulada “Mexa-se”, a qual recebeu intenso apoio midiático, porém num curto espaço de tempo disponível na mídia televisiva, tendo algumas incursões nos intervalos comerciais dos programas exibidos na época. A propaganda, com o *slogan* autoritário e mandatário, (Movimente-se!) tinha o mesmo espírito do governo da época, porém não seguia uma normativa estruturada ou sistematizada por nenhum médico ou qualquer outro profissional especializado, ao contrário do modelo difundido pelo Dr. Cooper. Na campanha do “Mexa-se”, existia uma intenção oculta embutida em sua mensagem, qual seja, dispersar e distrair os grupos de manifestantes, jovens pertencentes ao movimento estudantil da época, sindicatos e até mesmo pessoas comuns ou intelectuais que se “agrupavam” em bares, cafés e demais espaços públicos ou reservados, para discutir e debater os problemas políticos e sociais vivenciados na época. Assim é que a mensagem pode ser entendida como tendo esse caráter de duplo sentido, ou seja, estimular as pessoas para que se movimentassem mais (isoladamente), cada qual buscando a sua forma ou maneira própria de realizar atividades corporais, envolvendo-se de tal forma nessas atividades e por mais tempo, de maneira a evitar ou diminuir o agrupamento de pessoas que se fazia cada vez mais crescente nas cidades e grande centros urbanos. E, por outro lado, podia ser interpretada num sentido motivador para o início dos “movimentos sociais”, já latentes à época, mas que

ainda tímidos e acuados pela opressão da ditadura do então Presidente Ernesto Geisel.

A campanha durou pouco tempo, não surtindo efeitos sociais visíveis e de longe, perdera em adesão popular, quando comparada a “coopermania”, que ainda vinha tendo seqüência, embora com menor força.

Em seguida, quase que ao mesmo tempo, fora lançada a campanha do Esporte para Todos (EPT), vinculada SEED-MEC (Secretaria Especial de Educação Física e Desportos do Ministério da Educação e Cultura) cujas práticas não se diferenciavam daquelas mesmas realizadas nos treinamentos físicos de equipes em clubes esportivos e passaram a ser empreendidas também na população em geral nos principais centros urbanos do país. Incentivada por uma forte divulgação de folhetos impressos o EPT ganhou visibilidade e espaço social, associando a prática de atividades esportivas à juventude e uma vida mais saudável (SANT’ANNA, 1994 ; CARVALHO, 2001, apud FRAGA, 2005, p.57). O reforço de mídia recebido nessa campanha, teve como “carro chefe” o encarte de um “gibi”, cujo personagem principal das “estorinhas” era um jovem e atlético adolescente chamado “Dedinho”, cuja vestimenta esportiva tradicional em que o mesmo aparecia nos desenhos dos quadrinhos da revista era uma camiseta azul, contendo a descrição de seu nome em letras brancas; um calção e tênis brancos. Dedinho era um personagem muito simpático e educado, encantava a muitos com suas aventuras esportivas juntamente com sua turminha de amigos, transmitindo lições de civismo, patriotismo, disciplina, respeito às regras, educação esportiva e espírito esportivo. Todo o material dessa campanha fora elaborado por especialistas em desenhos e marketing, contratados ou mesmo vinculados a SEED-MEC, que posteriormente a sua criação e elaboração, encaminhavam todo esse material aos estados e municípios brasileiros, os quais tinham a responsabilidade de fazer chegar ao público final a mensagem motivadora, ao mesmo tempo em que torneios, campeonatos, gincanas e outras atividades esportivas eram amplamente difundidos nessas cidades e municípios.

Porém, essas duas campanhas também não lograram o êxito de ultrapassar a primeira fase da infância, e sequer atingiram a longevidade que poderia ser imaginada por seus idealizadores. Mesmo sem ter feito nenhum tipo de investigação científica junto ao público alvo ou com os autores desses dois programas, podemos inferir algumas deduções hipotéticas especulativas acerca

da extinção desses programas, quais sejam: a falta de investimentos de recursos financeiros específicos destinados a esse fim; as sucessões dos Ministros de Estado (embora do mesmo regime militar), que não deram continuidade aos programas institucionais; ou outros fatores ainda, que levaram a baixa credibilidade e a alta resistência da população, quanto a adesão e continuidade à prática da exercitação e participação em atividades esportivas. Podemos também inferir que os programas tinham uma mensagem de “adesão voluntária e espontaneísta”, sem a preocupação de instrumentalizar o público-alvo com o conhecimento teórico e científico que pudesse fundamentar a continuidade da prática dessas atividades.

