



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Educação Física e Desportos

Jacqueline Sampaio Andrade

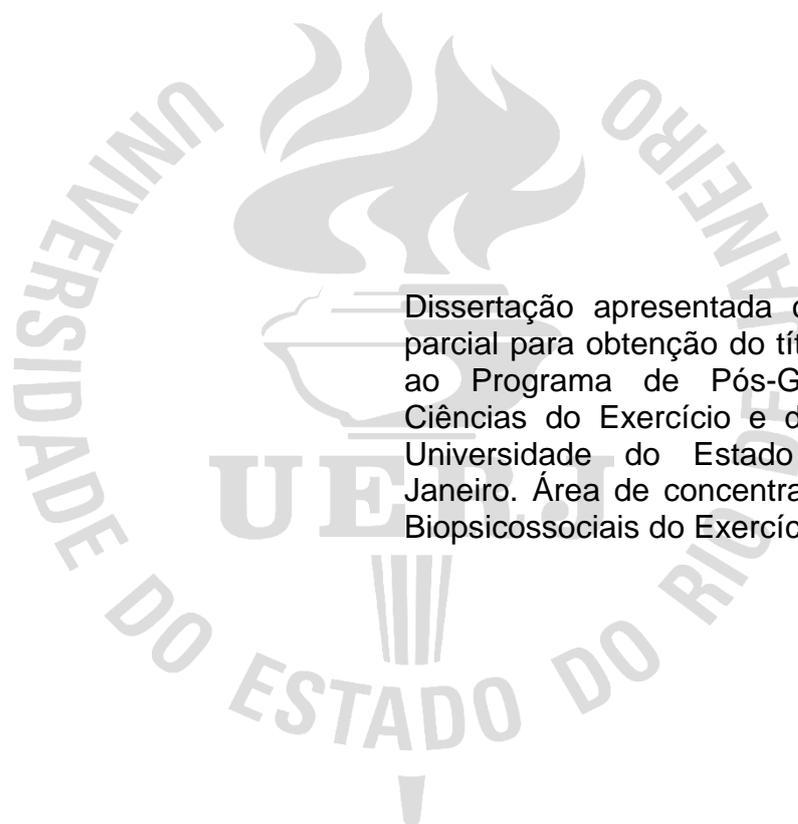
**Academias ao Ar Livre como política pública de promoção da
saúde do idoso, através do exercício físico, na cidade do Rio de
Janeiro**

Rio de Janeiro

2017

Jacqueline Sampaio Andrade

Academias ao Ar Livre como política pública de promoção da saúde do idoso, através do exercício físico, na cidade do Rio de Janeiro



Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Exercício e do Esporte, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Aspectos Biopsicossociais do Exercício Físico.

Orientadora: Prof.^a. Dr. Flávia Porto Melo Ferreira

Rio de Janeiro

2017

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CEH/B

A553 Andrade, Jacqueline Sampaio.

Academias ao Ar Livre como política pública de promoção da saúde do idoso, através do exercício físico, na cidade do Rio de Janeiro / Jacqueline Sampaio Andrade. – 2017. 97 f.: il.

Orientadora: Flávia Porto Melo Ferreira.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Educação Física e Desportos.

1. Aptidão física em idosos - Teses. 2. Exercícios físicos para idosos – Teses. 3. Academias de ginástica – Teses. 4. Idosos – Saúde e higiene – Teses. I. Ferreira, Flávia Porto Melo. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Educação Física e Desportos. III. Título.

CDU 796-053.9

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Jacqueline Sampaio Andrade

**Academias ao Ar Livre como política pública de promoção da saúde do idoso,
através do exercício físico, na cidade do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Exercício e do Esporte da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Aspectos Biopsicossociais do Exercício Físico.

Aprovada em 08 de agosto de 2017.

Banca Examinadora:

Prof.^a. Dra. Flávia Porto Melo Ferreira (Orientadora)
Instituto de Educação Física e Desportos - UERJ

Prof.^a. Dra. Nádia Souza Lima da Silva
Instituto de Educação Física e Desportos - UERJ

Prof. Dr. Jonas Lírio Gurgel
Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro

2017

DEDICATÓRIA

Ao meu pai José Souza Andrade Filho (em memória), por todo amor que a mim foi dado, e princípios que foram passado.

AGRADECIMENTOS

À Deus e aos meus guias espirituais por toda benção e sabedoria.

À minha mãe, Eliana Sampaio e a minha irmã, Dominique Andrade pela paciência e incentivo.

Ao meu companheiro da época, Pedro Gregorio, pelo carinho e apoio em todas as situações, me dando forças para continuar.

À minha orientadora Dra Flávia Porto pela confiança, pela oportunidade de trabalhar ao seu lado e ser minha maior incentivadora.

Aos meus professores da Graduação da Universidade Gama Filho, em especial a minha orientadora de TCC Yara Osorio que até hoje, mesmo distante, me inspira como pessoa e como professora.

Aos meus professores da Pós-Graduação em Ciências do Exercício e do Esporte da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, por todo conhecimento passado.

Ao pessoal do Grupo de Pesquisa em Biomecânica da UFF - GPBIO-UFF- que sempre me recebeu de braços abertos durante a transição Gama Filho – UERJ, em especial o Professor Dr Jonas Gurgel, fundador e coordenador do grupo.

Aos meus amigos e familiares que sempre transmitiram energias positivas a mim.

RESUMO

ANDRADE, Jacqueline Sampaio. **Academias ao Ar Livre como política pública de promoção da saúde do idoso, através do exercício físico, na cidade do Rio de Janeiro**. 2017. 98f. Dissertação (Mestrado em Aspectos Biopsicossociais do Exercício Físico) - Instituto de Educação Física e Desportos, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Objetivos: analisar os objetivos e as motivações ao se implementar a AAL como política pública em prol da saúde dos idosos; identificar e analisar a rotina de treinamento dos alunos que frequentam a AAL/ RAL; como estudo de caso, identificar o perfil do público usuário do RAL/UERJ e a sua opinião quanto ao programa, em geral. Metodologia: Para os objetivos e motivações ao se implementar a AAL no Rio de Janeiro foi realizada uma revisão bibliográfica sobre do surgimento das AAL no Brasil; para a rotina de treinamento dos usuários das AAL/RAL/RJ, foi feita uma pesquisa descritiva do tipo documental; para identificação do perfil socioeconômico dos usuários do RAL/UERJ sua opinião quanto ao programa como um todo, foi aplicado um questionário socioeconômico. Para os dados antropométricos, as variáveis massa corporal, estatura, IMC, RCQ e % de gordura foram aferidas. Os dados foram tratados no software Microsoft Excel 2010. Resultados e discussão: A AAL/RAL-UERJ proporcionou melhora física e intelectual, segundo seus usuários. A estruturação adequada de treino oferece segurança aos praticantes, favorecendo na adesão dos alunos ao programa. A maioria dos participantes da AAL/RAL-UERJ eram mulheres (81%). O principal motivo que fez entrar no programa foi para melhorar o condicionamento. Os pontos positivos e negativos atribuídos ao programa foram a limpeza, professores e estagiários. Em relação aos benefícios do programa, para a maioria melhorou a execução das AVD, atribuindo nota 10. Quanto a preferência dos aparelhos, os aeróbios (esqui e simulador de caminhada) foram os mais votados entre as mulheres e o multiexercitador, entre os homens. Entre as mulheres, o alongador e o multiexercitador foram os mais votados como menor preterido e, entre os homens, foi o remador. Quanto aos dados antropométricos, as mulheres, comparadas aos homens, estavam com o IMC, RCQ e o % de gordura mais elevados.

Palavra-Chave: Atividade física. Academia ao Ar Livre. Idosos.

ABSTRACT

ANDRADE, Jacqueline Sampaio. **Outdoor Academies as a public policy to promote the health of the elderly, through physical exercise, in the city of Rio de Janeiro.** 2017. 98f. Dissertação (Mestrado em Aspectos Biopsicossociais do Exercício Físico) - Instituto de Educação Física e Desportos, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Objectives: to analyze the objectives and motivations when implementing AAL as public policy for the health of the elderly; identify and analyze the training routine of students attending the AAL / RAL; as a case study, to identify the profile of the public user of the RAL / UERJ and their opinion about the program in general. Methodology: For the objectives and motivations when implementing AAL in Rio de Janeiro, a bibliographic review was performed on the occurrence of AALs in Brazil; for the training routine of AAL / RAL / RJ users, a descriptive research of the documentary type was done; to identify the socioeconomic profile of the users of RAL / UERJ their opinion about the program as a whole, a socioeconomic questionnaire was applied. For the anthropometric data, the variables body mass, height, BMI, WHR and % fat were measured. The data were processed in Microsoft Excel 2010 software. Results and discussion: AAL / RAL-UERJ provided physical and intellectual improvement according to its users. The proper structure of training offers security to the practitioners, favoring the students' adherence to the program. Most AAL / RAL-UERJ participants were women (81%). The main reason that got into the program was to improve the conditioning. The positive and negative points attributed to the program were cleaning, teachers and trainees. Regarding the benefits of the program, for the majority, the performance of the ADLs was improved, assigning a note 10. Regarding the preference of the equipment, aerobics (ski and walking simulator) were the most voted among women and the multiexercise among men. Among women, the stretcher and the multi-exercise were the most voted as minor deprived and, among men, was the rower. As for anthropometric data, women, compared to men, had the highest BMI, WHR and % fat.

Keywords: Physical activity. Outdoor gym. Seniors.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Programas sociais de exercícios físicos oferecidos pela Secretaria Municipal de Envelhecimento Ativo, Resiliência e Cuidado (SEMEARC-RJ)	21
Figura 2 -	Atividades oferecidas pelo programa Academia Carioca.....	22
Figura 3 -	Rotina de treinamento do RAL.....	25
Figura 4 -	Formato de uma sessão de treinamento incluindo as fases de aquecimento, endurance, volta à calma e recuperação com a representação da variação da Frequência Cardíaca (FC).....	26
Figura 5 -	Alternância de flexão de joelhos.....	27
Figura 6 -	Alternância de flexão lateral de tronco.....	28
Figura 7 -	Exercícios de alongamento.....	29
Figura 8 -	Apoio unipodal.....	31
Figura 9 -	Apoio unipodal com manipulação da visão.....	31
Figura 10 -	Apoio unipodal com movimentação de quadril.....	32
Figura 11 -	Exercício de equilíbrio na trave.....	33
Figura 12 -	Esquema de treinamento em circuito.....	34
Figura 13 -	Esqui e Simulador de Caminhada.....	34
Figura 14 -	Aparelho multiexercitador.....	35
Figura 15 -	Circundução de ombros na roda vertical.....	36
Figura 16 -	Cadeira Extensora.....	36
Figura 17 -	Puxada no Pulley.....	36
Figura 18 -	Agachamento unilateral.....	37
Figura 19 -	Flexão de cotovelo com a toalha.....	37
Figura 20 -	Rotação externa de ombros.....	37
Figura 21 -	Tríceps pra frente unilateral.....	37

Figura 22 - Alongamento de panturrilha.....	38
Figura 23 - Suspensão do corpo.....	38
Figura 24 - Local das medições das circunferências.....	45
Figura 25 Classificação do percentual de gordura modificado de Jackson e Pollock (1978) e Jackson et al. (1980).....	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil do público frequentador da RAL/ UERJ quanto à idade, estado civil, número de filhos que possui, número de pessoas que reside na mesma casa e escolaridade.....	48
Tabela 2	Profissão, tipo de atividade laboral e sobre aposentadoria....	49
Tabela 3	Rendas salariais individual e familiar.....	50
Tabela 4	Problemas de saúde e/ou cirurgias, deficiências e uso de medicamento relatados pelos usuários.....	51
Tabela 5	Informações dos usuários quanto ao uso de drogas proibidas, hábito tabagista e de ingestão de bebida alcoólica.....	53
Tabela 6	Motivos que levam os usuários a frequentarem o RAL/UERJ.....	53
Tabela 7	Atividades oferecidas pelo RAL/UERJ.....	54
Tabela 8	Impressão geral dos usuários sobre o RAL/UERJ.....	56
Tabela 9	Tempo de permanência e frequência semanal dos usuários no RAL/UERJ.....	57
Tabela 10	Participação em outras unidades do RAL/UERJ.....	58
Tabela 11	Frequência semanal, turno e benefícios que o programa trouxe a saúde dos alunos do RAL/UERJ.....	59
Tabela 12	Nota atribuída ao trabalho desenvolvido de forma geral; opinião quanto a segurança em relação ao trabalho desenvolvido no RAL/UERJ; atuação de outro profissional da saúde, além do profissional de Educação Física.....	60
Tabela 13	Opinião quanto à qualidade do atendimento por parte dos demais profissionais do RAL/UERJ e a opinião dos usuários quanto à importância do programa para a saúde da população.....	61
Tabela 14	Opinião dos usuários quanto à infraestrutura do programa e a qualidade de atendimento por parte do professor de Educação Física.....	62

Tabela 15	Nível de satisfação dos usuários quanto ao RAL/ UERJ, principais sugestões e reclamações.....	62
Tabela 16	Preferência pelos aparelhos do RAL/UERJ pelos usuários....	64
Tabela 17	Perfil antropométrico de homens e mulheres frequentadores do RAL/UERJ.....	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
AAL	Academia ao Ar Livre
RAL	Rio Ar Livre
ATI	Academia da Terceira Idade
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
PPC	Policlínica Piquet Carneiro
COE	Clínica Odontológica de Ensino
UNATI	Universidade da Terceira Idade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
IMMA	Idosos em Movimento Mantendo a Autonomia
SUS	Sistema Único de Saúde
SESQV	Secretaria Especial de Envelhecimento Saudável e Qualidade de Vida
SEMEARC	Secretaria Municipal de Envelhecimento Ativo, Resiliência e Cuidado
CF	Clínicas da Família
CMS	Centros Municipais de Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PNI	Política Nacional do Idoso
ACSM	American College of Sports Medicine
FC	Frequência Cardíaca

FCR	Frequência Cardíaca de Reserva
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
IMC	Índice de Massa Corporal
RCQ	Relação Cintura-Quadril
RFFSA	Rede Ferroviária Federal Sociedade Anônima
ABIN	Agência Brasileira de Inteligência
CONAB	Companhia Nacional de Abastecimento
LABSAU	Laboratório de Exercício físico e Promoção da Saúde, do Instituto de Educação Física e Desportos da UERJ
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
PPV	Pesquisa sobre Padrões de Vida
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	15
1	AS ACADEMIAS AO AR LIVRE NO BRASIL: UMA POLÍTICA PÚBLICA EM PROL DA SAÚDE DOS IDOSOS NA CAPITAL DO RIO DE JANEIRO	19
1.1.	O modelo de Academia da Terceira Idade, no Brasil, e sua transformação na cidade do Rio de Janeiro	23
1.2.	A rotina de treinamento dos usuários da AAL/ RAL	23
1.2.1	<u>Fase de aquecimento</u>	26
1.2.2	<u>Fase de Alongamento</u>	28
1.2.3	<u>Fase de exercício de condicionamento</u>	33
1.2.4	<u>Fase de volta à calma</u>	38
2	RIO AR LIVRE/ UERJ: PERFIS SOCIODEMOGRÁFICO E ANTROPOMÉTRICO E A SUA OPINIÃO QUANTO AO PROGRAMA, EM GERAL	39
2.1	Metodologia	43
2.1.1	<u>Questões éticas</u>	43
2.1.2	<u>Procedimentos</u>	43
2.1.3	<u>Análise Estatística</u>	47
2.2	Resultados	47
2.2.1	<u>Perfil dos usuários do RAL/UERJ e a sua opinião ao programa, em geral</u>	47
2.2.2	<u>Perfil antropométrico dos usuários do RAL/UERJ</u>	70
2.3	Discussão	65
2.4	Limitações	76
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	77

REFERÊNCIAS	79
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	89
APÊNDICE B - Questionário Usuário da Academia ao Ar Livre (AAL)	92
APÊNDICE C - Ficha de Avaliação Antropométrica	98

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2016), a população mundial está se tornando cada vez mais envelhecida. Esse fenômeno pode, como consequência, aumentar a morbidade¹ da população, o que não é desejável quando se espera que o aumento da longevidade seja acompanhado de qualidade de vida a essas pessoas (FARINATTI, 2008). Para a pirâmide etária do Brasil, fez-se uma projeção de 1950 a 2030 na qual mostrou que a taxa de mortalidade e natalidade diminuiram com o passar dos anos, mostrando que os indivíduos estão vivendo mais (IBGE, 2013). Esse dado pode ser explicado pelo atual aumento da longevidade² da população (WHO, 2016).

Visando proporcionar uma maior expectativa de vida e auxiliar no controle das doenças crônicas não transmissíveis, a prática da atividade física regular participa como auxiliadora na prevenção e/ou amenização de sintomas dessas doenças, além de contribuir para a promoção da saúde (FRANCHI; MONTENEGRO JUNIOR, 2005). Nesse contexto, há necessidade da aplicação de políticas públicas para atender essas pessoas no sentido de proporcionar um envelhecimento saudável e com mais autonomia aos indivíduos a partir da implantação de atividades que envolvam a prática de exercício físico como as academias ao ar livre.

No Brasil, políticas públicas de iniciativa governamental voltadas à promoção da saúde e ao bem estar do idoso vêm criando programas e ações que podem beneficiar o idoso proporcionando melhorias à sua saúde (BENEDETTI et al., 2008). Segundo a Política Nacional da Saúde (2010) é de responsabilidade dos gestores Federal, Estadual e Municipal divulgar e promover uma política voltada à promoção da saúde à toda a população brasileira. Dentro de suas ações específicas, no tópico “Prática corporal/ exercício físico” (p. 33), há a seguinte nota:

“Ofertar práticas corporais/exercício físico como caminhadas, prescrição de exercícios, práticas lúdicas, esportivas e de lazer, na rede básica de saúde, voltadas tanto para a comunidade como um todo, quanto para grupos vulneráveis” (Política Nacional da Saúde, p. 33).

¹ Morbidade: “Qualquer alteração, subjetiva ou objetiva, na condição de bem-estar fisiológico ou psicológico” (BIREME, 2016)

² Longevidade é o tempo normal de duração de vida de um organismo, o que difere de expectativa de vida, que corresponde ao número de anos que qualquer pessoa de uma determinada idade deve, razoavelmente, esperar viver (BIREME, 2016) .

Nesse contexto, um dos programas públicos implementados, no país, é o que engloba Academias ao Ar Livre (AAL) (DA COSTA; FREITAS; SILVA, 2016). No município do Rio de Janeiro, as AAL faziam parte de outros programas: Academia da Terceira Idade (ATI), Rio Ar Livre (RAL) e Academia Carioca (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2014); nelas, os indivíduos eram orientados a realizarem exercícios físicos livres (sem a utilização dos aparelhos) e em aparelhos (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2013) adaptados para estarem instalados ao ar livre.

Para Palácios e Nardi (2007), esse modelo de AAL teve como finalidade promover a socialização entre os idosos melhorando-se, assim, a autoestima e a saúde com a manutenção da prática regular de exercício físico. Além disso, tem o objetivo de desenvolver a autonomia funcional dos idosos com o propósito de torná-los mais independentes e desenvolver nos indivíduos, o sentimento coletivo. Os exercícios prescritos são desenvolvidos, de forma geral, com o mínimo de sobrecarga demasiada nas articulações, priorizando exercícios funcionais, voltados para as atividades diárias dos idosos (CUNHA, 2014).

Os benefícios do exercício físico na saúde das pessoas já, em especial, dos idosos, estão bem documentados na literatura científica (ESPINOSA, G.□; PORTO, FLÁVIA□; GURGEL, 2015; FARINATTI, 2008; FARINATTI; ASSIS; SILVA, 2008; FRANCHI; MONTENEGRO JUNIOR, 2005; GODBEY; MOWEN; ASHBURN, 2010; GUALANO; TINUCCI, 2011; SILVA, N. S. L.; VENTURINI, G. R. O.□; DAMASCENO, JOAQUIM DE FREITAS□; FARINATTI, 2016; VIEIRA, E. P. L.□; GURGEL, J.L.□; MAIA, TAUAN NUNES□; PORTO, FLÁVIA□; SILVA, E. F.□; ALVES JR., 2015). Franchi e Montenegro Junior (2005) realçam a importância do exercício físico na melhora da composição corporal e demais indicadores de saúde (diminuição de taxas de glicose, colesterol e pressão arterial), da força, da capacidade respiratória e da flexibilidade, além de proporcionar alívio nas dores articulares e amenizar os sintomas de depressão. Por outro lado, para eles, há uma carência quanto a importância desse tipo de programa no que diz respeito ao incentivo à prática de exercício físico para idosos, além da falta de interesse das políticas públicas e da atenção dos gestores na ampliação desses programas. Somado a isso, os benefícios dos exercícios físicos na saúde das pessoas dependem da adequada prescrição e periodização de treino (DA SILVA FILHO; GURGEL; PORTO, 2014). Quanto a isso, há poucos estudos mostrando os resultados que a AAL têm

promovido na saúde dos participantes do programa, qual a percepção deles sobre ela e, de maneira mais ampla, como é organizada essa rotina de treinamento físico.

Tendo-se em vista que existem mais de 223 unidades de AAL espalhados pelo município do Rio de Janeiro (ROMAR, 2015a), o presente estudo escolheu a unidade RAL/UERJ (Rio Ar Livre, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro) como local de pesquisa para desenvolver seu estudo de caso, principalmente pelo fato de ser a única universidade a possuir uma academia ao ar livre dentro de suas instalações. A UERJ, uma das sete melhores Universidades do Brasil, de acordo com o ranking Best Global Universities 2016 (UERJ, 2016), presta diversos serviços à comunidade como atendimento médico (através do HUPE – Hospital Universitário Pedro Ernesto), ambulatorial (através da PPC – Policlínica Piquet Carneiro) e odontológico (via COE – Clínica Odontológica de Ensino) (UNIVERSIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2016). Além disso, a UERJ desenvolve alguns programas voltados à atividade física e à promoção da saúde destinados a diferentes públicos, como a UNATI/UERJ (Universidade da Terceira Idade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro) e o IMMA (Idosos em Movimento Mantendo a Autonomia) (SILVA et al., 2014).

Embora o modelo que se investiga no presente trabalho se repita em vários locais do mundo (COHEN, 2012; CUTT et al., 2008; DAY, 2008; TUCKER; GILLILAND; IRWIN, 2007), pouco se tem publicado sobre os aspectos de gestão envolvidos na sua implementação nas cidades e a opinião dos usuários do programa com relação ao mesmo, exceto por alguns estudos pontuais (Palácios e Nardi, 2007a; Cruz e Martins Junior, 2011; Sela e Sela, 2012). Apesar disso, a avaliação do desempenho de políticas públicas é necessária como forma de prestação de contas ao cidadão e para permitir um replanejamento das ações, se necessário. Para Araújo (2010), trata-se de uma “gestão orientada por resultados”, que possui “mecanismos de aferição do desempenho, da satisfação do usuário e de controle social” (p. 230).

