

Volume 2, Número 2
Julho - Dezembro de 2015

ISSN: 2237-3756

lifeStyle

JOURNAL

UNASPRESS



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 servirço 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)

Diretor Presidente: Domingos José de Souza
Diretor Administrativo: Élnio Álvares de Freitas
Diretor Secretário: Emmanuel Oliveira Guimarães

Administração Geral do Unasp

Reitor: Euler Pereira Bahia
Pró-Reitora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão: Tânia Denise Kuntze
Pró-Reitora de Graduação: Sílvia Cristina de Oliveira Quadros
Pró-Reitor Administrativo: Élnio Álvares de Freitas
Pró-Reitor de Relações, Promoção e Desenvolvimento Institucional: Martin Kuhn
Secretário Geral: Marcelo Franca Alves

Campus Engenheiro Coelho

Diretor Geral: José Paulo Martini
Diretora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão: Francisca Pinheiro S. Costa
Diretor de Graduação: Afonso Ligório Cardoso

Campus São Paulo

Diretor Geral: Douglas Jeferson Menslin
Diretor de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão: Marcos Natal de Souza Costa
Diretor de Graduação: Ilson Tercio Caetano

Campus Virtual

Diretor Geral: Valcenir do Vale Costa
Gerente Acadêmica: Addressa Jackeline Oliveira M. e Paiva

Faculdade de Teologia

Diretor: Emilson dos Reis
Coordenador de Pós-Graduação: Ozeas Caldas Moura
Coordenador de Graduação: Reinaldo Wesceslau Siqueira

Faculdade Adventista de Hortolândia

Diretor: Euler Pereira Bahia
Diretora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão: Tânia Denise Kuntze
Diretora de Graduação: Sílvia Cristina de Oliveira Quadros
Diretor Administrativo: Élnio Álvares de Freitas
Diretor de Relações, Promoção e Desenvolvimento Institucional: Martin Kuhn
Secretário Geral: Marcelo Franca Alves

Campus Hortolândia

Diretor Geral: Laureci Bueno do Canto
Diretor de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão: Eli Andrade Rocha Prates
Diretora de Graduação: Elna Pereira Nascimento Cres



Imprensa Universitária Adventista

Editor: Rodrigo Follis

Editor Associado: Felipe Carmo

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

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

Editora e revista associadas:





revista lifestyle journal

Editor chefe
Editor associado

Prof. Dr. Elias Ferreira Pôrto - Centro Universitário Adventista de São Paulo - UNASP/SP
Prof. Dr. Fabio Marcon Alfieri - Centro Universitário Adventista de São Paulo - UNASP/SP

Corpo editorial e Conselho

Prof. Dr. Carlos Antonio Teixeira - Centro Universitário Adventista de São Paulo - UNASP/SP
Prof. Dr. Gil Lúcio Almeida - Universidade Paulista - UNIP
Prof. Dr. Antônio Adolfo Mattos de Castro - Universidade Federal do Pampa - UNIPAMPA
Prof. Dr. Vinicius Carlos iamonti - Centro Universitário Adventista de São Paulo - UNASP/SP
Dra. Kátia Ferreira de Oliveira - Centro Universitário Adventista de São Paulo - UNASP/SP
Prof. Dr. Leonardo Tavares Martins - Centro Universitário Adventista de São Paulo - UNASP/SP
Prof. Dra. Claudia kumpel - Centro Universitário Adventista de São Paulo - UNASP/SP
Prof. Dra. Maria Cecilia Leite de Moraes - Centro Universitário Adventista de São Paulo - UNASP/SP
Prof. Dra. Maria Dyrce Dias Meira - Centro Universitário Adventista de São Paulo - UNASP/SP
Prof. Dra. Gina Abdala - Centro Universitário Adventista de São Paulo - UNASP/SP
Prof. Dra. Marcia Maria Hernandes de Abreu de Oliveira Salgueiro - Centro Universitário Adventista de São Paulo - UNASP/SP
Prof. Dr. Marcos Natal de Souza Costa - Centro Universitário Adventista de São Paulo - UNASP/SP
Prof. Dra. Natália Oliveira Vargas e Silva - Centro Universitário Adventista de São Paulo - UNASP/SP
Prof. Dra. Marcia Cristina Teixeira Martins - Centro Universitário Adventista de São Paulo - UNASP/SP

■ DIREITOS LEGAIS

A revista *LifeStyle* utiliza o Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas (SEER), software livre desenvolvido para a construção e gestão de publicações eletrônicas, traduzindo e customizado pelo Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT). Para esta revista, ele é alimentado pela Unaspres, em parceria com a Lepidus.