Todavia, se os princípios desses dois programas, era criar uma cultura na sociedade em geral voltada à prática de esportes nas ruas, espaços públicos, quadras esportivas, agremiações de bairros, etc, para promover alguns efeitos fisiológicos positivos ao organismo das pessoas (elevação da frequência cardíaca, aumento do consumo de oxigênio, gasto calórico e energético para o controle do peso), tais objetivos foram sentidos apenas durante a curta existência de tais programas e envolveu uma mínima parcela da sociedade como um todo.

O fracasso ou a falta de continuidade desses programas pode ser atribuído a uma série de outros fatores. De acordo com Lovisolo, (2000), o próprio Cooper ressaltava com certo desalento que nos estados Unidos, depois de mais de duas décadas de pregação de seu programa àquela população, a taxa de participação em atividades físicas intensas no período de 1985 e 1991 manteve-se praticamente estável, ao passo que o número de indivíduos considerados obesos aumentou em relação às décadas anteriores. Além disso as condições sociais urbanas desfavoráveis, a falta de tempo, entusiasmo, equipamento adequado e de condições financeiras para o consumo de bens aeróbicos, contribuiu para um rápido refluxo na permanência popular em programas de atividades físicas dessa natureza em meados dos anos oitenta (SANT’ANNA, 2000, *apud* FRAGA, 2005).

Nos anos 80, assistimos o surgimento de uma nova forma ou modalidade de atividade física como opção popular (privada) de aderência aos programas de exercícios. Chegava ao Brasil novas modalidades e metodologias de exercitação corporal. Ganhava novo fôlego a prática da musculação, com aparelhagem mais moderna e sofisticada. A ginástica estética, restrita ao público feminino na época, ganhou mais velocidade no ritmo dos movimentos, graça e plasticidade nas

complexas seqüências dos gestos motores (denominadas de coreografias), passando, essa modalidade a assumir uma nova denominação: “Ginástica Aeróbica” (GUISELINI, 2004). Também a utilização de novos implementos e equipamentos incrementaram o restrito volume de recursos materiais e didáticos, até então existentes nas salas de ginásticas das academias e que passaram a fazer parte do aparato de recursos utilizados pela grande maioria dos professores ministrantes das aulas de ginástica. O estep ou *stepeer*³ configura-se como um exemplo desses novos equipamentos surgidos à época, dentre tantos outros também criados nesse mesmo período. Assim, nas décadas de 80 e 90 observou-se um crescimento bastante acentuado no número de academias de ginástica espalhadas por todo o Brasil, oferecendo uma gama variada de modalidades de exercitação corporal, confirmando a tal “Ginástica Aeróbica” como a modalidade de grande preferência da parcela da população que freqüentava esses espaços de prática corporal. Tal período fora denominado de “período de culto ao corpo”, tendo os instrumentos da mídia servindo como “mola propulsora” de divulgação dessa prática, a milhares de pessoas (praticantes ou não), nos diversos eventos públicos que foram realizados para disseminar essa prática entre a população brasileira. Vários eventos foram realizados na época, patrocinados por entidades públicas e privadas, tais como “ginástica na praia; ginástica no parque; ginástica na TV; concurso de ginástica aeróbica de duplas, trios e etc”. Estas, dentre outras tantas, foram algumas das iniciativas que se fizeram sentir à época (ibid).

