

Estilo de vida activo e saúde

Jorge Mota*; José Alberto Duarte**

Associados à evolução e progresso da sociedade surgem alguns aspectos que apresentam implicações significativas para as pessoas e para a sua integridade bio-psico-social. Factos traduzíveis no aumento das doenças ditas “de civilização” e no crescimento inflacionário das despesas assim geradas, seja nos aspectos de natureza preventiva, seja nos de natureza curativa e reabilitativa, com a conseqüente diminuição da produtividade. Se é certo que os avanços na medicina permitiram aumentar a esperança média de vida, erradicar, ou pelo menos controlar com sucesso, um grande número de doenças e, em certos casos, a própria dor, a verdade é que os problemas da saúde se modificaram substancialmente em termos da relação causa-efeito. Os grandes desafios da saúde pública actual, dizem respeito aos comportamentos individuais e colectivos como o alcoolismo, o tabagismo, o sedentarismo etc...

As maiores causas de mortalidade relacionam-se, deste modo com o estilo de vida. Neste aspecto, embora não existam evidências definitivas acerca das causa-efeitos da relação entre um aumento da actividade física habitual e os benefícios esperados para a saúde, há, pelo menos, um conjunto de informações suficientemente importantes para admitir que estilos de vida activos, em conjugação com outros comportamentos positivos, podem ser benéficos para a saúde (Haskell e col.; 1985). Por outro lado, muitas das tendências actuais no sentido de salientar e reforçar os aspectos relevantes do exercício físico na saúde advêm da pressão social que associa uma boa saúde com as alterações que são esperadas pela adopção de um estilo de vida activo (Mota, 1992).

Com efeito, a actividade física enquanto actividade de lazer tem, em muitos casos, subjacente a vivência ou pelo menos a percepção de um conjunto alargado de emoções, as quais, por seu lado, vão convergir na ideia do bem-estar e da qualidade de vida, tão em voga nos dias que correm, noções essas que podem ser fundidas na ideia subjacente à saúde. Deste modo são detectáveis três conceitos que se inter-relacionam (Gill e Feinstein, 1994):

1. Elementos do estado de saúde que habitualmente as pessoas não valorizam em si, tais como os resultados de testes de aptidão ou as avaliações laboratoriais, como por exemplo a prova em tapete rolante.
2. Elementos do estado de saúde que são habitualmente valorizados pelas pessoas, por exemplo a capacidade e possibilidade de subir escadas, isto é, a funcionalidade. Valorização efectuada e atribuída ao valor das experiências subjectivas de vida do indivíduo.

* Professor Catedrático na Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

** Professor Associado com Agregação na Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

Sem dúvida que o vector qualidade de vida associado à saúde, é, como esta, dependente de múltiplas percepções, sendo, por isso, um aspecto de largo entendimento, relacionado intimamente com a importância relativa que as pessoas atribuem a diferentes aspectos das suas vidas. Deste ponto de vista, uma vida activa é considerada como um comportamento multifacetado que engloba (Wankel, 1997):

- Uma componente comportamental. Todos os estudos sobre a actividade física, parecem reconhecer que esta não pode ser estudada isoladamente mas que ela corresponde a um elemento, entre outros, de um estilo de vida individual. Hábitos alimentares, fumar, beber, e outras actividades recreativas devem merecer uma particular atenção a este respeito. O envolvimento regular na prática de actividade física, não pode negligenciar o tipo particular de actividade, a intensidade, a duração e o contexto de actividade, os quais podem variar de uma forma acentuada de um indivíduo para outro e no mesmo indivíduo ao longo do tempo.
- Uma componente cognitiva. O conhecimento de como ser activo e tornar-se activo enquadra-se como uma componente integral da vida do sujeito. Dado importante parece ser o facto que as alterações mais positivas na qualidade de vida dos sujeitos, ocorre quando eles próprios decidem serem mais activos (Stewart et al, 1995). É fundamental o incremento do sentido de decisão e participação mais do que o da dependência.
- Uma componente afectiva- A valorização positiva da actividade e os sentimentos positivos associados ao ser activo. A promoção da actividade física deve enfatizar:
 - prazer, alegria e divertimento
 - sentimentos de felicidade e satisfação de vida
 - experiências associadas

