

Qualidade de vida, estilo de vida e saúde: um artigo de revisão

Quality of life, lifestyle and health: a review article

Gilvam Rodrigues Costa Júnior¹, Laís Tonello², Ricardo Lira de Rezende Neves³, Jean Carlos Ribeiro⁴, Eduardo Fernandes de Miranda⁵

RESUMO

Introdução: Historicamente, as pesquisas em Educação Física têm buscado estabelecer as relações entre qualidade de vida, saúde e estilo de vida. Há uma ênfase na dimensão bio-fisiológica. Entretanto, a partir da década de 80, a presença de outros ramos do saber, especialmente das Ciências Humanas e Sociais tem sido notada neste debate. Centra-se a estudar a relação entre estes constructos em uma visão mais ampla, considerando a multidisciplinaridade dos processos sociais, históricos e culturais. **Objetivo:** Este ensaio pretende inserir-se nesta discussão e apresenta como objetivo contribuir para o debate conceitual da qualidade de vida, saúde, atividade física e estilo de vida e suas relações com a saúde numa perspectiva ampliada. **Método:** Foi realizada uma revisão de literatura de artigos das bases de dados MEDLINE, LILACS e SCIELO, em português,

por meio dos seguintes descritores: qualidade de vida, estilo de vida, saúde, e combinados entre si; e também em livros contemporâneos. **Considerações finais:** Este estudo alerta para a ampliação dos conceitos relativos aos temas qualidade de vida, estilo de vida e saúde, para além da dimensão biológica e individual, veio sendo historicamente consolidada. Essa consolidação é importante não somente para que se construam instrumentos balizadores confiáveis na mensuração da qualidade de vida da população, mas também para que essas informações sirvam de base para que uma consciência política e social crítica, seja difundida e incorporada enquanto conceito.

Descritores: Qualidade de vida. Estilo de vida. Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Historically, research in physical education have sought to establish the relationship between quality of life, health and lifestyle. There is an emphasis on bio-physiological dimension. However, from the 80s, the presence of other branches of knowledge, especially of Humanities and Social Sciences has been noted in this debate. It focuses on studying the relationship between these constructs in a broader view, considering the multidisciplinary of social, historical and cultural. **Objective:** This paper aims to enter into this discussion and has to contribute to the debate conceptual quality of life, health, physical activity and lifestyle and their relationships with health in a broader perspective. **Material and Methods:** We performed a literature review of articles from MEDLINE, LILACS and SciELO, in Portuguese, using

the following descriptors: quality of life, lifestyle, health, and combined with each other, and also in contemporary books. **Final Remarks:** This study calls attention to the expansion of the concepts related to quality of life issues, lifestyle and health, in addition to the biological dimension and individual came historically been consolidated. This consolidation is important not only to build up a guide for reliable instruments to measure quality of life, but also to that information as a basis for political awareness and social critic, is widespread and incorporated as a concept.

Descriptors: Quality of life. Lifestyle. Health.

¹ Graduado em Educação Física pelo Centro Universitário UnirG/ Gurupi/TO. Email: cav_39@hotmail.com

² Educadora Física. Mestranda em Educação Física pela Universidade Católica de Brasília (DF). Email: lais101288@gmail.com

³ Educador Físico. Mestre em Educação Física pela Universidade Católica de Brasília (DF). Professor Adjunto I da Faculdade de Educação Física da Universidade Federal de Goiás- Goiânia (GO). Email: rlneves@gmail.com

⁴ Educador Físico. Mestre em Educação Física pela Universidade Metodista de Piracicaba (SP). Professor Adjunto II do Curso de Educação Física do Centro Universitário UnirG- Gurupi (TO). Email: jeancarlo@unirg.edu.br

⁵ Educador Físico. Mestre em Educação Física pela Universidade Castelo Branco (RJ). Professor Adjunto I do Curso de Educação Física do Centro Universitário UnirG. Programa de Pós-graduação Stricto Sensu pela Enfermagem e Biociências (PPgEnfBio) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Email: eduardounirg@gmail.com

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Eduardo Fernandes de Miranda - Rua C 07, 134, Setor Canaã, CEP.: 77.435-070, Gurupi (TO)
Email: eduardounirg@gmail.com

INTRODUÇÃO

As discussões em torno da qualidade de vida das populações tem sido tema de inúmeras conferências mundiais de saúde como em Ottawa¹, Adelaide², Sundsvall³ e Jacarta⁴. Nestes encontros se reúnem representantes das áreas da ciência e da política, visto a preocupação com a saúde das populações.

