

ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA E APTIDÃO FÍSICA EM MULHERES ADULTAS PRATICANTES DE EXERCÍCIOS FÍSICOS.

ANALYSIS OF LIFE'S QUALITY PERCEPTION AND PHYSICAL FITNESS IN ADULT WOMEN PRACTITIONERS OF PHYSICAL EXERCISE.

Alisson Donizete Brioso Martins¹

Everton Luiz de Oliveira²

RESUMO: A presente pesquisa objetivou analisar a aptidão física relacionada a saúde, verificar a percepção de qualidade de vida e a correlação entre essas variáveis. Participaram dessa pesquisa, 20 mulheres adultas participantes de um programa de exercícios físicos, no município de Bebedouro. Para avaliar os indicadores de percepção de qualidade de vida foi utilizado o questionário SF-36. A aptidão física foi avaliada por meio de testes físicos, como resistência muscular, flexibilidade, VO₂max., I.M.C. e dobras cutâneas. Os resultados apontam que as participantes se enquadram em níveis médios de aptidão física, sendo que 40% estão com excesso de peso. Ainda, as mulheres atingiram entre 60 e 80% de níveis positivos para percepção de qualidade de vida. Pode-se concluir que, mesmo com níveis médios de aptidão física e percentuais médios para os domínios de qualidade de vida, não houve correlação entre essas variáveis, sugerindo que outros aspectos que não foram investigados poderiam ter contribuído nesse processo. Sugere-se assim novos estudos que permitam aprofundar esse debate.

Palavras-chave: Atividade Física, Mulheres Adultas, Saúde, Qualidade de vida.

ABSTRACT: *The present study aimed to analyze the physical fitness related to health, to verify the life's quality perception and the correlation between these variables. Twenty (20) adult women participated in this study, making part in an exercise program in the city of Bebedouro. To evaluate the indicators of life's quality perception, we used the SF-36 questionnaire. The physical fitness was assessed through physical tests, such as muscle strength, flexibility, VO₂max., Body Mass Index (B.M.I.) and skin folds. The results show that the participants fit in medium levels of physical fitness, and 40% are overweight. Furthermore, women reached between 60 and 80% positive levels for the life's quality perception. It can be concluded that even with medium levels of physical fitness and medium percentages for the dominance in life's quality, there was no correlation between these variables, suggesting that other aspects that have not been investigated could have contributed in this process. So it is suggested new studies which allow deepening this debate.*

Keywords: Physical fitness, Adult women, Health, Life's quality.

¹ Graduado em Bacharelado em Educação Física no Centro Universitário UNIFAFIBE de Bebedouro, SP. E-mail: alissonbjj@outlook.com.

² Docente dos cursos de Educação Física, no Centro Universitário UNIFAFIBE de Bebedouro/SP. E-mail: oliveira-everton@hotmail.com.

1 INTRODUÇÃO

No cotidiano em que vivemos, o ser humano cada vez menos utiliza de todos os elementos de potencialidade do seu corpo, vivendo de atalhos e aplicativos, veículos e alimentos industrializados, bebidas e tabagismo; a inatividade física junto a esses hábitos de vida nocivos à saúde posteriormente acarretaram em doenças crônicas degenerativas, como a hipertensão arterial, obesidade, diabetes, aumento da concentração de LDL (Lipoproteína de baixa densidade) e infarto do miocárdio; no Brasil essas doenças são a motivo de aproximadamente 74% das mortes. (GUEDES, 2011; COELHO, BURINI, 2009; HEYWARD, 2004; BRASIL, 2012).

Para Pitanga (2008) um fator explícito que poderia alterar os riscos de pessoas adoecerem seria a atividade física. Vilarta (2007) diz que a prática de atividades físicas mesmo que em graus abrandados tem como resultados benéficos a redução de colesterol LDL, efeito protetor contra doenças coronárias e a redução do índice de gordura corporal. De acordo com Guedes; Guedes (1995), as práticas regulares de exercícios físicos além de promover o bem-estar resultam em uma melhora na percepção de qualidade de vida.

Na visão de Moreira (2001) olhar para o tema qualidade de vida possivelmente implicaria em um entendimento de que em gerações presentes e futuras teremos que nos atentar não só pela nossa vida, mas também pela vida de outras pessoas e do ambiente em que vivemos, ou seja, a qualidade de vida trata-se da obrigação em aprimoramos a arte de viver e conviver.

Complementarmente, (NAHAS, 2010 apud BARBOSA, 2011) nos remete a uma visão humanista da percepção de bem-estar e qualidade de vida resultante de um conjunto de parâmetros individuais e socioambientais modificáveis, entre os parâmetros socioambientais entende-se que a moradia, o transporte, a segurança, a cultura, a assistência médica, o meio ambiente e a educação são alguns dos fatores que influenciam na percepção de qualidade de vida do indivíduo. Entre os parâmetros individuais, podem ser citados a hereditariedade, o estilo de vida que se refere aos hábitos alimentares, controle emocional, atividade física habitual, comportamento preventivo, relacionamentos, entre outros.

