

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Grasiela Alves de Castro

A PERCEPÇÃO DE BEM-ESTAR EM
PRATICANTES DE CORRIDA DE RUA

Porto Alegre

2014

Grasiela Alves de Castro

**A PERCEPÇÃO DE BEM-ESTAR EM
PRATICANTES DE CORRIDA DE RUA**

Trabalho apresentado como pré-requisito para a graduação no curso de licenciatura em educação física.

Orientador: Marcelo Cardoso

Porto Alegre

2014

RESUMO

A busca pela qualidade de vida, e o bem-estar, talvez seja os maiores atrativos oferecidos pela corrida de rua. Isso porque, correr na rua não é apenas um exercício físico, trata-se, antes de tudo, do ser humano em ação. O que compreende a relação entre o corpo e movimento no contexto sociocultural. O objetivo do estudo foi descrever e analisar a percepção de bem-estar em corredores de rua, assim como, verificar a influência do sexo, da idade e do tempo de prática sobre a valorização dos fatores de bem-estar (fator nutricional; atividade física, comportamento preventivo, relacionamento social, e controle do stress). Participaram da investigação 100 corredores de ambos os sexos, com idades compreendidas entre 20 a 62 anos e com um predomínio no tempo de prática acima de 2 anos (59%). Para verificarmos a percepção do bem-estar utilizamos o questionário "Pentáculo do Bem-Estar" desenvolvido e validado por Nahas (1996; 2000). Na descrição do perfil utilizamos valores de média e desvios padrão, e nas análises inferenciais recorremos ao teste da *Anova Fatorial*, assumindo um alfa de 0,05. Os resultados em geral apontam que os sujeitos corredores de rua valorizam mais o fator controle do stress ($2,28 \pm 0,62$). Em relação à influência das variáveis independentes, verificamos que apenas o tempo de prática influenciou de maneira significativa os fatores. Conclusões: Os sujeitos dessa amostra atribuíram uma valorização correspondente a "quase sempre verdadeiro no seu comportamento" em todos os fatores do Pentáculo do Bem-Estar. O tempo de prática é um fator importante para o desenvolvimento de uma compreensão e uma percepção de bem-estar melhor.

Palavras chave: Corredores, Atividade Física, Saúde; Bem-estar, Qualidade de vida.

ABSTRACT

The search for quality of life and well-being, perhaps the biggest attractions offered by street racing. This is because running in the street is not just a physical exercise, it is, above all, the human being in action. What comprises the relationship between the body and movement in the sociocultural context. The aim of the study was to describe and analyze the perception of well-being street racers, as well as verifying the influence of sex, age and duration of practice on the valuation of welfare (nutritional factor factors, physical activity, preventive behavior, social relationships, and stress management). 100 runners participated in the investigation of both sexes, aged 20-62 years, with a predominance of practice time over 2 years (59%). To verify the perception of well-being we used the "Pentacle Welfare" questionnaire developed and validated by Nahas (1996, 2000). In the description of the profile we use average values and standard deviations, and the inferential analyzes we used the test Factorial ANOVA, assuming an alpha of 0.05. The overall results indicate that subjects value most street racers control stress factor (2.28 ± 0.62). Regarding the influence of the independent variables, we found that only practice time significantly influenced factors. Conclusions: The subjects of this sample gave a value corresponding to "almost always true in their behavior" in all factors of the Pentacle Welfare. The practice time is important to develop an understanding and awareness of better wellness factor.

Keywords: Runners; Physical Activity; Health; Welfare; Quality of Life

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – O Pentáculo do Bem Estar.....	27
---	-----------

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Valores absolutos e percentagens relativos por sexo.....	40
TABELA 2 – Valores absolutos e percentagens relativos por grupo de idade.....	40
TABELA 3 – Valores absolutos e percentagens relativos por tempo de prática.....	41
TABELA 4 – Valores médios e desvios padrão por sexo em cada fator do pentáculo do Bem estar.....	41
TABELA 5 – Valores médios e desvios padrão por grupos de idades em cada fator do pentáculo bem do bem estar.....	43
TABELA 6 – Valores médios e desvios padrão por tempo de prática em cada fator do pentáculo do bem estar.....	44
TABELA 7 – Efeitos e interações das variáveis independentes no fator nutricional (ANOVA Fatorial).....	46
TABELA 8 – Valores médios e desvios padrão do tempo de prática no fator nutricional.....	47
TABELA 9 – Múltiplas comparações teste de Bonferroni para o tempo de prática no fator nutricional.....	48
TABELA 10 – Efeitos e interações das variáveis independentes no fator atividade física (ANOVA Fatorial).....	49
TABELA 11 – Valores médios e desvios padrão do tempo de prática no fator atividade física.....	50
TABELA 12 – Múltiplas comparações teste de Bonferroni para o tempo de prática no fator atividade física.....	51
TABELA 13 – Efeitos e interações das variáveis independentes no fator comportamento preventivo (ANOVA Fatorial).....	53

TABELA 14 – Efeitos e interações das variáveis independentes no fator relacionamento (ANOVA Fatorial).....	53
TABELA 15 – Valores médios e desvios padrão do tempo de prática no fator relacionamento.....	54
TABELA 16 – Múltiplas comparações teste de Bonferroni para o tempo de prática no fator relacionamento.....	54
TABELA 17 – Efeitos e interações das variáveis independentes no fator Controle do Stress (ANOVA Fatorial).....	56
TABELA 18 – Valores médios e desvios padrão do tempo de prática no fator Controle do Stress.....	56
TABELA 19 – Múltiplas comparações teste de Bonferroni para o tempo de prática no fator controle do Stress.....	57

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Fator Nutricional por tempo de prática.....	49
GRÁFICO 2 – Fator Atividade Física por tempo de prática.....	52
GRÁFICO 3 – Fator Relacionamento por tempo de prática.....	55
GRÁFICO 4 – Fator Controle do Stress por tempo de prática.....	58

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1 OBJETIVO GERAL.....	12
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1 CONCEITO DE SAÚDE.....	13
2.2 PROMOÇÃO DE SAÚDE.....	14
2.3 QUALIDADE DE VIDA.....	15
2.4 HÁBITOS DE VIDA.....	18
2.5 ESTILO DE VIDA.....	18
2.6 BEM-ESTAR.....	20
2.7 ESTILO DE VIDA, SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA.....	22
2.7.1 FATOR 1 – Características Nutricionais (O fator nutrição).	23
2.7.2 FATOR 2 – Controle do Stress.....	24
2.7.3 FATOR 3 – Níveis de Atividade Física Habitual.....	24
2.7.4 FATOR 4 – Comportamento Preventivo.....	25
2.7.4 FATOR 5 – Qualidade dos Relacionamentos.....	25
2.8 EXERCÍCIO FÍSICO.....	27
2.9 ATIVIDADE FÍSICA.....	28
3.0 ESPORTE.....	28
4.0 HISTÓRIA DA CORRIDA.....	30
4.1 RELAÇÕES ENTRE A CORRIDA E O BEM ESTAR.....	33
5.0 MÉTODO.....	36
5.1 TIPO DE ESTUDO	36
5.2 AMOSTRA.....	36
5.3 CÁLCULO AMOSTRAL.....	37
5.4 INSTRUMENTOS	38

5.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	38
5.6 PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS	39
5.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	39
6.0 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	40
6.1 Análise Inferencial utilizando o teste da ANOVA Fatorial.....	46
6.2 Fator Nutricional.....	46
6.3 Fator Atividade Física.....	49
6.4 Fator Comportamento.....	53
6.5 Fator Relacionamentos.....	53
6.6 Fator Controle do Stress.....	56
7.0 CONCLUSÃO.....	62
8.0 REFERÊNCIAS.....	63
9.0 ANEXOS.....	69

1. INTRODUÇÃO

A corrida é uma prática que vem ganhando muitos adeptos no Brasil e no mundo. Isso porque, teoricamente, para correr bastam dois elementos: objetivo e força de vontade.

A origem temporal da corrida é localizada na pré-história, quando os homens precisavam se movimentar rapidamente para caçar ou fugir de seus predadores. Historicamente, a mais famosa das corridas teria sido aquela que deu origem à prova que conhecemos hoje como maratona: no ano de 490 a.C. um homem, o grego Fidípides, teria tido a incumbência de levar até Atenas a notícia de que os gregos haviam vencido os persas na batalha de Maratona. Para isso ele teria corrido 42 quilômetros e, ao dar a notícia, teria caído no chão, já morto. Fato esse que impulsionou a entrada da corrida de fundo, com a distância de 42,193 km. (maratona) já na primeira edição dos Jogos Olímpicos da era moderna, em 1896. (MATTHIESEN, Sara Quenzer, 2007).

O sucesso da corrida de rua e o lugar de destaque que ocupa dentre as práticas culturais urbanas na atualidade são decorrentes de diversos fatores, que tanto podem ter como causa a sua popularização ou a sua utilização. Pode tratar-se de algo objetivado, um produto das invenções históricas gerados pelas metamorfoses culturais dos gostos, que promove a paixão súbita pelo reencontro fantástico entre uma espera e a sua realização (BOURDIEU, 1983), como uma oferta irrecusável que preenche a lacuna de uma possível associação entre vida saudável e competitividade.

A busca pela qualidade de vida, e o bem estar, talvez seja o maiores atrativos oferecido pela corrida de rua atualmente. Isso porque correr na rua não é apenas um exercício físico. Trata-se, antes de tudo, do ser humano em ação, o que compreende a relação entre o corpo e movimento no contexto sociocultural. Correr melhora a autoestima, combate a indisposição, melhora a memória, diminui a ansiedade, etc. É por razões diversas que ela integra a agenda de pessoas de várias idades, de ambos os sexos, de padrões

econômicos, socioculturais e profissões distintas, seja por questões relacionadas à saúde, à estética, ao lazer ou ao desempenho esportivo.

Nos últimos cem anos, devido, principalmente, aos “hábitos de vida moderna”, o ser humano tem se tornado cada vez mais “tecnológico” e sedentário. Enquanto que os nossos ancestrais percorriam cerca de 20km e 40km por dia, realizando funções como caça, pesca e coleta, estima-se que hoje, em nossas atividades urbanas, percorremos cerca de 2km por dia (WEINECK, 2003). No entanto, o número de indivíduos buscando uma atividade física tem aumentado ano a ano. Dentre as atividades procuradas, as atividades ao ar livre, como a caminhada e a corrida, tem tido grande destaque (SALGADO; CHACON-MIKAHIL, 2006).

Portanto, com base no contexto acima, definimos com problema de pesquisa: Qual é a percepção de bem estar em corredores de rua?

A investigação sobre essa temática é relevante no sentido de aprofundar os conhecimentos sobre a percepção dos praticantes de corrida de rua em relação ao seu bem estar, sua saúde, os cuidados com a nutrição, os aspectos sociais e psicológicos.

Segundo McCardle et al. (1991), a corrida, juntamente com a caminhada, é a forma de exercício mais comum. Desde a década de 70, no mundo inteiro, e, principalmente, nos últimos anos, no Brasil, houve um grande aumento na procura por este tipo de atividade. Esta se tornou uma atividade física regular para um importante número de indivíduos das mais variadas idades e de ambos os sexos, com objetivos centrados na manutenção e melhoria dos aspectos relacionados com a saúde. (ROLIM, 1998).

A princípio, a busca pela prática da corrida de rua ocorre por diversos interesses. Estes interesses envolvem desde a promoção de saúde, a estética, a integração social, no combate ao estresse da vida moderna, a busca de atividades prazerosas ou competitivas (SALGADO; CHACON-MIKAHIL, 2006, BALBINOTTI et al., 2007).

Sabe-se que a prática da atividade física regular traz inúmeros benefícios ao indivíduo praticante, sendo observada uma grande melhora na qualidade de

vida destes adeptos, adicionando vida aos anos, e anos à vida (WANKEL, 1993; FERREIRA; NAJAR, 2005; MATSUDO; MATSUDO, 1992; VERAS; CALDAS, 2004; MELLO et al., 2005; CHEIK et al., 2003; PEREIRA et al., 2006; MAZO et al., 2005).

Dessa forma os resultados de nosso estudo podem contribuir para o desenvolvimento de estratégias adequadas e adaptadas aos diferentes praticantes, suprimindo suas necessidades e propiciando o bem estar na atividade.

1.1 OBJETIVO GERAL:

Descrever e analisar a percepção de bem-estar em corredores de rua.

1.2 OBJETIVO ESPECÍFICO:

Verificar se há influência do sexo, da idade e do tempo de prática sobre a valorização dos fatores de bem-estar (fator nutricional; atividade física, comportamento preventivo, relacionamento social, e controle do stress).

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CONCEITO DE SAÚDE

Não existe um consenso a respeito da definição da saúde, a não ser o fato de que ela não pode ser entendida meramente como “ausência de doenças”, onde se preserva o conceito equivocado e dicotômico de uma pessoa ser absolutamente saudável ou doente (NAHAS, 1995; 2000). Este entendimento foi anunciado pela OMS na perspectiva de conceituá-la como um estado de completo bem-estar, físico, mental e social (WHO, 1978).

Hoje não se entende saúde apenas como não estar doente, segundo DeVRIES (1978), NAHAS (1996; 2000; 2001), GRANDE (1991), BOUCHARD et al. (1994) e NIEMAN (1999) há uma tendência em se mudar de um paradigma biológico para um ecológico, definindo saúde holisticamente como uma condição humana com dimensões física, social e psicológica, avaliada numa escala contínua, com pólos positivo e negativo, resultante da complexa interação de fatores hereditários, ambientais e do estilo de vida. A saúde positiva estaria associada com a capacidade de apreciar a vida e de resistir aos desafios do cotidiano, enquanto a saúde negativa associada a comportamentos de risco, morbidade e, no extremo, com a mortalidade.

Apesar da evolução conceitual a respeito da saúde levar em consideração o estado de saúde positiva ou bem-estar, até bem pouco tempo atrás, para avaliação de estudos epidemiológicos, os indicadores de saúde eram somente negativos, como a taxa de mortalidade e morbidade, e em muitas vezes tomava-se como base do nível de saúde de determinada localidade apenas a taxa de mortalidade infantil (NAHAS, 1996).

Com o surgimento dessas novas ideias, passaram também a ser considerados os indicadores positivos, levando-se em conta outros determinantes para alcançar a almejada qualidade de vida, tais como: orgânicos ou biológicos (saúde e doença), psicológicos (identidade, autoestima, criatividade, habilidade), sociais (vida familiar, vida sexual, relacionamentos), comportamentais (vida profissional, hábitos, repouso, lazer), materiais (habitação, bens, renda) e estruturais (concepção sociopolítica,

posição social), (TOLEDO, 2006). Portanto, a saúde, não é uma condição estática, existente somente devido à chamada ausência de doenças, mas sim um processo de aprendizagem, tomada de decisão e ação para a otimização do bem-estar próprio.

