

Volume 5, Número 2
2º semestre de 2018

ISSN: 2237-3756

lifeStyle

JOURNAL

UNASPRESS

Imprensa Universitária Adventista

UNASP

Centro Universitário Adventista de São Paulo



Centro Universitário Adventista de São Paulo

Fundado em 1915 — www.unasp.edu.br

Missão: Educar no contexto dos valores bíblicos para um viver pleno e para a excelência no serviço a Deus e à humanidade.

Visão: Ser uma instituição educacional reconhecida pela excelência nos serviços prestados, pelos seus elevados padrões éticos e pela qualidade pessoal e profissional de seus egressos.

Administração da Entidade Mantenedora (IAE)	<i>Diretor Presidente:</i> Domingos José de Souza <i>Diretor Administrativo:</i> Élnio Álvares de Freitas <i>Diretor Secretário:</i> Emmanuel Oliveira Guimarães <i>Diretor Deptº de Educação:</i> Antonio Marcos Alves
Administração Geral do Unasp	<i>Chanceler:</i> Euler Pereira Bahia <i>Reitor:</i> Martin Kuhn <i>Pró-Reitora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão:</i> Tânia Denise Kuntze <i>Pró-Reitor de Graduação:</i> Afonso Ligório Cardoso <i>Pró-Reitor Administrativo:</i> Andrenilson Marques Moraes <i>Pró-Reitor de Relações, Promoção e Desenvolvimento Institucional:</i> Allan Novaes <i>Secretário Geral:</i> Marcelo Franca Alves <i>Diretor de Desenvolvimento Espiritual:</i> Jael Enéas de Araújo
Faculdade Adventista de Teologia	<i>Diretor:</i> Reinaldo Wesceslau Siqueira <i>Coordenador de Pós-Graduação:</i> Vanderlei Domeles <i>Coordenador de Graduação:</i> Ozeas Caldas Moura
Campus Engenheiro Coelho	<i>Diretor Geral:</i> José Paulo Martini <i>Diretor Administrativo:</i> Elizeu José de Sousa <i>Diretora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão:</i> Lanny Cristina Burlandy Soares <i>Diretor de Graduação:</i> Francislê Neri de Souza <i>Diretor de Desenvolvimento Espiritual:</i> Edson Romero Marques <i>Diretor de Desenvolvimento Estudantil:</i> Rui Manuel Mendonça Lopes
Campus Hortolândia	<i>Diretor Geral:</i> Lélío Maximino Lellis <i>Diretor Administrativo:</i> Claudio Knoener <i>Diretor de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão:</i> Eli Andrade da Rocha Prates <i>Diretora de Graduação:</i> Suzete Araújo Aguas Maia <i>Diretor de Desenvolvimento Espiritual:</i> Jael Enéas de Araújo <i>Diretor de Desenvolvimento Estudantil:</i> David Prates dos Reis
Campus São Paulo	<i>Diretor Geral:</i> Douglas Jeferson Menslin <i>Diretor Administrativo:</i> Denilson Paroschi Cordeiro <i>Diretora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão:</i> Maristela Santini Martins <i>Diretora de Graduação:</i> Sílvia Cristina de Oliveira Quadros <i>Diretor de Desenvolvimento Espiritual:</i> Antonio Braga de Moura Filho <i>Diretor de Desenvolvimento Estudantil:</i> Ricardo Bertazzo
Campus Virtual	<i>Diretor Geral:</i> Ivan Albuquerque de Almeida <i>Gerente Acadêmico:</i> Everson Muckenberger <i>Gerente de Desenvolvimento Institucional:</i> Sâmela de Carvalho Lima <i>Gerente de Processos:</i> Valcenir do Vale Costa <i>Coordenador Geral de Polos:</i> Evaldo Zorzim



Imprensa Universitária Adventista

Editor: Rodrigo Follis

Conselho Editorial: José Paulo Martini, Afonso Cardoso, Elizeu de Sousa, Francisca Costa, Adolfo Suárez, Emilson dos Reis, Rodrigo Follis, Ozeas C. Moura, Betania Lopes, Martin Kuhn

A Unaspess está sediada no Unasp, campus Engenheiro Coelho, SP.



Editor chefe
Editores associados

Corpo editorial e Conselho

Prof. Dr. Elias Ferreira Pôrto (Centro Universitário Adventista de São Paulo)
Prof. Dr. Fabio Marcon Alfieri (Centro Universitário Adventista de São Paulo)
Prof. Dr Antônio Adolfo Mattos de Castro (Universidade Federal do Pampa)

Prof. Dr. Vinicius Carlos iamonti (Universidade de São Paulo - USP)
Prof. Dr. Leonardo Tavares Martins (Centro Universitário Adventista de São Paulo)
Prof. Dra. Claudia kümpel (Centro Universitário Adventista de São Paulo)
Prof. Dra. Maria Cecilia Leite de Moraes (Universidade de São Paulo - USP)
Prof. Dra. Maria Dyrce Dias Meira (Centro Universitário Adventista de São Paulo)
Prof. Dra. Gina Abdala (Centro Universitário Adventista de São Paulo)
Prof. Dra. Marcia M. H. de Oliveira Salgueiro (Centro Universitário Adventista de São Paulo)
Prof. Dr. Isaac Rosa Marques - (Centro Universitário Adventista de São Paulo))
Prof. Dr. Marcos Natal de Souza Costa (Centro Universitário Adventista de São Paulo)
Prof. Dra. Natália Oliveira Vargas e Silva (Centro Universitário Adventista de São Paulo)
Prof. Dra. Marcia Cristina Teixeira Martins (Centro Universitário Adventista de São Paulo)
Dr. Luiz Fernando de Oliveira Moderno (Hospital Edmundo Vasconcelos)
Dr. Eduardo Filoni (Universidade de Mogi das Cruzes)
Dr. Felipe Cortopassi (Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UNERJ; Boston Institute)
Dr. Adriano C. Rodrigues (Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional de São Paulo)
Dra. Marilza Henrique Amaral de Souza (Centro Universitário Adventista de São Paulo)
Dr. Esdras Ferreira Gonsalves - (Universidade de Buenos Aires)
Dr. José Renato de Oliveira Leite (Universidade São Camilo e Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional de São Paulo)
Ma. Nyvian Alexandre Kutz (Universidade de São Paulo - USP)
Me. Anselmo Cordeiro de Souza (Centro Universitário Adventista de São Paulo - Unasp)

Unaspres

Editoração: Rodrigo Follis e Nathália Lima
Revisão e Normatização: Nathália Lima
Projeto gráfico: Edimar Veloso
Diagramação: Kenny Zukowsky
Revisão de abstracts: Richard Valença

FICHA CATALOGRÁFICA

L7227 LifeStyle Journal — Centro Universitário Adventista de São Paulo, v. 5, n. 2 [2º semestre de 2018]. São Paulo: Unaspres — Imprensa Universitária Adventista, 2018.

Semestral

ISSN: 2237-3756 (online)

1. Interdisciplinar
2. Ciências da Saúde
3. Promoção da Saúde

lifestyle

J O U R N A L



ATENÇÃO PSICOLÓGICA VOLTADA AOS
FAMILIARES ACOMPANHANTES DE
PACIENTES HOSPITALIZADOS

*Bruna Maria Genuino Sousa,
Eliana Cristina Rodrigues Sudário,
Suzani Marques Palma Duarte*

11

Sumário

AValiação DA CORRELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO
E O ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA EM
INDIVÍDUOS COM LOMBALGIA

*Aline Quitto de Castro, Valéria Conceição Jorge, Paulo Roberto
Fonseca Junior, Eduardo Filoni, Vera Lúcia dos Santos Alves*

31

CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTES EM USO DE
ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS DE ALTO CUSTO

*Kamylla Guedes de Sena, Aline Ferreira Campos Correia,
Graciele Cristina Silva, Roselma Lucchese, Ivânia Vera*

45

ESTILO DE VIDA DE INDIVÍDUOS USUÁRIOS
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

*Eliél Martins da Silva, Anselmo Cordeiro de Sousa, Cláudia
Kümpel, Jonatas da Silva Souza, Elias Ferreira Porto*

61

NÚMERO DE COMPONENTES DO ESTILO DE VIDA
SAUDÁVEL, MORTALIDADE E EXPECTATIVA DE VIDA

Leslie Andrews Portes

77

PERFIL DE RISCO CARDIOVASCULAR EM
ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

*Juliana de Souza Gonçalves, Leila Lima da Silva, Maria Fernanda Melo Lopes
Ninahuan, Gina Andrade Abdala, Marlise de Oliveira Pimentel Lima*

91

VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO OITO REMÉDIOS
NATURAIS – Q8RN – VERSÃO ADULTO

*Gina Andrade Abdala, Maria Dyrce Dias Meira, Ricardo
Noboro Isayama, Gabriel Tagliari Rodrigo, Roberto
Sussumu Wataya, Ivan Wallan Tertuliano*

109

VALIDATION OF THE “EIGHT NATURAL REMEDIES
QUESTIONNAIRE” – Q8RN – ADULT VERSION

*Gina Andrade Abdala, Maria Dyrce Dias Meira, Ricardo
Noboro Isayama, Gabriel Tagliari Rodrigo, Roberto
Sussumu Wataya, Ivan Wallan Tertuliano*

135



Infes



Artigos

Wyle



ATENÇÃO PSICOLÓGICA VOLTADA AOS FAMILIARES ACOMPANHANTES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

Bruna Maria Genuino Sousa¹

Eliana Cristina Rodrigues Sudário²

Suzani Marques Palma Duarte³

Resumo: Este estudo tem como objetivo verificar a perspectiva dos familiares acompanhantes sobre o atendimento psicológico recebido na rede hospitalar. Trata-se de uma pesquisa de campo de natureza quantitativa com análise descritiva. Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado um questionário de opinião sobre o acolhimento e satisfação do atendimento psicológico recebido em hospitais pelo familiar acompanhante da pessoa hospitalizada. Outros aspectos gerais sobre os cuidados recebidos no ambiente hospitalar também foram investigados. Os resultados evidenciaram que o familiar acompanhante qualifica como satisfatórias as seguintes categorias: 1) às disposições hospitalares e equipe médica; 2) o cumprimento do seu papel enquanto familiar acompanhante; e 3) o atendimento psicológico recebido.

Palavras-chave: Atendimento psicológico; Satisfação; Acompanhante.

.....

1 Graduada do curso de psicologia do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp-SP). E-mail: brunagenuino31@gmail.com

2 Graduada do curso de psicologia do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp-SP). E-mail: elianaecers@gmail.com

3 Mestra em psicologia pela Faculdade de Filosofia, Ciências de Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). Professora do Curso de psicologia do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp-SP). E-mail: suzaniduarte@uol.com.br

PSYCHOLOGICAL ATTENTION GIVEN TO THE FAMILY OF HOSPITALIZED PATIENTS

Abstract: This study intends to analyze how the psychological care received in the hospital network is experienced by the patient's family members. This is a fielder search of a quantitative nature. As an instrument of data collection, an opinion questionnaire was used. It featured the satisfaction of the psychological and medical care received in hospitals in the perspective of a family member of a long term hospitalized patient. The results showed that the accompanying family member graded as satisfactory the following categories: 1) hospital dispositions and medical staff; 2) the fulfillment of their role as an accompanying family member; 3) the psychological care received. A satisfactory grade in the assessed categories of the questionnaire means that the hospital met the patient's needs.

Keywords: Psychological care; Satisfactory; Family member.

Introdução

A atuação do psicólogo no âmbito hospitalar faz parte de uma estratégia da psicologia da Saúde que busca construir, na atenção terciária, intervenções em uma perspectiva integral do sujeito, ou seja, em seus aspectos físicos, sociais e psicológicos. A psicologia hospitalar, então, se ocupa da atuação do psicólogo junto às pessoas que atravessam momentos ou fases de sofrimento causadas pela experiência de adoecimento e hospitalização (AZEVEDO; CREPALDI, 2016).

Para Domingues *et al.* (2013), a responsabilidade primordial do psicólogo é aliviar o sofrimento do paciente assim como dos seus familiares. A doença e a hospitalização mudam significativamente a rotina do paciente assim como da sua família. Ambos tendem a passar por intensas vivências afetivas de medo,

pena, culpa e impotência, assim como frequências elevadas de estresse, distúrbios do humor e ansiedade. Na busca de favorecer o melhor enfrentamento e respostas a essas experiências, o apoio de outros membros da família, amigos, vizinhos, representantes religiosos que tendem a ajudar o paciente a enfrentar o dia a dia angustiante é importante. Ao atravessar esses momentos de crise juntos, o paciente, a família e os grupos de apoio tendem a se aproximar e fortalecer os vínculos já existentes. Isso pode operar para tornar a crise um momento de recuperação e até mesmo de crescimento pessoal (SANTOS *et al.*, 2013; LUSTOSA, 2007).

A necessidade deste trabalho torna-se mais evidente quando o processo de adoecimento mobiliza vivência, frustrações, arrependimentos, preocupações e culpabilidade nos familiares e cuidadores da doença. Nessas circunstâncias, a atuação do psicólogo no contexto hospitalar também se refere à mediação na comunicação da tríade paciente-família-equipe. Quando o psicólogo pode exercer de forma plena as suas funções, a escuta, assim como a fala do psicólogo e outros profissionais de saúde, tende a mobilizar no paciente e em seus familiares o sentimento de acolhimento e conforto diante da situação vivenciada (VOLLES; BUSSOLETTTO; RODACOSKI, 2012).

Segundo Morais *et al.* (2015), na permanência no hospital, os familiares acompanhantes tendem a procurar por si mesmos meios para satisfazer suas necessidades no que se refere ao desconforto da poltrona para dormir, à dificuldade para usar banheiros devido à grande demanda no mesmo local, à medicação para amenizar suas dores – uma vez que não possuem atendimento por parte da equipe de saúde do hospital –, entre outras necessidades abordadas. As autoras enfatizam a importância da rede de apoio do familiar acompanhante quando se trata de apoio financeiro, ao revezamento dos familiares para acompanhar o paciente (mesmo que por um curto período de tempo), às trocas de roupas limpas que são levadas ao familiar, e o apoio espiritual que foi considerado por parte dos acompanhantes neste estudo. No entanto, as estratégias utilizadas para suprir essas necessidades colocam em risco até mesmo a permanência do acompanhante no hospital, por muitas vezes agirem em

descumprimento das regras do mesmo. Sendo assim, no contexto hospitalar, essas necessidades com frequência não são satisfeitas, gerando a intensificação do sofrimento durante sua permanência na condição de acompanhante. Para poder escutar e compreender as necessidades básicas do familiar acompanhante precisa-se partir da compreensão de que o familiar é uma figura importante na recuperação do paciente. Oferecer apoio psicológico ao familiar faz parte do tratamento e é elemento fundamental para conseguir lidar com essas necessidades. Sendo assim, Ismael (*apud* Moreira *et al.*, 2012) enfatiza a importância de o psicólogo trabalhar com a possibilidade do familiar acompanhante permanecer próximo ao paciente estando ciente dos fatos que acontecem quanto aos procedimentos que envolvem a internação, além de o familiar ser coadjuvante na interação com os outros familiares.

Nesse sentido, Soares (2007, p. 482) ressalta que o familiar acompanhante necessita:

[...] estar próximo ao paciente; sentir-se útil para o paciente; ter ciência das modificações do quadro clínico; compreender o que está sendo feito no cuidado e porque; ter garantias do controle do sofrimento e da dor; estar seguro de que a decisão quanto a limitação do tratamento curativo foi apropriada; poder expressar os seus sentimentos e angústias; ser confortado e consolado [...].

Em vista disso, o psicólogo deve apresentar-se como mediador qualificado nesse processo e promover estratégias que possam fortalecer a função dos familiares e cuidadores frente ao paciente e seus familiares, identificando as necessidades das famílias dos pacientes hospitalizados e intervindo para auxiliá-los (MOREIRA *et al.*, 2012; CREPALDI, 1999).

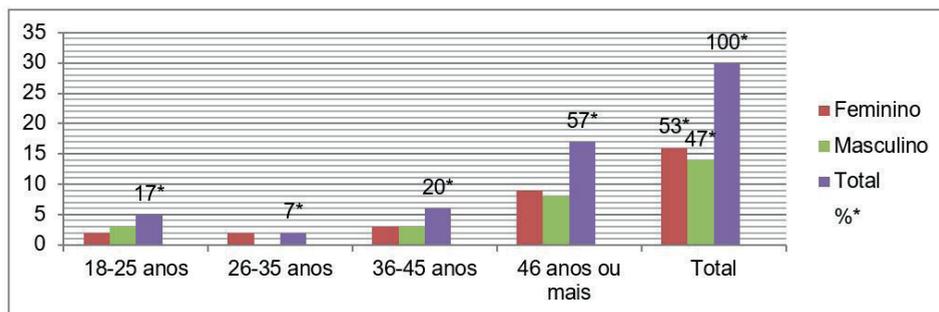
Na busca de compreender melhor essa realidade do atendimento psicológico em hospitais, foi realizado um levantamento junto aos familiares acompanhantes de pacientes hospitalizados com o objetivo de verificar, na

visão dos familiares acompanhantes, como é percebido esse atendimento e se esse atendimento é sentido como satisfatório às suas necessidades.

Método

A população da pesquisa se constitui por familiares que exerceram recentemente a função de acompanhantes de pacientes hospitalizados. Essa amostra foi composta de pessoas que frequentavam a Policlínica Universitária do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp-SP). Vale ressaltar que a população em questão independe do acompanhamento dos pacientes atendidos na respectiva instituição. A amostra pesquisada foi composta por trinta (30) familiares acompanhantes que passaram por esse processo no período entre 2015 a 2017 e que atenderam aos seguintes critérios: idade mínima de 18 anos, de ambos os sexos, ser familiar de primeiro grau do paciente hospitalizado e, aceitar participar da pesquisa voluntariamente. Foram excluídos do estudo aqueles familiares acompanhantes que permaneceram por um curto período de tempo que varia de algumas horas a 72 horas e que foram acompanhantes pediátricos.

Quadro 1: Apresenta os dados básicos a respeito da pesquisa.



Instrumentos

Optou-se por utilizar um questionário de opinião sobre o acolhimento e satisfação do atendimento psicológico recebido em hospitais na função de familiar acompanhante da pessoa hospitalizada e outros aspectos gerais do acompanhamento. Para isso, categorizou-se em cinco blocos, sendo eles: 1) Informações sociodemográficas; 2) Informações adicionais; 3) Percepção do familiar acompanhante quanto às condições gerais do hospital; 4) Percepção do familiar acompanhante sobre a equipe médica do paciente; 5) Percepção quanto ao atendimento psicológico. O questionário foi constituído por 29 (vinte e nove) questões fechadas com múltipla escolha.

Procedimentos

O primeiro contato com a Policlínica Universitária do Unasp-SP foi por meio de uma carta de apresentação solicitando a autorização para realização da pesquisa por intermédio da coordenação do curso de psicologia do Unasp-SP. Posteriormente, a coleta de dados foi realizada em dias úteis do mês de novembro de 2017, respeitando o horário de funcionamento da respectiva instituição. Foram enfatizados o anonimato e a participação voluntária dos participantes para responder ao questionário que foi aplicado individualmente no ambiente do local da pesquisa, e o tempo determinado para respondê-lo esteve em conformidade com o período de permanência do participante no local. Ao final da aplicação, foram feitos os devidos agradecimentos aos participantes individualmente por colaborar de forma voluntária com a presente pesquisa.

Resultados e discussão

A investigação foi feita através de análise descritiva. A princípio será apresentado a caracterização da amostra em função do sexo e faixa

etária; e variáveis como escolaridade, estado civil, rede hospitalar, motivo da internação e período da internação serão apenas descritos e, em seguida, classificação e análise da percepção do familiar acompanhante em relação às 1) condições ambientais do hospital e equipe médica; 2) ao cumprimento do seu papel como familiar acompanhante e; 3) ao atendimento psicológico.

Tabela 1: Caracterização da amostra (n=30) em função do sexo e faixa etária

DADOS DA ANÁLISE					N	%
Sexo/Faixa etária	18-25	26-35	36-45	46 ou mais	-	-
Masculino	3	-	3	8	14	47
Feminino	2	2	3	9	16	53
Total	5	2	6	17	30	100

No entanto, participou do estudo um total de trinta (30) sujeitos (familiares acompanhantes de pacientes hospitalizados) com faixa etária heterogênea variando entre 18 anos e 46(≥): cinco (5) entre 18-25 anos (17%); dois (2) entre 26-35 anos (7%); seis (6) entre 36-45 anos (20%); dezessete (17) entre 46(≥) anos (57%), de ambos os sexos, sendo 16 do sexo feminino (53%) e 14 do sexo masculino (47%). Percebe-se aqui um equilíbrio da variável “gênero”, o que pode ser considerado um dado distinto dos achados em outros estudos sobre o mesmo tema. Dentro dessa perspectiva, o sexo feminino tem sido predominante e sempre apontado como um indicativo de que a mulher, em algumas culturas, é vista como uma pessoa que oferece suporte capaz de suprir necessidades em situações de vulnerabilidade do outro, principalmente quando diz respeito a infortúnios e problemas de saúde de algum

membro familiar, desempenhando o ato de cuidar, tanto no sentido físico quanto emocional.

Assim, nessas situações, a família é quem geralmente assume os cuidados ao familiar enfermo, e é comum observar que as mulheres têm exercido essa função ao longo do tempo (LAUTERT *et al.*, 1998). Apesar de não haver discordância dessa evidência, podemos considerar o que Silva (2010) sustenta em relação ao homem nesse sentido do cuidado. O fato é que essas questões são constituídas culturalmente atribuindo esses cuidados ao gênero feminino e se tem dado pouco lugar à compreensão do cuidado na perspectiva masculina (SILVA, 2010). Essa concepção está cada vez mais deixando de ser vista dessa forma, ao passo que existem pesquisas em que, por mais que não seja a maioria, há cuidadores homens, como pode ser evidenciado no presente estudo, visto que a quantidade de familiares acompanhantes do sexo masculino encontrou-se equiparada à do sexo feminino. Além disso, há indicativos de que o homem se encontra em um novo movimento de atenção à família, filhos e até mesmo aos enfermos (FLORES, 2008; FREITAS *et al.*, 2007; SUTTER; MALUSCHKE, 2008).

Pode-se, também, identificar nesses dados que a maioria dos familiares acompanhantes tem mais de 45 (quarenta e cinco) anos, e também há um equilíbrio quanto ao gênero feminino e masculino. Nessa fase da vida, as pessoas consideram que os relacionamentos com os outros são de grande importância (PAPALIA; FELDMAN, 2013), uma vez que estão envolvidos fortemente na assistência, bem-estar e apoio social nas diferentes situações em que se encontra o outro (KAHN; ANTONUCCI, *apud* PAPALIA; FELDMAN, 2013). Ademais, o familiar acompanhante que está junto ao paciente nesse processo de hospitalização pode também exercer essa função devido à disponibilidade de tempo ou por não ter a obrigação de estar em cumprimento de outra tarefa (LAUTERT *et al.*, 1998).

Quanto à escolaridade, doze (12) dos participantes têm entre o Ensino Fundamental Incompleto e Completo (40%); treze (13) têm entre o Ensino Médio Incompleto e Completo (44%); cinco (5) têm entre o Ensino Superior Incompleto e Completo (17%). Em relação ao estado civil, vinte (20) dos participantes são casados (67%); um (1) divorciado (3%); seis (6) solteiros (20%); e três (3) viúvos (10%). Os participantes acompanharam a hospitalização tanto em hospital público quanto privado, sendo quatro (4) do privado (13%) e vinte e seis (26) do público (87%). Sendo que cinco (5) foram por motivo de acidente (17%); quinze (15) por doença aguda (50%); e dez (10) por doença crônica (33%). Considera-se, neste estudo, a doença aguda caracterizada por ter um desenvolvimento rápido e de curta duração, como por exemplo, resfriados, gripe, infecções gastrointestinais, pneumonia, infartos, hemorragias, entre outros. Quanto à doença crônica, sua caracterização se dá pelo processo de desenvolvimento mais lento e de duração prolongada ou até mesmo por tempo indeterminado.

Tabela 2: Percepção do familiar acompanhante (n=30) em relação às condições hospitalares e equipe médica.

DADOS DA ANÁLISE		N	%
Frequência de visita ao paciente	1x por semana	5	17
	3x por semana	2	7
	Diariamente ou mais de 3x por semana	23	76
	Total	30	100
Percepção do tempo de visita como suficiente	Sim	18	60
	Não	12	40
	Total	30	100

Orientações recebidas sobre normas e rotinas do hospital	Profissionais de Apoio	11	37
	Médico/Enfermeiro	16	53
	Não recebeu	3	10
	Total	30	100
DADOS DA ANÁLISE		N	%
Nível de satisfação em relação às informações recebidas	Excelente	6	20
	Bom	17	57
	Neutro	6	20
	Ruim	1	3
	Total	30	100
Nível de satisfação e relacionamento quanto à equipe médica do paciente	Excelente	10	33
	Bom	17	57
	Neutro	2	7
	Ruim	1	3
	Total	30	100

Apenas 10% dos familiares acompanhantes não receberam informações e/ou orientações sobre normas e rotinas do hospital, enquanto que 90% receberam, e a maioria às classificou como satisfatórias. Essas informações foram concedidas, na maioria das vezes, por médicos e enfermeiros, e também por psicólogos e outros profissionais que foram classificados como profissionais de apoio. Esse é um dado importante no que diz respeito ao cuidado, atenção e apoio da equipe de saúde do paciente hospitalizado ao familiar acompanhante. Desta forma, pode-se considerar novamente o dado encontrado nesta pesquisa e anteriormente discutido em relação à idade de prevalência dos participantes do estudo.

Pleis e Lucas (*apud* PAPALIA; FELDMAN, 2013) afirmam que, nessa fase da vida, as pessoas têm um declínio no funcionamento

sensorial e psicomotor. No entanto, é comum que apareçam dificuldades que incluem déficit na visão, na audição etc. Nesse sentido, é imprescindível que as informações e orientações aos familiares acompanhantes sejam dadas com clareza e que quem irá concedê-las esteja atento se de fato houve compreensão dessa comunicação. Ressalta-se também que isso deve ocorrer independente de idade e de outras características pessoais. A boa relação entre a tríade paciente-família-e-quipe favorece significativamente no bom andamento do processo de hospitalização do paciente, uma vez que essa assistência é sentida de maneira positiva tanto pelo paciente quanto pelos próprios familiares, facilitando a permanência do familiar acompanhante de modo que o sofrimento causado seja sentido com menos impacto.

Moreira *et al.* (2012, p. 154) discorre que em seu estudo os familiares acompanhantes apontaram o trabalho do psicólogo

[...] direcionado para a família dos pacientes, pois promove um maior contato desta com o paciente e com os médicos, dá informações e orientações sobre o quadro clínico do paciente, tira dúvidas, dá segurança, transmite tranquilidade, trabalha o emocional da família e acolhe as ansiedades.

A maioria dos familiares acompanhantes (60%) considerou suficiente o tempo de visita ao familiar hospitalizado, sendo que 76% da frequência das visitas eram feitas diariamente ou mais de três vezes por semana. Acredita-se que é realmente significativo que este tempo de visita seja suficiente já que é de fundamental importância a companhia do familiar acompanhante nesse momento crítico que gera a ambos angústias e incertezas. Diante disso, o familiar acompanhante estará proporcionando, além da companhia, suporte às necessidades físicas do paciente e apoio psicológico. Na pesquisa em questão pôde ser claramente evidenciado que os familiares acompanhantes conferem a sua

ajuda como satisfatória nesses aspectos, o que muito contribui em favor do restabelecimento da saúde do paciente.

Tabela 3: Percepção quanto ao cumprimento do papel de familiar acompanhante (n=30)

DADOS DA ANÁLISE		N	%
A presença como forma de ajuda para o familiar internado	Sim	30	100
Classificação da ajuda	S.N.F	9	30
	A.P/C	8	27
	S.A.C	13	43
	Total	30	100
Nível que se identifica quanto ao cumprimento do seu papel como acompanhante	Excelente	17	57
	Bom	13	43
	Total	30	100
Comportamento adotado pelo paciente na chegada	Feliz	17	57
	Esperançoso	8	27
	Triste	2	7
	Indiferente	2	7
	Não respondeu	1	3
	Total	30	100
Comportamento adotado pelo paciente na saída	Feliz	4	13
	Esperançoso	10	33
	Triste	11	37
	Indiferente	4	13
	Não respondeu	1	3
	Total	30	100

*Suporte nas necessidades físicas do paciente (S.N.F)

**Apoio psicológico/ Companhia (A.P/C)

***As duas opções: S.A.C

É notório que o familiar acompanhante influencia, de alguma maneira, o comportamento do familiar hospitalizado, despertando nele alguns sentimentos nesse momento de fragilidade, tanto física quanto emocional. Ao serem questionados sobre essas reações, tanto na chegada quanto na saída da visita do familiar hospitalizado, pode-se ratificar nas respostas que o familiar acompanhante percebe nitidamente o sentimento causado no paciente. Desse modo, 57% dos familiares acompanhantes perceberam que na sua chegada o sentimento causado foi de felicidade, 23% de esperança, 7% indiferente e também 7% para o sentimento de tristeza. Em relação a essa variável, um (1) identificou ambos os sentimentos – feliz e esperançoso – e um (1) não quis ou se recusou a dar sua opinião, ambos equivalentes a 6% da amostra. No entanto, na saída do familiar acompanhante, 37% identificaram sentimento de tristeza, 30% de esperança, 13% indiferente e outras 13% para o sentimento de felicidade. Em relação a essa variável, um (1) identificou os sentimentos triste, feliz e esperançoso, e um (1) não quis ou se recusou a dar sua opinião, ambos equivalentes a 6% da amostra.

Em vista disso, os dados revelam que, mesmo estando nessas circunstâncias, a presença do familiar acompanhante faz com que o paciente se sinta otimista manifestando sentimentos de esperança e felicidade. Esses sentimentos podem surgir devido à presença genuína do familiar acompanhante ou mesmo pelos cuidados e assistência nas necessidades em geral que demandam cada tipo de alteração do estado de saúde do indivíduo. E, dependendo de cada estado, podem ser gerados sentimentos de desvalia e desesperança, quando identificados como triste ou indiferente. Essa relação entre o familiar acompanhante e o paciente, quanto mais estreita e afetiva for, mais trará benefícios que ajudarão na evolução no processo saúde-doença do familiar hospitalizado. A fim de corroborar essa ideia, Lautert *et al.* (1998, p. 125) sustentam “que quanto maior a relação entre acompanhante e o paciente maior a possibilidade de atingir a recuperação precoce da saúde do indivíduo, uma vez que esta relação pode representar força e energia para o paciente”.

Tabela 4: Percepção do familiar acompanhante (n=30) em relação ao atendimento psicológico

DADOS DA ANÁLISE		N	%
Informação sobre a disponibilidade de atendimento psicológico pelo hospital	Sim	10	33
	Não	20	67
	Total	30	100
Procura pelo atendimento psicológico no hospital	Sim	10	33
	Não	20	67
	Total	30	100
Atendimento psicológico recebido	Sim	9	30
	Não	21	70
	Total	30	100
Avaliação do atendimento psicológico recebido	Excelente	5	17
	Bom	3	10
	Neutro	1	3
	Não recebeu	21	70
	Total	30	100

Na Resolução CFP nº 02/01, o Conselho Federal de psicologia define as especialidades a serem desenvolvidas pelos profissionais de psicologia em diversos âmbitos de atuação, entre eles a psicologia hospitalar, exercendo sua função desde a entrada do paciente no hospital até o momento da alta, abrangendo até mesmo pacientes terminais. Além disso, participa da junta médica contribuindo com seu saber nas tomadas de decisões a fim de promover apoio, atenção, segurança, suporte ao tratamento, esclarecimentos sobre a doença, equilíbrio e proteção a pacientes e familiares acompanhantes, intervindo prontamente no processo de hospitalização e em manifestações de conteúdos de naturezas física e emocional.