Pensando nos hábitos de vida, a prática regular de atividade física pode ser um importante coeficiente na questão saúde e aptidão física e esses termos estão relacionados entre si. Guedes; Guedes (1995).

Com relação ao termo aptidão física, Pereira (2007) diz que o mesmo pode ser relacionado a duas vertentes; à prática desportiva e à saúde: A aptidão relacionada ao desempenho desportivo estão adjuntas, agilidade, velocidade, equilíbrio postural e coordenação motora. Já a relacionada à saúde trata-se das condições físicas nas capacidades que estão literalmente associadas à qualidade de vida das pessoas.

A aptidão física relacionada a saúde segundo a ACSM (2000) nos remete que à composição corporal, capacidade cardiorrespiratória, resistência muscular, força e flexibilidade, são componentes que integram esses campos. Ainda, tem-se que uma melhor condição entre esses campos está diretamente ligada a um menor índice de incapacidade funcional e desenvolvimento de doenças. Para Fleishman (1964) a aptidão física relacionada ao âmbito da saúde está unida a capacidade funcional do indivíduo em conseguir realizar alguns tipos de atividades que exijam um determinado empenho muscular.

Com o decorrer dos anos, o número de pessoas que procuram por exercícios físicos, vem aumentando gradativamente. Segundo uma pesquisa feita por Vigitel (2013), intitulada “Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico”, verificou-se esse referido crescimento, na medida em que o percentual de pessoas que praticam exercícios físicos durante o tempo livre aumentou de 30,3% para 33,8% nos últimos cinco anos. Portanto, este dado representa um crescimento de 11% no número de pessoas que praticam exercícios no seu tempo livre.

Tendo em vista a necessidade de ampliar o acesso das pessoas aos programas de atividade de física, de maneira que essas possam atuar junto aos indicadores de percepção de qualidade de vida e combate em doenças crônicas degenerativas o Ministério da Saúde criou em 2011 o projeto “Academia da saúde” de Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011.

Depois de reajustes criados com a intenção de melhorar o projeto ela muda para Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013 (BRASIL 2014) com o objetivo de promover práticas corporais, promoção da alimentação saudável, educação em saúde, entre outros, além de contribuir para produção do cuidado e de modos de vida saudáveis e sustentáveis da população, tendo atividades de exercitação coletivas com ênfase na melhora da percepção de qualidade de vida.

Diante do exposto, cabe destacar que o objetivo da presente pesquisa será avaliar a o nível de aptidão física e a percepção de qualidade de vida em mulheres

adultas, escritas nas atividades de exercitação coletiva do programa “Academia da Saúde”, apartando da ideia que a atividade física é um precursor na melhora de ambos, e até mesmo como um fator benéfico a prevenção contra doenças crônicas degenerativas, assim torna-se importante a identificação dos determinantes da atividade física, para que posteriormente sejam adotados ou serem propostos modelos teóricos de incentivos a adoção e manutenção da prática de atividades físicas, bem como estratégias para incentivar a população a adotar o estilo de vida ativo fisicamente.

2 MATERIAIS E MÉTODO

A presente pesquisa pode ser caracterizada como uma pesquisa de campo, do tipo transversal e de cunho quanti-qualitativo segundo (MATOS; JÚNIOR; BLECHER, 2004).

2.1 Participantes

Participaram dessa pesquisa 20 mulheres adultas, enquadradas em uma faixa etária entre 20 e 60 anos, com média de 48 (± 7) anos, que participam ativamente do projeto de exercitação coletiva “Academia da Saúde”, vinculada ao setor de saúde de um município do extremo norte do interior do estado de São Paulo. Cabe ainda ressaltar que para a seleção da amostra foram admitidos os seguintes critérios de Inclusão/Exclusão:

Critérios de Inclusão

- a) Ser mulher e integrar o programa “Academia da Saúde” a mais de três meses;
- b) Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- c) Estar enquadrada em uma faixa etária de 20 a 60 anos;
- d) Não ser fumante;
- e) Ser assídua junto ao programa “Academia da Saúde”.

Critérios de Exclusão

- a) Participar das atividades do Projeto “Academia da Saúde” a menos de três meses;
- b) Pessoas fumantes;

- c) Não concordar com o Termo Livre e Esclarecido;
- d) Pessoas com alto índice de faltas no projeto.