2.2 PROMOÇÃO DE SAÚDE

Promoção da Saúde como área de estudo, pode ser considerada como a ciência e a arte de ajudar as pessoas modificarem seu estilo de vida para uma condição ótima de saúde. Os programas de promoção da saúde, em geral, envolvem diagnóstico das necessidades e interesses, um programa informativo e de conscientização, seguido de estratégias e oportunidades para que as pessoas optem por acrescentar ou eliminar alguns aspectos do seu comportamento especificamente relacionados à saúde ou à qualidade de vida em geral. Nos programas de promoção à saúde, seja em entidades públicas ou privadas, é fundamental que se tenha o apoio das pessoas em cargos diretivos e que se discuta com as pessoas envolvidas (público alvo) formas de conduzir as intervenções com a participação direta dessas pessoas (NIEMAN, 1999; US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1999).

Desde que surgiu como importante alternativa teórica e prática para o enfrentamento global da ampla gama de problemas que afetam a saúde das populações humanas, a promoção da saúde tem sido implementada em diversos contextos, com distintas concepções e propostas de intervenção mais ou menos abrangentes.

As diversas conceituações disponíveis, assim como a prática da promoção da saúde, podem ser reunidas em dois grandes grupos (SUTHERLAND e FULTON, 1992).

No primeiro, a promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas centralmente à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das “culturas” da comunidade em que se encontram. Neste caso, os

programas ou atividades de promoção da saúde tendem a concentrar-se em componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de serem mudados, que se encontrariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos. Por exemplo, a higiene pessoal, a alimentação, os hábitos de fumar e beber, as atividades físicas, a direção perigosa no trânsito, o comportamento sexual etc.

Nesta abordagem, fugiriam do âmbito da promoção da saúde todos os fatores que estivessem fora da possibilidade do controle e da ação imediata dos indivíduos.

O que, entretanto, vem caracterizar a promoção da saúde, modernamente, é a constatação do papel protagônico dos determinantes gerais sobre condições de saúde, em torno da qual se reúnem os conceitos e práticas do segundo tipo de enfoque. Sustenta-se ele na constatação de que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, condições adequadas de trabalho e renda, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde.

2.3 QUALIDADE DE VIDA

Qualidade de vida significa várias coisas. Diz respeito a como as pessoas vivem, sentem e compreendem seu cotidiano. Envolve, portanto, saúde, educação, transporte, moradia, trabalho e participação nas decisões que lhes dizem respeito e determinam como vive o mundo. Compreende, desse modo, situações extremamente variadas, como anos de escolaridade, atendimento digno em casa de doenças e acidentes, conforto e pontualidade nas condições para se dirigir a diferentes locais, alimentação em quantidade suficiente e com qualidade adequada e, até mesmo, posse de aparelhos eletrodomésticos. (PIRES et al., 1998). Mais que tudo, exige exercício do chamado controle social, mediante o acompanhamento da administração de bem estatais,

privados e públicos, como escolas, produtos de consumo pessoal, pavimentação e conservação de ruas e locais coletivos para o lazer, conduz à cidadania, com o exercício democrático da cobrança da transparência das medidas e procedimentos dos governantes e dirigentes. É a própria “cidadanização”.

Inter- relação mais ou menos harmoniosa dos fatores que moldam o cotidiano do ser humano resulta numa rede de fenômenos e situações que, abstratamente, pode ser chamada de qualidade de vida. Em geral, associam-se à expressão qualidade de vida fatores como estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, relações familiares, disposição e até espiritualidade e dignidade. Difícil de definir objetivamente, qualidade de vida pode ser considerada com um conjunto de parâmetros individuais, socioculturais e ambientais que caracterizam as condições em que vive o ser humano. (NAHAS, 1997; GIL e FEINSTEIN, 1994; e ARGYLE, 1996), definem qualidade de vida como uma percepção individual relativa às condições de saúde e à outros aspectos gerais da vida pessoal.

Atualmente, é necessário buscar mais conhecimento sobre a qualidade de vida, tanto no aspecto geral, como nos aspectos profissionais, sociais, espiritual e familiar, de modo aprimorar a qualidade de vida, facilitando assim, o bem estar, a produtividade e o desenvolvimento. Para que a vida em sociedade se transforme, e que na concepção de homem, possa desfrutar de uma vida saudável, tranquila e cheia de paz.

O bem estar é a integração de todas as partes da saúde e aptidão (mental, social, emocional, espiritual e física) que expande um potencial para viver e trabalhar efetivamente, dando uma significativa contribuição para a sociedade. O bem estar reflete como se sentir bem, tão quanto à efetividade das habilidades funcionais.

Assim não se pode falar em desenvolvimento de bem estar levando em conta apenas aspectos estéticos, é preciso transcender as essas questões em sem negligenciar, trata o ser humano de maneira integral. Essa integração de diversos fatores se constituirá na possibilidade do bem estar e da qualidade de vida.

Bem estar é um estado de perfeita satisfação física e moral. E na atividade física é um conceito que enfatiza uma capacidade do indivíduo de tornar decisões responsáveis na prevenção de doenças e na promoção de altos níveis de saúde, (BARBANTI, 1994).

De acordo com BARABANTI (1994), qualidade de vida é o sentimento positivo geral e entusiasmo pela vida, sem fadiga das atividades rotineiras. Ela está intimamente ligada ao padrão de vida. Este padrão de vida é a quantidade e qualidade dos bens e serviços que uma pessoa com uma determinada renda normalmente. Ele sofre, portanto, elevação ou decréscimo de acordo com as oscilações que ocorrem ao nível da renda. Na avaliação do padrão de vida, a fatores sociais como a qualidade dos serviços e educação, as condições de trabalho, as possibilidades de lazer.

A qualidade de vida é o resultado das condições subjetivas de um indivíduo os vários subdomínios que compõem sua vida como, por exemplo, seu trabalho, sua vida social, o humor, e indiretamente a sua vida social (SAMULSKI e LUSTOSA, 1996).

A qualidade de vida consiste na obtenção dos recursos necessários à satisfação das necessidades e desejos individuais, participação em atividades que permitem o desenvolvimento pessoal, a auto-realização e uma comparação satisfatória entre si mesmo e os outros (SOUZA, 2000).

Para Okuma (1994), entende que qualidade de vida se prolonga por todo ciclo de vida humana, mas fatores do meio farão com que esta sofra alterações em determinadas fases deste ciclo, quando um ou mais fatores se interpõem entre os demais, interferindo na harmonia entre eles. A partir disso, precisa estabelecer uma inter-relação entre o ciclo de vida, e a qualidade de vida e a importância da atividade física para o movimento humano.

Com o passar dos anos a preocupação com o desenvolvimento da qualidade de vida, justifica-se graças ao estilo de vida assumida pela maioria da população, forçada a mudar seus hábitos e comportamento, principalmente devido a fatores sócio-político-econômico. Resultando na diminuição da saúde, do tempo médio de vida, e, portanto de qualidade.

2.4 HÁBITOS DE VIDA

Hábitos são formados pela repetição de certos comportamentos (ações do cotidiano). Depois que se aprende algo e se repete tal ação várias vezes (amarrar os sapatos ou escovar os dentes, por exemplo), o subconsciente passa a ser responsável por essa ação, não sendo mais preciso “pensar” para realizá-la, tornando-se, então, um hábito, por isso são difíceis de serem alterados. Como sugere (MATTHEWS, 1999), o seu consciente precisa tomar as decisões de mudar certos hábitos (cessar ou acrescentar), e agir, conscientemente, repetidas vezes, até que um novo hábito exista (ou desapareça o que se quer eliminar).

A promoção de saúde, a prevenção de algumas enfermidades, ou pelo menos, seu aparecimento mais tardio, podem ser alcançados por meio da redução da prevalência dos fatores que afetam negativamente a saúde e sobre os quais se pode ter controle, dentre eles, o hábito de fumar, o consumo de álcool e drogas, a obesidade, o estresse, o sedentarismo e o isolamento social (PHILLIPS, PRUIT e KING, 1996).

Vários hábitos, que foram adquiridos como estilo de vida moderno, têm proporcionado efeitos negativos à saúde. As mudanças ocorridas no estilo de vida das sociedades urbanas industrializadas incluem uma vida mais sedentária, o aumento do peso corporal, ingestão pobre em alimentos integrais, poluição e contaminação ambiental, maior competitividade e necessidade de atualização devido a um crescente número de informações do meio, maior envolvimento social e maior exposição à violência (USDHHS, 2000).

2.5 ESTILO DE VIDA

O estilo de vida representa o conjunto de ações cotidianas que reflete as atitudes e valores das pessoas. Estes hábitos e ações conscientes estão associados à percepção de qualidade de vida que o indivíduo traz consigo. Os componentes do estilo de vida podem mudar ao longo dos anos, mas isso só

acontece se a pessoa conscientemente enxergar algum valor em algum comportamento que deva incluir ou excluir, além de perceber-se como capaz de realizar as mudanças pretendidas. (SALLIS e OWEN, 1999)

Segundo Nahas (2001, pg.11), “o estilo de vida corresponde ao conjunto de ações habituais que refletem atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas.”

Dentro desse conjunto de ações, a atividade física parece ocupar papel fundamental, sendo que esta pode ser entendida como qualquer movimento corporal voluntário com gasto energético acima dos níveis de repouso (CASPERSEN, POWELL e CHRISTENSON, 1985).

Nahas (2001) relata que pesquisas em diversos países, inclusive no Brasil tem mostrado que o estilo de vida passou a ser um dos mais importantes determinantes da saúde de indivíduos, grupos e comunidades. Até o início deste século, passou-se por um período no qual predominantemente, a saúde pública se assentava em ações de melhoria ambiental, causa principal da mortalidade. Paralelamente às ações da saúde pública no século XX, especialmente a partir dos anos 40, teve-se um desenvolvimento impressionante da medicina que permitia o controle, ou mesmo a erradicação de diversas doenças infecto-contagiosas. Observa-se então uma verdadeira revolução na saúde pública nos países mais desenvolvidos, com destaque para a prevenção e a promoção de hábitos de vida saudáveis.

De acordo com Nahas (2001), o estilo de vida passou a ser considerado fundamental na promoção da saúde e redução da mortalidade por todas as causas. Para a maior parte da população, os maiores riscos para a saúde e o bem estar advém do próprio comportamento individual, resultante tanto da informação e vontade da pessoa, como também das oportunidades e barreiras sociais presentes. O estilo de vida moderno, principalmente nas grandes cidades, tende a contribuir para o sedentarismo e obesidade da população.

Pollock e Wilmore (1993) citam que o avanço tecnológico vem transformando os cidadãos, que eram fisicamente ativos, em pessoas com pouca ou nenhuma oportunidade para o envolvimento em programas de atividades físicas. Questionam-se as facilidades da vida moderna levam a uma vida com mais qualidade e produtividade, se o estilo de vida sedentário estaria contribuindo para um novo conjunto de problemas como coronariopatias,

hipertensão, obesidade, ansiedade, depressão e problemas da coluna vertebral.

Entretanto, existem fatores positivos e negativos no estilo de vida que comprovadamente afetam a saúde e bem estar dos indivíduos, a curto e longo prazo. Principalmente a partir da meia idade (40-60 anos). A mobilidade, a autonomia e a qualidade de vida das pessoas estão diretamente associadas aos fatores do estilo de vida, como os mencionados ao Pentágono do Bem Estar (NAHAS, 2001).

2.6 BEM – ESTAR

Por bem-estar entende-se a integração harmoniosa entre os componentes mentais, físicos, espirituais e emocionais.

É possível distinguir dois grandes aspectos do bem-estar, sendo que se encontra uma dimensão positiva e uma dimensão negativa do bem-estar. À dimensão positiva associa-se frequentemente a autoestima, e com a dimensão negativa relacionam-se sintomas depressivos.

Emmons (1986), cit in Brunstein (1993) também se refere as duas dimensões do bem-estar, em que a dimensão positiva era explicada pelo valor da atividade, pela importância e pelos sucessos experienciados anteriormente. Já a dimensão negativa do bem-estar relacionava-se com baixas expectativas de sucesso e sentimentos ambivalentes de realização.

O bem-estar psicológico aparece muitas vezes associado à condição física e à saúde em geral.

O bem-estar relaciona-se ainda com o autoconhecimento do sujeito, tal como referem (Schmuck, Kasser e Ryan, 2000).

Fala-se também em um bem-estar subjetivo, desde a filosofia grega, pensadores ocidentais tem estado interessados em compreender a felicidade. Entretanto, pouco foi avançado, cientificamente até poucas décadas atrás. (Warner Wilson, 1967), um dos pesquisadores da área de bem-estar subjetivo, afirmou que as pessoas mais felizes eram as que possuíam mais vantagens.

Baseado nos seus resultados apresentou uma definição de pessoa feliz com sendo um jovem, saudável, bem-educado, bem-remunerado, extrovertido, otimista, livre de preocupações, religioso, casado, com alta autoestima e etc.

O bem-estar subjetivo é uma área da Psicologia que tem crescido reconhecidamente nos últimos tempos. Essa área cobre estudos que tem utilizado as mais diversas nomeações, tais como: felicidade, satisfação, estado de espírito, e afeto positivo, além de também ser considerada a avaliação subjetiva da qualidade de vida. Refere-se ao que as pessoas pensam e como elas se sentem sobre suas vidas. Esta avaliação da pessoa sobre a sua própria vida pode ser feita de forma cognitiva, por exemplo, quando a pessoa faz um julgamento avaliativo consciente sobre a sua vida como um todo, ou quando faz julgamentos sobre aspectos específicos como o lazer ou o trabalho, podendo, também, ser feita em forma de afeto, ou seja, quando a pessoa tem experiências prazerosas ou desprazerosas. Portanto, bem-estar subjetivo é uma avaliação, tanto cognitiva, quanto emocional, da própria existência (DIENER, 1984; DIENER, SUH e OISHI, 1997; DIENER, SUH, LUCAS e SMITH, 1999).

É na adolescência que, sob diversos ângulos, vemos conceitos e atitudes serem substituídos: são novas maneiras de pensar, de se relacionar, de se comunicar e de se movimentar. Esses indícios sinalizam para o amadurecimento do ser humano e para sua inserção na vida adulta. (PIAJET, 1998).

A adolescência seria uma fase do desenvolvimento humano que faz uma ponte entre a infância e a idade adulta, um período atravessado por crises, que encaminham o jovem na construção de sua subjetividade. Neste sentido, Samdal et al. (1998) sugeriram que a percepção que os alunos tem da vida escolar influencia a sua percepção de bem estar e a adoção de comportamentos ligados à saúde.

A educação apresenta o ensino das ciências com um desafio à medida que o aluno deve ser estimulado a questionar e pensar acerca dos temas propostos na aprendizagem e relevantes no seu papel de cidadão. A saúde é

um destes temas e tem como objetivo articular-se com o contexto sociocultural e com o mundo que circunda o aluno (FREITAS e MARTINS, 2008).