Considera-se indispensável que o psicólogo, no contexto hospitalar, seja útil na atenção ao familiar acompanhante, uma vez que, nesse momento, dependendo da doença que levou à hospitalização, o paciente

encontra-se incapacitado de receber orientações ou tomar decisões cabíveis ao processo do adoecimento e, no entanto, é o próprio familiar acompanhante quem assume essas responsabilidades, e este estando vulnerável e acometido pela angústia que o processo de hospitalização provoca – o que lhe causa ansiedade, medo, frustração, insegurança e instabilidade emocional –, pode acarretar até mesmo uma somatização desses sintomas, comprometendo também a saúde deste familiar na tentativa de buscar suprir as próprias necessidades bem como as do familiar hospitalizado (MOREIRA *et al.*, 2012).

Procurou-se saber na investigação se os familiares acompanhantes foram informados sobre a disponibilidade de atendimento psicológico dentro do hospital e se estes também chegaram a procurar por atendimento. Diante da investigação, verificou-se que 67% (vinte participantes) dos familiares acompanhantes não receberam informações sobre a disponibilidade do atendimento psicológico, sendo que apenas 33% (dez participantes) obtiveram acesso a essas informações. A procura pelo atendimento psicológico no hospital foi proporcional aos resultados acima, sendo que 67% (vinte participantes) dos familiares acompanhantes não procuraram pelo atendimento, e 33% (dez participantes) buscaram o serviço.

Dentro dessa perspectiva, Moreira *et al.* (2012, p.139) afirmam que “no hospital, o psicólogo não precisa esperar o encaminhamento para ir ao encontro do paciente [...]”. Assim, pode-se cogitar que o psicólogo deve ter a sensibilidade para identificar a necessidade desse atendimento, visto que este não se acomode à espera do encaminhamento médico ou mesmo da procura do serviço pelo próprio familiar acompanhante. É importante que desde o início o psicólogo compreenda o contexto do adoecimento do paciente no que diz respeito à gravidade de cada caso, dessa maneira poderá melhor gerenciar seus atendimentos de forma que ampare o familiar acompanhante possibilitando minimizar o sofrimento causado pela hospitalização.

Nesse sentido, é fundamental entender

[...] qual o papel que o doente tem no contexto familiar, se a ocorrência da doença foi aguda ou se já era crônica, como a família lida com a questão da doença e como lidou com ela no passado, se ela se culpa pelo que aconteceu ao seu paciente [...] (ISMAEL *apud* MOREIRA *et al.*, 2012, p. 143).

Outro dado importante nessa pesquisa é que dos 33% (dez participantes) dos familiares acompanhantes que procuraram pelo o atendimento psicológico dentro do hospital, 30% (nove participantes) destes receberam atendimento psicólogo.

Em análise, pode-se constatar que se tratam dos mesmos familiares acompanhantes, tanto os que procuraram como os que receberam o atendimento. Esse dado revela que por ser a minoria, a dificuldade pode estar no acesso ao serviço de psicologia dentro do hospital, sendo ela associada à percepção do familiar acompanhante de não necessitar do atendimento psicológico ou pela limitação do próprio hospital em oferecer esse serviço. Visto que, quando há a procura pelo atendimento e se recebe, a opinião dos familiares acompanhantes foi de que o atendimento é satisfatório.

Moreira *et al.* (2012, p. 155) aponta em seu estudo que ao questionar os familiares acompanhantes sobre o atendimento psicológico que receberam no hospital, estes responderam de maneira positiva, relatando que o psicólogo:

[...] facilitou a comunicação da família com a equipe médica, deu apoio e ajudou no processo de internação dando informações sobre o quadro clínico do paciente, esclareceu dúvidas, amenizou a ansiedade, atendeu o paciente em suas angústias e medos, orientou a família a se portar e até mesmo o que dizer perto do paciente [...].

Considerações finais

O levantamento inicial a respeito da atenção psicológica oferecida ao familiar acompanhante apresentou dados que indicam que o familiar acompanhante classifica como satisfatórias as disposições hospitalares, o atendimento da equipe médica, o cumprimento do seu papel enquanto familiar acompanhante e o atendimento psicológico recebido.

Em relação ao gênero feminino e masculino podemos considerar que a ideia de que somente a mulher pode exercer o papel de cuidadora instiga a concepção de que o homem não seja capaz de realizar esse cuidado ou está distante dessa realidade, independentemente da situação, levando em consideração que na contemporaneidade as responsabilidades sociais estão sendo exercidas por ambos, homem e mulher. Nesse sentido, é necessário aprofundar as discussões sobre a importância do familiar acompanhante no processo da hospitalização independente do gênero do cuidador.

Inicialmente pretendeu-se analisar como acontecia o atendimento psicológico em hospitais considerando a rede pública e privada. Porém, os resultados obtidos durante o tempo da investigação mostraram-se pequenos para tal análise. No entanto, há sinais de que essa questão precisa ser abordada em estudos futuros. O cuidador tem se mostrado como fator fundamental no processo de hospitalização e recuperação do paciente. Uma vez que o processo de adoecimento e hospitalização tende a mobilizar vivências de esgotamento físico e emocional – cansaço, fadiga, estresse, angústia, medo, ansiedade, insegurança tanto no paciente quanto no familiar que o acompanha, fica evidente a necessidade de uma assistência psicológica maior voltada para este familiar acompanhante. Esta assistência precisa poder apresentar ao familiar acompanhante estratégias de acesso a informações sobre os procedimentos hospitalares e recursos disponíveis a com o objetivo de ajudá-lo a amenizar a tensão e desconforto causado pela doença.

Assim, este estudo também apresenta dados para a reflexão de futuros profissionais de psicologia que desejam atuar na área da psicologia hospitalar visando compreender o processo do adoecimento em sua integralidade, o que engloba

também seus familiares, principalmente o familiar que o acompanha. Desta forma, um profissional da saúde deve desenvolver sua função comprometendo-se com a interdisciplinaridade assumindo o papel de mediador na relação paciente-família-equipe. Isto tende a favorecer tanto a melhora do paciente assim como prevenir o adoecimento do familiar acompanhante.

Referências

AZEVÊDO, A. V. D. S.; CREPALDI, M. A. A psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos. **Estud. Psicol. (Campinas)**, v. 33, n. 4, p. 573-585, 2016.

CREPALDI, M. A. Bioética e interdisciplinaridade: direitos de pacientes e acompanhantes na hospitalização. **Paidéia**, v. 9, n. 16, p. 89-94, 1999.

MORAIS, R. D. C. M.; SOUZA, T. V., Oliveira, I. C. S. A (in) satisfação dos acompanhantes acerca da sua condição de permanência na enfermaria pediátrica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 401-408, 2015.

DOMINGUES, G. R.; ALVES, K. D. O.; CARMO, P. H. S. D.; GALVÃO, S. D. S.; TEIXEIRA, S. D. S., BALDOINO, E. F. A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares. **Psicologia Hospitalar**, v. 11, n. 1, p. 02-24, 2013.

FLORES, G. C. **Eu cuido dela e ela me cuida**: um estudo qualitativo sobre o cuidado intergeracional com o idoso. Santa Maria, 2008. 128f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Santa Maria, 2008.

FREITAS, W. D. M. F., COELHO, E. D. A. C., SILVA, A. T. M. C. D. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 137-145, 2007.

LUSTOSA, M. A. A família do paciente internado. **Revista da SBPH**, v. 10, n. 1, p. 3-8, 2007.

MOREIRA, E. K. C. B.; MARTINS, T. M.; CASTRO, M. M. D. Representação social da psicologia hospitalar para familiares de pacientes hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da SBPH**, v. 15, n. 1, p. 134-167, 2012.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

SANTOS, L. F.; OLIVEIRA, L. M. D. A. C.; BARBOSA, M. A.; SIQUEIRA, K. M.; PEIXOTO, M. K. A. V. Reflexos da hospitalização da criança na vida do familiar acompanhante. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 4, p. 473, 2013.

SILVA, S. D. O. Cuidado na perspectiva de homens: um olhar da enfermagem. Santa Maria, 2010. 97f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2010.

SOARES, M. Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 19, n. 4, p. 481-484, 2007.

SUTTER, C.; MALUSCHKE, J. S. N. F. Pais que cuidam dos filhos: a vivência masculina na paternidade participativa. **Psico**, v. 39, n. 1, p. 12, 2008.

VOLLES, C. C., BUSSOLETTO, G. M.; RODACOSKI, G. A conspiração do silêncio no ambiente hospitalar: quando o não falar faz barulho. **Revista da SBPH**, v. 15, n. 1, p. 212-231, 2012.



AVALIAÇÃO DA CORRELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO E O ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA EM INDIVÍDUOS COM LOMBALGIA

Aline Quitto de Castro¹

Valéria Conceição Jorge²

Paulo Roberto Fonseca Junior³

Eduardo Filoni⁴

Vera Lúcia dos Santos Alves⁵

Resumo: O objetivo deste estudo foi avaliar a correlação entre depressão e qualidade de vida em indivíduos com lombalgia. Participaram do estudo 51 indivíduos de ambos os sexos, com média de idade de $33,35 \pm 12,34$, sendo 90,2% do gênero feminino, submetidos à aplicação de ficha de avaliação e questionário (Inventário de Depressão de Beck, *Whoqol-bref* e Índice Funcional de *Oswestry*). Como resultado houve efeito significativo da *Oswestry* sobre as classificações de Beck ($p=0,003$) e um efeito significativo da classificação da depressão sobre os domínios da qualidade de vida ($p=0,001$). A média de *Oswestry* dos indivíduos com depressão foi moderada e significativamente maior que nos indivíduos sem

.....

1 Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. E-mail: alinequitto@gmail.com

2 Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. E-mail: valerijrg@gmail.com

3 Universidade Guarulhos (UnG), Hospital Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSP). E-mail: paulofonseca28@gmail.com

4 Universidade cruzeiro do Sul (UNICSUL), Universidade Guarulhos (UnG), Universidade Mogi das Cruzes (UMC), CREFITO 3. E-mail: edufiloni@hotmail.com

5 Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa e da Universidade de Mogi das Cruzes. E-mail: fisioterapiasc@uol.com.br

depressão ($p=0,002$). Conclui-se com este trabalho que existe uma correlação positiva da depressão e o índice de qualidade de vida em indivíduos com lombalgia.

Palavras-chave: Lombalgia; Depressão; Qualidade de vida.

THE EVALUATION OF CORRELATION BETWEEN DEPRESSION AND THE QUALITY OF LIFE INDEX IN INDIVIDUALS WITH LOMBALGIA

Abstract: The objective of this study was to evaluate the correlation between depression and quality of life in individuals with low back pain. Participated in the study 51 individuals of both sexes, with a mean age of 33.35 ± 12.34 , and 90.2% of the female gender, submitted to the application form and questionnaire (Beck Depression Inventory, *WHOQOL* -Bref and *Oswestry* Functional Index). As a result, there was a significant effect of *Oswestry* on Beck scores ($p = 0.003$) and a significant effect of the classification of depression on quality of life domains ($p = 0.001$). The mean *Oswestry* score of the individuals with depression was moderate and significant higher than the individuals without depression ($p = 0.002$). It is concluded with this study that there is a positive correlation of depression and the quality of life index in individuals with low back pain.

Keywords: Low back pain; Depression; Quality of life.

Introdução

A lombalgia, também conhecida por dor lombar, é uma das disfunções musculoesqueléticas que acomete a coluna vertebral, sendo uma das causadoras da incapacidade funcional. Afeta até 80% da população adulta atleta e não atleta, sendo que apenas 2% possui origem específica, enquanto os outros 98%, revelam um mecanismo fisiopatológico inespecífico

(ADORNO, 2014; MANCIN, 2008). Perante um olhar clínico, a lombalgia abrange um conceito multifatorial que engloba fatores somáticos, psicológicos e ambientais, dentre eles, a ansiedade e a depressão têm sido, nos últimos anos, forte indicativos desta condição (KOLECK, 2006).

As afecções da coluna vertebral são de grande valia aos setores públicos dentro da sociedade moderna (KOLECK, 2006), possuem grande impacto socioeconômico, gerando altos custos financeiros aos cofres públicos e privados (R. KOTHE, 2007; ADORNO, 2014). Pesquisas apontam que até 30% da população com lombalgia passa a ter recorrência ou persistência da dor (SAGHEER, 2013), ocupando o segundo lugar para visitas médicas e procedimentos cirúrgicos (CLAIBORNE, 2002; VARGAS, 2008). Evitar a cronicidade da lombalgia se mostra de grande importância (KOLECK, 2006), já que é um fator concomitante à incapacidade funcional persistente (VARGAS, 2008), pois a dor crônica induz a anormalidades físicas e desequilíbrios psicológicos (TEIXEIRA, 2006).

Diversos autores têm observado a relação entre dor crônica e depressão, alguns consideram a dor crônica uma forma de depressão mascarada, outros a conceituam como uma variante da depressão (FRANCE, 1986). A depressão, por sua vez, pode ser considerada um estado normal de humor, sintoma ou uma síndrome. Os transtornos psicopatológicos possuem uma combinação de sintomas neurovegetativos (alterações de apetite, sono, peso etc.), cognitivos (relacionado com a autoestima, culpa, desespero etc.), sintomas psicomotores (agitação e retardo) e alterações psicológicas (retraimento social, indecisões, irritabilidade etc.) (KRISHNAN, 1985).

Apesar de pesquisas recentes considerarem o fator psicológico em indivíduos com lombalgia (KEELEY, 2008) e diversos autores abordarem essa relação (lombalgia e depressão), ainda não se sabe a natureza exata dessa associação, permanecendo desconhecida na literatura (FRANCE, 1986). Além das interferências já citadas, a lombalgia, em conjunto com a depressão, pode ter relação direta com a baixa qualidade de vida do indivíduo que a possui, devido ao impacto físico, mental e ocupacional (CLAIBORNE, 2002). Portanto,

é importante minimizar os agravos decorrentes da relação entre lombalgia, depressão e outros fatores para evitar um quadro de dor prolongado e uma evolução crônica que gera a angústia, incapacidade e insatisfação, seja na vida social ou profissional, o que interfere diretamente na qualidade de vida do indivíduo que sofre (KOLECK, 2006; SULLIVAN, 1992).

O objetivo do presente estudo foi avaliar, através de questionários validados, se existe correlação entre depressão e o índice de qualidade de vida em indivíduos com lombalgia, verificando se existe relação entre depressão, qualidade de vida e a dor lombar.

Método

Trata-se de um estudo foi caracterizado como transversal, analítico e descritivo. Foram recrutados 51 participantes, que forneceram consentimento informado por escrito para participar, sem exceção. A pesquisa seguiu os princípios da Declaração de Helsinque e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Os critérios de inclusão foram: adultos entre 20 e 60 anos, de ambos os sexos, com queixa de dor lombar. Os critérios de exclusão foram para voluntários que referiram dor em outro segmento, que não seja a região da coluna lombar, e os que não responderem corretamente os questionários.

Procedimentos

A análise foi realizada através de ficha de avaliação e questionários validados, que foram inseridos dentro da Plataforma Google Drive e enviados aos voluntários por e-mail. A Plataforma Google Drive, é um serviço de armazenamento de dados e sincronização de arquivos apresentado pelo Google.

Foi criado uma Ficha de avaliação pelo pesquisador responsável, constando 15 itens, com requisitos de dados pessoais do paciente e queixa principal relacionada ao estado de saúde atual, se possuía diagnóstico

para a dor lombar, diagnóstico para depressão e ansiedade, se fez uso de medicamentos, se além da dor na coluna sentia dor em outras regiões do corpo, e se foi diagnosticado com alguma doença metabólica. O questionário também apresentava uma figura para que os voluntários apontassem a localização exata da dor, uma Escala Visual Analógica (EVA) para informar a intensidade da dor, um instrumento válido que avalia a percepção da intensidade da dor, na qual os valores variavam de zero a 10. O voluntário foi instruído a se auto avaliar, marcando a opção que indicassem a intensidade de sua dor (ZAVARIZE, 2012).

Para a avaliação dos sintomas de depressão, foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck (BDI), desenvolvido originalmente por Beck *et al.* (1961), validado para o português por Cunha *et al.* (2001; GANDINI, 2007). O inventário consistiu em um questionário com 21 itens que abordavam os elementos cognitivos, afetivos, comportamentais e somáticos, onde o voluntário, por meio de auto relato, deveria apontar a intensidade dos sintomas. O escore total variou de zero a 63 sendo: mínimo de 0 a 11, leve de 12 a 19, moderado de 20 a 35 ou grave de 36 a 63 (GANDINI, 2007).

Para análise da qualidade de vida, foi utilizado o *Whoqol-bref*, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e validado, no Brasil, por Fleck *et al.* (2000). O *Whoqol-bref* é constituído por 26 questões, sendo que duas perguntas são sobre qualidade de vida de um modo geral e saúde e, as demais, representando cada uma das facetas, que compõe o *Whoqol* -100, divididas em domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK, 2000).

A avaliação da incapacidade em indivíduos com dor lombar foi realizada utilizando o Índice Funcional de *Oswestry*, que avalia, através de uma escala de dez sessões, o nível de disfunção durante as atividades de vida diária do indivíduo que possui dor lombar. Cada escala contém seis afirmações, pontuadas de 0 a 5, na qual a pontuação máxima é de 50 pontos. O total de pontos é multiplicado por dois e expresso na forma de porcentagem. Os graus informados pelo Índice Funcional de *Oswestry* variam de

0% nenhuma disfunção, 1% a 20% disfunção mínima, 21% a 40% disfunção moderada, 41% a 60% disfunção severa e, acima de 60%, a incapacidade. O Índice Funcional de *Oswestry* foi validado no Brasil e demonstrou boa consistência interna e confiabilidade teste-reteste (VIGATTO, 2007).

Análise Estatística

Os dados foram analisados no programa estatístico SPSS *Statistics* V21.0 para Windows. A estatística média de resumo e o desvio padrão foram utilizados para apresentar as variáveis quantitativas, e as porcentagens relativas usadas para apresentar as variáveis categóricas. A hipótese de normalidade dos dados foi verificada mediante o teste de *Shapiro-Wilk*. As comparações das características dos indivíduos em função da classificação da *Beck* foram realizadas com o uso da ANOVA *One-way* com o *post hoc* de *Tukey* quando encontrados efeitos significativos. Os efeitos da depressão sobre os domínios da qualidade de vida foram testados com o uso da análise de variância multivariada (MANOVA), controlando os efeitos com o escore da *Oswestry*. Análises de correlações produto momento de Pearson foi utilizada para investigar as correlações entre os domínios da qualidade de vida com o escore da *Oswestry*. O nível de significância de 5% foi adotado para todas as análises.

Resultados

Participaram da análise 51 indivíduos com média de idade de $35,35 \pm 12,34$ anos, sendo 90,2% do gênero feminino. As características da amostra estratificada pela classificação da depressão estão descritas na tabela 1. Como pode ser observado, 52,9% dos indivíduos receberam a classificação normal, enquanto que 29,4% foram classificados com depressão leve e 17,6% com depressão moderada. Houve efeito significativo da *Oswestry* sobre as classificações da *Beck* [$F(2,48) = 6,804$; $p = 0,003$]. O *Post Hoc* de *Tukey* revelou que a média da *Oswestry* dos indivíduos com depressão

moderada é significativamente maior que os indivíduos sem depressão ($p = 0,002$), mas não para quem tem depressão leve ($p = 0,089$).

Tabela 1: Características da amostra em função da classificação da depressão

<i>Beck</i>					
	Normal (n=27)	Leve (n=15)	Moderado (n=9)	F	p-valor
Idade (anos)	33,93 ± 10,17	36,60 ± 16,15	37,56 ± 12,01	0,391	0,679
Peso (kg)	67,89 ± 15,26	63,53 ± 15,20	68,78 ± 17,75	0,462	0,633
Altura (m)	1,65 ± 0,09	1,61 ± 0,10	1,62 ± 0,06	1,138	0,329
IMC (kg/m²)	24,78 ± 3,70	24,54 ± 4,41	26,20 ± 6,63	0,429	0,654
Beck	5,96 ± 3,20	15,07 ± 2,40	25,78 ± 5,17	121,083	<0,001 [*]
Oswestry	11,41 ± 9,19	17,20 ± 8,78	27,78 ± 20,03 [*]	6,804	0,003

^{*} & diferença obtida em função da classificação da depressão.

A análise de variância multivariada revelou efeito significativo da classificação da depressão sobre os domínios da qualidade de vida [Wilk's Lambda = 0,549; F = 3,843; $p = 0,001$]. As análises univariadas mostraram que há diferenças no domínio físico [F(2;48) = 9,405; $p < 0,001$], psicológico [F(2;48) = 8,845; $p = 0,001$], relações pessoais [F(2;48) = 10,899; $p < 0,001$] e meio ambiente [F(2;48) = 6,461; $p = 0,003$]. A tabela abaixo mostra as médias e as diferenças encontradas pelo Post Hoc de Bonferroni.

Tabela 2: Comparação dos domínios da qualidade de vida em função das classificações da depressão.

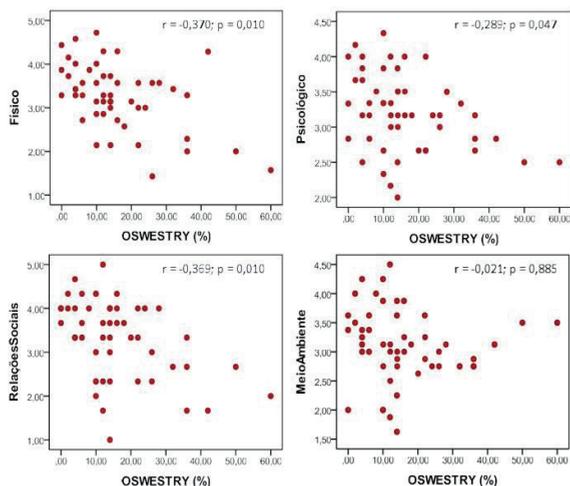
Domínios <i>Beck</i>	CLASSIFICAÇÃO <i>Beck</i>			
	Normal (n=27)	Leve (n=15)	Moderado (n=9)	Total
Físico	3,69 ± 0,54	2,91 ± 0,60*	2,56 ± 0,72**	3,26 ± 0,75
Psicológico	3,50 ± 0,44	2,97 ± 0,46*	2,72 ± 0,44**	3,21 ± 0,55
Relações So- ciais	3,81 ± 0,67	2,93 ± 0,58*	2,37 ± 0,92**	3,30 ± 0,90
Meio Ambiente	3,34 ± 0,51	3,02 ± 0,62	2,60 ± 0,65*	3,12 ± 0,63

* $p < 0,01$ em relação a *Beck* normal

** $p < 0,001$ em relação a *Beck* normal controlado pelo escore da *Oswestry*

As correlações entre os domínios da qualidade de vida com o escore da *Oswestry* são apresentados na figura 1.

Figura 1: Correlação entre os domínios da qualidade de vida e os escores da *Oswestry*.



Discussão

Os percentuais de respostas nos questionários da pesquisa foram do gênero feminino (90,02%), corroborando os achados (ALMEIDA, 2010), isto é, a amostra não é homogênea e esse resultado vai de encontro com a literatura que mostra que a lombalgia crônica é mais prevalente no sexo feminino (PONTES, 2005).

Estudos mostram que há uma associação entre os fatores psicológicos e a ocorrência de lombalgia. Alguns desses estudos demonstram também que os diagnósticos mais comuns nesses casos são: depressão, abuso de substâncias e transtornos de ansiedade. A depressão está inversamente correlacionada, de forma estatisticamente significativa. Assim, quando o grau de depressão aumenta, o nível de qualidade de vida diminui (BANDURA, 2004). Alguns estudos defendem a ideia de que os fatores psicológicos, depressão e ansiedade, são importantes na adaptação à incapacidade, uma vez que refletem a percepção subjetiva do indivíduo e a capacidade de avaliar sua condição de dor crônica. A literatura apresenta essas morbidades psicológicas como sendo fatores particularmente associados à cronicidade da lombalgia, o que reforça os resultados deste estudo.

Tais resultados corroboram com outros estudos que demonstraram que a intensidade da dor, possui uma correlação positiva com a incapacidade funcional, ou seja, níveis mais altos de dor provocam maior impacto na incapacidade funcional, afetando diretamente a qualidade de vida dos indivíduos (ROIOS, 2013).

Indivíduos com dor crônica relatam algum grau de interferência em suas atividades de vida diária por causa da dor. Esse fato apontou a dor como um causador importante de limitação funcional e incapacidades, afetando de forma significativa os domínios físicos, psicológicos, sociais e em relação ao meio ambiente.

Há de se considerar que não existe ainda uma maneira de determinar se a depressão é resultado de dor crônica ou um fator causal. Alguns

estudos evidenciam que a lombalgia e a depressão estão correlacionadas, no entanto, essa relação bidirecional ainda não está clara.

Ressalta-se a importância da atuação da equipe multidisciplinar a fim de oferecer cuidados abrangentes e integrais, levando em consideração não só os aspectos musculoesqueléticos, mas também os fatores psíquicos sociais destes indivíduos.

Conclusão

Conclui-se com este trabalho que existe uma correlação positiva da depressão e o índice de qualidade de vida em indivíduos com lombalgia. Ou seja, quanto maior o grau de depressão, menor é a qualidade de vida e a limitação funcional do indivíduo, afetando diretamente os domínios físicos, psicológicos, sociais e em relação ao meio ambiente.

Referências

ADORNO, M. L. G. R.; BRASIL-NETO, J. J. P. Avaliação da qualidade de vida com o instrumento SF-36 em lombalgia crônica. **Acta Ortopédica Brasileira**, v. 21, n. 4, p. 202-207, 2014.

ALMEIDA, F. F.; COSTA JUNIOR, Á. L.; DOCA, F. N. P.; TURRA, V. Experiência de dor e variáveis psicossociais: o estado da arte no Brasil. **Temas em Psicologia**, v. 18, n. 2, p. 367-376, 2010.

BANDURA, A. Health promotion by social cognitive means. **Health education & behavior**, v. 31, n. 2, p. 143-164, 2004.

CLAIBORNE, N.; VANDENBURGH, H.; KRAUSE, T. M.; LEUNG, P. Measuring quality of life changes in individuals with chronic low back conditions: a back education program evaluation. **Evaluation and program planning**, v. 25, n. 1, p. 61-70, 2002.

FRANCE, R. D.; HOUPY, J. L.; SKOTT, A.; KRISHNAN, K. R.; VARIA, I. M. Depression as a psychopathological disorder in chronic low back pain patients. **Journal of psychosomatic research**, v. 30, n. 2, p. 127-133, 1986.

GANDINI, R. C.; MARTINS, M. C. F.; RIBEIRO, M. P.; SANTOS, D. T. G. Inventário de Depressão de Beck-BDI: validação fatorial para mulheres com câncer. **PsicoUSF**, v. 12, n. 1, p. 23-31, 2007.

KEELEY, P.; CREED, F.; TOMENSON, B.; TODD, C.; BORGLIN.; DICKENS, C. Psychosocial predictors of health-related quality of life and health service utilisation in people with chronic low back pain. **Pain**[®], v. 135, n. 1-2, p. 142-150, 2008.

KOLECK, M.; MAZAUX, J. M.; RASCLE, N.; BRUCHON-SCHWEITZER, M. Psycho-social factors and coping strategies as predictors of chronic evolution and quality of life in patients with low back pain: Aa prospective study. **European Journal of Pain**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 2006.

KOTHE, R.; KOHLMANN, T.; KLINK, T.; RÜTHER, W.; KLINGER, R. Impact of low back pain on functional limitations, depressed mood and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. **Pain**, v. 127, n. 1-2, p. 103-108, 2007.

KRISHNAN, K. R.; FRANCE, R. D.; PELTON, S.; MCCANN, U. D.; DAVIDSON, J.; URBAN, B. J. Chronic pain and depression. I. Classification of depression in chronic low back pain patients. **Pain**, v. 22, n. 3, p. 279-287, 1985.

MANCIN, G. B.; BONVICINE, C.; GONÇALVES, C.; BARBOZA, M. A. I. Análise da influência do sedentarismo sobre a qualidade de vida de pacientes portadores de dor lombar crônica. **ConScientiae Saúde**, v. 7, n. 4, p. 441-447, 2008.

FLECK, M. P. A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

PONTE, C. Lombalgia em cuidados de saúde primários. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 21, n. 3, p. 259-67, 2005.

ROIOS, E. F. **Representações, cuidados de saúde, adesão e repercussões psicológicas na lombalgia crónica: um estudo com doentes em tratamento diferenciado**. Braga, 2013. 327f. Tese (Doutorado em Psicologia da Saúde) – Universidade do Minho, Braga, 2013.

SAGHEER, M. A.; KHAN, M. F.; SHARIF, S. Association between chronic low back pain, anxiety and depression in patients at a tertiary care centre. **J Pak Med Assoc**, v. 63, n. 6, p. 688-690, 2013.

SULLIVAN, M. J.; REESOR.; MIKAIL, S.; FISHER, R. The treatment of depression in chronic low back pain: review and recommendations. **Pain**, v. 50, n. 1, p. 5-13, 1992.

TEIXEIRA, M. J. Chronic pain and depression. **Revista Neurociência**, v. 14, n. 2, p. 44-53, 2006.

VARGAS, A. I. C.; MOYA, A. R. Frecuencia de uso de escalas de dolor, incapacidad física y calidad de vida en el estudio de lumbalgia con intervenciones fisioterápicas. **Fisioterapia**, v. 30, n. 4, p. 204-208, 2008.

VIGATTO, R.; ALEXANDRE, N. M.; CORREA FILHO, H. R. Development of a brazilian portuguese version of the Oswestry disability index: cross-cultural adaptation, reliability, and validity. **Spine**, v. 32, n. 4, p. 481-486, 2007.

ZAVARIZE, S. F.; WECHSLER, S. M. Creative profile and quality of life: implications in adults and elderly with chronic low back pain. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 3, p. 403-414, 2012.



CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTES EM USO DE ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS DE ALTO CUSTO

Kamylla Guedes de Sena¹

Aline Ferreira Campos Correia²

Graciele Cristina Silva³

Roselma Lucchese⁴

Ivânia Vera⁵

Resumo: Este estudo objetivou caracterizar o perfil clínico e sociodemográfico de pacientes com sofrimento mental em uso de medicamentos de alto custo. Trata-se de estudo descritivo, de corte transversal e natureza quantitativa, realizado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) localizado na Região Centro-Oeste do Brasil. Os resultados demonstraram prevalência de indivíduos do sexo masculino, etnia autorreferida branca, estado civil solteiro, escolaridade nível Fundamental, sem experiências profissionais, residindo com a família em área urbana, em

.....

