

Sedentarismo: como diagnosticar e combater a epidemia

As conseqüências da epidemia de sedentarismo para a saúde física incluem, entre as mais conhecidas, o diabetes, a hipertensão, a hipercolesterolemia, a obesidade, diversas formas de câncer, a osteoporose, calculose renal, biliar e até disfunção erétil. No entanto, o impacto para saúde mental é pelo menos igualmente devastador, compreendendo: diminuição da auto-estima, da auto-imagem, do bem-estar, da sociabilidade; aumento de ansiedade, de estresse, de depressão, como também do risco para mal de Alzheimer e de Parkinson, de acordo com estudos mais recentes, e até prejuízo da cognição.¹

A boa arte médica nos ensina a buscar tratar as causas e não somente as conseqüências... Assim, nossos pacientes atuais não podem receber apenas propostas terapêuticas farmacológicas ou cirúrgicas, pois por trás das doenças crônico-degenerativas mencionadas no parágrafo anterior, que respondem por mais de 70% dos gastos com saúde em nosso País, está um desvio de comportamento, em que vão à frente o sedentarismo, a má alimentação e o tabagismo.²

Por isso, o profissional de saúde moderno precisa estar preparado para diagnosticar, prescrever e monitorizar o nível de atividade física de seus pacientes. As propostas atuais sugerem incluir em sua anamnese um questionário, dos quais o IPAQ (Questionário Internacional de Atividade Física) desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Centro de Controle e Prevenção de Doenças norte-americano (Centers for Disease Control and Prevention, CDC), em estudo que envolveu nosso centro de pesquisa e 12 centros mundiais por quatro anos, apresenta vantagens: ter duas formas (curta e longa), possibilidade de se estimar o gasto calórico, de classificação (sedentário, irregularmente ativo, ativo e muito ativo), maior chance de comparações e estar adaptado para nosso meio.³

A prescrição indicada pela OMS, pelo CDC, pelo American College of Sports Medicine e, no nosso meio, pelo Agita São Paulo⁴, é de que todo cidadão adulto deve realizar pelo menos 30 minutos de atividade física em pelo menos cinco dias da semana, de intensidade moderada, forma contínua ou acumulada;⁵ sendo que benefícios maiores serão obtidos por envolvimento superior. Mais recentemente, também se incluiu a sugestão de exercícios de força muscular e alongamentos. Em grupos em que houver possibilidade de maior controle, atividades intensas, por 20 minutos de duração, três vezes por semana.⁶

A monitoração envolve não só a aplicação sistemática do instrumento de medida, que pode ser o IPAQ, como também o uso de pedômetros, aparelhos que, colocados à cintura das pessoas, indicarão o número de passos numa caminhada.⁷ Será também importante detectar as barreiras que impedem a prática da atividade física. Esses obstáculos estão no nível pessoal (interesses, tempo, medos, idade, sexo, nível socioeconômico), mas também no ambiente social (família, cultura, clima social) e do ambiente físico: natural (praias, lagos, planícies) ou construído (calçadas, ciclovias, pistas de caminhada).

Nessa perspectiva, pode-se entender os resultados de levantamento³ randomizado, envolvendo 2.001 pessoas (953 sexo masculino e 1.048 do feminino) de 29 cidades de grande, médio e pequeno porte no estado, de 14 a 77 anos de idade, em julho de 2002 no estado de São Paulo, que demonstrou (*Figura 1*) que as pessoas de região metropolitana eram muito menos ativas (39,4%), que as do interior (53,4%) e do litoral (66,5%).

Assim se percebe que, além do trabalho direto com o paciente, os profissionais de saúde devem estar prontos a desempenhar uma nova responsabilidade: a de participar na luta por condições que propiciem sucesso de sua prescrição; que permitam ao paciente cumprir sua receita, “realmente