Esta revista oferece acesso livre imediato ao seu conteúdo, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratização mundial do conhecimento. Sendo assim, está sob a Licença Creative Commons Attribution 4.0 (que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista), tendo cada artigo a representação dessa autorização através do seguinte selo:

■ FICHA CATALOGRÁFICA

L7227 LifeStyle Journal, v. 2, n. 2, jul./dez., 2015. São Paulo: Unaspres, Centro Universitário Adventista de São Paulo, Campus São Paulo, 2015 __.

Semestral

ISSN: 2237-3756

1. Promoção da saúde - Ciências da saúde. I. Centro Universitário Adventista de São Paulo.

CDD 613

■ CRÉDITOS EDITORIAIS DA UNASPRESS

EDITORIAÇÃO: RODRIGO FOLLIS, FELIPE CARMO

REVISÃO: FELIPE ROCHA, ILANA OLIVEIRA

NORMATIZAÇÃO: GIULIA PRADELA, EMILLY MAURIZ

PROJETO VISUAL: EDIMAR VELOSO

DIAGRAMAÇÃO: FÁBIO ROBERTO

REVISÃO DE *ABSTRACT*: INGRID LACERDA

GESTÃO DO SEER: GIULIA PRADELA

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: LIA HODORFF

101412 2015



Sumário

EDITORIAL

["Por um novo estilo de vida"]

Elias Pôrto (Unasp)

9

QUALIDADE DE VIDA DE DOCENTES DO ENSINO SUPERIOR DE UM CENTRO UNIVERSITÁRIO

["Quality of Life of Faculty in Higher Education"]

*Ivone Corsi da Silva (Unasp), Leslie Andrews Portes
(Unasp), Gelton Novaes Mendes (Unasp)*

15

RELIGIOSITY AND QUALITY OF LIFE IN OLDER ADULTS: LITERATURE REVIEW

*["Religiosidade e qualidade de vida em pessoas
com idade avançada: revisão de literatura"]*

*Gina Andrade Abdala (Unasp), Miako Kimura (USP),
Harold G. Koenig (Duke University), Katia G. Reinert
(John Hopkins), Khim Horton (University of Surrey)*

25

O MÉTODO PILATES ASSOCIADO A ORIENTAÇÕES DE ESTILO DE VIDA EM PACIENTES COM LOMBALGIA CRÔNICA

*["A pilats method associated with as lifestyle
guidelines in patients with chronic back pain"]*

*Jane Storch, Poliana Lima Sampaio, Ana Maria Jora Ferrecioli (FMU),
Marta Regina Figueiredo (São Camilo), Lisley Alves Oliveira*

53

PERFIL DO ESTILO DE VIDA DE ADULTOS DA ZONA SUL DE SÃO PAULO

["Profile of adult lifestyle of São Paulo south zone"]

*Maria Dyrce Dias Meira (Unasp), Gina Andrade Abdala
(Unasp), Carlos Antonio Teixeira (Unasp), Maria Fernanda
M. L. Ninahuaman (Unasp), Maria Cecília Leite de
Moraes (Unasp), Marcia Oliveira Salgueiro (Unasp)*

67

PERCEPÇÃO DE HOMENS E MULHERES MAIORES DE 50 ANOS SOBRE A ESTÉTICA DO ENVELHECIMENTO

*(“Men and women perceptions over 50
years on the esthetics of aging”)*

*Edith Ferreira de Souza Oliveira (Unasp), Elisabeth Frohlich
Mercadante (Unasp), Elias Ferreira Pôrto (Unasp)*

83

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

99



EDITORIAL

POR UM NOVO ESTILO DE VIDA

Elias Pôrto

Estilo de vida é uma expressão moderna que se refere à estratificação da sociedade por meio de aspectos comportamentais, expressos geralmente sob a forma de padrões de consumo, rotinas, hábitos ou uma forma de vida adaptada ao dia a dia. Estilo de vida é a forma pela qual uma pessoa ou um grupo de pessoas vivem o mundo e conseqüentemente se comportam e fazem escolhas.