Estabelecer os conhecimentos e competências a serem adquiridos pelos alunos a respeito da saúde engloba a abordagem da qualidade de vida. O conceito de qualidade de vida, segundo Barros et al. (2008), é multidimensional, que inclui bem-estar (material, físico, social, emocional e produtivo) e satisfação em várias áreas da vida.

Diversos são os indicadores dos componentes do bem-estar, dentre eles: as sensações sobre sintomas e estado de saúde corporal, presença de dor, energia/fadiga, doença, distúrbios do sono, sentimentos negativos e positivos como depressão, ansiedade, raiva/irritabilidade, afeto, percepção positiva e negativa sobre si próprio, autoestima, sensação de domínio e controle sobre si, sentimentos gerais sobre a saúde e sua evolução, satisfação como a vida e noções sobre as expectativas idealizadas e a realidade da vida (GONÇALVES e VILARTA, 2004).

2.7 ESTILO DE VIDA, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

Ainda que não exista uma definição universalmente aceita para qualidade de vida, existe uma tendência a se incluir com frequência duas classes de fatores determinantes dessa característica humana: a) socioambientais (como as condições de trabalho, educação, meio ambiente, transporte, atendimento à saúde, lazer, entre outros, b) fatores individuais, característicos dos comportamentos de cada pessoa.

Alguns autores (ORNISH, 1996; SEAWARD, 1997, ROIZEN, 1999), incluem a espiritualidade como outro fator determinante da saúde e da qualidade de vida.

Nas últimas décadas, o estudo dos determinantes das diversas doenças crônicas degenerativas (principalmente as de maior incidência nos dias atuais, doenças cardíacas, câncer, diabetes, artrite, obesidade, hipertensão), tem aumentado muito, uma vez que afetam a saúde e qualidade de vida da maioria da população. Estes determinantes (associados à maior incidência dessas

doenças) são referidos como fatores de risco – alguns modificáveis, outros não, sendo importantes esses estudos para que se possa intervir preventivamente, reduzindo a chance de ocorrência da doença.

Tradicionalmente, faz-se referência a três características principais do estilo de vida associadas (ou determinantes) da saúde individual: o nível de stress, as características, nutricionais, e a atividade física habitual. (DeVRIES, 1978, NAHAS, 1991). Mais, recentemente, propôs-se em lugar de “trinômio”, o Pentágulo do Bem-estar (NAHAS, 1996), incluindo os componentes Comportamento Preventivo e Não uso de drogas.

Assim, o novo Pentágulo do Bem Estar é proposto com os componentes (fatores) representados na figura abaixo e que passam a ser descritos a seguir.

2.7.1 Fator 1 – Características Nutricionais (O FATOR NUTRIÇÃO).

Neste século de mudanças impressionantes a humanidade também passou por alterações muito significativas em seus comportamentos alimentares. Passou-se uma dieta predominantemente baseada em vegetais e não processada, para outra centrada em produtos industrializados, refinados, abundantemente submetidos aos agrotóxicos, pobre em fibras vegetais e ricos em gorduras. Essas mudanças, ao lado da crescente inatividade física, tem levado o planeta (em particular as nações mais desenvolvidas) a um surto de obesidade, uma epidemia de abrangência global, segundo a OMS.

Depois de décadas de dietas “milagrosas”, sabe-se que elas não funcionam a médio e longo prazo. Pretende-se eliminar em semanas a gordura acumulada ao longo dos anos. A única coisa que comprovadamente funciona a médio e longo prazo é a modificação no estilo de vida (mudanças comportamentais definitivas nos hábitos alimentares e de atividade física). Entretanto, isso não é uma tarefa fácil, principalmente porque as pessoas veem essas mudanças como algo muito difícil de conseguir, imaginando que suas vidas precisariam ser totalmente modificadas, deixando os prazeres em troca de sofrimento.

2.7.2 FATOR 2 – Controle do Stress

Vive-se um tempo em que o ritmo de nossas vidas é extremamente rápido, às vezes alucinante, além do nosso controle. Muitos fatores da vida moderna contribuem para isso: o trabalho exigente, o risco de perdê-lo, as ações (e falta de ações) do governo, a violência urbana, a degradação do meio-ambiente, a intolerância entre as pessoas, o futuro incerto de nossos filhos, entre muito outros. De uma forma ou de outra, esse conjunto de agentes tem afetado as sociedades de forma generalizada, fazendo do stress um mal que não respeita fronteiras geográficas nem demográficas. De fato, a OMS (Organização Mundial da Saúde) considera o stress (assim como a obesidade) uma epidemia global.

O stress, entretanto não é algo que necessariamente se deva ou se possa evitar. SELYE, 1974 (um dos pioneiros no estudo do stress) propôs a existência de duas formas de stress: o eustress (positivo, estimulante), e o distress (negativo desgastante). O distress pode ser agudo (momentâneo geralmente intenso) ou crônico (repetido, contínuo, por vezes imperceptível no início).

Há evidências suficientes de que as emoções associadas ao ditress, agressividade e raiva, principalmente, são extremamente prejudiciais à saúde e podem matar. Por outro lado, também se sabe que o bom humor representa uma das formas mais eficazes para se lidar com as situações de stress (ORNISH, 1996). Neste caso, a percepção (reconhecimento dos sinais e sintomas) é importante para se reagir com equilíbrio (e isso se aprende) representa o segredo para se lidar com o stress.

O Pentáculo do Bem Estar é um instrumento que pode ajudar as pessoas a se identificarem as situações de stress, permitindo que aprendam a reagir de maneira equilibrada e sofrendo menos as consequências desses eventos, comum na vida de todas as pessoas.

2.7.3 Níveis de Atividade Física Habitual

A vida moderna oferece todas as condições para não realizar esforços físicos. O conforto da vida moderna, que inicialmente parecia caminho para o

bem estar absoluto, tem se mostrado como uma das principais causas de doenças (principalmente cardiovasculares) e morte prematura, na sociedade contemporânea industrializada, automatizada e, mais recentemente informatizada. Apesar de cada vez mais agitada e competitiva, a vida nas sociedades urbanas geralmente não oferece estímulos ou condições para a prática de atividades físicas regulares, com significado para as pessoas.

As recomendações atuais sugerem que as pessoas em geral deveriam acumular, na maioria dos dias da semana (5 ou mais) pelo menos 30 minutos de atividades físicas moderadas, equivalentes a uma caminhada rápida. (PATE et al. , 1995).

2.7.4 FATOR 4 – Comportamento Preventivo

Nos dias de hoje não se pode falar de comportamentos relacionados à saúde sem incluir certos elementos que passaram a ser fundamentais na vida contemporânea. São exemplos desses comportamentos preventivos: uso de cinto de segurança e a forma defensiva de dirigir, observando regras e leis fundamentais de trânsito, uso de protetor solar, uso de preservativo, não fumar, não usar drogas e etc.

2.7.5 Qualidade dos Relacionamentos

O relacionamento do indivíduo consigo mesmo, com as pessoas à sua volta e com a natureza, representa um dos componentes fundamentais do bem estar espiritual e, por consequência, da qualidade de vida de todos os indivíduos. A vida humana, por natureza, é assentada em relacionamentos e é preciso estar bem consigo e cultivar os relacionamentos com outras pessoas para se ter uma vida com qualidade (OFFER, 1996).

Nos últimos 20 anos diversos estudos envolvendo pacientes e pessoas em risco para doenças crônicas (AIDS, câncer, doenças cardíacas) produziram evidências de que o comportamento das pessoas pode prever a incidência ou reincidência dessas doenças. Características como hostilidade, cinismo, excessivo individualismo mostraram-se como forte indicadores de riscos para novos eventos cardíacos, independentemente de outros fatores (SCHERWITZ

et al., 1996). O stress e a percepção de isolamento (geralmente associados) são, segundo (ORNISH, 1996), fatores de agravo para as doenças coronarianas e aumento da mortalidade por diversas causas. Segundo esse autor, qualquer coisa que provoque a sensação de isolamento leva ao stress crônico e, frequentemente, a doenças como as cardíacas, por outro lado, qualquer coisa que leve à sensação de intimidade e relacionamentos, podem promover a saúde e ser curativas, no verdadeiro sentido da palavra.

(ORNISH, 1996), refere-se a duas perspectivas de intimidade ou relacionamento: horizontal, quando se desenvolve contatos e conexões com outras pessoas (grupos de apoio, desenvolvimento de habilidades comunicativas, confiança, perdão, etc), e vertical, quando o relacionamento se dá consigo mesmo (em nível psicológico ou espiritual, através da reflexão, meditação ou oração).

Nossos relacionamentos podem, ainda, ser melhorado se exercitarmos o que (SEAWARD, 1997), denomina músculos da alma: otimismo, bom humor, criatividade, curiosidade, persistência, tolerância, confiança, amor, perdão, etc. Sorria, faça as pessoas rirem, torne o bom estado de humor o seu padrão, e os relacionamentos (em todos os níveis) favorecerão um estado de positivo bem estar e melhor qualidade de vida (OFFER, 1996).

Figura 1: O Pentáculo do Bem-Estar



NAHAS, M. V. (1996).

2.8 EXERCÍCIO FÍSICO

O exercício físico é uma atividade física planejada, sistemática e repetitiva, que tem como objetivo a manutenção, o desenvolvimento ou a recuperação de um ou mais componentes da aptidão física. É realizado a partir de um programa em que o objetivo principal é conseguir que as pessoas que praticam alcancem seu equilíbrio fisiológico e uma melhor qualidade de vida (NAHS, 2001). O exercício físico representa um componente específico da atividade física direcionado ao aprimoramento e monitoração dos componentes equivalentes ao tipo, à frequência, à intensidade e à duração do esforço físico (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985). O envolvimento com a prática de exercício físico pode resultar em importantes benefícios psicológicos e fisiológicos, com minimização de estresse, controle de peso corporal, aprimoramento das capacidades cardiorrespiratórias e musculoesqueléticas, o

que repercute na prevenção de disfunções cardiovasculares e metabólicas (THOMPSON, 2009).

2.9 ATIVIDADE FÍSICA

Atualmente atividade física pode ser definida como qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética, que resulte em gasto energético além do gasto energético em repouso (PITANGA e PITANGA, 2001; NAHAS, 2001). O que inclui exercícios físicos e esportes, deslocamentos, atividades laborais, afazeres, domésticos e outras atividades físicas no lazer (NAHAS, 2001). Desta maneira, este comportamento inclui todas as atividades realizadas diariamente, quer seja no trabalho, no lazer, nas demais atividades como: alimentar-se, vestir-se, etc. (GLANER, 2002). Dentre as formas de atividades físicas realizadas no tempo livre, andar é o mais comum, metade das pessoas que realizam atividades físicas em seu tempo livre realizam caminhadas para se exercitar, a maioria das pessoas caminha regularmente. (SIEGEL; BRACKBILL; HEATH, 1995).

Os benefícios da atividade física são muitos: aumenta a eficiência do coração, melhorando a circulação do sangue, melhora a oxigenação das células e do organismo como um todo, é fator decisivo para normalizar a pressão arterial, fortalece os músculos, ossos e ligamentos e etc.

3.0 ESPORTE

Na Antiguidade, já existiam atividades físicas que tinham fins utilitários, higiênicas e educativas (TUBINO, 1993). O esporte como entendemos hoje se afasta do conceito de apenas esforço físico, como explica Dallari (2009, p.55):

“Desport e a variação deport eram usadas na língua francesa do século XII para mencionar uma maneira de estar do corpo, prazer, distração. No

século XIV foi incorporada ao vocabulário inglês, inicialmente como *disport* e depois *sport*, sinônimo de passatempo.

Nesse conceito, o esporte visa suprir a necessidade humana de entretenimento, pois em épocas passadas, as atividades corporais e os jogos eram uma espécie de ritual com caráter festivo (DALLARI, 2009). Como marco histórico do surgimento do esporte, têm-se os Jogos Gregos que ajudaram a desenvolver uma concepção inicial do que viria se tornar esporte (TUBINO, 1993). Um elemento chave desses jogos é a disputa materializada através de confrontos não violentos de habilidades corporais (ELIAS et al., 1992).

Ao longo dos séculos, o desenvolvimento da sociedade foi acompanhado pelo esporte que adquiriu importante papel conforme coloca Tubino (1993, p.13): “Fenômeno profundamente humano, de visível relevância social na história da humanidade e intimamente ligado ao processo cultural de cada época.” Assim como outros aspectos da sociedade, passou por transformações ao longo do tempo. Se ligarmos o conceito de esporte com qualquer atividade física e ginástica, podemos dizer que ele sempre existiu, porém, quando o analisamos sobre a ótica de suas funções e filosofia, ele existia há poucos anos (CAILLAT, 1996).

Com o desenvolvimento econômico e maior tempo alocado ao trabalho nas famílias, o esporte passou a ser uma forma de combate ao estresse:

Nas cidades, no início dos anos 1900, o trabalho determinava a prioridade no uso do tempo: os ciclos da natureza foram substituídos pela divisão entre o tempo destinado ao trabalho e o tempo de não – trabalho. Este último, denominado “livre”, destina-se a uma série de ocupações. Entre as alocações do tempo livre estão a administração familiar, o repouso, as necessidades biológicas e a sociabilidade. E também o lazer, um fenômeno das sociedades, uma contramedida “em oposição às tensões do *stress* que elas próprias criam” (ELIAS, 1992).

Diante dessa perspectiva, a função principal do esporte passou a ser a geração de excitações agradáveis, permitindo a fuga da rotina (e do trabalho). Em segundo plano, o esporte permitia às populações urbanas e

industrializadas, que eram sedentárias, a prática de atividades físicas (DALLARI, 2009).

Além dos aspectos colocados pela autora, uma questão fundamental proporcionada pelo esporte é o sentimento de pertencer a um determinado grupo.

Há pelo menos três aspectos inter-relacionados que teriam contribuído para o aumento do significado social do esporte. O primeiro deles é o desenvolvimento do esporte como um dos principais meios de criação de excitação agradável. Em segundo lugar, está a transformação do esporte em um dos principais meios de identificação coletiva, ou seja, da formação da ideia de se pertencer a um grupo. Por fim, a emergência do esporte como uma fonte decisiva de sentido da vida de muitas pessoas (ELIAS, 1992, p.322).

As diferentes modalidades são capazes de atender os diferentes desejos de esportistas, e assim, proporcionar maior prazer ao realizar determinada atividade.