Milhares de pessoas de todo o Brasil envolveram-se direta ou indiretamente nesse “*movimento*”, quer seja qualificando-se profissionalmente para atuar no ensino dessas modalidades; participando como público alvo na prática regular; comercializando os produtos necessários à prática dessas modalidades (venda e revenda de equipamentos), etc. Muitos desses espaços (academias) cujo universo de opções disponíveis a escolha de prática dessas ou de outras modalidades, são ainda restritivas à grande maioria da população, tendo em vista os aspectos limitadores e incompatíveis à população como um todo, (horários; vagas; preços; distância geográfica; tempo disponível; conflito com outros compromissos pessoais; dentre outros aspectos que distanciam a

³ Implemento de madeira ou outro material sintético semelhante a um degrau, medindo 90 cm a 1 metro de comprimento e altura que variam de 10 cm. a 30 cm (GUISELINI, 2004)

população à prática dessas atividades regulares, com orientação e acompanhamento profissional especializado, outros) são alguns dos aspectos limitadores para que a maioria da população brasileira possa se valer dessa opção como uma possibilidade viável para a prática da exercitação corporal com vistas à promoção da saúde.

No Brasil, os anos 80 e 90 do milênio passado ficaram marcados e conhecidos por uma boa parcela de profissionais de educação física e população praticante, como as décadas do *fitness*⁴, ou ainda como período do “*culto ao corpo*”, período de exagerada valorização das formas corporais volumosas e bem definidas. Nesse período houve uma mudança bastante marcante no comportamento social interno, até então vivenciado no interior das academias de ginástica existentes, ou seja, um grande número de mulheres passou a freqüentar as salas de musculação, antes restritas apenas pelo público masculino. E o mesmo fato também ocorreu com relação às salas de ginástica quando o público masculino passou a se interessar e a freqüentar esses ambientes, com o intuito de se não apenas conhecer ou experimentar essa nova modalidade, mas principalmente para possibilitar uma maior aproximação com público feminino, considerando principalmente os novos modelos excitantes e provocantes produzidos pelas indústrias de malhas de ginástica, os quais realçavam as formas corporais do corpo feminino.

Nesse mesmo período também a indústria do *fitness* voltou seu olhar para o surgimento dessa nova “tendência de mercado”. Pesquisas laboratoriais foram incrementadas para a produção de novos equipamentos mais modernos e sofisticados. Também a indústria de calçados, roupas e suplementos nutricionais, viu-se envolvida nessa “nova onda”. Gravadoras de fitas de vídeo com programas de rotinas exercícios, fitas k-7, CD’s e outros setores, como o da informática, também sentiram os efeitos do aumento no faturamento; e assim uma série de outros segmentos relacionados a esse meio tiveram um crescimento até então ainda não visto antes.

Só nos EUA, todos os anos a indústria do *fitness* “movimenta” milhões de dólares em consumo de mercadorias e transações comerciais entre fabricantes e proprietários de academias de ginástica, além do público freqüentador e consumidor desse seletivo mercado. Entretanto os problemas de saúde

⁴ Programa de condicionamento físico relacionado à saúde (SHARKEY, 2002)

decorrentes do sedentarismo e da obesidade naquela população são constantes e indicam índices alarmantes de crescimento nesses indicadores (SHARKEY,2002).

Há muito que os pesquisadores de várias partes do mundo, especialmente do ACMS (Colégio Americano de Ciências do Esporte), que conta com centenas de médicos pesquisadores e milhares de publicações acerca dos efeitos benéficos da prática regular de exercícios físicos voltados à promoção da saúde, tem alertado profissionais e a população mundial, numa campanha extensiva e intensiva em favor da adesão do maior número possível de pessoas, de todas as idades, para que pratiquem esportes ou se engajem em outras atividades que envolvam o esforço físico, afim de ativar o metabolismo energético e o desenvolvimento fisiológico funcional do organismo, com vistas a evitar os problemas provocados pelas doenças hipocinéticas ao organismo humano (ibd).

A preocupação do ACMS com a saúde da população norte-americana é tão séria e igualmente profunda que os membros pesquisadores dessa instituição, após longos anos de pesquisas e de estudos, elaboraram uma série de recomendações, as quais foram amplamente divulgaram e largamente utilizadas por milhares de professores de educação física, instrutores de *fitness* e treinadores em geral, tanto nos Estados Unidos como também nos demais países do mundo. Tais recomendações destinadas a prática regular de exercícios físicos voltados a população em geral, seguia inicialmente os seguintes princípios:

Tabela 2. Recomendações gerais para a prescrição de um programa de exercícios.