Com base no exposto, o presente estudo teve como objetivos:

- Analisar os objetivos, motivações e importância ao se implementar a AAL como política pública em prol da saúde dos idosos na capital fluminense;
- Identificar e analisar a rotina de treinamento dos alunos que frequentam a AAL/ RAL;

- Como estudo de caso, identificar o perfil do público usuário do RAL/UERJ e a sua opinião quanto ao programa, em geral, visando principalmente, os fatores que influenciam a adesão e permanência desses usuários, nesse programa de exercício físico.

Para cumprir os objetivos serão abordados:

Capítulo 1: As Academias ao Ar Livre: uma política em prol da saúde dos idosos na capital do Rio de Janeiro.

1.1: O modelo de Academia da Terceira Idade, no Brasil, e sua transformação na cidade do Rio de Janeiro.

1.2: A rotina de treinamento dos usuários da AAL/RAL.

1.2.1: Fase de aquecimento

1.2.2: Fase de alongamento

1.2.3: Fase de exercício de condicionamento

1.2.4: Fase de volta à calma

Capítulo 2: RIO AR LIVRE/ UERJ: Perfis sociodemográfico e antropométrico e a sua opinião quanto ao programa, em geral

2.1: Metodologia

2.1.1: Questões éticas

2.1.2: Procedimentos

2.1.3: Análise estatística

2.2: Resultados

2.2.1: Perfil dos usuários do RAL/UERJ e a sua opinião ao programa, em geral

2.2.2: Perfil antropométrico dos usuários do RAL/UERJ

2.3: Discussão

Limitações

Considerações Finais

1 AS ACADEMIAS AO AR LIVRE NO BRASIL: UMA POLÍTICA PÚBLICA EM PROL DA SAÚDE DOS IDOSOS NA CAPITAL DO RIO DE JANEIRO

1.1 O modelo de Academia da Terceira Idade, no Brasil, e sua transformação na cidade do Rio de Janeiro

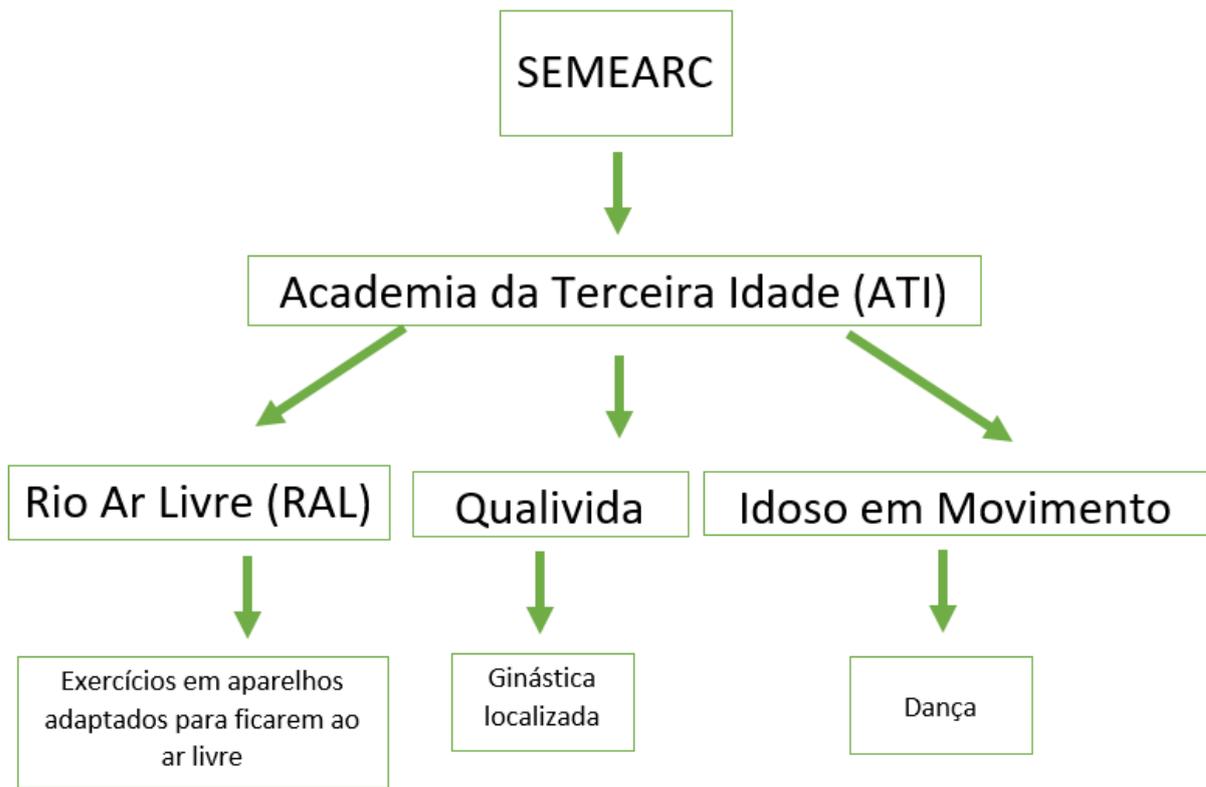
Historicamente, no Brasil, a primeira AAL nos moldes da Academia da Terceira Idade (ATI), surgiu, em 2006, na cidade de Maringá-PR com o intuito de incentivar a prática de exercício físico, além de promover a socialização entre os idosos. Seus equipamentos, feitos com material de metal, são apropriados para instalação e permanência em locais ao ar livre, tendo a função de auxiliar no fortalecimento muscular, alongamento, mobilidade articular, além de trabalhar a capacidade cardiorrespiratória. Na ocasião, denominada ATI, a AAL fora criada a partir de uma parceria entre a iniciativa privada e a Secretaria de Saúde de Maringá-Paraná, inspirada no modelo de AAL existente em Pequim, no Japão, e se constituiu em um marco no que se entende de promoção da saúde para a população idosa. Isso porque o programa foi implementado sob a orientação de profissionais de Educação Física, contendo uma rotina de treinamento e prescrição de exercícios estruturadas por esses profissionais (SELA; SELA, 2014). Além disso, as AAL, por serem implantadas, principalmente, em parques e praças, e serem gratuitas para a prática de exercício físico, acolhendo indivíduos de diferentes classes sociais, sobretudo, aqueles cuja a condição financeira os impede de frequentar academias privadas. Pensando nisso e frente ao número alarmante de indivíduos sedentários, especialmente, o público idoso, gestores responsáveis pela saúde pública implantaram as AAL em diversas outras cidades brasileiras (DE PAIVA et al., 2015). Atualmente, as políticas públicas de saúde brasileira são administradas e organizadas pelas leis do Sistema Único de Saúde (SUS). As leis nº 8080 e nº 8142 deram, a todo cidadão, o direito de acesso a toda e qualquer ação à saúde, cabendo ao Governo, garantir esse acesso. Pensando como estratégia interdisciplinar, o SUS é composto por diversos profissionais da saúde como médicos, psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas e professores de educação física, contribuindo, não, apenas, para a recuperação, mas, também, para a prevenção de possíveis doenças

que possam comprometer a saúde de qualquer indivíduo (BÖING; CREPALDI, 2010).

No município do Rio de Janeiro, atualmente, as AAL fazem parte de alguns programas como RAL e Academia Carioca (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2014). O RAL surgiu de um projeto desenvolvido pela Secretaria Especial de Envelhecimento Saudável e Qualidade de Vida (SESQV) existente, desde 2009, época da primeira ATI (Academia da Terceira Idade), na cidade. A SESQV possuía alguns projetos à disposição dos idosos. Dentre eles, estavam o programa Qualivida, voltado para indivíduos acima de 40 anos com oferta de ginástica em locais públicos; Idosos em Movimento, com oferta de atividades físicas orientadas voltadas à melhora na autonomia do idoso como tai-chi-chuan, caratê, hidroginástica, ioga, alongamento e dança de salão; e a própria ATI, voltada a indivíduos de todas as idades, com exercícios realizados em aparelhos semelhantes aos de uma academia de ginástica convencional (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2013), só que ao ar livre. Hoje, a SESQV mudou de nome denominando-se Secretaria Municipal de Envelhecimento Ativo, Resiliência e Cuidado (SEMEARC)³. A SEMEARC reestruturou a metodologia de exercício físico empregada na antiga ATI, que é, agora, integrada ao RAL, junto com os projetos Qualivida e Idoso em Movimento (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2013). A Figura 1 mostra a organização da SEMEARC no que tange a esses programas voltados para os idosos.

³ A SEMEARC é responsável pelas políticas públicas voltadas aos idosos, que visa, por meio da prática de exercícios físicos em aparelhos adaptados e localizados em praças e demais locais públicos, gratuitamente, a autonomia do idoso e o desenvolvimento de sua aptidão física, como flexibilidade, força e condicionamento cardiorrespiratório (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2016).

Figure 1 - Programas sociais de exercícios físicos oferecidos pela Secretaria Municipal de Envelhecimento Ativo, Resiliência e Cuidado (SEMEARC-RJ).



Fonte: O autor, 2017

No sistema atual do RAL, essa AAL (antiga ATI) compõe um grupo de atividades diversas e multidisciplinares oferecido por outros projetos, também, aglutinados no RAL (Qualivida e Idoso em Movimento). Ou seja, além dos exercícios realizados nos aparelhos ao ar livre, o usuário tem suas rotinas de exercícios incrementadas com aulas de dança, ginástica de solo e alongamento (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2016).

Já a Academia Carioca, surgiu em 2009, com o propósito de tornar a sociedade mais ativa e com um melhor estilo de vida. Vinculada a Unidades de Atenção Primária à Saúde – Clínicas da Família (CF) e Centros Municipais de Saúde (CMS) - a Academia Carioca possui, em sua equipe, professores de Educação Física presentes em todas as unidades. Além da ginástica em aparelhos, são oferecidos aos alunos: exercícios de caminhada, ginástica (semelhantes as aulas de ginástica localizada tradicional) e alongamento, dança de salão, capoeira, ginástica laboral, atividades culturais, atividades integradas às Equipes de Saúde (NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família) e desenvolvimento de materiais educativos

(RIO DE JANEIRO, [20--]). A Figura 2 mostra a organização da Academia Carioca no que diz respeito às atividades oferecidas pela mesma para os idosos.

Figura 1 - Atividades oferecidas pelo programa Academia Carioca



Fonte: O autor, 2017

Esse modelo de AAL é visto em outras localidades do mundo. Estados Unidos (COHEN, 2012), Austrália (CUTT et al, 2008), Escócia (DAY, 2008), Canadá (TUCKER; GLLILAND; IRWIN, 2007), também, possuem interessantes propostas voltadas à promoção da saúde e da qualidade de vida dos idosos com base nessas AAL. Como pioneira no que se refere à implantação desse tipo de AAL, a China, desde 2008, instalou, aproximadamente, 4.000 AAL, em Pequim. As AAL estão dispostas em parques e locais públicos ao ar livre com a aparelhagem, também,

semelhante às de uma academia privada, porém, utilizando-se, como resistência do equipamento, o próprio peso corporal do indivíduo na máquina (DAC & CITIES, 2014).

A importância de manter o idoso ativo física e intelectualmente através da socialização (troca de informações, ideias, conhecimento mútuo), tem sido uma estratégia positiva tanto para os idosos quanto para seus familiares e os gestores públicos, responsáveis pela promoção de qualidade de vida desses idosos. Na verdade esses projetos (AAL) são mais amplos em relação ao atendimento da população, focando não apenas no idoso isoladamente. A prática de exercício físico, ou ao menos de exercício físico beneficia a todos. Além disso, o processo do envelhecimento é algo gradual, a preocupação de uma vida mais saudável não deve começar apenas quando este indivíduo já é idoso. É importante considerar, ainda, que a criação de nichos voltados apenas a um grupo, por exemplo, idosos, não resolve a questão de como outros indivíduos discriminam esse grupo, sendo uma abordagem já superada do ponto de vista pedagógico. Se tratando dos idosos, pode-se dizer que a socialização é um dos principais fatores motivacionais já que, a maioria dos idosos se sentem sozinhos (ANDREOTTI; OKUMA, 2003). Atualmente, a Política Nacional do Idoso (PNI) reconhece o idoso e seu papel como cidadão social e político. E, pensando nas consequências causadas, naturalmente, pelo envelhecimento, o Estado procura oferecer benefícios para a população idosa (VERAS, 2001). O exercício físico tem efeitos terapêutico e preventivo de diversas doenças, o que favorece o envelhecimento saudável. Para isso, é importante, também, que haja conscientização por parte da população a partir de mudanças nos hábitos de vida e alimentares.

1.2 A rotina de treinamento dos usuários da AAL/ RAL

Alguns pontos importantes devem ser levados em consideração para a adequada prescrição do exercício físico como: individualidade biológica (idade, sexo, aptidão física, por exemplo), tipo de exercício a ser prescrito, intensidade e quantidade de treinamento. Essa organização é importante tanto para a segurança do praticante quanto para se alcançar objetivos traçados para cada indivíduo

(SILVA, 2014). Entretanto, más condições estruturais do local de realização dos exercícios e a falta de orientação profissional podem levar à desistência dos praticantes, favorecendo para o aumento de indivíduos sedentários (DE PAIVA et al., 2015).

A adesão e a motivação para a prática de exercício físico envolvem alguns fatores como conhecimento da importância da prática de exercício físico, apoio de amigos e familiares, barreiras como tempo, dinheiro, disponibilidade, local próximo. Pensando nisso, a AAL veio para superar alguns desses impasses a fim de aumentar a adesão e a motivação de usuários frequentadores da AAL: as unidades são dispostas em locais públicos (parques e praças) com o exercício físico oferecido, gratuitamente, prescrito e orientado por um profissional de Educação Física (SILVA, 2014). Esse diferencial pode ser uma das maiores motivações para os usuários de uma AAL já que, a presença de um profissional da saúde pode demonstrar segurança e garantia do trabalho desenvolvido.

O objetivo desta narrativa é fazer um levantamento sobre a rotina de treinamento proposta aos usuários da AAL/ RAL e discutir, à luz da literatura, se são exercícios coerentes aos objetivos a que se propõem e ao público a quem se destinam (o idoso).

Para cumprir esse objetivo, a estratégia de investigação valeu-se de uma pesquisa descritiva, do tipo documental. A pesquisa documental baseia-se na coleta de dados a partir da busca de informações por meio de fontes primárias (documentos, diários, autobiografias, etc.) ou secundárias (relatórios, cartilhas, mapas, etc.) cujo objetivo é reunir informações e principais ideias do autor envolvido (LAKATOS; MARCONI, 2010). Especificamente, retiramos as informações de uma cartilha de capacitação dos Profissionais de Educação Física a respeito da rotina de treinamento desenvolvida pela coordenação de estudos e pesquisa SESQV (FURTADO et al., [20--]).

A rotina de treinamento dos alunos do RAL foi elaborada pela Coordenação da antiga SESQV e seus integrantes, descrita a partir de uma revisão de literatura baseada em fisiologia do exercício e do envelhecimento, biomecânica do exercício, fisiopatologia no envelhecimento, sociedade e o envelhecimento, qualidade de vida, entre outros temas. Juntamente, foi realizado um estudo de campo, seguido de observações, captura de fotos e desenvolvimento de relatórios (FURTADO et al., [20--]).

Essa rotina de treinamento dos usuários das unidades do RAL era composta⁴ por quatro fases:

1. Fase de aquecimento;
2. Fase de alongamento;
3. Fase de exercício de condicionamento;
4. Fase de volta à calma.

Tanto a fase de aquecimento quanto a de alongamento consistem em preparar o corpo para iniciar a parte específica do treinamento. Nessa parte preparatória, o corpo recebe estímulos iniciais, através da familiarização de exercícios simples, de fácil entendimento, progredindo para exercícios mais complexos. Na fase de exercício de condicionamento, também, podendo ser denominada como parte principal do treinamento, há exercícios mais complexos, com maiores exigências fisiológicas (força, coordenação, resistência, etc.). Na fase de volta à calma, o objetivo principal consiste em tranquilizar o corpo, após a exercício físico mais intensa, através de exercícios mais relaxantes (WEINECK, 2003).

A rotina das sessões de treinamento no RAL é mostrada na figura 3 e é baseada nas Diretrizes do American College of Sports Medicine (ACSM) para os testes de esforço e sua prescrição (2003), ilustrada na figura 4.

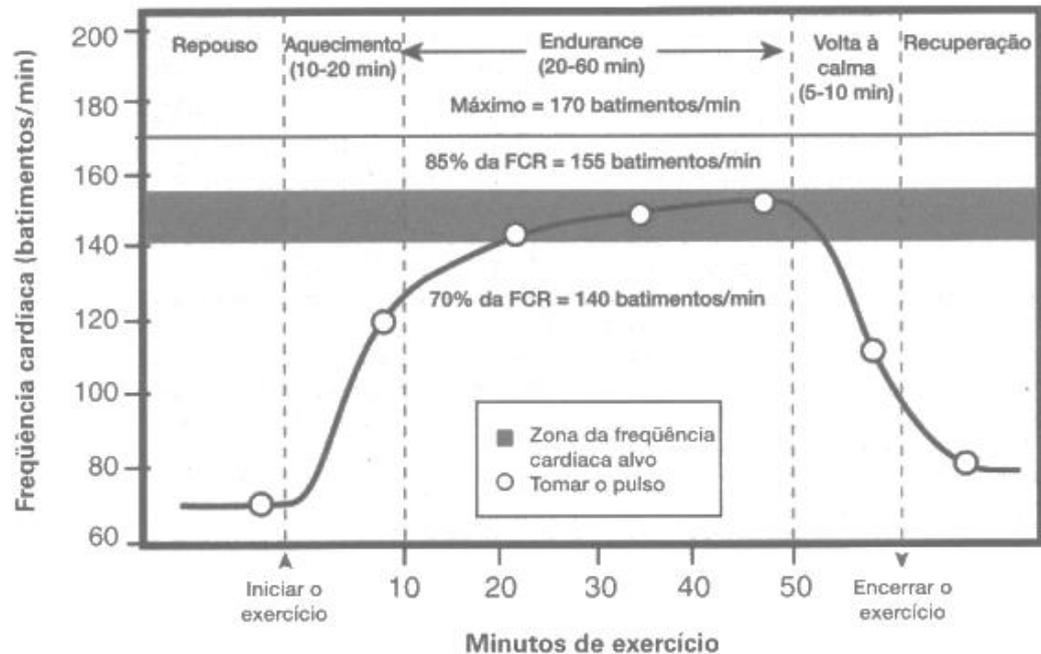
Figure 3 - Rotina de Treinamento do RAL

Rotina de treinamento do RAL	Tempo aproximado de execução
Aferição da pressão arterial de todos os alunos antes de iniciar a atividade	10 minutos
Fase de Aquecimento	10 minutos
Fase de Alongamento	5 minutos
Fase de exercícios de condicionamento	30 minutos
Fase de volta à calma	5 minutos

Fonte: (FURTADO et al., [20--])

⁴ Em 20/12/2016, o Programa foi interrompido em todo o município do Rio de Janeiro.

Figura 4 - Formato de uma sessão de treinamento incluindo as fases de aquecimento, endurance, volta à calma e recuperação com a representação da variação da Frequência Cardíaca (FC).



Fonte: AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 2003

Segundo as diretrizes do ACSM, (figura 4), ao iniciar o exercício, o indivíduo passa pela fase de aquecimento com duração de 10 a 20 minutos. Nessa fase, a FC (Frequência Cardíaca) aumenta chegando a, aproximadamente, 60% da FCR (Frequência Cardíaca de Reserva). Após o aquecimento, o exercício entra na sua parte principal (*endurance*), com duração de 20 a 60 minutos, chegando a 85% da FCR. Em seguida, vem a fase de volta à calma com duração de 5 a 10 minutos com o intuito de diminuir a FCR e chegar ao fim do treino. No RAL, a cada sessão, são realizados o controle de frequência de comparecimento dos usuários na unidade, a aferição da pressão arterial e a prática de exercícios físicos. Indivíduos com os valores da pressão arterial acima de 140/80 mmHg.

A seguir, serão descritas alguns exemplos de cada fase das sessões realizadas na AAL/ RAL.

1.2.1 Fase de aquecimento

A Fase de aquecimento está ilustrada, como exemplo, nas figuras 5 e 6. Esta fase tem duração, aproximada, de 10 minutos, contendo exercícios dinâmicos para membros superiores e inferiores, com alternância nos movimentos.

Figura 5 – Alternância de flexão de joelhos



Fonte: FURTADO ET AL., [20--])

Figura 6 – Alternância de flexão lateral de tronco.



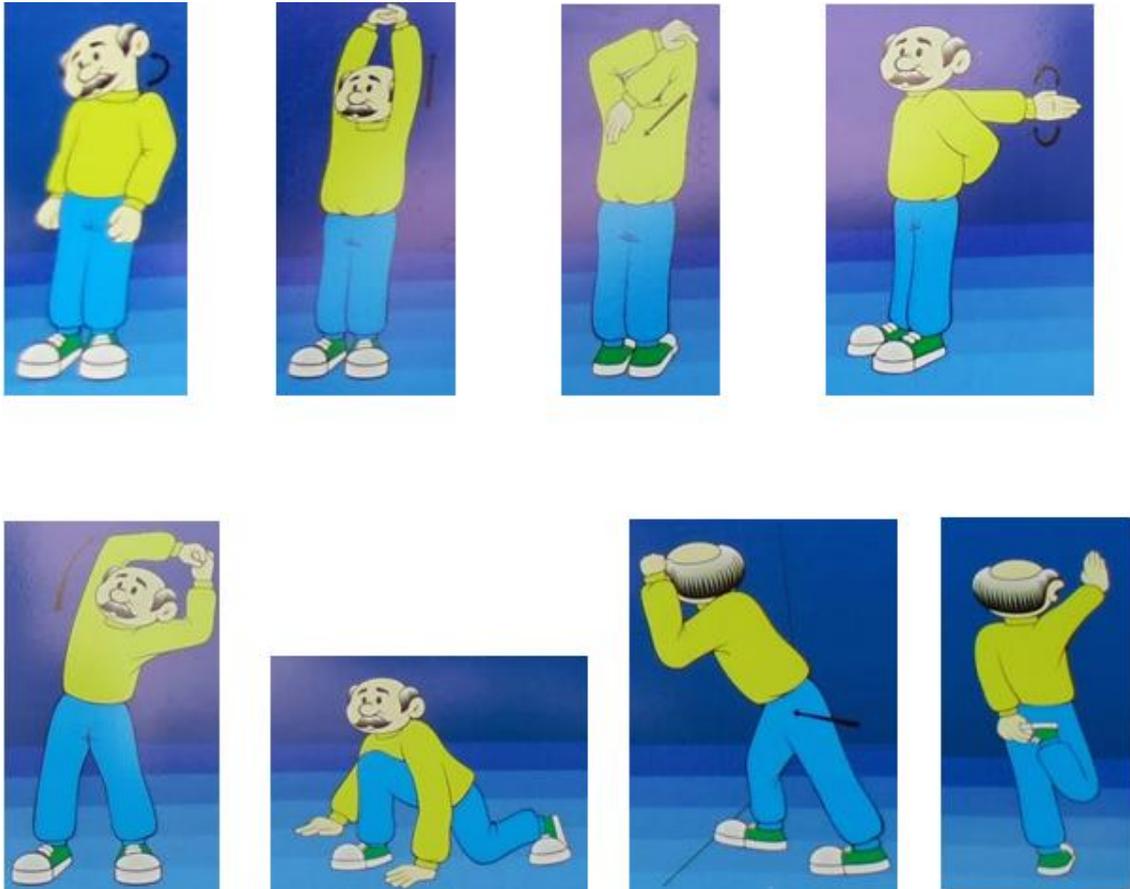
Fonte: FURTADO ET AL., [20--])

Essa fase tem o objetivo de aumentar a temperatura corporal com o propósito de preparar o corpo para a execução dos exercícios principais a fim de reduzir possíveis dores ou rigidez muscular (FURTADO et al., [20--]). Ou seja, o aquecimento é uma forma de preparar os músculos para a parte principal do treino com o intuito, também, de evitar o surgimento de possíveis lesões (ALENCAR E MATIAS, 2010)

1.2.2 Fase de Alongamento

O objetivo do alongamento é aumentar a extensibilidade muscular a fim de proporcionar o aumento da flexibilidade e preparar a musculatura para o exercício (DE ALMEIDA et al., 2009). Na AAL do RAL, os indivíduos são orientados a sustentarem a posição de alongamento entre 10 a 30 segundos, por quatro vezes. As regiões alongadas são: pescoço, ombro, costas, quadril, coxa e perna (FURTADO et al., [20--]), sendo essa fase, ilustrada na figura 7.