É fácil perceber que o estilo de vida tem sido objeto de estudo nos últimos anos. Atualmente se argumenta que doenças crônicas não transmissíveis, como o diabetes mellitus, hipertensão arterial e síndrome metabólica podem estar associadas ao estilo de vida vivido. Apesar de não estar estabelecida completamente a relação causa e efeito entre o estilo adotado e surgimento destas doenças, já se sabe que a prevalência das mesmas é maior entre tabagistas, sedentários e indivíduos que consomem dietas mais ricas em gorduras e pessoas estressadas.

Os aspectos mais frequentemente abordados nas avaliações do estilo de vida são o comportamento social, a forma de se enfrentar o estresse, a nutrição, a prática de atividade física, ausência de drogas e do uso de tabaco e álcool. Alguns estudos têm mostrado que a mudança no estilo de vida pode diminuir os fatores de risco para doenças cardiovasculares. O que leva a crer que um estilo de vida compatível com bons hábitos deve ser desenvolvido o mais precocemente possível. O que, se não for feito, deixa nos um alerta, afinal, os fatores relacionados ao estilo de vida desfavoráveis e modificáveis são a causa de 50% das mortes (entre as 10 causas mais importantes), incluindo: doenças cardíacas, câncer, derrame cerebral e doença pulmonar crônica.

Em resumo, vários hábitos, que foram adquiridos com o estilo de vida moderno, têm proporcionado efeitos negativos à saúde. As mudanças ocorridas no estilo de vida das sociedades urbanas e industrializadas, incluem uma vida mais sedentária, o aumento do peso corporal, ingestão pobre em alimentos integrais, poluição e contaminação ambiental; maior competitividade e necessidade de atualização devido a um crescente número de informações do meio, maior envolvimento social e maior exposição à violência. E é dentro dessa discussão que a presente edição da LifeStyle Journal se insere, em uma constante busca por pesquisas científicas, interdisciplinares, que ajudem o ser humano a entender o que seria melhor fazer em nossa constante busca por um melhor estilo de vida. Por isso, bem-vindos à nossa nova edição. A revista agora conta com uma nova roupagem, novo endereço, nova parceria, a Unasp (editora do Centro Universitário Adventista de São Paulo), mas mantém a mesma qualidade e foco que a originou. Sendo assim, só nos resta desejar uma boa leitura e um excelente estilo de vida para todos os nossos leitores.

Infants



Artigos

Artigos



QUALIDADE DE VIDA DE DOCENTES DO ENSINO SUPERIOR DE UM CENTRO UNIVERSITÁRIO

Ivone Corsi da Silva¹

Leslie Andrews Portes²

Gelton Novaes Mendes³

Resumo: O presente estudo, de natureza descritiva e analítica, com abordagem quantitativa, objetivou avaliar a Qualidade de Vida (QV) de 312 docentes de ensino superior de um Centro Universitário denominacional e confessional. Os aquiescentes foram 35 docentes (11%) submetidos ao questionário autoadministrado e resumido de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-Bref.). Os resultados foram submetidos à análise descritiva. A QV Global alcançou (média \pm desvio-padrão) $72,0 \pm 9,7$ pontos, sendo avaliada como satisfatória. Nos Domínios Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente, os escores foram, respectivamente, $72,6 \pm 14,5$, $75,0 \pm 12,0$, $71,4 \pm 16,8$ e $69,2 \pm 12,7$ indicando também percepções satisfatórias.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Docentes; Ensino Superior.

.....