Freqüência	3 a 5 dias por semana
Intensidade	60 a 90% da FCmáx. de reserva ou 50 a 86% do VO2 máx.
Duração	20 a 60 minutos
Tipo de Atividade	Caminhadas – trote – corrida – ciclismo – natação – remo – subir escadas – jogos com caráter de endurance.
Treinamento de resistência	8 a 10 exercícios, pelo menos uma passagem contendo um perfil de repetições diferenciadas para iniciantes (+ de 20 rep.) e adiantados (em torno de 8 a 12 rep.)
Nível inicial de condicionamento	Elevado = maior carga de trabalho Baixo = menor carga detrabalho

 físico

Adaptado do *American College of Sports Medicine*, 1978.

Conforme descritos na tabela 1 os aspectos mais importantes a serem observados pelos elaboradores dos programas e população alvo (executora) estão diretamente ligados ao volume e intensidade. No caso do objetivo do programa em atender ao aspecto do emagrecimento, o recomendado é observar os aspectos relativos a um volume maior de tempo e uma intensidade baixa, com vistas a atender as demandas metabólicas do consumo bioenergético. Já se o objetivo for elevar os níveis da aptidão cardiorrespiratória o importante é aumentar gradativamente a intensidade do esforço, iniciando com um período mais curto da sessão de treinamento (ACMS, 1978).

Portanto, a escolha do volume e da intensidade dos treinos é diretamente relacionada com os fatores: objetivo, período tempo semanal disponível, nível inicial de condicionamento, tempo diário disponível, além de outras tantas variáveis importantes. Entretanto, o ACMS preocupou-se em elaborar e divulgar a toda a comunidade em geral, normas e parâmetros generalizados para a elaboração de um treinamento que atendesse minimamente os objetivos da população, sem ferir os princípios acadêmicos e científicos dos experimentos oriundos das inúmeras pesquisas realizadas nesse campo de investigação, principalmente no que se refere às respostas fisiológicas do organismo.

Um outro aspecto importante das recomendações prescritas pelo membros do Colégio Americano faz referencia aos aspectos didáticos ou metodológicos do programa de treinamento, onde de cada uma das sessões de treinamento deve atender a uma seqüência cronológica ao que se refere aos aspectos do (1)aquecimento, (2)condicionamento muscular, (3)aeróbico e (4) volta à calma, que compreendem a sessão completa de treinamento, conforme apontaram Pollock e Wilmore (1993).

Tabela 3. Componentes fundamentais na elaboração de uma sessão de treinamento.

Componentes	Atividades	Tempo
-------------	------------	-------

Aquecimento	Alongamento – calistenia de baixa intensidade - caminhada	10 min.
Condicionamento Muscular	Exercícios calistênicos de média e alta intensidade – exercícios com implementos (halteres ou musculação).	15 a 30 min.
Aeróbica	Caminhadas rápidas – Jogging – natação – bicicleta – dança subir escadas – outros.	20 a 30 min.
Volta à calma	Caminhada – alongamento – flexionamento	5 – 10 min.

Adaptado de Pollock e Wilmore, 1993.

Os componentes descritos na tabela 3 e suas variáveis e demais desdobramentos sempre se fizeram universalmente presentes nas sessões de treinamento na elaboração de programas de exercícios em ambientes abertos (praças, parques, quadras, praia, etc.) e voltados a grandes grupos (população em geral), como também em ambientes fechados e de menor público (academias de ginástica, clínicas de exercícios, treinamento de atletas, ginásios de esportes, etc.)

Ainda hoje, essas recomendações são observadas pelos profissionais da área da educação física na elaboração de seus programas de treinamento voltados ao desenvolvimento do condicionamento físico tanto de atletas como de pessoas da população em geral, tendo em vista que essa seqüência atende rigorosamente princípios biológicos e fisiológicos do organismo humano de maneira a desenvolver com êxito a aptidão física de uma forma geral.