4.0 HISTÓRIA DA CORRIDA DE RUA

Correr é um ato natural, inerente ao ser humano, pois o homem foi feito para correr. Os traços do nosso corpo favorecem muito mais a corrida que a caminhada (SILVA, 2009). Desde os tempos mais antigos, pessoas já corriam. A prova mais antiga desse fato está na representação de dois corredores em um vaso da civilização micênica do século 16 a.C (YALOURIS, 2004). Naquela época, correr significava a diferença entre a vida e a morte:

O homo sapiens corria para caçar ou fugir de seus predadores. Com o desenvolvimento da cultura e formação de povoados e civilizações o homem passou a utilizar animais como meio de transporte diminuindo o papel da corrida na vida diária. Com a invenção de outras formas de deslocamento o homem passou a correr cada vez menos. (NIADA, 2011, p.18).

Não apenas uma questão de sobrevivência, a corrida também servia como meio de comunicação entre povoados distantes. Apesar desse ato ter ganhado diferentes significados como desenvolvimento da sociedade, Lunzenfichter (apud DALLARI, 2009, p.24).

As Corridas de Rua surgiram na Inglaterra no século XVIII onde se tornaram bastante populares, posteriormente, a modalidade expandiu-se para o resto da Europa e Estados Unidos.

No final do século XIX as Corridas de Rua ganharam impulso depois do grande sucesso da primeira Maratona Olímpica popularizando-se particularmente nos Estados Unidos.

Mas o marco fundamental na história das corridas de rua foi a maratona dos Jogos Olímpicos de Atenas, em 10 de abril de 1896. [...] criação de uma corrida em homenagem a Phidippides, o hemerodromo encarregado de levar a mensagem da vitória dos gregos sobre os persas em 490 a.C., de Maratona a Atenas, que morreu, esgotado, assim que cumpriu sua missão. A prova, de 40km, adquiriu uma significação extraordinária: representava o vínculo da celebração moderna com os tempos heroicos.

Ainda hoje, a prova de quarenta e dois quilômetros é tida para muitos corredores como um grande desafio, e superá-la é considerada um ato heroico. Para entender melhor como atividade tão antiga ainda resguarda significados de sua origem para a sociedade moderna é preciso analisar a trajetória da corrida de rua ao longo do tempo. A história desse esporte pode ser dividida em quatro diferentes fases, conforme apresentarei a seguir:

- 1897 – Maratona de Boston
- 1924 – Maratona de Kosice
- 1925 – Corrida de São Silvestre
- 1947 – Maratona de Fukuoka
- 1970 – Maratona de Nova York
- 1972 – Stramilano
- 1974 – Maratona de Berlim

- 1976 – Maratona de Paris
- 1977 – Maratona de Chicago
- 1981 – Maratona de Londres

Fonte: Association of International Marathons and Road e Lunzenfichter (2003) adaptado por Dallari (2009).

Essas provas, que se repetem ano após ano, ainda carregam um significado heroico para aqueles que conseguem superar grandes distâncias. O constante enfrentamento do corredor com suas limitações físicas e mentais, desperta um sentimento de vitória sobre suas limitações. Dedicção, sacrifício e determinação são seus únicos aliados. A corrida é para independência, para o autoconhecimento e a promoção das próprias conquistas (NOAKES, 1991).

No Brasil, houve um acompanhamento das fases propostas por Silva. Na fase dos Jogos Olímpicos Modernos (1918) ocorreu a primeira prova de vinte e quatro quilômetros, marco histórico da corrida de rua no Brasil, em São Paulo, chamada de Estadinho, promovida pelo Jornal O Estado de São Paulo. Três anos depois foi inaugurada a primeira pista de atletismo de São Paulo no Club Athletico Paulistano (SILVA, 2009).

Entre 1970 e 1980 a corrida de rua no Brasil era focada na prática militarista e em corredores de alto rendimento no atletismo de pista. Com influência do movimento americano promovido por *Kenneth Cooper* dos anos 1960 e 1970 algumas mudanças ocorreram. A primeira prova a refletir essa nova cultura foi a Maratona Internacional do Rio de Janeiro, realizada em 1979, que influenciou o crescimento das provas de corrida em todo o Brasil (SILVA, 2009). Há praticamente uma década estamos num momento de consolidação do esporte com a corrida se tornando cada vez mais “fashion” e com intensa comunicação dos agentes envolvidos na corrida de rua (DALLARI, 2009, p.68).

A procura pela corrida bem aumentando cada vez mais. Segundo algumas pesquisas mais de 4 milhões de brasileiros correm regularmente, com um aumento de 30% a cada ano. Justificando, assim, esse crescimento impressionante, vários são os motivos para quem quer iniciar e para quem já

corre permanecer correndo. Alguns deles são às facilidades, as vantagens e os benefícios que a corrida trás para os mesmos.

4.1 RELACÕES ENTRE A CORRIDA E O BEM-ESTAR

Junto com a caminhada, a corrida é atividade esportiva mais acessível, pois pode ser praticada individualmente, em praticamente qualquer lugar e tem baixo investimento (COSTA, 2010). Além disso, não exige alto nível técnico de corredor. Ao praticar a corrida, há melhoras para saúde física, para saúde emocional, melhora na saúde social também, conforme colocadas abaixo por (SILVA, 2009):

1. Melhora da saúde física: controle da pressão arterial, capacidade de respiração, melhora capacidade de ejeção no coração, controle do nível de colesterol, controle do peso corporal, e etc.
2. Melhora na saúde emocional e cognitiva: Redução do estresse, da depressão, melhoria da ansiedade e do humor, liberação da endorfina e etc.
3. Melhora na saúde social: Sentimento de pertencimento a um grupo, criação de laços de amizade, incentivo de valores como humildade e educação.

A facilidade de praticar a corrida se dá também porque pode ser considerado um esporte individual, já que o corredor não necessita de outra pessoa para prática além da mesma. Em cada corrida, a velocidade, a distância a percorrer, e o trajeto são definidos pelo próprio corredor. Ele também define seus objetivos com relação à corrida. Os objetivos mais comuns entre os corredores podem ser classificados em cinco perfis, exposto abaixo por (SILVA 2009):

1. Corredor desafiador: Procura na corrida uma maneira de superar e testar seus limites. O que conta é o tempo de conclusão de uma prova e a distância percorrida. O que vale é vencer o desafio.

2. Corredor amador: É aquele que ama a corrida, seu maior prazer é correr, não importando a colocação ou o ritmo. A corrida é quase uma terapia e quando não correm chegam a ter alteração no seu humor.

3. Corredor social: É aquele que busca nos treinos e provas um momento para reunir e encontrar amigos. O que vale é curtir a corrida com quem gosta.

4. Corredor pensador: Vê a corrida como uma atividade que ajuda a refletir e achar soluções para a sua vida. Normalmente é mais solitário ou usa a corrida como descarga da rotina diária.

5. Corredor gastador: O que vale é gastar calorias, procurar correr o suficiente para que o gasto calórico seja alto.

Os objetivos do corredor pensador, amador e desafiador são relacionados, principalmente, com o bem estar emocional. Nesse contexto, a corrida surge como uma solução para escape das pressões da rotina urbana que afetam emocionalmente milhares de pessoas.

Essas pressões como estresse e ansiedade podem ter um grande impacto para a saúde da população. Através da corrida, é possível manter um bom condicionamento físico, manter um peso adequado, envelhecer de forma ativa e passar um momento sem pensar em nada ou um momento para pensar, refletir e resolver problemas (LIMA, 2007). Isso se reflete em diversos aspectos de uma melhor qualidade de vida, como no caso do estudo conduzido pela Universidade da Califórnia mostrou que praticantes de corrida ou caminhada tinham maior atividade sexual (EXAME, 2012).

Mesmo sendo um esporte individual, não há impeditivos para que seja praticado em grupo. O corredor social alia o prazer da corrida com o momento de encontrar amigos. Duas formas que facilitam a prática coletiva são os grupos de corrida e as competições. Além do prazer de companhia de outras pessoas, esses encontros servem também para aprimorar a identificação do corredor com o esporte, principalmente através de camisetas personalizadas.

Corredores se alimentam do prazer do relacionamento e da sensação de superação. Eles querem ser percebidos além de saudáveis e ativos, como pessoas disciplinadas, focadas e que vão atrás dos seus objetivos (LIMA, 2007). Há certo prestígio ao se apresentar para outras pessoas como um “corredor” ou um “atleta”, pois passa valores como disciplina e superioridade física que faz com que o indivíduo tenha um lugar de respeito na comunidade (OLIVEIRA, 2010).

O corpo humano através da corrida produz endorfinas evidenciando um estado de tranquilidade e de prazer. Quando o corredor passa a exercitar diariamente, fica evidenciado seu estado de bem estar e sua condição psicológica é positiva, melhora o seu humor, seus níveis de estresse diminuem.

Os benefícios da corrida começam a se manifestar no corredor com uma maior disposição para suas atividades profissionais, aumento da autoestima e da autoconfiança, o que leva o indivíduo a ter maior resistência e passa a administrar melhor a sua vida, o raciocínio melhora, pois, o cérebro melhor oxigenado funciona com mais eficiência, isso demonstra um bem estar psicológico.

5. MÉTODO

5.1 TIPO DE ESTUDO

Esse estudo adota um método descritivo com uma abordagem quantitativa e utiliza uma técnica comparativa. A pesquisa se preocupa em descrever o fenômeno, explicar o comportamento da percepção do bem-estar de praticantes de corrida de rua, mas também, em procurar relações de causa e efeito, identificando se as variáveis independentes, sexo, idade e tempo de prática exercem algum efeito sobre as variáveis dependentes, dimensões do bem-estar.

5.2 AMOSTRA

Participaram do estudo 102 sujeitos praticantes de corrida de rua em Porto Alegre, de ambos os sexos e com faixas etárias compreendidas entre 20 a 62 anos.

Atividades são propostas por todos os professores do grupo, com planilhas de treino de acordo com o objetivo de cada um. O grupo é uma empresa que presta serviços de atividade física orientada através de programas elaborados especificamente para seus clientes, pessoas que buscam melhorar a qualidade de vida através da prática de atividades como corrida e caminhada.

O diferencial é a preocupação com a qualidade de vida de seus alunos como um todo, ou seja, parte física e mental em equilíbrio. O grupo busca se adaptar as diversas necessidades, metas e objetivos de seus atletas.

O grupo de corrida possui todo tipo de atleta, estudantes, trabalhadores, pais, mães, avós, os que já correm há muito tempo, e os que estão há pouco tempo, e os iniciantes que estão iniciando á prática da corrida.

Os treinos acontecem de segunda a sábado, tem os que vão segunda, quarta e sexta por preferência de horário e professor, e os que treinam na

terça, quinta, e no sábado por preferência também, mas, ninguém falta o treino, a não ser, que estejam doentes.

O critério de inclusão no grupo, é gostar de correr, não tem exclusão, todo mundo é capaz de correr, se o indivíduo estiver lesionado, temos fisioterapeutas para melhor atendê-lo para que sua recuperação seja mais rápida.

5.3 CÁLCULO AMOSTRAL

Para calcular o tamanho da amostra a ser investigada, assumiu-se um poder do teste de 90%, um alfa de 5% e um tamanho do efeito de 0,40. Adotou-se o teste estatístico ANOVA FATORIAL e o Software utilizado foi o GPower 3.0. De acordo com os resultados apresentados abaixo e a figura 1 que apresenta o valor do T crítico, o tamanho da amostra ficou definido em $n = 102$ sujeitos.

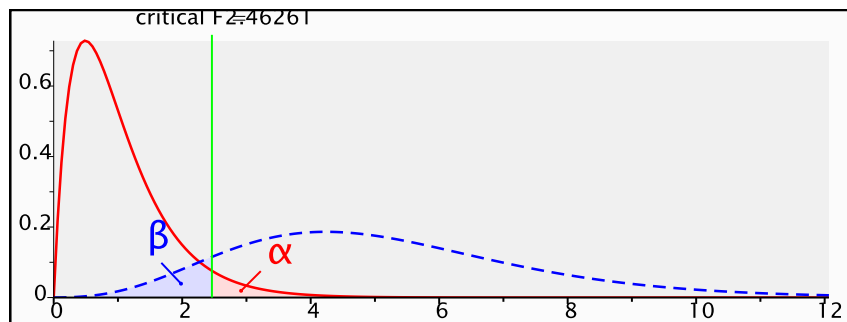
[2] -- Friday, June 13, 2014 -- 11:22:41

F tests - ANOVA: Fixed effects, special, main effects and interactions

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input: Effect size f = 0.40
 α err prob = 0.05
Power ($1 - \beta$ err prob) = 0.90
Numerator df = 4
Number of groups = 2

Output: Noncentrality parameter λ = 16.3200000
Critical F = 2.4626149
Denominator df = 100
Total sample size = **102**
Actual power = 0.9032909



5.4 INSTRUMENTOS

Os instrumentos utilizados no presente estudo será a aplicação de um questionário (NAHAS, 1996), sobre o estilo de vida referente às questões nutricionais, atividade física, comportamento preventivo, relacionamento social, e controle do stress, onde o participante marcará os escores zero (absolutamente NÃO faz parte do seu estilo de vida), um (ÀS VEZES corresponde ao seu comportamento), dois (QUASE SEMPRE verdadeiro no seu comportamento), três (a afirmação é SEMPRE verdadeira no seu dia a dia, faz parte do seu estilo de vida), onde três seria o nível máximo. Escores nos níveis zero e um indicam que o indivíduo, deve ser orientado e ajudado a mudar seus comportamentos nos itens avaliados, pois eles oferecem riscos à sua saúde. A ideia geral é permitir que a pessoa identificasse aspectos positivos e negativos em seu estilo de vida, recebendo informações e oportunidades para tomada de decisões que possam levar a uma vida com mais qualidade.

Também foi perguntado o nível de escolaridade, ensino fundamental, ensino médio, ensino superior, tempo de prática, a idade que iniciaram a prática de corrida de rua, e o principal motivo que levaram eles a praticar a corrida de rua.

5.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

. Foi entregue em mãos o questionário, junto com o termo de consentimento livre e esclarecido para os grupos de corrida, fui até os locais de treino desses grupos, alguns sujeitos me entregaram o questionário em mãos, e outros me enviaram por email, apenas dois sujeitos não me enviaram de volta.

5.6 PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Na apresentação dos dados foi adotada a estatística descritiva, referindo valores de médias e desvios padrão. Na verificação da influência e da interação das variáveis independentes, sexo, grupo de idade e tempo de prática, sobre a variabilidade dos fatores referente a percepção de bem estar, utilizamos o teste de Anova Fatorial com *Post-hoc* de *Tukey*. Também verificamos a adesão à distribuição paramétrica com o teste de *Kolmogorov-Smirnov*. O alfa adotado foi de 0,05 e o software utilizado nas análises foi o SPSS v.20.