Estudos com este tema surgem no início do século XX e tomam proporção de extrema relevância tanto para a comunidade acadêmica quanto para os líderes políticos que, em tese, são os responsáveis por gerenciarem os recursos públicos em programas de saúde pública. Já no final do mesmo século os estudos sobre a qualidade de vida apontam para conceitos amplos e abrangentes, e de maneira paralela, os instrumentos para as avaliações sobre o tema se multiplicam e se modificam.

O perfil da qualidade de vida contemporaneamente está centrado no indivíduo e nas variantes que o cercam, ele é o sujeito que poderá dar as respostas corretas para a classificação do seu próprio perfil da qualidade de vida. Para que uma investigação seja apontada como confiável, esta deverá abranger as dimensões levantadas pelos estudiosos da área e apontadas como imprescindíveis para tal estudo.

A complexidade e amplitude destas dimensões a serem analisadas com intuito de avaliar o perfil da qualidade de vida de uma determinada população ou grupo social, exigem instrumentos também complexos e bem elaborados, afim de que se verifiquem todos os pontos determinantes para a qualificação deste conceito.

Embora as investigações científicas que envolvem a qualidade de vida sejam carregadas de dificuldades, é dever da universidade, contribuir para se conhecer o perfil da qualidade de vida das populações e também para que os programas e ações de políticas públicas possam ter dados balizadores confiáveis e cientificamente comprovado afim de que essas políticas sociais sejam positivas para as populações. Dessa forma, o objetivo deste ensaio é contribuir para o debate conceitual da qualidade de vida, saúde, atividade física e estilo de vida e suas relações com a saúde numa perspectiva ampliada.

MATERIAL E MÉTODO

O material utilizado para construir este artigo foi realizado das bases de dados MEDLINE, LILACS e SCIELO, em português, por meio dos seguintes descritores: qualidade de vida, estilo de vida, saúde, e combinados entre si. Foram utilizados ainda textos de livros contemporâneos, considerando a importância e o valor informativo do conteúdo e também alguns

artigos escolhidos a partir de menções em outros manuscritos.

Qualidade de vida e seus determinantes

São inúmeros os trabalhos científicos que se propuseram a discutir o constructo que permeia a qualidade de vida. Segundo Campbell citado por Seidl e Zannon⁵ na página 581, os esforços para conceituar o termo qualidade de vida estão datados em meados da década de 70, porém a dificuldade de tal tarefa pode ser avaliada na frase: “[...] qualidade de vida é uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é”. A afirmação contida nesta frase retrata a controvérsia que envolve o tema desde sua aparição em trabalhos empíricos há quase 40 anos.

Os estudos indicam o surgimento do termo pela primeira vez na literatura médica na década de 30, em pesquisas que tinham como objetivo buscar uma definição e uma avaliação da qualidade de vida.

Na obra de Cummins, publicada em 1988 com o título “*Directory of instruments to Measure Quality of Life and Correlate Areas*”, o autor identificou 446 instrumentos de avaliação da qualidade de vida, durante um período de 70 anos. Porém, cerca de 70 % deste total, ou seja, 332 instrumentos, aparecem na literatura a partir dos anos 80 (Tabela 1). Este levantamento aponta para um crescente esforço, nas últimas duas décadas, em direção à definição de conceitos metodológicos sólidos e ao emprego do termo na linguagem científica.⁵

Tabela 1 – Número de instrumentos para avaliação da qualidade de vida registrados no diretório de Cummins.

Década	Frequência (n=446)	%	% acumulado
1930	1	0,4	0,4
1940	2	0,4	0,9
1950	11	2,5	3,4
1960	33	7,8	10,9
1970	76	17,0	27,9
1980	172	38,6	66,5
1990	150	33,6	100,0

Fonte: Seidl e Zannon⁵

A revisão literária de 75 artigos que continham o termo, qualidade de vida, em seu título, na área da saúde, em período anterior a 1995, revelou que os esforços para estabelecer definições e avaliar a qualidade de vida nesta área do saber eram insuficientes e apresentavam lacunas e desafios teórico-metodológicos a serem enfrentados.⁵

Destes trabalhos revisados, constatou-se que apenas 15% apresentavam definições conceituais e outros 36% apresentavam explicações sobre a escolha de determinado instrumento de avaliação da qualidade de vida, justificando assim a falta de objetividade, clareza e consistência quanto ao significado e mensuração do tema.

