

15

Atividade Física e Alimentação Adequada para a Promoção da Saúde

Erika da Silva Maciel

Licenciatura em Educação Física - Unimep
Especialista em Atividade Física e Qualidade de Vida - Unicamp
Mestre em Ciências - USP

INTRODUÇÃO

A preocupação com a saúde tem sido objeto de discussão de várias áreas de conhecimento. Tal interesse é atualmente estimulado devido o crescimento do número de indivíduos que possuem riscos potenciais em desenvolver alguma doença crônica como exemplo a síndrome plurimetabólica.

As principais discussões sobre a promoção da saúde foram consolidadas em países desenvolvidos, após quatro grandes conferências realizadas em meados dos anos 80 e na década de 90, em Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Jacarta (BUSS, 2000).

A Carta de Ottawa, de 1986, define a promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e da saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo.

Para esclarecer o conceito da Carta de Ottawa, o escritório regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para Europa, elaborou um relatório enfatizando que o processo de capacitar pessoas

e populações para melhoria da saúde depende de ações que sejam empowering, participativas, holísticas, intersetoriais, equânimes, sustentáveis e multi-estratégicas.

Portanto, acredita-se que para a promoção da qualidade de vida é necessário o desenvolvimento do empoderamento da população, que é fortemente determinado pela conjuntura social, política e econômica e está diretamente relacionado aos programas de políticas públicas que visem o atendimento do exercício da cidadania e a redução das desigualdades sociais.

Uma boa saúde é o melhor recurso para o progresso pessoal, econômico e social, além de ser um importante indicador de desenvolvimento do país.

No entanto, os determinantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos e estão relacionados aos aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e ao estilo de vida.

Portanto, o estilo de vida passou a ser reconhecido como um dos mais importantes determinantes da saúde de indivíduos.

A TRANSIÇÃO NUTRICIONAL: BASES EPIDEMIOLÓGICAS

Comportamentos prejudiciais como a inatividade física, o tempo dedicado à televisão e outras atitudes sedentárias são variáveis que exercem influência decisiva sobre a saúde. A obesidade, certos tipos de cânceres, diabetes tipo dois e osteoporose são alguns dos reflexos de uma dieta desequilibrada e um estilo de vida prejudicial.

Para entender as mudanças no padrão alimentar deve-se levar em conta que os modelos de consumo de alimentos são marcados pela desigualdade, pelos extremos que envolvem a insuficiência e o desperdício. Sabe-se que indivíduos em tais condições contribuem para o desenvolvimento de desequilíbrios nutricionais (OLIVEIRA; MONY, 1997).

Por um lado, as condições de vida e saúde têm melhorado de forma contínua e sustentada na maioria dos países, devido aos progressos políticos, econômicos, sociais e ambientais e também resultantes dos avanços na medicina e na saúde pública (BUSS, 2000).

No entanto, observa-se no Brasil, principalmente no Nordeste rural, que ainda há presença de desnutrição. Embora as taxas anuais

de declínio da desnutrição infantil no período de 1989-1996 projetem o virtual controle do problema.

As possíveis causas da diminuição da prevalência da desnutrição no país, nesse período, foram as mudanças positivas relacionadas à cobertura de serviços básicos de saúde, nível de escolaridade das mães e abastecimento de água, medidas relacionadas a condições de vida.

Por outro lado, a mudança do perfil de morbi-mortalidade no país tende a indicar uma maior ocorrência de doenças crônico-degenerativas. Embora não seja exclusividade do Brasil, pois não há dúvidas que as tendências em obesidade e doenças crônicas não são limitadas a uma determinada região ou grupo étnico ou racial.

A transição nutricional é marcada pela persistência dos riscos do consumo insuficiente de nutrientes e pelos riscos representados pelo excesso de ingestão de macronutrientes, reflexo do próprio desenvolvimento da sociedade.

Essas doenças, decorrentes do novo padrão alimentar e estilo de vida, provavelmente são mais difíceis de serem corrigidas quando comparadas às distorções oriundas da carência alimentar.

Tal situação é originada nas mudanças dos hábitos alimentares observadas nos últimos anos, marcadas pelo aumento de conteúdo de lipídio e de carboidratos simples na dieta, macronutrientes que, quando ingeridos em excesso, contribuem para o desenvolvimento da obesidade e, posteriormente, de outros agravos à saúde.

A mudança no padrão alimentar é conseqüência das políticas que favorecem o desenvolvimento econômico capitalista, levando a reprodução dos padrões de produção e consumo característicos dos países desenvolvidos (OLIVEIRA; MONY, 1997).