5.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Todos os indivíduos da amostra foram informados do presente estudo, seus objetivos e procedimentos, e sua participação foi de livre escolha. Quem esteve de acordo em participar, ficou ciente da possibilidade de sua desistência a qualquer momento e de livre acesso ao estudo através das informações presentes no termo de consentimento, que após lido foi assinado e entregue ao pesquisador. O termo de consentimento foi impresso em duas vias, sendo uma do pesquisador e a outra do indivíduo submetido ao estudo. As informações coletadas não possuem fins lucrativos e são voltados apenas para a pesquisa científica. Será garantido o absoluto anonimato e sigilo das suas respostas, no mais estrito cumprimento das leis de proteção de dados pessoais.

O termo de Consentimento livre e esclarecido está anexado neste estudo, (anexo 1).

6.0 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Primeiramente apresentaremos o perfil da constituição da amostra em relação ao sexo, grupo de idade e o tempo prática.

Tabela 1. Valores absolutos e percentagens relativas por sexo.

Sexo	Frequência	%
Feminino	47	47,0
Masculino	53	53,0
Total	100	100,0

Nos dados avaliados houve mais sujeitos do sexo masculino, com uma frequência de 53%.

Tabela 2. Valores absolutos e percentagens relativas por Grupo de idade

Grupos de idade	Frequência	%
Idades mais baixas (20 a 29 anos)	36	36,0
Idades intermediárias (30 a 38 anos)	38	38,0
Idades mais elevadas (39 a 62 anos)	26	26,0
Total	100	100,0

Na análise feita por Grupo de idade verificou-se que entre as idades mais baixas e as idades intermediárias houve pouca variação, porém, a mais sujeitos nas idades intermediárias (30 a 38), equivalente a 38%.

Tabela 3. Valores absolutos e percentagens relativas por Tempo de Prática

Tempo de Prática	Frequência	%
Até 6 meses	13	13,0
6 meses a 2 anos	28	28,0
Acima de 2 anos	59	59,0
Total	100	100,0

Nos dados da tabela 3, o Tempo de Prática maior foi acima de dois anos, com 59%.

Tabela 4. Valores médios e desvios padrão por sexo em cada Fator do pentáculo do bem-estar.

Fatores do pentáculo do bem estar		N	Média	Desvio padrão	Erro padrão	Menor valor	Maior valor
Fator Nutricional	Feminino	47	1,80	,563	,082	1,00	3,00
	Masculino	53	1,85	,648	,089	,00	3,00
	Total	100	1,83	,607	,060	,00	3,00
Fator Atividade Física	Feminino	47	1,94	,574	,083	,67	3,00
	Masculino	53	2,10	,708	,097	,00	3,00
	Total	100	2,02	,650	,065	,00	3,00
Fator Comportamento Preventivo	Feminino	47	1,92	,325	,047	1,67	3,00
	Masculino	53	1,96	,322	,044	1,33	3,00
	Total	100	1,95	,322	,032	1,33	3,00
Fator Relacionamentos	Feminino	47	2,04	,420	,061	1,33	3,00
	Masculino	53	2,00	,459	,063	1,00	3,00
	Total	100	2,02	,440	,044	1,00	3,00
Fator Controle do Stress	Feminino	47	2,19	,608	,088	1,00	3,00
	Masculino	53	2,34	,626	,086	,00	3,00
	Total	100	2,27	,619	,061	,00	3,00

Os valores médios e desvios padrão por sexo no fator nutricional, houve o predomínio do sexo masculino, mas com pouca variação em relação ao sexo

feminino, com 1,85 de média, com desvio padrão de 0,648, e com um amplitude de variação 2,00. O Fator atividade física houve também o predomínio do sexo masculino, com 2,10 de média, com desvio padrão de 0,708, com uma amplitude de variação 2,00. Já o fator comportamento preventivo, não teve muita variação entre os sexos, o sexo masculino se destacou com uma média de 1,96, mas com um desvio padrão abaixo do sexo feminino, com 0,322, e não teve variação na amplitude entre os sexos também. Em relação ao fator relacionamento houve pouca variação na média também em relação ao sexos, foi o sexo feminino que predominou com uma média de 2,04, porém no sexo masculino houve uma desvio padrão maior com 0,459, com uma amplitude de variação 2,00. Em relação ao último fator controle do stress, predominou o sexo masculino com média de 2,34, com desvio padrão de 0,626, e com amplitude de variação de 2,00.

Portanto, de todos os fatores avaliados o que mais se destacou foi o Fator Controle do Stress, com o predomínio do sexo masculino, média de 2,34.

Tabela 5. Valores médios e desvios padrão por grupos de idades em cada Fator do pentáculo bem-estar.

Fatores do pentáculo do bem estar		N	Média	Desvios padrão	Erro Padrão	Menor valor	Maior valor
Fator Nutricional	idades mais baixas (20 a 29 anos)	36	1,73	,600	,100	,67	3,00
	idades intermediárias (30 a 38 anos)	38	1,72	,599	,097	,00	3,00
	idades mais elevadas (39 a 62 anos)	26	2,11	,557	,109	1,00	3,00
	Total	100	1,83	,607	,060	,00	3,00
Fator Atividade Física	idades mais baixas (20 a 29 anos)	36	2,14	,692	,115	,67	3,00
	idades intermediárias (30 a 38 anos)	38	1,85	,656	,106	,00	3,00
	idades mais elevadas (39 a 62 anos)	26	2,11	,541	,106	1,00	3,00
	Total	100	2,02	,650	,065	,00	3,00
Fator Comportamento Preventivo	idades mais baixas (20 a 29 anos)	36	1,85	,257	,042	1,33	2,67
	idades intermediárias (30 a 38 anos)	38	1,99	,342	,055	1,67	3,00
	idades mais elevadas (39 a 62 anos)	26	2,02	,351	,068	1,67	3,00
	Total	100	1,95	,322	,032	1,33	3,00
Fator Relacionamentos	idades mais baixas (20 a 29 anos)	36	2,00	,398	,066	1,00	2,67
	idades intermediárias (30 a 38 anos)	38	1,95	,425	,069	1,00	3,00
	idades mais elevadas (39 a 62 anos)	26	2,15	,500	,098	1,33	3,00
	Total	100	2,02	,440	,044	1,00	3,00
Fator Controle Stress	idades mais baixas (20 a 29 anos)	36	2,22	,627	,104	1,00	3,00
	idades intermediárias (30 a 38 anos)	38	2,16	,678	,110	,00	3,00
	idades mais elevadas (39 a 62 anos)	26	2,51	,454	,089	1,67	3,00
	Total	100	2,27	,619	,061	,00	3,00

Os valores médios e desvios padrão por grupos de idades no fator nutricional houve o predomínio das idades mais elevadas (39 a 62 anos), com média de 2,11, porém o desvio padrão foi maior nas idades mais baixas (20 a 29 anos), com 0,600, e também foi maior em relação à amplitude de variação com 2,33. Já o fator atividade física, as idades mais baixas (20 a 29 anos), houve uma variação um pouco maior em relação as outras idades, com 2,14 de média, e desvio padrão de 0,692, com amplitude de variação de 2,33. No comportamento preventivo, as idades mais elevadas (39 a 62 anos) que tiveram uma média maior, com 2,02, e desvio padrão de 351, e não houve variação de amplitude entre as idades. O fator relacionamento teve o predomínio das idades mais elevadas (39 a 62 anos), com 2,15 de média, com desvio de padrão de 0,500, porém na amplitude de variação não teve diferença

significativa entre as idades. Em relação ao último fator, controle do stress, houve diferença nas idades mais elevadas (39 a 62 anos), porém o desvio padrão teve maior diferença nas idades intermediárias (30 a 38 anos), mas não houve diferença significativa nas idades na amplitude de variação.

Portanto, no grupo de idades, em relação a todos os fatores avaliados, novamente o controle do stress, com idades mais elevadas, foi o que mais obteve a maior média, com 2,51.

Tabela 6. Valores médios e desvios padrão por tempo de prática em cada Fator do pentáculo bem-estar.

Fatores do pentáculo do bem estar		N	Média	Desvios padrão	Erro Padrão	Menor valor	Maior valor
	até 6 meses	13	1,46	,569	,158	1,00	2,67
Fator	6 meses a 2 anos	28	1,46	,546	,103	,00	2,67
Nutricional	acima de 2 anos	59	2,08	,512	,066	,67	3,00
	Total	100	1,83	,607	,060	,00	3,00
	até 6 meses	13	1,82	,702	,194	1,00	3,00
Fator	6 meses a 2 anos	28	1,77	,685	,129	,00	3,00
Atividade.Física	acima de 2 anos	59	2,19	,578	,075	1,00	3,00
	Total	100	2,02	,650	,065	,00	3,00
	até 6 meses	13	1,84	,322	,089	1,67	2,67
Fator	6 meses a 2 anos	28	1,91	,334	,063	1,33	3,00
Comportamento Preventivo	acima de 2 anos	59	1,98	,315	,041	1,67	3,00
	Total	100	1,95	,322	,032	1,33	3,00
	até 6 meses	13	1,97	,318	,088	1,67	2,67
Fator	6 meses a 2 anos	28	1,82	,439	,083	1,00	3,00
Relacionamentos	acima de 2 anos	59	2,12	,433	,056	1,33	3,00
	Total	100	2,02	,440	,044	1,00	3,00
	até 6 meses	13	2,00	,527	,146	1,00	3,00
Fator	6 meses a 2 anos	28	1,94	,679	,128	,00	3,00
Controle Stress	acima de 2 anos	59	2,49	,511	,066	1,33	3,00
	Total	100	2,27	,619	,061	,00	3,00

Os valores médios e desvios padrão por tempo de prática em relação ao fator nutricional mostrou que, acima de 2 anos de tempo de prática é que teve uma variação maior em relação as outras variáveis, com media de 2,08, porém

no desvio padrão, o tempo de prática de até 6 meses é que teve uma variação maior, com 0,569, e não houve diferença significativa na amplitude de variação. No fator atividade física, predomínio também de tempo de prática acima de 2 anos, com média de 2,19, porém o tempo de prática de até 6 meses teve um desvio padrão maior, com 0,702, e não houve diferença na amplitude de variação. Já o fator comportamento preventivo, não houve muita variação, porém novamente se destacou o tempo de prática acima de 2 anos, com 1,98 de média, e no desvio padrão a diferença maior foi no tempo de prática de 6 meses a 2 anos, com 0,334, e também não houve diferença na amplitude de variação. O fator relacionamento, houve variação também no tempo de prática acima de 2 anos, com média de 2,02, e com desvio padrão maior no tempo de prática de 6 meses a 2 anos com 0,439, e não houve diferença significativa na amplitude de variação entre as variáveis. Por último o fator controle de stress, que teve o predomínio também do tempo de prática acima de 2 anos, com média de 2,49, e com desvio padrão maior no tempo de prática de 6 meses a 2 anos com 0,679, não houve diferença na amplitude de variação.

Portanto de todos os fatores, o controle de stress é o fator com maior média em relação ao sexo, grupos de idades, e tempo de prática, e isso é bom sinal porque mostra que esses sujeitos estão buscando na corrida uma forma de aliviar suas tensões, quanto mais tempo de prática mais se sentem bem, e os benefícios refletem na vida diária. Pois, vive-se um tempo em que o ritmo de nossas vidas é extremamente rápido, às vezes alucinante, além do nosso controle. Muitos fatores da vida moderna contribuem para isso: o trabalho exigente, o risco de perdê-lo, as ações (e falta de ações), do governo, a violência urbana, o futuro incerto, e etc. De uma forma ou de outra, esse conjunto de agentes tem afetado as sociedades de forma generalizada, fazendo do stress um mal que não respeita fronteiras geográficas nem demográficas. De fato a OMS, (Organização Mundial da Saúde) considera o stress (assim como a obesidade) uma epidemia global.

A forma como se enfrenta o stress e a espiritualidade presente em casa um de nós parecem associadas. Espiritualidade não significa necessariamente religiosidade, mas esta pressupõe a primeira condição. Ao discutir essa

associação (religião – espiritualidade) (SEAWARD, 1997) faz a seguinte analogia: a espiritualidade é como água (universal), imprescindível, única para todos os povos, enquanto as religiões representam os recipientes que a contém (diferentes em forma, tamanho, tendendo a separar mais do que unir povos). O bem estar espiritual, associado à forma como reagimos o stress, é construído a partir dos valores humanos, dos relacionamentos e dos propósitos na vida de cada um. É preciso que encontremos um ponto de equilíbrio em nossas vidas, reagindo às situações estressantes com mais tranquilidade e segurança. Afinal, mais do que o stress propriamente, é a maneira como se reage aos agentes estressantes que afeta nossa saúde e qualidade de vida.

O Pentáculo do Bem Estar é um instrumento que pode ajudar as pessoas a identificarem as situações de stress, permitindo que aprendam a reagir de maneira equilibrada e sofrendo menos as consequências desses eventos, comuns na vida de todas as pessoas.

6.1 Análise Inferencial utilizando o teste da ANOVA FATORIAL

6.2 Fator Nutricional

Tabela 7. Efeitos e Interações das variáveis independentes no fator Nutricional (ANOVA Fatorial)

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Fator.Nutricional

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^b
Corrected Model	13,551 ^a	16	,847	3,056	,000	,371	48,893	,996
Intercept	104,251	1	104,251	376,151	,000	,819	376,151	1,000
Sexo	7,747E-005	1	7,747E-005	,000	,987	,000	,000	,050
grupos.idade	,416	2	,208	,751	,475	,018	1,502	,174
Tempo.pratica2	7,165	2	3,582	12,926	,000	,237	25,852	,996
Sexo * grupos.idade * Tempo.pratica2	3,236	11	,294	1,061	,402	,123	11,676	,544
Error	23,004	83	,277					
Total	371,444	100						
Corrected Total	36,554	99						

a. R Squared = ,371 (Adjusted R Squared = ,249)

b. Computed using alpha = ,05

Apenas a variável tempo de prática apresentou um efeito significativo sobre o fator nutricional ($F=12,926$; $p<0,001$; $\eta^2 = 0,237 = 23,7\%$; $Po=0,996$).

A interação entre as variáveis independentes, sexo, grupo de idade e o tempo de prática não foi estatisticamente significativa, não ocasionando efeito significativo sobre a variabilidade do fator nutricional.

Tabela 8. Valores médios e desvios padrão do tempo de prática no fator nutricional

Estimates

Dependent Variable: Fator.Nutricional

Tempo.pratica2	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
até 6 meses	1,240 ^a	,194	,854	1,626
6 meses a 2 anos	1,475	,125	1,226	1,724
acima de 2 anos	2,067	,072	1,925	2,209

a. Based on modified population marginal mean.

Os resultados da tabela a cima evidenciam que há um crescimento na atribuição de ocorrência de quase nunca para quase sempre verdadeiro no seu comportamento conforme aumenta o tempo de prática no fator nutricional.

Tabela 9. Múltiplas comparações teste de Bonferroni para o tempo de prática no fator nutricional.