Assim, neste entendimento, é decisivo que a actividade física e o seu valor intrínseco seja assumido pelo sujeito por forma a que ela não se exprima constantemente como uma intenção adiada no modo de vida. Isto comporta, contudo, algumas dificuldades evidentes. Na vivência do quotidiano, a actividade física como valor em si, é, no mínimo, colocada em competição importante com outros valores, comportamentos e atitudes, pelo menos na sociedade ocidental, de muito maior relevo para as aspirações do jovem do que a própria actividade física (Mota, 1997). A actividade física como veículo da saúde só pode ter importância se ela se constituir um referencial no modo de vida dos indivíduos.

Responsabilidade individual para com a saúde

A saúde tem uma base de natureza individual. Nesta medida, ela é um estado ou uma qualidade pessoal pela qual cada indivíduo tem a responsabilidade última (Lawson, 1992). Na ausência de um estado patológico grave, a saúde torna-se uma noção pessoalizada, expressa, frequentemente, pelo grau no qual uma sensação de bem-estar é vivida ou sentida (Fox, 1991). O bem-estar individual está associado à qualidade de vida do sujeito, podendo ser expresso pelos sentimentos positivos ou as emoções cuja gênese é diversa.

Uma compreensão positiva, que responsabiliza o Homem para consigo próprio e para com a sua "saúde", reforça o entendimento de que a optimização dos potenciais individuais no combate aos desequilíbrios homem versus ambiente, seja consubstanciado em medidas de carácter preventivo ou terapêutico (Bento, 1991). Esta posição implica, pois, que o indivíduo seja capaz de controlar os seus padrões e níveis de actividade, responsabilizando-se paralelamente por agir no sentido de atingir e manter a saúde (Sparkes, 1991).

Uma qualquer discussão ou análise à saúde/actividade física tem que equacionar a relação deste conceito com o sujeito actuante e participativo, o que inclui a consciência dos fenómenos e a

liberdade de decisão. As alterações no conhecimento/consciência, mais do que uma mera modificação comportamental, podem e devem ser não apenas reconhecidas, mas igualmente facilitadas. Deste modo, a consciencialização do indivíduo para a sua responsabilidade e acção é o meio de crescimento e desenvolvimento que garante o potencial evolutivo da consciência humana no decurso da sua vida (Fahlberg e Fahlberg, 1994).

Com efeito, do ponto de vista do desenvolvimento do indivíduo, um desenvolvimento equilibrado dos domínios bio-psico-social pode ser alcançado nas actividades recreativas e de lazer, especialmente a actividade física. Pela sua prática é possível desenvolver a capacidade cardiovascular e outros sistemas do organismo, bem como o aumento de algumas habilidades motoras, factores que são não apenas importantes mas também transferíveis para a prática quotidiana, ou seja, também determinantes no domínio funcional. Além disso, elas são normalmente praticadas em ambientes agradáveis apresentando geralmente uma boa capacidade de satisfação e de liberdade nas suas práticas. No domínio social não parece existir nenhuma outra actividade que garanta e encoraje tanto as interações sociais como as actividades físicas (Guardia, 1994).

Um dos problemas mais marcantes na definição e no entendimento destas relações advêm da potencialidade de conflito que é manifesto no enquadramento da doença versus bem estar. Com efeito, na maior parte das situações, quando nos reportamos ao conceito de qualidade de vida ele caracteriza-se por um entendimento alargado e abstracto, com contornos pouco nítidos. Efectivamente, na generalidade das situações em que se pretende relacionar a qualidade de vida ao estar saudável, restringe-se aos aspectos que podem afectar positiva ou negativamente as situações clínicas. Não são contempladas, com frequência, outras vertentes. Por exemplo, os estudos que demonstram que a actividade física pode aumentar o sentimento psicológico de bem estar e de auto confiança em pacientes cardíacos para com o conjunto de actividades da sua vida quotidiana (Ewart et al. 1983). Falta, por outro lado, uma abordagem a factores mais subjectivos mas não menos importantes como por exemplo a felicidade, a satisfação e o envolvimento afectivo dos sujeitos (Rejeski et al., 1996).