A obesidade no Brasil, por exemplo, cresceu nos últimos anos, conforme atestam os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) onde cerca de 40% da população adulta do Brasil encontra-se acima do peso ideal e 11% apresentam algum nível de obesidade. Destaque especial na prevalência da obesidade entre as mulheres cuja proporção alcançou 13,1%, contra 8,9% identificados entre os homens (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2005). Tais dados podem ser decorrentes de mudanças na dieta dos brasileiros de ordem quantitativa e qualitativa.

Em 1990, o IBGE divulgou os resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN); nesse período, apenas 56,8% dos

brasileiros apresentavam peso adequado. A obesidade já crescia 80% em quinze anos (entre 1975-1989) atingindo entre 12% e 15% dos adolescentes brasileiros.

Monteiro, Mondini e Costa (2000) tiveram o objetivo de analisar, com abrangência nacional, as tendências alimentares durante os anos de 1988 e 1996, e identificaram entre a população das regiões Norte e Nordeste, um aumento na ingestão de lipídeos. Para a totalidade das áreas metropolitanas, observaram a ocorrência do crescimento do consumo de ácidos graxos saturados e redução do consumo de carboidratos complexos, de leguminosas, verduras, legumes e frutas e do aumento, já considerado excessivo, da ingestão de açúcar. Apenas no Centro-Sul do país, foram identificados, hábitos alimentares adequados, pois houve discreta redução da proporção na dieta de energia de origem lipídica.

Os esforços para a redução do crescimento das doenças crônicas estão documentados em diversos documentos emitidos por agências governamentais de saúde como a OMS. Tais documentos ressaltam a importância da prática da atividade física e da redução no consumo de alguns alimentos.

A OMS e a Food Agriculture Organization (FAO) orientam para redução do consumo de energia proveniente de açúcar processado e o estímulo para o aumento do consumo de carboidratos complexos.

O Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde indicam o sedentarismo, o tabagismo e a alimentação inadequada como fatores de risco diretamente relacionados ao estilo de vida e responsáveis por mais de 50% do risco total para o desenvolvimento de algum tipo de doença crônica.

Dessa forma, as mudanças no consumo alimentar com aumento da participação de energia proveniente da dieta e a redução da atividade física, configuram o estilo de vida contemporâneo, o sobrepeso e a obesidade são tendências e tendem a atingir mais as mulheres em relação aos homens.

A RELAÇÃO ENTRE CONSUMO DE ALIMENTOS E ATIVIDADE FÍSICA

É importante destacar que os problemas de saúde originados pelo novo padrão alimentar podem ser corrigidos por meio de pro-

gramas específicos de alimentação e nutrição adequada associada a prática sistemática de atividade física.

Atualmente é tido como consenso que a prática sistemática de atividade física traz benefícios tanto para a prevenção, como para a reabilitação de diferentes tipos de doenças sejam essas, cardiovasculares, endócrino-metabólicas, do sistema osteo-muscular e ainda da esfera psíquica e por tal motivo tem sido indicada freqüentemente por médicos e especialistas.

O sedentarismo é considerado um dos principais fatores de risco para morbi-mortalidade cardiovascular. Tal fenômeno é observado tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento e, portanto, deve estimular a elaboração de campanhas envolvendo abordagens que visem o combate à inatividade física da população.

Nos Estados Unidos, estima-se que cerca de 200 mil mortes/ano possa ser atribuída à inatividade física. Esse número representa 23% de todos os óbitos, comparáveis aos 33% de óbitos atribuídos ao fumo, aos 23% associados ao colesterol elevado e aos 24% relacionados à obesidade (NAHAS, 2001).

Evidências que mostram que os pequenos níveis de atividade física, particularmente no tocante à intensidade, podem reduzir o risco de doenças crônicas degenerativas. Gastos entre 700 e 2000 Kcal por semana com atividades físicas são considerados suficientes, mas é pertinente ressaltar que tal rotina de dispêndio não acrescenta os benefícios adicionais decorrentes da adoção de programas específicos (CIOLAC; GUIMARÃES, 2004).

De acordo com Nahas (2001) um indivíduo pode ser considerado sedentário quando adota um mínimo de atividade física que equivale a um gasto energético com atividades no trabalho, lazer, atividades domésticas e locomoção inferior a 500 Kcal por semana.

Sabe-se atualmente que o treinamento físico isolado, sem o devido controle alimentar contribui, de forma modesta, para a redução do peso. Em associação com dietas, essa prática facilita a adesão ao controle alimentar e contribui para o maior sucesso na manutenção da massa magra e redução da massa adiposa.