2.2 Instrumentos da pesquisa

Para a realização dessa pesquisa foram utilizados os seguintes instrumentos:

a) **Questionário de avaliação de indicadores de percepção de qualidade** (SF-36 - Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey): é um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida, de simples administração e fácil compreensão. Consiste em um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas ou domínios, que são: aspectos físicos, capacidade funcional, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta um escore final de 0 (zero) a 100 (obtido por meio de cálculo do Raw Scale), aonde o zero corresponde ao pior estado geral de saúde e o 100 corresponde ao melhor estado de saúde. (Ciconelli1999).

b) **Bateria de testes físicos:** esses testes foram utilizados para avaliar a aptidão física das participantes e envolveram os seguintes componentes:

Composição corporal: para medir a massa corporal será utilizado o índice de Quetelet (QUÉTELET 1870) um método simples e prático, baseado em índices tirados a partir da medida do peso corporal (kg) e da estatura (m²) do mesmo indivíduo, ou seja, peso corporal dividido pela estatura ao quadrado (peso/estatura²). Classificação segundo a OMS, QUADRO 1.

Para verificar o percentual de tecido adiposo, será utilizado o protocolo de Guedes; Guedes (2006) para mulheres, aferindo as medidas das dobras cutâneas, com três dobras 3 dobras: Coxa (CX), supra-íliaca (SI) e subescapular (SB).

QUADRO 1. Teste de I.M.C, Valores para o índice de massa corporal em adultos (MULHERES: $DC = 1,16650 - 0,07063 \log (CX + SI + SB)$).

Peso	IMC
Abaixo do Peso	<18,5
Normal	18,5 a 24,9
Peso excessivo	25,0 a 29,9
Obesidade I	30,0 a 34,9
Obesidade II	35,0 a 39,9

Fonte: Organização Mundial de Saúde.

Força e resistência muscular localizada: teste de resistência de força abdominal, o teste inicia-se com o avaliado em decúbito dorsal, sobre o colchão de ginástica com joelhos flexionados e a planta dos pés voltados ao solo, as mãos devem estar voltadas para o tórax na altura dos ombros opostos, com o cotovelo encostado no mesmo. Para determinação da resistência muscular é contado o número máximo de flexões de tronco corretamente realizado pelo praticante em 60 segundos (POLLOCK; WILMORE, 1993). Classificação de resultados QUADRO 2.

QUADRO 2. Teste de Resistência e Força Muscular Localizada.

Idade	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69
Excelente	+ 42	+ 36	+ 29	+ 25	+ 19	+ 16
Acima da Média	36-41	31-35	24-28	20-24	12-18	12-15
Média	32-35	25-30	20-23	15-19	05-11	04-11
Abaixo da Média	27- 31	21-24	15-19	07-14	03-04	02-03
Fraco	- 26	- 20	- 14	- 06	- 02	- 01

Fonte: Pollock, M.L & Wilmore, J.H., 1993.

Flexibilidade (teste de sentar e alcançar): teste de flexibilidade (Banco de Whells) o indivíduo deve sentar-se com ambas as pernas estendidas, unidas e com os pés apoiados ao banco. Realiza-se então uma projeção de seu tronco à frente juntamente com os membros superiores na tentativa de alcançar a máxima medida presa ao banco, serão realizadas de 3 a 5 tentativas, onde é registrado o maior valor expresso em centímetros ou milímetros (WELLS; DILLON; 1952). Classificação do teste QUADRO 3 .

QUADRO 3. Teste de flexibilidade Banco de Wells.

Idade	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69
Fraco	≤ 28	≤27	≤26	≤24	≤24	≤23
Regular	29-33	28-32	27-31	25-29	25-29	24-26
Médio	34-37	33-36	32-35	30-33	30-32	27-30
Bom	38-42	37-40	36-40	34-37	33-38	31-34
Excelente	≥43	≥41	≥41	≥38	≥39	≥35

Fonte: Pollock, M.L. e Wilmore, J.H. 1993.

Avaliação do VO² máx.: Teste do Banco de McArdle (Queens College Step Test) (McARDLE, KATCH; KATCH, 2007): é utilizado um banco de 40,6 cm de altura, onde o avaliado deve durante 3 min subir e descer numa frequência de passada ao ritmo de 24 e 22 passadas/min para homens e mulheres. Ao final do terceiro minuto do teste, o indivíduo permanece de pé e após 5 seg, será medida sua F.C. durante 15 seg. O resultado encontrado deverá ser multiplicado por 4 e assim encontrado a frequência cardíaca por minuto (15 segundos x 4 = 60

segundos). Classificação segundo a Tabela de Vo2 Adaptada de Golding, Myers e Sinning(1989) (QUADRO 4).

QUADRO 4. Teste do Banco de Mcardle ((VO² máx Mulheres = 65,81 - (0,1847*FC do final do teste)= VO² em ml 1/(kg.min)).