1 Enfermeira. Mestranda do Programa de Gestão Organizacional pela Universidade Federal de Goiás (UFG), Regional Catalão. E-mail: kamylla_g.s@hotmail.com

2 Farmacêutica. Mestranda no Programa de Pós-graduação em Gestão Organizacional pela Universidade Federal de Goiás (UFG), Regional Catalão. E-mail: aline.farma.bio@hotmail.com

3 Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Docente do Programa de Pós-graduação em Gestão Organizacional na Universidade Federal de Goiás (UFG), Regional Catalão. E-mail: gcsilvanut@gmail.com

4 Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Docente do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Gestão Organizacional na Universidade Federal de Goiás (UFG), Regional Catalão. E-mail: ivaniavera@gmail.com

5 Doutora em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (UFG). Docente do Curso de Enfermagem e do Programa de Gestão Organizacional na Universidade Federal de Goiás (UFG), Regional Catalão. E-mail: roselmalucchese@hotmail.com

moradia própria, com renda de um a três salários mínimos e sem filhos. Foi maior a prevalência de diagnósticos com transtornos psicóticos e predominou o fármaco Olanzapina. São indispensáveis a investigação e o acompanhamento sistemático dessa população, na busca do aperfeiçoamento do cuidado ao sujeito acometido com o transtorno mental.

Palavras-chave: Antipsicóticos; Assistência integral à saúde; Saúde Mental.

SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL CHARACTERIZATION OF PATIENTS IN USE OF ATPHC HIGH-COST ANTIPSYCHOTICS

Abstract: This study aimed to characterize the clinical and sociodemographic profile of patients with mental suffering in the use of high cost drugs. This is a descriptive, cross-sectional and quantitative study conducted at a Psychosocial Care Center (CAPS) located in the Center-West Region of Brazil. The results showed a prevalence of males, white self-reported ethnicity, single marital status, elementary level schooling, no professional experience, living with the family in an urban area, in their own dwelling, with income of one to three minimum wages and no children. The prevalence of diagnoses with psychotic disorders was higher and the drug olanzapine predominated. The research and systematic monitoring of this population is indispensable, in the search for the improvement of care to the subject affected by the mental disorder.

Key-words: Antipsychotics agents; Comprehensive health care; Mental health.

Introdução

A saúde mental pode ser conceituada como um campo de conhecimento complexo, intersetorial e transversal, cujo estudo não se reduz apenas às psicopatologias, sendo ampliado para diversas temáticas. Seu objeto de estudo é o ser humano e suas relações (AMARANTE, 2007).

Os transtornos mentais (TM) consistem em alterações nos padrões de comportamentos, humor e pensamentos manifestado por diversos sintomas, sendo eles: alucinações, delírios, comportamentos obsessivos, manias, entre outros (WHO, 2001). Esses eventos atingem diversas classes sociais, sexo e etnias, e surgem da existência e da associação de fatores desencadeadores, alterando o funcionamento humano (WHO, 2013).

Os adoecimentos mentais representam 12% da proporção mundial das enfermidades, e aproximadamente 20 a 25% dos indivíduos são afetados por algum tipo de TM, em dada circunstância da vida. Estima-se que, em 2020, 15% desses pacientes psiquiátricos receberão afastamento profissional, reduzindo os papéis produtivos e ativos na sociedade (WHO, 2001). Quanto à prevalência de TM no Brasil, estudos revelam números que oscilam entre 20 a 56% de acometimento mental no país (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

Como estratégia de implementação e garantia da assistência à saúde mental, surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), direcionados ao atendimento de pacientes com TM graves e persistentes, visando estimular a integração familiar e social, a autonomia e a independência, e com direcionamento terapêutico baseado na responsabilização compartilhada do processo saúde-doença (BRASIL, 2004).²

Os CAPS vivenciam diversos enfrentamentos a serem superados para construção de uma rede sólida e uma abordagem integral. Os antipsicóticos atípicos de alto custo configuram-se como um desses desafios, devido aos

.....
2 Informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, através do livro *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Disponível em: <<https://bit.ly/1iNkJm2>>. Acesso em: 02 nov. 2017.

processos burocratizados de judicialização na saúde e na adesão ao tratamento (VIEIRA, 2010).

Nessa conjuntura, o Ministério da Saúde criou o Programa de Medicamentos Excepcionais com financiamento estabelecido para aquisição dos Componentes Especializados da Assistência Farmacêutica na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS), também denominado “de alto custo”, o qual garante o acesso a medicamentos de valor elevado e uso prolongado ou crônico, objetivando a integralidade na assistência à saúde mental (BRASIL, 2013).³

O presente estudo tem relevância no sentido de que a caracterização sociodemográfica de pacientes com TM em uso de antipsicóticos atípicos de alto custo possibilita a identificação e o acompanhamento sistemático dos usuários. Objetivou-se caracterizar o perfil clínico e sociodemográfico de pacientes com sofrimento mental em uso de medicamentos de alto custo em um CAPS.

Material e métodos

Consiste em estudo descritivo, de corte transversal e natureza quantitativa, realizado em um CAPS localizado em município de médio porte no Estado de Goiás. O CAPS é referência regional em uma área composta por 17 municípios de menor densidade populacional.

A amostra do estudo foi composta por 101 pacientes de ambos os sexos e seus cuidadores principais/responsáveis legais, com os seguintes critérios de inclusão: indivíduos maiores de 18 anos, com transtornos psiquiátricos diagnosticados conforme o Código Internacional de Doenças versão 10 (CID 10) (OMS, 2010)⁴ e em uso de antipsicóticos atípicos considerados de alto custo. Foram

.....
3 Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/2oJVvOM>>. Acesso em: 02 nov. 2017.

4 Informações obtidas através da *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (CID-10), da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicada em 2010. Disponível em:

excluídos indivíduos com incapacidade de compreensão dos questionamentos por parte do paciente e/ou responsáveis.

Os dados foram obtidos de entrevistas individuais, face a face, com instrumento de coleta semiestruturado, entre os meses de dezembro de 2016 a agosto de 2017. As entrevistas foram realizadas em visita domiciliar no caso de pacientes com dificuldade de acessar o CAPS, e em grupo focal para os demais. Houve separação entre os pacientes e seus cuidadores/responsáveis legais na captação de informações, para reduzir a interferência entre os sujeitos nas respostas. As variáveis analisadas foram: idade, etnia, sexo, estado civil, renda, informações sobre a existência de filhos, nível de escolaridade, ocupação e condições de moradia.

Para realização da análise de dados, as informações coletadas foram digitadas em planilha eletrônica com dupla conferência, sendo posteriormente realizadas estimativas em números totais, porcentagem, média, mínimo, máximo, desvio padrão e intervalo de confiança de 95% (IC95%).

Esta pesquisa vincula-se a um projeto matricial intitulado *Análise da Atenção em Saúde Mental e constituição da rede no Sistema Único de Saúde no Sudeste Goiano*, já analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Goiás, com protocolo 1.273.443. Os participantes e familiares foram orientados quanto à pesquisa, seus objetivos, benefícios e riscos, e posteriormente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou autorização do responsável, obedecendo e respeitando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012.

Resultados

Os dados sociodemográficos dos indivíduos em uso de antipsicóticos atípicos em classificação de custo excepcional foram analisados e são descritos na tabela 1, com destaque para escolaridade e ocupação.

<<https://bit.ly/2fZ7tji>>. Acesso em: 02 nov. 2017.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica e econômica dos pacientes. Brasil Central, 2016-2017

CARACTERÍSTICAS	n (%)	IC95%
Idade*	47,41±15,533	44,3-50,4
Sexo		
Masculino	53 (52,5)	42,6-61,4
Feminino	48 (47,5)	38,6-57,4
Etnia		
Branco	59 (58,4)	48,5-67,3
Pardo	30 (29,7)	21,8-38,6
Negro	12 (11,9)	5,9-18,8
Estado civil		
Solteiro	57 (56,4)	46,5-66,3
Vive com companheiro	25 (24,8)	16,8-33,7
Viúvo	10 (9,9)	4,0-15,8
Separado ou divorciado	9 (8,9)	4,0-14,9
Escolaridade		
Nenhuma	7 (6,9)	3,0-11,9
1-3	15 (14,9)	8,9-21,8
4-7	33 (32,7)	23,8-42,5
CARACTERÍSTICAS		
8-11	24 (23,8)	15,8-31,7
Mais de 11	22 (21,8)	13,9-30,7
Ocupação		
Estudante	6 (5,9)	2,0-10,9

Emprego com carteira assinada	4 (4,0)	1,0-7,9
Trabalhador autônomo	6 (5,9)	2,0-10,9
Desempregado	20 (19,8)	11,9-26,7
Aposentado	54 (53,5)	43,6-63,4
Do lar	11 (10,9)	5,0-16,8
Sem experiência profissional	83 (82,2)	74,3-89,1
Reside		
Sozinho	9 (8,9)	4,0-15,8
Família	91 (90,1)	83,2-96,0
Outros	1 (1,0)	0,0-3,0
Pessoas na residência	3,29±1,86	2,92-3,65
Área de moradia		
Urbana	99 (98,0)	95,0-100,0
Rural	2 (2,0)	0,0-5,0
Moradia		
Própria	79 (78,2)	70,3-85,1
Alugada	18 (17,8)	10,9-25,7
Emprestada	4 (4,0)	1,0-7,9
Renda		
Sem renda fixa	8 (7,9)	3,0-13,9
Até 1SM [†]	31 (30,7)	21,8-40,6
1-3 SM	52 (51,5)	41,6-61,4
4-7 SM	7 (6,9)	2,0-11,9

CARACTERÍSTICAS	n (%)	IC95%
Não informa	3 (3,0)	0,0-6,9
Renda bruta (R\$)	1.489,13±1.087,43	1.274,35-1.703,80
Tem filhos		
Não	54 (53,5)	44,6-63,4
Sim	47 (46,5)	36,6-55,4
Número de filhos*	1,18±1,57	0,87-1,49

*Resultados expressos em média ± desvio padrão, ou n (%). †SM considerando o valor R\$ 937,00. IC95%: intervalo de confiança de 95%; SM: salário mínimo.

São apresentadas, na tabela 2, as informações acerca do diagnóstico psiquiátrico, definido pela CID-10, juntamente da existência de comorbidades associadas a esses diagnósticos.

Tabela 2: Diagnósticos e comorbidades psiquiátricas. Brasil Central, 2016-2017

CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA	n (%)	IC95%
Diagnóstico psiquiátrico*		
F20.0 a F29- Transtornos psicóticos	54 (53,5)	43,6-63,4
F30.0 a F41.0 - Transtornos afetivos/humor	32 (31,7)	22,8-40,6
F41.1 a F41.9- Transtornos ansiosos	3 (3,0)	0,0-6,9
F10.0 a F19.9- Abuso de substâncias psicoativas	2 (2,0)	0,0-5,0
F60.3 e G40.0- Transtornos neurológicos/ personalidade	9 (8,9)	4,0-14,9
Comorbidades associadas		
Sim	64 (63,4)	53,5-72,3
Não	37 (36,6)	27,7-46,5

*Código Internacional de Doenças 10ª versão. IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

A tabela 3 expõe os medicamentos inseridos no programa de alto custo, no local de estudo, descrevendo o nome dos fármacos, a dosagem e a posologia.

Tabela 3: Medicamentos utilizados no programa de alto custo. Brasil Central, 2016-2017

FÁRMACOS UTILIZADOS	n (%)	IC95%
Nome		
Clozapina	1 (1,0)	0,0-4,0
Lamotrigina	1 (1,0)	0,0-3,0
Olanzapina	40 (39,6)	30,7-49,5
Quetiapina	20 (19,8)	12,9-27,7
Risperidona	34 (33,7)	24,8-42,6
Ziprazidona	5 (5,0)	1,0-9,9
Dose		
Clozapina 100mg	1 (1,0)	0,0-3,0
Lamotrigina 100mg	1 (1,0)	0,0-3,0
Olanzapina 5mg	7 (6,9)	9,9-24,8
Olanzapina 10mg	17 (16,8)	8,9-22,8
Olanzapina 15mg	16 (15,8)	3,0-12,9
Quetiapina 200mg	20 (19,8)	12,9-28,7
Risperidona 2mg	34 (33,7)	23,8-42,6
Ziprazidona 80mg	5 (5,0)	1,0-9,9
Posologia, vez ao dia		
1	64 (63,4)	53,5-73,3
2	22 (21,8)	13,9-29,7
3	12 (11,9)	5,9-18,8
4	3 (3,0)	0,0-6,9

Discussão

Pacientes com TM em uso de antipsicóticos de segunda geração apresentaram prevalência de indivíduos do sexo masculino, corroborando outras pesquisas em que a maioria dos entrevistados eram homens (SILVEIRA *et al.*, 2011; REIS *et al.*, 2013). Tal dado revela elevada taxa de acometimento mental entre a população masculina.

No que diz respeito à idade, foi encontrada média de 47 anos, com mínimo de 18 anos e máximo de 79. O estudo evidenciou predominância de idade entre 40 a 49 anos (SILVA *et al.*, 2015a). A média de idade de pacientes em uso de medicamentos excepcionais é de 46,5 anos (ACURCIO *et al.*, 2009). A fase adulta representa o extrato populacional de maior vulnerabilidade para acometimentos mentais, implicando no surgimento de uma diversidade de enfrentamentos de saúde a serem superados.

Quanto à etnia branca declarada, o estudo descritivo também evidenciou que a maioria se autodeclarou branca (79,6%), seguida de parda (14,9%) (PADILHA *et al.*, 2013).

A maioria se autodeclarou solteira (56,4%). A pesquisa descritiva e quantitativa desenvolvida por análises dos prontuários de pacientes atendidos em CAPS revelou maior porcentagem desse *status* marital (46,5%) (MARTINS *et al.*, 2014), confirmado por outro estudo prévio, de mesmo público estudado (54,5%) (FREITAS *et al.*, 2017). O perfil solteiro, em grande parte, justifica-se pela dificuldade de constituir relacionamentos amorosos sólidos, devido à estigmatização social do TM, associado à baixa adesão ao tratamento e, por consequência, a expressão de sintomas.

Quanto ao nível de escolaridade, 32,7% demonstraram formação equivalente ao Ensino Fundamental, e a média de permanência escolar foi de 7 anos. Esses dados são confirmados por um estudo que apontou que a escolaridade referida com maior prevalência foi do Ensino Fundamental (28,1%) (OLIVEIRA *et al.*, 2014). O TM tende a reduzir a possibilidade

de os indivíduos atingirem níveis de escolaridade mais altos, incorrendo, conseqüentemente, em baixa inserção no mercado de trabalho (MOTIZUKI; MARIOTTI, 2014).

Quanto à ocupação, 82,2% referiram não possuir experiências profissionais, e 53,5% eram aposentados. Tais achados corroboram a descrição dessa população, com elevada prevalência (75,5%) de indivíduos que não possuem profissão ou experiências profissionais (SILVEIRA *et al.*, 2011). Isso evidencia limitação dos indivíduos com TM quanto à carreira profissional, reduzindo a contribuição ao setor produtivo do país (SILVEIRA *et al.*, 2011), visto que, em sua maioria, são indivíduos que pertencem a uma classe etária considerada economicamente ativa na sociedade (WHO, 2013).

A composição familiar dos entrevistados revelou perfil de residentes com a família (90,1%), com média de três moradores por domicílio. A pesquisa descritiva e documental também apontou que 80,8% da amostra vivia em ambiente familiar (MANGUALDE *et al.*, 2013). O cuidado familiar representa pilar fundamental de suporte físico, social e psicológico, auxiliando no fortalecimento do indivíduo para o enfrentamento das dificuldades, e com tendência a maximizar a adesão às estratégias de tratamento.

Quanto à não existência de filhos (53,5%), estudos são divergentes: a maioria revelou existência de filhos (MARTINS *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2015a). O perfil de ausência de filhos da presente pesquisa está relacionado à situação conjugal da amostra, evidenciando informação diferencial na literatura conhecida.

Em relação à área de residência dos indivíduos, a maioria vive em região urbana (98%); destes, 78,2% em residência própria. Residir na zona urbana tem sido prevalente nas pessoas com sofrimento mental (72,1%) (SILVA *et al.*, 2015a). A localização urbana facilita o acesso às medidas terapêuticas e contribui para o processo de reinserção social

dos pacientes acometidos por TM, como proposto pela Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001).⁵

Quanto à renda financeira dos entrevistados, houve prevalência de um a três salários mínimos, com média de rendimentos de R\$1.489,13. A renda de pessoas com problemas mentais tem revelado estar próxima a um salário mínimo, o que equivale à renda de pessoas aposentadas por invalidez (BRASIL, 1993).⁶ Os rendimentos financeiros dos indivíduos consistem em indicador social que reflete diretamente na qualidade de vida e condições de saúde, sendo que quanto menor a renda, maiores são as vulnerabilidades às quais os indivíduos estão expostos (IBGE, 2016).⁷

Na caracterização diagnóstica dos pacientes, optou-se pelo agrupamento de acordo com a classificação dos TM, e a maioria dos sujeitos (53,5%) possuía transtornos psicóticos. A prevalência entre os transtornos encontrada em um estudo foi de 28,8% para transtorno psicótico, seguido de transtorno de humor (22,3%) e do abuso de substâncias psicoativas (20,7%) (MANGUALDE *et al.*, 2013).

Entres os TM, a esquizofrenia consiste em um dos mais comuns na população mundial, e mais de 21 milhões de indivíduos são acometidos por esse agravo, tendo maior prevalência entre o sexo masculino (WHO, 2016).

Os indivíduos ainda apresentaram comorbidades associadas ao diagnóstico principal; pacientes acometidos com transtornos psicóticos possuem uma ou mais comorbidades clínicas (50,8%) (SILVA *et al.*, 2015b).

.....

5 Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2001. Disponível em: <<https://bit.ly/2BW1cPn>>. Acesso em: 02 nov. 2017.

6 Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1993. Disponível em: <<https://bit.ly/1JKV9qU>>. Acesso em: 02 nov. 2017.

7 Informações retiradas do relatório *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016*, produzido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/2oFgIKP>>. Acesso em: 02 nov. 2017.

No que diz respeito aos medicamentos mais utilizados, mais de um terço da amostra fazia uso de Olanzapina, seguido de Risperidona, com posologia de uma dose diária. Esse achado aponta para uma divergência com a literatura conhecida, sendo a Risperidona o antipsicótico atípico mais utilizado (SILVA *et al.*, 2015a). Isso ocorre em decorrência do baixo custo e da elevada eficácia farmacológica (LIMA *et al.*, 2014).

Considerações finais

Pacientes com transtorno mental em uso de antipsicóticos atípicos de alto custo são predominantemente indivíduos do sexo masculino, em idade adulta, de etnia branca, solteiros e sem filhos. A baixa escolaridade consiste em achado relevante, juntamente da ausência de experiências profissionais e da variação de rendimentos de um a três salários mínimos.

Residir com a família e em área urbana indicou relação de necessidade de cuidados, para facilitar o acesso aos serviços de saúde e comunitário. Os transtornos psicóticos obtiveram destaque entre os indivíduos, e a Olanzapina foi o antipsicótico atípico de alto custo mais utilizado.

Assim, cabe a realização de novas avaliações, com diferentes metodologias, buscando o aperfeiçoamento do cuidado ao sujeito acometido com o transtorno mental. A presente pesquisa foi significativamente inovadora por ter realizado investigação de campo por meio das entrevistas com os pacientes e seus cuidadores, possibilitando o acesso às informações atualizadas.

Referências

ACURCIO, F. A.; BRANDÃO, C. M. R.; GUERRA JÚNIOR, A. A.; CHERCHIGLIA, M. L.; ANDRADE, I. G.; ALMEIDA, A. M.; SILVA, G. D.; QUEIROZ, O. V.; FALEIROS, D. R. Perfil demográfico e epidemiológico dos usuários de

medicamentos de alto custo no Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 263-282, 2009.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

FREITAS, B. S.; MATOS, C. C. R.; SILVA, P. M.; SANTOS, J. S.; BATISTA, E. C. Perfil de usuários diagnosticados com esquizofrenia de um CAPS do interior de Rondônia. **Revista Nucleus**, v. 14, n. 1, p. 41-54, 2017.

LIMA, F.C.C.; NASCIMENTO, R. C. DO; LOMEZ, E. DE S. L.; GASPAR, J. Revisão sistemática para avaliar a eficácia do uso da Risperidona no tratamento de manutenção da esquizofrenia. **Revista e-Scientia**, v. 7, n. 2, p. 24-30, 2014.

MANGUALDE, A. A. S.; BOTELHO, C. C.; SOARES, M. R.; COSTA, J. F.; JUNQUEIRA, A. C. M.; VIDAL, C. E. L. Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista Mental**, Barbacena, v. 19, p. 235-248, 2013.

MARTINS, M. A. C.; HOSTALÁCIO, A. M.; SILVA, V. L. Q.; ROSA, W. A. G.; ALMEIDA, D. A. Perfil dos pacientes atendidos em um centro de atenção psicossocial, em Passos – MG. **Revista de Iniciação Científica da Libertas**, v. 4, n. 2, p. 121-134, 2014.

MOTIZUKI, C. S.; MARIOTTI, M. C. Percepções de indivíduos com transtornos mentais e familiares sobre o desempenho ocupacional: contribuições da terapia ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 25, n. 2, p. 101-110, 2014.

OLIVEIRA, V. F.; ALVES, J. S.; MORAES, A. C. S. de; SILVA, J. C.; SILVA, C. S. S. da; NEPOMUCENO, F. W. A. B.; RIBEIRO JUNIOR, H. L. Caracterização de

pacientes com transtornos mentais atendidos no centro de atenção psicossocial em São Francisco do Conde, Bahia. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v. 13, n. 2, p. 204-211, 2014.

PADILHA, V. M.; SCHETTINI, C. S. S.; SANTOS, A. J.; AZEVEDO, R. C. S. Profile of patients attended as psychiatric emergencies at a university general hospital. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 131, n. 6, p. 398-404, 2013.

REIS, L.; PEREIRA, S.; CARDOSO, L.; DONATO, E. G. Transtornos mentais orgânicos em um ambulatório de saúde mental brasileiro. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v. 9, p. 48-53, 2013.

SANTOS, E. G.; SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileira de Psiquiatria**, v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010.

SILVA, A. S.; INUMARU, F. E.; VIDOR, R.; MANOEL, A. L.; SANTOS, T.; CARVALHO, A. C.; TREVISOL, D. J. Prevalência e perfil dos pacientes que utilizam antipsicóticos em um hospital do sul do Brasil. **Scientia Medica**, v. 25, n. 4, p. 3-7, 2015a.

SILVA, T. L.; MAFTUM, M. A.; KALINKE, L. P.; MATHIAS, T. A. F.; FERREIRA, A. C. Z.; CAPISTRANO, F. C. Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes em tratamento na unidade psiquiátrica de um hospital geral. **Cogitare Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 112-120, 2015b.

SILVEIRA, M. S.; VARGAS, M. M.; REIS, F. P.; SILVA, P. Caracterização dos usuários com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos dos Centros de Atenção Psicossocial. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-32, 2011.

VIEIRA, F. S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 27, n. 2, p. 149-156, 2010.

WORLD HEALTH REPORT (WHO). **Schizophrenia**. Geneve: WHO, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/2BUyVa>>. Acesso em: 02 nov. 2017.

WORLD HEALTH REPORT (WHO). **Investing in mental health: evidence for action**. Geneve: WHO, 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/28T3EqN>>. Acesso em: 02 nov. 2017.

WORLD HEALTH REPORT (WHO). **Relatório mundial da saúde**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Geneve: WHO, 2001. Disponível em: <<https://bit.ly/2E210PI>>. Acesso em: 02 nov. 2017.



ESTILO DE VIDA DE INDIVÍDUOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Eliél Martins da Silva¹

Anselmo Cordeiro de Sousa²

Claudia Kümpel³

Jonatas da Silva Souza⁴

Elias Ferreira Porto⁵

Resumo: Estudos já mostraram os benefícios de adoção de hábitos de vida saudável principalmente em relação de maior sobrevida e melhor qualidade de saúde. O objetivo deste trabalho foi verificar os comportamentos positivos de estilo de vida que são mais frequentes na população que utiliza os serviços públicos de saúde. Trata-se de um estudo transversal, realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), que avaliou o estilo de vida por meio do PEVI de 222 participantes de ambos os sexos, com idade superior a 30 anos e usuário do Sistema Único de Saúde. A amostra contou com um total

.....
1 Enfermeiro. Mestrando no Programa de Mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). E-mail: elielmartins@yahoo.com.br

2 Mestre em Promoção da Saúde pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). E-mail: anselmo.vivamelhor@hotmail.com

3 Doutora em Engenharia e Biotecnologia pela Universidade de Mogi das Cruzes (UMC). Professora do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp-SP). E-mail: claudiakumpel10@gmail.com

4 Mestre em Promoção de Saúde pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). Professor do Curso de Fisioterapia do Unasp-SP. E-mail: jonatas7souza@gmail.com

5 Fisioterapeuta, Doutor em Ciências da Saúde e professor do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo. E-mail: eliasfporto@gmail.com

de 222 pessoas, sendo 153 mulheres (69%). E foram distribuídas em três grupos segundo o estilo de vida avaliado pelo PEVI. Estilo de vida positivo (n=92), estilo de vida regular (n=119) estilo de vida negativo (n=11). Houve maior proporção de indivíduos com o estilo de vida regular em relação a positivo e negativo ($p < 0,0001$). O estilo de vida positivo foi mais presente nas idades mais avançadas e nos indivíduos casados ($p < 0,0001$). Os fatores de estilo de vida com baixo risco para doenças crônicas e mortalidade prematura mais presentes foram primeiramente não fumar, seguido por não uso de álcool e controle do peso. Os fatores de estilo de vida com baixo risco para doenças crônicas e mortalidade prematura. Mais presentes foram primeiramente não fumar, seguido por não uso de álcool e controle do peso.

Palavras Chave: Estilo de vida; Hábitos de vida; estado de saúde.

LIFESTYLE OF INDIVIDUALS USING THE UNIQUE HEALTH SYSTEM (SUS)

Abstract: Studies have already shown the benefits of adopting healthy lifestyle habits, mainly in relation to higher survival and better quality of health. The objective of this article was to verify positive lifestyle behaviors that are more frequent in the population that uses public health services. This was a cross-sectional study carried out in a Basic Health Unit (UBS), which evaluated the lifestyle of the PEVI of 222 participants of both sexes, aged over 30 years and a user of the Sistema Único. The sample consisted of a total of 222 people, of whom 153 were women (69%). They were divided into three groups according to the lifestyle evaluated by PEVI. Positive lifestyle (n = 92), regular lifestyle (n = 119) negative lifestyle (n = 11). There was a higher proportion of individuals with regular lifestyle than positive and negative ($p < 0.0001$). The positive lifestyle was more present in the more advanced and married ages

($p < 0.0001$). The lifestyle factors with low risk for chronic diseases and more present premature mortality were primarily non-smoking, followed by non-use of alcohol and weight control. **Conclusion:** Lifestyle factors with low scrotum for chronic diseases and premature mortality. Most gifts were primarily non-smoking, followed by non-use of alcohol and weight control

Keywords: Lifestyle; Life habits; Health condition.

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estilo de vida é definido como conjunto de hábitos e costumes que é influenciado, modificado, fomentado ou constringido pelo longo processo de socialização. Esses hábitos e costumes incluem a utilização de substâncias, tais como álcool, tabaco, chás ou café, hábitos dietéticos e exercício. Eles têm implicações importantes para a saúde e são frequentemente objeto de investigação epidemiológica. Também pode ser definido como uma forma de vida baseada em padrões identificáveis de comportamento que são determinados pela interação entre as características pessoais de um indivíduo, social e as condições de vida socioeconômicas e ambientais (WHO, 2004).⁶

Além disso, doenças causadas por um mal estilo de vida são as maiores causas de mortes nas cinco regiões brasileiras na população entre 30 e 69 anos segundo estudo realizado por Malta *et al.* (2014).

Alguns desses padrões identificáveis são expostos pelo Ministério da Saúde na Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013, que lista

.....
⁶ Informações retiradas do texto *A glossary of terms for community health care and services for older persons*, da World Health Organization, publicado em 2004. Disponível em: <<https://bit.ly/2zOvXnC>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

os seguintes padrões considerados como fatores de estilo de vida de baixo risco: abstenção de álcool, abstenção do uso do tabaco, consumo de alimentos (frutas, verduras e legumes) e atividade física regular (BRASIL, 2013). Todos esses padrões são muito bem definidos não só pelo Ministério da Saúde, mas, seguem uma linha muito bem fundamentada por uma série de estudos (KROMHOUT, 2002; FEITOSA; PONTES, 2011; TUOMILEHTO, 2001).

Grandes estudos já mostraram os benefícios de adoção de hábitos de vida saudável. Li Yanping *et al.* (2018) mostraram que a expectativa de vida aos 50 anos foi estimada mais 29,0 anos (IC 95%, 28,3-29,8) para mulheres, e 25,5 anos (IC 95%, 24,7-26,2) para homens que não adotaram fatores de estilo de vida chamados de baixo risco. Em contraste, para aqueles que adotaram cinco fatores de estilo de vida chamado de baixo risco, projetamos uma expectativa de vida aos 50 anos de mais 43,1 anos (IC95%, 41,3-44,9) para mulheres, e 37,6 anos (IC95%, 35,8-39,4) para homens. Entretanto, ainda não se conhecem os comportamentos positivos no estilo de vida de indivíduos usuários do SUS no interior de São Paulo. É possível que tendo esse conhecimento, sirva para estimular outros usuários do SUS a adotarem o maior número de fatores de estilo de vida considerado de baixo risco.

Diante disso, o objetivo deste estudo foi verificar os comportamentos positivos de estilo de vida que são mais frequentes na população que utiliza os serviços públicos de saúde e que podem ser fortalecidos no grupo com mal estilo de vida para redução das DCNTs.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Mogi Guaçu, no estado de São Paulo,

o qual contou com 222 participantes de ambos os sexos, com idade superior a 30 anos e usuários do Sistema Único de Saúde exclusivos.

Após autorização da Secretaria de Saúde do município, e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram aplicados dois instrumentos: o primeiro foi o instrumento Perfil do Estilo de Vida Individual de Nahas (PEVI) para a qualificação dos indivíduos segundo o estilo de vida. O instrumento é composto de 15 itens subdivididos igualmente entre cinco fatores: Nutrição, Atividade Física, Comportamento Preventivo, Relacionamentos e Controle do Stress, onde é utilizada uma escala tipo *Likert* de quatro pontos para responder aos itens: o 0 significando “absolutamente não”, 1 “às vezes”, 2 “quase sempre” e 3 “sempre verdadeira” (NAHAS, 2000).

Sendo assim, a análise individual de cada item do instrumento é analisada da seguinte forma: 0 e 1 – indesejável, 2 e 3 – pouco desejável, 4 e 5 – moderadamente desejável, 6 e 7 – próximo ao desejável e 8 e 9 – desejável.

Também é utilizada a análise do escore total do instrumento o qual possui uma pontuação que varia de 0 a 45 pontos totais e que utiliza o seguinte critério para separação de grupos: Estilo de vida positivo – 31 a 45 pontos, estilo de vida regular – 16 a 30 pontos e estilo de vida negativo – 0 a 15 pontos. Para esta pesquisa foi utilizado os dois tipos de análise.