Farquhar citado por Seidl e Zannon⁵, propõe, com base na revisão da literatura datada até o primeiro ano da década de 90, uma taxonomia dos conceitos acerca da qualidade de vida. Como nos aponta o Quadro 1:

Taxonomia	Característica e implicações das definições
I – Definição global	Primeiras definições que aparecem na literatura. Predominam até a década de 80. Muitos gerais, não abordam possíveis dimensões do construto. Não há operacionalidade do conceito. Tendem a centrar-se apenas em avaliação de satisfação/insatisfação com a vida.
II – Definição com base em componentes	Definições baseadas em componentes, surgem nos anos 80. Inicia-se o fracionamento do conceito global em vários componentes ou dimensões. Iniciam-se a priorização de estudos empíricos e a operacionalização do conceito.
III – Definição focalizada	Definições valorizam componentes específicos, em geral voltados para habilidades funcionais ou de saúde. Aparecem em trabalhos que usam a expressão qualidade de vida relacionada à saúde. Ênfase em aspectos empíricos e operacionais. Desenvolvem-se instrumentos diversos de avaliação da qualidade de vida para pessoas acometidas por diferentes agravos.
IV – Definição combinada	Definições incorporam aspectos dos Tipos II e III: favorecem aspectos do conceito em termos globais e abrangem diversas dimensões que compõem o construto. Ênfase em aspectos empíricos e operacionais. Desenvolvem-se instrumentos de avaliação global e fatorial.

Quadro 1 – Taxonomia das definições de qualidade de vida segundo Farquhar. Fonte: Seidl e Zannon⁵

A multiplicidade de aspectos ganhou força na comunidade científica a partir dos anos 80 e permeou os trabalhos empíricos, passando a ser adotada como o embasamento teórico e metodológico que melhor compreendia o fenômeno. As definições focalizadas e combinadas assumem o rótulo de contemporaneidade após a revisão literária da última década, pelo seu caráter abrangente que melhor representa os avanços da ciência de definir e avaliar a qualidade de vida.⁵

Nota-se que o estudo do conceito de qualidade de vida passou por um processo evolutivo durante o século XX, e já no final deste, assume o caráter multidimensional que a ciência exige atualmente. Do mesmo modo, os instrumentos usados para avaliar a qualidade de vida das populações também sofreram adequações e novos instrumentos surgiram para atender à nova demanda e especificidades dos grupos de estudos.

A complexidade que cerca o conceito ideal do termo qualidade de vida converge para um consenso entre os estudiosos: a multiplicidade dos fatores que podem determinar a qualidade de vida de um indivíduo ou de uma população. Segundo Nahas⁶ na página 13, “[...] em geral, associam-se a essa expressão fatores, como: estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, salário, lazer, relações familiares, disposição, prazer e até espiritualidade”.

A qualidade de vida sugere a capacidade do indivíduo, inserido em uma determinada sociedade, em avaliar e sintetizar todos os elementos essenciais para definir o padrão de conforto e bem estar ideal para aquele momento cronológico. Para Minayo, Hartz e Buss⁷ na página 8, “[...] qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social, e ambiental e à própria estética existencial”.

Nahas⁶ na página 14, ressalta que “[...] a condição humana resultante de um conjunto de parâmetros individuais e sócio-ambientais, modificáveis ou não, e que caracterizam as condições em que vive o ser humano”. Essas duas dimensões abrangem diversos fatores que influenciam de forma determinante na qualidade de vida de um sujeito ou de uma população.

No Quadro 2, o mesmo autor apresenta os principais fatores que compõem cada um dos parâmetros da qualidade de vida.

Parâmetros Sócio-ambientais	Parâmetros individuais
Moradia, transporte e segurança Assistência médica Condição de trabalho e remuneração Educação Opções de lazer Etc.	Hereditariedade Estilo de vida Hábitos alimentares Controle do Estresse Atividade Física Habitual Relacionamentos Comportamento

Quadro 2 - Qualidade de vida. Fonte: Nahas⁶

Conceituar qualidade de vida a partir deste cenário, não tem sido uma tarefa fácil. A formulação apropriada de tal definição deve considerar a diversidade de parâmetros sócio-ambientais e individuais que influenciam de maneira determinante na mensuração de informações provenientes dos estudos contemporâneos relacionados a esse tema.