Idade	18-25	26-35	36-45	46-55	56-65	≥66
Excelente	71-58	69-54	66-46	64-42	57-38	51-33
Bom	52-48	51-46	44-39	39-35	36-32	31-28
Acima ou Média	46-42	43-40	37-34	33-31	31-28	27-25
Media	41-39	38-35	33-31	30-28	27-25	24-22
Abaixo Da Média	37-34	34-31	30-28	27-25	24-22	22-20
Ruim	32-29	30-26	26-23	24-21	21-19	18-17
Muito ruim	26-18	25-20	21-18	19-16	17-14	16-14

Fonte: Valores normativos de avaliação de V0²MAX. Adaptada de Golding, Myers e Sinning (1989).

c) **Ficha de Anamnese:** com o intuito de admitir os participantes com base nos critérios de inclusão/exclusão relacionada de acordo com a necessidade da pesquisa. Itens que compõe a anamnese: seções de cunho pessoal, socioeconômicos, hábitos alimentares, histórico de patologias, relações com o projeto.

2.3 Procedimentos

O Projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNIFAFIBE, mas até o presente momento não obteve parecer definitivo. Inicialmente, foi agendada uma visita ao espaço utilizado para o projeto “Academia da Saúde”, intuindo apresentar a pesquisa, bem como seus objetivos aos participantes e foi solicitado que aquelas que decidissem participar da pesquisa deveriam assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), especificamente, aquelas que se enquadrarem nos critérios de inclusão da pesquisa formalizando seu envolvimento nas etapas que seguiriam.

Posteriormente, seguiu-se com um encontro com os pretendidos participantes para esclarecer os procedimentos e as etapas da pesquisa e o cronograma de desenvolvimento da pesquisa.

Em seguida, foram aplicados os instrumentos de coleta no mesmo local onde se encontra em desenvolvimento o supracitado programa, obedecendo os critérios estabelecidos pelo pesquisador.

2.4 Análise dos Dados

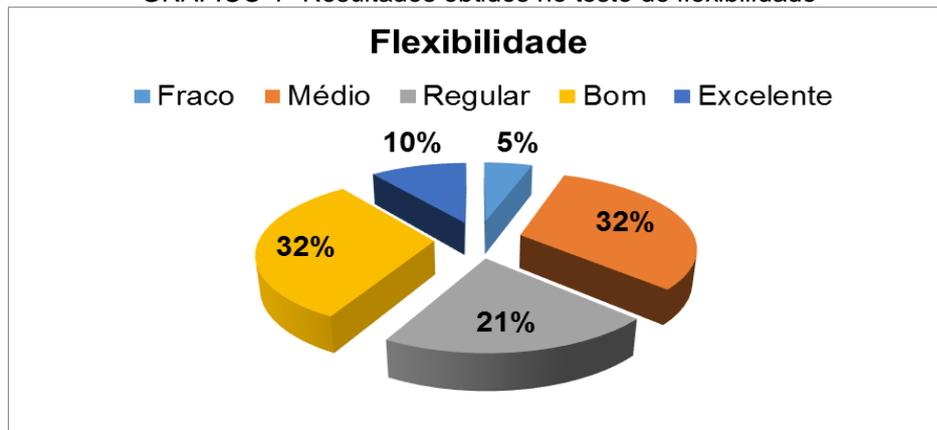
Os dados obtidos nos testes físicos foram analisados por meio de estatística descritiva, com a utilização de médias e desvio padrão, os testes de aptidão física. Para verificar a relação entre essas variáveis da pesquisa foi utilizado a análise de variância (teste t) e as planilhas foram organizadas por meio do software Excel e o pacote estático SPSS for Windows 18.0.

3 RESULTADOS

Os resultados obtidos nos testes de flexibilidade (Gráfico 1), capacidade aeróbia (Gráfico 2) e resistência muscular (Gráfico 3) evidenciaram que os participantes se enquadram em níveis de classificação média, de acordo com tabelas classificativas. O que pode ser observado a partir da apresentação dos Gráficos 1, 2 e 3.

De acordo com Dantas (1998) a flexibilidade é a capacidade de realizar movimentos com qualidade física, dentro dos limites morfológicos, sem o risco eminente de provocar lesões, esta capacidade foi avaliada de acordo com teste do Banco de Wells (WELLS; DILLON; 1952) em que 32% estão enquadradas em nível médio, 21% regular, também com 32% atingiram a classificação de termo bom, 10% fraco e apenas 5% excelente.

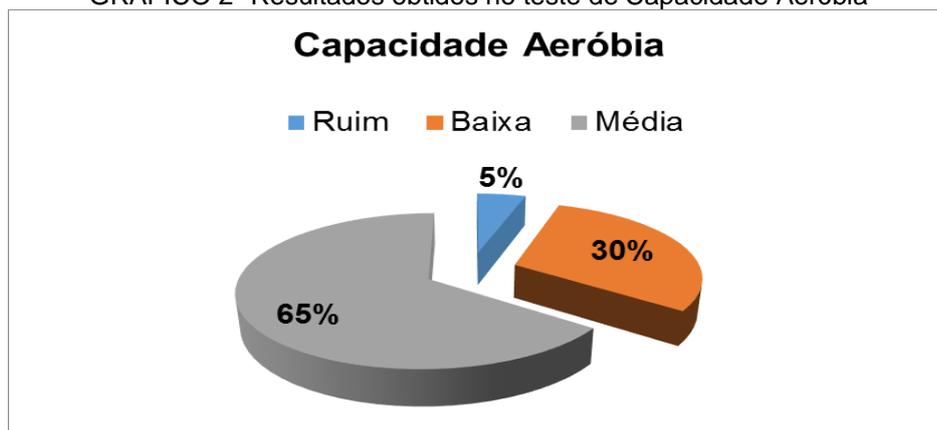
GRÁFICO 1- Resultados obtidos no teste de flexibilidade



Fonte: Elaboração própria.