Associado a uma dieta alimentar adequada, o exercício físico melhora a sensibilidade à insulina em indivíduos saudáveis, em obesos não-diabéticos e em diabéticos dos tipos I e II. (CIOLAC; GUIMARÃES, 2004)

Outro exemplo da importância da atividade física e da alimentação adequada é encontrado em indivíduos fisicamente ativos que apresentam maiores níveis de HDL colesterol e menores níveis de triglicérides e LDL colesterol comparado a indivíduos sedentários.

Níveis adequados de atividades físicas diárias estão associados aos menores pressão arterial durante o repouso. A prática regular de exercício físico tem revelado atuação decisiva na prevenção do aumento da pressão arterial associado à idade. O benefício é observado também entre indivíduos com risco ampliado de desenvolver o referido distúrbio (CIOLAC; GUIMARÃES, 2004).

PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

Portadores de doença crônica de forma geral apresentam menores níveis de qualidade de vida devido a diversos fatores. Estratégias de ação de saúde pública para ações de educação em alimentação e em nutrição e para a prática de atividades físicas que alcancem de forma eficaz todas as camadas sociais da população

Dessa forma, observa-se que programas que direcionem a alimentação adequada e a prática de atividade física orientada podem contribuir de forma significativa à promoção da saúde de indivíduos e comunidades, atuando como prevenção primária e promovendo a qualidade de vida.

É importante que antes da implantação de ações seja realizado um diagnóstico da população estudada. Conhecer seus hábitos alimentares e de prática de atividade física, seus indicadores biomédicos (colesterol, pressão artéria, triglicérides entre outros), entender o contexto cultura e socioeconômico e, principalmente, uma investigação a respeito da qualidade de vida dos indivíduos é o que fará a diferença do programa.

Os programas de educação nutricional devem enfatizar o consumo de vegetais, frutas e grãos integrais, confirmar a importância das fibras alimentares, antioxidantes e outras substâncias na prevenção e controle das doenças crônico degenerativa.

Recomenda-se ainda o estímulo na manutenção de peso saudável, auxiliado pela atividade física regular e consumo moderado de gorduras evitando assim, o consumo excessivo de calorias.

Fator de muita importância é que a atividade física deve ser desenvolvida de acordo com a capacidade individual, fator determinante para a adesão do indivíduo ao programa e o sucesso do mesmo.

Atividades educativas e com vivências tem demonstrado boa repercussão. Por exemplo, educação nutricional coletiva, por meio de oficinas com vivência práticas e degustação de alimentos.

Oficinas de práticas corporais como a caminhada, ginástica geral e ioga, entre outras, podem ajudar na sensibilização para a prática sistemática de atividade física.

Programas que estimulem a prática do lazer ativo também podem auxiliar na mudança de hábitos e estilo de vida. Nesse sentido, parcerias com escolas, centros comunitários, clubes recreativos e prefeituras, são de grande valia para a promoção e prevenção da saúde.

BIBLIOGRAFIA

BUSS, P. M. PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA. CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA, RIO DE JANEIRO, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

CIOLAC, E.G.; GUIMARÃES, G.V. EXERCÍCIO FÍSICO E SÍNDROME METABÓLICA. REVISTA BRASILEIRA MEDICINA NO ESPORTE, NITERÓI, v.10, n. 4, p. 319-324, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. PESQUISA DE ORÇAMENTO FAMILIAR – POF 2002-2003. ANÁLISE DA DISPONIBILIDADE DE ALIMENTOS E DO ESTADO NUTRICIONAL NO BRASIL. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.IBGE.GOV.BR](http://www.ibge.gov.br). ACESSO EM: 10 MAR. 2005.

MONTEIRO, C. A.; MONDINI, L.; COSTA, R.B. MUDANÇA NA COMPOSIÇÃO E ADEQUAÇÃO NUTRICIONAL DA DIETA FAMILIAR NAS ÁREAS METROPOLITANAS DO BRASIL (1988-1996). REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA, SÃO PAULO, v.3, n. 34, p. 251-258, 2000.

NAHAS, M. V. ATIVIDADE FÍSICA, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA. LONDRINA: MIDIOGRAF, 2001. 238p.

OLIVEIRA, S.P.; MONY, A. T. ESTUDO DO CONSUMO ALIMENTAR: EM BUSCA DE UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR. REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA, SÃO PAULO, v.31, n.2, p. 201-208, 1997.