Qualidade de vida relacionada à saúde

Quando o tema qualidade de vida está em discussão é de suma importância a abordagem sobre a condição de saúde. Por isso, para as avaliações mais específicas, foram desenvolvidos instrumentos que permitiram o estudo de parâmetros relativos ao estado físico, emocional e social de doentes e também a comparação com indivíduos sadios.⁸

Na atualidade, o termo saúde tem influenciado diretamente sobre o estado de saúde e qualidade de vida das populações, grupos sociais ou indivíduo. O estilo de vida pode ser determinante para a apropriação dos atributos que irão favorecer a condição de saúde satisfatória⁹⁻¹⁰ ou não.¹¹⁻¹²

Países desenvolvidos têm adotado instrumentos específicos para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde. Os Estados Unidos, por exemplo, através do Instituto Nacional de Saúde e a Administração Federal de Medicamentos, recomendam a adoção dos referidos instrumentos como forma de conhecer a eficácia das prescrições médicas em condições de tratamento clínico e ambulatorial.⁸

Antes de analisar as relações entre a qualidade de vida e a Saúde faz-se necessário revisitar os conceitos de saúde. Esta atualmente tem sido entendida a partir de múltiplos aspectos do comportamento humano, capazes de promover o seu completo bem estar nas dimensões física, mental e social, não cabendo mais a compreensão restrita apenas na ausência de doenças.

Cada uma dessas dimensões apresenta um pólo negativo e um positivo, por onde o indivíduo se desloca conforme sua capacidade de resistir às necessidades e desafios da vida cotidiana. Os fatores de oscilação entre os polos negativos e positivos são: fatores ambientais, sociais, estilo de vida e biológicos.¹³

Ainda com intuito de promover a conceituação de saúde, Schipper et al., citados por Gonçalves e Vilarta⁸ na pág. 38, estabelecem que este conceito “[...] pode ser representado pelos efeitos de uma enfermidade e terapia, segundo a percepção do próprio doente”.

Talvez assim, seja equivocado admitir que uma pessoa esteja saudável ou possua um estado de saúde satisfatório, apenas por não apresentar naquele momento sintomas de qualquer doença. Se este indivíduo possui hábitos de vida que desfavorecem a manutenção da saúde como ser fumante ou sedentário, ou ainda, sofre os efeitos do estresse, ou possui composição corporal fora dos níveis desejados, possivelmente não é possível caracterizá-lo como saudável.

Esse conjunto de fatores indica que tal indivíduo pode estar acometido das chamadas doenças crônico-degenerativas, como a hipertensão arterial, a diabetes mellitus e algumas cardiopatias que atuam silenciosamente, cujo sintomas só serão notados quando em estágio avançado. Portanto, o indivíduo que apresenta o perfil acima não estaria efetivamente saudável, embora não sejam visíveis os sintomas de doenças.¹⁴

Palma¹⁵ propõe ainda uma reflexão mais aprofundada sobre o tema. Para o autor, este assunto ficou muito ligado ao senso comum, não somente da população, mas também dos profissionais da saúde, incluindo a área da Educação Física. O tratamento dispensado a essa questão quase se restringiu ao

paradigma “biológico”. Ele argumenta que é difícil caracterizar o que é “completo bem estar”, referindo-se ao conceito de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde “OMS”. Discute que a visão de saúde deste órgão é “estreita”, por considerar apenas dois pontos como essências: a ausência de doenças e o viés biológico na determinação destas doenças. As consequências desta forma de ver o assunto, segundo ele, são quatro: a) generaliza ao definir que quem está doente não pode ser sadio; b) a doença pode ser evitada de modo determinista-biológico; c) a doença pode ser evitada pelo próprio indivíduo; d) falta de atenção ao contexto sócio-econômico.

O autor aponta ainda como romper com estes enfoques observando e considerando a saúde como um direito à cidadania. Para isso, adota o conceito de saúde proposto por Minayo¹⁶ na pág. 29, que afirma que saúde:

“[...] é o resultado das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”.

Outra crítica na forma de abordar a saúde está relacionada à crescente influência e dominação das indústrias farmacêuticas. Este fenômeno revela a mercadorização da saúde e sua transformação numa “coisa”, um produto à venda no mercado. Della Fonte e Loureiro¹⁷ apontam que a partir do fenômeno da mercadorização e a histórica perda da sua condição de “premissa existencial humana”, esta se transformou em algo recuperável no mercado. A saúde então é expressa, no mercado, por serviços, mercadorias e produtos (medicamentos, alimentos light e ações como massagens, aulas de ginástica, estética, entre outros).