Figura 7 - Exercícios de alongamento.



Fonte: GOOGLE IMAGENS, [2017]

Entretanto, para todas as fases do treinamento realizado na AAL/RAL, os exercícios prescritos podem ser variados de acordo com o professor da unidade, não seguindo, apenas, os exercícios que lhes foram mostrados na cartilha. O alongamento pode ser realizado tanto o estático quanto o dinâmico, indo de acordo com o planejamento do professor. O importante é que, independente do tipo de alongamento, o limite seja o desconforto que o aluno sente com o exercício (orientação dada pelo professor).

Quanto ao alongamento estático, embora não haja consenso, há fortes indícios de que o mesmo, realizado, imediatamente, antes do treino de força e potência, diminui o desempenho dos indivíduos. Contudo, também, parece que se o estiramento estático é realizado com, pelo menos, 15 minutos antes do treino ou combinado com um aquecimento geral subsequente, não tendo qualquer efeito na resistência e no desempenho de potência. Já os exercícios de alongamento

realizados antes de exercícios de endurance (atividades cíclicas, de longa duração ou exercícios submáximos), os achados são insipientes e inconclusivos (PECK et al., 2007).

Embora a cartilha divida a sessão das aulas no RAL em duas fases (aquecimento e alongamento), aparentemente, o que difere é a estratégia de alongamento usada. O objetivo de ambas parece ser o de preparar o corpo, como forma de aquecimento (BISHOP, 2003), para a atividade principal, que são os exercícios nos aparelhos.

De acordo com a Cartilha RAL (FURTADO et al., [20--]), na Fase de alongamento, os idosos são orientados a executarem, também, exercícios de propriocepção. Os exercícios de propriocepção são importantes para a manutenção do equilíbrio postural, valência que se torna deficiente com o avanço da idade, propiciando para a ocorrência de quedas (NASCIMENTO, PATRIZZI, OLIVEIRA, 2012). Para uma maior eficiência desse tipo de exercício, seria interessante que o mesmo fosse realizado no início da sessão, momento em que os idosos estão mais descansados (NASCIMENTO, PATRIZZI, OLIVEIRA, 2012), como orientado na Cartilha RAL (FURTADO et al., [20--]).

Como exercícios de propriocepção para idosos focam na redução da incidência de quedas, uma sugestão é incluir sessões específicas para se trabalhar essa variável com os usuários da AAL/ RAL. Sobre isso, o trabalho de Louro (2014) mostrou que sessões específicas de treinamento do controle postural com exercícios de propriocepção potencializavam os efeitos de exercícios gerais executados por idosos no que se refere ao aumento do equilíbrio postural.

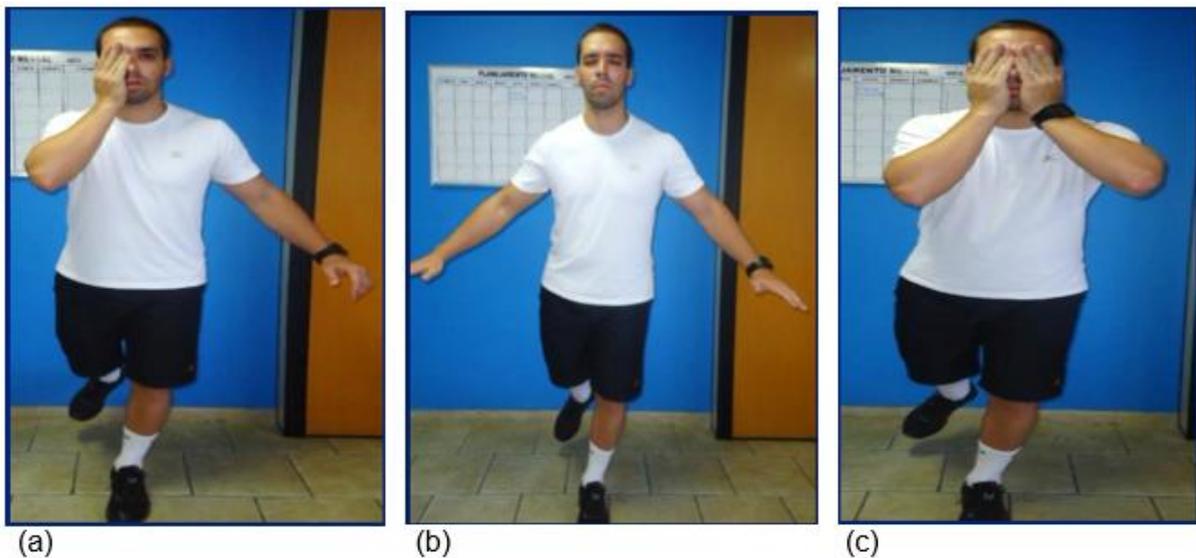
Para fins ilustrativos, a Figura 8 mostra a postura em apoio unipodal e a figura 9 mostra variações dessa postura com manipulação da visão sugeridos pela Cartilha do RAL (FURTADO et al., [20--]). A visão é o sistema que o corpo humano mais confia para as tarefas de equilíbrio postural. Quando há perda ou diminuição da acuidade do campo visual, ocorre o aumento da oscilação corporal o que, conseqüentemente, pode levar o idoso a sofrer um queda (RICCI; GAZZOLA; COIMBRA, 2009).

Figura 8 – Apoio unipodal.



Fonte: FURTADO ET AL., [20--])

Figura 9 - Apoio unipodal com manipulação da visão

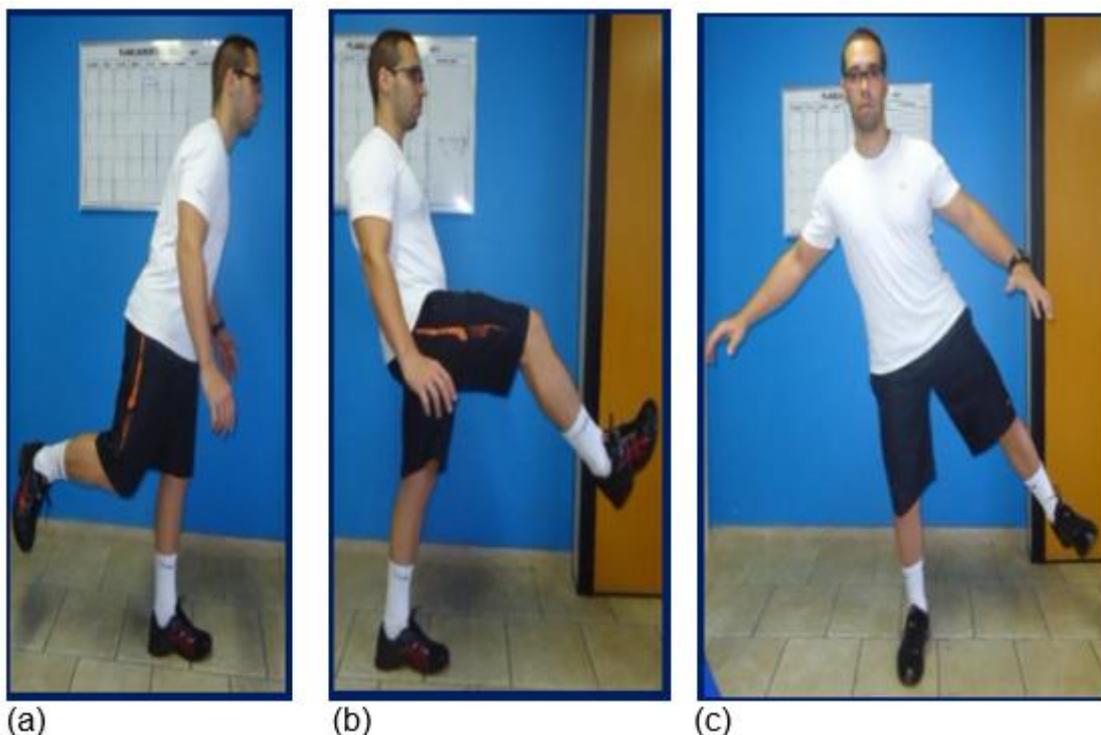


Legenda: (a) -com um dos olhos tampados utilizando uma das mãos; (b) - com os olhos fechados sem utilizar-se das mãos; (c) - com os dois olhos tampados utilizando as mãos.

Fonte: FURTADO ET AL., [20--])

De acordo com a Cartilha RAL (FURTADO et al., [20--]), outra variação do exercício de apoio unipodal é realizada com os pés descalços sobre colchonete, que pode estar dobrado, com o intuito de aumentar a dificuldade para o idoso se manter estável nessa postura. Outro exercício de mesma natureza é, mantendo-se o apoio unipodal, realizar movimentos de extensão e flexão (com joelhos fletidos ou estendidos) e abdução do quadril com os joelhos estendidos e o pé de apoio no chão (Figura 10).

Figura 10 – Apoio unipodal com movimentação de quadril.



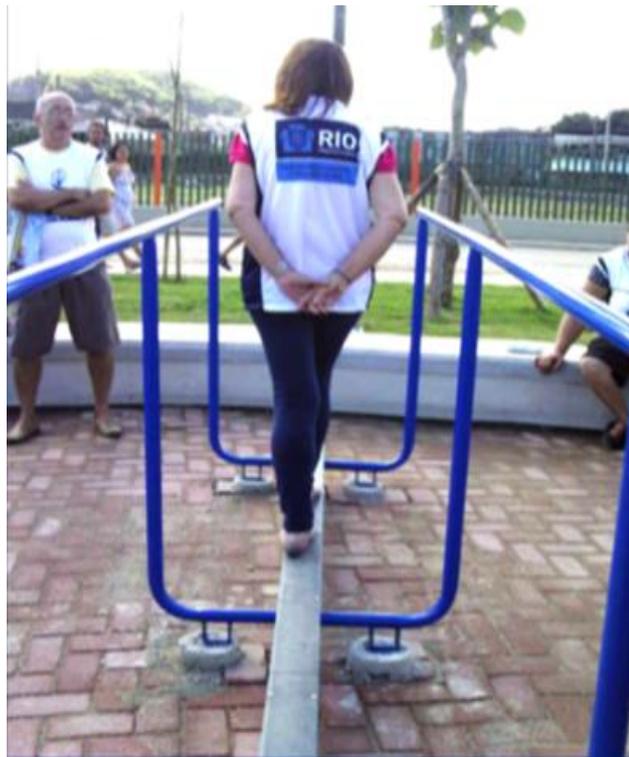
Legenda: (a) – Extensão de quadril com joelho fletido; (b) – flexão de quadril com joelho fletido; (c) – abdução de quadril com joelhos estendidos.

Fonte: FURTADO et al, [20--].

Utilizando-se de um dos equipamentos da AAL/ RAL, a trave de equilíbrio (Figura 11) é outro exercício de propriocepção prescrito para os idosos executarem. Esse equipamento, de origem da ginástica (PUBLIO, 2002), possui sua superfície feita de madeira, com barras de segurança feitas de ferro. Segundo Guts Muths (1928) apud Quitzau (2015), a trave de equilíbrio auxilia, também, o desenvolvimento da atenção e da concentração o que, para os idosos, esse tipo de

exercício auxilia na prevenção de quedas, tornando o idoso mais atento (QUITZAU, 2015). Entretanto, nem todas as unidades do RAL possuem esse equipamento (o RAL/UERJ, por exemplo), cabendo ao professor tentar utilizar de exercícios alternativos que se assemelham a função da trave, tentando suprir a falta do mesmo.

Figura 11 – Exercício de equilíbrio na trave.

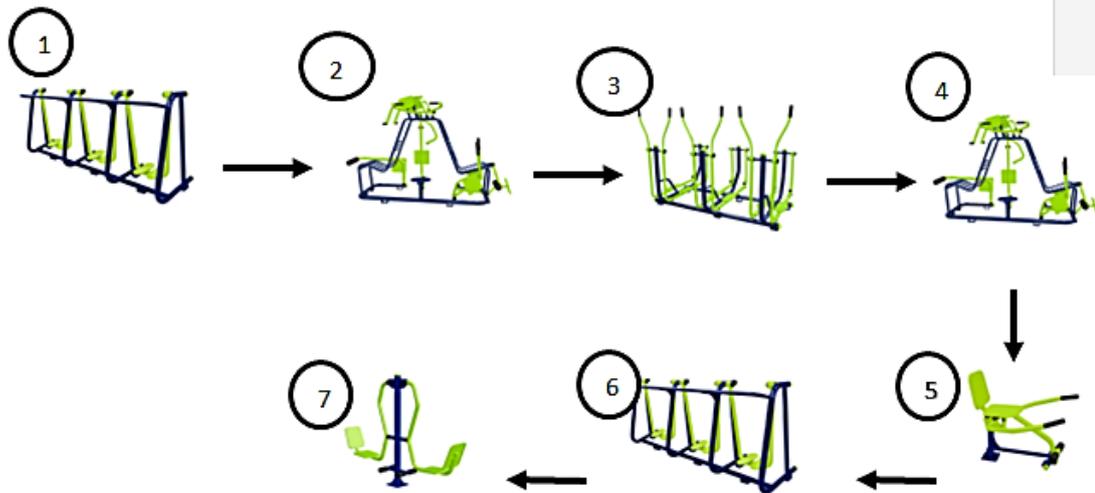


Fonte: FURTADO et al, [20--].

1.2.3 Fase de exercício de condicionamento

Na fase de exercício de condicionamento, os alunos fazem exercícios cardiorrespiratórios, treinamento de força e exercícios de propriocepção. Nessa fase, o usuário deve executar as tarefas em um sistema de circuito, preferencialmente, alternando os exercícios em membros superiores e inferiores, como mostra a Figura 12 (FURTADO et al., [20--]).

Figura 12 - Esquema de treinamento em circuito.



Legenda: 1 – simulador de caminhada; 2 – multiexercitador, 3 – esqui; 4 – multiexercitador; 5 remada; 6 – simulador de caminhada; 7 - legpress

Fonte: GOOGLE IMAGENS, [20--]

Para os exercícios de força, segundo a Cartilha RAL (FURTADO et al., [20--]) disponibilizada aos professores responsáveis, os alunos são orientados a executarem uma série de cada exercício com 12 a 15 repetições. Para os exercícios aeróbios (simulador de caminhada e esqui), os alunos são orientados a executá-los de 4 a 5 minutos (Figura 13). Essas recomendações oriundas da cartilha, são apenas um norte, não necessariamente servindo para todos os indivíduos.

Figura 13 - Esqui e Simulados de Caminhada



Fonte: FURTADO et al, [20--]

Dos exercícios considerados de força, segundo a Cartilha RAL (FURTADO et al., [20--]), no aparelho Multiexercitador (Figura 14), são propostos oito exercícios diferentes: exercício de circundação na roda vertical, flexão de joelhos na cadeira flexora, abdução de ombros com extensão de cotovelo no desenvolvimento, adução de ombros com flexão de cotovelo na puxada no pulley, extensão de joelhos com extensão de quadril no sentar e levantar no banco, adução de ombros/ abdução das escápulas/ extensão de cotovelo no supino vertical, extensão de joelhos na cadeira extensora. As Figuras 15-17 mostram alguns dos exemplos de exercícios realizados no Multiexercitador.

Figura 14 - Aparelho multiexercitador



Fonte: FURTADO et al, [20--]

Figura 15 - Circundação de ombros na roda vertical



Fonte: FURTADO et al, [20--]

Figura 16 - Cadeira Extensora



Fonte: FURTADO et al, [20--]

Figura 17 - Puxada no Pulley



Fonte: FURTADO et al, [20--]

Alguns exercícios, no entanto, são realizados fora dos aparelhos, conforme exemplificam as Figuras 18-21.

Figura 18 - Agachamento Unilateral



Fonte: FURTADO et al, [20--]

Figura 19 - Rotação externa de ombros.



Fonte: FURTADO et al, [20--]

Figura 20 - Tríceps pra frente unilateral.



Fonte: FURTADO et al, [20--]

Figura 21 - Flexão de cotovelo com a toalha.



Fonte: FURTADO et al, [20--]

Para alguns exercícios, como o tríceps para frente unilateral, utiliza-se o recurso de material alternativo, no caso, uma toalha. A escolha e utilização de materiais alternativos, vão de acordo com a especificidade do exercício a ser prescrito, além de ser utilizado como forma de diversificar a atividade. Contudo, o uso de materiais alternativos pode ser justificada pela falta de recursos financeiros para a compra de materiais para as aulas de Educação Física (SEBASTIÃO; FREIRE, 2009), cabendo ao professor, improvisar para seguir o planejamento das aulas.

1.2.4 Fase de volta à calma

A fase de volta à calma permite que algumas respostas circulatórias induzidas pelo exercício como frequência cardíaca e pressão arterial, voltem aos valores próximos ao de repouso, levando o corpo à homeostasia (AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 1998).

As Figuras 22 e 23 ilustram alguns desses exercícios.

Figura 22 - Alongamento de panturrilha



Figura 23 - Suspensão do corpo



Fonte: FURTADO et al, [20--]

Fonte: FURTADO et al, [20--]

No RAL/UERJ, a professora responsável incluía exercícios de volta à calma com duração aproximada de 10 minutos antes do final de cada aula (7h, 8h e 9h). Os alongamentos prescritos eram variados e os grupos musculares alongados eram, principalmente, aqueles que tinham sido recrutados durante a sessão de treinamento, com duração aproximada de 20 segundos em cada posição. Segundo Bompá (2001) apud Padilha e Pieta (2002),

O alongamento é também fortemente recomendado no final de uma sessão de treinamento. Depois de uma contração muscular prolongada, típica do treinamento de força, os músculos apresentam-se ligeiramente encurtados, levando cerca de duas horas para voltarem ao comprimento apresentado em repouso. Um alongamento realizado por 5 a 10 minutos ajuda os músculos a chegarem mais rapidamente ao seu comprimento normal; isto é excelente para trocas bioquímicas no nível da fibra muscular.

Na fase de volta à calma, há uma normalização nos níveis de catecolaminas plasmáticas que se encontram elevadas após o exercício, podendo causar hipotensão, arritmias cardíacas e isquemia, além da redução do fluxo sanguíneo cerebral (PADILHA; PIETA, 2002), tornando-a essencial dentro do planejamento de treino.

A elaboração de treino, realizada a partir do embasamento científico, pode ser uma das formas aderir o aluno ao programa, um vez que o mesmo é capaz de se sentir mais seguro e confiante com relação ao trabalho que está realizado e as atividades que les estão sendo prescritas.

2 RIO AR LIVRE/ UERJ: PERFIS SOCIODEMOGRÁFICO E ANTROPOMÉTRICO E A SUA OPINIÃO QUANTO AO PROGRAMA, EM GERAL

Este capítulo propõe-se a dissertar sobre uma pesquisa de levantamento, através de um estudo de caso realizado em uma das unidades do RAL, no que tange ao perfil do público usuário e à sua opinião quanto ao programa, em geral.

A existência de parques públicos para a prática de exercícios físicos é comum em vários lugares do mundo e a justificativa pode estar atrelada a uma estratégia de promoção da saúde, buscando-se tornar acessível o lazer gratuito aos cidadãos (BEDIMO-RUNG; MOWEN; COHEN, 2005; CHOW, 2013; COHEN et al., 2007, 2010; LACKEY; KACZYNSKI, 2009; LARKIN, 2012; MORA; WEISSTAUB, 2016;

RUNDLE et al., 2013). Sendo assim, é importante que haja estratégias avaliativas que propiciem uma retroalimentação dos investimentos realizados para embasar o melhor direcionamento dos recursos, conforme orienta Modesto (2000).

Especificamente quanto aos parques públicos, parece que os benefícios atingem, além dos usuários, toda a comunidade ao redor, porque ela passa a ter mais opções de atividades voltadas à promoção da saúde (BEDIMO-RUNG; MOWEN; COHEN, 2005). No caso da unidade do RAL localizada no campus principal da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (RAL/UERJ), foco do presente estudo, houve mudanças positivas em seu entorno, como reformas nos espaços destinados à prática de esporte e lazer em volta do Maracanã, aumentando o fluxo de pessoas na região (Gomes, 2015) e, conseqüentemente, ampliando a segurança local. Entretanto, essa revitalização trouxe algumas mudanças negativas para a vizinhança. Houve aumento no custo de vida local, mudança na estrutura local com construções e desconstruções da paisagem original. Exemplo disso é a gentrificação⁵ ocorrida, na qual, de forma indireta, algumas famílias tiveram que abandonar suas moradias e se abrigar em locais determinados pela Prefeitura (NASCIMENTO, 2010).

As políticas públicas voltadas para os idosos devem ser consideradas na gestão pública, tendo em vista que este é um grupo etário que cresce em quantidade e longevidade no mundo inteiro. Então, não interessa, somente, que tenhamos mais idosos no mundo, mas, também, que eles apresentem uma qualidade de vida que os faça mais autônomos e menos frágeis, propiciando, portanto, um envelhecimento saudável (WHO, 2015). Se um programa de promoção da saúde através da prática de exercícios físicos fora criado para atender o cidadão idoso, é justificável entender a sua realidade e ouvir sua opinião sobre a prestação desse serviço.