Após a aplicação do PEVI, foi aplicado um instrumento de pesquisa para avaliar o perfil de uso do sistema de saúde, esse instrumento contém questões referente ao histórico de saúde do indivíduo, sobre o uso do serviço de saúde oferecido pelo SUS e relacionados aos aspectos sociodemográfico e foi desenvolvido pelos pesquisadores baseado no modelo de questões da pesquisa Vigitel realizada pelo Ministério da Saúde. Assim como para verificar os hábitos de vida compatível com fatores de estilo de vida de baixo risco.

Análise estatística

A análise estatística utilizou-se do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov para a avaliação da distribuição dos dados em relação à normalidade. Quando esses dados apresentaram distribuição normal, foram utilizados testes paramétricos para realizar a análise; quando a distribuição foi anormal aplicou-se testes não paramétricos para análise de dados. Os dados foram apresentados em média e desvio padrão; o teste de qui quadrado foi utilizado para as variáveis categóricas entre os grupos. As variáveis referentes aos resultados do PEVI foram avaliadas por meio da análise de variância. Foi considerado $p < 0,05$ como significância estatística.

Resultados

A amostra contou com um total de 222 pessoas, sendo 153 mulheres (69%) e 69 homens (31%). E foram distribuídas em três grupos segundo o estilo de vida avaliado pelo PEVI. O grupo foi formado por indivíduos com o estilo de vida positivo ($n=92$), o segundo grupo por indivíduos com estilo de vida regular ($n=119$) e terceiro por indivíduos com estilo de vida negativo ($n=11$).

Para esta análise primeiramente foi considerado o escore total do instrumento perfil de estilo de vida, o qual possui uma pontuação que varia de 0 a 45 pontos totais, a qual que utiliza o seguinte critério: Estilo de vida positivo – 31 a 45 pontos, estilo de vida regular entre 16 à 30 pontos e estilo de vida negativo pontuação entre 0 a 15 pontos.

Quanto a análise relacionado ao estilo de vida desta amostra, concentrou-se nos estilos de vida positivo e regular. Foi encontrado maior proporção de homens com estilo de vida positivo do que mulheres ($p=0,046$) e maior proporção de mulheres com estilo de vida regular em relação aos homens ($p=0,02$) (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição dos usuários da Unidade Básica de Saúde conforme o sexo e o estilo de vida

VARIÁVEIS QUANTITATIVAS	HOMENS N = 69(31%)	MULHERES N = 153(69%)	TOTAL N = 222(100%)	p (χ^2)
Nahas Total	N (%)	N (%)	N (%)	
Negativo	04 (06)	07 (05)	11 (05)	ns
Regular	29 (42)	90 (58)	119 (54)	0,046
Positivo	36 (52)	56 (37)	92 (41)	0,02

Quando analisado o estilo de vida desta amostra em relação a idade intra grupo, foi visto que houve maior proporção de indivíduos com o estilo de vida regular em relação ao positivo e ao negativo ($p < 0,0001$). Para a idade entre 41 e 50 anos foi encontrada uma maior proporção para positivo e regular *versus* negativo ($p < 0,0001$). No intervalo 51 a 60; 61 a 70 e 71 a 80 houve o mesmo comportamento (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição dos usuários da Unidade Básica de Saúde conforme a idade e o estilo de vida

IDADE EM ANOS	P - N(%) 92(41)	R - N(%) 119(54)	N - N(%) 11(5)	(p)
30 à 40	07 (26)	15 (56)	05 (19)	0,0001 ^{&#}
41 à 50	22 (40)	32 (58)	01 (02)	0,0001 ^{&#@}
51 à 60	27 (38)	40 (56)	05 (07)	0,0001 ^{&#@}
61 à 70	21 (47)	24 (53)	00 (00)	0,0001 ^{&#@}
71 à 80	15 (68)	07 (32)	00 (00)	0,0001 ^{&#@}
81 à 90	00 (00)	01 (100)	00 (00)	-

*Estilo de Vida: P=Positivo / R=Regular / N=Negativo

**& Positivo x Regular / @ Positivo x Negativo / # Regular x Negativo

Fonte: A própria pesquisa, Mogi Guaçu, 2018.

A grande maioria dos participantes deste estudo era casada (67,5%), e quando foi analisado o estilo de vida segundo o estado civil, foi verificado que houve maior proporção de indivíduos casados com estilo de vida positivo em relação a solteiros, divorciados e viúvos ($p < 0,0001$). Para o estilo de vida regular e positivo não foi encontrada diferença entre as proporções (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição dos usuários da Unidade Básica de Saúde conforme o estado civil e o estilo de vida, análise entre grupos

VARIÁVEIS	CASADO N = 146	SOLTEIRO N = 22	VIÚVO N = 29	DIVORCIADO N = 25	p (X ²)
Status Estilo de Vida	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Positivo	65 (44,5)	08 (03,6)	12 (41,3)	07 (28,0)	
Regular	74 (50,6)	12 (54,5)	17 (58,6)	16 (64,0)	
Negativo	07 (04,7)	02 (09,0)	0	02 (08,0)	

Fonte: A própria pesquisa, Mogi Guaçu, 2018.

Nesta segunda análise do estilo de vida foi utilizada uma outra metodologia aplicada ao questionário de Nahas, baseada na pontuação obtida em cada fator do instrumento. Os participantes foram classificados segundo o instrumento Perfil do Estilo de Vida de Nahas como indesejável (escore de 0 a 1 no fator), pouco desejável (escore de 2 a 3 no fator), moderadamente desejável (escore de 4 a 5 no fator), próximo ao desejável (escore de 6 a 7 no fator) e desejável (escore de 8 a 9 no fator).

Essa análise do instrumento de Nahas foi realizada por Nunes (2017) e permite uma visão ampliada do estilo de vida e por domínio do instrumento no indivíduo pesquisado.

Verificou-se que, para os domínios de nutrição e atividade física, a maioria dos participantes ficaram classificados como indesejável e pouco

desejável, sendo esses os fatores que mais contribuíram para o estilo de vida negativo nessa população. Para os domínios de comportamento preventivo, relacionamento social e controle do estresse, a grande maioria ficou classificada como próximo ao desejável ou desejável (Tabela 4).

Tabela 4: Distribuição geral dos usuários da Unidade Básica de Saúde conforme itens do instrumento Perfil do Estilo de Vida Individual (PEVI)

VARIÁVEL ESTILO DE VIDA	ESCORES				
	Indesejável	Pouco Desejável	Moderadamente Desejável	Próximo ao Desejável	Desejável
Variável	0 à 1	2 à 3	4 à 5	6 à 7	8 à 9
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
Nutrição e controle de peso	48 (22)	82(37)	38 (17)	36 (16)	18 (08)
Atividade Física	60 (27)	67(30)	17 (8)	42 (19)	36 (16)
Comportamento Preventivo (não tabaco não álcool)	02 (01)	09 (04)	06 (03)	62 (28)	143 (64)
Relacionamento Social e ter família	00 (00)	21 (09)	17 (08)	114 (51)	70 (32)
Controle do estresse	11 (05)	11 (05)	18 (08)	74 (33)	108 (49)

Fonte: A própria pesquisa, Mogi Guaçu, 2018.

A Tabela 5 mostra que 14% dos participantes ainda são tabagistas, e que estão presente entre os solteiros, assim como o uso de álcool. Os homens mostraram ter melhor controle de peso e são mais ativos fisicamente do que as mulheres. Entretanto, os fatores de estilo de vida com baixo risco para doenças crônicas e mortalidade prematura mais presentes foram primeiramente não fumar, seguido por não uso de álcool e controle do peso.

Tabela 5: Descrição dos fatores de estilo de vida com baixo risco para doenças crônicas e mortalidade prematura

FATORES DE ESTILO DE VIDA	GERAL (%)	HOMEM (%)	MULHER (%)	CASADO (%)	SOLTEIRO (%)	OUTROS (%)
Não fumante	86	82	90	91	84	90
Não uso de álcool	56	42	63	60	36	51
IMC <25 kg/m ²	48	55	68	40	51	46
Alimentação moderada	36	48	33	39	28	36
Atividade física > 3 vezes/semana	19	32	24	19	25	23

Discussão

O principal objetivo deste estudo foi verificar quais os fatores de estilo de vida que os usuários do SUS no interior de São Paulo têm adotado com maior frequência. Dentre os principais resultados, podem ser vistos que o estilo de vida positivo foi encontrado mais frequentemente entre os homens, enquanto para as mulheres houve a predominância de estilo de vida regular. O estilo de vida positivo esteve mais frequente em indivíduos mais idosos, assim como entre os indivíduos casados. Os fatores de estilo de vida considerados de baixo risco mais frequentemente adotados foram Comportamento Preventivo (não tabaco não álcool, Relacionamento Social e Controle do estresse. Entretanto, realizar atividade física, ter uma alimentação saudável e controle de peso não foram tão frequentes.

Neste estudo foi aplicado o questionário de PEVI para avaliar o estilo de vida, um questionário validado, que já foi utilizado em muitos outros estudos (NAHAS, 2000). Portanto, pode ser considerado como um método seguro.

Também verificamos nesta pesquisa quais os comportamentos de estilo de vida que são mais frequentes na população com estilo de vida positivo e que podem ser fortalecidos nos grupos com estilo de vida regular e negativo para se adotar estratégias para redução de DCNTs. Verificamos primeiramente que o fator “relacionamento social” foi o item de estilo de vida com melhores escores, sendo que 83% dos indivíduos ficaram classificados com desejável e próximo ao desejável. Também foi observado que os piores escores estão nos itens nutrição (59% de indesejável e pouco desejável) e atividade física (55% de indesejável e pouco desejável). Essa análise foi realizada utilizando o Instrumento Perfil do Estilo de Vida Individual de maneira conclusiva para esta pesquisa.

Quando analisamos este resultado, verificamos que o relacionamento social está ligado ao conceito de qualidade de vida que envolve o bem-estar físico, mental, psicológico e emocional, além de relacionamentos sociais, como família e amigos, e também a saúde, a educação, o poder de compra e outras circunstâncias, ou seja, está ligado a conceitos subjetivos.⁷

O estilo de vida, por outro lado, avalia um conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização, tais como uso de álcool, tabaco, hábitos de nutrição como já citados (WHO, 2004).⁸

.....
7 Informações retiradas do texto *Healthy People 2010: Understanding and Improving Health*, do Departamento de Saúde e Recursos Humanos do Governo Americano, publicado em 2010. Disponível em: <<https://bit.ly/2rqjK3V>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

8 Informações retiradas do texto *A glossary of terms for community health care and services for older persons*, da World Health Organization, publicado em 2004. Disponível em: <<https://bit.ly/2zOvXnC>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

Apesar de serem conceitos de categorias diferentes, existem evidências que apontam que as mudanças no estilo de vida, tem grande impacto na qualidade de vida (LI *et al.*, 2007).

Almeida e Maia (2010) mostram em seu estudo que, de forma geral, pode-se dizer que os amigos, ao lado dos familiares, são, possivelmente, as figuras mais importantes da rede social do idoso. Mostram ainda que os ambientes físico e social, nele incluídas as instituições de cuidado e os condomínios para idosos, têm sido um fator primordial nas relações interpessoais, porém, apontam a necessidade de outros estudos na área de relacionamentos pessoal, principalmente relacionado a idosos (ALMEIDA; MAIA, 2010).

Apesar dos poucos estudos brasileiros relacionados aos relacionamentos sociais e à saúde, estudos internacionais apontam que relacionamentos pessoais com familiares, amigos e parceiros românticos atenuam a solidão e proporcionam bem-estar subjetivo, e tem um papel importante na felicidade pessoal e na promoção da saúde (HILLS; ARGYLE, 2001; BERSCHIED; REGAN, 2005).

Existem ainda evidências dos benefícios dos relacionamentos interpessoais. Estudos epidemiológicos demonstram que indivíduos socialmente integrados vivem mais (SOUZA; HUTZ, 2008).

Os fatores “nutrição” e “atividade física” foram os itens de estilo de vida que obtiveram os piores escores na população pesquisada. Relacionado à atividade física, vários estudos demonstram estatisticamente que a prevalência da prática de atividade física regular diminui conforme ocorre o aumento da idade, ficando entre 20,7% a 27,5% em estudos realizado no Brasil, o que deixa o grupo dessa pesquisa dentro dos parâmetros atualmente apresentados no país (FREIRE *et al.*, 2014).

Um dado importante apresentado atualmente por pesquisadores é a maior prevalência da atividade física entre adultos e idosos com maior escolaridade, o que sugere uma desigualdade social na prática de atividades físicas (SUZUKY *et al.*, 2011).

Relacionado a nutrição, a Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013 já apontava para um maior consumo de alimentos com excesso de gordura por homens na idade de 25 a 39 anos com escolaridade de ensino fundamental e médio incompletos, dado esse que também confronta com os dados encontrados na população pesquisada (CLARO *et al.*, 2015).

As principais limitações deste estudo estão relacionadas ao fato de coletarmos os dados baseado nas informações do usuário do sistema SUS. Nesse ínterim, podem parecer pequenos desencontros entre os procedimentos informados e os procedimentos realizados. Entretanto, esses possíveis desencontros não anulam os resultados deste estudo visto que muitos estudos também têm utilizado essa forma de coleta de dados. E principalmente porque esses dados trazem importantes informações clínicas e de custo para os Sistema Único de Saúde.

As implicações clínicas deste estudo demonstram que indivíduos com estilo de vida positivo têm menor custo de saúde para o Estado do que indivíduos com estilo de vida negativo. Esses dados podem apontar para uma política de incentivo ao estilo de vida saudável.

Conclusão

Ao analisar os dados de 222 pacientes que utilizam o serviço público de saúde no interior do Estado de São Paulo pode-se concluir que: de uma forma geral, o usuário tem um estilo de vida entre regular e positivo, que os domínios de nutrição e atividade físicas foram os de menor pontuação obtida no questionário e que os fatores de estilo de vida com baixo risco para doenças crônicas e mortalidade prematura. Mais presentes foram primeiramente não fumar, seguido por não uso de álcool e controle do peso.

Referências

ALMEIDA, A.K.; MAIA, E.M.C. Amizade, idoso e qualidade de vida: revisão bibliográfica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 4, p. 743-750, 2010.

BERSCHIED, E.; REGAN, P. **The psychology of close relationships**. Nova Iorque: Psychology Press, 2005.

CLARO, R. M.; SANTOS, M. A. S.; OLIVEIRA, T. P.; PEREIRA, C. A.; SZWARCOWALD, C. L.; MALTA, D. C. Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 257-265, 2015.

FEITOSA, R. C. L.; PONTES, E. R. J. C. Levantamento dos hábitos de vida e fatores associados à ocorrência de câncer de tabagistas do município de Sidrolândia (MS, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 605-613, 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/2UoAB4z>>. Acesso em: 22 jul. 2017.

FREIRE, R. S.; LÉLIS, F. L. O.; FONSECA FILHO, J. A.; NEPOMUCENO, M. O.; SILVEIRA, M. F. Prática regular de atividade física: estudo de base populacional no norte de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v. 20, n. 5, p. 345-349, 2014.

HILLS, P.; ARGYLE, M. Emotional stability as a major dimension of happiness. **Personality and individual differences**, v. 31, n. 8, p. 1357-1364, 2001.

LI, Y.; PAN, A.; WANG, D. D.; LIU, X.; DHANA, K.; FRANCO, O. H.; KAPTOGE, S.; DI ANGELANTONIO, E.; STAMPFER, M.; WILLET, W. C.; HU, F. B. Impact of healthy lifestyle factors on life expectancies in the US population. **Circulation**, v. 138, p. 345-355, 2018.

LI, C.; FORD, E. S.; MOKDAD, A. H.; JILES, R.; GILES, W. H. Clustering of multiple healthy lifestyle habits and health-related quality of life among U.S. adults with diabetes. **Diabetes Care**, v. 30, p. 1770-1776, 2007.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JUNIOR, J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 425-438, 2011.

NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G.; FRANCALACCI, V. O pentágulo do bem-estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 5, n. 2, p. 48-59, 2000.

SOUZA, L. K.; HUTS, C. S. Relacionamentos pessoais e sociais: amizade em adultos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 257-265, 2008.

SUZUKY, C. S.; MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. Atividade física e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, SP. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 311-320, 2011.

TUOMILEHTO, J. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. **The New England Journal of Medicine**, v. 344, n. 18, p. 1343-1350, 2001. Disponível em: <<https://bit.ly/2AYvijo>>. Acesso em: 12 mar. 2016.



NÚMERO DE COMPONENTES DO ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL, MORTALIDADE E EXPECTATIVA DE VIDA

Leslie Andrews Portes¹

Estilo de Vida

O Estilo de Vida Saudável (EV) é definido como o conjunto de hábitos, costumes, práticas e comportamentos, individuais ou coletivos, positivamente relacionados à saúde, os quais podem ser influenciados, mudados, incentivados ou inibidos pelo meio social (WHO, 1998).² Esses hábitos incluem viver onde o *ar* é puro, beber quantidade adequada de água limpa, apropriado banho de *sol*, *repouso* de 7 a 8 horas/dia, *alimentação* saudável, adequado *exercício físico*, *abstinência* de todos os produtos que fazem mal ao corpo, *autoimagem* adequada, *relacionamentos* saudáveis e adequada *espiritualidade*. Alguns estudos se dedicaram a avaliar os efeitos do número de hábitos praticados sobre a Saúde, a Mortalidade (BELLOC, 1973; LI *et al.*, 2018) e a Expectativa de Vida (LI *et al.*, 2018).

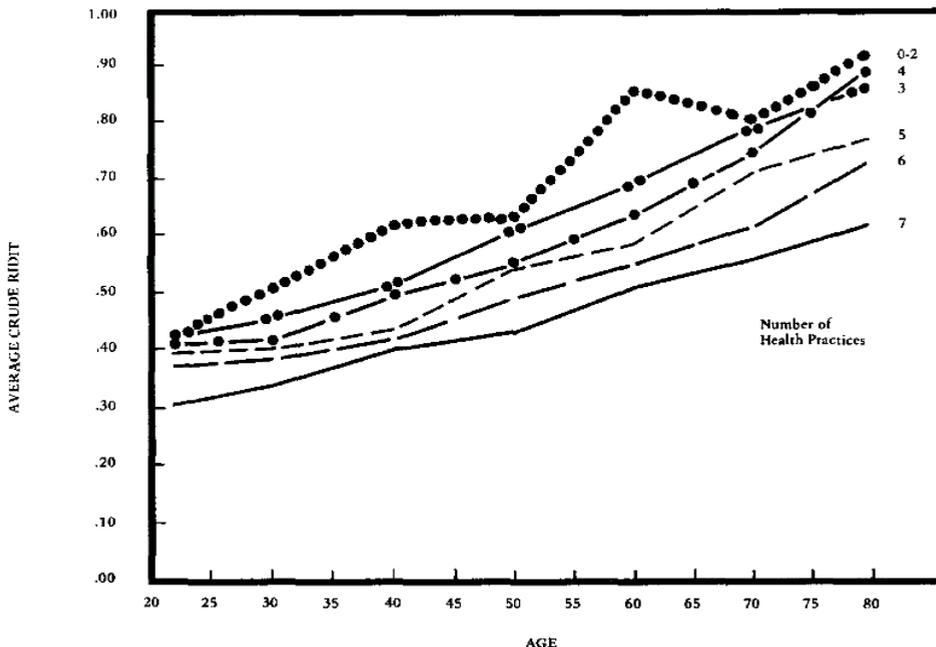
.....
1 Mestrado em Ciências Médicas e Biológicas pela Universidade Federal de São Paulo, Brasil. Doutorado em Ciências da Saúde pela Unifesp. Docente do curso de Mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). E-mail: leslie_portes@yahoo.com.br

2 Informações retiradas do texto *The World Health Report 1998: Life in the 21st century: A vision for all*, produzido e publicado pela World Health Organization em 1998. Disponível em: <<https://bit.ly/2Ea-ZLOo>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

Introdução

Até 1971, os estudos disponíveis indicavam que algumas características sociodemográficas e alguns hábitos se associavam significativamente à saúde. Mulheres e os de menor renda exibiam escores significativamente inferiores de saúde, enquanto os empregados e os casados exibiam maiores escores (BELLOC *et al.*, 1971). Em 1972, Belloc e Breslow avaliaram a relação entre práticas de saúde, tais como, *horas de sono, regularidade das refeições, exercício físico, higiene dental, eliminação, tabagismo e etilismo*, e o *status* de saúde. Eles observaram que boas práticas de saúde – Estilo de Vida Saudável – associaram-se positivamente à saúde e que a relação entre essas práticas e a saúde foi cumulativa, ou seja, quanto maior o número de hábitos saudáveis, melhor a saúde (BELLOC; BRESLOW, 1972).

Figura 1: Crédito médio de saúde física por faixa etária por número de práticas de saúde



A Figura 1 deste artigo é muito ilustrativa. No eixo das ordenadas (eixo Y) estão os escores que utilizaram para avaliação o *status* de saúde. Quanto maior esses escores, pior a saúde. À direita das retas estão os números de hábitos saudáveis. Note que, em todas as faixas etárias avaliadas, quem praticava sete hábitos saudáveis exibia os menores escores e, portanto, o melhor *status* de saúde, embora, com o avanço da idade, o *status* de saúde fosse piorando. Além disso, esses efeitos foram independentes do *status* econômico, ou seja, mesmo pessoas com baixa renda exibiram melhor saúde, quanto mais hábitos praticavam.

É possível que alguém pense que essa conclusão é simples e intuitiva. Mas, se assim for, por que não se dá mais atenção a programas educativos e de promoção da saúde sobre o número de hábitos saudáveis? Por quê, de modo geral, profissionais, leigos e entidades de saúde se preocupam tanto com um alimento ou um princípio ativo dos alimentos?

Em 2011, Wagner *et al.* (2011) publicou um estudo de âmbito mundial, com dados de 70 países. Os custos com saúde atingiram entre 13% e 32% do orçamento doméstico de quatro semanas, 25% dos domicílios pobres em países de baixa renda tinham despesas catastróficas de saúde, e mais de 40% utilizaram suas poupanças, dinheiro emprestado ou venderam ativos para pagarem os cuidados com a saúde. Adicionalmente, 41% a 56% dos familiares nos países de baixa a média renda gastaram 100% dos seus recursos para a saúde com medicamentos. No Brasil, os gastos catastróficos com saúde ocorrem em apenas 5,3% dos domicílios, o que foi explicado pelos pesquisadores pela existência dos programas de fornecimento gratuito de medicamentos pelo Sistema único de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde e pelo programa Farmácia Popular (LUIZA *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2016). Embora o acesso gratuito aos medicamentos para o tratamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil alcance quase metade da população, o que reduz as desigualdades socioeconômicas existentes (TAVARES *et al.*, 2016), democratizando o acesso aos serviços e recursos médicos, isso não garante melhora da saúde. Muito maior atenção deveria ser dada

a Programas de Promoção da Saúde por meio da prática dos Princípios do Estilo de Vida Saudável, tanto em nível de fomento à pesquisa nessa área, quanto na educação para a saúde da população.

Diante desses dados, o objetivo desse comentário foi resumir e apresentar os dados de dois estudos, separados por 45 anos, a respeito do número de componentes do Estilo de Vida Saudável sobre a mortalidade e expectativa de vida.

Método do Estudo de Belloc (1973)

Belloc (1973) acompanharam por 5 anos e meio a população do estudo iniciado em 1965, denominado, Alameda County, na Califórnia, que incluiu uma amostra populacional e probabilística, representativa da população da Califórnia. Questionários de 23 páginas foram deixados com as famílias e a proporção de retorno foi de 86%. Dos 6.928 indivíduos do estudo, houve 371 óbitos nos 5 anos e meio de acompanhamento. Certificados e registros de óbitos de todos foram obtidos.

Foram considerados sete hábitos: tabagismo, peso desejável, bebida alcoólica, 7h a 8h de sono por dia, regularidade das refeições, eliminação e exercícios físicos.

Resultados do Estudo de Belloc (1973)

O primeiro passo do autor foi identificar o status de saúde da amostra. Aqueles severamente incapazes exibiram as maiores taxas de mortalidade no período (12%), seguidos dos menos incapazes (7%), dos que tinham 2 ou mais condições crônicas (5,1%), 1 condição crônica (4,4%) e os apenas sintomáticos (4,0%).

A taxa de mortalidade foi maior nos que tinham renda inadequada (6,9%) em comparação aos que tinham renda muito adequada (5,0%).

A Tabela 1 resume as taxas de mortalidade em 5 anos e meio em 5 grupos segundo as práticas de saúde.

Tabela 1: Taxas (%) de óbitos em 5 anos e meio de acompanhamento segundo o número de hábitos saudáveis praticados

Nº DE HÁBITOS	TODOS	HOMENS	MULHERES
≤3	10,5%	13,2%	7,8%
4	6,8%	7,9%	5,7%
5	5,2%	6,8%	3,6%
6	5,0%	5,6%	4,5%
7	1,8%	1,5%	2,2%

As taxas de mortalidade, segundo o número de hábitos saudáveis praticados, também se associaram à idade. Quanto mais velhas as pessoas, maior a mortalidade, mas em todas as faixas etárias, os que praticavam seis ou mais hábitos exibiram as menores taxas de óbitos, tanto em homens como em mulheres.

A expectativa de vida também foi afetada pelo número de práticas saudáveis. A expectativa de vida aos 45 anos, 55 anos, 65 anos, 75 anos, 85 anos e aos 90 anos foi diminuindo. Os que praticavam 6 a 7 hábitos saudáveis viviam, respectivamente, 5,5 anos, 5,2 anos, 4,1 anos, 2,9 anos e 0,1 ano a mais, entre os homens, que os da população da Califórnia (dados prévios de 1959-1961). Entre as mulheres, os aumentos da expectativa de vida foram de 2,7 anos, 3,2 anos, 3,1 anos, 2,5 anos e 2,2 anos, respectivamente.

Adicionalmente, quando comparados os que praticavam 6 a 7 hábitos saudáveis com aqueles que praticavam 3 ou menos, as diferenças foram ainda maiores na expectativa de vida. Entre os *homens*, as expectativas de vida foram 11,5 anos, 11,2 anos, 6,8 anos e 3,8 anos. Interessantemente, aos 85 anos, os que praticavam 3 ou menos hábitos saudáveis viviam 1,4 ano a mais, e os de 90 anos viveram, após essa idade, o mesmo número de anos

(3,19 anos). Entre as *mulheres*, os anos vividos a mais foram de 7,3 anos, 7,8 anos, 7,5 anos, 3,9 anos, 3,0 anos e 1,9 ano dos 45 anos aos 90 anos.

Conclusões do Estudo de Belloc (1973)

O estudo de Belloc (1973) chama a atenção para pelo menos quatro aspectos:

1. A prática de 6 a 7 hábitos saudáveis resultou em menor mortalidade, em homens e mulheres.
2. Quanto mais adequada for a renda da pessoa, menor será a mortalidade.
3. A prática de 6 a 7 hábitos saudáveis, em todas as faixas etárias avaliadas, resultou em menor mortalidade, em homens e mulheres.
4. Os benefícios da prática de hábitos de Estilo de Vida Saudável são cumulativos, ou seja, quanto mais hábitos, menor a mortalidade.

O presente estudo apoia a noção de que estudos que avaliem poucas práticas saudáveis podem não encontrar significantes benefícios justamente porque deixam de fora hábitos importantes. O presente estudo avaliou sete hábitos importantes, *tabagismo*, *peso desejável*, *bebida alcoólica*, *7h a 8h de sono por dia*, *regularidade das refeições*, *eliminação* e *exercícios físicos*, o que adiciona peso aos seus resultados e deveriam nortear outros estudos.

Método do Estudo de Li et al. (2018)

Li et al. (2018) utilizaram os dados dos estudos *Nurses' Health Study* (NHS) e *Health Professionals Follow-Up Study* (HPFS) disponíveis nos estudos de Willett et al. (1985), Van Dam et al. (2008) e Rimm et al. (1990). Também utilizaram os dados do *National Health and Nutrition Examination Surveys* (NHANES, 2013/2014) para estimar a distribuição dos fatores

relacionados ao Estilo de Vida da população americana.³ Após isso, os autores utilizaram as taxas de óbitos dos americanos a partir dos dados do CDC WONDER.⁴

O NHS (WILLETT *et al.*, 1985, VAN DAM *et al.*, 2008) começou em 1976 e envolveu 121.700 enfermeiras de 30 a 55 anos de idade. O questionário que foi utilizado continha questões sobre aspectos de saúde, informações médicas e de *Estilo de Vida*. Em 1980, 92.468 enfermeiras também responderam sobre frequência alimentar. O HPFS (RIMM *et al.*, 1990) iniciou-se em 1986 com 51.529 profissionais em saúde americanos, nas áreas de odontologia, oftalmologia, osteopatia, podologia, farmácia e veterinária, de 40 a 75 anos de idade. O questionário utilizado buscou coletar informações sobre histórico médico, *Estilo de Vida* e frequência alimentar. Foram excluídos das reanálises os indivíduos que tinham um consumo energético muito baixo ou muito elevado, IMC inferior a 18,5 kg/m², dados incompletos de IMC, atividade física, consumo de álcool e tabaco, e de dieta.

Foi criado um escore de *Estilo de Vida* a partir dos 5 hábitos selecionados: ① dieta, ② tabagismo, ③ atividade física, ④ consumo de álcool e ⑤ IMC. Os autores não incluíram fatores de risco clínicos como a hipertensão arterial, hipercolesterolemia ou uso de medicamentos no escore porque o estudo buscava avaliar os fatores modificáveis de *Estilo de Vida* (LI *et al.*, 2018). O escore de Estilo de Vida de baixo risco foi assim estabelecido:

- ① Dieta considerada saudável.
- ② Tabagismo: nunca ter fumado.

3 Informações obtidas através do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) – National Health and Nutrition Examination Surveys. Disponível em: <<https://bit.ly/2C1hVk5>>. Acesso em: 26 jul. 2016.

4 Informações obtidas através do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) – WONDER online database. Underlying cause of death, 1999–2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2rsMVUd>>. Acesso em: 26 jul. 2016.

- ③ Atividade Física: mais que 30 minutos/dia de atividade física de moderada a vigorosa equivalendo a 3METs por hora.
- ④ Álcool: consumo de no máximo 5 a 15 g/dia para as mulheres e de 5 a 30 g/dia para os homens.
- ⑤ IMC: entre 18,5 kg/m² a 24,9 kg/m².

Cada vez que o critério de baixo risco foi alcançado, foi atribuído um escore 1, mas se não foi atingido, o escore era 0. Assim sendo, os escores somados poderiam variar de 0 a 5 pontos, sendo o escore 5 o equivalente ao *Estilo de Vida* mais saudável. Todos as 78.865 mulheres (NHS) e os 44.354 homens (HPFS) incluídos nas análises foram distribuídos em 1 dos 6 grupos possíveis, quanto ao escore de *Estilo de Vida*: escore 0, 1, 2, 3, 4 e 5.

Resultados do Estudo de Li et al. (2018)

O *primeiro resultado* que deveria surpreender a qualquer um foi o verificado antes do início do acompanhamento de 33,9 anos para as mulheres (NHS) e de 27,2 anos para os homens (HPFS). A prevalência de mulheres e homens com escore 5 foi de apenas 1,3% e 1,7%, respectivamente. Ainda antes do período de acompanhamento, comparando-se às *mulheres* que tinham escore 5 com as que tinham escore 0, verificou-se o seguinte:

1. 1,5 ano mais jovens.
2. IMC = 22,1 kg/m² versus 29,8 kg/m².
3. Índice de alimentação saudável 40% superior.
4. Realizavam 5,4 horas a mais por semana de atividade física.