Tentando superar a superficialidade e o reducionismo das abordagens biológica e psicológica, Della Fonte e Loureiro¹⁷ na pág. 131, após ampliá-las e contextualizá-las na rede de relações sociais que compõe a totalidade social, apresentam um novo conceito: “Nessa perspectiva, a saúde expressa o arranjo de relações sociais que o homem estabelece com o meio natural (meio natural externo – a natureza – e meio natural interno – o próprio organismo humano) e com o meio social (relações dos homens entre si)”.

Estilo de vida e saúde

Dados históricos demonstram que, até o início do século XX, a saúde pública se pautava por ações de melhoria das condições ambientais, principal causa de morte entre populações desenvolvidas ou em desenvolvimento. Exemplo disso seria o

desenvolvimento de um filtro de carvão para purificar a água que abastecia a cidade de Londres, no ano de 1829 e foi responsável pela diminuição em 80% do número de mortes por tifo e outras doenças transmissíveis. A falta de água tratada e de saneamento já foi principal causa da disseminação de doenças, como a cólera e a difteria, porém já não é mais o principal agente causador de mortes nas sociedades industrializadas.

A mudança deste cenário se iniciou no final do século XIX, com os avanços da medicina e por meio de descobertas atribuídas a cientistas, como Louis Pasteur e Robert Koch (microbacilos) e Alexander Fleming (penicilina), que permitiram o controle e a erradicação de inúmeras doenças infecto-contagiosas, consideradas mortíferas.⁶

Em consonância com os avanços da medicina, as ações de saúde pública do século XX possibilitaram um aumento significativo na qualidade e expectativa de vida média das populações dos países desenvolvidos e em desenvolvimento. O contexto atual de atuação das ações de saúde pública está pautado na prevenção e na promoção de hábitos de vida saudáveis.

A figura abaixo apresenta a queda progressiva da mortalidade mundial, bem como os fatores que mais contribuíram dentro do espaço cronológico para a diminuição dessas mortes. Reforça também o que foi explanado, enfatizando que os fatores ambientais foram os principais causadores de morte em momentos históricos anteriores ao século XX e a importância do estilo de vida sobre os números atuais de mortalidade.

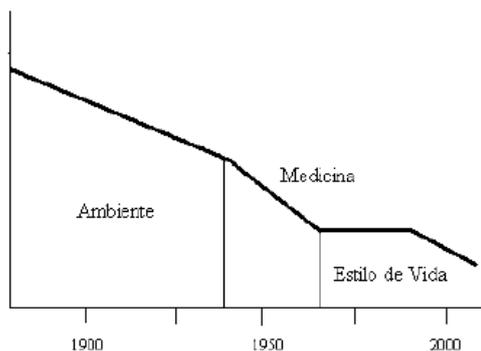


Figura 1 – Declínio na mortalidade: fatores preponderantes. Fonte: Nahas⁶

A revolução industrial e posteriormente a revolução tecnológica promoveram na sociedade moderna e contemporânea uma mudança radical de estilo de vida. Para Nahas⁶ na pág. 21, “[...] o estilo de vida ativo passou a ser considerado fundamental na promoção da saúde e redução da mortalidade por todas as causas”.

Esta afirmação é bastante pertinente na medida em que autores, como o próprio Nahas⁶, afirmam que os maiores riscos à saúde e ao bem-estar das populações atuais residem no comportamento individual,

resultante tanto das informações disponíveis como das barreiras sociais e particulares a cada grupo social.

Castiel e Vasconcellos-Silva¹⁸ definem que um estilo de vida pode ser entendido como um conjunto relativamente integrado de práticas individuais que estão voltadas para necessidades utilitárias do como agir ou quem ser, que consistem em ações aparentemente automáticas, relativas a hábitos de comer, se vestir, formas de morar e modos de deslocar-se em espaços e ambiente diversos. Para os autores ainda poder-se-ia, numa visão mais elitista, abarcar padrões relativos ao bom gosto.

Ao apresentar o conceito de estilo de vida, os autores acima, tecem uma crítica referente ao seu emprego em contextos de miséria e aplicação a grupos sociais, onde as margens da escolha é praticamente inexistentes. Partindo das teorias sociológicas clássicas na orientação do entendimento da estratificação social, salientam que muitas pessoas não elegem estilos para levar suas vidas, isto porque não há opções disponíveis. Assim o que existe, nestas circunstâncias, são estratégias possíveis de sobrevivência, muitas vezes sem margem de escolha¹⁸.