O termo capacidade aeróbica segundo Sharkey (1998) é definida como a capacidade máxima de recrutar, transportar e utilizar oxigênio durante o exercício esta variável pode ser influenciada por fatores como gordura corporal, idade, hereditariedade, usando a avaliação do Vo2 max. seguindo o protocolo do Banco de McArdle (Queens College Step Test) (McARDLE, KATCH; KATCH, 2007): neste teste as participantes se enquadram em três classificações 65% em níveis médios, 30% baixa, 5% ficaram como classificação ruim.

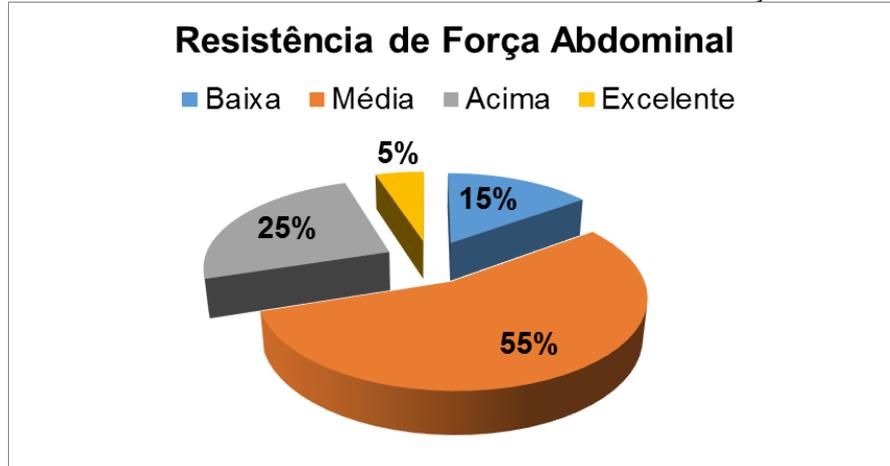
GRÁFICO 2- Resultados obtidos no teste de Capacidade Aeróbia



Fonte: Elaboração própria.

Resistência muscular localizada segundo a visão de Rocha (1998) seria a capacidade de uma parte do corpo, conseguir por um período longo de tempo realizar e sustentar um movimento, sem eminente risco de lesões. Nesta capacidade foram atingidos quatro classificações, 15% estão classificadas segundo a tabela como baixa, 55% média, 25% acima e 5% se enquadram em patamares excelentes.

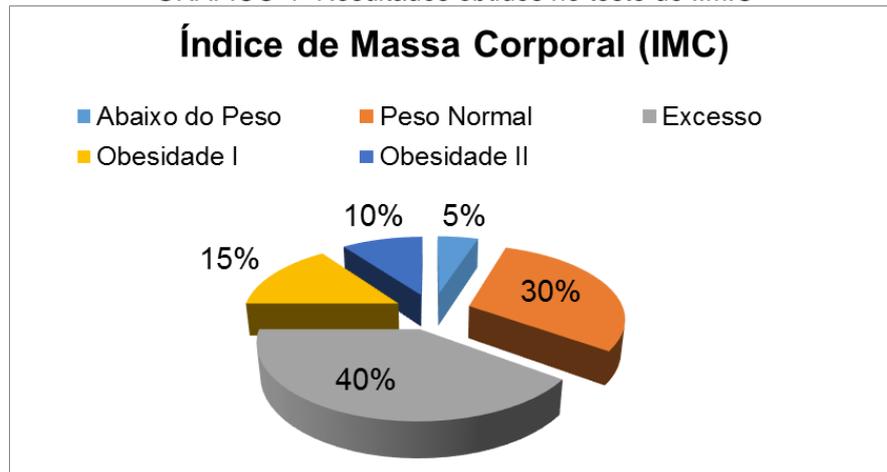
GRÁFICO 3- Resultados obtidos no teste de Resistência de Força Abdominal.



Fonte: Elaboração própria.

Para avaliar o I.M.C., foi utilizado o índice de Quételet (QUÉTELET 1870) representada pela fórmula matemática $IMC = Kg/m^2$ segundo os dados coletados nesta pesquisa 40% estão com excesso de peso, 30% com peso normal, 15% em obesidade I, em classificação de obesidade II estão 10% e 5% abaixo do peso. Dados apresentados no gráfico 4.