Não menos relevante é uma distinção sobre a compreensão do sentimento “de bem estar” e “de qualidade de vida” quando confrontado com sujeitos referenciados a um qualquer tipo de patologia e/ou morbidade e aqueles que estão livres deste fenómeno. Sendo certo que a diminuição ou mesmo perda da capacidade funcional leva, na maioria das situações, a uma incapacidade de concretizar e realizar as actividades diárias (Phillips e Haskell, 1995).

Rejeski et al. (1996), numa revisão de 28 estudos sobre esta matéria (10 com população assintomática e 18 com população com alguma morbidade), chegaram à conclusão de que geralmente a actividade física está associada com vários aumentos nos aspectos da qualidade de vida relacionados com a saúde, independentemente da idade, do estado de actividade ou da saúde dos participantes.

Isto não envolve uma obrigatoriedade do ser activo mas sim uma escolha natural por parte do sujeito como autonomia pessoal na adopção da definição das actividades do seu quotidiano. No fundo, a relação da actividade física do lazer e da saúde não como uma obsessão dos que querem morrer saudáveis, mas antes como uma forma existencial de prazer, de alegria, de saber viver. De facto todas as nossas sensações, percepções e observações têm forte cunho pessoal e subjectivo que não transmitem a natureza da coisa em si (Schrödinger, 1989).

Convém não esquecer igualmente que diferentes pessoas tem possibilidades distintas, em função do seu sexo, raça, classe social e outros, para controlar aspectos particulares da sua situação de vida (Tinning, 1990). Daí que sejam de reconhecer e salientar o conjunto de restrições sociais impostas às escolhas individuais em relação à saúde (Sparkes, 1991). Emergem daqui,

portanto, as razões para o aparecimento de uma segunda dimensão das preocupações para com a educação da saúde. Para além da sua fundamentação individual, a saúde, em senso lato, edifica-se naturalmente em razões de natureza social.

A responsabilidade da sociedade para com a saúde dos seus membros

Se existe algum domínio do conhecimento humano em que há uma interacção estreita entre o campo biológico e social ele é, concerteza, a saúde do Homem (Gros, 1992). Efectivamente, uma análise exclusivamente biológica ou, por outro lado, simplesmente social ou cultural acerca dos aspectos relacionados com a saúde é castradora de um entendimento correcto. É neste contexto justificável a existência de uma perspectiva biocultural (Malina, 1992) que estabeleça horizontes conceptuais mais vastos.

Para além do nível individual, a vida activa envolve uma dimensão cultural ou social, ou seja, a valorização colectiva do estabelecimento de normas para o "ser activo". Enquanto a escolha e a autonomia são as características chave do bem estar individual, as decisões individuais são sempre tomadas de acordo com um contexto social definido, sendo que este pode reforçar certo tipo de valores que afectam directamente o tipo de oportunidades que são válidas para uma determinada sociedade (Wankel, 1997).

Nesta linha de raciocínio, a saúde tem de quebrar o elo estrito e hermético que a liga aos referenciais de natureza biológica, ou seja, aos meios e acções exclusivamente preventivos ou curativos. A reposição da capacidade funcional do sujeito num sentido estritamente clínico, de rendimento biológico, inibe a orientação para valores subjectivos e ligados ao sentido e configuração da própria vida (Kruse, 1990). De facto, a orientação linear da educação da saúde por referências médicas, embora aumente o conhecimento sobre os factores de risco, não permite que estes sejam integrados como forma positiva e duradoura no comportamento do sujeito (Priesemuth, 1991).

É óbvio que não se pode substimar o contributo da medicina para a prevenção e cura da doença (Lawson, 1992). Porém, sem descurar os dados do domínio biológico, a educação da saúde é, em grande parte, um problema didáctico assente na transformação dos conhecimentos existentes numa práxis de vida quotidiana (Anders, 1990), o que implica não apenas o conhecimento do indivíduo enquanto sujeito singular mas, simultaneamente, toda a comunidade com a sua cultura específica.