5. Consumiam mais álcool por dia (3,9 g/dia).
6. Não fumavam e nunca haviam fumado.
7. Usavam menos multivitamínicos.
8. Usavam mais aspirina.
9. Tinham menos histórico de diabetes mellitus na família.

Entre os homens, antes do período de acompanhamento, comparando-se os que tinham escore 5 com os que tinham escore 0, verificou-se o seguinte:

1. 2,0 anos mais jovens.
2. IMC = 23,2 kg/m² versus 28,2 kg/m².
3. Índice de alimentação saudável 48% superior.
4. Realizavam 7,2 horas a mais por semana de atividade física.
5. Consumiam menos álcool por dia (2,7 g/dia).
6. Não fumavam e nunca haviam fumado.
7. Usavam menos multivitamínicos.
8. Usavam mais aspirina.

Outros dados muito interessantes foram os seguintes:

1. O ganho em expectativa de vida entre as *mulheres* que praticavam os 5 hábitos saudáveis foi de 14,0 anos.
2. Entre os *homens*, o ganho foi de 12,2 anos.
3. O risco de óbito por todas as causas foi de 0,26, enquanto por câncer foi de 0,35 e por doenças cardiovasculares foi de 0,18.
4. Com o aumento do IMC, os riscos de óbito por todas as causas, por câncer e por doenças cardiovasculares aumentaram em 67%, 24% e 158%.
5. Com o aumento do consumo de *fumo*, os mesmos riscos aumentaram, respectivamente, em 187%, 197% e 178%.
6. Em relação ao consumo de álcool, os mesmos riscos aumentaram, respectivamente, em 25%, 21% e 17%.
7. Com respeito à *atividade física*, os mesmos riscos diminuíram respectivamente, em 56%, 45% e 61%.
8. Com respeito ao *escore de alimentação saudável*, os riscos diminuíram respectivamente, em 27%, 30% e 27%.

Conclusões do Estudo de Li et al. (2018)

Os autores concluíram que o *Estilo de Vida Saudável* pode, substancialmente, aumentar a expectativa de vida e reduzir a mortalidade prematura de americanos. Os dados acrescentaram ainda que existe uma clara relação dose-resposta, ou seja, quanto maior o número de hábitos praticados, 1, 2, 3, 4 ou 5, maiores os benefícios.

Considerações Finais

Os resultados encontrados nos estudos de Belloc (1973) e Li *et al.* (2018) não deixam dúvidas de que, quanto maior o número de hábitos saudáveis praticados, ou melhor ainda, quanto mais princípios de *Estilo de Vida Saudável* são praticados, menor a mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, principalmente as prematuras, e maior a expectativa de vida. Por isso, considero mais apropriado o termo *Doenças do Estilo de Vida* em lugar do termo *Doenças Crônicas Não Transmissíveis*. Esses resultados, em conjunto, deveriam motivar pesquisadores e agências de fomento à pesquisa para avanços em programas de intervenção e de educação em *Estilo de Vida* da população como a melhor saída para reduzir os gastos com medicamentos e doenças e promover a saúde.

É compreensível que haja tanta preocupação com a Qualidade de Vida da população, e que enormes investimentos sejam feitos com relação ao acesso a medicamentos e à democratização dos recursos médicos. Contudo, essa não é e nem será a solução para o atual estado de coisas da *Saúde Pública* ou *Coletiva*. O aumento do acesso e a democratização dos recursos médicos, sem a devida educação da população e o aumento do número de indivíduos responsáveis com sua saúde, oneram e sobrecarregam parte da população e têm limitada longevidade. Esse é um aspecto pernicioso da “gratuidade” sem responsabilidade. A definição de saúde oferecida por Bircher (2005, p. 335, ênfase acrescentada) deveria ser mais bem considerada: “*Saúde é um estado dinâmico de bem-estar, caracterizado pelos potenciais físico, mental e social, os quais satisfazem as demandas da vida, proporcionais à idade, à cultura e à responsabilidade pessoal*”. Embora ela não mencione o aspecto espiritual, parece-me muito melhor que a definição tradicional, além de deixar claro o aspecto “**responsabilidade pessoal**” com respeito à saúde, ou seja, em que as pessoas substituam hábitos não saudáveis por hábitos saudáveis.

Se as pessoas esperarem que os governos lhes deem saúde, descobrirão cedo que isso não é possível. Cada um deve ser o principal ator de sua saúde. O dever dos governos é dar condições, promover e fomentar hábitos saudáveis de Estilo de Vida. Mas o maior responsável pela saúde é a própria pessoa.

Referências

BELLOC, N. B. Relationship of health practices and mortality. **Preventive Medicine**, 1973; v. 2, n. 1, p. 67-81, 1973.

BELLOC, N. B.; BRESLOW, L. Relationship of physical health status and health practices. **Preventive Medicine**, 1972; v. 1, n. 3, p. 409-21, 1972.

BELLOC, N. B.; BRESLOW, L.; HOCHSTIM, JR. Measurement of physical health in a general population survey. **American Journal of Epidemiology**, v. 93, n. 5, p. 328-336, 1971.

BIRCHER, J. Towards a dynamic definition of health and disease. **Med Health Care Philo**, v. 8, p. 335-341, 2005.

LI, Y.; PAN, A.; WANG, D. D.; LIU, X.; DHANA, K.; FRANCO, O. H.; KAPTOSE, S.; DI ANGELANTONIO, E.; STAMPFER, M.; WILLET, M. C.; HU, F. B. Impact of healthy lifestyle factors on life expectancies in the US population. **Circulation**, v. 137, n. 20, 2018.

LUIZA, V. L.; TAVARES, N. U.; OLIVEIRA, M. A.; ARRAIS, P. S.; RAMOS, L. R.; DAL PIZZO, T. S.; MENGUE, S. S.; FARIAS, M. R.; BERTOLDI, A. D. Gasto catastrófico com medicamentos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, supl. 2, 2006. Disponível em: <<https://bit.ly/2zNa34c>>. Acesso em: 12 dez. 2018.

OLIVEIRA, M. A.; LUIZA, V. L.; TAVARES, N. U.; MENGUE, S. S.; ARRAIS, P. S.; FARIAS, M. R.; DAL PIZZO, T. S.; RAMOS, L. R.; BERTOLDI, A. D. Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, supl. 2, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/2EndAtV>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

RIMM, E. B.; STAMPFER, M. J.; COLDITZ, G. A.; CHUTE, C. G.; LITIN, L. B.; WILLETT, W. C. Validity of self-reported waist and hip circumferences in men and women. **Epidemiology**, v. 1, p. 466-473, 1990.

TAVARES, N. U.; LUIZA, V. L.; OLIVEIRA, M. A.; COSTA, K. S.; MENGUE, S. S.; ARRAIS, P. S.; RAMOS, L. R.; FARIAS, M. R.; DAL PIZZOL, T. S.; BERTOLDI, A. D. Acesso gratuito a medicamentos para tratamento de doenças crônicas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, supl. 2, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/2QLTKOK>>. Acesso em 10 dez. 2018.

VAN DAM, R. M.; LI, T.; SPIEGELMAN, D.; FRANCO, O. H.; HU, F. B. Combined impact of lifestyle factors on mortality: prospective cohort study in US women. **BMJ**, v. 337, 2008. Disponível em: <<https://bit.ly/2SHEEaB>>. Acesso em: 12 dez. 2018.

WAGNER, A. K.; GRAVES, A. J.; REISS, S. K.; LECATES, R.; ZHANG, F.; ROSS-DEGNAN, D. Access to care and medicines, burden of health care expenditures, and risk protection: results from the World Health Survey. **Health Policy**, v. 100, p. 151-158, 2011.

WILLETT, W. C.; SAMPSON, L.; STAMPFER, M. J.; ROSNER, B.; BAIN, C.; WITSCHI, J.; HENNEKENS, C. H.; SPEIZER, F. E. Reproducibility and validity of a semiquantitative food frequency questionnaire. **American Journal of Epidemiology**, v. 122, p. 51-65, 1985.



PERFIL DE RISCO CARDIOVASCULAR EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Juliana de Souza Gonçalves¹

Leila Lima da Silva²

Maria Fernanda Melo Lopes Ninahuaman³

Gina Andrade Abdala⁴

Marlise de Oliveira Pimentel Lima⁵

Resumo: O presente trabalho tem por objetivo avaliar o perfil de risco para doenças cardiovasculares em estudantes universitários do período noturno na zona Sul de São Paulo. Utilizou-se, para esta pesquisa, o método de estudo transversal, quantitativo, realizado com 116 universitários em São Paulo (SP). Os dados sociodemográficos e os hábitos de vida foram coletados mediante questionário autopreenchido. Nos resultados obtidos, prevaleceu uma população jovem, com média de idade de 26,7 anos ($dp= 8,9$) e sexo feminino (59,5%, $n= 69$). Ao comparar por sexo, o masculino apresentou fatores de risco para pré-hipertensão (46,7%) e hipertensão (19,1%), hiperglicemia (4,4%)

.....

1 Enfermeira, pós-graduada pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); Lancha Luzeiro, Amazonas. E-mail: julianadesouza22@gmail.com

2 Enfermeira, pós-graduada em UTI, Hospital Adventista de São Paulo. E-mail: leilalimaitup@gmail.com

3 Farmacêutica, mestre em Farmacologia pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Professora do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp-SP). E-mail: fernanda_ninhuaman@hotmail.com

4 Enfermeira, doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Professora do curso de Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia e do Mestrado em Promoção da Saúde. Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp-SP). E-mail: gina.abdala@unasp.edu.br

5 Enfermeira, Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Professora do curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (EACH-USP). E-mail: mop.lima@hotmail.com

e etilismo (13%). As mulheres apresentaram como fatores de risco, a colesterolemia (27,5%), o índice de massa corporal elevado (33,9%), o sedentarismo (72,5%) e o *Self-Reporting Questionnaire* (> 7) (37,7%). Concluiu-se que o risco cardiovascular para esses 116 estudantes foi menor quando comparado com outros na literatura, porém, necessitam de atenção quanto a algumas mudanças nos hábitos do estilo de vida para ambos os sexos.

Palavras-chave: Estilo de vida; Doenças cardiovasculares; Estudantes; Adulto jovem; Fatores de risco.

PROFILE OF CARDIOVASCULAR RISK IN UNIVERSITY STUDENTS

Abstract: The objective of this study is to evaluate the risk profile for cardiovascular diseases in university *Students* of the night time in the south of São Paulo. Method: Cross-sectional, quantitative study, carried out with 116 university *Students* in São Paulo (SP). Socio-demographic data and the life habits were collected through a self-administered *Questionnaire*. In the results obtained, a young population prevailed, with a mean age of 26.7 years (SD = 8.9) and female sex (59.5%; n = 69). When comparing by gender, the male presented risk factors for prehypertension (46.7%) and hypertension (19.1%), hyperglycemia (4.4%) and alcoholism (13%). The women presented as risk factors, colesterolemia (27.5%), high body mass index (33.9%), sedentary lifestyle (72.5%) and *Self-Reporting Questionnaire* (> 7) (37.7%). It was concluded that the cardiovascular risk for these 116 *Students* was lower when compared to others in the literature, but they need attention regarding some changes in lifestyle habits for both gender.

Keywords: Lifestyle; Cardiovascular diseases; *Students*; Young adult; Risk factors.

Introdução

As doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de morte no Brasil. Chegam a ser responsáveis por cerca de 29,8% de todas as mortes em homens e mulheres, sendo a maior causa de mortalidade em países desenvolvidos. Atualmente, as DCV são responsáveis por 1,2 milhões de hospitalizações, com um custo aproximado de 650 milhões de dólares/ano (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Segundo o estudo sobre a carga de doença no Brasil de 1990 a 2010, as doenças cardiovasculares reduziram em 30%, mas persistiram como principal causa de morte, sendo os principais fatores de risco dieta inadequada e hipertensão (MARINHO *et al.*, 2016).

Os fatores de risco para as DCV podem ser divididos em duas categorias: fatores de riscos modificáveis como o tabagismo, colesterol total elevado, hipertensão arterial sistêmica (HAS), inatividade física, diabetes, obesidade, estresse e obesidade abdominal; e fatores de risco não modificáveis, sendo estes, hereditariedade, sexo, etnia e idade avançada (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Em um estudo feito com 605 estudantes universitários de Teresina (PI), encontrou-se 9,7% com hipertensão, 18,2% em sobrepeso e 52% sedentários. O conhecimento sobre esses fatores de risco pode levar os jovens estudantes, educadores e gestores de educação em saúde a uma reflexão e elaboração de programas de prevenção (MARTINS *et al.*, 2010).

Autores sugerem que uma melhor atenção seja dada quanto ao incentivo à prática de atividades físicas e uma alimentação equilibrada para que esses jovens tenham melhor estilo de vida e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida (LOPES *et al.*, 2017).

Portanto, tendo em conta a necessidade de determinar os fatores de risco para doenças cardiovasculares em jovens para que se estude uma melhor forma de prevenção, o objetivo deste trabalho foi avaliar o perfil de

risco para doenças cardiovasculares em uma comunidade de estudantes universitários do período noturno, na zona Sul de São Paulo.

Método

Trata-se de um estudo de corte transversal com abordagem quantitativa sobre os fatores de risco para doenças cardiovasculares. A amostra incluiu estudantes universitários, de ambos os sexos, com a idade entre 18 e 57 anos, de cursos noturnos, regularmente matriculados em uma universidade da Zona Sul de São Paulo.

O tamanho amostral foi definido a partir do cálculo de sete a dez indivíduos por variável de estudo (ARMITAGE *et al.*, 1994). Foram estabelecidas 13 variáveis, portanto o tamanho amostral foi de 116 estudantes. As variáveis que nortearam o estudo foram: idade em anos, sexo, estado civil, etnia, antecedentes familiares para DCV, pressão arterial, *índice de massa corporal (IMC)*, atividade física, fumo, consumo de álcool, *Self-Reporting Questionnaire SRQ 20*, colesterol total e glicemia.

Os alunos foram recrutados por meio de convite feito pelos pesquisadores em sala de aula. Os dados sociodemográficos, o questionário SRQ-20 (SANTOS *et al.*, 2010) e os questionários relativos aos hábitos de vida e histórico familiar para doenças cardiovasculares, elaborados a partir de leituras de referência, foram autopreenchidos pelos participantes.

A pressão arterial foi mensurada pelo método auscultatório, utilizando esfigmomanômetro aneróide no membro superior esquerdo, braço apoiado na altura do coração, com o indivíduo sentado, com as pernas descruzadas e apoiadas no chão. Para a análise estatística foram considerados os níveis pressóricos de Pressão Arterial Sistólica (PAS) ≥ 140 e/ou Pressão Arterial Diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg de acordo com as VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (MALACHIAS *et al.*, 2016).

A determinação do peso (em quilogramas) foi através de uma balança digital TX marca BIC Linha Equilibrium modelo SYE 2004D1. Para a verificação da altura (em metros), utilizou-se um estadiômetro (graduado a cada 0,5 cm).

O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado e analisado segundo a Atualização da Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (FALUDI *et al.*, 2017), ou seja, considerando como baixo peso de $IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$, eutrófico se $IMC \geq 18,5$ e $< 25 \text{ kg/m}^2$, sobrepeso se $IMC \geq 25$ e $< 30 \text{ kg/m}^2$ e com obesidade se $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$.

Foram classificados sedentários os participantes que afirmaram não praticar nenhum tipo de exercício físico no mínimo 30 a 40 minutos por dia com frequência mínima de três vezes por semana. Quanto ao tabagismo, foram classificados como não fumantes, os que nunca fumaram ou pararam de fumar há mais de seis meses. O consumo de álcool foi avaliado como não etilista os que nunca beberam ou que pararam há mais de seis meses.

O SRQ-20 foi utilizado para o levantamento de transtornos mentais comuns, questionário avaliado por Santos *et al.* (2010), que relata que o melhor ponto de corte é de 6/7 para ambos os sexos. Os escores obtidos estão relacionados com a probabilidade de presença de transtorno mental comum, variando de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade).

Para as dosagens bioquímicas de colesterol total e frações e glicemia, os alunos foram convidados a vir em jejum (8 a 12h). A coleta de sangue foi realizada por técnicos de enfermagem, supervisionado por um enfermeiro, utilizando sistema de coleta a vácuo, BD *Vacutainer*[®] (São Paulo, Brasil).

Para classificar os valores de lipídeos, foi utilizado o critério estabelecido pela Atualização da Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (FALUDI *et al.*, 2017), e todos os valores que se encontraram acima dos níveis considerados limítrofes, foram considerados alterados, ou seja, colesterol $\geq 190 \text{ mg/dl}$.

O valor da glicemia foi classificado segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2016).⁶ Para a análise de dados de glicose, foram considerados fatores de risco os valores acima de 100 mg/dl, pois refletem a glicemia normal e acima de 110 mg/dl, tolerância diminuída à glicose e Diabetes Mellitus DM.

A análise estatística foi realizada após a digitação dupla dos dados em planilhas Excel^{MR} por avaliação descritiva e inferencial dos dados mediante o teste *t* de Student, utilizando o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS)^{MR} 22.0 e apresentados em tabelas e gráfico.

Os critérios de inclusão para esta pesquisa foram: estar matriculados em cursos do período noturno, ter a idade maior que 18 anos, ter condições de responder a todos os questionários e estar em jejum. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Adventista São Paulo (Unasp) sob o parecer nº 23408.



Resultados

Participaram no presente estudo 116 universitários, sendo 59,5% (n=69) mulheres (Tabela 1). A idade variou de 18 a 57 anos, sendo a média de 26,7 (dp=8,9) anos.

Tabela 1: Distribuição dos dados sociodemográficos de estudantes universitários noturnos de uma universidade da zona sul de São Paulo

VARIÁVEIS	N	%
Gênero		
Feminino	69	59,5
Masculino	47	40,5

.....
 6 Informações retiradas do relatório de *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)*, publicado em 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2ju4TQU>>. Acesso em: 12 mai. 2018.

VARIÁVEIS	N	%
Idade		
18-34	92	79,3
35-57	24	20,7
Estado civil		
Solteiro	84	72,4
Casado	24	20,7
Outros	08	6,9
Etnia		
Branca	53	45,7
Preta	9	7,8
Parda	54	46,5

Na tabela 2, ao se analisar os fatores de risco para doenças cardiovasculares separadas por sexo, observou-se que os homens apresentaram valores maiores em relação às mulheres, tanto na PAS ($p = 0,014$ e $0,02$) quanto na PAD ($p = 0,299$ e $0,312$) para ambas categorias, ou seja, na pré-hipertensão e na hipertensão.

Quanto ao valor de colesterol, as mulheres apresentaram 27,5% de colesterol alterado contra 19,1% nos homens. Com relação à glicemia, os homens apresentaram tolerância diminuída em 26,7% contra 23,5% nas mulheres.

No IMC, juntando-se as duas categorias “sobrepeso” e “obesidade”, o feminino apresentou 33,9% de frequência contra 27,6% no sexo masculino, nas mesmas categorias.

Tabela 2: Distribuição dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares presentes nos universitários noturnos de uma universidade na zona sul de São Paulo, segundo o sexo.

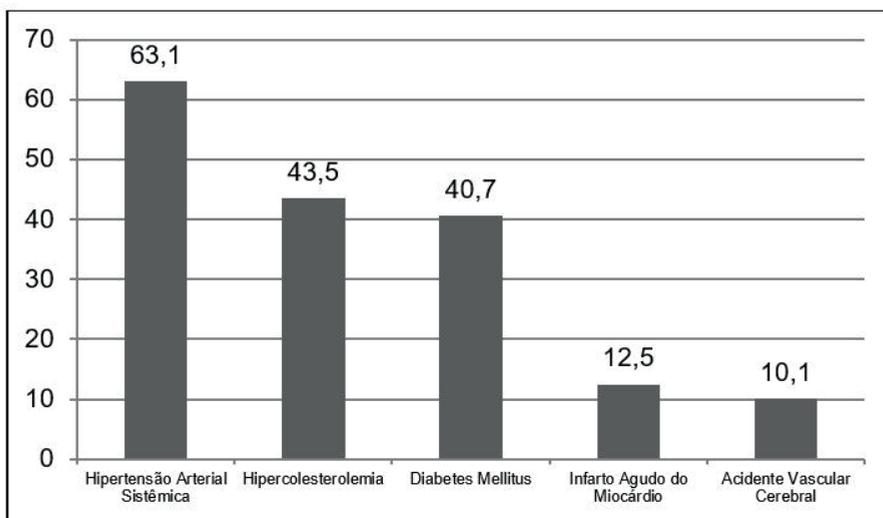
VARIÁVEIS	FEMININO		MASCULINO	
	N	%	N	%
PAS				
Normal (≤ 120);	53	80,3	15	33,3
Pré hipertensão (121-139)	10	15,2	21	46,7
Hipertensão (≥ 140)	3	4,5	9	20,0
PAD				
Normal (≤ 80)	75	83,3	13	61,9
Pré-hipertensão (81-89)	11	12,2	4	19,1
Hipertensão (≥ 90)	4	4,4	4	19,1
Colesterol total				
Normal (até 190)	50	72,5	38	80,9
Alterado (≥ 191)	19	27,5	9	19,1
Glicemia				
Normal (< 100)	52	76,5	31	68,9
Tolerância a glicose diminuída (100 < 126)	16	23,5	12	26,7
Diabetes mellitus (≥ 126)	0	0,0	2	4,4
IMC				
Baixo peso	9	13,8	0	0,0
Eutrófico	34	52,3	32	71,1
Sobrepeso	13	20,0	7	15,6
Obesidade	9	13,9	6	12,0

*PAS: Pressão Arterial Sistólica; PAD: Pressão Arterial Diastólica; IMC: Índice de massa corporal.

Ao realizar o teste *t* de *Student* para comparação de médias por sexo, somente a PAS do sexo masculino foi estatisticamente maior que a do feminino ($p = 0,02$). As demais variáveis não apresentaram diferença estatisticamente significante ($p > 0,05$).

Quanto às doenças associadas a problemas cardiovasculares presentes nos antecedentes familiares dos 116 universitários noturnos deste estudo, a HAS e a hipercolesterolemia foram as doenças que predominaram, conforme mostra a Figura 1.

Figura 1: Distribuição das doenças cardiovasculares presentes nos antecedentes familiares dos universitários noturnos de uma universidade da zona sul de São Paulo



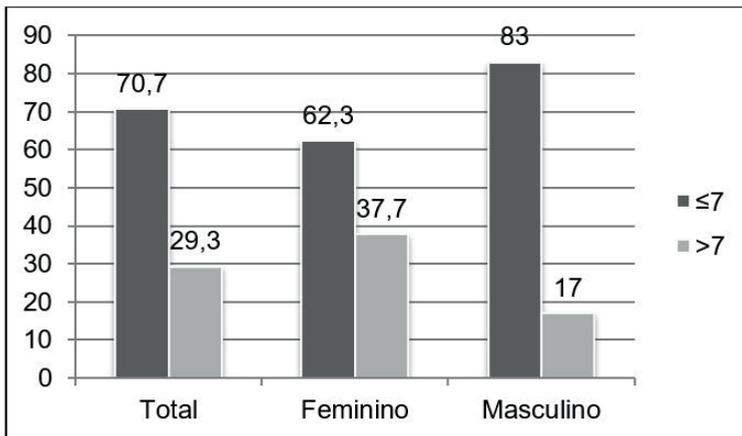
Os dados coletados no presente estudo, sobre os hábitos de estilo de vida, demonstraram que 60,0% dos acadêmicos não praticam atividade física. Destes, a maioria era do sexo feminino (72,5%). Ambos os sexos responderam não fazer uso de tabaco e álcool (99,1% e 90,2%) respectivamente. Entretanto, 13,0% do sexo masculino fazem maior uso de bebida alcoólica comparado ao feminino 7,6% (Tabela 3).

Tabela 3: Fatores de risco para doenças cardiovasculares, segundo o estilo de vida dos universitários noturnos de uma universidade na zona sul de São Paulo

VARIÁVEIS	FEMININO		MASCULINO	
	Nº	%	Nº	%
Atividade física				
Não	50	72,5	19	41,3
Sim	19	27,5	27	58,7
Tabagismo				
Não fumante	68	98,6	46	100,0
Fumante	1	1,4	0	0,0
Etilista				
Não	61	92,4	40	87,0
Sim	5	7,6	6	13,0

O *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), referente à presença ou não de transtornos mentais comuns (TMC), mostrou que 70,7% dos estudantes não apresentam TMC. No entanto, a Figura 2 mostra que 37,7% das mulheres apresentam TMC enquanto que 17,0% dos homens têm alteração.

Figura 2: Distribuição dos transtornos mentais comuns em estudantes universitários de uma universidade na zona sul de São Paulo



Discussão

Entre os 116 estudantes universitários pesquisados no presente estudo, 59,5% eram do sexo feminino, com idade média de 26,7. Dados semelhantes aos do presente inquérito foram encontrados por Freitas *et al.* (2013) ao realizar um estudo com 702 universitários, dos quais prevaleceu o sexo feminino com média de idade de 21,5 anos.

Observou-se, no presente estudo, que o sexo feminino apresentou uma prevalência de 4,5% e 4,4% para a PAS > 140mmHg e PAD > 90mmHg, respectivamente. Já os homens apresentaram 20% e 19,1% nas mesmas categorias. Em um estudo realizado com 605 estudantes universitários, obteve-se prevalência de HAS de 35,8% nos homens e 30% nas mulheres quando avaliada a HAS segundo o sexo (MARTINS *et al.*, 2010).

Esses achados são contrários ao que se vê hoje no Brasil, em que o percentual de hipertensos é de 24,3%, sendo 26,4% nas mulheres e 21,7% nos homens. Já em São Paulo, 24,5% da população diz ter diagnóstico médico de hipertensão, sendo a prevalência de 22,5% nos homens e 26,1% nas mulheres (BRASIL, 2018).⁷

Observou-se uma prevalência de glicemia normal para 76,5% das mulheres e 68,9% nos homens.

Ao avaliar 47 trabalhadores de um centro de atendimento à comunidade em uma Instituição de Ensino Superior (IES) privada do Distrito Federal, Costa *et al.* (2012) obtiveram valores de PA (83%) e glicemia (85,1%) dentro da normalidade, semelhantes aos do presente estudo.

Quanto à hipercolesterolemia (>190), observou-se uma prevalência de 27,5% nas mulheres contra 19,1% nos homens. Rivarola *et al.* (2012) realizaram uma pesquisa com 120 universitários, de ambos os sexos, ingressantes no curso

.....
⁷ Informações retiradas do texto *Ministério da Saúde: 24,5% da população de São Paulo (SP) diz ter diagnóstico médico de hipertensão*, publicado pelo Ministério da Saúde em 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2ROb17d>>. Acesso em: 03 mai. 2018.

de medicina, e encontraram uma prevalência de 14,4%, que esteve relacionada com a idade.

Já para Hernández-Escolar *et al.* (2010), o fator colesterol, quando relacionado ao sexo, se mostrou com níveis significativamente alterados para o sexo masculino ($p < 0,05$), contradizendo o presente estudo em que o sexo feminino teve maior destaque.

No presente estudo, o sexo masculino obteve maiores níveis glicêmicos (4,4%), discordando dos valores encontrados por Mohr *et al.* (2011), em que os níveis elevados de DM foram para o sexo feminino, estando de acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2016).⁸

Em relação ao IMC, o presente estudo apresentou um valor um pouco maior para as mulheres (13,9%) em relação aos homens (12%), com valores inferiores aos da população nacional. Segundo o estudo *VIGITEL*, que entrevistou 53.210 pessoas com 18 anos ou mais, o IMC cresceu 26,3% em 10 anos, passando de 42,6% em 2006 para 53,8% em 2016. Essa prevalência foi maior em homens (57,7%) ao comparar com as mulheres (50,5%). Já a obesidade cresceu 60%, passando de 11% para 18,7%, sendo 19,6% em mulheres e 18,1% em homens (*VIGITEL*, 2016).⁹

Por outro lado, em um estudo realizado no Nordeste do Brasil com 5.544 estudantes adolescentes, encontrou-se que o excesso de peso tem predominância no sexo masculino, pertencentes à classe econômica mais elevada (FARIAS JR; MENDONÇA, 2016).

Quanto à história familiar de doenças, a HAS (63,1%), hipercolesterolemia total (43,5%) e DM (40,7%) foram as mais prevalentes no presente estudo, causas essas descritas na literatura como principais fatores de risco para DCV. A história familiar de DCV é uma excelente ferramenta para identificar

.....
8 Informações retiradas do relatório de *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)*, publicado em 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2Ju4TQU>>. Acesso em: 12 mai. 2018.

9 Informações retiradas do relatório *Hábitos dos brasileiros impactam no crescimento da obesidade e aumenta prevalência de diabetes e hipertensão*, publicado em 2016 pela Vigitel Brasil. Disponível em: <<https://bit.ly/2uvRmBC>>. Acesso em: 04 mai. 2018.

potenciais indivíduos com risco elevado, o que pode ser prevenido por meio de estratégias de prevenção primária (BRAGA *et al.*, 2016). Com isso, cabe um adequado controle dos fatores de risco biológicos modificáveis e de conduta desde a infância para que essas doenças sejam reduzidas (FREITAS *et al.*, 2013).

Os resultados da atividade física praticada pelo grupo estudado (40%) sugerem prevalência menor que os reportados em universitários da Colômbia (64,1%) (PAULA *et al.*, 2013) e maior que os reportados por Santos *et al.* (2014) (22,8%).

O resultado de predominância de sedentarismo (72,5%) no sexo feminino no presente estudo está em concordância com os de outros estudos nacionais (SANTOS *et al.*, 2014; COSTA *et al.*, 2017). Uma possível justificativa para esse padrão consiste nas múltiplas jornadas de trabalho das mulheres, o que contribui para limitar o tempo disponível para a prática de exercício (RODRIGUEZ *et al.*, 2008).

Com respeito à saúde mental dos indivíduos, 29,3% estavam com suspeita de transtornos mentais comuns. Um valor aproximado foi encontrado em um estudo com 206 jovens atendidos em uma feira de saúde na zona sul de São Paulo, demonstrando que a prevalência de TMC era de 34%, sendo maior no sexo feminino (81,5%) comparado ao masculino (18,5%) (MEIRA *et al.*, 2015). Resultado superior foi encontrado no estudo de Faria *et al.* (2011) em que 59% possuíam vulnerabilidade para o TMC.

Quanto ao uso de álcool, os resultados do presente estudo (7,6% e 13% para feminino e masculino respectivamente) divergem dos encontrados por Baumgarten *et al.* (2012) que descrevem 57,5% de consumidores de álcool entre os universitários. Em outra pesquisa, também com estudantes, encontrou-se 35,7% e 26,4% do sexo feminino e masculino respectivamente que consumiam álcool (RAMIS *et al.*, 2012).

Segundo Massimo *et al.* (2015), os estudos sobre os determinantes da saúde e seus desdobramentos devem ser vistos de modo multidisciplinar, para progresso do conhecimento e entendimento de problemas complexos. As condições gerais da existência caracterizam a *modo de vida* que articula condições

de vida e estilo de vida que são o pano de fundo das abordagens em saúde, interpretados no espaço sócio-histórico e cultural.