GRÁFICO 4- Resultados obtidos no teste de I.M.C



Fonte: Elaboração própria.

Segundo o protocolo de dobras cutâneas Guedes; Guedes (2006). Os participantes atingiram a média de $33,2(\pm 3.3)$, que é apresentada na Tabela 1.

A seguir, é exibida a Tabela 1 contendo a descrição sintetizada dos resultados referentes a todos os testes:

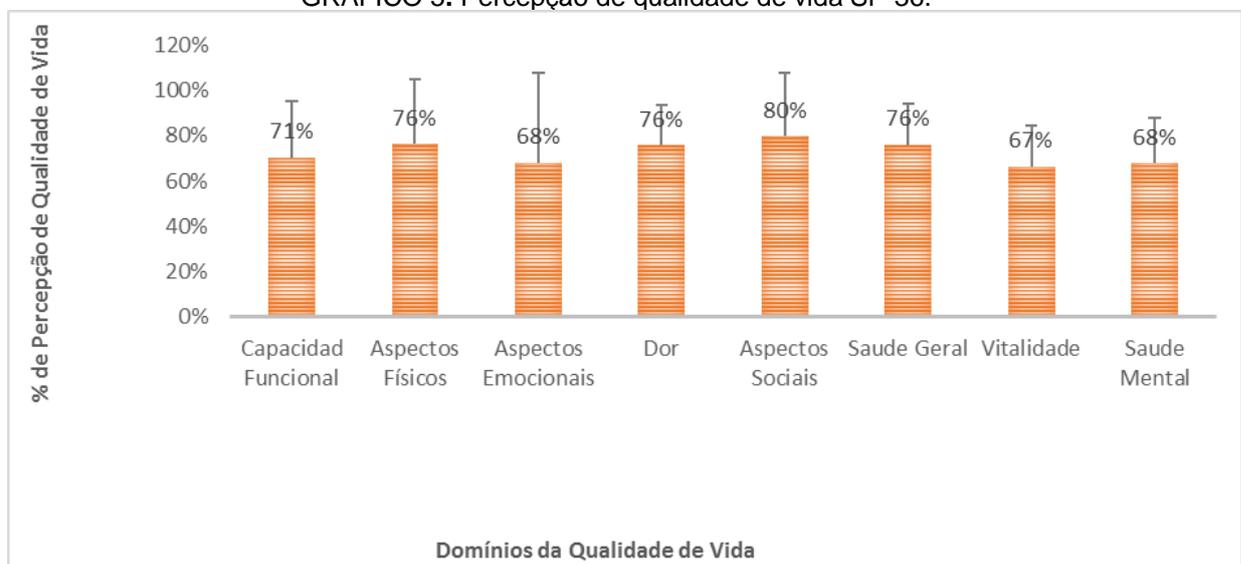
TABELA 1. Resultados descritivos (média ± desvio padrão)

	Teste de Resistência Muscular	Teste de Flexibilidade	IMC	Capacidade Aeróbia Vo2 Max.	Dobras Cutâneas (% de gordura)
Média	14,7	32,3	27,41	29,57	33,2
Desvio Padrão	5,7	5,5	5,2	2,41	3,3

Fonte: Elaboração própria.

Já para a percepção de qualidade de vida, entre os domínios que tiveram os maiores números foram aspectos sociais, saúde geral, capacidade funcional, aspectos físicos e dor, que atingiram um patamar de média entre 70 e 80% dos índices relacionadas a percepção qualidade de vida, propriedades como saúde mental, vitalidade e aspectos emocionais, se encontram com níveis abaixo de 70% de percepção de qualidade de vida, tendo a vitalidade assim com menor índices entres os domínios respectivos no que diz a qualidade de vida como aponta o gráfico a seguir (GRÁFICO 5).

GRÁFICO 5. Percepção de qualidade de vida SF-36.



Fonte: Elaboração própria.

Ainda, no concernente à aplicação de análises não paramétricas para verificar a possível correlação entre o desempenho nos testes físicos e os domínios da percepção de qualidade de vida (Teste SF36), não foi observada correlação significativa, como pode ser verificado a partir do Quadro 5:

Quadro 5 - Correlação entre testes físicos e a percepção de qualidade vida.