Apesar disso, basicamente dois fatores são influenciadores do estilo de vida: os positivos e os negativos. Os fatores positivos têm relação de promoção positiva na saúde e bem-estar dos indivíduos, principalmente em grupos sociais com idade superior aos 40 anos, quando mensuradas a mobilidade, a autonomia e qualidade de vida. Estes atributos estão representados na Figura 2, que representa o que Nahas⁶, chama de “Pentáculo do Bem Estar”.

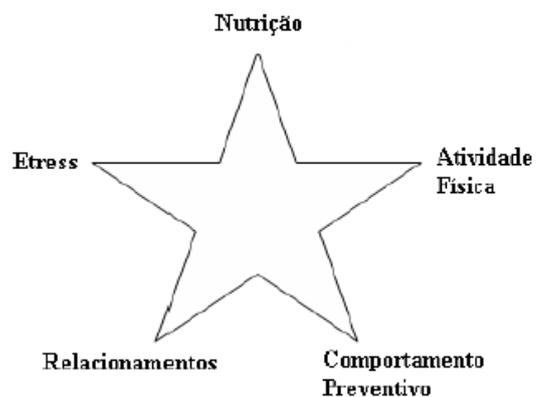


Figura 2 – Pentáculo do Bem Estar. Fonte: Nahas⁶

A Figura 2 faz uma representação gráfica, com intuito de maximizar a compreensão da argumentação de Nahas⁶, destacando que para se estabelecer um estado de bem estar satisfatório e com incremento positivo da qualidade de vida do indivíduo e do grupo, é necessário um conjunto de fatores que estão representados nas cinco pontas do pentáculo do bem-estar.

Quando levanta-se os fatores negativos do estilo de vida que afetam e desfavorecem nossa saúde, restamos o contentamento de que estes podem ser

controlados, e, portanto são modificáveis. São eles: fumo, álcool, drogas, estresse, isolamento social, sedentarismo, esforços intensos ou repetitivos.

O uso habitual de alguns fatores negativos tais como fumo, álcool e drogas, está muito ligado à influência que o meio exerce sobre as pessoas, principalmente os adolescentes. O distanciamento destes produtos tem maior eficácia na recusa inicial do que no abandono posterior ao estabelecimento do hábito que, em muitos casos, depende do auxílio de profissionais preparados para este fim.^{6,19-20}

Há fatores negativos, sobre os quais temos algum controle preventivo. Exemplo disso são as doenças infecciosas, como a AIDS e as doenças degenerativas que afetam os sistemas cardiovascular e pulmonar, muscular e articular, pele, visão e audição. Há também, neste grupo, as doenças chamadas crônico-degenerativas ou crônico não-transmissíveis, como a hipertensão, a obesidade, o diabetes, o câncer e doenças cardiovasculares. Ainda segundo Nahas⁶ na pág. 22, estas patologias “[...] têm sido fortemente associadas ao estilo de vida negativo: alimentação inadequada, estresse elevado e inatividade física”.

Existem outros fatores negativos sobre os quais se tem pouco ou nenhum controle: a herança genética, o envelhecimento natural, acidentes e algumas doenças infecciosas. Este grupo de fatores está associado às condições ambientais ou de assistência, podendo ter suas consequências minimizadas, se estas condições forem favoráveis, ou agravadas, se forem desfavoráveis.

Interrelações entre atividade física, saúde e qualidade de vida

Os estudos a respeito da influência da atividade física sobre a saúde, até o presente momento, têm gerado inúmeras “[...] pesquisas capazes de elucidar as relações entre os níveis diferenciados de exercício físico e as dimensões físicas, emocionais, cognitivas, sociais, componentes da qualidade de vida”.⁸

Conceitualmente, a atividade física é compreendida como qualquer movimento corporal de um músculo esquelético que resulte em um gasto calórico acima dos níveis observados quando em repouso. A atividade física pode ser realizada em diferentes ambientes da vida humana, tais como o local de trabalho, de lazer, de estudos ou doméstico. Essa diversidade de ambientes possíveis à prática da atividade física é benéfica para influenciar a população e incentivar a adesão da prática regular de atividade física.¹³

Embora todo exercício físico seja uma atividade física, o primeiro se diferencia por ser um subgrupo estruturado e repetitivo da segunda, cujo propósito é a manutenção do condicionamento físico. Ainda como complemento deste conceito, pode-se destacar o objetivo de melhorar um ou mais componentes da

aptidão física: condição aeróbia, força e flexibilidade.²¹

Por sua vez, a aptidão física, segundo a OMS citada por Guedes e Guedes¹⁴ na pág. 22, é “[...] a capacidade de realizar trabalho muscular de maneira satisfatória”. Para tanto, estar apto fisicamente seria a capacidade de realizar esforço físico durante suas atividades diárias sem contudo, demonstrar fadiga excessiva.