Apesar do estudo mostrar a direção certa para o combate dos fatores de risco entre os estudantes universitários do sexo feminino e masculino ao evitar as doenças cardiovasculares, enfrentou-se algumas limitações neste estudo, a saber, um número amostral pequeno e o tipo de estudo, corte transversal, sem a possibilidade de estabelecer causalidade.

Conclusão

O risco cardiovascular para esses 116 estudantes foi menor quando comparado com outros na literatura, porém, necessitam de atenção quanto a algumas mudanças nos hábitos do estilo de vida para ambos os sexos. Para os homens, os fatores de risco mais evidentes foram pré-hipertensão e hipertensão arterial, hiperglicemia e uso de álcool, para as mulheres maiores níveis de IMC, colesterol e sedentarismo.

A importância da prevenção de enfermidades e manutenção da saúde através de mudanças de estilo de vida deve ser algo contínuo aos jovens, pois estes ainda estão na fase inicial da vida e do amadurecimento.

Essa constatação denota a importância da inserção de políticas de promoção de saúde, pautadas em ações específicas que atuem sobre os indicadores de risco cardiovascular para essa população específica tais como: prática de atividade física regular, uma alimentação com baixo teor de sal e diminuir ou abolir o uso de álcool e fumo.

Referências

ARMITAGE, P.; BERRY, G.; MATTHEWS, J. N. S. **Statistical methods in medical research**. 4th ed. United Kingdom: MPG Books Ltd., 2002.

BAUMGARTEN, L. Z.; GOMES, V. L. O.; FONSECA, A. D. Consumo alcoólico entre universitários(as) da área da saúde da universidade federal do Rio Grande/RS: subsídios para enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 530-535, 2012.

BRAGA, D. C.; BRIANCINI, G.; LUNARDELLI, A. L.; SILVA, J. A. N.; BONAMIGO, E. L.; BORTOLINI, S. M. Avaliação do risco cardiovascular em famílias de um município rural do estado de Santa Catarina. **Revista da AMRIGS**, v. 60, n. 4, p. 279-399, 2016.

COSTA, D. K. R.; ANDRADE, T. C. S.; MIRANDA, C. M. M.; SANTOS, C. A.; PEIXOTO, H. M. Prevalência de risco cardiovascular entre trabalhadores de uma instituição de ensino superior privada. **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 20, n. 1, p. 9-14, 2012.

COSTA, I. F. A. F.; MEDEIROS, C. C. M.; COSTA, F. D. A. F.; FARIAS, C. R. L.; SOUZA, D. R.; ADRIANO, W. S.; SIMÕES, M. O. D. S.; CARVALHO, D. F. Adolescentes: comportamento e risco cardiovascular. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 16, n. 3, p. 205-213, 2017.

FALUDI, A. A.; IZAR, M. C. O.; SARAIVA, J. F. K.; CHACRA, A. P. M.; BIANCO, H. T.; AFIUNE NETO, A.; BERTOLAMI, A.; PEREIRA, A. C.; LOTTENBERG, A. M.; SPOSITO, A. C.; CHAGAS, A. C. P.; CASELLA-FILHO, A.; SIMÃO, A. F.; ALENCAR FILHO, A. C.; CARAMELLI, B.; MAGALHÃES, C. C.; MAGNONI, D.; NEGRÃO, C. E.; FERREIRA, C. E. S.; SCHERR, C.; FEIO, C. M. A.; KOVACS, C.; ARAÚJO, D. B.; CALDERARO, D.; GUALANDRO, D. M.; MELLO JUNIOR, E. P.; ALEXANDRE, E. R. G.; SATO, I. E.; MORIGUCHI, E. H.; RACHED, F. H.; SANTOS, F. C.; CESENA, F. H. Y.; FONSECA, F. A. H.; FONSECA, H. A. R.; XAVIER, H. T.; PIMENTEL, I. C.; GIULIANO, I. C. B.; ISSA, J. S.; DIAMENT, J.; PESQUERO, J. B.; SANTOS, J. E.; FARIA NETO, J. R.; MELO FILHO, J. X.; KATO, J. T.; TORRES, K. P.; BERTOLAMI, M. C.; ASSAD, M. H. V.; MINAME, M. H.; SCARTEZINI, M.; FORTI, N. A.; COELHO, O. R.; MARANHÃO, R. C.; SANTOS

FILHO, R. D.; ALVES, R. J.; CASSANI, R. L.; BETTI, R. T. B.; CARVALHO, T.; MARTINEZ, T. L. R.; GIRALDEZ, V. Z. R.; SALGADO FILHO, W. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose ¥ 2017. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 109, n. 2, supl. 1, p. 1-76, 2017.

FARIA, M. G. A.; DAVID, H. M. S. L.; ROCHA, P. R. Inserção e prática religiosa entre mulheres: aspectos protetores ao uso de álcool e violência. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 7, n. 1, p. 32-37, 2011.

FARIAS JUNIOR, J. C.; MENDONÇA, G. Temporal trend in overweight among adolescents in northeastern Brazil. **Archives of Endocrinology and Metabolism**, v. 60, n. 1, p. 21-28, 2016.

FREITAS, R. W. J. F.; ARAÚJO, M. F. M.; LIMA, A. C. S.; PEREIRA, D. C. R.; ALENCAR, A. M. P. G.; DAMASCENO, M. M. C. Análise do perfil lipídico de uma população de estudantes universitários. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 5, p. 1-8, 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/2B8Ryam>>. Acesso em: 27 ago. 2018.

HERNÁNDEZ-ESCOLAR, J.; HRAZO-BELTRÁN, Y.; VALERO, M. V. Frecuencia de factores de riesgo asociados a enfermedades cardiovasculares en población universitaria joven. **Revista de Salud Pública**, v. 12, n. 5, p. 852-863, 2010.

LOPES, P. D.; REZENDE, A. A. A.; CALÁBRIA, L. K. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em universitários. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 4, p. 1-11, 2017.

MALACHIAS, M. V. B.; SOUZA, W. K. S. B.; PLAVNIK, F. L.; RODRIGUES, C. I. S.; BRANDÃO, A. A.; NEVES, M. F. T.; BORTOLOTTTO, L. A.; FRANCO, R. J. S.; POLI-DE-FIGUEIREDO, C. E.; JARDIM, P. C. B. V.; AMODEO, C.; BARBOSA, E. C. D.; KOCH, V.; GOMES, M. A. M.; PAULA, R. B.; PÓVOA, R. M. S.;

COLOMBO, F. C.; FERREIRA FILHO, S.; MIRANDA, R. D.; MACHADO, C. A.; NOBRE, F.; NOGUEIRA, A. R.; MION JÚNIOR, D.; KAISER, S.; FORJAZ, C. L. M.; ALMEIDA, F. A.; MARTIM, J. F. V.; SASS, N.; DRAGER, L. F.; MUXFELDT, E.; BODANESE, L. C.; FEITOSA, A. D.; MALTA, D.; FUCHS, S.; MAGALHÃES, M. E.; OIGMAN, W.; MOREIRA FILHO, O.; PIERIN, A. M. G.; FEITOSA, G. S.; BORTOLOTTI, M. R. F. L.; MAGALHÃES, L. B. N. C.; SILVA, A. C. S.; RIBEIRO, J. M.; BORELLI, F. A. O.; GUS, M.; PASSARELLI JÚNIOR, O.; TOLEDO, J. Y.; SALLES, G. F.; MARTINS, L. C.; JARDIM, T. S. V.; GUIMARÃES, I. C. B.; ANTONELLO, I. C.; LIMA JÚNIOR, E.; MATSUDO, V.; SILVA, G. V.; COSTA, L. S.; ALESSI, A.; SCALA, L. C. N.; COELHO, E. B.; SOUZA, D.; LOPES, H. F.; GOWDAK, M. M. G.; CORDEIRO JÚNIOR, A. C.; TORLONI, M. R.; KLEIN, M. R. S. T.; NOGUEIRA, P. K.; LOTAIF, L. A. D.; ROSITO, G. B. A.; MORENO JÚNIOR, H. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-83, 2016.

MARINHO, F.; PASSOS, V. M. A.; FRANÇA, E. B. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 4, p. 713-724, 2016.

MARTINS, M. C. C.; RICARTE, I. F.; ROCHA, C. H. L.; MAIA, B. R.; SILVA, V. B.; VERAS, A. B.; SOUZA FILHO, M. D.; Pressão arterial, excesso de peso e nível de atividade física em estudantes de universidade pública. **Arq Bras Cardiol**. v. 95, n. 2, p. 192-199, 2010.

MASSIMO, E. A. L.; SOUZA, H. N. F.; FREITAS, M. I. F. Doenças crônicas não transmissíveis, risco e promoção da saúde: construções sociais de participantes do *Vigitel*. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 20, n. 3, p. 679-88. 2015.

MEIRA, M. D. D.; ABDALA, G. A.; TEIXEIRA, C. A.; NINAHUAMAN, M. F. L.; MORAES, M. C. L.; SALGUEIRO, M. M. H. A. O. Perfil do estilo de vida de adultos da zona sul de São Paulo. **Lifestyle Journal**, v. 2, n. 2, p. 67-82, 2015.

MOHR, F.; PRETTO, L. M.; FONTELA, P. C.; WINKELMANN, E. R. Fatores de risco cardiovascular: Comparação Entre os Gêneros em Indivíduos Com Diabetes Mellitus Tipo 2. **Revista Contexto & Saúde**, v. 10, n. 20, p. 267-272, 2011.

PAULA, E. A.; PAULA, R. B.; COSTA, D. M. N. C.; COLUGNATI, F. A. B.; PAIVA, E. P. Avaliação do risco cardiovascular em hipertensos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 21, n. 3, p. 1-8, 2013.

RAMIS, R. T.; MIELKE, G. I.; HABEYCHE, E. C.; OLIZ, M. M.; AZEVEDO, M. R.; HALLA, P. C. Tabagismo e consumo de álcool em estudantes universitários: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 2, p. 376-385, 2012.

RIVAROLA, W.; AVILA, K.; FUENTE, M. M.; CORZO, M. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en ingresantes a la Universidad Nacional de La Rioja en el año 2007. **Revista de Salud Pública**, v. 26, n. 1, p. 63-74, 2012.

RODRIGUEZ, E. S. R.; CHEIK, N. C.; MAYER, A. F. Nível de atividade física e tabagismo em universitários. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 672-678, 2008.

SANTOS, K. O. B.; ARAÚJO, T. M.; PINHO, P. S.; SILVA, A. C. C. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: Estudo de validação do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 544-560, 2010.

SANTOS, L. R.; BRITO, E. C. C.; LIRA NETO, J. C. G.; ALVES, L. E. P.; ALVES, L. R. A.; FREITAS, R. W. J. F. Análise do sedentarismo em estudantes universitários. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 3, p. 416-421, 2014.



VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO OITO REMÉDIOS NATURAIS – Q8RN – VERSÃO ADULTO

Gina Andrade Abdala¹

Maria Dyrce Dias Meira²

Ricardo Noboro Isayama³

Gabriel Tagliari Rodrigo⁴

Roberto Sussumu Wataya⁵

Ivan Wallan Tertuliano⁶

Resumo: O *Questionário Oito Remédios Naturais* (Q8RN) compreende oito dimensões: nutrição, exercício, água, luz solar, temperança, ar puro, descanso e confiança em Deus. É utilizado para avaliar a adesão aos **hábitos saudáveis** do estilo de vida adventista. Este artigo objetiva analisar os atributos de validade e confiabilidade do Q8RN, versão adulto. Estudo descritivo, metodológico, envolvendo 504 participantes de Feiras de Saúde em São Paulo. Realizou-se Análise Fatorial Confirmatória (AFC) no programa R, com estimação WLMSV, tipo policórica. Houve evidências de validade do instrumento Q8RN, cujos ajustes de bondade foram: CFI = 0,965, Tucker-Lewis Index – TLI = 0,952 e Índice de ajuste parcimonioso RMSEA = 0,034. As oito dimensões foram mantidas, porém, reduziu-se de 25 para

.....

1 Enfermeira e professora do Centro Universitário Adventista de São Paulo gina.abdala@unasp.edu.br

2 Enfermeira e professora do Centro Universitário Adventista de São Paulo dyrcem@yahoo.com.br

3 Fisioterapeuta, Professor Colaborador da Faculdade de Medicina de Jundiaí ricardonoboro@hotmail.com

4 Professor Centro Universitário Adventista de São Paulo (EC) gabriel.tagliari93@gmail.com

5 Professor Assistente do Centro Universitário Adventista de São Paulo roberto.sussumu@ucb.org.br

6 Professor Assistente do Centro Universitário Adventista de São Paulo ivanwallan@gmail.com

22 questões. O *Alpha de Cronbach* foi de 0,72, indicando confiabilidade interna. O questionário alcançou índices adequados, sendo considerado um instrumento válido para medir a adesão aos *Oito Remédios Naturais* em adultos.

Palavras-chave: Estudos de validação; Estilo de vida; Promoção da saúde; Oito remédios naturais.

VALIDATION OF THE “EIGHT NATURAL REMEDIES QUESTIONNAIRE” – Q8RN – ADULT VERSION

Abstract: The *Eight Natural Remedies Questionnaire* (Q8RN) comprises eight dimensions: nutrition, exercise, water, sunlight, temperance, clean air, rest, and trust in God. It is used to assess adherence to the healthy habits of the Adventist lifestyle. This article aims to analyze the attributes of validity and reliability of the Q8RN, adult version. Descriptive, methodological study, involving 504 participants of Health Fairs in Sao Paulo. Factorial Confirmatory Analysis (FCA) was performed in program R, with WLMSV estimation, polychoric type. There was evidence of validity of the Q8RN instrument, whose goodness of fit adjustments were: CFI = 0.965, Tucker-Lewis Index - TLI = 0.952 and Parsimony adjustment index RMSEA = 0.034. The eight dimensions were maintained, but the questions reduced from 25 to 22. *Cronbach's Alpha* was 0.72, indicating internal reliability. The questionnaire reached adequate indexes, being considered a valid instrument to measure adherence to the eight natural remedies in adults.

Keywords: Validation Studies; Lifestyle; Health promotion; Eight Natural Remedies.

Introdução

Os *Oito Remédios Naturais* (ORN), assim denominados desde 1863 por Ellen G. White, são constituídos por: nutrição, exercício, água, luz solar, temperança, ar puro, descanso e confiança em Deus. As práticas de saúde relacionadas aos ORN têm sido consideradas como princípios saudáveis de vida que podem ajudar na promoção da saúde, na prevenção de doenças e manutenção da qualidade de vida (WHITE, 1905).⁷

Reitera-se ainda que cada um desses *Remédios Naturais* possui efeitos benéficos específicos para promover e recuperar a saúde. Para melhor compreensão de sua aplicabilidade, serão descritos a seguir os conceitos adotados neste estudo para cada um deles.

Nutrição

A nutrição envolve uma alimentação natural que é “aquela que é acessível e não é cara, valoriza a variedade, é harmônica em quantidade e qualidade, naturalmente colorida e segura sanitariamente” (BRASIL, 2014).⁸ A alimentação completa e variada evita: diabetes, hipertensão, acidente vascular cerebral, doenças cardíacas e alguns tipos de câncer, que, em conjunto, estão entre as principais causas de incapacidade e morte no Brasil (MALTA *et al.*, 2015).

Exercício

O exercício é uma atividade física geralmente regular e feita com a intenção de melhorar ou manter a aptidão física ou a saúde (DeCS, 2018).⁹

.....

7 Informações retiradas do texto *The Ministry of Healing*, escrito e publicado por Ellen G. White em 1905. Disponível em: <<https://bit.ly/2RPtLDl>>. Acesso em: 05 nov. 2018.

8 Informações retiradas do *Guia alimentar para a população brasileira*, produzido pelo Departamento de Atenção Básica Secretaria de Atenção à Saúde, ligado ao Ministério da Saúde, publicado em 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/1EivId0>>. Acesso em: 04 set. 2018.

9 Informações retiradas do texto *Descritores em Ciências da Saúde*, publicado pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) em 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2ROUwI3>>. Acesso em: 01 out. 2018.

É qualquer movimento corporal que resulta em gasto energético, incluindo esportes, caminhadas e exercícios moderados ou intensos. Sob a ótica global, inclui também o lazer, as atividades domésticas, de deslocamento e as ocupacionais (POLISSELI; RIBEIRO, 2014).

Água

A água é um “líquido transparente, inodoro e insípido que é essencial para a maioria dos animais e vegetais, além de ser um excelente solvente para muitas substâncias” (DeCS, 2018).¹⁰ A ingestão da água está associada com o bem-estar geral, relacionado à saúde física e mental (ESPINOSA-MONTEIRO *et al.*, 2016). O bom funcionamento intestinal depende da ingestão de água (BRASIL, 2014).¹¹ A quantidade de água ingerida diariamente, em média, deveria ser de 35-40 ml / kg de peso (GANDY, 2015; VIVANTI, 2012).

Além do uso interno da água, é importante utilizá-la como recurso terapêutico, aplicada externamente. A hidroterapia, em todas as formas de indicação, é **útil para acalmar os nervos e equilibrar a circulação** (WHITE, 2009, p. 237).

Luz solar

A luz solar possui diversos benefícios, tais como: auxiliar nas funções biológicas cerebrais e cognitivas (BEZERRA *et al.*, 2016); melhorar o humor e combater a depressão (THOMAS; AL-ANOUTI, 2017); auto regulação corporal – influencia na produção de hormônios, sintetiza e metaboliza a vitamina D (OLIVEIRA *et al.*, 2014; QUADROS; OLIVEIRA, 2016).

.....
10 Informações retiradas do texto *Descritores em Ciências da Saúde*, publicado pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) em 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2ROUwI3>>. Acesso em: 01 out. 2018.

11 Informações retiradas do *Guia alimentar para a população brasileira*, produzido pelo Departamento de Atenção Básica Secretaria de Atenção à Saúde, ligado ao Ministério da Saúde, publicado em 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/1EivId0>>. Acesso em: 04 set. 2018.

Temperança

A temperança, segundo o DeCS (2018),¹² significa moderação habitual na indulgência de um apetite natural, especialmente, com relação ao consumo de álcool. No presente estudo considerou-se temperança como “evitar inteiramente o que é prejudicial, e usar com sabedoria o que é saudável e nutritivo” (WHITE, 1877).¹³

Ar puro

O Ar puro é uma mistura de gases presentes na atmosfera da terra, consistindo em oxigênio, nitrogênio, dióxido de carbono e pequenas quantidades de outros gases. Considera-se ar puro aquele sem a presença de contaminantes ou substâncias poluidoras que interferem na saúde e bem-estar humano, ou causam efeitos danosos no meio ambiente (DeCS, 2018).¹⁴

Descanso

O descanso é uma necessidade humana fundamental que influencia na qualidade de vida. Um sono de má qualidade resulta em manutenção da atenção, prejuízo da memória, dificuldades sociais, aumento da dor, desempenho nas tarefas corriqueiras e diminuição da sobrevida (CLARES *et al.*, 2012).

Confiança

Por fim, como último remédio tem-se a confiança que, segundo a BVS, é “ter esperança em uma pessoa ou coisa” (DeCS, 2018).¹⁵ Já esperança

12 Informações retiradas do texto *Descritores em Ciências da Saúde*, publicado pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) em 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2ROUwI3>>. Acesso em: 01 out. 2018.

13 Informações encontradas no texto *The Primal Cause of Intemperance*, do livro *Health Reformer*, escrito por Ellen G. White em 1877. Disponível em: <<https://bit.ly/2Bd4Bay>>. Acesso em: 05 nov. 2018.

14 Informações retiradas do texto *Descritores em Ciências da Saúde*, publicado pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) em 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2ROUwI3>>. Acesso em: 01 out. 2018.

15 Informações retiradas do texto *Descritores em Ciências da Saúde*, publicado pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) em 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2ROUwI3>>. Acesso em: 01 out. 2018.

significa “crença em um desfecho positivo” (DeCS, 2018).¹⁶ Essa crença está conectada a uma religiosidade e/ou espiritualidade cujos conceitos respectivos são: conjunto de práticas, maneiras de viver e rituais em um conjunto de pessoas em comum que os leva a pensar em um ser superior que pode ser Deus ou outro nome de acordo com a cultura. Já a espiritualidade envolve uma busca pessoal, íntima, além de uma devoção e rendição a Deus (KOENIG; KING; CARSON, 2012).

No início dos estudos acerca do estilo de vida e sua correlação com a saúde, Belloc e Breslow (1972), em um estudo intitulado *Alameda County Study*, realizado com 6.928 adultos, já se preocupavam com a relação que o estado de saúde tem com os hábitos saudáveis incorporados na vida. Esses autores analisaram a associação entre práticas comuns de saúde, incluindo horas de sono, regularidade da alimentação, atividade física, fumo e ingestão de bebidas alcoólicas.

Como resultado, constataram que a prática de hábitos saudáveis produzia um efeito cumulativo/sinérgico e estavam associadas a uma melhor saúde, mesmo para os mais velhos, quando comparados com os mais jovens que falhavam em cumprir as atividades propostas. Esses benefícios foram identificados em diferentes indivíduos, independentemente da idade, sexo e situação econômica (BELLOC; BRESLOW, 1972).

Os adventistas residentes em Loma Linda, na Califórnia, têm sido alvo de estudos, sendo considerado um grupo especial de longevos que buscam viver um estilo de vida saudável baseado nas práticas saudáveis relacionadas aos ORN. Os pesquisadores admitiram que esses hábitos trazem benefícios para o sistema cardiovascular e, conseqüentemente, menores riscos de mortalidade. Afirmam, ainda, que o envolvimento religioso e atividades na igreja atuam como fatores protetores para a mortalidade, quando associados

.....
16 Informações retiradas do texto *Descritores em Ciências da Saúde*, publicado pela Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) em 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/2ROUwI3>>. Acesso em: 01 out. 2018.

a um comportamento saudável e apoio social e emocional (KWOK *et al.*, 2014; MORTON *et al.*, 2017).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), aprovada pelo Ministro da Saúde do Brasil por meio da Portaria nº 687 em 30 de março de 2006 (BRASIL, 2006, p. 16),¹⁷ propõe ações que visam a abrangência do “cuidado” relativo às necessidades humanas para uma saúde integral. Nesse escopo, a Promoção da Saúde é definida como “um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial [...]” (BRASIL, 2006, p. 18).¹⁸

Assim, a Promoção da Saúde busca, com base na intersetorialidade, envolvendo as esferas do setor privado, governo e sociedade, superar os fatores determinantes do processo saúde-doença, implementando ações que visam estimular a prática sistemática de exercício físico; a adoção de uma alimentação saudável; medidas de combate ao tabagismo e álcool, e outras ações de promoção ao envelhecimento ativo, o que pode ser implementado nas Feiras de Vida e Saúde (MEIRA *et al.*, 2015).

No eixo do cuidado integral, a PNPS propõe ações de fortalecimento do SUS e a ampliação de ações para a prevenção e controle das DCNT nos diferentes níveis de atenção, tendo como foco especial a Atenção Primária à Saúde (APS) (MALTA *et al.*, 2011).

No que diz respeito à avaliação de estilo de vida relacionado à saúde, apesar de ser possível encontrar instrumentos com propriedades psicométricas e consistência interna razoáveis, esses instrumentos não contemplam os oito componentes da proposta adventista de estilo de vida saudável (PÔRTO *et al.*, 2015).

.....
17 Informações retiradas do texto *Política Nacional de Promoção da Saúde*, produzido pelo Ministério da Saúde por meio das Secretarias de Vigilância em Saúde e de Atenção à Saúde, e publicado em 2006 (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<https://bit.ly/1b1oBgO>>. Acesso em: 04 set. 2018.

18 Informações retiradas do texto *Política Nacional de Promoção da Saúde*, produzido pelo Ministério da Saúde por meio das Secretarias de Vigilância em Saúde e de Atenção à Saúde, e publicado em 2006 (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<https://bit.ly/1b1oBgO>>. Acesso em: 04 set. 2018.

Alguns deles são extensos demais para serem aplicados de maneira eficaz em eventos que associam a pesquisa com intervenções educativas e/ou comportamentais, como no caso das “Feiras de Saúde”, sendo necessário construir e validar um instrumento que medisse esse estilo de vida como um todo.¹⁹

O construto do Questionário dos *Oito Remédios Naturais* (Q8RN) foi analisado por juízes em toda a sua extensão com oito dimensões e 25 itens (ABDALA *et al.*, 2018) e considerado validado quanto ao conteúdo, sendo aplicado a, aproximadamente, 500 participantes de Feiras de Saúde realizadas no estado de São Paulo.

Dando prosseguimento ao processo de validação do instrumento objetivou-se com este estudo analisar os atributos de validade e confiabilidade do Questionário *Oito Remédios Naturais* (Q8RN), na versão adulto, para se investigar a adoção dos hábitos constitutivos do estilo de vida Adventista.

Material e Métodos

Estudo descritivo do tipo metodológico, envolvendo 504 participantes de “Feiras Vida e Saúde” oferecidas em espaços públicos no Estado de São Paulo. O modelo das feiras está descrito no site da Divisão Sul Americana (2018)²⁰ da Igreja Adventista do Sétimo Dia (IASD) que orienta de forma prática os benefícios de cada remédio abordado.

O Q8RN foi baseado em Ellen G. White (1905, p. 127)²¹ e abrange literalmente os princípios de uma vida saudável: “nutrição, exercício, água pura, luz solar, temperança, ar puro, descanso e confiança em Deus”.

.....
19 Informações retiradas do *Manual da Expo-Saúde*, adaptado e publicado pela União Portuguesa dos Adventistas do Sétimo Dia em 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2EoTxve>>. Acesso em: 04 set. 2018.

20 Informações obtidas através do site do *Departamento de Saúde da Igreja Adventista do Sétimo Dia*. Disponível em: <<https://bit.ly/2PwE5hR>>. Acesso em: 27 ago. 2018.

21 Informações retiradas do texto *The Ministry of Healing*, escrito e publicado por Ellen G. White em

Além disso, os componentes foram baseados em alguns instrumentos sobre o estilo de vida validados no Brasil e em outros países. São eles: *Questionário FANTÁSTICO*, validado por Rodriguez Añez *et al.* (2008), Ramírez-Vélez e Agredo (2012) e Silva *et al.* (2014), e aplicável à população a partir de 15 anos de idade; *Questionário do Pentágulo de NAHAS*, validado por Nahas *et al.* (2000); *Questionário de Religiosidade DUKE-DUREL*, validado por Taunay *et al.* (2012) e Lucchetti *et al.* (2012).

Os dados foram coletados em “Feiras Vida e Saúde” realizadas em vários locais de São Paulo: escolas, praças, quadras, ruas etc. Os participantes assinavam o Termo de Consentimento e respondiam ao questionário em um Tablet configurado como um Aplicativo desenvolvido no sistema *Android*.

Realizou-se Análise Fatorial Confirmatória (AFC) no programa R, com estimação WLSMV (*Weighted Least Squares Mean and Variance-adjusted*) tipo policórica, em que as categorias de respostas do questionário avaliado, em sua maioria, são do tipo *Likert* (HOLGADO-TELLO *et al.*, 2010). Para os resultados foram considerados como aceitáveis os valores de *Comparative Fit Index* (CFI) e *Tucker-Lewis Index* (TLI) maiores de 0,92 e o *Root-Mean-Square Error of Aproximation* (RMSEA) menor que 0,07 (HAIR JR *et al.*, 2009).

O CFI significa o índice de ajuste comparativo ou incremental. Mede uma melhora relativa no ajuste do modelo do pesquisador em relação ao modelo padrão. Quanto mais próximo de um, melhor. O TLI indica o índice de *Tucker-Lewis* não padronizado. Tem aspectos que compensam os efeitos da complexidade do modelo. O valor pode cair fora da amplitude de zero a um, mas valores próximos de um indicam um bom ajuste. O RMSEA, também chamado de índice de ajuste parcimonioso, estima quão bem os parâmetros do modelo reproduzem a covariância populacional, sendo melhor igual a zero. Valores próximos de 0,06 ou menores indicam ajustes razoáveis ao modelo. O *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR) baseia-se na discrepância entre as correlações na matriz amostral

1905. Disponível em Disponível em: <<https://bit.ly/2RPtLDl>>. Acesso em: 05 nov. 2018.

e nas correlações preditas pelo modelo, ou seja, é baseado nas diferenças entre as covariâncias preditas e observadas. Quanto mais próximo de zero melhor (LEÓN, 2011; HAIR JR *et al.*, 2009).

Também foi avaliado o teste de *Alfa de Cronbach* como medida de consistência interna do construto que varia de 0 a 1, sendo os valores de 0,60 a 0,70 considerados como o limite inferior de aceitabilidade (HAIR JR *et al.*, 2009).

Este estudo recebeu a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição proponente, parecer número 1.404.196, em 05/02/2016. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Dentre os 504 participantes, a média de idade foi de 44,0 (dp =16,6), sendo 63,3% (n= 319) do sexo feminino, 72,8% (n= 367), de cor de pele autorreferida branca. A maioria (47,9%, n= 232) tem ensino médio completo e nível superior incompleto (Tabela 1).

Tabela 1: Dados sociodemográficos dos participantes das Feiras de Saúde realizadas em São Paulo (SP)

VARIÁVEIS		FREQUÊNCIA ABSOLUTA (N)	FREQUÊNCIA RELATIVA (%)
Sexo (n= 504)	Feminino	319	63,3
	Masculino	178	35,3
	Não responderam	7	1,4

Cor (n= 504)	Branca	367	72,8
	Parda	99	19,6
	Preta	22	4,4
	Amarela	1	0,2
	Indígena	6	1,2
	Não responderam	9	1,8
Escolaridade (n= 504)	Analfabeto ou Fund. Incompleto	70	14,5
	Fund. Completo ou Médio Incompleto	64	13,2
	Médio Completo ou Sup. Incompleto	232	47,9
	Superior Completo	109	22,5
	Pós-Graduação	9	1,9

Fonte: Elaboração própria. São Paulo, 2018.

Quanto à religião, 43,9% (n=209) dos entrevistados são adventistas, 31,3% (n=149) católicos, 14,3% (n=68) de outras religiões evangélicas, 3,6% (n=17) espíritas, 3,6% (n=17) não professam nenhuma religião e 3,4% (n=16) são de outras denominações.

Ao aplicar a AFC, foram retiradas três questões das Dimensões: 1) Nutrição: Quantas refeições você faz por dia? (desjejum, almoço, jantar, lanche etc.); 5) Temperança: Você se considera equilibrado quanto ao tempo dedicado aos estudos, trabalho, internet, televisão, refeições, amizades, sexualidade etc.?; 7) Descanso: Você separa um dia na semana para descansar das atividades rotineiras de trabalho, da casa ou dos estudos?

Segundo a AFC, conforme o *Software R*, houve evidências de validade do instrumento Q8RN pois a carga fatorial apresentou os dados de ajustes

de bondade: *Comparative Fit Index* (CFI) = 0,972, *Tucker-Lewis Index* (TLI) = 0,964, Índice de ajuste parcimonioso (RMSEA) = 0,044 e WRMR = 1,024, confirmando a evidência de validade. A análise multivariada possibilitou manter as oito dimensões, porém, indicou reduzir de 25 para 22 questões do instrumento original, ficando assim um Q8RN com 22 itens.

Para o cálculo da classificação do estilo de vida, seguiu-se a lógica de proporção dos escores adotados pelo Questionário FANTÁSTICO de Rodriguez-Añez *et al.* (2008).