		Capac. Func.	Aspec. Físicos	Aspec. Emoc.	Dor	Aspec. Sociais	Saúde. Geral	Vitalide.	Saúde Mental
Teste Abd.	Correlation Coefficient	,252	,215	,007	,093	,178	-,121	,064	-,132
	Sig. (2-tailed)	,283	,362	,976	,697	,453	,612	,789	,579
	N	20	20	20	20	20	20	20	20
Teste Flex.	Correlation Coefficient	,367	,262	,115	,083	-,106	,196	,156	-,076
	Sig. (2-tailed)	,112	,264	,629	,727	,657	,408	,511	,751
	N	20	20	20	20	20	20	20	20
IMC	Correlation Coefficient	,190	,029	-,212	,100	,236	-,192	,025	,042
	Sig. (2-tailed)	,423	,904	,369	,675	,316	,417	,917	,862
	N	20	20	20	20	20	20	20	20
VO2	Correlation Coefficient	,183	-,101	,004	,103	,083	-,254	-,278	-,453*
	Sig. (2-tailed)	,439	,671	,988	,665	,729	,280	,234	,045
	N	20	20	20	20	20	20	20	20

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Fonte: Elaboração própria.

4 DISCUSSÃO

O principal objetivo desta pesquisa foi analisar o nível de aptidão física relacionada a saúde e percepção de qualidade de vida, em mulheres adultas e verificar a correlação entre eles. Os participantes desta pesquisa estão inseridos em programas de atividades diversificadas oferecidas por gestores públicos com intuito de aumentar a percepção de qualidade de vida e possíveis melhoras nas capacidades funcionais entre seus participantes, entende-se que por sua vez, praticantes de exercícios tendem a ter uma melhora na capacidade funcional, e melhor desempenho em atividades do cotidiano ACSM (2000).

O resultado revelou que, os participantes atingiram níveis médios de classificação em aptidão física relacionada a saúde e grandes porcentagens sobre domínios de qualidade de vida, as variáveis avaliadas não apresentaram coeficientes significativos de correlação, tendo o domínio de saúde mental com o menor grau de correlação.

Considerando a correlação entre qualidade de vida e aptidão física relacionada a saúde Guedes; Guedes (1995) nos relatam que estes termos estão

ligados e que a prática regular de atividades físicas está diretamente relacionada à evolução significativa na aptidão física, na medida em que esses índices alcançados nesta prática estão associados com o melhor estado geral de saúde e bem-estar, portanto, o exercício físico está ligado a fatores que influenciam no combate contra as doenças crônicas degenerativas

Com relação ao observado na aplicação do SF36, foi verificado que para o domínio de saúde mental os participantes apresentaram menores índices de porcentagens e, ainda, esse domínio apresentou um dos menores identificadores de correlação entre as variáveis avaliadas. A OMS (2001) define o termo saúde mental como a condição máxima de bem-estar na qual o indivíduo, consegue superar as adversidades do dia-a-dia, o stress, tendo assim uma participação positiva dentro da comunidade em que vive.

No que diz respeito ao percentual de gordura, 40% das mulheres estão acima do peso e segundo os resultados das medidas antropométricas (I.M.C) a média do percentual de gordura se enquadrou em $33,2(\pm 3.3)$, fato que pode ser problemático, já que como apontou Beckstrom *et al.* (2007) esse patamar pode acarretar doenças crônicas degenerativas. Ainda, Beckstrom *et al.* (2007) atestam que com o acúmulo de lipoproteínas de baixa densidade, surgem as placas de ateroma que posteriormente se transformam em aterosclerose, sendo assim um fator predominante para o surgimento de doenças crônicas degenerativas.

Para combater essas doenças deve-se aderir à prática de exercícios físicos para uma melhor condição de vida e assim combater o sedentarismo. Na visão de Neto (1999) para uma pessoa ser classificada como ativa, ela necessita praticar em média 30 minutos de atividades físicas em intensidade moderada, de maneira que o risco de doenças causadas pelo sedentarismo e inatividade física possa diminuir.

A não correlação entre as variáveis analisadas no trabalho pode ser referente ao que Guedes (2001) diz com relação ao fato de termos vários fatores multidimensionais que podem vir a interferir nos resultados da correlação entre qualidade de vida e aptidão física, tais como estilo de vida, hereditariedade, condições ambientais, sócio ambientais, condições econômicas e fatores psicológicos.

5 CONCLUSÃO

A partir da presente pesquisa, pode-se concluir que pessoas praticantes de atividades físicas, oferecidas por gestores públicos, atingiram níveis médios de aptidão física relacionada a saúde e percentuais de 60 a 80% em níveis positivos para a percepção de qualidade de vida. No entanto, mesmo alcançando altos índices, os resultados não se correlacionaram entre si, tendo a menor correlação a saúde mental e esse fator pode ser justificado pelo fato de a qualidade de vida tem relação com fatores multidimensionais e analisar apenas aspectos físicos ou até mesmo funcionais não permite ter uma visão mais integral dessa esfera.

Assim está pesquisa sugere que novos ou outros estudos sejam realizados para uma melhor compreensão sobre os aspectos avaliados e analisada a correlação entre aptidão física relacionada a saúde, qualidade de vida e atividades físicas, para que possa servir de parâmetro para pesquisa futuras e atuação profissional.

Diante do exposto, é possível que o programa não esteja oferecendo modificações nos aspectos físicos pelo fato das atividades não serem sistematizadas, ao passo que foram encontrados níveis razoáveis de aptidão física e qualidade de vida.