Pairwise Comparisons

Dependent Variable: Fator.Nutricional

(I) Tempo.pratica2	(J) Tempo.pratica2	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. ^d
até 6 meses	6 meses a 2 anos	-,235 ^a	,231	,937
	acima de 2 anos	-,827 ^{a,*}	,207	,000
6 meses a 2 anos	até 6 meses	,235 ^c	,231	,937
	acima de 2 anos	-,592 [*]	,144	,000
acima de 2 anos	até 6 meses	,827 ^{*,c}	,207	,000
	6 meses a 2 anos	,592 [*]	,144	,000

Based on estimated marginal means

*. The mean difference is significant at the ,05 level.

a. An estimate of the modified population marginal mean (I).

c. An estimate of the modified population marginal mean (J).

d. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

Os sujeitos com tempo de prática acima de dois anos se diferenciam dos grupos com tempo de prática menor nesse fator por apresentarem índices médios superiores.

Esse comportamento pode ser observado na figura abaixo

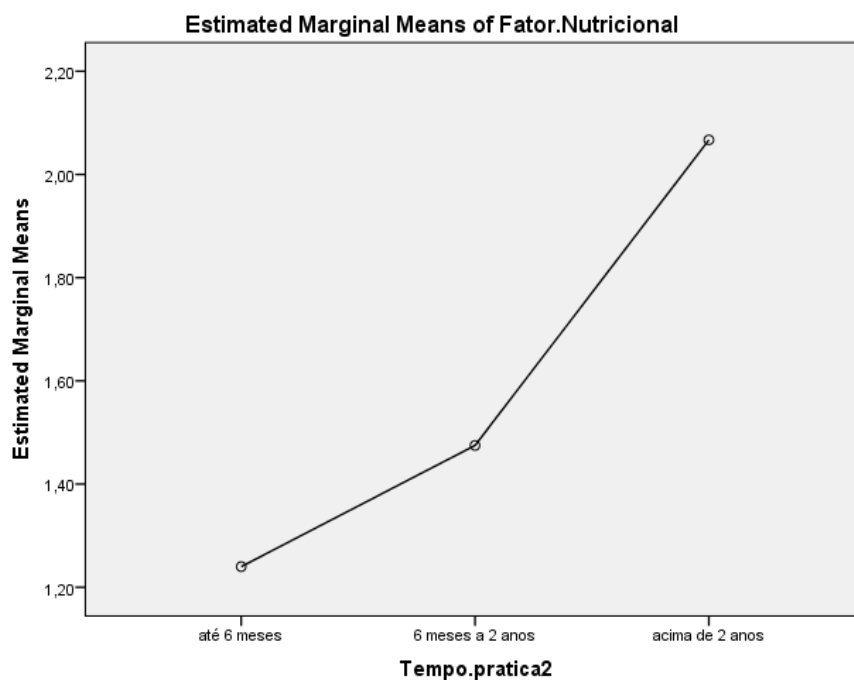


Figura . Fator Nutricional por tempo de prática.

6.3 Fator Atividade Física

Tabela 10. Efeitos e Interações das variáveis independentes no fator Atividade Física (ANOVA Fatorial)

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Fator.Atividade.Física

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^b
Corrected Model	9,767 ^a	16	,610	1,575	,094	,233	25,206	,857
Intercept	139,183	1	139,183	359,188	,000	,812	359,188	1,000
Sexo	,049	1	,049	,128	,722	,002	,128	,064
grupos.idade	1,786	2	,893	2,305	,106	,053	4,610	,456
Tempo.pratica2	4,128	2	2,064	5,326	,007	,114	10,653	,826
Sexo * grupos.idade * Tempo.pratica2	2,597	11	,236	,609	,816	,075	6,703	,308
Error	32,162	83	,387					
Total	452,667	100						
Corrected Total	41,929	99						

a. R Squared = ,233 (Adjusted R Squared = ,085)

b. Computed using alpha = ,05

Apenas a variável tempo de prática apresentou um efeito significativo sobre o fator atividade física ($F=5,326$; $p=0,007$; $\eta^2 = 0,114 = 11,4\%$; $Po=0,826$).

A interação entre as variáveis independentes, sexo, grupo de idade e o tempo de prática não foi estatisticamente significativa, não ocasionando efeito significativo sobre a atividade física.

Tabela 11. Valores médios e desvios padrão do tempo de prática no fator Atividade Física

Estimates				
Dependent Variable: Fator.Atividade.Física				
Tempo.pratica2	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
até 6 meses	1,587 ^a	,230	1,130	2,043
6 meses a 2 anos	1,778	,148	1,484	2,073
acima de 2 anos	2,205	,085	2,037	2,373

a. Based on modified population marginal mean.

Conforme os resultados da tabela a cima, verificamos que há um crescimento na atribuição de ocorrência de quase nunca para quase sempre verdadeiro no seu comportamento conforme aumenta o tempo de prática.

Tabela 12. Múltiplas comparações teste de Bonferroni para o tempo de prática no fator Atividade Física.

Pairwise Comparisons

Dependent Variable: Fator.Atividade.Física

(I) Tempo.pratica2	(J) Tempo.pratica2	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. ^d	95% Confidence Interval for Difference ^d	
					Lower Bound	Upper Bound
até 6 meses	6 meses a 2 anos	-,192 ^a	,273	1,000	-,859	,476
	acima de 2 anos	-,618 ^{a,*}	,245	,040	-1,216	-,021
6 meses a 2 anos	até 6 meses	,192 ^c	,273	1,000	-,476	,859
	acima de 2 anos	-,427 [*]	,170	,043	-,843	-,010
acima de 2 anos	até 6 meses	,618 ^{*,c}	,245	,040	,021	1,216
	6 meses a 2 anos	,427 [*]	,170	,043	,010	,843

Based on estimated marginal means

*. The mean difference is significant at the ,05 level.

a. An estimate of the modified population marginal mean (I).

c. An estimate of the modified population marginal mean (J).

d. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

Esse aumento foi significativo, os sujeitos com tempo de prática acima de dois anos apresentaram índices médios maiores que os grupos com tempo de prática menor nesse fator.

Esse comportamento pode ser observado na figura abaixo

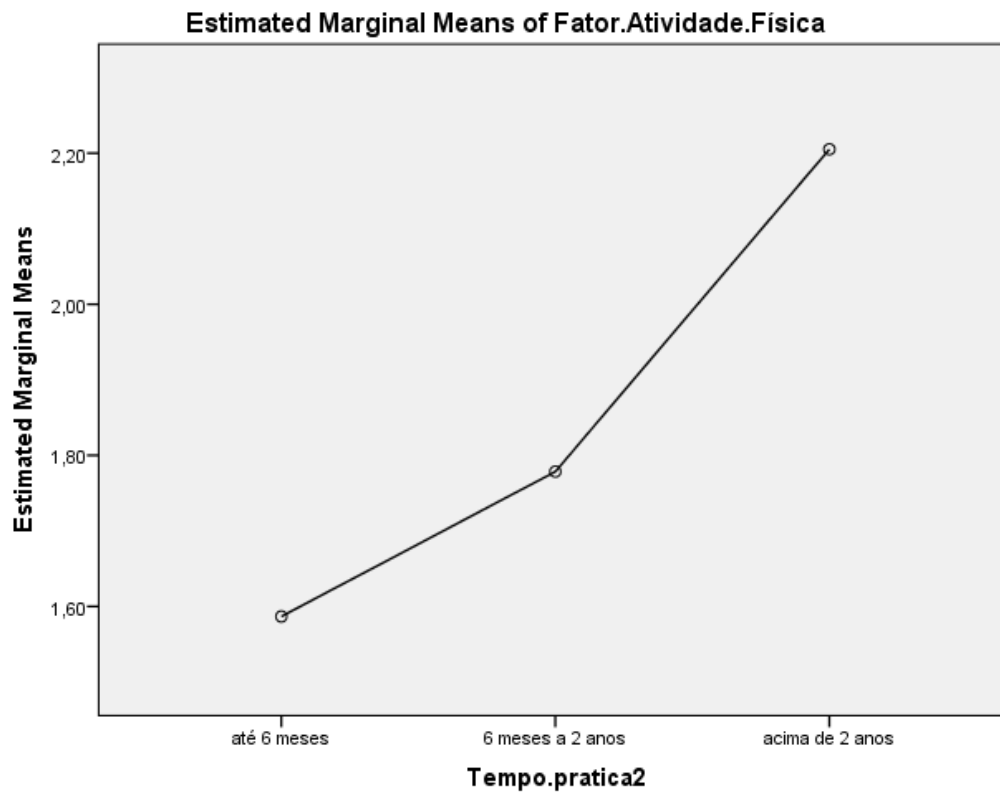


Figura . Fator Atividade Física por tempo de prática

6.4 Fator Comportamento Preventivo

Tabela 13. Efeitos e Interações das variáveis independentes no fator Comportamento Preventivo (ANOVA Fatorial)

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Fator.Comportamento.Preventivo

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^b
Corrected Model	2,089 ^a	16	,131	1,319	,205	,203	21,107	,770
Intercept	144,591	1	144,591	1460,666	,000	,946	1460,666	1,000
Sexo	,000	1	,000	,001	,971	,000	,001	,050
grupos.idade	,084	2	,042	,422	,657	,010	,844	,116
Tempo.pratica2	,329	2	,165	1,664	,196	,039	3,328	,342
Sexo * grupos.idade * Tempo.pratica2	1,439	11	,131	1,322	,227	,149	14,540	,663
Error	8,216	83	,099					
Total	390,556	100						
Corrected Total	10,306	99						

a. R Squared = ,203 (Adjusted R Squared = ,049)

b. Computed using alpha = ,05

Não encontramos efeito significativo das variáveis independentes sobre o fator Comportamento Preventivo ($p > 0,05$).

6.5 Fator Relacionamentos

Tabela 14. Efeitos e Interações das variáveis independentes no fator Relacionamentos (ANOVA Fatorial).

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Fator.Relacionamentos

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^b
Corrected Model	4,152 ^a	16	,260	1,435	,146	,217	22,953	,813
Intercept	155,155	1	155,155	857,645	,000	,912	857,645	1,000
Sexo	,164	1	,164	,909	,343	,011	,909	,156
grupos.idade	,051	2	,026	,142	,868	,003	,284	,071
Tempo.pratica2	1,434	2	,717	3,962	,023	,087	7,925	,696
Sexo * grupos.idade * Tempo.pratica2	1,946	11	,177	,978	,473	,115	10,759	,503
Error	15,015	83	,181					
Total	428,556	100						
Corrected Total	19,168	99						

a. R Squared = ,217 (Adjusted R Squared = ,066)

b. Computed using alpha = ,05

Assim como nos fatores nutricional e atividade física, apenas a variável tempo de prática apresentou um efeito significativo sobre o fator Relacionamentos ($F=3,962$; $p=0,023$; $\eta^2 = 0,087 = 8,7\%$; $Po=0,696$).

A interação entre as variáveis independentes, sexo, grupo de idade e o tempo de prática não foi estatisticamente significativa, não ocasionando efeito significativo sobre o fator Relacionamentos.

Tabela 15. Valores médios e desvios padrão do tempo de prática no fator Relacionamentos.

Estimates

Dependent Variable: Fator.Relacionamentos

Tempo.pratica2	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
até 6 meses	1,880 ^a	,157	1,568	2,192
6 meses a 2 anos	1,825	,101	1,624	2,026
acima de 2 anos	2,139	,058	2,024	2,254

a. Based on modified population marginal mean.

Conforme os resultados da tabela a cima, verificamos que há um crescimento na atribuição de ocorrência de quase nunca para quase sempre verdadeiro no seu comportamento dos grupos com tempo de prática menor para o grupo com tempo de prática maior.

Tabela 16. Múltiplas comparações teste de Bonferroni para o tempo de prática no fator Relacionamentos.

Pairwise Comparisons

Dependent Variable: Fator.Relacionamentos

(I) Tempo.pratica2	(J) Tempo.pratica2	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. ^d	95% Confidence Interval for Difference ^d	
					Lower Bound	Upper Bound
até 6 meses	6 meses a 2 anos	,055 ^a	,187	1,000	-,401	,511
	acima de 2 anos	-,259 ^a	,167	,376	-,667	,150
6 meses a 2 anos	até 6 meses	-,055 ^b	,187	1,000	-,511	,401
	acima de 2 anos	-,314 [*]	,116	,025	-,599	-,029
acima de 2 anos	até 6 meses	,259 ^b	,167	,376	-,150	,667
	6 meses a 2 anos	,314 [*]	,116	,025	,029	,599

Based on estimated marginal means

*. The mean difference is significant at the ,05 level.

a. An estimate of the modified population marginal mean (I).

b. An estimate of the modified population marginal mean (J).

d. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

Esse aumento foi significativo, os sujeitos com tempo de pratica acima de dois anos apresentaram índices médios maiores que os grupos com tempo de prática menor.

Esse comportamento pode ser observado na figura abaixo

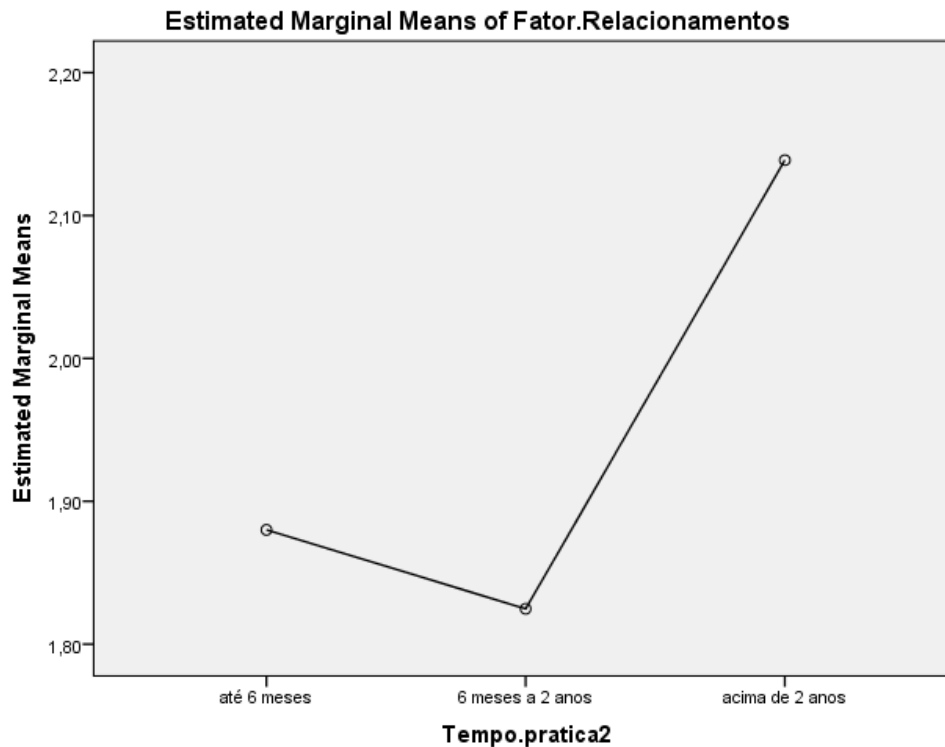


Figura . Fator Relacionamentos por tempo de prática.