Para especificar ainda mais a compreensão de todos com relação aos diferentes níveis de intensidade e aos objetivos que cada modalidade de sessão ou de exercício pode atingir no indivíduo praticante Costill e Wilmore (1994) publicaram uma classificação de intensidade de exercícios aeróbicos com duração entre 20 a 60 min. em cinco níveis, levando em consideração os percentuais da FCM, VO₂ ou FC de reserva, além da PSE, conforme aponta a tabela a seguir:

Tabela 4. Classificação da intensidade do exercício aeróbico com duração de 20 a 60 min.

Intensidade relativa em %		
	VO ₂ máx. ou	PSE*
		Intensidade

FCM	FCM reserva		
< 35%	< 30%	< 9	Muito Fácil
35 – 59%	30 – 49%	10 – 11	Fácil
60 – 79%	50 – 74%	12 – 13	Moderado
80 – 89%	75 – 84%	14 – 16	Pesado
≥ 90%	≥ 85%	> 16	Muito Pesado

* Percepção Subjetiva de Esforço

Fonte: Costill e Wilmore, (1994)

Conforme podemos ver descritas na tabela 4, as diferentes classificações de intensidade de esforço na prática de atividades físicas, sugerem para a obtenção de melhoria da performance motora ou da obtenção de benefícios desejados em relação a saúde, o indivíduo deve seguir as indicações de esforço moderado a intenso na prática de exercício observando as variáveis do VO₂ máx. ou da FCM de reserva afim de manter-se dentro de um padrão desejável de benefícios orgânicos durante as sessões de treinamento.

Entretanto passados já mais de uma década em que estas indicações foram institucionalmente pesquisadas e elaboradas, ganhando grande amplitude de divulgação nos segmentos profissionais e até no meio popular, os problemas de saúde pública continuaram e ainda continuam atingindo a grande maioria da população norte-americana e demais países que seguem as mesmas normativas quanto à elaboração e a aplicação de programas de exercícios voltados à promoção da saúde.

Tal observação fundamenta-se tendo em vista não apenas os resultados divulgados nas últimas estatísticas dos órgãos oficiais de saúde norte-americano em relação às “*causas mortis*”, mas também e principalmente em razão do alerta que esses organismos de saúde vêm constatando no atendimento aquela população em razão da crescente incidência dos problemas de saúde que vem assolando aquela população nas últimas décadas.

E foi justamente preocupados como esses agravos que as autoridades governamentais norte-americanas recorreram a essa instituição (ACMS), solicitando a elaboração de uma saída para o problema então levantado pela própria classe médica americana. Foi então que em 1993, o ACMS e o *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) dos EUA, reuniram vários especialistas com vistas a elaborar novas recomendações para a prática de exercícios à população norte americana, chegando ao seguinte consenso:

- Cada adulto deveria acumular 30 min. ou mais de atividades físicas de intensidade moderada ao longo do dia e o máximo de dias da semana.
- Em razão de muitos americanos adultos não atingirem esse nível recomendado, quase todos deveriam lutar para aumentar sua participação em atividades físicas vigorosas ou moderadas. (SHARKEY, 2002).

Tais recomendações sugerem a realização de um amplo espectro de atividades físicas laborais do cotidiano, como caminhar, subir e descer escadas, pedalar, jardinagem, limpeza doméstica, dança, etc. O aspecto mais importante dessas recomendações baseia-se nas variáveis: “gasto calórico” recomendado pelos pesquisadores (200 kcal/dia) e o “tempo acumulado” durante a realização das atividades (30 min.). Essas recomendações foram elaboradas pelos membros do ACMS e do CDC dos EUA com vistas a minimizar ou prevenir os problemas causados à saúde pública da população norte-americana, decorrentes dos dois principais fatores de incidência à saúde aquela população, quais sejam: a obesidade e o sedentarismo.