- ¹ Mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo. Bacharel em Enfermagem pela Universidade de São Paulo Ribeirão Preto. Docente do Centro Universitário Adventista de São Paulo. E-mail: ivone.corsi@ucb.org.br
- ² Doutora em Ciências da Saúde pela UNIFESP-EPM. Bacharel em Educação Física pela Universidade Metodista de Piracicaba. Docente do Curso de Mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo. E-mail: leslie_portes@yahoo.com.br
- ³ Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo. E-mail: gelnovaesmendes@hotmail.com

Quality of Life of Faculty in Higher Education

Summary: The aim of this study, with descriptive and analytical nature and a quantitative approach, was to evaluate the Quality of Life (QOL) of 312 professors from a denominational and confessional University, in their physical, psychological, social relations and environment aspects. The respondents were 35 professors who self-administered WHOQOL-bref questionnaire. Results were submitted to a descriptive analysis using the statistical package GraphPad Prism version 6.0 for Windows (www.graphpad.com). Distribution of data was assessed by D'Agostino & Pearson test. Data are presented as means \pm standard deviations. Global QOL was 72.0 ± 9.7 . In the areas of Physical, Psychological, Social Affairs and the Environment, QOL was, respectively, 72.6 ± 14.5 , 75.0 ± 12.0 , 71.4 ± 16.8 and 69.2 ± 12.7 . The QOL of the university professors was perceived as good to very good. These results are similar to other studies.

Keywords: Quality of life; Faculty; Higher education.

A saúde é um direito humano fundamental, reconhecido pela constituição brasileira, pois é o maior e o melhor bem para a sustentabilidade social, econômica e pessoal, sendo considerada, também, um valor na qualidade de vida (RODRIGUEZ; ALVES, 2008). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Qualidade de Vida (QV) como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores no qual vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (MARTINEZ *et al.*, 2009; KOETZ *et al.*, 2013).

O WHOQOL Bref é um instrumento criado por um comitê da OMS para avaliação da QV (PEREIRA *et al.*, 2013), e foi traduzido e validado para o Brasil por Fleck (1998)⁴. O WHOQOL avalia a QV em quatro domínios (físico, psicológico, social e ambiente) e de forma global, para ser viavelmente utilizado por diferentes culturas, admitindo-se tanto a subjetividade do conceito de

.....

4 Para mais detalhes ver o site <http://bit.ly/1PUPogk>

QV quanto seu aspecto pluridimensional, bem como a inclusão de componentes positivos e negativos.

De acordo com Oliveira *et al.* (2008), os professores universitários transitam no mercado de trabalho submetidos a tremendas exigências de qualificação. Suas capacidades físicas, conceituais e atitudinais são acionadas para atingir os propósitos da produtividade escolar, o que pode gerar excessivo estresse de suas funções mentais e comportamentais. Pereira (2006) observou que alguns fatores estressantes-estressores aplicáveis ao docente incluem atividades administrativas impróprias, com inúmeras funções burocráticas imputadas ao mesmo, escassez de recursos didáticos, regras e técnicas de continuidade durante as aulas, carências nas instalações e, principalmente, remuneração insuficiente. O docente lida com diversidade de pessoas e com situações incomuns, entre elas, o grande revezamento de alunos, pressão em busca de atualidades científicas e a quantidade de trabalho além da sala de aula que, nem sempre, é restrito ao espaço escolar, o que pode gerar, na maioria dos professores, problemas de saúde emocional (PEREIRA, 2006).

Para Silva e Nunez (2009), é imprescindível considerar os efeitos de outros itens na QV de professores, tais como os que compõem o domínio meio ambiente, fundamentalmente, os relativos à disponibilização de dinheiro para satisfazer às necessidades e a possibilidade de alcance às atividades de lazer. As suas responsabilidades próprias não se limitam em cumprir a carga horária semanal no ambiente escolar. Para completar a renda, alguns professores buscam outras fontes, restringindo ainda mais a disponibilidade de tempo, que poderia ser desfrutado em atividades de recreação.