6.6 Fator Controle do Stress

Tabela 17. Efeitos e Interações das variáveis independentes no fator Controle do Stress (ANOVA Fatorial)

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Fator.Controle.Stress

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power ^b
Corrected Model	10,645 ^a	16	,665	2,018	,021	,280	32,286	,944
Intercept	191,951	1	191,951	582,159	,000	,875	582,159	1,000
Sexo	,153	1	,153	,465	,497	,006	,465	,103
grupos.idade	,543	2	,271	,823	,443	,019	1,646	,187
Tempo.pratica2	4,524	2	2,262	6,860	,002	,142	13,720	,913
Sexo * grupos.idade * Tempo.pratica2	2,491	11	,226	,687	,747	,083	7,556	,349
Error	27,367	83	,330					
Total	556,333	100						
Corrected Total	38,012	99						

a. R Squared = ,280 (Adjusted R Squared = ,141)

b. Computed using alpha = ,05

Verificou-se que também nesse fator da percepção do bem estar penas a variável tempo de prática apresentou um efeito significativo sobre o fator controle do stress ($F=6,860$; $p=0,002$; $\eta^2 = 0,142 = 14,2\%$; $P_o=0,913$).

A interação entre as variáveis independentes, sexo, grupo de idade e o tempo de prática não foi estatisticamente significativa, não ocasionando efeito significativo sobre o fator controle do stress.

Tabela 18. Valores médios e desvios padrão do tempo de prática no fator Controle do Stress.

Estimates

Dependent Variable: Fator.Controle.Stress

Tempo.pratica2	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
até 6 meses	1,947 ^a	,212	1,525	2,368
6 meses a 2 anos	2,023	,137	1,752	2,295
acima de 2 anos	2,533	,078	2,377	2,688

a. Based on modified population marginal mean.

Os resultados da tabela acima evidenciam que há um crescimento na atribuição de ocorrência de quase nunca para quase sempre verdadeiro no seu

comportamento conforme aumenta o tempo de prática no fator controle do stress.

Tabela 19. Múltiplas comparações teste de Bonferroni para o tempo de prática no fator Controle do Stress.

Pairwise Comparisons

Dependent Variable: Fator.Controle.Stress

(I) Tempo.pratica2	(J) Tempo.pratica2	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. ^d	95% Confidence Interval for Difference ^d	
					Lower Bound	Upper Bound
até 6 meses	6 meses a 2 anos	-,076 ^a	,252	1,000	-,692	,539
	acima de 2 anos	-,586 ^{a,*}	,226	,033	-1,137	-,034
6 meses a 2 anos	até 6 meses	,076 ^c	,252	1,000	-,539	,692
	acima de 2 anos	-,509 [*]	,157	,005	-,894	-,125
acima de 2 anos	até 6 meses	,586 ^{*,c}	,226	,033	,034	1,137
	6 meses a 2 anos	,509 [*]	,157	,005	,125	,894

Based on estimated marginal means

*. The mean difference is significant at the ,05 level.

a. An estimate of the modified population marginal mean (I).

c. An estimate of the modified population marginal mean (J).

d. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

Esse aumento foi significativo, os sujeitos com tempo de pratica acima de dois anos apresentaram índices médios maiores que os grupos com tempo de prática menor nesse fator.

Esse comportamento pode ser observado na figura abaixo

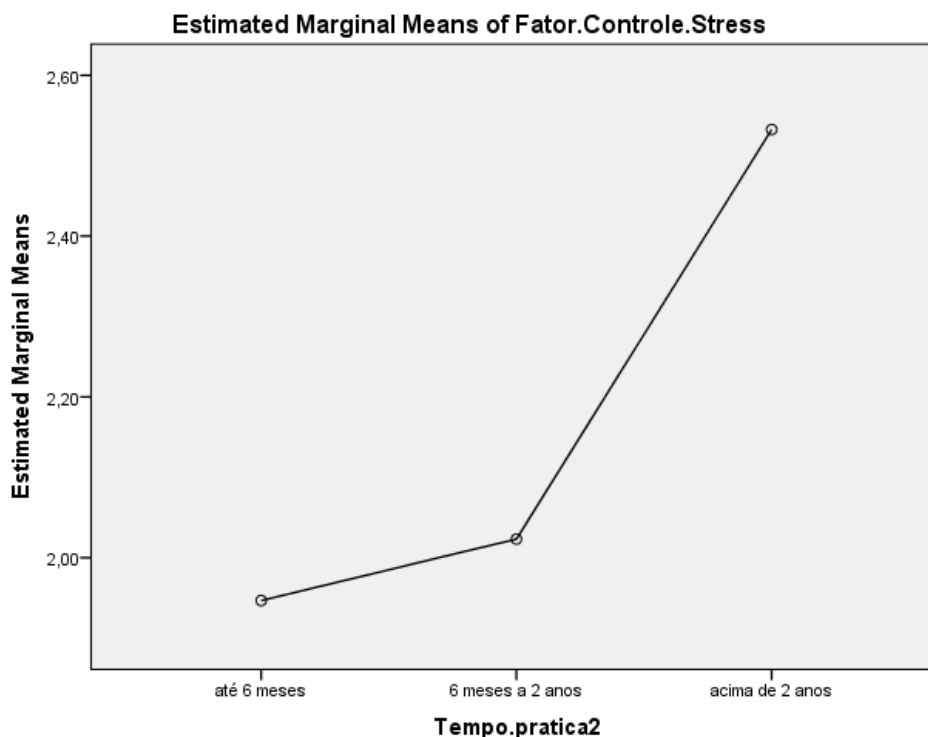


Figura . Fator Controle do Stress por tempo de prática

O tempo de prática é o que mais se destacou entre os fatores avaliados, e isso quer dizer que quanto mais tempo temos de prática, mais melhoramos o nosso estilo de vida. Sabe-se que o estilo de vida atual pode ser responsabilizado por 54% do risco de morte por infarto e por 50% do risco de morte por derrame cerebral, as principais causas de morte em nosso país. Assim, vemos como a atividade física é assunto de saúde pública.

Um estudo realizado por (TOBAR e MORGAN, 2000), constatou altos índices de ansiedade e depressão entre estudantes universitários. Isto pode ser atribuído aos baixos níveis de atividade física e ao tempo dedicado as atividades de lazer ativo na população pesquisada, observou-se uma relação significativa entre os níveis de estresse e o nível de atividade física e tempo de lazer.

De acordo com (SHARKEY, 1998), a alimentação dos indivíduos hoje em dia, é muito diversificada, à medida, que as pessoas trabalham mais horas por

dia, menos tempo sobra para a seleção e preparação da alimentação, conduzindo ao consumo de comida industrializada pronta, lanches rápidos, refeições fora de casa e a perda de controle sobre os alimentos que comemos, geralmente altamente calóricos e pobre em nutrientes, provocando excesso de peso e comprometimento da saúde.

O avanço de consumo geral de gorduras (particularmente óleos vegetais) em detrimento do consumo de carboidratos complexos certamente favoreceu o aumento excepcional da obesidade no país, havendo também mudança no perfil de atividade física da população interferindo principalmente no equilíbrio energético devido a mudanças econômicas, sociais e culturais, segundo (MONTEIRO, 2000).

A promoção de atividade física moderadas tornou-se uma das mais importantes ferramentas de obtenção de estilos de vida saudáveis não só porque combate os males econômicos-sanitários, atribuídos ao sedentarismo, mas também porque, segundo seus promotores, através dela torna-se possível atingir/modificar outros comportamentos de risco associados ao estilo de vida. (FRAGA, 2006).

Outro fator importante é o Comportamento Preventivo, que vai desde a avaliação periódica de saúde para detecção de problemas, até a diminuição dos riscos, como por exemplo, não fumar, não ingerir bebidas alcoólicas, usar cinto de segurança nos automóveis. Tudo isso vem dos hábitos, e está associado ao estilo de vida. A vida ativa é o caminho sensato e compensador para a responsabilidade individual e a prevenção (SHARKEY, 1998), não podemos transferir para os médicos ou para o sistema de saúde, nossa capacidade de escolher as atitudes certas, pois na maioria das vezes sabemos o que é saudável e o que não é, e a decisão fica por nossa conta.

Segundo Menestrina (2005, p.39), o valor sócio pedagógico da prática de atividade físicas é inquestionável e vem a ser um dos maiores fenômenos do final do século XX, criando uma nova dimensão humana, o homem saudável.

Moscovici (1995), afirma que determinados sentimentos positivos de simpatia e atração provocarão aumento de interação e cooperação, alterando a forma de relacionamento durante as atividades físicas e induzindo uma maior produtividade, e se forem sentimentos negativos como antipatia e rejeição, causarão interações conflituosas, afastamento, menor comunicação, prejudicando as atividades, diminuindo a produtividade. Tudo isso interfere na saúde dos indivíduos.

A questão do Stress que foi um fator que obteve um valor significativo nesse trabalho perante os outros fatores estudados, de acordo com (NAHS, 2010), se a atividade física é praticada de forma regular e recreativa, não levando a exaustão, representa um estímulo que promove saúde, pois a melhoria da aptidão física nos ajuda a reagir melhor a agentes estressantes de ordem física e psicológica. Além disso, ainda a atividade física de longa duração estimula a liberação das endorfinas que diminuem a sensação de cansaço e dor, levando a sensação de bem estar.

A prática regular de exercícios físicos acompanha-se de benefícios que se manifestam sob todos os aspectos do organismo. Do ponto de vista musculoesquelético, auxilia na melhora da força e do tônus muscular e da flexibilidade, fortalecimento dos ossos e das articulações. No caso de crianças, pode ajudar no desenvolvimento das habilidades psicomotoras.

Já no campo da saúde mental, a prática de exercícios ajuda na regulação das substâncias relacionadas ao sistema nervoso, melhora o fluxo de sangue para o cérebro, ajuda na capacidade de lidar com problemas e com o estresse. Além disso, auxilia na recuperação da autoestima. Há redução da ansiedade e do stress, ajudando no tratamento da depressão.

A atividade física pode também exercer efeitos no convívio social do indivíduo, tanto no ambiente de trabalho quanto no familiar.

Interessante notar que quanto maior o gasto de energia, em atividades físicas habituais, maiores serão os benefícios para a saúde. Porém, as maiores

diferenças na incidência de doenças ocorrem entre os indivíduos sedentários e os pouco ativos.

Para finalizar é importante ressaltar que a prática de atividade física deve ser sempre indicada e acompanhada por profissional qualificado. Outro ponto importante, que não deve ser esquecido, é a adoção de uma alimentação saudável.

A atividade física consiste em exercícios bem planejados e bem estruturados, realizados repetitivamente. Eles conferem benefícios aos praticantes e têm seus riscos minimizados através de orientação e controle adequados. Esses exercícios regulares aumentam a longevidade, melhoram o nível de energia, a disposição e a saúde de um modo geral. Afeta de maneira positiva o desempenho intelectual, o raciocínio, a velocidade de reação, o convívio social. O que isso quer dizer? Há uma melhora significativa da sua qualidade de vida.

CONCLUSÕES

Encontramos Valores muito semelhantes entre homens e mulheres nos cinco fatores do Pentágulo do bem-estar, variando de 1,80 a 2,34.

Ao analisarmos por grupos de idades em cada Fator do pentágulo bem-estar, idades mais elevadas (39 a 62 anos) apresentaram índices médios mais elevados nos fatores nutricionais, comportamento preventivo, relacionamentos e controle do stress. No fator atividade física, foram as idades mais baixas (20 a 29 anos) que se destacaram com índices médios maiores. No entanto, tanto para na variável sexo, quanto nos diferentes grupos de idade não encontramos diferenças significativas.

De modo geral, o tempo de prática apresentou um comportamento crescente em todos os Fatores do pentágulo do bem-estar. Os sujeitos com tempo de prática acima de 2 anos foram os que apresentaram índices médios mais elevados em todos os fatores.

Em relação à influência das variáveis independentes, verificamos que apenas o tempo de prática influenciou de maneira significativa os fatores.

Os sujeitos dessa amostra atribuíram uma valorização correspondente a “quase sempre verdadeiro no seu comportamento” em todos os fatores do Pentágulo do Bem-Estar.

O tempo de prática é um fator importante para o desenvolvimento de uma compreensão e uma percepção de bem-estar melhor.

REFERÊNCIAS

AGUINALDO GONÇALVES; ROBERTO VILARTA. **Qualidade de Vida e Atividade Física: explorando teorias e práticas**. Barueri, SP. Manole, 2004.

ARGYLE, M. Subjective well-being. In: A. Offer, **In pursuit of the quality of life**. New York: Oxford University Press Inc, 1996, p.18-45.

BARBANTI, V. J. **Dicionário de Educação Física e do Esporte**. São Paulo: Editora Manole, 1994.

BOURDIEU, Pierre. **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1993.

BOUCHARD, C; SHEPHARD, R. J.; STEPHENS, T. **Physical Activity, Fitness and Health**. Champaign, Illinois: Human Kinetics, 1994.

BRUNSTEIN, J.C (1993). **Personal Goals and Subjective Well-Being: A longitudinal Study**. Journal of Personality and Social Psychology, 65 (5), 1061-1070.

CAILLAT, M. **Sport et civilization: histoire et critique d'un phénomène social de masse**. Paris: L' Harmattan, 1996. 120 p.

CASPERSEN, C. J; POWELL, K.E; CHRISTENSON, G.M. **Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research**. Public Health Reports, Boston, v. 100, n.2, p. 126-131, mar/apr. 1985.

COSTA, Filipe C.; SCALETSKY , Celso Carnos; FISCHER, Gustavo Daudt. **Design de experiência e corrida de rua: um estudo sobre a construção de experiências de consumo**. In: 9º Congresso Brasileiro de Pesquisa e Desenvolvimento em Design. São Paulo: Blucher e Universidade Anhembi Morumb, 2010. Disponível em: <http://blogs.anhembi.br/congressodesign/anais/artigos/69348.pdf> Acesso em: 03 de setembro de 2013.

DALLARI, Marth Maria. **Corrida de Rua: um fenômeno sociocultural contemporâneo**. Dissertação de doutorado. USP – Universidade de São Paulo, 2009.

DIENER, E. (1984). **Subjective well-being**. Psychological Bulletin, 95, 542-575.

DIENER, E., SUH, E. e OISHI, S. (1997). **Recent findings on subjective well-being**. Indian Journal of Clinical Psychology, 24, 25-41.

DIENER, E., SUH, E. M., LUCAS, R. E. e SMITH, H. L. (1999). **Subjective well-being: Three decades of Progress**. Psychological Bulletin, 125, 276-302.