Tais recomendações também chegaram também ao Brasil na segunda metade da década de 90, trazidas e traduzidas, pelos dirigentes do CELAFISCS (Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul), que, de uma forma mais didática e metodicamente mais detalhada, elaboraram uma proposta semelhante, obedecendo porém os mesmos princípios que fundamentaram as recomendações do ACMS e apresentaram às autoridades brasileiras em saúde e à toda a população em geral, o Programa “Agita São Paulo”, cuja idéia fora simultaneamente divulgada por toda a equipe daquele centro de pesquisa, com uma versão nacional para o mesmo programa, apenas trocando de nome (Agita Brasil), difundido em várias capitais brasileiras e posteriormente disseminando, na América Latina e demais continentes.

O programa foi elaborado durante dois anos consecutivos antes de ser lançado em São Paulo, em dezembro de 1996. O programa recebeu assessoria direta de profissionais ligados a centros nacionais e internacionais de pesquisa, dentre eles o DCD dos EUA, *Health Education Authority*, da Inglaterra, o *Cooper Institute for Aerobical Research* de Dallas EUA do *Active Austrália*, além de contar com o respaldo político da Organização Pan-Americana de Saúde, (MATSUDO, V. et.al. 2001, 2002; CELAFISCS, 2002). Em fevereiro de 1997, o programa começa efetivamente a funcionar tendo dois objetivos fundamentais: 1. aumentar

o nível de conhecimento da população sobre os benefícios de um estilo de vida ativo; e 2. incrementar o nível de atividade física da população de São Paulo.

Fica evidente que a idéia central do programa é 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).

Essa iniciativa, a exemplo das outras duas campanhas nacionais, também recebe uma adesão inicial de impacto social bastante elevada e ricamente explorada pela mídia, principalmente na cidade de São Paulo, onde fora inicialmente lançada. Porém, desta vez a campanha recebe a chancela de instituições importantes no cenário mundial, a OPAS (organização Pan-Americana de Saúde) e a OMS (Organização Mundial de Saúde), quando os representantes máximos dessas duas instituições se fizeram presentes na cerimônia de lançamento do Dia Mundial da Saúde de 2002, ocorrido no dia 5 de abril daquele ano, na cidade de São Paulo (FRAGA, 2005).

A proposta fundamental desse programa tem como “*pano de fundo*” o gasto calórico ou energético, envolvido na realização de atividades laborais domésticas ou profissionais, de lazer ativo e outros aspectos comuns do cotidiano da vida humana, passam a ser computados como atividades válidas para o ingresso ao *computo geral* do referido programa. Portanto, agora uma gama maior de opções são validadas como integrantes de um programa de condicionamento físico preventivo ou protetor da saúde e, portanto possíveis de serem realizados por parte da grande maioria das pessoas. Assim, tem-se que um número maior de pessoas (especialmente aquelas que desempenham papéis funcionais no setor produtivo industrial e da agro-indústria) passam a ser automaticamente incluídas no rol do universo de pessoas saudáveis, sem que seja obrigatoriamente necessário o acréscimo da prática de outras modalidades físicas ou corporais, para que seja atingido o patamar mínimo das 1.000 kcal. semanais recomendados pelo programa.

Todavia, os organismos estatais e de controle da saúde pública, tem sido 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”.

Diante de tais ocorrências vemo-nos numa situação conflitante em algumas questões fundamentais nos afligem e deixando lacunas que fragilizam as justificativas e o poder de convencimento à cerca da prática regular de atividades físicas como “remédio preventivo e eficaz” para o combate dos males manifestados no organismo humano. Se a resposta é afirmativa, então por que é que tantos trabalhadores braçais continuam a engrossar as filas de atendimento e a aumentar as estatísticas referentes aos problemas de hipertensão arterial (aguda e crônica), diabetes *mellitus* (tipo 1 e 2), hipercolesterolemia, cânceres de todas as ordens, desgaste da estrutura óssea e assim por diante? Não deveriam os mesmos apresentar quadros clínicos de pessoas saudáveis, inclusive mantendo assim durante um período mais prolongado após a aposentadoria?