Quando se fala em parques públicos, normalmente, aspectos como segurança (GODBEY; MOWEN; ASHBURN, 2010; MCCORMACK et al., 2010), proximidade física do parque com os usuários (RIBEIRO et al., 2015; RUNDLE et al., 2013), proteção às chuvas e ao sol (MAZO et al., 2013), arborização/ espaços verdes (BEDIMO-RUNG; MOWEN; COHEN, 2005; RUNDLE et al., 2013),

⁵ Gentrificação: restabelecimento do setor imobiliário degradado que, constituído pela restauração ou revigoração de imóveis, faz com que esses lugares, supostamente populares, sejam enobrecidos (DICIONÁRIO ONLINE DE PORTUGUÊS).

iluminação, limpeza (MCCORMACK et al., 2010) e motivos mais intrínsecos ao usuário como melhoria de qualidade de vida, de saúde (GOMES; ZAZÁ, 2012; LOPES et al., 2012; MAZO et al., 2013) e indicação médica (LOPES et al., 2012) para a prática de exercício surgem como razões para as pessoas frequentarem tais parques. Especialmente, quanto às academias ao ar livre (AAL), dados relacionados às razões para o uso ou, não, dessas instalações públicas, ainda, são insipientes e não consensuais - o que pode ser explicado pela realidade distinta da localidade geográfica na qual a AAL está instalada.

No que se referem a essas realidades distintas, na cidade do Rio de Janeiro, como fora dito, as AAL fazem parte de um programa municipal, o RAL, que oferece, exercícios de força nos aparelhos, aulas de alongamento e ginástica, além de treinamento aeróbio nos equipamentos de simulação de caminhada e esqui CUNHA (2013). Cada RAL da cidade possui equipe técnica composta por um professor de Educação Física e dois monitores auxiliares, além de um profissional de Enfermagem (ROMAR, 2015). Atualmente, contudo, a equipe de Saúde que atende no RAL/UERJ é formada, apenas, pelo professor de Educação Física, o técnico em Enfermagem e um auxiliar administrativo, responsável pelo controle de presença dos usuários e entrega de relatórios à Prefeitura.

Há bairros cujas AAL são abertas, em outros, são gradeadas, mas, em todas, a prática de exercício físico é gratuita. O RAL/UERJ diferenciava-se das demais unidades da cidade pela interação entre a prática da exercício físico e os projetos de pesquisa existentes na Universidade⁶. Assim, a academia se tornaria um laboratório de pesquisa que visaria expandir o conhecimento a ser inserido nas demais unidades do RAL. Essa característica transformaria o RAL/UERJ em modelo para as demais AAL do seu segmento.

As AAL existem em vários locais do mundo, cada uma com sua particularidade. Um exemplo é a Seniors Community Parks, em Tisdall Park, Vancouver. Lá, a AAL não possui equipe de Saúde trabalhando no local, entretanto, há, nos aparelhos, instruções de utilização. Além disso, outras informações sobre a prática de exercício nas AAL são disponibilizadas pela Internet para toda população (CANADA, BRITISH COLUMBIA, 2015). Já em Taiwan, as AAL, também, são abertas e as pessoas as encaram como uma exercício físico extra para a sua visita

⁶ A partir de 01/09/2016, dia do Profissional de Educação Física, o RAL/ UERJ foi desativado com a retirada dos equipamentos.

aos parques públicos (CHOW, 2013). Embora o modelo de AAL possa parecer similar em várias localidades do mundo, o sucesso desse empreendimento vai depender, provavelmente, das particularidades culturais, econômicas e sociais da região.

Nas AAL, as pessoas podem praticar exercícios físicos em aparelhos adaptados e localizados em locais públicos (VENDRUSCOLO; MARCONCIN, 2006). No Brasil, elas podem ser frutos de parceria público-privada, como a ATI, em Maringá, Paraná (PALÁCIOS; NARDI, 2007; SELA; SELA, 2012; VENDRUSCOLO; MARCONCIN, 2006). Autores (Sela e Sela, 2012), que descrevem o caso de Maringá, afirmam que a implementação da ATI pode ser vista como forma de sanar falhas sociais pela oferta de serviços gratuitos (ou mais acessíveis, economicamente) para a promoção da saúde de idosos.

Pensando em promoção da saúde através da prática de exercícios físicos, a realização de avaliações antropométricas nos usuários das AAL, podem ser uma forma de mostrar, tanto para os usuários das AAL quanto para os gestores responsáveis pelas mesmas, se há alterações positivas no perfil antropométrico dos usuários. De acordo com Gurgel (2008), é importante que qualquer processo avaliativo seja continuado, ou seja, que o indivíduo seja reavaliado. No entanto, a identificação do perfil antropométrico pode ser, também, utilizado como forma de mapear um cenário que se relaciona a riscos para a saúde (CAMPOLINA et al., 2013; CASALATINA et al., 2015; LEITE-CAVALCANTI et al., 2009).

Para o presente estudo de coorte transversal, foi realizada a avaliação em um determinado momento, em um curto período de tempo (THOMAS; NELSON; SILVERMAN, 2012). Esse mapeamento de identificação do perfil antropométrico dos usuários do RAL/UERJ poderia, a partir dos resultados obtidos, fornecer informações que subsidiassem, não, só os gestores do projeto, mas, também, o trabalho dos profissionais de saúde atuantes no local.

Este estudo visou traçar o perfil do público usuário do RAL/UERJ, destacando-se os fatores que influenciam a adesão⁷ e a permanência dos indivíduos nesse programa de exercícios físicos. Além disso, foi feito um levantamento dos perfis sociodemográfico e antropométrico para fornecer informações mais detalhadas do público frequentador da unidade. Segundo Montero e Fávero (1992),

⁷ Adesão: ação ou efeito de aderir; aceitação, consentimento (Dicionário Online de Português”, [s.d.]

A necessidade de se conhecer o perfil sociodemográfico da população que demanda algum tipo de assistência à saúde é cada vez mais importante, tendo em vista que a utilização dos serviços de saúde é produto de um conjunto de interações entre os profissionais da saúde e seus clientes, ocorrendo esta, dentro de um ambiente organizacional que, por sua vez, é rodeado e permeado por traços sociais e culturais (p. 257).

2.1 Metodologia

2.1.1 Questões éticas

Previamente ao início das coletas, o estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto (CEP/ HUPE) e aprovado sob o nº de parecer 062809/2015. A pesquisa seguiu as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, no Brasil (BRASIL, 2010). Após a aprovação, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo qual foram informados sobre os detalhes da pesquisa e autorizaram a utilização de seus dados para a pesquisa (Apêndice 1).

2.1.2 Procedimentos

Esta pesquisa descritiva contou com um levantamento de informações, via questionário (*survey*) (LAKATOS; MARCONI, 2010) e a medição de variáveis antropométricas dos idosos, que eram alunos/ usuários do RAL/ UERJ.

Participaram da pesquisa toda a população de usuários do RAL/ UERJ (N=43; 8 homens e 35 mulheres) no período de Agosto/2015 a Outubro/2015. O questionário aplicado aos usuários foi elaborado especialmente para esta pesquisa (Apêndice 2) e validado a partir da análise e da aceitação de três professores doutores, conforme orienta Elliot (2012). O instrumento é composto por perguntas abertas e fechadas, e foi aplicado por um mesmo profissional qualificado para utilizar esse tipo de instrumento, de acordo com as orientações de Lakatos e Marconi

(2010). Além disso, a aplicação do questionário seguiu as seguintes diretrizes propostas por Veras e Dutra (2008):

1. Apresentação do avaliador ao entrevistado (nome próprio e da instituição vinculada);
2. Apresentação da pesquisa a ser realizada;
3. Esclarecimento sobre o sigilo das respostas fornecidas pelo entrevistado;
4. Explicação do por que o entrevistado foi escolhido.

Durante a entrevista, Veras e Dutra (2008), também, orientam que o avaliador deve:

1. Permanecer o mais neutro possível durante a entrevista;
2. Realizar as perguntas, exatamente, como foram formuladas e na ordem em que foram elaboradas;
3. Não deixar que o entrevistado veja as respostas;
4. Tentar fazer com que o entrevistado responda todas as perguntas com seriedade.

Para a avaliação antropométrica, a amostra foi reduzida a 32 indivíduos (equivalente a 74,4% da população do RAL/UERJ que respondeu ao questionário) sendo realizada no período de janeiro/2016 a março/2016. Isso ocorreu devido a desistências de alguns participantes do RAL/UERJ em continuar no programa seja por motivo de doença e/ou falta de tempo. Foram medidas massa corporal, estatura, circunferências corpóreas, dobras cutâneas e diâmetros ósseas. Foram calculados: índice de massa corporal (IMC), relação cintura-quadril (RCQ), percentual de gordura corporal e densidade corporal. A intenção dessa avaliação era fazer um levantamento do perfil de saúde dos idosos usuários do RAL/ UERJ com base nas medidas antropométricas. Todos os procedimentos foram realizados pela mesma professora de Educação Física, com experiência na área de avaliação física. Cada voluntário possuía uma ficha individual de avaliação, na qual eram inseridas suas medidas corpóreas (Apêndice 3).

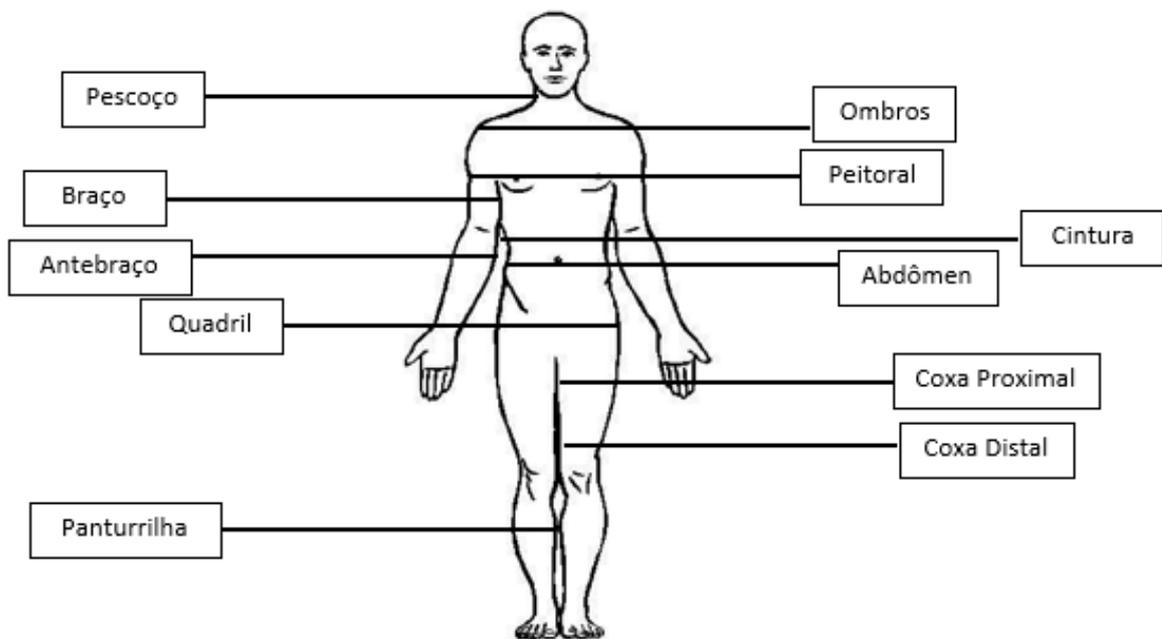
Para a medição da estatura, foi utilizado o estadiômetro portátil EST 22 (Cachoeira do Sul, RS, Brasil), seguindo as recomendações propostas por Heyward (2013), nas quais o avaliado se mantinha descalço com calcanhares próximos um do outro, em posição ortostática, de costas para o estadiômetro e cabeça mantida no

plano de Frankfurt. O aparato móvel, responsável pela medida da estatura, foi posicionado sobre o vértex. Foi solicitado, ao avaliado, que realizasse uma inspiração profunda e que mantivesse a apneia respiratória até ser feita a medida.

Para medir a massa corporal, foi utilizada uma balança mecânica Filizola (mod. 31, Osasco, SP, Brasil), também, seguindo as recomendações propostas por Heyward (2013), pelas quais o avaliado se posicionava descalço e com a menor quantidade de roupa possível, mantendo o corpo alinhado e distribuindo o peso nos dois membros inferiores.

Quanto às circunferências corpóreas (Figura 24), foi utilizada a trena Cescorf (Porto Alegre, RS), com predição de 0,1cm. Foram aferidas as regiões do pescoço, ombro, peito, cintura, abdômen, quadril, coxa proximal e distal, joelho, panturrilha, tornozelo, braço, antebraço e punho, conforme as recomendações de Heyward (2013).

Figura 24 - Local das medições das circunferências.



Fonte: O AUTOR, 2017

Para o IMC, foi usado o cálculo da razão da massa corporal pela estatura ao quadrado ($IMC = kg/m^2$). Nesse caso, a obesidade foi classificada como: abaixo do peso, $IMC < 18.5 kg/m^2$; peso normal, IMC entre 18.5 e 24.9 kg/m^2 ; sobrepeso, $IMC \geq 25 kg/m^2$; pré-obeso, IMC entre 25-29.9 kg/m^2 ; obesidade grau I, IMC entre 30.0-34.9 kg/m^2 ; obesidade grau II, $IMC \geq 35.0-39.9 kg/m^2$; obesidade grau III, $IMC \geq 40 kg/m^2$ (WHO, 2016).

Para o cálculo da RCQ, foi realizada a divisão entre a circunferência da cintura (em centímetros) pela circunferência do quadril (em centímetros). Os valores de classificação quanto ao risco à saúde para homens maiores de 60 anos são: baixo ($<0,91$), moderado (0,91-0,98), alto (0,99-1,03) e muito alto ($>1,03$). Nas mulheres maiores que 60 anos, a classificação quanto ao risco à saúde são: baixo ($<0,76$), moderado (0,76-0,83), alto (0,84-0,90) e muito alto ($>0,90$) (HEYWARD, 2013).

Para a estimativa do percentual de gordura dos usuários do RAL/ UERJ, foi utilizado o método de dobras cutâneas, cuja classificação está discriminada na figura 25. A aferição foi realizada do lado direito do corpo do voluntário e foram feitas as marcações com uma caneta dermatológica nos pontos anatômicos para melhor medição. O adipômetro utilizado foi o Sanny (São Paulo, SP) e as regiões aferidas foram: Subescapular, Suprailíaca, Tríceps e Bíceps, conforme as orientação de Heyward (2013).

Figura 25 - Classificação do percentual de gordura modificado de Jackson e Pollock (1978) e Jackson et al. (1980)

Adequação	Idade (anos)				
	20-29	30-39	40-49	50-59	>60
Homens					
Excelente (atletico)	<11	<12	<14	<15	<16
Bom	11-13	12-14	14-16	15-17	16-18
Dentro da média	14-20	15-21	17-23	18-24	19-25
Regular	21-23	22-24	24-26	25-27	26-28
Alto percentual de gordura	>23	>24	>26	>27	>28
Mulheres					
Excelente (atletico)	<16	<17	<18	<19	<20
Bom	16-19	17-20	18-21	19-22	20-23
Dentro da média	20-28	21-29	22-30	23-31	24-32
Regular	29-31	30-32	31-33	32-34	33-35
Alto percentual de gordura	>31	>32	>33	>34	>35

Para o cálculo da densidade corporal, utilizou-se o método de Durnin e Womersley (1974), que leva em conta o somatório de quatro dobras cutâneas (bíceps, tríceps, subescapular e suprailíaca). Já o percentual de gordura, foi estimado pela fórmula de Siri, de 1961 (HEYWARD; STOLARCZYK, 2000).

Para a medição das diâmetros ósseas, foi utilizado um paquímetro de 16 cm da marca Cescorf (Porto Alegre, RS) com precisão de 0,1cm. As regiões aferidas foram bimalleolar, biepicondilar do úmero, biepicondilar do fêmur e biestilóide, conforme as orientação de Heyward (2013).

2.1.3 Análise Estatística

Para os questionários, as perguntas fechadas foram tratadas com estatística descritiva considerando a frequência de respostas e atribuído peso um a cada resposta. Para os dados antropométricos, também foi aplicada estatística descritiva usando as medidas de média e desvio padrão. Os dados foram tratados no software Microsoft Excel 2010.

2.2. RESULTADOS

2.2.1. Perfil dos usuários do RAL/UERJ e a sua opinião ao programa, em geral

A Tabela 1 apresenta as características dos usuários do RAL/UERJ quanto à idade, estado civil, número de filhos, número de pessoas que reside na mesma casa e escolaridade.

Tabela 1 - Perfil do público frequentador da RAL/ UERJ quanto à idade, estado civil, número de filhos que possui, número de pessoas que reside na mesma casa e escolaridade.

Variáveis	Homens (n=8)	Mulheres (n=35)
Idade (anos)		
Média (desvio-padrão)	65 (\pm 12)	63 (\pm 11)
Mínimo	48	23
Máximo	83	87
Estado civil		
Solteiro (a)	0	3 (8,6%)
Casado (a)	7 (87,5%)	18 (51,3%)
Separado (a)	0	1 (2,9%)
Divorciado (a)	0	3 (8,6%)
Viúvo (a)	1 (12,5%)	7 (20%)
Moro junto com companheiro (a) COM registro de união estável	0	3 (8,6%)
Filhos		
0 a 2	8 (100%)	24 (68,6%)
3 a 5	0	11 (31,4%)
Número de pessoas que residem na mesma moradia		
0 a 2	6 (75%)	20 (57,1%)
3 a 5	2 (25%)	15 (42,9%)
Escolaridade		
Somente alfabetização completo	0	1 (2,9%)
Ensino Fundamental completo (Primário e Ginásio)	3 (37,5%)	16 (45,7%)
Ensino Médio completo (Técnico/Colegial/Científico/2º grau)	3 (37,5%)	12 (34,3%)
Ensino Superior completo	2 (25%)	5 (14,3%)
Especialização (Pós-Graduação Lato Sensu)	0	1 (2,9%)

Fonte: O AUTOR, 2017

A Tabela 2 mostra o perfil do público frequentador do RAL/ UERJ quanto à profissão, ao tipo de atividade laboral e à aposentadoria.

Tabela 2 - Profissão, tipo de atividade laboral e sobre aposentadoria.

Qual sua profissão ¹ ?	Homens (n=8)	Mulheres (n=35)
Aposentado (a)	2 (25%)	6 (17,1%)
Do Lar/ Doméstica/ Acompanhante/ Costureira/ Auxiliar de Serviços Gerais	0	19 (54,3%)
Advogado (a) / Administrador (a) / Agente administrativo/Bancário (a) / Economista/ Técnico (a) de Contabilidade	3 (37,5%)	7 (20%)
Comerciante	0	1 (2,9%)
Porteiro/ Telefonista/ Marceneiro/ Fotógrafo e Segurança	3 (37,5%)	2 (5,7%)
Estudante	0	1 (2,9%)
Possui alguma Atividade Laboral?		
Não trabalha	5 (62,5%)	22 (62,9%)
Segurança/ Porteiro/ Figuração de TV	3 (37,5%)	0
Auxiliar de Serviços Gerais/ Acompanhante e cozinheira/ Faxineira/ Auxiliar de Costureira/ Costureira/ Passadeira/ Telefonista/ Voluntária na Igreja	0	8 (22,9%)
Advogada/ Consultora na área socioambiental/ Técnica em Contabilidade/ Agente administrativo	0	5 (14,3%)
Está aposentado?		
Não	2 (25%)	19 (54,3%)
Sim	6 (75%)	16 (45,7%)
Há quanto tempo está aposentado (a)?		
Não é aposentado (a)	2 (25%)	19 (54,3%)
De 1 mês a 10 anos	4 (50%)	10 (28,6%)
Acima de 10 anos	2 (25%)	6 (17,1%)
Por qual motivo se aposentou?		
Não é aposentado	2 (25%)	19 (54,3%)
Tempo de trabalho	4 (50%)	9 (25,7%)
Por idade	0	5 (14,3%)
'Forçado' pelo Governo Collor ²	1 (12,5%)	0
Invalidez	0	2 (5,7%)
Idade e tempo de serviço	1 (12,5%)	0

¹ Profissões agrupadas de acordo com Instituto Nacional de Estatística (2010)

² Em 1990, o, então, presidente eleito Fernando Collor de Mello lançou o Plano Collor, que, entre as mais variadas medidas, previa a demissão em empresas estatais com o objetivo de enxugar a máquina pública e cassar todos os marajás do serviço público. Essa decisão rendeu desemprego

para 105 mil servidores federais dos Correios, Companhia Vale do Rio Doce, RFFSA (Rede Ferroviária Federal Sociedade Anônima), Eletrobrás, ABIN (Agência Brasileira de Inteligência), CONAB (Companhia Nacional de Abastecimento) e Caixa Econômica Federal (LIMA, 2007).

Fonte: O AUTOR, 2017

A Tabela 3 mostra as rendas salariais individual e da família.

Tabela 3 - Rendas salariais individual e familiar.

Renda salarial:	Homens (n=8)	Mulheres (n=35)
Sem renda	0	7 (20%)
Menos que um salário a 3 salários	5 (62,5%)	20 (57,1%)
De 4 a 6 salários	2 (25%)	4 (11,4%)
Mais que 6 salários	1 (12,5%)	4 (11,4%)
Renda familiar (de todas as pessoas que residem na casa):		
Menos que um salário a 3 salários	0	15 (42,9%)
De 4 a 6 salários	6 (75%)	10 (28,6%)
Mais que 6 salários.	1 (12,5%)	5 (14,3%)
Não sabe	1 (12,5%)	5 (14,3%)

Fonte: O AUTOR, 2017

A tabela 4 mostra se os idosos possuem algum problema de saúde, se possuem alguma deficiência e se fazem uso de algum medicamento. Nesse caso, as pessoas podiam responder mais de uma questão ou complementar suas respostas, na opção “Outros”, em que descreviam as razões.

Tabela 4 - Problemas de saúde e/ou cirurgias, deficiências e uso de medicamento relatados pelos usuários.

Tem algum problema de saúde?	Homens (n=8)	Mulheres (n=35)
Não	0	3 (8,6%)
Enfartou	1 (12,5%)	0
Diabetes	1 (12,5%)	9 (25,7%)
Pressão alta [hipertensão arterial]	4 (50%)	23 (65,7%)
Aumento benigno da próstata	1 (12,5%)	0
Mioma	0	2 (5,7%)
Labirintite	1 (12,5%)	0
Colesterol alto	1 (12,5%)	6 (17,1%)
Depressão ¹ /transtorno de pânico ²	0	7 (20%)
Arritmia cardíaca	1 (12,5%)	1 (2,9%)
Artrose	0	1 (2,9%)
Gastrite	0	1 (2,9%)
Hideadenite ³	0	1 (2,9%)
Artrite	0	1 (2,9%)
Hipertireoidismo	0	3 (8,6%)
Osteopenia/ Osteoporose	0	3 (8,6%)
Prolapso da válvula mitral	0	1 (2,9%)
Bronquite/ alergia à poeira	0	2 (5,7%)
Cirurgias em geral	1 (12,5%)	26 (74,3%)
Tem deficiência física?		
Não	8 (100%)	33 (94,3%)
Auditiva ⁴	0	1 (2,9%)
Física (na mão)	0	1 (2,9%)
Faz uso frequente de medicamentos?		
Não	2 (25%)	5 (14,3%)
Hipertensão	4 (50%)	22 (62,9%)
Diabetes	1 (12,5%)	11 (31,4%)
Colesterol	1 (12,5%)	6 (17,1%)
Menopausa	0	1 (2,9%)
Vitaminas ⁵	0	3 (8,6%)
Coração	1 (12,5%)	1 (2,9%)
Hipertireoidismo	0	3 (8,6%)
Antidepressivo	5 (62,5%)	1 (2,9%)
Osteoporose	0	6 (17,1%)

Gastrite	0	1 (2,9%)
Dor de cabeça	1 (12,5%)	1 (2,9%)
Emagrecedor	0	1 (2,9%)

¹Depressão: estados depressivos, geralmente de intensidade moderada quando comparados à depressão maior, presentes nos transtornos neuróticos e psicóticos (BIREME, 2016).