Outros fatores que possam ter relação com os níveis medianos obtidos nos resultados para a aptidão física e que foram encontrados na pesquisa podem estar associados ao fato que a principal intenção do programa não é uma melhora na aptidão física de seus integrantes, mas, a melhora na condição da percepção de qualidade de vida por meio da inserção dos participantes nesse grupo.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, R. M. dos S. P. Resenha do livro "Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo", de Markus Vinicius Nahas. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Porto Alegre. v. 34, n. 2, p. 513-518, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32892012000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 abr. 2016.

BECKSTROM, B.W. et al. **Correlation between carotid area calcifications and periodontitis: a retrospective study of digital panoramic radiographic findings in pretreatment cancer patients**. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, v.103, p.359- 366, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa revela aumento na prática de atividades físicas**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/05/pesquisa-revela-aumento-na-pratica-de-atividades-fisicas>>. Acesso em: 4 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sobre o Programa Academia da Saúde**. Brasília, 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/1028-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/academia-da-saude-svs/l2-academia-da-saude-svs/13816-sobre-o-programa>>. Acesso em: 4 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis**. Brasília, 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis>>. Acesso em: 4 jun. 2016.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF36). **Rev bras reumatol**, v. 39, n. 3, p. 143-150, 1999.

COELHO, C. F.; BURINI, R. C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 22, n. 6, p. 937-946, 2009. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/13407>>. Acesso em: 15 maio 2016.

COLÉGIO AMERICANO DE MEDICINA DO ESPORTE et al. **Manual do ACSM para teste de esforço e prescrição de exercício**. 5. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

DANTAS, E. H. M. **Flexibilidade, Alongamento e Flexionamento**. 4. ed. Rio de Janeiro: Shape, 1999. p.57-207.

GOLDING, L. A., MYERS, C. R., & SINNING, W. E. (1989). **Y'S way to physical fitness: the complete guide to fitness testing and instruction** (3rd ed.). Chicago: YMCA of the USA

GUEDES, D. P., GUEDES, J. E. R. P. **Manual Prático para Avaliação em Educação Física**. ed.1, Barueri: Manole, 2006.

GUEDES, D. P. Programa Academia da Saúde: ação para incrementar a prática de atividade física na população brasileira. **Revista Brasileira de Atividade física e Saúde** V. 16, N. 3 (2011). Disponível em: <<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/605>> Acesso em: 06 de maio de 2016.

HEYWARD, V. H. **Avaliação física e prescrição de exercício: técnicas avançadas**. 4. ed. São Paulo: Artmed, 2004.

MATTOS M.G; ROSSETTO JR; BLECHER S. **Teoria e prática da Metodologia da Pesquisa em Educação Física: Construindo seu trabalho acadêmico: monografia, artigo científico e projeto de ação**. São Paulo: Phorte, 2004.

McARDLE, W.D.; KATCH, F.I.; KATCH, V.L. **Fisiologia do exercício: energia, nutrição e desempenho humano**. 6. Ed, Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan. 2007.

NETO, T.L B. Atividade Física e Qualidade de vida. In: **Anais do I Congresso Centro-Oeste de Educação Física, Esporte e Lazer**; Brasília, setembro de 1999.

MOREIRA, W. W. (Org.). **Qualidade de vida: complexidade e educação**. Campinas: Papyrus, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) (2001). **Relatório mundial da saúde: saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Disponível: <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf> Acessado: 25/10/2016

PEREIRA, E. F.; GRAUPE, S. Aptidão física relacionada à saúde e ao desempenho atlético de calouros de Educação Física. **Efdeportes: Revista Digital**, Buenos Aires, ano 1, n. 104, jan. 2007. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd104/aptidao-fisica.htm>>. Acesso em: 15 maio 2016.

PITANGA, F. J. G. Epidemiologia, atividade física e saúde. **Rev. Bras. Ciên. e Mov.** v. 10, n. 3, p. 49-54, 2002. Disponível em: <<http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/463/489>>. Acesso em: 13 maio 2016.

POLLOCK, M.L., WILMORE, J.H. Exercícios na Saúde e na Doença: Avaliação e Prescrição para Prevenção e Reabilitação. **MEDSI Editora Médica e Científica Ltda.**, 233-362, 1993.

ROCHA, P. E. C. P. **Medidas e avaliação em ciências do esporte**. Rio de Janeiro: Sprint, 1998.

VILARTA, ROBERTO (ORG.). **SAÚDE COLETIVA E ATIVIDADE FÍSICA: CONCEITOS E APLICAÇÕES DIRIGIDOS À GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**. Campinas: IPES EDITORIAL, 2007. 161 P.

WELLS K.F, DILLON E.K. The sit and reach: a test of back and leg flexibility. **Research Quarterly for Exercise and Sport**, Washington, 1952, 23:115-118.