Será que somente a prática de atividades físicas (leves, moderadas e intensas) realizadas no cotidiano da vida doméstica e profissional darão conta de promover a saúde, no seu sentido ampliado, e até mesmo restrito, no que se refere ao aspecto biológico? Se a resposta for afirmativa, então nos perguntamos o porque tantos cortadores de cana, carvoeiros, pedreiros, chapas (carga e descarga braçal de caminhões), estivadores portuários, trabalhadores rurais (sem mecanização) também apresentam o diagnóstico, em diferentes níveis de gravidades, desses mesmos problemas de saúde acima descritos?

Observando tal fenômeno que envolve os aspectos de saúde, qualidade de vida e bem-estar, é bastante comum que muitos dos profissionais envolvidos com a área da saúde humana, discutam as alternativas possíveis e mais próximas possíveis para intervir junto as diferentes realidades sociais existentes hoje no nosso país, de forma a compreender o ser humano, não mais apenas na forma tradicional, mas sim como um ser integral/social e, para tanto, as ações de conhecimento e de intervenção de auxílio necessitam partir dessa totalidade.

Considerações finais

Nesse sentido é que, salientamos que algumas pesquisas e publicações mais recentes, do início deste século, vem sendo descritas por autores de diferentes áreas do conhecimento, os quais apontam que os exercícios físicos, pela sua natureza específica das atribuições e objetivos, ao serem praticados de forma adequada e orientada por profissionais competentes e comprometidos, vão muito além dos benefícios que promovem ao organismo, aumentando as possibilidades dessa prática fazer parte do universo cultural e social de uma população.

Para tanto algumas ações diferenciadas são apontadas por profissionais ligados às mais diferentes áreas do conhecimento, e que voltados ao cuidado do ser humano, numa perspectiva nova e diferenciada ao atendimento das suas necessidades, objetivam discutir os problemas de natureza individual e coletiva numa abordagem mais ampla e integral, identificando e buscando alternativas para a solução dos problemas que afetam profundamente o desequilíbrio das estruturas emocionais, afetivas e orgânicas do indivíduo de forma a torná-lo menos vulneráveis e susceptíveis às doenças hoje denominadas de doenças da modernidade.

Por essa razão é que Powell et al. (1991) e Czeresnia (1999) salientam que para que os programas de promoção à saúde tenham sucesso garantido é necessária a combinação de outras iniciativas que proporcionem condições favoráveis a assistência educacional e ambiental, encorajando comportamentos e atitudes sociais que conduzam o indivíduo à saúde.

A elaboração e aplicação pura e simples de programas de exercícios físicos voltados a população de uma maneira geral, atinge diferentemente a cada um dos participantes desses programas. A forma genérica das atividades físicas realizadas cotidianamente também levam a produção de resultados ou benefícios genéricos ao passo que as ações maléficas dos desequilíbrios moleculares e celulares do organismo, ocorrem de forma intensiva e constante em determinados órgãos ou tecidos do organismo. Por essa razão é que o caso do médico pesquisador Dr. Fred Lebow que era um corredor fanático, maratonista e que teve câncer no cérebro em 1990, foi apresentado e debatido no livro “Exercício e Saúde” de Nienam, (1999), no sentido de desmistificar muitas das dúvidas em relação a esse aspecto. Todavia, o autor apresenta evidencias de que o *American*

Câncer Society recomenda a todos para que incluam as atividades físicas ao rol das atividades cotidianas em suas vidas.

É necessário compreendermos que não basta elaboração e a aplicação de ações isoladas, paliativas e superficiais à melhoria da qualidade de vida como um todo, especialmente às classes menos favorecidas, tendo em vista a necessidade de atenção também em outros campos da necessidade de atenção à saúde e à vida.

Se a dimensão da vida envolve toda uma multiplicidade de aspectos fundamentais ao seu pleno desenvolvimento, para que sejam minimizados os problemas que afetam especialmente a saúde individual e também social da população urbana, periférica e rural como um todo, fazem-se necessárias a implementação de medidas ainda mais profundas e mais extensivas, de natureza sócio-educativas; sanitárias e de inclusão, envolvendo a participação coletiva de todas as pessoas, não apenas no processo produtivo dos bens de consumo, mas também e principalmente o acesso justo e equânime tanto ao uso dos recursos naturais, como do consumo de bens produzidos pelo homem e dos serviços de atendimento às necessidades humanas fundamentais, de forma a permitir a todos os seres humanos o direito pleno de gozar uma vida mais saudável, com melhor qualidade, liberdade consciente, participação ativa nas decisões, saúde, lazer, espírito cooperativo, fraternidade e felicidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AREIAS, M.E.Q.; COMANDULE, A.Q. *Transformações no mundo do trabalho; a inserção da qualidade total. Série Saúde Mental e Trabalho.* (Org.) GUIMARÃES & GRUBITIS, Vol.2 Casa do Psicólogo, 2004.