A ideia nuclear, nesta perspectiva, reforça a necessidade de uma acção referenciada à saúde na interacção de um complexo multifactorial. Com efeito, os esforços utilizados pelos vários especialistas carecem, frequentemente, de resultados, pois orientam-se por esquemas e preconizam objectivos que contêm apenas uma parte da realidade. De facto, há um conjunto diferenciado de áreas científicas que promovem a sua jurisdição, sobre a investigação e a prática em função da saúde (Lawson, 1992). Porém, a visão unidimensional da questão é muito restrita em função da génese multidimensional do problema da saúde.

Daí que nos pareça lícito exprimir, com alguma firmeza, a necessidade de uma integração dos esforços desenvolvidos nas diferentes especialidades, restringindo ou pelo menos minorando os riscos de inoperância das acções (intenções) desenvolvidas.

Bibliografia

- Anders, W (1990) Entspannungstechniken im gesundheitserzieherisch betonten Schulsport. *Sportunterricht* 39(6): 219-223.
- Bento, J. (1991) *Desporto, Saúde, Vida. Em defesa do desporto*. Livros Horizonte. Lisboa.
- Fahlberg, L.L.; Fahlberg, L.A. (1994) A human science for health. An overview. *Health values*, 18(5): 3-12.
- Fox, K.R. (1991) Physical education and its contribution to health and well-being. *Issues in physical education*. Armstrong, N.; Sparkes, A.C. (Eds.). pp.123-138.
- Gill, T.M.; Feinstein, R. (1994) A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA*, 272(8):619-626.
- Gros, F. (1992) *A Herança do Gene. Coleção Questões da Ciência*, Ed. Terramar. Lisboa.
- Guardia, C.V. (1994) Leisure and socio-economic development. In: *New Routes for leisure*. Actas do Congresso Mundial do Lazer. Edições do Instituto de Ciências Sociais, Lisboa., pp: 443-456.
- Haskell, W.L.; Montoye, H.J.; Orenstein, D. (1985) Physical activity and exercise to achieve health-related physical fitness components. *Public Health Rep.* 100: 202-212.
- Kruse, C. (1990) Educação da saúde como tarefa de actuação pedagógica no desporto. Actas da Jornadas Científicas Desporto Saúde e Bem-Estar. FCEDEF-UP. pp: 97-110.
- Lawson, H.A. (1992) Toward a socioecological conception of health. *Quest* 44:105-121.
- Malina, R.M. (1992) Fitness and Performance: Adult health and the culture of youth. *Am. Academy Phys. Educ. Papers*, 24:30-38.
- Mota, J. (1992) O valor da actividade física para uma educação de estilos de vida. Comunicação apresentada ao II Congresso A Escola Cultural e os Valores. Évora.
- Mota, J. (1997) *A actividade física no lazer. reflexões sobre a sua prática*. Livros Horizonte.
- Phillips, W.; Haskell, W. (1995) Muscular Fitness. Easing the burden of disability for elderly adults. *Journal of Aging and Physical Activity*. 3: 261-289.
- Priesemuth, H. (1991) Schulsport und Gesundheitserziehung in der Primarstufe. *Körpererziehung* 41(2/3): 84-88.
- Rejeski, W.J.; Brawley, L.R.; Shumaker, S.A. (1996) Physical Activity and health-related quality of life. *Exercise and Sport Science Review*, 24: 71-108.
- Schrödinger, E. 1989 *O que é a vida ?* Fragmentos, Lisboa.
- Spiriduso, W. (1989) Physical Activity and Aging. In: Spiriduso, W & Eckert, H (Eds.). *Physical Activity and Aging*. Human Kinetics Publisher, Champaign. Illinois., pp: 1-5.
- Stewart, A.L.; Hays, R.D.; Wells, K.B.; Rogers, W.H.; Spritzer, K.L.; Greenfield, S. (1995) Long-Term functioning and well being outcomes associated with physical activity and exercise in patients with chronic conditions in the medical outcomes study. *Journal of Clinical Epidemiology*.
- Tinning, R. (1990) *Ideology and Physical Education:: Opening Pandora's Box*. Deakin: Deakin University Press.
- Wankel, L.M. (1997) The social Psychology of Physical Activity. In S.E. Curtis; S.J. Russel (Eds.). *Physical Activity in Human Experience- Interdisciplinary perspectives*. Human Kinetics Publisher, Champaign. Illinois., pp: 93-126.