Segundo Rohde (2012), ao professor de ensino superior se tem determinado um trabalho cada vez maior, portanto ele tem uma tarefa difícil, mas não impossível, perante as alterações ocorridas no sistema educacional. Tal ocorrência, muitas vezes,

predispõe-no à sensação de responsabilidade excessiva e depreciação, o que pode ter influência sobre sua QV ocupacional, sua percepção da autoimagem social e de como se sente percebido pelos outros. Estes são fatores desencadeantes de um maior desgaste biopsicossocial. Além disso, Garcia *et al* (2008) afirmam que a maioria dos professores da área de saúde são mulheres, acumulando, algumas vezes, até três jornadas de trabalho: na saúde, na educação e no domicílio. Esse acréscimo de atividades e responsabilidades assumidas repercute na saúde desses trabalhadores, podendo contribuir na produção de níveis variados de problemas psicossomáticos. Apesar disso, Conceição *et al.* (2012), após avaliarem a QV de enfermeiros docentes que trabalhavam em instituições federal, estadual e privada, observaram “bons” escores, sem diferenças significantes entre as universidades. Em uma investigação sobre a QV de docentes de ensino superior de instituições comunitárias não confessionais, com mais de 40 anos de atuação, verificou-se que entre os 203 professores avaliados (17% do total), os maiores e menores escores, respectivamente, foram assim avaliados: entre os 22 especialistas (domínio psicológico: 72,1% e domínio social: 69,3%); entre os 125 mestres (domínio físico: 74,8% e domínio ambiente: 69,4%); entre os 43 doutores (domínio físico 75,7% e domínio ambiente: 70,8%). Os autores concluíram que a QV dos docentes foi boa em todos os domínios analisados e não diferiu significantemente entre os grupos (KOETZ *et al.*, 2013). Discrepâncias importantes foram observadas entre os estudos de Conceição *et al.* (2012) e de Koetz *et al.* (2009). Perto de 50% dos professores exibiram baixos escores nos domínios físico e psicológico (CONCEIÇÃO *et al.*, 2012), enquanto que no estudo de Koetz *et al.* (2009) a maioria exibiu escores muito melhores. Essas diferenças despertam o interesse e justificam estudos em universidades com docentes com distintivos padrões de Estilo de Vida e Ambientais. Por isso o objetivo do presente estudo foi avaliar a QV de docentes de ensino superior, em seus domínios físico, psicológico, relações sociais e de meio ambiente, de um Centro Universitário confessional.

Método

O presente estudo foi de natureza descritiva e analítica, realizado por meio de abordagem quantitativa. A população foi constituída de 312 docentes de diferentes Cursos de Graduação. Desses, 35 (11,2%) concordaram em participar do estudo.

Todos os procedimentos foram aprovados pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário, segundo o Parecer nº. 458.463 de 14/11/2013. No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), preservou-se o sigilo dos sujeitos pesquisados, a participação voluntária e livre de custos, o direito de desistir em qualquer momento sem nenhum prejuízo pessoal ou profissional, atendendo as normas encontradas na Resolução 466/12 do Ministério da Saúde. A coleta de dados foi constituída de docentes dos vários cursos que compõem o referido Centro Universitário.

O WHOQOL-Bref foi utilizado para a coleta de dados, o qual se constitui de 26 perguntas (sendo a pergunta número 1 e a 2 sobre qualidade de vida geral). As opções de respostas seguem o formato da escala de Likert (de 1 a 5), sendo que, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida. As 24 questões específicas buscam avaliar as facetas dos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. O WHOQOL-Bref foi enviado por e-mail institucional, juntamente com o TCLE. O e-mail dos docentes foi obtido junto à secretaria do Campus. Cordialmente, estipulou-se, o prazo máximo de sete dias para a devolução do formulário preenchido. Garantiu-se total sigilo na identificação do respondente ao formulário.

Análise estatística

Os resultados foram submetidos à análise descritiva por meio do pacote estatístico GraphPad Prism 6.0 versão para Windows (www.graphpad.com). A distribuição dos dados foi avaliada por meio do teste de D'Agostino & Pearson. O escore

geral de Qualidade de Vida e seus quatro domínios exibiram distribuição normal. Os dados são apresentados como médias \pm desvios-padrão.

Resultados

Foram avaliados 35 professores, o que correspondeu a 11,2% do total de Professores do Ensino Superior da Instituição. A Tabela 1 resume os dados relativos à Qualidade de Vida.