DeVRIES, H. A. **Health science – a positive approach**. Santa Monica, California: Good Year Publishing Company, 1978).

ELIAS, N.; DUNNING, E. **A busca da excitação**. Lisboa: Difel, 1992. 421 p.

EXAME. **Correra aumenta o desejo sexual, diz estudo**. Julho, 2012. Disponível em: <http://exame.abril.com.br/estilo-de-vida/saude/noticias/correr-aumenta-o-desejo-sexual-diz-estudo> Acesso em: 03 de setembro de 2013.

FRAGA, Alex Branco. **Exercício da Informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa**. Campinas: Autores Associados, 2006.

FREITAS, E.O.; MARTINS, I. Concepções de saúde no livro didático de ciências. **Ensaio - Pesquisa em Educação em Ciências**, v. 10, n.2, 2008.

GILL, T. M.; FEINSTEIN, A. R. **A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements**. JAMA, 272, 619-626, 1994.

GONÇALVES, A.; VILARTA, R. **Qualidade de Vida e Atividade Física – Explorando teoria e prática**. Barueri, SP: Manole, 2004.

GRANDE, N. Perspectivas Atuais dos Conceitos de Saúde e Doença. IN: BENTO, J.O. & MARQUES, A. (Org.). **Desporto, Saúde e Doença**. Universidade do Porto, Portugal, 1991.

SELYE, H. **Stress without distress**. New York: The New American Library Inc, 1974.

LIMA, Renata Pereira. **A fantasia de atleta no imaginário de corredores amadores: Análise do papel das marcas esportivas na construção da imagem de participantes de grupos de corrida**. 2007. 114 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

MARKUS V. NAHAS, MAURO V. G. DE BARROS, VANESSA FRANCALACCI. **O pentágono do bem-estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos**. Revista Brasileira Atividade física e saúde, Santa Catarina, v. 5, n. 2, p. 49-57, 2000.

MATTHEWS, S. B. **Habits, making or breaking them**. Aol Online Campus Theater. Assessed 25 october 1999.

MATTHIESEN, Sara Quenzer. **Corridas: Atletismo I**. São Paulo: Odysseus Editora, 2007. (Coleção Agon, o espírito do esporte/ coordenadores Osvaldo Luiz Ferraz e Jorge Dorfman Knijnik).

MENESTRINA, Eloi. **Educação Física e saúde**. 3. ed. Ijuí: Unijuí, 2005. 112p.

MONTEIRO, Carlos Augusto, (org), **Velhos e novos males da saúde no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, Nupens/USP. 2000.

MOSCOVICI, Fela. **Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo**. 4ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1995.

NAHAS, M. V. **Fundamentos da aptidão física relacionada à saúde**. Florianópolis. Editora da UFSC, 1991.

NAHAS, M. V. O Pentágulo do Bem-estar. **Boletim do Núcleo de Pesquisa em Atividade Física e Saúde**. Ano 2 (7), p. 1996.

NAHAS, M. V. **Esporte e Qualidade de Vida**. Revista da APEF, 12 (2), 61-65, 1997.

NAHAS, M.V.; BARROS, M.V.; FRANCALACCI, V. O Pentágulo do Bem-Estar – Base Conceitual Para Avaliação do Estilo de Vida de Indivíduos e Grupos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.5, n. 2, p. 48-59, 2000.

NAHAS, Markus. 2001. **Atividade física, saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 2a ed. Londrina: Midiograf.

NAHAS, M.V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 2. ed. Londrina, PR: Midiograf, 2001.

NAHAS, Markus Vinicius, **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida**. 5ed. Londrina: Midiograf, 2010.

NIADA, Aurea Cristina Magalhães. **Hierarquia de metas do consumidor de tênis de corrida para diferentes níveis de autoconexão com a marca**. 2011. 183, f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós – Graduação em Administração, Universidade Federal do Paraná, Curitiba – 2011.

NIEMAN, D. C. **Exercise Testing and prescription: a health-related approach**. Mountains View, CA: Mayfield Publishing Company, 1999.

NOAKES, T. **Lore of running. 3 edição**. Champaign: Leisure Press, 1991. 804 p.

MCARDLE, D. W.; KATCH, I. F.; KATCH, L.V. **Fisiologia do Exercício – Energia Nutrição e Desempenho humano**, 1991.

OFFER, A. **In pursuit of the quality of life**. New York: Oxford University Press Inc, 1996.

OKUMA, Silene Sumire. **Educação Física: Movimento Humano e Qualidade de Vida**. II Semana de Educação Física. Londrina, Anais, 1994.

OLIVEIRA, Saulo Neves de. **Lazer Sério e Envelhecimento: loucos por corrida**, 2010. 102 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós – Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre 2010.

ORNISH, D. **Program for reversing heart disease**. New York: Ivy Books, 1996.

PAULA R. Colaboradora Brasil Escola. Graduada em Educação Física pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, UNESP. 1999. Disponível :<http://www.brasilecola.com/educacao-fisica/corrida.htm>. Acesso em junho de 2014.

PATE, R. R. ; PRATT, M. ; BLAIR, S. N. et al. Physical activity and public health – Special Communication. **JAMA**, 273 (5), 402-407, 1995.

Phillips W.; Pruitt L. & King A. (1996). **Lifestyle activity: Current recommendations**. Sports Medicine. 22(1):1-7.

PIAGET, J. **Seis estudos de psicologia**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

PIRES, E.A.G.; DUARTE, M.F.S.; PIRES, M.C.; SOUZA, G.S. Hábitos de atividade física e o estresse em adolescentes de Florianópolis-SC, Brasil. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 12, n. 1, p. 51-6, 2004.

PITANGA, F. J. G; PITANGA, C.P.S . **Epidemiologia da atividade física, saúde e qualidade de vida**. Revista Baiana de Educação Física, Salvador, v.2, p. 22, n.2, 2001.

ROIZEN, M. F. **Real age: Are you as young as you can be?** New York: Harper Collins Books, 1999.

ROLIM, R. **Contributo para o estudo do treino de meio fundo/fundo de atletas jovens em Portugal**. Dissertação de doutorado apresentado à Faculdade de Ciências de Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto, 1998.

SALGADO, José Santos, CHACON-MIKAHIL, Mara Patrícia. **Corrida de Rua: análise do crescimento do número de provas e de praticantes**. CONEXÕES, Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP, Campinas, v.4, n.1, 2006.

SALLIS, J. F.; Owen, N. **Physical activity e behavioral medicine**. Thousand Oaks: SAGE Publications, 1999.

SAMDAL, O.; NUTBEAM, D.; WOLD, B.; KANNAS, L. Achieving health and educational goals through schools - A study of the importance of the school climate and the students' satisfaction with school. **Health Education Research**, v. 13, n. 3, p. 383-397, 1998.

SAMULSKI, Dietmar, LUSTOSA, Lúcio. **A importância da atividade física para a saúde e a Qualidade de vida**. Revista Artus: revista de Educação Física e Desporto/Universidade Gama Filho, v.12, n.1,p.60-68, 1996.

SCHMUCK, P., KASSER, T. e RYAN, R. M. (2000). **Intrinsic and extrinsic goals: their structure and relationship to well-being in German and U.S. college students.** Social Indicators Research, 50, 225-241.

SEGALEN, M. **Les Enfants d' Achille et de Nike** – Une ethnologie de la course à pied ordinaire, Tradução livre, Paris, Éditions Métailié, 1994.

SEAWARD, B. L. **Stand like mountain flow like water.** Deerfield Beach, Florida: Health Communication, 1997.

SHARKEY, Brian J. **Condicionamento Físico e Saúde.** 4 ed. Porto Alegre: ARTMED, 1998.

SILVA, Mario Serio Andrade. **Corra:** Guia completo de corrida, treino e qualidade de vida. São Paulo: Editora Academia de Inteligência, 2009.

SUTHERLAND RW & Fulton MJ 1992. Health promotion, pp. 161-181. In Sutherland & Fulton. Health Care in Canada. CPHA, Ottawa
THOMPSON, J.L. **Exercise in improving health vs. performance.** Proceedings of the Nutrition Society, London, v.68, n.1, p. 29-33, feb. 2009.

TOLEDO, R.F. **Educação, Saúde e Meio Ambiente: uma pesquisa-ação no Distrito de Iauaretê do Município de São Gabriel da Cachoeira / AM.** 2006. 326f. Tese [Doutorado] – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. 2006.

TUBINO, Manoel. **O que é esporte.** São Paulo: Brasiliense, 1993.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Promoting physical activity: a guide for community action.** Champaign, ILLIONS: Human Kinetics, 1999.

USDHHS (2000). Measuring Healthy Days. Atlanta,G.A:Center for Disease Control and Prevention. www.cdc.gov/nccdphp/brfss/htm. 10/12/2001.

WANKEL, L. M. **The Importance of Enjoyment to Adherence and Psychological Benefits from Physical Activity.** International Journal of Sport Psychology, v. 24, p. 151 – 169, 1993.

WILSON, W. (1967). **Correlates of avowed happiness.** Psychological Bulletin, 67, 294-306.

WHO. **Habitual Physical Activity and Health.** WHO Regional Publication, European Series No 6. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe. 1978

WHO 1986. Carta de Ottawa, pp. 11-18. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá.** Ministério da Saúde/IEC, Brasília

YALOURIS, N. **Os Jogos Olímpicos na Grécia Antiga:** Olímpia antiga e os Jogos Olímpicos (Superv.). Tradução Luiz Alberto Machado Cabral. 1º edição. São Paulo: Odysseus Editora, 2004. 334 p.

ANEXOS

ANEXO 1

TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre objetivos, procedimentos e informações descritas a seguir, no caso de concordar em fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma. Os responsáveis pelo estudo estarão à disposição para sanar qualquer dúvida relativa aos procedimentos do estudo através dos e-mails marcelo.cardoso.esef@gmail.com, grasialvesdecastro@hotmail.com e pelos telefones (51) 3308.5887; (51) 96937093 ou pessoalmente durante as avaliações.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: “PERCEPÇÃO DE BEM-ESTAR EM CORREDORES DE RUA”

Pesquisador Responsável: Marcelo Francisco da Silva Cardoso

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Telefones para contato: (51) 33085887 - (51) 98280206

Participante: Grasiela Alves de Castro – 51-96937093

Instituição que pertence o aluno: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – ESEF/UFRGS

Essa pesquisa tem com **objetivo**: descrever e analisar a percepção de bem-estar em corredores de rua, e também verificar se há influência do sexo, da idade e do tempo de prática sobre a valorização dos fatores de bem-estar (fator nutricional; controle do stress; níveis de atividade física habitual; comportamento preventivo; qualidade dos relacionamentos.

O **instrumento** utilizado será um questionário, onde será avaliado o estilo de vida dos indivíduos, referentes às questões nutricionais, atividade física, comportamento preventivo, relacionamento social, e controle do stress. Composto por 15 questões fechadas com 4 níveis de resposta.

Procedimentos de coleta: Todas as avaliações serão pré-agendadas com os sujeitos da amostra, através de contato telefônico, por e-mail ou diretamente. Após a assinatura do TCLE será entregue o questionários. O tempo estimado para responder o questionário é de 10 minutos. Todos os dados coletados no presente estudo serão utilizados apenas para a pesquisa

científica, sem fins lucrativos. Será garantido o absoluto anonimato e sigilo das suas respostas, no mais estrito cumprimento das leis de proteção de dados pessoais.

Sua participação no estudo pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias adequadas e adaptadas aos diferentes praticantes, suprimindo suas necessidades e propiciando o bem estar na atividade.

Entendo que tenho liberdade em recusar-me a participar ou retirar o consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem sofrer penalização alguma ou prejuízo. Entendo que não haverá compensação financeira pela minha participação no estudo.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____ RG _____
_____,

CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo sobre a percepção de bem-estar em corredores de rua. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre os objetivos, procedimentos da pesquisa, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do sujeito:

ANEXO 2

Solicitamos a sua colaboração no preenchimento do presente questionário, que tem por objetivo identificar a sua percepção em relação ao bem-estar. Será garantido o absoluto anonimato e sigilo das suas respostas, no mais estrito cumprimento das leis de proteção de dados pessoais.

Sexo: () masc. () fem. **Idade:**.....

Escolaridade: () ensino fundamental () ensino médio () ensino superior

Tempo de prática: () até 6 meses () de 6 meses a 2 anos () acima de 2 anos

Com que idade você iniciou a praticar a corrida de rua?

Qual o principal motivo que levou você a praticar a corrida de rua?

O **ESTILO DE VIDA** corresponde ao conjunto de ações habituais que refletem as atitudes e valores das pessoas. Estas ações têm grande influência na saúde geral e qualidade de vida de todos os indivíduos. Os itens abaixo representam características do estilo de vida relacionadas ao bem-estar individual.

Manifeste-se sobre cada afirmação considerando a escala a baixo:

[0] Absolutamente **NÃO** faz parte do seu estilo de vida

[1] **ÀS VEZES** corresponde ao seu comportamento

[2] **QUASE SEMPRE** verdadeiro no seu comportamento

[3] A afirmação é **SEMPRE** verdadeira no seu dia a dia, faz parte do seu estilo de vida.

Componente: Nutrição

[] Sua alimentação diária inclui ao menos 5 porções de frutas e verduras.

[] Você evita ingerir alimentos gordurosos (carnes, frituras, e doces).

[] Você faz 4 a 5 refeições variadas ao dia, incluindo café da manhã completo.

Componente: Atividade Física

[] Você realiza ao menos 30 minutos de atividades físicas moderadas / intensas, de forma contínua ou acumulada, 5 ou mais dias na semana.

[] Ao menos duas vezes por semana você realiza exercícios que envolvam força e

alongamento muscular.

[] No seu dia a dia, você caminha ou pedala como meio de transporte e, preferencialmente, usa as escadas ao invés do elevador.

Componente: Comportamento Preventivo

[] Você conhece sua Pressão Arterial, seus níveis de COLESTEROL e procura controlá-los.

[] Você NÃO FUMA e ingere ÁLCOOL com moderação (menos de 2 doses ao dia).

[] Você sempre usa cinto de segurança e, se dirige, o faz respeitando as normas de trânsito, nunca ingerindo álcool ao dirigir.

Componente: Relacionamento Social

[] Você procura cultivar amigos e está satisfeito com seus relacionamentos

[] Seu lazer inclui reuniões com amigos, atividades esportivas em grupo, participação em associações.

[] Você procura ser ativo em sua comunidades, sentindo-se útil no seu ambiente social

Componente: Controle do Stress

[] Você reserva tempo (ao menos 5 minutos) todos os dias para relaxar

[] Você mantém uma discussão sem alterar-se, mesmo quando contrariado.

[] Você equilibra o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer.

Fonte: NAHAS, M. V. O Pentágono do Bem-estar. **Boletim do Núcleo de Pesquisa em Atividade Física e Saúde.** Ano 2 (7), p. 1996.

OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO!