

## QUALIDADE DE VIDA, SAÚDE E ADERÊNCIA

### 1ª Parte

Alberto Saturno Madureira\*

Janete Maragno Madureira\*\*

Queremos admitir que este assunto é do interesse de trabalhadores braçais, executivos, gestantes, idosos, deficientes (físico, mental, visual é até quem sabe financeiro) crianças, jovens, famílias (pais, mães e filhos), enfim de todo o ser vivente.

Tema tão discutido e debatido na atualidade. Aliás, parece ter virado uma "coqueluche", ou seja, por todos os lugares onde quer que se vá encontramos pessoas falando acerca deste assunto: Qualidade de Vida.

Contudo, são poucas as definições concretas que se tem encontrado que possam realmente esclarecer o que este tema envolve.

Um dos conceitos que encontramos e adotamos para discorrer este ensaio foi o de NAHAS (1997, p.73) "Conjunto de parâmetros individuais, socioculturais e ambientais que caracterizam as condições em que vive o ser humano, uma comunidade ou uma nação", ou ainda "Percepção individual relativa às condições de saúde e outros aspectos da vida pessoal e familiar".

Portanto, determinar qualidade de vida é muito mais complexo que uma análise simplista de determinadas situações.

Independente dos pontos que são levados em consideração para esta análise há uma série de outros fatores que interferem em nossas vidas, alheios a nossa vontade. GRANDE (1991) cita a "Síndrome das Grandes Cidades", que se traduzem por um comportamento ansioso, com insônia noturna e sonolência diurna. A depressão reativa é devida ao estresse das exigências sócio-profissionais, à poluição sonora, à perda da privacidade e do sentido de segurança.

Essa situação não é mais "privilégio" dos grandes centros, pois em centros menores os efeitos decorrentes da falta de privacidade

---

\* Professor do Curso de Educação Física da Unioeste, Marechal Cândido Rondon. Doutor em Ciências do Desporto e da Educação Física pela Universidade de Porto/Portugal

\*\* Psicóloga Clínica

são nefastos, haja visto que quem conta um conto aumenta um ponto. Há inclusive um programa televisivo que incentiva a intromissão na vida alheia, no qual o apresentador mesmo diz "eu aumento, mas não invento". Na atualidade a fofoca nada mais é do que manter-se bem informado no que diz respeito as pessoas da nossa cidade.

Soma-se a este fator o estresse da poluição sonora, sobretudo na época de campanhas políticas, onde igrejas são chamadas a atenção pelo som excessivo, sem contudo acontecer o mesmo com os famosos carros de som que se quer respeitam a área universitária ou residencial. Desta forma, simples propagandas tornam-se fatores de poluição sonora que somados aos demais aspectos irão com certeza deflagrar comportamentos atípicos numa população pacata.

É importante salientar que a poluição não deve ser vista apenas como aquele cheiro ruim espalhado por todo canto da cidade, mas observar que esta poluição (visual) se apresenta através de cartazes (outdoors) espalhados pelas principais ruas e avenidas das nossas cidades. Este tipo de poluição é tão grande que por vezes, como recurso de marketing, o propagandista prefere até colocar o seu cartaz de cabeça para baixo fazendo com que muitos pensem que foi colocado por engano. Entretanto, este seria um recurso que utilizaria para diferenciar-se dos demais e ficar firme na lembrança de quem chegou a observar este detalhe.

A chamada depressão reativa é a conseqüência da passagem do estado de inquietude ao estado de ansiedade, chegando a então chamada depressão.

Ainda conforme GRANDE (1991), a instabilidade social à escala mundial, conforme temos visto o que tem acontecido com todos os países quando há uma variação, por menor que seja, no dólar ou nas bolsas de valores; os eminentes focos de tensão com o conhecimento quase que simultâneo das grandes catástrofes que os meios modernos de comunicação divulgam diariamente, onde somos invadidos em nosso íntimo com tantas calamidades tanto distantes quanto próximas a nós, realmente tornam-se pontos difíceis de serem assimilados por grande parte das pessoas.

A ausência de valores de referência que dêem sentido a vida dos jovens, são causa de doenças comportamentais que se traduzem

pelos níveis de consumo de drogas, incluindo medicamentos terapêuticos, álcool e tabaco que os adolescentes e adultos jovens de todas as latitudes utilizam.

Portanto, voltamos a citar GRANDE (1991) na relação **HOMEM - SAÚDE - DOENÇA**, pois esta é uma tríade a qual convivemos durante a nossa vida; alguns com mais saúde, outros, doença. Ora vejamos: "O diálogo biológico que o *homem* realiza com o meio externo, com o meio interno e com o meio íntimo, condiciona o comportamento fisiológico que define a *saúde* e cuja alteração se traduz pela *doença*".

Analisemos, a interação do homem com os demais seres vivos sejam homens ou animais determinará um situação que influenciará o seu comportamento podendo se manifestar através de algumas formas de sentimentos: amor ou ódio. A relação do homem com ele mesmo, ou seja com o cuidado do seu corpo (alimentação, exercício físico, auto-estima) e com o seu íntimo (amor não correspondido; o chamado "peso na consciência"), determinarão o resultado final da sua condição: saúde ou doença.

O homem tem hoje ao seu dispor uma variedade muito grande de alimentos. Porém, conforme as estatísticas do Dr. LOBSTEIN (1992), na Inglaterra de cada 100 crianças, 50% terão cárie dentárias antes dos 5 anos (e nós pensamos que isso só acontece em países em desenvolvimento e subdesenvolvidos) e 90% terão cáries dentárias até os 18/19 anos. Ainda, dessas 100 crianças, 60% sofrerão doenças do coração e 15% ou mais morrerão dessas doenças, várias antes de atingirem a idade da aposentadoria, sendo que 10% sofrerão de cânceres relacionados com a dieta que poderão ser fatais; 50% tornar-se-ão obesas na meia idade e 23% antes de atingirem os 20 anos.

Realmente, é uma estimativa nada animadora podendo-se pensar inclusive que faltam bases científicas para determinar este grau de precisão. Por outro lado, tome-se as estatísticas o IBGE ou de outros institutos de pesquisa e veja o índice de morte, por estas causas, no Brasil.

Observa-se ainda que o trabalho humano forneceu, na época da revolução industrial, cerca de 30% da energia utilizada nas fábricas e nas atividades agrícolas; no momento estima-se que este valor represente, nos países desenvolvidos, apenas 1% do total da energia

Estes fatos trazem a tona uma questão considerada de saúde pública, a obesidade.

A obesidade pode ser considerada um dos males do século. Admite-se que os livros mais vendidos no mundo sejam aqueles cuja temática versa sobre emagrecimento. Em função da obesidade duas doenças comportamentais têm se manifestado com muita força, são elas: a anorexia e a bulimia.

Basta uma simples análise para verificarmos que até bem pouco tempo atrás, nas cidades mais interioranas no estado do Paraná, o fogão principal era pela combustão da lenha, não havia máquina de lavar roupa/louça, freezer, microondas, controle remoto para televisão, enfim muitas facilidades que a tecnologia nos trouxe.

Nos dias atuais temos tudo isso, inclusive não necessitamos se quer procurar um telefone para ligar, pois o celular já está à nossa cintura. Percebe-se nitidamente que em tão pouco tempo o padrão de movimento da população mudou drasticamente.

A falta de movimento fez com que se divulgasse um termo interessante para as doenças que poderiam ser identificadas como sendo características da falta de movimento. Por isso, em 1961, Krause, titular da cadeira de reabilitação em Nova York denominou estas doenças de "hipocinetic diseases", ou seja doenças hipocinéticas (MELLEROWICZ & MELLER, 1979). Se o leitor desejar aprofundar basta procurar os autores referenciados.

Bem, até aqui poderíamos pensar que se tudo ou grande parte das coisas são decorrentes da falta de esporte poderemos estar equivocados, pois BENTO (1988) diz não haver forçosamente, uma relação causal entre desporto, saúde e bem-estar, uma vez que se conhece desportistas doentes e infelizes e não desportistas com saúde e alegria de viver. E isto não diz absolutamente nada contra o desporto; pretende tão somente afirmar que com o desporto apenas não se consegue alcançar a saúde.

A prática desportiva e a manutenção de uma boa condição física não excluem tais capacidades, mas não constituem pressuposto imprescindível à sua existência.

Entrementes, conforme SAMPAIO (1995) a promoção da saúde mental depende de um conjunto de fatores de extrema

complexidade, que vão desde os fatores heredo-constitucionais, ao contexto familiar e social e às oscilações do processo de desenvolvimento. Portanto, a Educação Física é a disciplina que pode integrar os fatores físicos e psicológicos necessários ao normal desenvolvimento juvenil, pois poderá determinar um estilo de vida saudável.

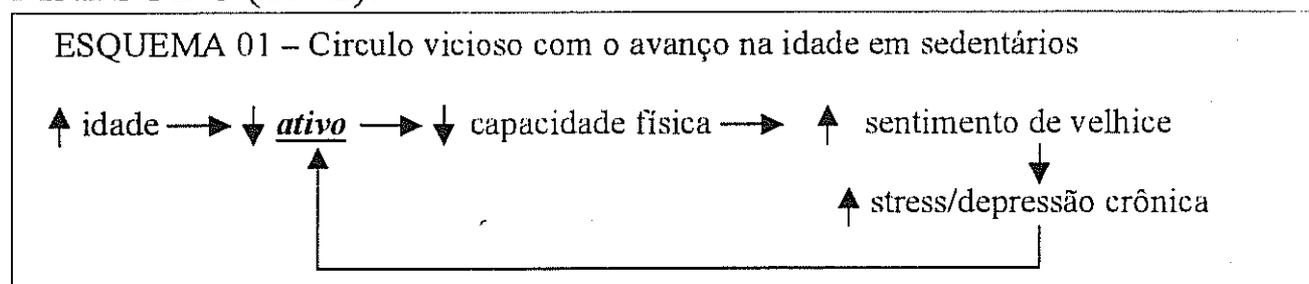
Ainda, CONSTANTINO (1995) corrobora informando que os dados disponíveis, sejam eles fruto de observação, estudos experimentais, clínicos ou epidemiológicos, reconhecem que uma atividade física regular pode ter um efeito benéfico no plano da saúde.

Nesta linha de pensamento BUSKIRK (1991) relata que o papel do exercício físico regular pode ser bastante diferente, quando aplicado a um regime de redução de peso ou num programa de prevenção da obesidade para crianças e adultos. Desta forma, o valor do exercício regular entre os obesos, mesmo na ausência de perda de gordura ou do peso corporal, permanece claro em função dos seus benefícios paralelos, entre eles: vigor aumentado, flexibilidade, resistência e sensação de bem-estar geral, dentre outros, o que leva a uma considerável melhora na qualidade de vida.

Nesta discussão a morbi e mortalidade são motivos de controvérsia: os epidemiologistas ressaltam a melhoria da prevenção; enquanto os cardiologistas afirmam dever-se à melhoria dos métodos terapêuticos. Provavelmente, ambos os fatores exercem forte influência.

Portanto, nós da área da Educação Física o que pretendemos?

Podemos responder a esta questão utilizando-nos da exposição de Kuroda & Israel (1988) citados por MATSUDO & MATSUDO (1992):



Pretende-se com isso dizer que à medida que aumenta a idade o indivíduo tende a tornar-se menos ativo, facilitando, desta forma, um decréscimo na capacidade física; o que pode levar a um sentimento

de velhice podendo gerar estresse e conseqüente depressão crônica, levando a maior diminuição da atividade física. Há de se observar que segundo estes mesmos autores a maioria dos efeitos do envelhecimento são por imobilidade e má adaptação e não por doença crônica. Portanto, se procedermos com uma intervenção na atividade física da pessoa poderemos estar quebrando este círculo e modificando os comportamentos apresentados em função das conseqüências geradas pelo sedentarismo.

Numa pesquisa empreendida por MADUREIRA & LIMA (1998) sobre a influência do treinamento físico no meio aquático para mulheres na terceira idade, na faixa etária entre 57 e 77 anos (média 65 anos), num período de quatro meses foram encontrados os seguintes relatos: melhor qualidade do sono; menor indisposição durante a semana; diminuição dos níveis de ansiedade e percepção de depressão; maior mobilidade geral; maior tolerância nos trabalhos domésticos; maior facilidade nos deslocamentos de casa ao mercado, lojas, shoppings, etc...; menor sensação de dor, principalmente nas costas e nos membros inferiores; maior firmeza com conseqüente segurança ao subir e descer escadas. Portanto, através do relato subjetivo das senhoras pesquisadas é possível entender o papel preventivo e, por vezes, curativo, advindos do exercício físico.

Por falar em terceira idade, aproveitamos para apresentar o processo de surgimento, instalação e manifestação de algumas doenças conhecidas em nosso meio.

Idade (anos)	20	30	40	50	60	70
Estágio Doença	Início	Perceptível	Sub-clínico	Problemático	Severo	Terminal
Enfisema	Fumo	Obstrução das vias aéreas médias	Inchaço (raio X)	Respiração curta	Hospitalização recorrente	Débito de oxigênio crônico e irreversível
Diabetes	Obesidade	intolerância à glicose	Elevado nível de glicose	Açúcar na urina	Necessidade de medicamentos	Cegueira e neuropatias
Osteo- artrites	Manchas anormais na cartilagem	Espaço articular limitado	Esporão ósseo	Dor articular moderada	Dor e rigidez	Incapacidade
Aterosclerose	Elevado colesterol	Surgimento de pequenas placas	Grandes placas	Dor na perna com o exercício	Angina de peito	Enfarto do miocárdio

(OKUMA, 1999)

Como pode ser visto, o simples ato de fumar a princípio não parece tão deletério quanto se publica e se fala. Porém, com o avanço da idade alguns sinais e sintomas vão se manifestando e quando a pessoa tem a possibilidade de chegar aos 70 anos sente dificuldade respiratória como se estivesse asfixiando. Se quiser experimentar esta situação faça uma inspiração e segure o ar até não conseguir mais ficar sem respirar, pois é esta é a situação de quem chega neste estado.

Grande parte destas doenças poderiam ser evitadas ou amenizadas por um hábito de vida sadio, qual seja, não fumar, cuidar da alimentação e exercitar-se.

HASKELL (1988), apresenta a influência de diferentes fatores de risco de morte que podem ser visualizado no quadro a seguir.

Doenças \ Fatores	Estilo de vida	Ambiental	Assistência médica	Biológico
Cardiopatia	54%	9%	12%	25%
Acidente vascular Cerebral	50%	22%	7%	21%
Câncer	37%	24%	10%	29%
Total	51%	19%	10%	20%

Frente ao exposto abordaremos algumas barreiras que dificultam à prática do exercício físico ou favorecem à não continuidade do mesmo, conforme proposta de KING & MARTIN (1994):

- a) pessoas que se exercitam vigorosamente e não moderadamente;
- b) aqueles que se exercitam sozinhos;
- c) indivíduos com excesso de peso ou problemas físicos;
- d) meninas adolescentes;
- e) aqueles que chegam ao final da educação física obrigatória;
- f) aqueles que se tornam pais, especialmente mulheres que trabalham;
- g) grupo de baixa renda;
- h) indivíduos com menos educação formal;
- i) membros de grupos de minorias;
- j) mulheres afro-americanas;
- k) crianças sub-nutridas em países em desenvolvimento;
- l) fumantes, alccolistas e/ou drogaditos

Enfim, todos estes pontos abordados fazem com que a pessoa interrompa algum programa de exercício físico ou nem comece.

Por outro lado, como agentes da área da saúde e devendo procurar a sua promoção temos os fatores encorajadores:

- a) apoio social por parte da família, principalmente para mulheres;
- b) indivíduos que se exercitam acompanhados;
- c) programas de exercícios domiciliares personalizados, de moderada intensidade;
- d) programas simples para melhorar o condicionamento, tais como caminhadas, especialmente para adultos mais idosos e indivíduos de baixa renda;
- e) disponibilidade e proximidade de instalações comunitárias e ambientais seguras;
- f) vinculação da atividade física a interesses pessoais e atividades que possam ser seguidas em família por toda a vida;
- g) intervenções direcionadas, baseadas teoricamente, que forneçam material impresso de suporte podendo incluir manuais de recurso descrevendo opções de atividade na comunidade e oferecer eventos organizados sem custos, tais como caminhadas divertidas;
- h) aconselhamento do médico e do professor de Educação Física;
- i) programas de exercícios no local de trabalho e campanhas educacionais.

Estes têm sido os fatores usados com muito sucesso para aumentar a prática de exercícios entre empregados quanto para reduzir os custos associados com seguro saúde e absenteísmo. Portanto, basta os órgãos públicos e privados contratarem profissionais competentes para despertarem na comunidade o gosto pela prática da atividade física (exercício físico) que como foi demonstrado não exige custos elevados e seus benefícios são comprovadamente altos.

Até aqui foi possível fazer uma breve viagem pelo tema qualidade de vida, saúde e aderência ao exercício físico. Na segunda parte deste artigo pretendemos abordar a prescrição do exercício físico e situações que favoreçam uma higiene mental frente as atividades do cotidiano.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BENTO, J. O. Introdução ao tema desporto, saúde e bem-estar. In: BENTO, J. & MARQUES, A. Desporto, Saúde, Bem-estar. Porto, FCEDEF Universidade do Porto, p. 17-26, 1988.
- BUSKIRK, E. Obesidade. In: SKINNER, J. S. Prova de esforço e prescrição de exercícios para casos específicos. Rio de Janeiro, RVINTER, 1991.
- CONSTANTINO, J. M. Actividade física e saúde das populações. In: Anais Simpósio A Educação para a saúde: o papel da educação física na promoção de estilos de vida saudáveis. Lisboa, 4-5 dez., 1995.
- GRANDE, N. Perspectivas actuais dos conceitos de saúde e doença. In: BENTO, J. & MARQUES, A. Desporto, Saúde, Bem-estar. Porto, FCEDEF Universidade do Porto, p.27-32, 1988.
- HASKELL, W. Physical Activity in early and modern populations, 21; 73-87, 1988.
- KING, A. C. & MARTIN, J. E. Aderência ao exercício. In: BLAIR, S.N.; PAINTER, P.; PATE, R. R.; SMITH, C. K. & TAYLOR, C. B. Prova de esforço e prescrição do exercício. Colégio Americano de Medicina Esportiva. Revinter, Rio de Janeiro, 1994.
- LOBSTEIN, T. Crianças: como criar crianças saudáveis. Lisboa, Lusomundo: Video Collection International Ltda., 1992.
- MADUREIRA, A. S. & LIMA, S. M. T. Influência do treinamento físico no meio aquático para mulheres na terceira idade. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, v.3, n.3, p. 59-66, 1998.
- MATSUDO, S. M. & MATSUDO, V.K.R. Prescrição e benefícios da atividade física na terceira idade. Revista Brasileira de Ciência e Movimento, v.8, n.4, p.19-30, 1992.
- MELLEROWICZ, H. & MELLER, W. Bases fisiológicas do treino físico. São Paulo, EPU, 1979.
- NAHAS, M. V. Atividade física como fator de qualidade de vida. Artus, Revista de Educação Física e Desportos, v. 13, n.1, p.73, 1997.
- OKUMA, S. S. Apostila no Simpósio de atividade física e saúde para idosos. 27º ENAF, Poços de Caldas, outubro, 1999.
- SAMPAIO, D. A educação física na promoção da saúde mental. In: Anais Simpósio A Educação para a saúde: o papel da educação física na promoção de estilos de vida saudáveis. Lisboa, 4-5 dez., 1995.