Ainda sobre a aptidão física, esta se subdivide em aptidão física relacionada às habilidades desportivas e aptidão física relacionada à saúde. A primeira é composta pelas variáveis que visam o desempenho desportivo, tais como agilidade, equilíbrio, coordenação motora, força e potência. Já a aptidão física relacionada à saúde, engloba as variáveis fisiológicas, como potência aeróbia máxima, força, flexibilidade e componentes da composição corporal: índice de gordura corporal e distribuição subcutânea.²¹⁻²²

Superando o reducionismo da visão biológica/médica, Faria Junior²³ (pág. 101) apresenta um conceito sociológico para atividade física e a define como uma:

[...] qualidade substancial do ser humano que apresenta um teor que ultrapassa o que o biológico e o funcional comumente lhe conferem. A atividade física é fonte de conhecimento e comunicação, de sentimentos e emoções, de prazer estético, de promoção de saúde e fator de desenvolvimento filogenético e ontológico”.

Esse conceito já foi apresentado por Pereira²⁴, quando faz uma análise qualitativa enfatizando a diversidade cultural, a concepção do mundo, as tradições pedagógicas e os fatores ambientais, ressaltando que atividade física se trata de uma fonte de conhecimento, comunicação, sentimentos, emoções e outros fatores subjetivos que englobam o ser humano.

Com base em revisões literárias que associam atividade física, saúde e qualidade de vida, Gonçalves e Vilarta⁸ propõe uma estrutura conceitual, formada por seis dimensões. A primeira apresenta o Índice Global de Qualidade de vida relacionada com a Saúde. A segunda dimensão é a Função Física, e está dividida em: dificuldade com as atividades da vida diária e outros aspectos relacionados com o desempenho, autoconceito físico e a percepção relacionada à saúde. A terceira dimensão é o Estado e Sintomas Físicos, que se divide em: dor, fadiga, energia e sono. A Função Emocional é a quarta dimensão apontada e destaca a influência da depressão, ansiedade, raiva e hospitalidade, autoestima, sentimento e afeto. A quinta dimensão trata da Função Social, com destaque para dependência social, tempo para o lazer e o papel social

no trabalho. A sexta e última dimensão é a Cognitiva, que destaca a memória, a atenção e a capacidade para decidir e resolver problemas.

Ao se discutir a relação entre atividade física, qualidade de vida e saúde é notória a equivalência inversamente proporcional entre o nível de atividade física regular e o risco de acidente cardiovascular, dados estes já constatados por estudos epidemiológicos. Sobre esta afirmação e de acordo com a estrutura conceitual apresentada, Gonçalves e Vilarta⁸ na pág. 40, ratificam:

[...] a influência direta da atividade física sobre a saúde relacionada com a qualidade de vida, principalmente em enfermidades como o diabetes em adultos e idosos, doenças cardiovasculares (hipertensão, infarto do miocárdio e angina), doenças pulmonares (doença pulmonar crônica obstrutiva, enfisema, bronquite, asma, transplante pulmonar, e doença respiratória crônica) e artrites (artrite reumatóide, e fibromialgia).

Somam-se os efeitos positivos do exercício físico sobre os sintomas relacionados ao estado de tensão e ansiedade, além de efetiva redução do estado de depressão, conclusão esta que pode ser aplicada a homens e mulheres de todas as idades independentemente do estado de saúde.⁸

Um discurso semelhante aponta que atividade física e aptidão física têm associação direta ao bem-estar, à saúde e à qualidade de vida de pessoas em todas as faixas etárias, e que a inatividade física potencializa riscos que, quando materializados, respondem por um grande número de mortes ou perda de anos de vida útil.⁵

Mesmo com todas essas afirmações, no contexto atual, ainda a relação entre atividade física, saúde e qualidade de vida não parece suficientemente resolvida. Para tal intento, faz-se necessário uma compreensão do ser humano para além da visão biofisiológica, além de considerar o processo de relações sociais que abrangem a vida de cada um.²⁵

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ampliação dos conceitos relativos aos temas qualidade de vida, estilo de vida e saúde, para além da dimensão biológica e individual, veio sendo historicamente consolidada. Essa consolidação é importante não somente para que se construam instrumentos balizadores confiáveis na mensuração da qualidade de vida da população, mas também para que essas informações sirvam de base para que uma

consciência política e social crítica sejam difundidas e incorporadas enquanto conceito.