BAGRICHEVISCKY, M.; PALMA. A.; ESTEVÃO, A. E. (orgs.) *A saúde em debate na educação física.* Blumenau-SC, Edibes, 2003.

BRAMANTE, A. C. *Perspectivas para o lazer e a qualidade de vida nas sociedades contemporâneas. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde,* vol.10, nr.01, (p.22), 2005.

CELAFISCS – Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul. Manifesto de São Paulo para a promoção da atividade física nas

- Américas. São Paulo: CELAFISCS/ Secretaria de Saúde do Estado, out. 1999.
Disponível em: <http://agitasp.com.br/news/01-00.doc> Acesso em 2 maio, 2002.
- COOPER, K. H. Método Cooper: aptidão física em qualquer idade. 7 ed. Rio de Janeiro: Entrelivros Cultural, 1978.
- _____ O programa aeróbico para o bem estar total. Rio de Janeiro, Nórdica, 1882.
- COSTILL, D. L.; WILMORE, J.H. *Physiology of Sports and Exercise*. Champaign, Human Kinetics, 1994.
- CZRESINA, D. *The concept of health and the difference between prevention and promotion*. Caderno de Saúde Pública, 15(4):701-709, 1999.
- DRUCKER, P.F. *Administrando em tempos de grandes mudanças*. 4ª ed., São Paulo, Livraria Pioneira Editora, 1997.
- EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK RESEARCH –
<http://agency.osha.eu.int/publications/reports/stress/>. Janeiro de 2006.
- FRAGA, A. B. Exercício da informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa. Porto Alegre, Tese de doutorado, Programa de Pós-graduação em Educação da Faculdade de Educação, UFRGS, 2005.
- HELMAN, C.G. *Cultura, saúde e doença*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- IBGE, 2000. Síntese de indicadores do IBGE, 2000. disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/indicadores_sociais/sintese_de_indicadores_sociais_2000>
Acesso em: 28 de abril de 2001..
- LOVISOLO, H. R. Atividade física, educação e saúde. Rio de Janeiro: Sprint, 2000.
- _____ Atividade física e saúde: uma agenda sociológica de pesquisa, In: MOREIRA, Wagner Wey; SIMÕES, Regina (orgs.) *Esporte como fator de qualidade de vida*. Piracicaba: UNIMEP, 2002.
- MATSUDO V.K.R. et al. Promoção da saúde mediante o aumento do nível de atividade física: a proposta do programa Agita São Paulo. *Revista Âmbito Medicina Esportiva*, vol.7, 2001, p. 5-15, disponível em:
<<http://www.agitasp.com.br/pesquisa2.asp>> acesso em: 10 mai. 2002.
- MINAYO. M.C.S. *A saúde em estado de choque*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1992.
- NIEMAN, D.C. O exercício e saúde. São Paulo, Manole, 1999.

POLLOCK, M.L.;WILMORE, J.H. Exercício na saúde e na doença. 2ª ed.Rio de Janeiro, Medsi, 1993

POWELL, K.E. et alli. *The dimensions of health promotion applied to physical activity, Journal of Public Health Policy.* 12(4):492-509, 1991.

SANT'ANNA, D. B. O prazer justificado: história e lazer (Soa Paulo, 1969/1979. São Paulo;Marco Zero/MCT-CNPq, 1994.

SHARKEY, B. J. *Condicionamento físico e saúde.* 4ª ed. Porto Alegre:Artmed,1998.

VILARTA, R. et alii (orgs). *Qualidade de vida e fadiga institucional.* Campinas, SP:IPES Editorial, 2006.