O *Alpha de Cronbach* foi de 0,72, indicando confiabilidade interna do instrumento. A matriz de correlação entre os itens demonstrou que algumas cargas fatoriais são fracas, mas com bons ajustes no modelo (Tabelas 2 e 3).

Tabela 2: Matriz de Correlação entre os itens do Q8RN, versão adulto. 1a. parte (São Paulo, 2018)

	nutri1	nutri3	nutri4	exerc5	exerc6	exerc7	agua8	agua9	sol10	sol11	temp13
nutri1	1.000										
nutri3	0.277	1.000									
nutri4	0.199	0.226	1.000								
exerc5	0.116	0.132	0.095	1.000							
exerc6	0.140	0.159	0.114	0.746	1.000						
exerc7	0.140	0.159	0.114	0.746	0.900	1.000					
agua8	0.164	0.186	0.134	0.198	0.239	0.238	1.000				
agua9	0.115	0.131	0.094	0.139	0.168	0.167	0.178	1.000			
sol10	0.096	0.109	0.078	0.160	0.193	0.192	0.177	0.124	1.000		
sol11	0.113	0.129	0.092	0.188	0.227	0.227	0.208	0.146	0.242	1.000	
temp13	0.240	0.273	0.196	-0.001	-0.002	-0.002	0.123	0.086	0.062	0.073	1.000
temp14	0.133	0.150	0.108	-0.001	-0.001	-0.001	0.068	0.047	0.034	0.040	0.269
temp15	0.144	0.163	0.117	-0.001	-0.001	-0.001	0.073	0.051	0.037	0.044	0.292
	nutri1	nutri3	nutri4	exerc5	exerc6	exerc7	agua8	agua9	sol10	sol11	temp13
temp16	0.278	0.316	0.226	-0.002	-0.002	-0.002	0.142	0.100	0.072	0.085	0.564
ar17	0.131	0.148	0.106	0.108	0.130	0.130	0.161	0.113	0.138	0.163	0.065

ar18	0.165	0.187	0.134	0.136	0.164	0.164	0.203	0.143	0.175	0.206	0.083
desc19	0.113	0.128	0.092	0.097	0.117	0.116	0.049	0.034	0.088	0.104	0.112
desc20	0.126	0.143	0.102	0.108	0.130	0.130	0.054	0.038	0.099	0.116	0.125
conf22	0.120	0.136	0.097	-0.001	-0.001	-0.001	0.077	0.054	0.056	0.066	0.287
conf23	0.179	0.203	0.146	-0.001	-0.002	-0.002	0.114	0.080	0.084	0.099	0.428
conf24	0.202	0.229	0.165	-0.001	-0.002	-0.002	0.129	0.091	0.095	0.112	0.484
conf25	0.204	0.231	0.166	-0.001	-0.002	-0.002	0.130	0.092	0.096	0.113	0.489

Tabela 3: Matriz de Correlação entre os itens do Q8RN, versão adulto. 2a. parte (São Paulo, 2018)

	temp14	temp15	temp16	ar17	ar18	desc19	desc20	conf22	conf23	conf24	conf25
temp14	1.000										
temp15	0.161	1.000									
temp16	0.311	0.338	1.000								
ar17	0.036	0.039	0.076	1.000							
ar18	0.045	0.049	0.096	0.212	1.000						
desc19	0.062	0.067	0.129	0.134	0.170	1.000					
desc20	0.069	0.075	0.144	0.150	0.189	0.561	1.000				
conf22	0.158	0.172	0.332	0.054	0.068	0.064	0.071	1.000			
conf23	0.236	0.256	0.496	0.080	0.101	0.095	0.106	0.770	1.000		
conf24	0.267	0.290	0.561	0.091	0.115	0.107	0.120	0.332	0.496	1.00	
conf25	0.269	0.292	0.566	0.092	0.116	0.108	0.121	0.335	0.500	0.565	1.00

A tabela de estimativa padronizada dos itens do Q8RN demonstra que a maioria dos itens (90,9%) apresentaram cargas acima de 0,40 e todos com significância estatística ($p < 0,05$). Além disso, houve uma covariância entre duas variáveis da dimensão “confiança”, em que a confiança em Deus ou em um ser Superior influencia positivamente na maneira de viver das pessoas e vice-versa ($p < 0,05$) (Tabela 4).

Tabela 4: Tabela com estimativa padronizada e valor de p de cada item em seus respectivos domínios do Q8RN (adulto) (São Paulo, 2018)

FATORES	ESTIMADOR WLSMV - AFC ADULTOS (N=491/504)		
	ESTIMATIVA	ESTIMATIVA PADRONIZADA	P-VALOR
<i>Domínio 1. Nutrição</i>			
-Com que frequência você inclui nas principais refeições do dia: feijões, cereais integrais, castanhas, frutas, legumes e verduras? (1)	1,000	0,495	0,000
-Como você se classifica no que se refere ao tipo de alimento que você mais consome? Escolha a opção mais adequada a seu caso. (3)	1,134	0,561	0,000
-Quantos dos itens a seguir você consome uma ou mais vezes por semana? (salgadinhos, bolachas, frituras, refrigerantes e doces de maneira geral) (4)	0,814	0,403	0,000
<i>Domínio 2. Exercício</i>			
-Você pratica atividades de lazer, tais como caminhar, pedalar, jogar bola, esportes radicais ou outros hobbies e atividades prazerosas? (5)	1,000	0,786	0,000
-Quantas vezes por semana você pratica exercício físico intenso (que faz suar e aumentar os batimentos cardíacos, como caminhada longa, corrida, bicicleta etc.)? (6)	1,207	0,949	0,000
-Quantos minutos você gasta "em média" quando faz exercícios intensos até suar? (7)	1,206	0,948	0,000
<i>Domínio 3. Água</i>			
-Quantos copos (250 ml) de água você bebe diariamente? (8)	1,000	0,504	0,000
FATORES	ESTIMADOR WLSMV - AFC ADULTOS (N=491/504)		
	ESTIMATIVA	ESTIMATIVA PADRONIZADA	P-VALOR
<i>Domínio 4. Sol</i>			
-Em sua casa, as janelas e persianas são abertas diariamente para que entrem sol e luz natural? (11)	1,178	0,534	0,000

<i>Domínio 5. Temperança</i>			
-Você ingere bebida alcoólica (cerveja, vinho, licor, aguardente, pinga ou qualquer outra)? (13)	1,000	0,698	0,000
-Você fuma cigarro, charuto, cachimbo ou usa fumo de rolo? (14)	0,551	0,385	0,000
-Você fez uso de alguma droga, tipo maconha, crack, cocaína etc. nos últimos três meses? (15)	0,599	0,418	0,019
-Você ingere bebidas que contêm cafeína? (café, chá preto, chá verde, chá mate, chá branco ou refrigerantes) (16)	1,158	0,808	0,000

Domínio 6. Ar puro

-Considerando os lugares onde passa a maior parte do tempo, como você classifica a qualidade do ar que respira? (17)	1,000	0,410	0,000
-Você faz respiração profunda ao ar livre ou quando precisa controlar a tensão e a ansiedade? (18)	1,261	0,518	0,000

Domínio 7. Descanso

-Você dorme de 7 a 8 horas por noite e acorda descansado (a) e com boa disposição na maioria das vezes? (19)	1,000	0,709	0,000
-Você costuma dormir cedo? (Por volta das 22h ou antes desse horário). (20)	1,117	0,792	0,000

Domínio 8. Confiança

FATORES	ESTIMADOR WLSMV - AFC ADULTOS (N=491/504)		
	ESTIMATIVA	ESTIMATIVA PADRONIZADA	P-VALOR
-Sua confiança em Deus (Ser Superior ou algo sagrado) influencia positivamente sua maneira de viver? (23)	1,494	0,662	0,000

-Com que frequência você participa de reuniões religiosas ou espirituais? (24)	1,688	0,749	0,000
-Você pratica atividades religiosas ou espirituais em sua vida particular? (Meditar, rezar ou orar, ler a Bíblia ou livros religiosos, fazer caridade etc.). (25)	1,704	0,755	0,000
Covariância			
(22= Você confia em Deus, Ser Superior ou algo sagrado?)~~(23= Sua confiança em Deus influencia positivamente sua maneira de viver?)	0,477	0,710	0,000

Discussão

O estilo de vida tem sido um fator de grande repercussão quando se associa à prevalência de doenças crônicas. Estudar sobre a sua influência na promoção da saúde atrelada à prática dos “*Oito Remédios Naturais*” é de suma importância. Com o objetivo de aprimorar a avaliação da adesão desses princípios saudáveis de vida optou-se por avaliar as evidências de validade de um novo instrumento, cuja validação do construto já foi finalizada e apresentada no estudo de Abdala *et al.* (2018).

Como é um instrumento multidimensional, objetivo e com dimensões pré-estabelecidas com base na filosofia de saúde adventista (KWOK *et al.*, 2014; MORTON *et al.*, 2017), utilizou-se uma análise de estimação policórica. Essa estimação permite correlacionar/covariar os itens de caráter categóricos, ou seja, é possível tratar variáveis categóricas como variáveis contínuas (HOLGADO-TELLO *et al.*, 2010; LEÓN, 2011).

Ao comparar os ajustes de bondade do presente estudo com os aplicados em validações de instrumentos similares sobre o estilo de vida, observou-se que valores semelhantes foram encontrados em uma validação de um instrumento chamado *Health Promoting Lifestyle Profile-II* (HPLP-II) em que os autores analisaram nutrição, bons hábitos de saúde e atividade física de 788 estudantes universitários. Os resultados dos ajustes de bondade alcançados foram: CFI 0,92, TLI = 0,90, RMSEA < 0,045 e o SRMR \leq 0,055 ($p < 0,001$). A consistência interna desse instrumento foi 0,70 (LIM *et al.*, 2016).

O questionário FANTÁSTICO, assim como o Q8RN, também obteve um *Alpha de Cronbach* em estudos anteriores entre 0,69 a 0,80 ao ser validado na população de adultos maiores de 18 anos (RODRIGUEZ-AÑEZ *et al.*, 2008; RAMÍREZ-VÉLEZ; AGREDO, 2012; SILVA *et al.*, 2014; VILAR LÓPEZ *et al.*, 2016).

A limitação deste estudo consiste no fato de não se encontrar publicações semelhantes para comparar os resultados encontrados no processo de validação do Q8RN, contemplando todas as dimensões, considerando-as como padrão ouro.

Conclusão

O estilo de vida de adultos, com base na filosofia de saúde adventista, poderá ser avaliado por meio do Q8RN que, após processo de análise, manteve as oito dimensões originais e foi reduzido a 22 questões.

As medidas de validade e confiabilidade alcançaram índices adequados, sendo considerado um instrumento que apresenta evidências de validade e confiabilidade, correspondendo à proposta de um estilo de vida saudável, fundamentado e orientado pelo Departamento de saúde da IASD para promoção de uma saúde integral.

Referências

ABDALA, G. A.; MEIRA, M. D. D.; NOBOROLSAYAMA, R.; SUSSUMUWATAYA, R.; RODRIGO, G. T.; NINAHUAMAN, M. F. M. L.; OLIVEIRA, S. L. S. S.; SANTOS, S. Q. Construction and validation of the Eight Natural Remedies Questionnaire – Adventist life style. **International Journal Development Research**, v. 8, n. 5, p. 20.300-20.310, 2018.

BELLOC, N. B.; BRESLOW, L. Relationship of physical health status and health practices. **Preventive medicine**, v. 1, n. 3, p. 409-421, 1972.

BEZERRA, M. L. P.; SILVA, K. H. V.; MORAES, C. F.; VIANA, L. G.; MASCARENHAS, C. C. Os benefícios da vitamina D na capacidade cognitiva em idosos. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, v. 5, n. 1, p. 101-108, 2016.

CLARES, J. W. B.; FREITAS, M. C.; GALIZA, F. T.; ALMEIDA, P. C. Necessidades relacionadas ao sono/repouso de idosos: estudo fundamentado em Henderson. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 1, p. 54-59, 2012.

ESPINOSA-MONTERO, J.; MONTERRUBIO-FLORES, E. A.; SANCHEZ-ESTRADA, M.; BUENDIA-JIMENEZ, I.; LIEBERMAN, H. R.; ALLAERT, F. A.; BASQUERA, S. Development and validation of an instrument to evaluate perceived wellbeing associated with the ingestion of water: the water ingestion-related wellbeing instrument (WIRWI). **PloS One**, v. 11, n. 7, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/2ErC8lE>>. Acesso em: 11 dez. 2018.

GANDY, J. Water intake: validity of population assessment and recommendations. **Eur. J. Nutri.**, v. 52, supl. 2, p. S11-S16, 2015.

HAIR Jr., J.F.; BLACK, W.C.; BABIN, B.J.; ANDERSON, R.E. & TATHAM, R.L. **Análise multivariada de dados**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009. 688p

HOLGADO-TELLO, F. P.; CHACÓN-MOSCOSO, S.; BARBERO-GARCÍA, I.; VILA-ABAD, E. Polychoric versus Pearson correlations in exploratory and confirmatory factor analysis of ordinal variables. **Quality & Quantity**, v. 44, n. 1, p. 153-166, 2010.

KWOK, C. S.; UMAR, S.; MYINT, P. K.; MAMAS, M. A.; LOKE, Y. K. Vegetarian diet, seventh day adventists and risk of cardiovascular mortality: a systematic review and meta-analysis. **Int. Journ. Cardiology**, v. 176, n. 3, p. 680-686, 2014.

LEÓN, D. A. D. **Análise Fatorial Confirmatória através dos Softwares R e Mplus**. Porto Alegre, 2011. 97f. Monografia (Bacharelado em Estatística) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de Estatística, Porto Alegre, 2011.

LIM, B. C.; KUEH, Y. C.; ARIFIN, W. N.; NG, K. H. Validation of health promoting Lifestyle Profile II: a confirmatory study with a Malaysian undergraduate students' sample. **Education in Medicine Journal**, v. 8, n. 2, p. 65-77, 2016.

LUCCHETTI, G.; GRANERO LUCCHETTI, A. L.; PERES, M. F.; LEÃO, F. C.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H. G. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). **J. Relig. Health**, v. 51, n. 2, p. 579-586, 2012.

MALTA, D. C.; MORAES NETO, O. L.; SILVA JR., J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 20, n. 4, p. 425-438, 2011.

MALTA, D. C.; STOPA, S. R.; ISER, B. P. M.; BERNAL, R. T. I.; CLARO, R. M.; NARDI, A. C. F.; REIS, A. A. C.; MONTEIRO, C. A. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais brasileiras, Vigitel 2014. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 238-255, 2015.

MEIRA, M. D. D.; ABDALA, G. A.; TEIXEIRA, C. A.; NINAHUAMAN, M. F. M. L.; MORAES, M. C. L.; SALGUEIRO, M. M. H. A. O. Perfil do Estilo de Vida de Adultos da Zona Sul de São Paulo. **LifeStyle Journal**, v. 2, n. 2, p. 67-82, 2015.

MORTON, K. R.; LEE, J. W.; MARTIN, L. R. Pathways from Religion to Health: mediation by psychosocial and lifestyle mechanisms. **Psycholog Relig Spiritual**, v. 9, n. 1, p. 106-117, 2017.

NAHAS, M. V.; BARROS, M. V.; FRANCALACCI, V. O pentáculo do bem-estar, base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 5, n. 2, p. 48-59, 2000.

OLIVEIRA, V.; LARA, G. M.; LOURENÇO, E. D.; BOFF, B. D.; STAUDER, G. Z. Influence of vitamin D in human health. **Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana**, v. 48, n. 3, p. 329-337, 2014.

POLISSELI, M. L. C.; RIBEIRO, L. C. Exercício físico como fator de proteção para saúde em servidores públicos. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v. 20, n. 5, p. 340-344, 2014.

PÔRTO, E. F.; KÜMPEL, C.; CASTRO, A. A. M.; OLIVEIRA, I. M.; ALFIERI, F. M. Como o estilo de vida tem sido avaliado: revisão sistemática. **Acta Fisiátrica**, v. 22, n. 4, p. 199-205, 2015.

QUADROS, K. R. S.; OLIVEIRA, R. B. Reposição de Vitamina D nativa: indicação à luz das evidências científicas atuais. **Rev. Fac. Ciênc. Med.**, Sorocaba, v. 18, n. 2, p. 79-86, 2016.

RAMÍREZ-VÉLEZ, R.; AGREDO, R. A. Fiabilidad y validez del instrumento “Fantástico” para medir el estilo de vida en adultos colombianos. **Rev. Salud Pública**, v. 14, n. 2, p. 226-237, 2012.

RODRIGUEZ-AÑEZ, C. R.; REIS, R. S.; PETROSKI, E. L. Versão brasileira do questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO”: tradução e validação para adultos jovens. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 91, n. 2, p.102-109, 2008.

SILVA, A. M. M.; BRITO, I. S.; AMADO, J. M. C. Tradução, adaptação e validação do questionário Fantastic Lifestyle Assessment em estudantes do ensino superior. **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1901-1910, 2014.

TAUNAY, T. C. D.; GONDIM, F. A. A.; MACÊDO, D. S.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; GURGEL, L. A.; ANDRADE, L. M. S.; CARVALHO, A. F. Validação da versão Brasileira da Escala de Religiosidade de Duke (DUREL). **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 39, n. 4, p. 130-5, 2012.

THOMAS, J.; AL-ANOUTI, F. Sun Exposure and Behavioral Activation for Hypovitaminosis D and Depression: a controlled pilot study. **Community Mental Health Journal**, v. 54, n. 6, p. 860-865, 2017.

VILAR LÓPEZ, M.; SUELDO, Y. B.; GUTIÉRREZ, C.; ANGULO-BAZÁN, Y. Análisis de la confiabilidad del test FANTÁSTICO para medir estilos de vida saludables en trabajadores evaluados por el programa “Reforma de Vida” del seguro social de salud (EsSalud). **Revista Peruana de Medicina Integrativa**, v. 1, n. 2, p. 17-26, 2016.

VIVANTI, A. P. Origins for the estimations of water requirements in adults. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 66, p. 1282-1289, 2012.

DOCUMENTOS SUPLEMENTARES

Questionário Q8RN com 8 domínios e 22 questões, após análise fatorial confirmatória.

Avaliação do estilo de vida de adultos

Orientações: Marque um X a opção que mais se aproxima da sua prática nos últimos três meses

Domínios	Itens	Questões	Escala de Respostas				
1. Nutrição	1	Com que frequência você inclui nas principais refeições do dia: feijões, cereais integrais, castanhas, frutas, legumes e verduras?	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
	2	Como você se classifica no que se refere ao tipo de alimento que você mais consome? Escolha a opção mais adequada a seu caso.	Não vegetariano: Come carne de tipos variados mais de 1 vez por semana	Semi Vegetariano: Come carne de tipos variados no máximo 1 vez por semana	Pesco Vegetariano: Come carne, frango e outras aves menos de 1 vez por mês, e come peixe mais de 1 vez por mês	Ovolacto Vegetariano: Come laticínios e ovos mais que 1 vez por mês e carnes menos que 1 vez por mês	Vegetariano estrito Consome leite, queijo, ovos, peixe ou carne no máximo 1 vez por mês ou menos
	3	Quantos dos itens a seguir você consome uma ou mais vezes por semana? (salgadinhos, bolachas, frituras, refrigerantes e doces de maneira geral)	Quatro a cinco itens	Três itens	Dois itens	Um item	Nenhum

Domínios	Itens	Questões	Escala de Respostas				
2. Exercício	4	Você pratica atividades de lazer, tais como caminhar, pedalar, jogar bola, esportes radicais ou outros <i>hobbies</i> e atividades prazerosas?	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
	5	Quantas vezes por semana você pratica exercício físico intenso (que faz suar e aumentar os batimentos cardíacos, como caminhada longa, corrida, bicicleta etc.)?	Nunca	Menos de 1 vez por semana	1 a 2 vezes por semana	3 a 4 vezes por semana	5 vezes ou mais por semana
	6	Quantos minutos você gasta “em média” quando faz exercícios intensos até suar?	Nenhum, não faço	5 a 10 minutos	10 a 20 minutos	21 a 30 minutos	30 a 60 minutos
3. Água	7	Quantos copos (250 ml) de água você bebe diariamente?	Nenhum	1 a 3 copos	4 a 6 copos	7 copos	8 ou mais
	8	Você utiliza a água como remédio para tratamentos caseiros quando necessário? (Por exemplo, compressas quentes e frias, aplicação de gelo, inalação, escalda pés e banhos em geral).	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
4. Sol	9	Com que frequência você se expõe ao sol pelo menos 15 a 20 minutos por dia?	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
	10	Em sua casa, as janelas e persianas são abertas diariamente para que entrem sol e luz natural?	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre

Domínios	Itens	Questões	Escala de Respostas				
5. Tempe- rança	11	Você ingere bebida alcoólica (cerveja, vinho, licor, aguardente, pinga ou qualquer outra)?	Sim				Não
	12	Você fuma cigarro, charuto, cachimbo ou usa fumo de rolo?	Sim				Não
	13	Você fez uso de alguma droga, tipo maconha, crack, cocaína etc. nos últimos três meses?	Sim				Não
	14	Você ingere bebidas que contêm cafeína? (café, chá preto, chá verde, chá mate, chá branco ou refrigerantes)	Sim				Não
6. Ar puro	15	Considerando os lugares onde passa a maior parte do tempo, como você classifica a qualidade do ar que respira?	Muito ruim	Ruim	Regular	Boa qualidade	Muito boa qualidade
	16	Você faz respiração profunda ao ar livre ou quando precisa controlar a tensão e a ansiedade?	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
7. Descanso	17	Você dorme de 7 a 8 horas por noite e acorda descansado(a) e com boa disposição na maioria das vezes?	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
	18	Você costuma dormir cedo? (por volta das 22h ou antes desse horário).	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre

Domínios	Itens	Questões	Escala de Respostas				
8. Confiança	19	Você confia em Deus? (em um Ser Superior ou algo sagrado)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
	20	Sua confiança em Deus (Ser Superior ou algo sagrado) influencia positivamente sua maneira de viver?	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
	21	Com que frequência você participa de reuniões religiosas ou espirituais?	Raramente ou nunca	Algumas vezes por ano	Duas a três vezes por mês	Uma vez por semana	Mais de 1 vez por semana
	22	Você pratica atividades religiosas ou espirituais em sua vida particular? (meditar, rezar ou orar, ler a Bíblia ou livros religiosos, fazer caridade etc.).	Raramente ou nunca	Poucas vezes por mês	Duas ou mais vezes por semana	1 vez ao dia	Mais de uma vez ao dia

ESCORE TOTAL

O escore total do “Q8RN” é o somatório dos pontos atribuídos a cada item, ou seja, cada questão pontua de zero (0) a quatro (4), totalizando no máximo 88 pontos se respondidas todas as 22 questões.

Classificação do estilo de vida com base nos “*Oito Remédios Naturais*”:

00 - 25 – insuficiente	()
26 - 44 – regular	()
45 - 58 – bom	()
59 - 73 – muito bom	()
74 - 88 – excelente	()

ESCORE DOS DOMÍNIOS

O questionário é composto por 22 itens/questões e oito domínios. Os escores para cada domínio são calculados com base no número de itens. É utilizada a escala de *Likert* (zero a quatro pontos em ordem crescente) para calcular o escore final exceto para os itens 11, 12, 13 e 14 do domínio 5 (Temperança) que são dicotômicos (0 ou 4 pontos). O ponto de corte é baseado na média/mediana e no número de questões por domínio. O parâmetro é considerado entre os valores mínimos e máximos. **Exemplo:** No domínio **Nutrição** existem três questões/itens com amplitude de 0-12, sendo 6 a média/mediana (ponto de corte).



VALIDATION OF THE “EIGHT NATURAL REMEDIES QUESTIONNAIRE” – Q8RN – ADULT VERSION

Gina Andrade Abdala¹

Maria Dyrce Dias Meira²

Ricardo Noboro Isayama³

Gabriel Tagliari Rodrigo⁴

Roberto Sussumu Wataya⁵

Ivan Wallan Tertuliano⁶

Abstract: The Eight Natural Remedies Questionnaire (Q8RN) comprises eight dimensions: nutrition, exercise, water, sunlight, temperance, pure air, rest, and trust in God. It is used to assess adherence to the healthy habits of the Adventist lifestyle. This article aims to analyze the attributes of validity

.....

1 Nurse, PhD in Science. Professor in the Health Promotion Master Degree Program at the Adventist University of São Paulo (Unasp-SP), Brazil. E-mail: gina.abdala@unasp.edu.br

2 Nurse, PhD in Science. Professor in the Health Promotion Master Degree Program at the Adventist University of São Paulo (Unasp-SP), Brazil. E-mail: dyrcem@yahoo.com.br

3 Physical Therapist, PhD in Morphological Sciences (Neuroscience), Professor in Medical Science, Jundiá, SP, Brazil. E-mail: ricardonoboro@hotmail.com

4 Engineer of CI&T Software, Campinas, SP, Brazil. E-mail: gabriel.tagliari93@gmail.com

5 Bacharelato in Law Science, Network Technology Computers and Systems for the Internet. Post-doctor Unicamp. PhD in Education, professor at the Adventist University of São Paulo (Unasp-SP). E-mail: roberto.sussumu@ucb.org.br

6 Physical Educator, Post doctor Unesp. PhD in Human Development and Technologies at Unesp. Professor at the Adventist University of São Paulo (Unasp-SP). E-mail: ivanwallan@gmail.com

and reliability of the Q8RN, adult version. Descriptive, methodological study, involving 504 participants of Health Fairs in Sao Paulo. Factorial Confirmatory Analysis (FCA) was performed in program R, with WLSMV estimation, polychoric type. There was evidence of validity of the Q8RN instrument, whose goodness of fit adjustments were: CFI = 0.965, Tucker-Lewis Index - TLI = 0.952 and Parsimony adjustment index RMSEA = 0.034. The eight dimensions were maintained, but the questions reduced from 25 to 22. Cronbach's Alpha was 0.72, indicating internal reliability. The questionnaire reached adequate indexes, being considered a valid instrument to measure adherence to the eight natural remedies in adults.

Keywords: Validation studies; Lifestyle; Health promotion; Eight natural remedies.

Introduction

The Eight Natural Remedies (ENR), named since 1863 by Ellen G. White, consist of: Nutrition, Exercise, Water, Sunlight, Temperance, Pure Air, Rest, and Trust in God. Health practices related to ENR have been considered as healthy principles of life that can help to promote health, prevent disease and maintain quality of life (WHITE, 1905).⁷

It is also reiterated that each one of these Natural Remedies has specific beneficial effects to promote and restore health. For a better understanding of its applicability, the concepts adopted in this study for each one of them will be described below.

.....
 7 Information taken from the text *The Ministry of Healing*, written by Ellen G. White in 1905. Available at: <<https://bit.ly/2RPtLDI>>. Accessed on: Nov. 5th, 2018.



Nutrition

Nutrition involves a natural diet “which is accessible and inexpensive, values the variety, is harmonious in quantity and quality, naturally colored and safely sanitary” (BRAZIL, 2014).⁸ The complete and varied diet avoids: diabetes, hypertension, stroke, heart disease and some types of cancer, which, together, are among the main causes of disability and death in Brazil (MALTA *et al.*, 2015).

Exercise

Exercise is a regular physical activity and is done with the intention of improving or maintaining physical fitness and health (DeCS, 2018).⁹ It is any bodily movement that results in energy expenditure, including sports, walking and moderate or intense exercise. From a global perspective, it also includes leisure and the domestic, displacement and occupational activities (POLISSELI, RIBEIRO, 2014).

Water

Water is a “transparent, odorless and tasteless liquid that is essential for most animals and plants, as well as being an excellent solvent for many substances” (DeCS, 2018).¹⁰ Ingestion of water is associated with general well-being, related to physical and mental health (ESPINOSA-MONTEIRO *et al.*, 2016). Good intestinal function depends on water intake (BRASIL, 2014). The average amount of water consumed daily should be 35-40 ml / kg of body weight (GANDY, 2015; VIVANTI, 2012).

.....

8 Information taken from the text *Guia alimentar para a população brasileira*, produced by the Department of Basic Attention Secretariat of Health Care, linked to the Ministry of Health, published in 2014. Available at: <<https://bit.ly/1EivId0>>. Accessed on: Sep. 4th, 2018.

9 Information taken from the text *Descritores em Ciências da Saúde*, published by the Virtual Health Library (VHL) in 2018. Available at: <<https://bit.ly/2ROUwI3>>. Accessed on: Oct. 1st, 2018.

10 Information taken from the text *Descritores em Ciências da Saúde*, published by the Virtual Health Library (VHL) in 2018. Available at: <<https://bit.ly/2ROUwI3>>. Accessed on: Oct. 1st, 2018.

Besides the internal use of water, it is important to use it as a therapeutic resource, applied externally. Hydrotherapy, in all forms of indication, is useful for calming nerves and balancing the circulation (WHITE, 2009, p. 267).

Sunlight

Sunlight has several benefits such as: helps in brain and cognitive biological functions (Bezerra *et al.*, 2016); improves mood and fights depression (THOMAS; AL-ANOUTI, 2017); self-regulation of the body - influences the production of hormones and synthesizes and metabolizes vitamin D (OLIVEIRA *et al.*, 2014; QUADROS, OLIVEIRA, 2016).

Temperance

Temperance, according to DeCS (2018),¹¹ means habitual moderation in the indulgence of a natural appetite, especially in relation to alcohol consumption. In the present study temperance was considered as “avoid everything that is harmful, and to use wisely what is wholesome and nourishing” (WHITE, 1877).¹²

Pure air

Pure air is a mixture of gases present in the earth’s atmosphere, consisting of oxygen, nitrogen, carbon dioxide, and small amounts of other gases. Pure air is considered to be free of contaminants or pollutants that interfere in the human health and well-being or cause harmful effects on the environment (DeCS, 2018).¹³

.....
11 Information taken from the text *Descritores em Ciências da Saúde*, published by the Virtual Health Library (VHL) in 2018. Available at: <<https://bit.ly/2ROUwI3>>. Accessed on: Oct. 1st, 2018.

12 Information taken from the text *The Primal Cause of Intemperance*, written by Ellen G. White in 1877. Available at: <<https://bit.ly/2Bd4Bay>>. Accessed on: Nov. 5th, 2018.

13 Information taken from the text *Descritores em Ciências da Saúde*, published by the Virtual Health Library (VHL) in 2018. Available at: <<https://bit.ly/2ROUwI3>>. Accessed on: Oct. 1st, 2018.

Rest

Rest is a fundamental human need that influences quality of life. Poor quality sleep results in attention maintenance, memory impairment, social difficulties, increased pain, performance in routine tasks and decreased survival (CLARES *et al.*, 2012).

Trust

Finally, as the last remedy is the Trust in God, which, according to the Virtual Health Library, is “to have hope in a person or thing” (DeCS, 2018).¹⁴ Hope means “belief in a positive outcome” (DeCS, 2018).¹⁵ This belief is connected to a religiosity and / or spirituality whose respective concepts are: set of practices, ways of living and rituals for a set of people in common that leads them to think of a higher being that can be God or another name, according to their culture. Spirituality, on the other hand, involves a personal, intimate search, as well as a devotion and surrender to God (KOENIG; KING; CARSON, 2012).