A presença desse debate no meio acadêmico é fundamental, mas para ultrapassar os limites do campo teórico, a população deve ter acesso irrestrito a esses conceitos, afim de que supere a percepção reduzida e mercadológica da atividade física ainda presente no senso comum. Esse novo entendimento deve promover mudanças familiares, sociais e comunitárias na criação de um ambiente próprio, que considerando sua cultura, tradições e ambiente disponível, favoreça um estilo de vida voltado ao auto-conhecimento, à autonomia e conseqüentemente à uma melhor condição de qualidade de vida e de saúde.

As informações, conceitos e considerações aqui tecidas, devem suscitar ações acerca da promoção efetiva de políticas públicas preventivas de saúde. Essas políticas devem abordar de maneira educativa, os problemas sociais decorrentes da falta de um estilo de vida ativo, problema que cientificamente já tem comprovação e que acarreta em dificuldades da melhoria da qualidade de vida da população.

REFERENCIAS

1. World Health Organization (WHO). Carta de Ottawa. In: Saúde/FIOCRUZ Md, (ed.). Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde/IEC; 1986.
2. World Health Organization (WHO). Declaração de Adelaide. In: Saúde/FIOCRUZ Md, (ed.). Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde/IEC; 1988.
3. World Health Organization (WHO). Declaração de Sundsvall. In: Saúde/FIOCRUZ Md, (ed.). Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde/IEC; 1991.
4. World Health Organization (WHO). Declaração de Yakarta. In: PM B, (ed.). Promoção da Saúde e Saúde Pública. Rio de Janeiro; 1997.
5. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida: aspectos conceituais e metodológicos. Cad de Saúde Pública. 2004;20(2):580-8.
6. Nahas MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 3 ed. Londrina: Midiograf; 2003.
7. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciênc saúde e coletiva. 2000;5(1):7-18.

8. Gonçalves A, Vilarta R. Qualidade de vida e atividade física – Explorando teoria e prática. Barueri: Manole; 2004.
9. Niederauer KG, Braga DT, Souza FP, Meyer E, Cordioli AV. Qualidade de vida em indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo: revisão da literatura. Rev Bras Psiquiatr. 2007;29(3):271-8.
10. Viana HB. Aaliando a qualidade de vida de pessoas idosas utilizando parâmetros subjetivos. Rev Bras Ciênc Esporte. 2004;25(3):149-58.
11. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc saúde coletiva. 2000;5(1):163-77.
11. Tavares TB, Nunes SM, Santos MO. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. Rev Med Minas Gerais. 2010;20(1):359-66.
12. Pitanga FG. Epidemiologia da Atividade Física, Exercício Físico e saúde. 2 ed. São Paulo: Phorte; 2004.
13. Guedes DP, Guedes JERP. Atividade física, aptidão física e saúde. Rev Bras Ativ Fis Saúde. 1995;1(1):1-10.
14. Palma A. Educação Física, Corpo e Saúde: Uma Reflexão sobre outros “Modos de Olhar”. Rev Bras Ciênc Esporte. 2001;22(2):23-9.
15. Minayo MCS. A Saúde em Estado de Choque. Rio de Janeiro: FASE; 1992.
16. Della-Fonte SS, Loureiro R. A ideologia da saúde e a Educação Física. Rev Bras Ciênc Esporte. 1997;18(2):126-32.
17. Castiel D, Vasconcellos-Silva PR. Saúde em debate na Educação Física Blumenau: Nova Letra; 2006.
18. Sanchez ZVDM, Oliveira LG, Nappo SA. Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. Rev Saúde Pública. 2005;39(4):599-605.
19. Sanchez ZVM, Oliveira LG, Nappo SA. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. Ciênc saúde coletiva. 2004; 9(1): 43-55.
20. Araújo DSMS, Araújo CGS. Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. Rev Bras Med Esporte. 2000;6(5):194-203.
21. Botelho PR, Miranda EF. Principais recomendações sobre a prática de exercícios físicos durante a gestação. Revista Cereus. 2011;3(2):1-10.
22. Faria Junior, AG. Atividade Física e Desporto. In: Faria Junior, AG, et al (org). Uma Introdução à Educação Física. Niterói- RJ: Corpus; 1999.
23. Pereira F. O cotidiano escolar e a educação física necessária. Pelotas: Universitária; 1994.
24. Assumpção LOT, Moraes PP, Fontoura H. Relação entre atividade física, saúde e qualidade de vida. Notas Introdutórias. Revista Digital. 2002;8(52):1-3.