² Transtorno de pânico: Tipo de transtorno da ansiedade caracterizado por ataques de pânico inesperados com duração de minutos ou, mais raramente, de horas (BIREME, 2016).

³ Hiedadenite: inflamação na glândula sudorípara;

⁴ Perdeu 50% da audição quando criança.

⁵ Vitamina não é medicamento, e sim, uma substância orgânica existente em pequenas quantidades em alguns alimentos. Sua insuficiência faz com que haja necessidade de suplementar com comprimidos vitamínicos, prescritos sob a orientação médica (Dicionário Online de Português, 2016).

Fonte: O AUTOR, 2017

A Tabela 5 mostra os resultados quanto ao uso de drogas proibidas, tabagismo e ingestão de bebida alcoólica.

Tabela 5 - Informações dos usuários quanto ao uso de drogas proibidas, hábito tabagista e de ingestão de bebida alcoólica.

	Homens (n=8)	Mulheres (n=35)
Faz uso de drogas proibidas?		
Não	8 (100%)	35 (100%)
Fuma cigarros?		
Não	8 (100%)	34 (97,1%)
Sim	0	1 (2,9%)
Se sim, quantos por dia?		
2 cigarros	0	1 (2,9%)
Ingere bebida alcoólica?		
Não	5 (62,5%)	29 (82,9%)
Sim	3 (37,5%)	6 (17,1%)
Com qual frequência e qual tipo de bebida?		
1 Lata de cerveja 4x por semana	0	1 (2,9%)
Cerveja e vinho aos finais de semana	2 (25%)	5 (14,3%)
1 taça de vinho por dia	1 (12,5%)	0

Fonte: O AUTOR, 2017

A Tabela 6 mostra as razões que levaram os idosos a aderirem ao RAL/ UERJ. Nesse caso, as pessoas podiam responder a mais de uma questão ou complementar suas respostas, na opção “Outros”, em que descreviam as razões.

Tabela 6 - Motivos que levam os usuários a frequentarem o RAL/ UERJ.

Motivos	Homens (n=8=100%)	Mulheres (n=35=100%)
Por conta própria para melhorar o condicionamento físico/ ficar ‘em forma’	3 (37,5%)	20 (57,1%)
Para prevenir doenças do coração	0	1 (2,9%)
Estar em contato com amigos/ vizinhos/ conhecidos	0	5 (14,3%)
Fazer novas amizades	1 (12,5%)	3 (8,6%)
Indicação de amigos	1 (12,5%)	0
Indicação do LABSAU ¹	1 (12,5%)	0
Diminuir as taxas de colesterol	0	1 (2,9%)
Por indicação do Posto de Saúde da Praça da Bandeira ²	0	1 (2,9%)
Acompanhar a mãe	0	2 (5,7%)
Diminuir as dores musculoesqueléticas	0	2 (5,7%)

Aumentar a autoestima	0	1 (2,9%)
Por indicação da Clínica da Família da Vila Olímpica da Mangueira ³	1 (12,5%)	2 (5,7%)
Porque faz bem à saúde	1 (12,5%)	2 (5,7%)
Indicação do cardiologista	2 (25%)	5 (14,3%)
Indicação do esposo	0	1 (2,9%)
Por considerar como uma terapia	0	1 (2,9%)
Por indicação do plano de saúde	0	3 (8,6%)
Indicação da avó	0	1 (2,9%)
Indicação do Hospital Universitário Pedro Ernesto ⁴	0	1 (2,9%)
Para preencher o tempo	0	1 (2,9%)
Indicação do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle ⁵	1 (12,5%)	0

¹ LABSAU (Laboratório de Exercício físico e Promoção da Saúde, do Instituto de Educação Física e Desportos da UERJ): oferece suporte de avaliação física e acompanhamento dos usuários do RAL/ UERJ.

² O Posto de Saúde da Praça da Bandeira corresponde à Policlínica Hélio Pellegrino, sob a gerência da Prefeitura do município do Rio de Janeiro, referência de Atenção Secundária para atendimentos ambulatoriais especializados.

³ Clínica da Família Dona Zica, localizada na Vila Olímpica da Mangueira, bairro próximo à UERJ.

⁴ Hospital Universitário Pedro Ernesto: é o hospital da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, na qual a AAL está instalada.

⁵ Hospital Universitário Gaffrée e Guinle: Hospital Universitário pertencente a Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Fonte: O AUTOR, 2017

A Tabela 7 mostra as atividades oferecidas pelo programa RAL/UERJ. Nesse caso, as pessoas podiam responder a mais de uma questão ou complementar suas respostas, na opção “Outros”. Os resultados mostraram que todos os idosos faziam todas as atividades oferecidas pelo programa.

Tabela 7 - Atividades oferecidas pelo RAL/UERJ.

Atividades oferecidas pelo programa da ATI/ UERJ: (pode marcar mais de uma)	Homens (N=8=100%)	Mulheres (N=35=100%)
---	----------------------	-------------------------

Caminhadas/corrida na quadra	2 (25%)	5 (14,3%)
Ginástica ¹	8 (100%)	35 (100%)
Alongamento	7 (87,5%)	31 (88,6%)

¹Referente aos exercícios realizados nos aparelhos.

Fonte: O AUTOR, 2017

Na Tabela 8, são listados aspectos gerais do RAL/UERJ na percepção dos usuários divididos em pontos positivos e negativos. Nesse caso, as pessoas podiam responder a mais de uma questão ou complementar suas respostas, na opção “Outros”.

Tabela 8 - Impressão geral dos usuários sobre o RAL/UERJ.

Pontos Positivos do RAL/UERJ	Homens (N=8=100%)	Mulheres (N=35=100%)
Professor e estagiários	6 (75%)	31 (88,6%)
Localização e acesso ao RAL/UERJ	5 (62,5%)	21 (60%)
Atendimento	6 (75%)	22 (62,9%)
Aparelhagem	5 (62,5%)	17 (48,6%)
Limpeza da AAL	1 (12,5%)	4 (11,4%)
Organização da AAL	4 (50%)	10 (28,6%)
Horário de funcionamento	4 (50%)	16 (45,7%)
Quantidade de participantes	3 (37,5%)	5 (14,3%)
Atividades oferecidas	4 (50%)	14 (40%)
Socialização/ fazer novas amizades	0	4 (11,4%)
Pontos Negativos do RAL/UERJ	Homens (N=8=100%)	Mulheres (N=35=100%)
Estrutura/ instalação	1 (12,5%)	6 (17,1%)
Aparelhagem	0	1 (2,9%)
Limpeza	3 (37,5%)	20 (57,1%)
Organização	1 (12,5%)	2(5,7%)
Distância dos banheiros em relação à AAL	0	5 (14,3%)
Chão de terra	0	1 (2,9%)
Falta de mesa para enfermeira	0	1 (2,9%)
Falta de armário	0	1 (2,9%)
Falta de material de ginástica	0	1 (2,9%)
Falta de cobertura/ proteção para chuvas ou sol	1 (12,5%)	2 (5,7%)
Poucos participantes	0	1 (2,9%)
Localização da UERJ em relação à sua residência	1 (12,5%)	2 (5,7%)

Fonte: O AUTOR, 2017

A Tabela 9 mostra o tempo que os usuários estão matriculados no Programa, a frequência semanal da prática de exercícios no RAL/UERJ e o turno de maior frequência dos alunos.

Tabela 9 - Tempo de permanência e frequência semanal dos usuários no RAL/UERJ.

Período	Homens (N=8=100%)	Mulheres (N=35=100%)
Menos de 12 meses	6 (75%)	19 (54,3%)
De 13 a 24 meses	2 (25%)	10 (28,6%)
De 25 a 36 meses	0	4 (11,4%)
De 36 a 60 meses	0	2 (5,7%)
Frequência Semanal		
1 vez por semana	1 (12,5%)	2 (5,7%)
2 vezes por semana	1 (12,5%)	6 (17,1%)
3 vezes por semana	3 (37,5%)	16 (45,7%)
4 vezes por semana	1 (12,5%)	1 (2,9%)
5 vezes por semana	2 (25%)	10 (28,6%)
Turno de maior frequência de alunos:		
Manha ¹	1 (12,5%)	10 (28,6%)

Fonte: O AUTOR, 2017

A Tabela 10 mostra se os usuários do RAL/UERJ já participaram de outro RAL; se sim, qual e por que trocou o antigo RAL pelo RAL/UERJ. Nesse caso, as pessoas podiam responder a mais de uma questão.

Tabela 10 - Participação em outras unidades do RAL/UERJ.

Já frequentou outra unidade de ATI do RAL?	Homens (N=8=100%)	Mulheres (N=35=100%)
Não	6 (75%)	24 (68,6%)
Se sim, onde (qual bairro)?		
Leblon	0	1 (2,9%)
Vila Olímpica da Mangueira	2 (25%)	3 (8,6%)
Saens Peña	0	1 (2,9%)
Quinta da Boa Vista	0	5 (14,3%)
Maracanã	0	3 (8,6%)
Madureira	0	1 (2,9%)
Nenhuma específica ¹	0	8 (22,9%)
Se a resposta foi Sim para a pergunta anterior, por que trocou a antiga ATI pelo RAL/UERJ?		
Nunca participou de outro RAL	6 (75%)	24 (68,6%)
Porque mudou o local de trabalho	0	1 (2,9%)
Porque a UERJ é mais organizada e tem mais atenção por parte dos professores	0	2 (5,7%)
Porque no RAL da Vila Olímpica da Mangueira só podiam frequentar pessoas morassem na Mangueira	0	1 (2,9%)
Porque o antigo RAL que frequentava era muito cheio	0	1 (2,9%)
Porque o RAL/UERJ é mais perto de casa	0	1 (2,9%)
Porque acabou a AAL que tinha no Maracanã	0	3 (8,6%)
Porque só vai quando entra de férias	0	1 (2,9%)
Porque só podia fazer 2x por semana	1 (12,5%)	0
Porque, na UERJ, há mais liberdade para utilizar os aparelhos	1 (12,5%)	0
Porque resolveu levar mais a sério, criando uma rotina de exercício físico	0	1 (2,9%)

¹Frequentavam, esporadicamente, qualquer AAL disponível, sem horários e dias estabelecidos.

Fonte: O AUTOR, 2017

A Tabela 11 mostra quais os benefícios o programa trouxe para a saúde dos usuários do RAL/UERJ. Nesse, o usuário podia indicar mais de uma resposta ou complementá-la, na opção “Outros”.

Tabela 11 - Frequência semanal, turno e benefícios que o programa trouxe a saúde dos alunos do RAL/UERJ.

Benefícios que este programa já trouxe para saúde	Homens (N=8=100%)	Mulheres (N=35=100%)
Melhorou a minha execução das atividades diárias	5 (62,5%)	24 (68,6%)
Diminuíram ou cessaram as minhas dores	2 (25%)	14 (40%)
Melhorou a minha autoestima	6 (75%)	19 (54,3%)
Melhorou a minha vida sexual	5 (62,5%)	0
Melhorou a minha depressão	0	6 (17,1%)
Reduziu a quantidade de remédios que eu tomo	1 (12,5%)	4 (11,4%)
Minha o pressão diminuiu [melhorou]	2 (25%)	10 (28,6%)
Controlou a minha diabetes/ colesterol/ peso	1 (12,5%)	11 (31,4%)
Melhoraram os problemas depois do derrame	1 (12,5%)	0
Não percebi qualquer melhora	1 (12,5%)	1 (2,9%)
Melhorou o equilíbrio/ disposição/ memória	3 (37,5%)	4 (11,4%)
Melhorou [diminuiu] a ansiedade	0	1 (2,9%)
Melhorou a capacidade respiratória	0	1 (2,9%)

¹No início do projeto, era oferecido aos alunos, dois horários para a realização da atividade. Turno manhã – 7h às 10h e a tarde – 17h às 20h. Devido à pouca demanda de alunos no turno da tarde, apenas, o horário da manhã permaneceu (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2013).

Fonte: O AUTOR, 2017

Na Tabela 12, está discriminada a nota (de 0 a 10) atribuída pelos participantes do RAL/UERJ, relacionado ao trabalho desenvolvido no mesmo. Além disso, a tabela 12 mostra a opinião dos usuários do RAL/UERJ quanto à segurança que o programa oferece aos mesmos, se o programa contribui positivamente para a qualidade de vida desses usuários e se, além do profissional de Educação Física, há algum outro profissional da área de saúde atuando no programa.

Tabela 12 - Nota atribuída ao trabalho desenvolvido de forma geral; opinião quanto a segurança em relação ao trabalho desenvolvido no RAL/UERJ; atuação de outro profissional da saúde, além do profissional de Educação Física.

De zero a dez, que nota você dá para o trabalho desenvolvido no RAL/UERJ em uma visão geral?	Homens (N=8=100%)	Mulheres (N=35=100%)
7	1 (12,5%)	3 (8,6%)
8	0	7 (20%)
9	2 (25%)	7 (20%)
10	5 (62,5%)	20 (57,1%)
Você acha que o trabalho desenvolvido no RAL/UERJ oferece segurança quanto a sua saúde?		
Não	0	0
Sim	8 (100%)	35 (100%)
O programa do RAL/UERJ ajuda a melhorar a sua qualidade de vida?		
Não	0	0
Sim	8 (100%)	35 (100%)
Há atendimento de outro (s) profissional (is) da saúde, além do Professor de Educação Física?		
Não Há	2 (25%)	0
Enfermeiro	6 (75%)	35 (100%)
Apoio*	4 (50%)	18 (51,4%)
Estagiária	1 (12,5%)	2 (5,7%)

*O Apoio é o responsável por cadastrar as pessoas no Programa e controlar a frequência dos alunos.

Fonte: O AUTOR, 2017

A Tabela 13 mostra a opinião dos usuários do RAL/UERJ quanto à qualidade do atendimento prestado pelos demais funcionários do RAL/UERJ e a sua opinião quanto à importância do programa para a saúde da população. A escala apresentava outras classificações, entretanto, apenas as respostas dadas pelos usuários do RAL/UERJ são mostradas na tabela.

Tabela 13 - Opinião quanto à qualidade do atendimento por parte dos demais profissionais do RAL/UERJ e a opinião dos usuários quanto à importância do programa para a saúde da população.

Qual sua opinião quanto à qualidade do atendimento dado pelos seguintes profissionais do RAL/UERJ?	Homens (N=8=100%)	Mulheres (N=35=100%)
- Enfermeiro		
Bom	3 (37,5%)	5 (14,3%)
Excelente	5 (62,5%)	32 (91,4%)
- Apoio		
Bom	3 (37,5%)	8 (22,9%)
Excelente	5 (62,5%)	11 (31,4%)
- Estagiário		
Bom	1 (12,5%)	1 (2,9%)
Excelente	0	2 (5,7%)
Você considera esse programa importante para a saúde da população?		
Não	0	0
Sim	8 (100%)	35 (100%)

Fonte: O AUTOR, 2017

Separadamente, a Tabela 14 mostra a opinião dos alunos do RAL/UERJ quanto à infraestrutura do programa e à qualidade de atendimento por parte do professor de Educação Física. Para isso, os alunos deveriam atribuir uma classificação entre em Péssimo, Ruim, Regular, Bom e Excelente.

Tabela 14 - Opinião dos usuários quanto à infraestrutura do programa e a qualidade de atendimento por parte do professor de Educação Física.

Como você considera a infraestrutura do programa?	Homens (N=8=100%)	Mulheres (N=35=100%)
Ruim	0	2 (5,7%)
Regular	2 (25%)	11 (31,4%)
Bom	4 (50%)	18 (51,4%)
Excelente	2 (25%)	4 (11,4%)
Como você considera a qualidade do atendimento dado pelos professores de Educação Física?		
Bom	2 (25%)	7 (20%)
Excelente	6 (75%)	28 (80%)

Fonte: O AUTOR, 2017

A Tabela 15 mostra o nível de satisfação dos alunos com relação ao programa RAL/UERJ, suas principais reclamações e sugestões. Nesse caso, os alunos podiam responder a mais de uma questão ou complementar suas respostas, na opção “Outros”, em que descreviam as razões. Quanto ao nível de satisfação, foi mensurado a partir da opinião dada pelos usuários do RAL/UERJ, classificado em ‘muito insatisfeito’, ‘insatisfeito’, ‘satisfeito’, ‘muito satisfeito’.

Tabela 15 - Nível de satisfação dos usuários quanto ao RAL/ UERJ, principais sugestões e reclamações.

Qual o seu nível de satisfação em relação ao programa que você frequenta?	Homens (N=8=100%)	Mulheres (N=35=100%)
Satisfeito	3 (37,5%)	15 (42,9%)
Muito satisfeito	5 (62,5%)	20 (57,1%)
Principais sugestões dos usuários para o RAL/UERJ		
Colocar cobertura para proteção de chuva e sol	4 (50%)	9 (25,7%)
Melhorar a limpeza	2 (25%)	7 (20%)
Colocar bebedouro	2 (25%)	4 (11,4%)
Disponibilizar uniformes para os alunos	0	1 (2,9%)
Nivelar piso	1 (12,5%)	2 (5,7%)
Oferecer lanche aos alunos	0	2 (5,7%)

Ter mais aparelho do tipo esqui	0	1 (2,9%)
Ter bicicleta ergométrica	0	1 (2,9%)
Liberar a piscina ¹	0	3 (8,6%)
Ter armários para guardar os pertences	1(12,5%)	0
Ter mesa para aferir a pressão	1 (12,5%)	0
Ter mais materiais para que a professora possa dar aula ²	0	2 (5,7%)
Melhorar a manutenção dos aparelhos	0	3 (8,6%)
Ter outros horários para a prática ³	0	1 (2,9%)
Ter banheiro próximo ⁴	0	6 (17,1%)
Sem sugestões	2 (25%)	11 (31,4%)
Principais reclamações dos usuários a respeito do RAL/UERJ:		
Não tem	5 (62,5%)	19 (54,3%)
Limpeza precária	2 (25%)	11 (31,4%)
Falta cobertura para dias de chuva	0	1 (2,9%)
Terem acabado com a hidroginástica ¹	0	1 (2,9%)
Falta de médico ⁵	0	1 (2,9%)
Falta de material para a professora dar aula ²	1 (12,5%)	0
Os aparelhos não serem iguais aos de uma academia convencional	1 (12,5%)	0
Os aparelhos não estarem instalados em lugar exposto ao sol	0	1 (2,9%)
Falta de banheiro ⁴	0	1 (2,9%)
Falta de mesa para enfermeira ⁶	0	1 (2,9%)

¹A piscina foi fechada para as aulas de hidroginástica devido à falta de custeio para a UERJ advindo do Governo Estadual fazendo com que a UERJ entrasse em greve. Especificamente, a utilização da piscina foi inviabilizada porque não estava havendo o pagamento do salário do funcionário (terceirizado) guardião da piscina.

²Escassez de materiais de ginástica como halter, bastão e colchonete para ministrar as aulas (relatado pelo usuário).

³Além do turno da manhã, voltar com o turno da tarde/noite.

⁴O banheiro mais próximo fica distante do local onde o RAL foi instalado.

⁵Em especial, um clínico geral, para realizar consultas periódicas dos alunos do RAL/UERJ.

⁶A enfermeira tem que revezar a mesa que usa para a aferição da pressão dos alunos do RAL/UERJ com o funcionário do apoio.

A Tabela 16 mostra os aparelhos de maior ou menor preferência dos usuários do RAL/UERJ.

Tabela 16 - Preferência pelos aparelhos do RAL/UERJ pelos usuários.

Maior preferência	Homens (N=8=100%)	Mulheres (N=35=100%)
Remada sentada	2 (25%)	5 (14,3%)
Simulador de caminhada	2 (25%)	11(31,4%)
Multiexercitador	3 (37,5%)	3 (8,6%)
Esqui	1 (12,5%)	12 (34,3%)
Pressão das pernas	0	1 (2,9%)
Todos	0	3 (8,6%)
Menor preferência		
Alongador	2 (25%)	8 (22,9%)
Rotação vertical	0	2 (5,7%)
Esqui	1 (12,5%)	3 (8,6%)
Remada	2 (25%)	3 (8,6%)
Rotação vertical	1 (12,5%)	1 (2,9%)
Multiexercitador	1 (12,5%)	8 (22,9%)
Pressão de pernas	0	2 (5,7%)
Rotação dupla diagonal	1 (12,5%)	1 (2,9%)
Simulador de caminhada	0	2 (5,7%)
Não há	0	5 (14,3%)

Fonte: O AUTOR, 2017

2.2.2. Perfil antropométrico dos usuários do RAL/UERJ

A Tabela 17 mostra o perfil antropométrico dos usuários do RAL/UERJ quanto à massa corporal, IMC, RCQ, %GC e DC.

Tabela 17 - Perfil antropométrico de homens e mulheres frequentadores do RAL/UERJ.

Variável	Homens (N=8)		Mulheres (N=35)	
	Média	DP	Média	DP
Massa Corporal (kg)	71,5	11,48	70,6	11,28
Estatura (m)	1,58	0,08	1,58	0,07
IMC (kg/m ²)	28,5	4,09	28,3	3,93
RCQ	0,86	0,09	0,86	0,08
%GC	38,7	6,19	38,7	5,93
DC	1,01	0,01	1,01	0,01

Fonte: O AUTOR, 2017

2.3. Discussão

Neste estudo, o público usuário de uma AAL localizada na cidade do Rio de Janeiro, RJ, Brasil, em um campus universitário (RAL/UERJ), respondeu a um questionário de perguntas fechadas e semiabertas que mostrava seu perfil sociodemográfico e sua opinião quanto a esse Programa, em geral. Também foi feito um levantamento do perfil antropométrico desses usuários. Embora o RAL/UERJ faça parte de uma política pública de promoção da saúde do idoso através da prática do exercício físico, havia pessoas com menos de 60 anos fazendo parte do projeto (tabela 1). Como a pesquisa focou investigar toda a população matriculada nesta unidade do RAL, esses indivíduos foram incluídos e considera-se que essa situação, também, é uma informação interessante como realimentação aos gestores. Isso porque se considera que a ideia não é excluir, mas considerar que pessoas mais jovens têm procurado melhorar sua condição física para um envelhecimento saudável, algo já apontado em estudo anterior (KRUCHELSKI; GRANDE; DE SOUZA WENDLING, 2011).