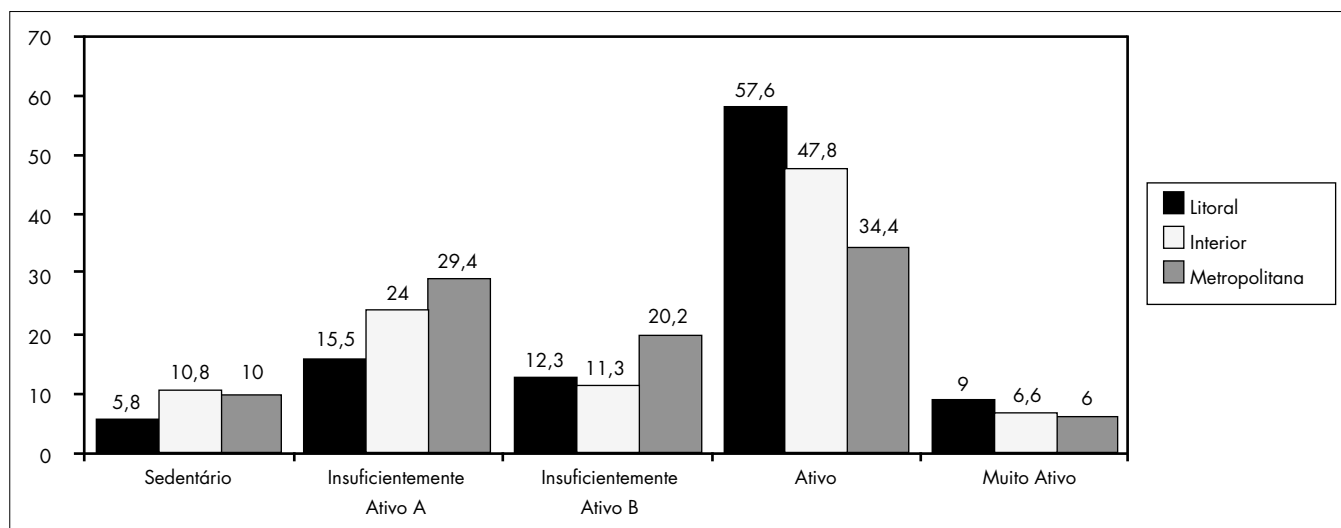


Figura 1. Nível de atividade física em diferentes regiões do Estado de São Paulo.³

fazer” e não apenas saber o que seria bom fazer. Por isso, intervenções mais modernas de promoção de atividade física não centram sua atenção apenas na pessoa, mas também ao seu entorno, em uma abordagem ecológica,⁸ cuja gestão “móvil”, consagrada pelo Agita São Paulo,⁹⁻¹¹ vai ser agora implementada na cidade de São Paulo (Agita Sampa), com o potencial e promissor envolvimento de do governo estadual e municipal.⁴

Victor Keihan Rodrigues Matsudo. Professor livre-docente, Universidade Gama Filho. Diretor do Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CelaFiscs).

INFORMAÇÕES

Local onde foi produzido o manuscrito: Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CelaFiscs).

Endereço para correspondência:

Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CelaFiscs)

Av. Goiás, 1.400

São Caetano do Sul (SP) – CEP 09521-300

Tel. (11) 4229-4013 e 4229-8980

E-mail: celaFiscs@celaFiscs.com.br

Fonte de fomento: nenhuma declarada.

Conflito de interesse: nenhum declarado.

REFERÊNCIAS

1. Weuve J, Kang JH, Manson JE, Brateler MM, Ware JH, Grodstein F. Physical activity including walking and cognitive function in older women. *JAMA*. 2004;292(12):1454-61.
2. Rego RA, Berardo FAN, Rodriguez SSR, et al. Fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares. [Risk factors for non-communicable chronic diseases: a domiciliary survey in the Municipality of São Paulo, (Brazil). Methodology and preliminary results]. *Rev Saúde Pública*. 1990;24(4):227-85.
3. Matsudo SM, Matsudo VKR, Araújo T, et al. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. [Physical activity level of São Paulo State population: an analysis based on gender, age, socio-economic status, demographics and knowledge]. *Rev Bras Ciên Mov*. 2000;10(4):41-50.
4. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo – Programa Agita São Paulo. Isto é Agita São Paulo. CELAFISCS, São Paulo; 2002. Disponível em: <http://www.agitasp.com.br/material.asp>. Acessado em: 2005 (18 mar).
5. Pate RR, Pratt M, Blair SN, Askell W, et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA*. 1995;273(5):402-7.
6. Kohl HB. Current recommendations of physical activity for health benefits. In: *1 Curso Internacional de Atividade Física e Saúde Pública*; 2004 jul 5-11; Ilhabela, São Paulo, Brasil; 2004.
7. Tudor-Locke C, Basset DR. How many steps/day are enough? Preliminary pedometer indices for public health. *Sports Med*. 2004;34(1):1-8.
8. Sallis JF, Owen N. Ecological models. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, editores. *Health behavior and health education: Theory, research and practice*. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 1997. p. 403-24.
9. Pan American Health Organization. *Agita São Paulo: A Multisectoral Coalition in Health* una coalición multisectorial. Washington: Pan American Health Organization – Regional Office of the World Health Organization.
10. Matsudo SMM, Matsudo VKR, Andrade DR, Araújo TL. Physical activity promotion: experiences and evaluation of the Agita São Paulo program, using the ecological mobile model. *Journal of Physical Activity and Health*. 2004;1:81-97.
11. Matsudo VKR. The mobile management of the ecological model to promote physical activity. *Perspectives* (2005) in press.

Agradecimentos: aos colegas do Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CelaFiscs).

Data de entrada: 24/2/2005

Data da última modificação: 18/3/2005

Data de aceitação: 18/3/2005

DESTAQUES

- Sedentarismo é o inimigo número 1 da saúde pública.
- Modernamente o combate ao sedentarismo não pode ser só concentrado na pessoa, mas no ambiente social e físico que envolve o cidadão.
- O médico pode fazer o diagnóstico e monitoração do nível de atividade física usando o interrogatório internacional de atividade física (IPAQ).