At the beginning of lifestyle studies and their correlation with health, Belloc and Breslow (1972), in a study entitled “Alameda County Study”, carried out with 6,928 adults, they already worried about the relationship between the state of health and the healthy habits. These authors analyzed the association between common health practices, including hours of sleep, regularity of diet, physical activity, smoking and alcohol consumption.

As a result, they found that the practice of healthy habits produced a cumulative / synergistic effect and were associated with better health, even for the elderly, when compared to the younger ones who failed to carry out the proposed activities. These benefits were identified in different

.....

14 Information taken from the text *Descritores em Ciências da Saúde*, published by the Virtual Health Library (VHL) in 2018. Available at: <<https://bit.ly/2ROUwI3>>. Accessed on: Oct. 1st, 2018.

15 Information taken from the text *Descritores em Ciências da Saúde*, published by the Virtual Health Library (VHL) in 2018. Available at: <<https://bit.ly/2ROUwI3>>. Accessed on: Oct. 1st, 2018.

individuals, regardless of age, gender and economic situation (BELLOC, BRESLOW, 1972).

Adventists residing in Loma Linda - California have been studied, being considered a special group of long-lived people seeking to live a healthy lifestyle based on healthy practices related to ENR. The researchers admitted that these habits bring benefits to the cardiovascular system and, consequently, lower mortality risks. They also affirm that religious involvement and activities in the church act as protective factors for mortality, when associated with healthy behavior and social and emotional support (KWOK *et al.*, 2014; MORTON; LEE; MARTIN, 2017).

The National Policy for Health Promotion - PNPS, approved by the Minister of Health of Brazil through Administrative Rule no. 687 on March 30, 2006 (BRASIL, 2006, p. 16),¹⁶ proposes actions that aim at the coverage of “care” related to human needs for integral health. Within this scope, Health Promotion is defined as “a mechanism for strengthening and implementing a transversal, integrated and intersectoral policy [...]” (BRAZIL, 2006, p. 18).¹⁷

Thus, the Health Promotion seeks, based on the intersectoriality, involving the spheres of the private sector, government and society, to overcome the determinants of the health-disease process, implementing actions that aim to stimulate the systematic practice of physical exercise; the adoption of a healthy diet; measures to combat smoking and alcohol and other actions to promote active aging, which can be implemented in the Health Fairs (MEIRA *et al.*, 2015).

.....
 16 Information taken from the text *Política Nacional de Promoção da Saúde*, produced by the Ministry of Health through the Secretariats of Health Surveillance and Health Care, and published in 2006 (Series B. Basic Health Texts). Available at: <<https://bit.ly/1b1oBgO>>. Accessed on: Sep. 4th, 2018.

17 Information taken from the text *Política Nacional de Promoção da Saúde*, produced by the Ministry of Health through the Secretariats of Health Surveillance and Health Care, and published in 2006 (Series B. Basic Health Texts). Available at: <<https://bit.ly/1b1oBgO>>. Accessed on: Sep. 4th, 2018.



In the axis of integral care, the PNPS proposes actions to strengthen the SUS and the expansion of actions for the prevention and Chronical Diseases Control at different levels of care, with a special focus on Primary Health Care (PHC) (MALTA, NETO; SILVA JR., 2011).

Regarding health-related lifestyle assessment, although it is possible to find instruments with reasonable psychometric properties and internal consistency, these instruments do not contemplate the eight components of the Adventist healthy lifestyle proposal (PÔRTO *et al.*, 2015).

Some of them are too extensive to be applied effectively in events that associate research with educational and / or behavioral interventions, as in the case of “Health Fairs”, and it was necessary to construct and validate an instrument that would measure this lifestyle as a whole issue (EXPO HEALTH MANUAL, 2018).¹⁸

The construct of the “Eight Natural Remedies Questionnaire” (Q8RN) was analyzed by judges in all its extension with eight dimensions and 25 items (ABDALA *et al.*, 2018) and considered validated as to the content, being applied to approximately 500 participants of Health Fairs held in the state of São Paulo.

Continuing the validation process of the instrument, this study aimed to analyze the attributes of validity and reliability of the “Eight Natural Remedies Questionnaire” (Q8RN), in the adult version, to investigate the adoption of the constitutive habits of the Adventist lifestyle.

Material and Method

This is a descriptive study, methodological type, involving 504 participants from “Health Fairs” offered in public spaces in the State of São

.....
 18 Information taken from the *Manual da Expo-Saúde*, adapted and published by the Portuguese Union of Seventh-day Adventists in 2014. Available at: <<https://bit.ly/2EoTxve>>. Accessed on: Sep. 4th, 2018.

Paulo, Brazil. The model of the fairs is described on the Seventh-day Adventist Church's (SDA), South American Division website (2018)¹⁹ that provides practical guidance on the benefits of each addressed remedy.

The Q8RN was based on White (1905, p. 127)²⁰ and literally embraces the principles of a healthy life: "Nutrition, Exercise, Pure Water, Sunlight, Temperance, Pure Air, Rest, and Trust in God."

In addition, the components of this instrument were based on some validated lifestyle tools in Brazil and in other countries. They are: FANTASTIC Questionnaire, validated by Rodriguez Añez, Reis, Petroski (2008), Ramírez-Vélez, Agredo (2012) and Silva, Brito and Amado (2014) and applicable to the population from 15 years of age; NAHAS Pentacle Questionnaire, validated by Nahas, Barros, Francalacci (2000); DUKE-DUREL Religious Questionnaire, validated by Taunay *et al.* (2012) and Lucchetti *et al.* (2012).

The data were collected in "Health Fairs" held in various places in São Paulo: schools, parks, blocks, streets, etc. Participants signed the Consent Form and responded to the questionnaire on a Tablet configured as an Applicative developed on the Android system.

Factorial Confirmatory Analysis (FCA) was performed in the R program, by a WLMSV (Weighted Least Squares Mean and Variance-adjusted) polychoric type, in which the categories of responses of the questionnaire evaluated were, for the most part, Likert (TELLO *et al.*, 2010). For the results, Comparative Fit Index (CFI) and Tucker-Lewis Index (TLI) values greater than 0.92 and Root Mean Mean Square of Approximation (RMSEA) less than 0.07 were considered acceptable (HAIR *et al.*, 2009).

.....
 19 Information obtained through the Seventh-day Adventist Church's Department of Health website. Available at: <<https://bit.ly/2PwE5hR>>. Accessed on: Aug. 27th, 2018.

20 Information taken from The Ministry of Healing, written and published by Ellen G. White in 1905. Available in Available at: <<https://bit.ly/2RPtLDI>>. Accessed on: Nov. 5th, 2018.



The IFC means the comparative or incremental adjustment index. It measures a relative improvement in the adjustment of the researcher's model in relation to the standard model. The closer to one, the better. TLI indicates non-standard Tucker-Lewis index. There are aspects that compensate for the effects of the model's complexity. The value may fall outside the range of zero to one, but values close to one indicate a good fit. The RMSEA, also called the parsimonious adjustment index, estimates how well the parameters of the model reproduce the population covariance, being better equal to zero. Values close to 0.06 or smaller indicate reasonable adjustments to the model. The Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) is based on the discrepancy between the correlations in the sample matrix and the correlations predicted by the model, that is, it is based on the differences between the predicted and observed covariance. The closer to zero the better (LEÓN, 2011; HAIR *et al.*, 2009).

The Cronbach's alpha test was also evaluated as a measure of the internal consistency of the construct that varies from 0 to 1, with values from 0.60 to 0.70 considered as the lower limit of acceptability (HAIR *et al.*, 2009).

This study was approved by the Research Ethics Committee of the proposing institution, number 1,404,196, on 02/02/2016. Participants signed the Free and Informed Consent Term (TCLE) pursuant to resolution 466/12 of the National Health Council.

Results

Among the 504 participants, the mean age was 44.0 (SD = 16.6), 63.3% (n = 319) female, 72.8% (n = 367), skin color self-referred white. The majority (47.9%, n = 232) had completed high school and incomplete upper level (Table 1).

Table 1: Sociodemographic data of participants in the Health Fairs in São Paulo, Brazil, 2018.

Variables		Absolute Frequency (n)	Relative frequency (%)
Gender (n= 504)	Female	319	63.3
	Male	178	35.3
	Did not respond	7	1.4
Skin color (n= 504)	White	367	72.8
	Brown	99	19.6
	Black	22	4.4
	Yellow	1	0.2
	Indian	6	1.2
	Did not respond	9	1.8
schooling (n= 504)	Illiterate or incomplete fundamental	70	14.5
	Complete fundamental or incomplete high school	64	13.2
	Complete high school or incomplete graduated	232	47.9
	Graduated	109	22.5
	Post graduated	9	1.9

Source: Primary study, self elaboration.

Concerning religion, 43.9% (n = 209) of respondents were Adventists, 31.3% (n = 149) Catholics, 14.3% (n = 68) of other evangelical religions, 3.6 (n = 17) spiritists, 3.6% (n = 17) do not profess any religion and 3,4% (n = 16) are of other denominations.

When applying the FCA, three questions were taken from the Dimensions: 1 - Nutrition: How many meals do you make per day? (breakfast, lunch, dinner, snack, etc); 5 - Temperance: Do you consider yourself balanced about time spent studying, working, internet, television, meals, friendships,

sexuality, etc.? 7 - Rest: Do you separate one day a week to rest from routine work, home or study?

According to the FCA, according to R Software, there was evidence of validity of the Q8RN instrument as the factorial load presented goodness of fit adjustment data: Comparative Fit Index (CFI) = 0.972, Tucker-Lewis Index (TLI) = 0.964, parsimonious - RMSEA = 0.044 and WRMR = 1.024, confirming the evidence of validity. The multivariate analysis allowed to maintain the eight dimensions, but indicated reducing from 25 to 22 questions of the original instrument, thus becoming a Q8RN with 22 items.

For the calculation of the classification of the lifestyle, it was followed the logic of proportion of the scores adopted by the FANTASTICO Questionnaire of Rodriguez-Añez *et al.* (2008).

Cronbach's Alpha was 0.72, indicating internal reliability of the instrument. The correlation matrix between the items showed that some loads factors are weak but with good adjustments in the model (Tables 2 and 3).

Table 2: Correlation Matrix between Q8RN itens, adult version. 1st part, São Paulo, Brazil, 2018.

	nutri1	nutri3	nutri4	exerc5	exerc6	exerc7	agua8	agua9	sol10	sol11	temp13
nutri1	1.000										
nutri3	0.277	1.000									
nutri4	0.199	0.226	1.000								
exerc5	0.116	0.132	0.095	1.000							
exerc6	0.140	0.159	0.114	0.746	1.000						
exerc7	0.140	0.159	0.114	0.746	0.900	1.000					
agua8	0.164	0.186	0.134	0.198	0.239	0.238	1.000				
agua9	0.115	0.131	0.094	0.139	0.168	0.167	0.178	1.000			
sol10	0.096	0.109	0.078	0.160	0.193	0.192	0.177	0.124	1.000		
sol11	0.113	0.129	0.092	0.188	0.227	0.227	0.208	0.146	0.242	1.000	
temp13	0.240	0.273	0.196	-0.001	-0.002	-0.002	0.123	0.086	0.062	0.073	1.000
temp14	0.133	0.150	0.108	-0.001	-0.001	-0.001	0.068	0.047	0.034	0.040	0.269

temp15	0.144	0.163	0.117	-0.001	-0.001	-0.001	0.073	0.051	0.037	0.044	0.292
temp16	0.278	0.316	0.226	-0.002	-0.002	-0.002	0.142	0.100	0.072	0.085	0.564
ar17	0.131	0.148	0.106	0.108	0.130	0.130	0.161	0.113	0.138	0.163	0.065
ar18	0.165	0.187	0.134	0.136	0.164	0.164	0.203	0.143	0.175	0.206	0.083
desc19	0.113	0.128	0.092	0.097	0.117	0.116	0.049	0.034	0.088	0.104	0.112
desc20	0.126	0.143	0.102	0.108	0.130	0.130	0.054	0.038	0.099	0.116	0.125
conf22	0.120	0.136	0.097	-0.001	-0.001	-0.001	0.077	0.054	0.056	0.066	0.287
conf23	0.179	0.203	0.146	-0.001	-0.002	-0.002	0.114	0.080	0.084	0.099	0.428
conf24	0.202	0.229	0.165	-0.001	-0.002	-0.002	0.129	0.091	0.095	0.112	0.484
conf25	0.204	0.231	0.166	-0.001	-0.002	-0.002	0.130	0.092	0.096	0.113	0.489

Legend: nutri = nutrition; exerc = exercise; agua = water; sol = sun light; temp = temperance; ar = air; desc = rest; conf= confidence/trust.

Source: Primary study, self elaboration.

Table 3: Correlation Matrix between Q8RN itens, adult version. 2nd part, São Paulo, Brazil, 2018.

	temp14	temp15	temp16	ar17	ar18	desc19	desc20	conf22	conf23	conf24	conf25
temp14	1.000										
temp15	0.161	1.000									
temp16	0.311	0.338	1.000								
ar17	0.036	0.039	0.076	1.000							
ar18	0.045	0.049	0.096	0.212	1.000						
desc19	0.062	0.067	0.129	0.134	0.170	1.000					
desc20	0.069	0.075	0.144	0.150	0.189	0.561	1.000				
conf22	0.158	0.172	0.332	0.054	0.068	0.064	0.071	1.000			
conf23	0.236	0.256	0.496	0.080	0.101	0.095	0.106	0.770	1.000		
conf24	0.267	0.290	0.561	0.091	0.115	0.107	0.120	0.332	0.496	1.00	
conf25	0.269	0.292	0.566	0.092	0.116	0.108	0.121	0.335	0.500	0.565	1.00

Legend: temp = temperance; ar = air; desc = rest; conf = confidence/trust.

Source: Primary study, self elaboration.

The standardized table of Q8RN itens showed that most itens (90.9%) had loads above 0.40 and all had statistical significance ($p < 0.05$). In

addition, there was a covariance between two variables of the “trust” dimension, where confidence in God or in a higher being positively influences people’s way of living and vice versa ($p < 0.05$) (Table 4).

Table 4: Standardized estimation with p value of each item and their respective domains of the Q8RN (adult). São Paulo, 2018.

Factors	Estimator WLSMV – Confirmatory Factor Analysis (n=491/504)		
	Estimation	Standardized Estimation	p-value
Domain 1. Nutrition			
- How often do you include in the main meals of the day: beans, whole grains, nuts, fruits, vegetables? (1)	1.000	0.495	0.000
- How do you qualify the type of food you eat the most? * Choose the most appropriate option for you. (3)	1.134	0.561	0.000
- How many of the following items do you consume one or more times a week? (snacks, crackers, fried foods, soft drinks and sweets in general) (4)	0.814	0.403	0.000
Domain 2. Exercise			
- Do you practice leisure activities such as walking, cycling, playing ball, extreme sports or other hobbies and enjoyable activities? (5)	1.000	0.786	0.000
- How many times a week do you do intense exercise (which makes you sweat and increase your heart rate, such as long walking, running, cycling, etc.)? (6)	1.207	0.949	0.000
- How many minutes do you spend “on average” when you exercise intensely until you sweat? (7)	1.206	0.948	0.000



Domain 3. Water			
- How many cups (250 ml) of water do you drink daily? (8)	1.000	0.504	0.000
- Do you use water as a remedy for home treatments when needed? (For example, hot and cold packs, ice application, inhalation, foot scrub and baths in general). (9)	0.702	0.354	0.000
Domain 4. Sun light			
- How often do you expose yourself to the sun for at least 15 to 20 minutes a day? (10)	1.000	0.453	0.000
- In your house, are the windows and shutters open daily for sunlight and natural light? (11)	1.178	0.534	0.000
Domain 5. Temperance			
- Do you drink alcohol (beer, wine, liquor, brandy, sugarcane liquor, or any other)? (13)	1.000	0.698	0.000
- Do you smoke cigarettes, pipes, or do you use any tobacco smoke? (14)	0.551	0.385	0.000
- Have you used any drugs, such as marijuana, crack, cocaine, etc. in the last three months? (15)	0.599	0.418	0.019
- Do you drink drinks that contain caffeine? (coffee, black tea, green tea, mate tea, white tea or soft drinks) (16)	1.158	0.808	0.000
Domain 6. Air			
- Considering the places where you spend most of the time, how do you rate the quality of the air you breathe? (17)	1.000	0.410	0.000
- Do you take deep breaths outdoors or when you need to control tension and anxiety? (18)	1.261	0.518	0.000

Domain 7. Rest			
- Do you sleep 7 to 8 hours a night and wake up rested and in good spirits most of the time? (19)	1.000	0.709	0.000
- Do you usually sleep early? (around 10 pm or before that time). (20)	1.117	0.792	0.000
Domain 8. Trust			
- Do you trust in God? (in a Higher Self or something sacred) (22)	1.000	0.443	0.000
- Does your trust in God (Higher Self or something sacred) positively influence your way of life? (23)	1.494	0.662	0.000
- How often do you attend religious or spiritual meetings? (24)	1.688	0.749	0.000
- Do you practice religious or spiritual activities in your private life? (meditate, pray, read the Bible or religious books, do charity, etc.). (25)	1.704	0.755	0.000
Covariance			
(22= Do you trust in God? In a Higher Self or something sacred?)~(23= Does your trust in God, Higher Self or something sacred, positively influence your way of life?)	0.477	0.710	0.000

Source: Primary study, self elaboration.

Discussion

Lifestyle has been a factor of great repercussion when it is associated with the prevalence of chronic diseases. Studying about its influence in promoting health linked to the practice of “Eight Natural Remedies” is of paramount importance. In order to improve the evaluation of adherence to these healthy principles of life, we opted to evaluate the validity evidence of a new instrument, whose validation of the construct has already been finalized and presented in the study by Abdala *et al.* (2018).

As it is a multidimensional, objective and pre-established dimensions' instrument based on the Adventist health philosophy (KWOK *et al.*, 2014; Morton; Lee, Martine, 2017), a polychoric estimation analysis was used. This allows to correlate / covariate categorical items, which is possible to treat categorical variables as continuous variables (HOLGA *et al.*, 2010).

When comparing the goodness adjustments of the present study with those applied in similar instrument validations on lifestyle, it was observed that similar values were found in a validation of an instrument called Health Promoting Lifestyle Profile-II (HPLP-II) in which the authors analyzed nutrition, good health habits and physical activity of 788 university students. The results of the goodness adjustments reached were: CFI 0.92, TLI = 0.90, RMSEA <0.045 and SRMR ≤ 0.055 (p <0.001). The internal consistency of this instrument was 0.70 (LIM *et al.*, 2016).

The FANTASTICO questionnaire, as well as the Q8RN, also obtained a Cronbach's Alpha in previous studies ranging from 0.69 to 0.80 when validated in the population of adults older than 18 years (RODRIGUEZ-AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008; RAMÍREZ- VÉLEZ; AGREDO, 2012; SILVA *et al.*, 2014; VILAR LÓPEZ *et al.*, 2016).

The limitation of this study is that we did not find similar publications to compare the results found in the validation process of Q8RN, considering all the dimensions, estipulating them as gold standard.

Conclusion

The adult lifestyle, based on the Adventist health philosophy, could be assessed through the Q8RN which, after review process maintained the original eight dimensions and was reduced to 22 questions.

The measures of validity and reliability reached adequate indexes, being considered an instrument that presents evidences of validity and reliability, corresponding to the proposal of a healthy lifestyle, based and guided by

the Department of health of the Seventh Day Adventist to promote a comprehensive health.

References

ABDALA, G. A.; MEIRA, M. D. D.; NOBOROLSAYAMA, R.; SUSSUMUWATAYA, R.; RODRIGO, G. T.; NINAHUAMAN, M. F. M. L.; OLIVEIRA, S. L. S. S.; SANTOS, S. Q. Construction and validation of the Eight Natural Remedies Questionnaire – Adventist life style. **International Journal Development Research**, v. 8, n. 5, p. 20.300-20.310, 2018.

BELLOC, N. B.; BRESLOW, L. Relationship of physical health status and health practices. **Preventive medicine**, v. 1, n. 3, p. 409-421, 1972.

BEZERRA, M. L. P.; SILVA, K. H. V.; MORAES, C. F.; VIANA, L. G.; MASCARENHAS, C. C. Os benefícios da vitamina D na capacidade cognitiva em idosos. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, v. 5, n. 1, p. 101-108, 2016.

CLARES, J. W. B.; FREITAS, M. C.; GALIZA, F. T.; ALMEIDA, P. C. Necessidades relacionadas ao sono/repouso de idosos: estudo fundamentado em Henderson. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 1, p. 54-59, 2012.

ESPINOSA-MONTERO, J.; MONTERRUBIO-FLORES, E. A.; SANCHEZ-ESTRADA, M.; BUENDIA-JIMENEZ, I.; LIEBERMAN, H. R.; ALLAERT, F. A.; BASQUERA, S. Development and validation of an instrument to evaluate perceived wellbeing associated with the ingestion of water: the water ingestion-related wellbeing instrument (WIRWI). **PloS One**, v. 11, n. 7, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/2ErC8IE>>. Acesso em: 11 dez. 2018.

GANDY, J. Water intake: validity of population assessment and recommendations. **Eur. J. Nutri.**, v. 52, supl. 2, p. S11-S16, 2015.

HAIR Jr., J.F.; BLACK, W.C.; BABIN, B.J.; ANDERSON, R.E. & TATHAM, R.L. **Análise multivariada de dados**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009. 688p

HOLGADO-TELLO, F. P.; CHACÓN-MOSCOSO, S.; BARBERO-GARCÍA, I.; VILA-ABAD, E. Polychoric versus Pearson correlations in exploratory and confirmatory factor analysis of ordinal variables. **Quality & Quantity**, v. 44, n. 1, p. 153-166, 2010.

KWOK, C. S.; UMAR, S.; MYINT, P. K.; MAMAS, M. A.; LOKE, Y. K. Vegetarian diet, seventh day adventists and risk of cardiovascular mortality: a systematic review and meta-analysis. **Int. Journ. Cardiology**, v. 176, n. 3, p. 680-686, 2014.

LEÓN, D. A. D. **Análise Fatorial Confirmatória através dos Softwares R e Mplus**. Porto Alegre, 2011. 97f. Monografia (Bacharelado em Estatística) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Departamento de Estatística, Porto Alegre, 2011.

LIM, B. C.; KUEH, Y. C.; ARIFIN, W. N.; NG, K. H. Validation of health promoting Lifestyle Profile II: a confirmatory study with a Malaysian undergraduate student's sample. **Education in Medicine Journal**, v. 8, n. 2, p. 65-77, 2016.

LUCCHETTI, G.; GRANERO LUCCHETTI, A. L.; PERES, M. F.; LEÃO, F. C.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H. G. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). **J. Relig. Health**, v. 51, n. 2, p. 579-586, 2012.

MALTA, D. C.; MORAES NETO, O. L.; SILVA JR., J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 20, n. 4, p. 425-438, 2011.

MALTA, D. C.; STOPA, S. R.; ISER, B. P. M.; BERNAL, R. T. I.; CLARO, R. M.; NARDI, A. C. F.; REIS, A. A. C.; MONTEIRO, C. A. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais brasileiras, Vigitel 2014. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 238-255, 2015.

MEIRA, M. D. D.; ABDALA, G. A.; TEIXEIRA, C. A.; NINAHUAMAN, M. F. M. L.; MORAES, M. C. L.; SALGUEIRO, M. M. H. A. O. Perfil do Estilo de Vida de Adultos da Zona Sul de São Paulo. **LifeStyle Journal**, v. 2, n. 2. p. 67-82, 2015.

MORTON, K. R.; LEE, J. W.; MARTIN, L. R. Pathways from Religion to Health: mediation by psychosocial and lifestyle mechanisms. **Psycholog Relig Spiritual**, v. 9, n. 1, p. 106-117, 2017.

NAHAS, M. V.; BARROS, M. V.; FRANCALACCI, V. O pentágulo do bem-estar, base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 5, n. 2, p. 48-59, 2000.

OLIVEIRA, V.; LARA, G. M.; LOURENÇO, E. D.; BOFF, B. D.; STAUDER, G. Z. Influence of vitamin D in human health. **Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana**, v. 48, n. 3, p. 329-337, 2014.

POLISSELI, M. L. C.; RIBEIRO, L. C. Exercício físico como fator de proteção para saúde em servidores públicos. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v. 20, n. 5, p. 340-344, 2014.

PÔRTO, E. F.; KÜMPEL, C.; CASTRO, A. A. M.; OLIVEIRA, I. M.; ALFIERI, F. M. Como o estilo de vida tem sido avaliado: revisão sistemática. **Acta Fisiátrica**, v. 22, n. 4, p. 199-205, 2015.

QUADROS, K. R. S.; OLIVEIRA, R. B. Reposição de Vitamina D nativa: indicação à luz das evidências científicas atuais. **Rev. Fac. Ciênc. Med.**, Sorocaba, v. 18, n. 2, p. 79-86, 2016.

RAMÍREZ-VÉLEZ, R.; AGREDO, R. A. Fiabilidad y validez del instrumento “Fantástico” para medir el estilo de vida en adultos colombianos. **Rev. Salud Pública**, v. 14, n. 2, p. 226-237, 2012.

RODRIGUEZ-AÑEZ, C. R.; REIS, R. S.; PETROSKI, E. L. Versão brasileira do questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO”: tradução e validação para adultos jovens. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 91, n. 2, p.102-109, 2008.

SILVA, A. M. M.; BRITO, I. S.; AMADO, J. M. C. Tradução, adaptação e validação do questionário Fantastic Lifestyle Assessment em estudantes do ensino superior. **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1901-1910, 2014.

TAUNAY, T. C. D.; GONDIM, F. A. A.; MACÊDO, D. S.; MOREIRA-ALMEIDA, A.; GURGEL, L. A.; ANDRADE, L. M. S.; CARVALHO, A. F. Validação da versão Brasileira da Escala de Religiosidade de Duke (DUREL). **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 39, n. 4, p. 130-5, 2012.

THOMAS, J.; AL-ANOUTI, F. Sun Exposure and Behavioral Activation for Hypovitaminosis D and Depression: a controlled pilot study. **Community Mental Health Journal**, v. 54, n. 6, p. 860-865, 2017.

VILAR LÓPEZ, M.; SUELDO, Y. B.; GUTIÉRREZ, C.; ANGULO-BAZÁN, Y. Análisis de la confiabilidad del test FANTÁSTICO para medir estilos de vida saludables en trabajadores evaluados por el programa “Reforma de Vida” del seguro social de salud (EsSalud). **Revista Peruana de Medicina Integrativa**, v. 1, n. 2, p. 17-26, 2016.

VIVANTI, A. P. Origins for the estimations of water requirements in adults. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 66, p. 1282-1289, 2012.

EIGHT NATURAL REMEDIES QUESTIONNAIRE

Lifestyle Assessment for Adults and Adolescents Ages 12 Years and Older

Guidelines: Mark an X that most closely matches your practice in the last three months

Do- mains	Items	Questions	Answers (0-4)				
1. Nutri- tion	1	How often do you include in the main meals of the day: beans, whole grains, nuts, fruits, vegetables?	Almost never	Rarely	Some times	Many times	Always
	2	How do you qualify the type of food you eat the most? * Choose the most appropriate option for you.	Non vegetarian: Eat meat of various types more than once a week	Semi vegetarian: Eat meat of various types maximum 1 time per week	Pesco vegetarian: Eat meat, chicken and other poultry less than once a month, and eats fish more than 1 time per month	Ovolacto vegetarian: Eat dairy and eggs more than once a month and fish and meat less than once a month	Strict vegetarian: Consume milk, cheese, eggs, fish or meat maximum 1 time per month or less
	3	How many of the following items do you consume one or more times a week? (snacks, crackers, fried foods, soft drinks and sweets in general)	Four to five items	Three items	Two items	One item	None

2. Exercise	4	Do you practice leisure activities such as walking, cycling, playing ball, extreme sports or other hobbies and enjoyable activities?	Never	Almost never	Some times	Many times	Always
	5	How many times a week do you do intense exercise (which makes you sweat and increase your heart rate, such as long walking, running, cycling, etc.)?	Never	Less than 1 per week	1 to 2 times per week	3 to 4 times per week	5 or more times per week
	6	How many minutes do you spend "on average" when you exercise intensely until you sweat?	None, I don't do it	5 to 10 minutes	11 to 20 minutes	21 to 30 minutes	31 to 60 minutes
3. Water	7	How many cups (250 ml) of water do you drink daily?	None	1 to 3 cups	4 to 6 cups	7 cups	8 or more
	8	Do you use water as a remedy for home treatments when needed? (For example, hot and cold packs, ice application, inhalation, foot scrub and baths in general).	Never	Almost never	Some times	Many times	Always
4. Sun light	9	How often do you expose yourself to the sun for at least 15 to 20 minutes a day?	Never	Almost never	Some times	Many times	Always
	10	In your house, are the windows and shutters open daily for sunlight and natural light?	Never	Almost never	Some times	Many times	Always

5. Temperance	11	Do you drink alcohol (beer, wine, liquor, brandy, sugarcane liquor, or any other)?	Yes	----- -----			No
	12	Do you smoke cigarettes, pipes, or do you use any tobacco smoke?	Yes	----- -----			No
	13	Have you used any drugs, such as marijuana, crack, cocaine, etc. in the last three months?	Yes	----- -----			No
	14	Do you drink drinks that contain caffeine? (coffee, black tea, green tea, mate tea, white tea or soft drinks)	Yes	----- -----			No
6. Air	15	Considering the places where you spend most of the time, how do you rate the quality of the air you breathe?	Too bad	Bad	Regular	Good quality	Very good quality
	16	Do you take deep breaths outdoors or when you need to control tension and anxiety?	Never	Rarely	Algumas vezes	Many times	Always
7. Rest	17	Do you sleep 7 to 8 hours a night and wake up rested and in good spirits most of the time?	Never	Almost never	Some times	Many times	Always
	18	Do you usually sleep early? (around 10 pm or before that time).	Never	Almost never	Some times	Many times	Always



8. Trust	19	Do you trust in God? (in a Higher Self or something sacred)	Never	Almost never	Some times	Many times	Always
	20	Does your trust in God (Higher Self or something sacred) positively influence your way of life?	Never	Almost never	Some times	Many times	Always
	21	How often do you attend religious or spiritual meetings?	Rarely or never	Sometimes per year	Two or three times per month	Once a week	More than once a week
	22	Do you practice religious or spiritual activities in your private life? (meditate, pray, read the Bible or religious books, do charity, etc.).	Rarely or never	Few times per month	Two or three times per week	Once a day	More than once a day

How to calculate the total Q8RN score:

The total Q8RN score is the sum of the points assigned to each item, that is, each question scores from zero (0) to four (4), totaling a maximum of 88 points if all 22 questions are answered.

To classify Lifestyle based on the “Eight Natural Remedies”, the following parameters must be considered:

0 - 25 – insufficient ()

26 - 44 – regular ()

45 - 58 – good ()

59 - 73 – very good ()

74 – 88 - excellent ()

Subscale scores

The questionnaire consists of a total 22 items / questions and eight domains. The score for each domain will be calculated based on the number of items. The Likert scale (zero to four points in ascending order) is to be used to calculate the score of each item, except: item 11 to 14 of domain domain 5 (Temperance) that are dichotomous (0 or 4 points). The cutoff point will be the average / median, based on the number of questions per domain, and the parameter will be between the minimum and maximum values. Example: In the Nutrition domain there are three questions / items with a rank of 0-12, being 6 the average / median (cutoff point).