No que se refere às características sociodemográficas dos usuários (tabela 1), outros estudos consideraram levantar tais informações ao investigar idosos que

praticam atividades físicas regulares (ANDREOTTI; OKUMA, 2003; CARDOSO et al., 2008; EIRAS, S. B., DA SILVA, W. H. A., DE SOUZA, D. L., VENDRUSCOLO, 2010; HUNG; CROMPTON, 2006; KRUCHELSKI; GRANDE; DE SOUZA WENDLING, 2011; LOPES et al., 2012; MAZO et al., 2013; MCCORMACK et al., 2010), talvez por uma questão de caracterização da amostra. Ao relacionar tais informações com a prática de exercícios físicos, no entanto, esse dado parece relevante, pois, estudos mostram que o grupo etário com mais de 65 anos parece se tornar mais sedentário com o avanço da idade. E o grupo pesquisado, na presente investigação, apresenta indivíduos octogenários. Além de uma informação etária da amostra, é preciso investigar os motivos que levam tais pessoas a buscarem a prática de exercícios regulares, o que será discutido a posteriori.

A concentração de homens e mulheres no grupo frequentador do RAL/UERJ mostrou-se heterogêneo, com o público feminino representando a maioria (83%) (tabela 1). Isso não é diferente de outros programas de exercício físico regular para idosos já relatados na literatura (KRUCHELSKI; GRANDE; DE SOUZA WENDLING, 2011; LOPES et al., 2012). Andreotti e Okuma (2003) abordaram esse fenômeno e chegaram à conclusão de que ocorre maior adesão do sexo feminino a programas de exercícios supervisionados porque as mulheres consideram essa uma boa oportunidade de socialização, além de haver maior preocupação com a saúde comparadas aos homens. Já os homens, têm maior preferência em socializar de outras formas, o que os faz frequentarem outros lugares como bares, praças e clubes. Segundo Cerri e Simões (2007), isso pode estar associado à questão cultural, em que mulheres admitem com mais facilidade que precisam do convívio com outras pessoas. Para Nascimento et al. (2009), a quantitativa superioridade feminina nesse tipo de programa deixa evidente que as mulheres são mais preocupadas com sua saúde, talvez pelo fato dos homens (parte deles) não admitirem precisar cuidar da própria saúde, muitas vezes, por questão pré-conceitual.

Quanto ao estado civil, neste estudo, a maioria dos participantes encontrava-se casada, dado que se afasta do resultado de outros estudos, como o de Barros e Arkus (2001), que, ao correlacionar esta informação com o nível de exercício físico das pessoas, afirmaram que mulheres solteiras parecem ser menos sedentárias que as casadas. Na presente pesquisa, o estado civil da maioria dos homens era

casado. Segundo Rowland (1998), indivíduos que recebem incentivo tanto dos amigos quanto do cônjuge tem maiores chances de serem fisicamente ativos.

No que diz respeito à exercício físico e a relação com a quantidade de filhos e/ou pessoas que moram na mesma residência, Andreotti e Okuma (2003) levaram em consideração o fato de as mulheres se preocuparem mais com questões relacionadas à organização da casa e da família, de forma geral, que os homens. Isso pode influenciar a prática de exercício físico, uma vez que esse tipo de responsabilidade pode reduzir o tempo que as mesmas têm para cuidar de si, dedicando-se, principalmente, à família e às atividades do lar. Entretanto, neste estudo, a média de idade dos usuários do RAL/UERJ estava entre 64 anos, o que se acredita que os filhos já tenham atingido a idade adulta, sobrando mais tempo para si.

Para a escolaridade, o presente estudo mostrou que a maioria dos frequentadores do RAL/UERJ completaram o Ensino Fundamental (Primário e Ginásio) e o Ensino Médio (Técnico/ Colegial/ Científico/ 2º grau), resultado que se afasta de outros estudos. Castro et al. (2009), por exemplo, encontraram, dentre todos os praticantes de atividades físicas regulares de um programa em Brasília-DF, Brasil, 41,4% com o nível superior completo, dado que vai ao encontro de outras pesquisas que indicam uma relação direta entre escolaridade e prática de exercícios físicos (NUNES; BARROS, 2004; VIEIRA; FERREIRA, 2004). Pitanga e Lessa (2005) reforçaram essa ideia ao mostrarem que mulheres com maior escolaridade tendem a praticar mais exercício físico quando comparadas às mulheres de menor escolaridade. Dessa forma, parece haver uma relação direta entre o grau de escolaridade e a importância da prática do exercício físico, já que indivíduos com maior instrução escolar são mais ativos comparados a indivíduos com menor instrução (RHODES et al., 1999). E isso é percebido não só no Brasil. Em países como Austrália, Estados Unidos e Canadá, indivíduos com menor grau de instrução mostraram-se menos ativos comparados aos de maior nível escolar (ANDREOTTI; OKUMA, 2003). O fato de a presente pesquisa indicar uma maioria de indivíduos com, no máximo, Ensino Fundamental e Médio cursados, pode ser explicado pela característica do Programa, que é público e gratuito, ou por significar que mais informações estão chegando a populações mais carentes, uma vez que a região do RAL/UERJ, por exemplo, é cercada por diferentes comunidades.

No que diz respeito à profissão, atividade laboral e aposentadoria (tabela 2), o presente estudo mostrou que a maioria das mulheres, atualmente, não trabalha, mas possui ou possuiu uma profissão, mesmo que informal, o que pode justificar não serem aposentadas (não contribuíram para o Instituto Nacional do Seguro Social - INSS), e isso diferir dos homens. Isso pode estar relacionado com a dedicação que as mesmas tiveram com os filhos, o lar e a família. Entretanto, esse ocorrido vai contra o estudo de Pereira e Okuma (2009), em que a maioria das mulheres, com a faixa etária semelhante ao do presente estudo, manteve atividades profissionais ao longo da vida. Esse acontecido se torna curioso, uma vez que Giatti e Barreto (2002) identificaram um grande número de mulheres que não trabalhavam e não eram aposentadas. As autoras afirmam que esse fenômeno pode estar relacionado com a geração em que nasceram e as funções que exerciam dentro de casa, já que o ingresso da mulher no mercado de trabalho aumentou em proporção a partir dos anos 70.

Quanto às rendas pessoal e familiar, a maioria dos usuários do RAL/UERJ ganhava até 3 salários mínimos (tabela 3). Friiss et al. (2003) identificaram que, quanto menor a renda, menores são as chances de esse público ingressar e permanecer em um programa de exercício físico regular. Levando em consideração que a renda familiar de até 3 salários mínimos está classificada como de classe média (de R\$2.675 a R\$4.681) (Gaparín, 2014), a maioria dos usuários do presente estudo enquadra-se nessa classificação, indo de acordo com o estudo de Friiss et al. (2003).

Para o item problemas de saúde e uso de medicamentos (tabela 4), hipertensão foi o mais relatado entre os usuários do RAL/UERJ. A hipertensão passou a ser uma das doenças mais comuns entre os idosos (VASAN et al., 2001). Atualmente, hábitos alimentares e estilo de vida inadequados são alguns dos fatores influenciadores para o surgimento de hipertensão nos indivíduos (JARDIM et al., 2007). Assim, cabe aos gestores responsáveis pela promoção da saúde da população, em geral, promover estratégias como forma, não, apenas, de tratar, mas, também, de prevenir a hipertensão e qualquer outra doença causada por sedentarismo e maus hábitos alimentares. Assim, a prática regular de exercício físico vem a ser uma das formas de tratamento e prevenção para a hipertensão (SILVA et al., 2014).

Para o item deficiência física (tabela 4), uma aluna possui deficiência auditiva (perda parcial – 50% - da audição) e a outra, física (mão) o que, em ambas, não compromete nem a execução dos exercícios nem o andamento da aula. Independente do tipo de deficiência, a prática de atividades físicas, quando bem orientada, podem influenciar no desenvolvimento biopsicossocial do portador da deficiência, melhorando sua qualidade de vida. É importante que suas limitações sejam respeitadas e que haja apoio dos familiares e amigos, uma vez que pessoas com deficiência tendem a ser menos ativas, as vezes, por se excluírem da sociedade se achando incapazes (ZUCHETTO, 2003).

Dentre as respostas quanto ao uso de drogas proibidas, cigarros e álcool, a maioria dos alunos do RAL/UERJ, respondeu não fazer uso (tabela 5). O uso dessas drogas somado ao envelhecimento fisiológico do ser humano torna o idoso mais suscetível à intoxicação. A inexecução física somada a isso compromete, ainda mais, a saúde do idoso, tornando-o mais frágil e vulnerável ao surgimento de outras doenças (SANTOS et al., 2014).

Na segunda parte do questionário foram realizadas perguntas sobre o programa de exercício físico. No que se refere aos motivos que levaram os usuários a frequentarem o RAL/UERJ (tabela 6), a opção “por conta própria, para melhorar o meu condicionamento físico” e “ficar em forma”, foram as mais apontada pela maioria, corroborando estudos de Gomes e Zazá (2012) e Mazo et al. (2013). Isso mostra que a busca pelo bem estar, melhor qualidade de vida e manutenção da independência para realizar as atividades diárias são cada vez mais frequentes. Para Baechle e Westcott (2013), uma possível explicação pode estar relacionada ao medo de cair e/ou ficar doente e se tornar dependente de terceiros na realização de funções básicas do dia a dia, como tomar banho, ir ao banheiro e alimentar-se (RIBEIRO et al., 2015).

Quanto às atividades oferecidas pelo programa, se destacaram caminhada/corrída na quadra, ginástica e alongamento (tabela 7). Essas atividades eram inseridas no próprio planejamento da aula onde a caminhada/corrída na quadra era realizada, principalmente, no início da aula, a ginástica, referente aos exercícios realizados nos aparelhos, eram realizadas no meio da aula e o alongamento no final da aula como volta à calma. Tendo em vista que a prática de atividade regular mantém o corpo em condições favoráveis para a realização das

atividades do dia a dia, qualquer tipo de exercício físico realizado, contribui para um envelhecimento saudável e com mais qualidade (SILVA et al., 2014).

Acerca da impressão geral dos usuários sobre o RAL/UERJ, foram nomeados pontos positivos e negativos (tabela 8). Para o grupo entrevistado, o professor é o maior ponto positivo do Programa, enquanto a limpeza liderou a listagem de aspectos negativos. A participação do professor como figura motivacional é capaz de despertar no aluno o prazer pela prática de uma determinada atividade, a fim de fidelizá-lo à mesma, garantindo seu bem estar e, conseqüentemente, sua permanência no programa (LIZ, 2010; COELHO FILHO, 2000). Criatividade, motivação e inovação são outras estratégias que permitem, ao professor, manter o aluno na prática do exercício físico (MARTINS JUNIOR, 2008). Sobre a limpeza, a manutenção de uma unidade do RAL, que inclui limpeza, conservação, organização e iluminação do local, é de responsabilidade da Prefeitura (PALÁCIOS; NARDI, 2007; SELA; SELA, 2014; SELSON; DA SILVA OLIVEIRA, 2016). No caso do RAL/UERJ, esse serviço depende do funcionamento adequado na Universidade, que, atualmente, vive a privatização de parte de seus serviços e, com os constantes problemas de pagamentos dos funcionários terceirizados (FRANÇA, 2015), faz com que a limpeza seja um item destacado negativamente pelos usuários. A limpeza contribui para o bom visual da AAL e é um item reparado por usuários de diferentes localidades e frequentadores de parques públicos (RUNDLE et al., 2013). No RAL/UERJ, este é um quesito, também, de segurança ao usuário: exemplo disso é o piso não ser cimentado e poder provocar acidentes por tropeços e/ou escorregões.

Tendo em vista que o RAL tem como objetivos, também, proporcionar saúde e bem estar ao usuário idoso, a falta de banheiros e bebedouros próximos à unidade podem trazer desconforto aos usuários. A incontinência urinária, definida como perda involuntária da urina, causado por comprometimento do trato urinário inferior e o assoalho pélvico, menopausa, doenças diversas e efeitos colaterais devido ao uso de medicamentos (DOS REIS et al., 2003), pode ocorrer em indivíduos de várias idades. Cerca 8 a 34% da população idosa brasileira, sofre desse problema, sendo as mulheres, afetadas duas vezes mais do que os homens (FABIANA et al., 2010). Destaca-se que, como no presente estudo o contingente é mais feminino, isso se torna um problema ainda maior devido à distância existente entre o local onde o RAL/UERJ foi instalado e o banheiro mais próximo, sendo necessário subir escada para ter acesso ao mesmo. Quanto à falta de bebedouros próximos, podemos

destacar a importância fisiológica da hidratação tanto para a população idosa quanto para quem pratica exercício físico independente da idade. Segundo o posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, quanto à exercício físico e saúde no idoso (NÓBREGA et al., 1999), é importante que seja estimulada a hidratação antes, durante e após a exercício físico. A perda hídrica durante a prática de exercício físico pela sudorese, pode levar o indivíduo à desidratação e, conseqüentemente, causar danos à saúde (MOREIRA et al., 2006). Entretanto, na população idosa, devido às mudanças fisiológicas decorrente do envelhecimento, a desidratação tende a ocorrer com maior facilidade, comprometendo a homeostase e podendo ocasionar infecção urinária, hipertermia, insuficiência renal, entre outras conseqüências (DIAS, 2014).

Quanto à frequência semanal, o presente estudo mostrou que o grupo é heterogêneo no que se refere ao tempo de permanência nessa AAL e à frequência semanal. No que se refere ao turno frequentado, o da manhã, atualmente, é o único turno que todas as unidades RAL funcionam - de segunda a sexta das 7h às 10h - (tabela 9). Essa é a recomendação para pessoas idosas e hipertensas para a promoção da saúde segundo a revista de Cardiologia e Nefrologia (2010), podendo ser estratégia eficaz para a amenização dos sintomas do envelhecimento como diminuição da autonomia, funcionalidade e mobilidade (CARVALHO, 2014), alterações de características antropométricas que favorecem ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, aumento de força e de aptidão cardiorrespiratória (NGUYEN; RANEY, 2014). De acordo com Dishman (1998), estima-se que boa parte dos indivíduos que começa um programa de exercícios físicos tende a “falhar” nas suas intenções de manutenção da prática. Para o autor, a partir do seu ingresso, aproximadamente, 50% dos praticantes irão desistir em menos de seis meses e que somente, após este tempo pode-se considerar que o indivíduo aderiu de fato a esse comportamento. Levando isso em consideração e somando os percentuais de indivíduos que se encontram acima de seis meses frequentando o RAL/UERJ, percebe-se que o grupo investigado possui adesão ao Programa. Isso pode estar relacionado com o fato de a maioria dos participantes do RAL/UERJ não terem participado de outro RAL, respondido no item “já participou de outro RAL” (tabela 10).

Quanto aos benefícios que o RAL/UERJ trouxe para a saúde dos seus usuários (tabela 11), as respostas mais votadas foram: melhorou a minha execução das atividades diárias; diminuíram ou cessaram as minhas dores, melhorou a minha autoestima, minha pressão arterial diminuiu [melhorou] e controlou a minha diabetes/ colesterol/ peso. Como foi dito, a prática de exercício físico traz inúmeros benefícios à saúde, não, apenas, para a população idosa. Ela deve ser estimulada como forma de prevenir e controlar as doenças crônicas não transmissíveis, além de contribuir para a melhora da capacidade funcional e da qualidade de vida durante o envelhecimento (MATSUDO et al., 2001).

Sobre a opinião dos usuários quanto ao trabalho desenvolvido no RAL/UERJ de forma geral, a maioria dos integrantes do RAL/UERJ deu a pontuação máxima (dez) (tabela 12). Para a opinião dos mesmos relacionado à segurança quanto ao trabalho desenvolvido no RAL/UERJ voltada à saúde, todos os usuários do programa responderam que se sentem seguros com o trabalho desenvolvido no RAL/UERJ. Quanto à importância do programa para a saúde da população, todos os usuários do RAL/UERJ responderam que o programa é importante e ajuda na melhora da qualidade de vida da população. Isso pode ser uma forma de mostrar o sucesso quanto à adesão por parte dos frequentadores do RAL/UERJ. Um dos grandes desafios da exercício físico, não só para os idosos mas para indivíduos de todas as idades, é fazer com que a mesma, vire rotina e que seja realizada de forma prazerosa. Dessa forma, é importante que se construa estratégias adversas a fim de proporcionar à população propostas diferentes para a prática de exercício físico (VALERIO; RAMOS, 2005), tornando o indivíduo mais assíduo na prática da mesma. A segurança que o programa proporciona à população e a consciência que os integrantes tem quanto à importância do mesmo para a população e para a própria saúde se faz positivo para o aumento da qualidade de vida desses indivíduos. Entretanto, a prática de exercício físico é uma barreira que, ainda, precisa ser quebrada. Um estudo realizado por Goggin e Morrow (2001) mostrou uma diminuição na participação de indivíduos com mais idade, na prática de exercício físico. Isso pode estar relacionado com a falta de informação e incentivo pra esse público quanto à importância da prática de exercício físico para a saúde, em geral (PEREIRA; OKUMA, 2009).

Quanto aos funcionários que trabalham no RAL/UERJ, além do professor de educação física, a maioria dos participantes do programa disseram haver a

participação de um enfermeiro e um apoio, responsável pelo cadastro dos alunos no programa. Para eles, a classificação quanto ao atendimento, avaliado pelos usuários do RAL/UERJ, foi Excelente (tabela 14), assim como o atendimento por parte do Profissional de Educação Física (tabela 14). A infraestrutura do programa recebeu a classificação Bom (tabela 14) e o nível de satisfação dos usuários do RAL/UERJ quanto ao programa, por eles frequentado, foi de Muito Satisfeito (tabela 15). Diante desses resultados, entende-se que um bom trabalho desenvolvido por um programa de incentivo à exercício físico torna os alunos mais presentes nas aulas. Isso soa positivo já que estudos longitudinais afirmam haver benefícios na prática de atividades físicas com duração de 30 min, pelo menos 3 vezes por semana como redução dos riscos para o surgimento de doenças crônicas, além da melhora das taxas metabólicas (MONTEIRO et al., 2003).

Quanto às principais sugestões e reclamações a respeito do programa (tabela 15), a opção que teve maior resposta foi “não há sugestões a fazer”, seguida de “colocar cobertura no local de prática”, “limpeza” e “banheiro próximo”. Quanto à reclamação, a maioria dos alunos do RAL/UERJ disse “não ter reclamações a fazer”, seguido de “falta de limpeza”. O fato de não ter sugestões ou reclamações a fazer sobre o programa pode estar associado ao medo de que o programa terminasse (relatado por alguns alunos durante a aplicação do questionário). Pitanga (2001) descreveu quatro motivos que determinam a permanência ou não de indivíduos em um programa de exercício físico; são eles: variáveis demográficas – idade, sexo, grau de instrução, etc.; cognitivas – percepção das dificuldades existentes quanto à prática de exercício físico, mudanças de humor; ambientais – clima, acesso ao local de prática, segurança local; e apoio social – familiares, amigos. No presente estudo, podemos levar em consideração o fator ambiental. Devido à falta de repasse destinado à UERJ, os funcionários se viram obrigados a entrar em greve. Isso influenciou, por exemplo, na limpeza de diversos setores da instituição, atingindo o RAL/UERJ (MARQUES; WASHINGTON, 2016). Isso fez com que os próprios alunos e funcionários trouxessem pá, vassoura e sacola de lixo, para limpar o local e tentar deixar o mais habitável possível (caso relatados por alguns alunos do RAL/UERJ). Isso mostra que um ambiente limpo e organizado, motiva o aluno a praticar suas atividades físicas de maneira harmônica e prazerosa.

A tabela 16 mostra os aparelhos que os usuários do RAL/UERJ mais gostam e menos gostam de usar. Entre as mulheres, em primeiro lugar no que se refere a

maior preferência, ficou o aparelho Esqui e em segundo, o simulador de caminhada. Tanto o aparelho Esqui quanto o simulador de caminhada são responsáveis pelo fortalecimento, aumento de mobilidade e coordenação motora dos membros inferiores. O que diferencia um do outro é que, no aparelho Esqui, há a opção de utilizar os MMSS (Membros Superiores) durante a execução do exercício (RODRIGUES; CARNEIRO, 2013). Ambos assemelham-se ao exercício de caminhada, atividade que proporciona grandes benefícios à saúde podendo ser praticada por indivíduos de todas as idades (GODOY, 2007). Por ser uma atividade na qual o próprio praticante é quem, normalmente, determina a intensidade do exercício, o mesmo pode se tornar uma atividade mais prazerosa para seus praticantes (STEFFENS et al., 2011). Entre os homens, o multiexercitador foi o aparelho mais preterido entre eles. O multiexercitador é um aparelho que trabalha fortalecimento de MMSS e MMII e exige um pouco mais de coordenação e esforço comparado aos outros aparelhos (GODOY, 2007), o que se pode esperar, considerando que os homens, em sua maioria, preferem um físico mais musculoso comparado às mulheres (FERREIRA; CASTRO; GOMES, 2005).

No que se referem aos resultados do perfil antropométricos dos usuários do RAL/ UERJ (tabela 17), nas variáveis massa corporal e estatura, foi observado pouca variação entre os homens (massa corporal = 71,5 kg; Estatura = 1,58 m) e as mulheres (massa corporal = 70,6 kg; Estatura = 1,58 m). Até a idade de 45 a 50 anos, a massa corporal das mulheres norte-americanas tende a aumentar. Até os 70 anos, ela se estabiliza e após, passa a diminuir. Nos homens, a massa corporal se mantém até os 40 anos, havendo, após, uma diminuição gradual. Entretanto, apesar de a massa corporal diminuir, a gordura corporal tende a aumentar com o envelhecimento (SPIRDUSO; BERNARDI; PIRES, 2005). Contudo, a massa corporal não é o melhor indicativo de saúde. A massa óssea ou muscular de um indivíduo, por exemplo, tende a influenciar no valor da massa corporal total (GURGEL, 2008), resultando em um valor alto para o que é tido como normal.

Para o IMC, também houve pouca diferença entre os valores comparando ambos os sexos (homens = 28,5 kg/m²; mulheres = 28,3 kg/m²) tendo como resultado, Obesidade Grau I. O excesso de peso é um estado alarmante em qualquer idade havendo, nos idosos, chances aumentadas para o surgimento de doenças não transmissíveis (hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares) (DA SILVA et al., 2011). O grande número de casos de idosos acima do peso é

prevalente em outras cidades brasileiras. Em um estudo feito por Campos et al., (2006), realizado com os resultados da Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV), avaliou 1370 idosos da região Sudeste e Nordeste. Os resultados encontrados foi de 32,3% dentro da classificação de sobrepeso e 11,6% dentro da classificação obesidade grau I, semelhantes em outras regiões como Rio Grande do Sul (DA CRUZ et al., 2004) e Bahia (TRIBESS; JUNIOR; PETROSKI, 2010). Esses resultados são preocupantes e podem ajudar na implantação de políticas públicas responsáveis pela saúde do idoso, a fim de diminuir os problemas ocasionados pela obesidade.

Se tratando de obesidade, o presente estudo mensurou resultados da RCQ. A mesma é responsável por verificar a distribuição da gordura corporal, principalmente, aquela localizada na região abdominal, a partir do cálculo da perímetria da cintura dividido pela perímetria do quadril. Pelos os resultados obtidos – no presente estudo, 0,86 em homens e mulheres-, é possível verificar se há uma deposição aumentada de gordura na região intra-abdominal. O excesso de gordura nessa região pode trazer problemas à saúde como, por exemplo, a síndrome plurimetabólica (obesidade visceral, resistência à insulina, hipertensão arterial sistêmica, etc.) (SOAR; VASCONCELOS; ASSIS, 2004). No presente estudo, verificamos que entre os homens, a classificação da RCQ quanto ao risco à saúde foi baixo (<0,90 – baixo). Já nas mulheres, a classificação quanto ao risco à saúde foi alto (0,84-0,90 – alto). Isso pode influenciado pelos efeitos, por exemplo, da menopausa. A mesma pode influenciar no ganho de peso e a disposição da gordura corporal, concentrando-se mais na região abdominal (MACHADO; SICHIERI, 2002).

Quanto ao percentual de gordura e à densidade corporal, homens e mulheres apresentaram médias semelhantes no presente estudo cujo resultado teve a classificação como alto percentual de gordura (>35 para mulheres e >28 para homens). Esses resultados vão ao encontro dos achados no estudo de Bueno et al. (2008), no qual ambos os sexos apresentavam as classificações semelhantes. Entretanto, segundo esses mesmos autores, esse fenômeno pode ser decorrente do envelhecimento, contribuindo para o aumento do tecido adiposo, diminuição da massa magra e da quantidade de líquidos no organismo. Ressalta-se que o método de dobras cutâneas utilizado para verificar a distribuição da gordura corporal é bastante utilizado por ser um método não invasivo e de baixo custo (PERINI; VEICSTEINAS, 2003).

2.4 Limitações

Como estudo exploratório, a presente obra trouxe dados descritivos iniciais de uma unidade de AAL/ RAL. Era interessante, porém, haver um acompanhamento dos efeitos dos exercícios na saúde dos participantes para permitir uma reavaliação dos dados coletados e uma inferência mais aprofundada sobre os achados.

No que tange ao impacto científico desta pesquisa, o fato de se tratar de uma realidade mais local, pode ser um entrave para extrapolarmos os resultados para outras situações, sujeitos e condições. Mas, as pesquisas de predominância qualitativa tem vantagens quando se pretende estudar um determinado fenômeno sob um olhar mais holístico; em outras palavras, conforme afirma Neves, 1996, p. 4:

São diversas as formas de avançar no conhecimento de um fenômeno: pela sua descrição, pela medição, pela busca de nexos causais entre seus condicionantes, pela análise de contexto [...], dentre outras. Diferentes maneiras de conceber e lidar com o mundo geram formas distintas de perceber e interpretar significados e sentidos do objeto pesquisado que não se opõem nem se contradizem (Neves, 1996, p. 4).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atividades desenvolvidas em locais abertos e públicos, como o RAL/UERJ, voltadas para a população idosa, precisa atender a essa população específica, a fim de melhorar a qualidade de vida, para aumentar, conseqüentemente, a expectativa de vida. Ao identificar o principal público que frequenta o programa e sua opinião quanto ao programa em geral, fornece aos gestores e responsáveis, informações importantes para esse e os demais programas existentes. Além disso, informações do presente estudo podem estimular a implantação de outros programas com enfoque na promoção do exercício físico para o idoso, aumentando o leque de atividades para a população idosa. Pensando também em promover melhor qualidade de vida, a Cidade Amiga do Idoso, uma ideia oriunda de um Congresso Mundial de Gerontologia no Rio de Janeiro, tem como objetivo, tornar as áreas urbanas resididas principalmente pela população idosa, mais acessíveis a esse público, a fim de incluir idosos com diferentes necessidades e graus de capacidade. Essa pode ser um forma de estimular os idosos, mantendo-os fisicamente mais ativos e com segurança.

Neste presente trabalho, traçamos tanto o perfil sociodemográfico quanto antropométrico dos alunos frequentadores do RAL/UERJ. A ideia principal era que, a partir dos resultados obtidos, pudéssemos identificar características dessa população, com o propósito de melhorar, ainda, mais o programa de exercício físico por eles frequentado e identificar pontos que já estavam adequados. Entretanto, esta unidade, após a mudança de gestão do projeto RAL, foi fechada justificada a partir de uma denúncia da qual a prefeitura estava mantendo uma unidade RAL dentro de um espaço do Governo Estadual. Apesar da seriedade do assunto, a descontinuidade de programas como esse pelos governantes pode ser um indício de que não foi dada a devida importância a isso. É interessante que se pense em exercício físico não apenas como tratamento mas, principalmente, como prevenção para o surgimento de doenças, principalmente as DCNT (Doenças Crônicas Não Transmissíveis), comumente a população idosa. Dessa forma, o que seria gasto financeiramente pelo governo para tratar, poderia ser usado para prevenir.

Existem poucos estudos explorando esse tipo de assunto, cabendo a necessidade que outros estudos fossem realizados dentro dessa temática.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, T. A. M. DI; MATIAS, K. F. DE S. Princípios fisiológicos do aquecimento e alongamento muscular na atividade esportiva. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 16, n. 3, p. 230–234, 2010.
- AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. Exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc.* v. 6, p.992-1008, 1998.
- ANDREOTTI, M. C.; OKUMA, S. S. Perfil sócio-demográfico e de adesão inicial de idosos ingressantes em um programa de educação física. *Revista Paulista de Educação Física*, v. 17, n. 2, p. 142–153, 2003.
- ARAÚJO, M. A. D. Temas de actualidade: Current topics Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v. 3, p. 230–236, 2010.
- BAECHLE, T. R.; WESTCOTT, W. L. *Treinamento de força para a terceira idade*. 2ª ed. Porto Alegre, Rio Grande do Sul: Artmed, 2013.
- BEDIMO-RUNG, A. L.; MOWEN, A. J.; COHEN, D. A. The significance of parks to physical activity and public health: a conceptual model. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 28, n. 2, p. 159–168, 2005.
- BENEDETTI, T. et al. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 2, p. 302–307, 2008.
- BIREME. *DeCS - Descritores em Ciências da Saúde*. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>>. Acesso em: 29 jul. 2016.
- BISHOP, D. J. Warm up I: Potential mechanisms and the effects of passive warm up on exercise performance. *Sports Medicine*, v. 33, n. 6, p. 439–454, 2003.
- BÖING, E.; CREPALDI, M. A. O Psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde Brasileiras. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 30, n. 3, p. 634–649, 2010.
- BRASIL, M. DA S. Política Nacional de Promoção da Saúde. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, v. 8, n. n.47, p. 1–60, 2010.
- BUENO, J. M. et al. Avaliação nutricional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos pertencentes a um programa assistencial. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 4, p. 1237–1246, 2008.
- CAMPOLINA, A. G. et al. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n. 6, p. 1217–1229, jun. 2013.

CAMPOS, M. A. G. et al. Estado nutricional e fatores associados em idosos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 53, n. 4, p. 214-21, 2006.

CANADA. BRITISH COLUMBIA. Seniors Community Parks, Disponível em: <<https://www2.gov.bc.ca/gov/content/family-social-supports/seniors/health-safety/active-aging/physical-activity/seniors-community-parks>>. Acesso em: 18 out. 2015.

CARDIOLOGIA, S. B. DE H. S. B. DE; NEFROLOGIA, S. B. DE. VI Brazilian guidelines on hypertension. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 95, n. 1, p. 1, 2010.

CARDOSO, A. S. A. et al. Fatores influentes na desistência de idosos em um programa de exercício físico. *Movimento*, v. 14, n. 1, p. 225–239, 2008.

CARVALHO, J. Pode o exercício físico ser um bom medicamento para o envelhecimento saudável? *Acta Farmacêutica Portuguesa*, v. 3, n. 2, p. 125–133, 2014.

CASALATINA, V. C. et al. Índices antropométricos e percentual de gordura em adultos sedentários iniciantes em um programa de treinamento funcional. In: *11º Congresso de Educação Física - UNIT*. Universidade Tiradentes, SE, 2015. Disponível em:

<<http://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/bitstream/handle/set/8777/%C3%8DNDICES%20ANTROPOM%C3%89TRICOS%20E%20PERCENTUAL%20DE%20GORDURA%20EM%20ADULTOS%20SEDENT%C3%81RIOS%20INICIANTES%20EM%20UM%20PROGRAMA%20DE%20TREINAMENTO%20FUNCIONAL..pdf?sequence=2>>. Acesso em: 16 jan. 2017.

CERRI, A. DE S.; SIMÕES, R. Hidroginástica e Idosos: por que eles praticam? *Movimento (ESEF/UFRGS)*, v. 13, n. 1, p. 81–92, 2007.

CHOW, H. W. Outdoor fitness equipment in parks: a qualitative study from older adults' perceptions. *BMC Public Health*, v. 13, p. 1216, 2013.

COHEN, D. A. et al. Contribution of public parks to physical activity. *American Journal of Public Health*, v. 97, n. 3, p. 509–514, 2007.

COHEN, D. A. et al. Parks and physical activity: why are some parks used more than others? *Preventive Medicine*, v. 50, p. S9-12, 2010.

COHEN, D. A. et al. Impact and cost-effectiveness of family fitness zones: a natural experiment in urban public parks. *Health & Place*, v. 18, n. 1, p. 39-45, 2012.

CUNHA, A. B. *Aulas de ginástica em espaços públicos ajudam na qualidade de vida dos idosos*. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/guest/exibeconteudo?id=4807584>>.

CUTT, H. E. et al. Barriers and motivators for owners walking their dog: results from qualitative research. *Health Promotion Journal of Australia: Official Journal of Australian Association of Health Promotion Professionals*, v. 19, n. 2, p. 118, 2008.

- DA COSTA, B. G. G.; FREITAS, C. DE LA R.; SILVA, D. K. S. Atividade física e uso de equipamentos entre usuários de duas Academias ao Ar Livre. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, v. 21, n. 1, p. 29–38, 2016.
- DA CRUZ, I. B. M. et al. Prevalência de obesidade em idosos longevos e sua associação com fatores de risco e morbidades cardiovasculares. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 50, n. 2, p. 172–7, 2004.
- DA SILVA, V. S. et al. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em idosos brasileiros. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 16, n. 4, p. 289–294, 2011.
- DA SILVA CASTRO, M. et al. Motivos de Ingresso nos Programas de Exercícios Físicos Oferecidos pelo Serviço Social do Comércio–SESC-DF. *Movimento (ESEF/UFRGS)*, v. 15, n. 2, p. 87–102, 2009.
- DA SILVA FILHO, J. N.; GURGEL, J. L.; PORTO, F. Efeitos de exercícios de alongamento para correção postural: revisão sistemática. *MTP Rehab Journal*, v. 12, n. 12, p. 544–566, 2014.
- DAC & CITIES. *Beijing: exercise opportunities for all*. Disponível em: <<http://www.dac.dk/en/dac-cities/sustainable-cities/all-cases/health/beijing-exercise-opportunities-for-all/>>. Acesso em: 17 set. 2016.
- DAY, R. Local environments and older people's health: Dimensions from a comparative qualitative study in Scotland. *Health & Place*, v. 14, n. 2, p. 299–312, 2008.
- DE, R.; MONTERO D'OLEO, J.; FÁVERO, M. Perfil sociodemográfico da população que demanda assistência médico-hospitalar em região do Estado de São Paulo, Brasil, 1988*. *Revista de Saúde Pública*, v. 4, p. 256–63, 1992.
- DE ALMEIDA, P. H. F. et al. Alongamento muscular: suas implicações na performance e na prevenção de lesões. *Fisioterapia em Movimento*, v. 22, n. 3, p. 335–343, 2009.
- DE BARROS, M. V. G.; DE ARKUS, V. N. Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. *Revista de Saúde Pública*, v. 35, n. 6, p. 554–564, 2001.
- DE PAIVA, G. C. et al. Perfil dos usuários das academias populares ao ar livre. *Coleção Pesquisa em Educação Física*, v. 14, n. 3, p. 1981–4313, 2015.
- DIAS, T. D. P. *Hidratação em idosos*. 78 f. 2014. Dissertação (Mestrado em: Educação para a Saúde) - Escola Superior de Educação, Coimbra, 2014.
- DICIONARIO ONLINE DE PORTUGUÊS. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/gentrificacao/>>. Acesso em: 20 mar. 2017.
- DICIONÁRIO ONLINE DE PORTUGUÊS. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/vitamina/>>. Acesso em: 3 abr. 2017.

DISHMAN, R. K. *Advances in exercise adherence*. Champaign: Human Kinetics, 1998.

DISSIONÁRIO ONLINE PORTUGUÊS. Adesão. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/adesao/>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

DOS REIS, R. B. et al. Incontinência urinária no idoso. *Acta Cirúrgica Brasileira*, v. 18, n. 5, p. 47–51, 2003.

DURNIN, J. V. G. ; WOMERSLEY, J. Body fat assessed from the total body density and its estimation from skinfold thickness: measurements on 481 men and women aged from 16 to 72 years. *British Journal of Nutrition*, v. 32, p. 77–97, 1974.

EIRAS, S. B., DA SILVA, W. H. A., DE SOUZA, D. L., VENDRUSCOLO, R. Fatores de adesão e manutenção da prática de atividade física por parte de idosos. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, v. 31, n. 2, p. 75–89, 2010.

ELLIOT, L. G. *Instrumentos de avaliação e pesquisa: caminhos para construção e validação*. Rio de Janeiro: Wak, 2012.

ESPINOSA, G. ; PORTO, FLÁVIA ; GURGEL, J. L. . Influence of Exercise on Anthropometric Indicators of Cardiovascular Risk in Elderly Women. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, v. 28, p. 290–297, 2015.

FABIANA, L. et al. Incontinência urinária em idosos. *Revista Mineira de Educação Física*, n. 5, p. 167–176, 2010.

FARINATTI, P. DE T. V. Envelhecimento: promoção da saúde e exercício. *Bases teóricas e metodológicas*. v. 1, Manole, 2008

FARINATTI, P. DE T. V.; ASSIS, B. F. DA C. B. DE; SILVA, N. S. L. DA. Estudo comparativo da autonomia de ação de idosas participantes de programas de atividade física no Brasil e Bélgica. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, v. 10, n. 2, p. 107–114, 2008.

FERREIRA, M. E. C.; CASTRO, A. P. A. DE; GOMES, G. A. *Obsessão masculina: pelo, corpo: malhado, forte e sarado*. v. 1, p. 167–182, 2005.

FILHO, C. A. DE A. C. O discurso do profissional de ginástica em academia no Rio de Janeiro. *Revista Movimento*, v. 4, n. 12, p. 14–25, 2000.

FRANÇA, R. Atraso em salário de terceirizados deixa Uerj sem limpeza e elevador: Secretaria estadual de Fazenda promete liberar hoje parte do pagamento. *O Globo*, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/rio/atraso-em-salario-de-terceirizados-deixa-uerj-sem-limpeza-elevador-15983173>>. Acesso em: abr. 2016.

FRANCHI, K. M. B.; MONTENEGRO JUNIOR, R. M. Atividade física: uma necessidade para a boa saúde na terceira idade. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 18, n. 2, p. 152–156, 2005.

FRIIS, R. H. et al. Socioepidemiologic and Health-Related Correlates of Walking for Exercise among the Elderly: Results from the Longitudinal Study of Aging. *Journal of Aging and Physical Activity*, v. 11, n. 1, p. 54–65, jan. 2003.

FURTADO, H. et al. *Tema*: metodologia de aula ATI, [20--].

GASPARIN, G. G1 - *Veja diferenças entre definições de classes sociais no Brasil: notícias em seu dinheiro*. Disponível em: <<http://g1.globo.com/economia/seu-dinheiro/noticia/2013/08/veja-diferencas-entre-conceitos-que-definem-classes-sociais-no-brasil.html>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Trabalho feminino e saúde na terceira idade Women's work and health among *Brazilian Elderly*. *Health*, v. 7, p. 825–839, 2002.

GODBEY, G.; MOWEN, A.; ASHBURN, V. A. The benefits of physical activity provided by park and recreation services: *The scientific evidence*. National Recreation and Park Association Ashburn, VA, USA, 2010.

GODOY, R. Benefícios do Exercício Físico sobre a Área Emocional. *Movimento (ESEFID/UFRGS)*, v. 8, n. 2, p. 7–15, 2007.

GOGGIN, N. L.; MORROW, J. R. Physical Activity Behaviors of Older Adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, v. 9, n. 1, p. 58–66, 2001.

GOMES, K. V.; ZAZÁ, D. C. Motivos de adesão a prática de atividade física em idosas. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 14, n. 2, p. 132–138, 2012.

GUALANO, B.; TINUCCI, T. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, v. 25, p. 37–43, 2011.

GURGEL, J. L. *Avaliação do perfil antropométrico dos idosos de Porto Alegre, RS: a influência da metodologia na determinação da composição corporal*. 2008. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; Porto Alegre: PUC/RS, 2008

HEYWARD, V. H. *Avaliação física e prescrição de exercíciotécnicas avançadas*. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

H HEYWARD, V.H.; STOLARCZYK, L. M. *Avaliação da composição corporal aplicada*. 1. ed. São Paulo: Manole, 2000.

HUNG, K.; CROMPTON, J. L. Benefits and Constraints Associated with the Use of an Urban Park Reported by a Sample of Elderly in Hong Kong. *Leisure Studies*, v. 25, n. 3, p. 291–311, 2006.

IBGE. *Projeções da população: Brasil e unidades da federação, 2013*, Disponível em <ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/srm40_projecao_da_populacao.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. *Classificação portuguesa das profissões*, 2010, Disponível em <http://azores.gov.pt/NR/rdonlyres/2750F07D-9748-438F-BA47-7AA1F8C3D794/0/PPP2010.pdf>. Acesso em 15 out. 2016.

JARDIM, C. V. et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 88, n. 4, p. 452–7, 2007.

KRUCHELSKI, S.; GRANDE, D.; DE SOUZA WENDLING, N. M. Utilização do ambiente construído: academias ao ar livre em Curitiba. *Gestão Pública*, p. 67, 2011.

LACKEY, K. J.; KACZYNSKI, A. T. Correspondence of perceived vs. objective proximity to parks and their relationship to park-based physical activity. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, v. 6, n. 1, p. 53, 2009.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. D. A. *Fundamentos de metodologia científica*. 6. ed. São Paulo, 2010.

LARKIN, M. Why older-adult playgrounds. *The Journal on Active Aging*, 2012.

LEITE-CAVALCANTI, C. et al. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. *Revista de Salud Pública*, v. 11, n. 6, p. 865–77, 2009.

LIMA, C. Demitidos da era Collor ainda aguardam anistia - *Portal Vermelho*. Disponível em: <<http://www.vermelho.org.br/noticia/30675-1>>. Acesso em: 22 mar. 2017.

LIZ, C. M. de et al. Aderência à prática de exercícios físicos em academias de ginástica. *Motriz Revista de Educação Física*, v. 16, n. 1, p. 181-188, 2010

LOPES, M. A. et al. Análise da aderência e da permanência de longevos em programas de atividade física. *ConScientiae Saúde*, v. 11, n. 3, p. 429–437, 2012.

LOURO, J. Q. *Influência de exercícios de equilíbrio na redução de oscilações corporais e aumento de força em idosos*. 2014. 154 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde)- Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niterói, 2014

MACHADO, P. A. N.; SICHIERI, R. Relação cintura-quadril e fatores de dieta em adultos. *Revista de Saúde Pública*, v. 36, n. 2, p. 198–204, abr. 2002.

MARQUES, R. G.; WASHINGTON, M. G. M. *Nota da Reitoria UERJ – esclarecimentos sobre custeio e pagamento de pessoal*. Disponível em: <http://www.uerj.br/lendo_noticia.php?id=1037>. Acesso em: 9 maio. 2017.

MARTINS JUNIOR, J. O professor de educação física e a educação física escolar: como motivar o aluno? *Revista da Educação Física/UEM*, v. 11, n. 1, p. 107–117, 2008.

MATSUDO, S. M. et al. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 7, n. 1, 2001.

MAZO, G. Z. et al. Academias da saúde de Florianópolis- diferenças regionais na percepção dos idosos quanto aos serviços prestados, motivos de ingresso e permanência. *Arquivo Catarinense de Medicina*, v. 42, n. 1, 2013.

- MCCORMACK, G. R. et al. Characteristics of urban parks associated with park use and physical activity: A review of qualitative research. *Health and Place*, v. 16, n. 4, p. 712–726, 2010.
- MODESTO, P. Notas para um debate sobre o princípio da eficiência. *Revista do Serviço Público*, v. 51, n. 2, p. 105–119, 2000.
- MONTEIRO, C. A. et al. A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996--1997. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 14, n. 4, p. 246–254, out. 2003.
- MORA, R.; WEISSTAUB, G. Outdoor fitness equipment in parks, in Santiago, Chile. *Revista Medica de Chile*, v. 144, n. 1, p. 134–135, 2016.
- MOREIRA, C. A. M. et al. Hidratação durante o exercício: a sede é suficiente? *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 12, n. 6, p. 405–409, 2006.
- NASCIMENTO, L. C. G. do; PATRIZZI, L. J.; OLIVEIRA, C. C. E. S. Efeito de quatro semanas de treinamento proprioceptivo no equilíbrio postural de idosos. *Revista Fisioterapia em Movimento*, v. 25, n. 2, p. 325-31, 2012.
- NASCIMENTO, L. F. G.; FERREIRA, M. E. C. Melhoria da qualidade de vida dos idosos através da atividade física. *Revista Digital Buenos Aires*, v. 14, n. 131, 2009.
- NASCIMENTO, C. T. C. DO. Cidade dos jogos. Memórias del XI Seminario Internacional de la Red Iberoamericana de Investigadores sobre Globalización Y Territorio (RII). *Anais...* Mendoza, Argentina: 2010
- NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. *Caderno de Pesquisas em Administração*, v. 1, n. 3, p. 1–5, 1996.
- NGUYEN, C. H.; RANEY, M. A. Exercise Training with Fitness Zone Equipment in Sedentary Hispanic Women: A Pilot Study. 2014.
- NÓBREGA, A. C. L. DA et al. Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: atividade física e saúde no idoso. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 5, n. 6, p. 207–211, dez. 1999.
- NUNES, J. O. M.; BARROS, J. DE F. Fatores de risco associados à prevalência de sedentarismo em trabalhadores da indústria e da Universidade de Brasília. *Lecturas: educación física y deportes*, n. 69, p. 16, 2004.
- PADILHA, S. L.; PIETA, S. A. *A influência da atividade de volta à calma para a melhoria do aprendizado em crianças do ensino fundamental*. Paraná: UNICS, 2002. Disponível em: <http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/modules/mydownloads_01/singlefile.php?id=36&lid=6291>. Acesso em: 02 set.2016.
- PALÁCIOS, A. R. O. P.; NARDI, A. C. F. Academia da Terceira Idade: promoção da saúde e atividade física em Maringá. *Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 40, p. 71–76, 2007.

PECK, E. et al. The Effects of Stretching on Performance. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, v. 10, n. 3, p. 334–345, 2007.

PEREIRA, J. R. P.; OKUMA, S. S. O perfil dos ingressantes de um programa de educação física para idosos e os motivos da adesão inicial. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, v. 23, n. 4, p. 319–34, 2009.

PERINI, R.; VEICSTEINAS, A. Heart rate variability and autonomic activity at rest and during exercise in various physiological conditions. *European Journal of Applied Physiology*, v. 90, n. 3–4, p. 317–325, 2003.

PITANGA, F. J. G. Tempo de permanência em programas de exercícios físicos em hipertensos de ambos os sexos: *Estudo através da análise de sobrevivência*. *Revista Baiana de Educação Física*, v. 2, n. 3, p. 6–10, 2001.

PITANGA, F. J. G.; LESSA, I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos Prevalence and variables associated with leisure-time sedentary lifestyle in adults. *Caderno de Saúde Pública*, v. 21, n. 3, p. 870–877, 2005.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. *Secretaria de Envelhecimento mantém projetos voltados para a Terceira Idade*. Disponível em: <<http://prefeitura.rio/web/guest/exibeconteudo?id=4157235>>. Acesso em: 28 ago. 2016.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. *Programa Academia Carioca será implantado*. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=4773592>>. Acesso em: 1 out. 2016.

PUBLIO, N. S. *Evolução histórica da ginástica olímpica*. Phorte, 1998.

QUITZAU, E. A. Da ‘Ginástica para a juventude’ a ‘A ginástica alemã’: observações acerca dos primeiros manuais alemães de ginástica. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, v. 37, n. 2, p. 111–118, 2015.

RHODES, R. E. et al. Factors associated with exercise adherence among older adults. *Sports medicine*, v. 28, n. 6, p. 397–411, 1999.

RIBEIRO, A. I. et al. Distance to parks and non-residential destinations influences physical activity of older people, but crime doesn't: a cross-sectional study in a southern European city. *BMC Public Health*, v. 15, p. 593, 2015.

RICCI, N. A.; GAZZOLA, J. M.; COIMBRA, I. B. Sistemas sensoriais no equilíbrio corporal de idosos Sensory. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, v. 34, n. 2, p. 94–100, 2009.

RODRIGUES, T. S.; CARNEIRO, C. E. DE A. Utilização de academias a céu aberto como políticas públicas municipais na promoção da saúde populacional. *Anais da Conferência Internacional de Estratégia em Gestão, Educação e Sistemas de Informação (CIEGESI)*, v. 1, n. 1, p. 918–929, 2013.

- ROMAR, J. *Copacabana ganha academia ao ar livre com acessibilidade*. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://www.prefeitura.rio/web/guest/exibeconteudo?id=5584250>. Acesso em: 13 out. 2016.
- ROWLAND, T. W. The biological basis of physical activity. *Medicine and science in sports and exercise*, v. 30, n. 3, p. 392–9, 1998.
- RUNDLE, A. et al. Associations between body mass index and park proximity, size, cleanliness, and recreational facilities. *Health Promotion*, v. 27, n. 4, p. 262–269, 2013.
- SANTOS, Á. DA S. et al. Atividade Física, Álcool e Tabaco entre Idosos. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, v. 2, n. 1, 2014.
- SEBASTIÃO, L. L.; FREIRE, E. DOS S. A utilização de recursos materiais alternativos nas aulas de educação física: um estudo de caso. *Pensar a Prática*, v. 12, n. 3, 2009.
- SELA, V. M.; SELA, F. E. R. A Academia da Terceira Idade como um projeto do governo municipal de Maringá-PR para solucionar as falhas de mercado. *Caderno de Administração*, v. 20, n. 1, p. 82–90, 2012.
- SELA, V. M.; SELA, F. E. R. A academia da terceira idade como um projeto do governo municipal de maringá-pr para solucionar as falhas de mercado. *Caderno de Administração*, v. 20, p. 82–90, 2014.
- SELSON, G.; DA SILVA OLIVEIRA, R. DE C. Academia da terceira idade como espaço de sociabilidade em maringá. *Revista Científica SMG*, v. 3, n. 2, p. 4–16, 2016.
- SILVA, N. S. L.; VENTURINI, G. R. O.; DAMASCENO, J. DE F.; FARINATTI, P. T. V. Influência do treinamento resistido sobre a aptidão cardiorrespiratória em idosos. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, v. 10, p. 486–496, 2016.
- SILVA, C. O. Projeto Academia Municipal. *Boas Práticas na Educação Física Catarinense*. v. 1, p.13, 2014.
- SILVA, N. L. et al. Exercício Físico e Envelhecimento: benefícios à saúde e características de programas desenvolvidos pelo LABSAU/IEFD/UERJ. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v. 13, n. 2, p. 75–85, 2014.
- SOAR, C.; VASCONCELOS, F. D. A. G. DE; ASSIS, M. A. A. DE. A relação cintura quadril e o perímetro da cintura associados ao índice de massa corporal em estudo com escolares. *Revista Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 6, p. 1609–1616, 2004.
- SPIRDUSO, W. W. *Dimensões físicas do envelhecimento*. 2. ed. São Paulo: Manole; 2005.
- STEFFENS, R. DE A. K. et al. Praticar caminhada melhora a qualidade do sono e os estados de humor em mulheres com síndrome da fibromialgia*. *Revista Dor*, v. 2, n. 4, p. 327–31, 2011.

THOMAS, J.R., NELSON, J.K., SILVERMAN, S.J. *Métodos de pesquisa em atividade física*. Porto Alegre: Artmed, 6.ed, 2012.

TRIBESS, S.; JUNIOR, J. S. V.; PETROSKI, É. L. Estado nutricional e percepção da imagem corporal de mulheres idosas residentes no nordeste do Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 1, p. 31–38, 2010.

TUCKER, P.; GILLILAND, J.; IRWIN, J. Splashpads, swings, and shade: parents' preferences for neighbourhood parks. *Canadian Journal of Public Health*, v. 98, p. 198–202, 2007.

VALERIO, M. P.; RAMOS, L. R. Promoção de atividade física à população idosa: revisando possibilidades. *Revista Didática Sistemica*, v. 15, n. 2, p. 155–173, 2005.

VASAN, R. S. et al. Assessment of frequency of progression to hypertension in non-hypertensive participants in the Framingham Heart Study: a cohort study. *The Lancet*, v. 358, n. 9294, p. 1682–1686, 2001.

VENDRUSCOLO, R.; MARCONCIN, P. E. Um estudo dos programas públicos para idosos de alguns municípios paranaenses: a atividade física, esportiva e de lazer em foco. *Esporte e Lazer: subsídios para o desenvolvimento e a gestão de políticas públicas*, v. 8, n. n.47, p. 75–92, 2006.

VERAS R, DUTRA S. Perfil do idoso brasileiro - questionário *Boas* [Internet]. 2008 [citado 2016 Jul 8]. Rio de Janeiro: UnATI;2008. Disponível em: <http://www.crde-unati.uerj.br/liv_pdf/perfil.pdf>.

VERAS, R. P. (Org.). *Velhice numa perspectiva de futuro saudável*. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2001. p. 23-27.

VIEIRA, E. P. L.; GURGEL, J. L.; MAIA, T. N.; PORTO, F.; SILVA, E. F.; ALVES JR., E. D. . Capacidade de alcance em idosas submetidas a um treinamento de flexibilidade. *Cineantropometria & Desempenho Humano (Online)*, v. 17, 2015.

VIEIRA, V.; FERREIRA, M. S. Perfil de praticantes de atividade física na pista do Maracanã. *Revista Ação e Movimento*, v. 1, p. 81–90, 2004.

WEINECK, J. H. *Treinamento ideal*. São Paulo: Manole. 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World report on ageing and health*. World Health Organization, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World report on ageing and health*. World Health Organization, 2015.

ZUCHETTO, Â. T. As contribuições das atividades físicas para a qualidade de vida dos deficientes físicos. *Revista Kinesis*, n. 26, p. 153-166, 2003.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE EDUCAÇÃO E HUMANIDADES
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DO EXERCÍCIO E DO ESPORTE
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto: Academia da Terceira Idade na UERJ: características ergonômicas de equipamentos.

Pesquisadoras responsáveis: Jacqueline Sampaio Andrade e Flávia Porto

Instituto de Educação Física e Desportos - UERJ

Telefone para contato: (21) 23340448

Nome do voluntário: _____

Idade: _____ RG: _____

Convidamos o(a) Sr.(a), identificado acima, para participar da pesquisa intitulada **“ACADEMIA DA TERCEIRA IDADE NA UERJ: CARACTERÍSTICAS ERGONÔMICAS DE EQUIPAMENTOS”**, sob a responsabilidade dos pesquisadores: a) Jacqueline Sampaio Andrade e b) Flávia Porto. Este projeto de pesquisa segue os padrões éticos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição (HUPE/UERJ).

Objetivo: Descrever o perfil do público usuário da ATI/UERJ e a sua opinião sobre os equipamentos da ATI quanto ao conforto e ao programa como um todo. Também, pretende-se verificar a organização da rotina de treinamento físico proposto pelo professor da ATI aos idosos frequentadores, analisar o conforto de alguns aparelhos utilizados na ATI (especificamente, o “leg press” e o ‘volante’) e comparar os resultados quanto ao sexo, à idade, ao tempo de prática e às características físicas dos usuários.

Justificativa: A ATI é um projeto que tem sido implementado em diversas cidades brasileiras, desde o seu surgimento, em 2006, em Maringá-PR. No caso da UERJ, o fato de uma ATI estar em um ambiente universitário, onde se proporcionam inúmeras atividades gratuitas de assistência e promoção da saúde para os idosos, é interessante que a UERJ dê atenção a esse mais novo projeto, com o intuito de valorizar, melhorar e complementar ainda mais as atividades já existentes aumentando a sua qualidade de vida dentro e fora da ATI.

Sua participação é voluntária e será dada por meio das seguintes etapas:

- A) **Anamnese:** Inicialmente, o (a) Sr. (a), deverá responder um questionário sobre a sua opinião quanto aos equipamentos da ATI e ao Programa como um todo;

- B) **Avaliação Antropométrica:** Consistirá na medição de estatura, massa corporal, Índice de Massa Corporal (IMC) e Relação Cintura/Quadril (RCQ), circunferência corporal (pescoço, tórax, cintura, abdome, quadril, coxa, panturrilha - batata da perna -, braço e antebraço), diâmetria óssea e percentual de gordura. Para essas medidas, serão usados instrumentos como estadiômetro, balança, trena, paquímetro e Adipômetro. Para essas medidas, o avaliador localizará alguns pontos dos dois lado do seu corpo e marcará esses pontos com uma caneta dermatológica. No caso da medida de percentual de gordura, a região demarcada será destacada com os dedos indicador e polegar do avaliador e o adipômetro será inserido nessa região destacada. Esse procedimento poderá ser repetido por até 3 vezes e, somente neste caso, você poderá sentir um desconforto como um 'beliscão'.
- C) **Avaliação ergonômica:** Consiste numa avaliação nossa (pesquisadores) quanto ao uso dos equipamentos, seu conforto e segurança enquanto executa os exercícios propostos pelo professor responsável da ATI/UERJ, em diferentes horários, assim como a sua manutenção do ambiente onde essas atividades estão sendo realizadas. Para isso, utilizaremos uma câmera para filmagens e fotos;
- D) **Análise do movimento:** Para a análise dos movimentos realizados nos equipamentos leg press e volante, o (a) Sr. (a), usará uma roupa especial que permitirá a medida dos seus movimentos, como velocidade, amplitude de movimento etc.
- E) **Baropodometria:** Para avaliar a distribuição da pressão nos pés enquanto o (a) Sr. (a) realiza ou não exercícios no volante, o(a) Sr.(a), deverá ficar em pé sobre uma plataforma. Nessa ocasião, o(a) Sr.(a), deverá estar com os dois pés descalços, e em cima da plataforma de pressão onde realizará os exercícios em cima dessa plataforma. Os exercícios no volante serão realizados em 3 séries de 5 repetições, com 30s de intervalo entre as séries.
- F) **Medida de pressão de assento e mão:** Em ambos os equipamentos, o leg press e o volante, serão utilizados equipamentos que mensuram as pressões nas regiões de contato do corpo com assentos e mãos;
- G) **Avaliação da participação dos músculos nos movimentos:** com a técnica chamada Eletromiografia de Superfície, analisaremos o comportamento muscular, medido nos dois lados do corpo, durante a realização dos exercícios. Para tanto, sua pele será preparada para a colocação dos eletrodos, incluindo limpeza com água e sabão neutro, e retirada de pêlos com auxílio de lâmina de barbear descartável e fricção da pele com algodão umedecido em álcool, para que o eletrodo de referência seja fixado sobre a pele na região muscular ativa. Esse procedimento é totalmente indolor.

Possíveis riscos decorrentes da sua participação: Algumas perguntas podem causar algum tipo de constrangimento; possíveis alergias aos produtos utilizados como álcool para limpar a pele e o próprio eletrodo no teste de Eletromiografia (EMG). Caso haja restrições quanto ao uso desses produtos, o (a) Sr (a) não fará a EMG. O fato de realizar qualquer exercício físico pode gerar algum risco, mas como o (a) Sr. (a) já é acostumado a realizar as atividades nesses equipamentos, e

o pesquisador estará sempre presente e o orientando em caso de dúvidas, esse risco pode ser minimizado.

Benefícios esperados com a sua participação: Vamos descobrir o que há de bom nesse serviço e encaminhar os resultados para as autoridades responsáveis para que o programa, que está bom, possa melhorar ainda mais. Uma possível melhora na questão do conforto de alguns aparelhos e no ambiente onde a prática do exercício físico é realizada.

Declaro que conheci previamente os riscos em relação à pesquisa através do aluno pesquisador e me foi explicado que há perguntas que podem causar algum constrangimento ao respondê-las, mas nesse caso é facultado a mim o direito de não respondê-las ou não me submeter a este estudo. Compreendo ainda que os resultados da pesquisa serão analisados e publicados em revistas científicas tendo minha identidade mantida em anonimato, não sendo revelada em hipótese alguma. O (a) Sr. (a) não terá qualquer despesa e não receberá qualquer remuneração. Tenho plena liberdade para afastar-me do estudo em questão, a qualquer momento que desejar, sem nenhuma obrigatoriedade de prestar quaisquer esclarecimentos e sem um único ônus à minha pessoa. Declaro saber que este termo tem duas vias (uma para mim e outra para o pesquisador), ter tido todas as minhas dúvidas esclarecidas e se necessário, tenho toda a liberdade de solicitar novos esclarecimentos para qualquer outra informação entrando em contato com a pesquisadora Jacqueline Sampaio Andrade por telefone (21-98294-7275), pessoalmente, ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ (CEP/UERJ) localizado na Rua São Francisco Xavier, 524, Sala 3018, Bloco E, Tel: (21)2334-2180.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, RG nº _____, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, no projeto de pesquisa acima descrito.

Assinatura do participante

Data: ____/____/____

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE B - Questionário Usuário da Academia ao Ar Livre (AAL)**QUESTIONÁRIO USUÁRIOS DA AAL****1ª parte – questionário sociodemográfico.**

1 –Sexo: () Masculino; () Feminino. 2 -Data de nascimento ____/____/____

3 – Estado civil:

- () Solteiro; () Casado; () Separado; () Divorciado; () Viúvo.
 () Mora junto com companheiro(a) COM registro de união estável;
 () Mora junto com companheiro(a) SEM registro de união estável .

4 – Tem filhos?

() Não; () Sim. Quantos? R.: _____

5 – Número de pessoas que moram junto com você: _____

6 - Escolaridade:

- () Nenhuma; () Somente alfabetização; () Ensino fundamental (antigos primário e ginásio);
 () Ensino médio [Técnico/Colegial/Científico/2º grau]; () Ensino superior;
 () Especialização [Pós-Graduação]; () Mestrado; () Doutorado.

7 - Profissão: _____

8 - Trabalha? () Não () Se sim.

Qual? _____

9 - Aposentado: () Não () Sim, há quanto tempo? _____

10 - Motivo da aposentadoria: _____

11 – Sua renda:

- () Sem renda; () menos que um salário; () 1 salário; () 2 salários; () 3 salários;
 () 4 salários; () 5 salários; () 6 salários; () Mais do que 6 salários.

12 - Renda da sua família (você e as pessoas que moram na sua casa):

- () Menos que um salário; () 1 salário; () 2 salários; () 3 salários;
 () 4 salários; () 5 salários; () 6 salários; () Mais do que 6 salários.

13 – Tem algum problema de saúde? (pode marcar mais de uma resposta)

- () Não; () Já enfartou; () Sofreu derrame [AVC/AVE];
 () Câncer: _____

() Diabetes; () Pressão Alta [hipertensão arterial] ()

Cirurgia_____

() Aumento benigno da próstata; () Mioma;

(

)Outros_____

14 – Tem deficiência física? () Não () Sim.

Qual?_____

15 – Usa medicamentos?

() Não () Sim,

quais?_____

16 – Faz uso de drogas proibidas? () Não () Sim.

Quais?_____

17 – Fuma cigarros? () Não () Sim. Quantos por

dia?_____

18–Ingere bebida alcoólica?

() Não () Sim. Qual tipo? Com que frequência e quantidade por

semana?_____

2ª parte – Questionário sobre o programa de exercício físico.

1. Por que você está participando do programa de exercício físico na AAL? (pode marcar mais de uma)

() Para melhorar o condicionamento físico/ficar em forma; () Por indicação médica;

() Para prevenir doenças do coração; () Emagrecer; () Estética;

() Para cuidar do meu problema do coração () Para cuidar da minha diabetes;

() Estar em contato com amigos/vizinhos/conhecidos; () Fazer novas amizades;

() Arrumar um relacionamento amoroso;

()

Outros:_____

2. Que atividades são oferecidas pelo programa da AAL: (pode marcar mais de uma)

Caminhadas; Ginástica; Alongamento; Outras:

3. Quais são os pontos positivos do programa de exercício físico da AAL que você está frequentando? (pode marcar mais de um)

Professores; Localização da AAL; Atendimento;

Aparelhagem; Limpeza; Organização;

Horário de funcionamento; Muitos participantes; Poucos participantes;

Atividades realizadas; Acesso à AAL;

Outros: _____

4. Quais são os pontos negativos do programa de exercício físico que você está frequentando?

Professores; Localização da AAL; Atendimento;

Aparelhagem; Instalações; Limpeza; Organização;

Horário de funcionamento; Muitos participantes; Poucos participantes;

Atividades realizadas; Acesso à AAL;

Outros: _____

5. Há quanto tempo você participa do programa da AAL?

R.: _____

6. Já participou de outra AAL? Não Sim, em qual? _____

7. Se você respondeu SIM na questão 6, por que trocou da antiga AAL por essa?

R.: _____

8. Quantas vezes por semana participa das atividades da AAL?

9. 1 vez; 2 vezes; 3 vezes 4 vezes 5 vezes; 6 vezes.

10. Qual o turno e o horário que você geralmente frequenta as atividades?

Manhã; tarde; Noite.

Horário_____

11. Quais os benefícios que este programa já trouxe para sua saúde?

Melhoria das atividades diárias; Diminuíram ou cessaram as dores;

Parei de fumar;

Melhora da autoestima; Melhora da vida sexual; melhorou a depressão;

Reduziu a quantidade de remédios; Parei de beber [bebidas alcoólicas];

Parei de usar drogas ilícitas; Minha pressão diminuiu [melhorou];

Controlou a minha diabetes; Melhoraram os problemas depois do derrame;

Controle do Peso; Não percebi nenhuma melhora; Piorei; outros:_____

12. De zero a dez, dê uma nota para o trabalho que tem sido desenvolvido em uma visão geral?

0-() 1-() 2-() 3-() 4-() 5-() 6-() 7-() 8-() 9-()
10-()

13. Você se sente seguro em relação ao trabalho que está sendo realizado visando à sua saúde?

SIM NÃO

14. Você acha que o programa ajuda na melhoria da sua qualidade de vida?

SIM NÃO

15. Há atendimento por parte de outro, ou outros profissionais da saúde além do Professor de Educação Física?

Sim, quais

profissionais?_____

Não.

16. Como você classifica a qualidade do atendimento por parte dos outros profissionais (enfermeiro, fisioterapeuta, médico, etc)?

PÉSSIMA	RUIM	REGULAR	BOM	EXCELENTE
---------	------	---------	-----	-----------

--	--	--	--	--

17. Você considera esse programa importante para a saúde da população?
 () SIM () NÃO

18. Como você considera a infraestrutura do programa?

PÉSSIMA	RUIM	REGULAR	BOM	EXCELENTE

19. Como você considera a qualidade do atendimento por parte dos Professores de Educação Física?

PÉSSIMA	RUIM	REGULAR	BOM	EXCELENTE

19. Qual o seu nível de satisfação em relação ao programa que você frequenta?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito e insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito

20. Escreva aqui as suas sugestões para esse programa de exercício físico que você frequenta.

R. _____

21. Escreva aqui as suas reclamações sobre o programa de exercício físico que você frequenta.

R. _____

22. Escolha na folha de fotos, qual o aparelho da academia que você mais gosta de utilizar.

Nº _____ (pode ser múltipla escolha, depende do nº de aparelhos)

23. Escolha na folha de fotos, qual o aparelho da academia que você MENOS gosta de utilizar.

Nº _____ (pode ser múltipla escolha também, depende do nº de aparelhos)

APÊNDICE C – Ficha de Avaliação Antropométrica**Ficha de Avaliação Antropométrica**

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: F () M ()

Número de registro: _____

Massa corporal: _____ Estatura: _____ IMC: _____ RCQ: _____

Circunferência: _____

Superior:

Pescoço: _____ Peitoral: _____ Cintura: _____ Abdome: _____

Braço direito: _____ Braço esquerdo: _____ Antebraço

direito: _____ Antebraço esquerdo: _____

Inferior:

Quadril: _____ Coxa direita: _____ Coxa esquerda: _____

Panturrilha direita: _____ Panturrilha esquerda: _____

Dobra Cutânea:

Tríceps: _____ Bíceps: _____ Peitoral: _____ Axilar

média: _____ Subescapular: _____ Supra-ilíaca: _____

Abdominal: _____ Coxa: _____ Panturrilha: _____

Diâmetro Ósseo:

Ombro: _____ Cotovelo: _____ Punho: _____ Joelho: _____

Tornozelo: _____