Tabela 1 - Qualidade de Vida (QV) total e respectivos Domínios de Docentes do Ensino Superior

| Variável | Escore | Classificação |
|--------------------------|-----------------|---------------|
| Qualidade de Vida Global | 72,0 \pm 9,7 | Boa |
| Domínio Físico | 72,6 \pm 14,5 | Bom |
| Domínio Psicológico | 75,0 \pm 12,0 | Bom |
| Domínio Social | 71,4 \pm 16,8 | Bom |
| Domínio Ambiente | 69,2 \pm 12,7 | Bom |

Nenhum dos docentes avaliados se disse Muito Insatisfeito ou Insatisfeito com sua QV. Dos 35 docentes, 8,6% se disse “Nem Insatisfeito, Nem Satisfeito”, 65,7% se disse “Satisfeito” e 25,7% se disse “Muito Satisfeito”.

Discussão

O número de professores universitários participantes limita em parte as conclusões do estudo, pois, em relação a outros estudos, a taxa de participação foi considerada baixa. A adesão encontrada por Koetz *et al.* (2011; 2013) foi de 17% (n = 203) dos professores de instituições superiores comunitárias não confessionais, e a de Martinez *et al.* (2009) de 21%. Apesar disso, o presente estudo revelou resultados semelhantes a outros estudos

(MARTINEZ *et al.*, 2009; KOETZ *et al.*, 2011; 2013, OLIVEIRA *et al.*, 2012). O presente estudo e os citados anteriormente verificaram boa percepção dos professores a respeito dos domínios físico, psicológico, social, ambiente e em relação à qualidade de vida global.

Embora não haja muitos estudos que avaliaram a QV de docentes do ensino superior, aqueles disponíveis, permitem formar uma ideia da qualidade de vida desses profissionais. Stéfano *et al.* (2006) e Martinez *et al.* (2009) não perceberam influência do tipo de instituição (privada x pública) sobre os escores de qualidade de vida global e sobre seus domínios. Esses autores notaram também que quanto maior a jornada de trabalho semanal pior era a qualidade de vida dos docentes. Koetz *et al.* (2011; 2013) não encontraram diferenças significantes na qualidade de vida dos professores com diferentes vínculos empregatícios (horista x parcial x integral). Esses pesquisadores notaram também que a qualidade de vida foi ligeiramente maior, mas não significamente, entre professores mestres e doutores em comparação aos especialistas. Dados interessantes foram divulgados por Oliveira Filho *et al.* (2012). Esses autores não encontraram relação entre a qualidade de vida e alguns aspectos de Estilo de Vida. Por exemplo: embora 84,3% dos professores de ensino superior classificasse como boa sua qualidade de vida, e 76,0% estivesse satisfeita com sua saúde, 67% deles consumiam excessivamente álcool, 57% eram sedentários e 38% estavam com excesso de peso.

Alguns estudos avaliaram as correlações entre qualidade de vida e vários aspectos da docência. Koetz *et al.* (2011; 2013) verificaram que os coeficientes de correlação entre o tempo de docência e os domínios de qualidade de vida avaliados foram inferiores a 0,17, indicando muito fraca correlação, embora em alguns casos fossem significantes. Martinez *et al.* (2009) também calculou os coeficientes de correlação entre horas de trabalho semanal e os domínios de qualidade de vida. Embora os coeficientes de correlação entre os quatro domínios de qualidade de vida tenham sido significantes, todos ficaram abaixo de 0,19, indicando também muito baixa associação entre essas variáveis.

Considerações finais

A qualidade de vida dos professores universitários avaliados no presente estudo foi percebida entre boa e muito boa. Outros estudos encontraram resultados parecidos em outras amostras, o que pode indicar que esses docentes tenham qualidade de vida.

Referências

CONCEIÇÃO, M. R.; COSTA, M. S.; ALMEIDA, M. I.; SOUZA, A. M. A.; CAVALCANTE, M. B. de P. T.; ALVES, M.D. S. Qualidade de vida do enfermeiro no trabalho docente: estudo com o WHOQOL-BREF. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 2, p. 320-325, 2012.

GARCIA A. L.; OLIVEIRA, E, R, A; BARROS, E, B. Qualidade de vida de professores do ensino superior na área da saúde: discurso e prática cotidiana. **Cogitare Enferm.**, v. 13, n. 1, p. 18-2, 2008.

KOETZ L. C. E. **Qualidade de vida de professores de instituições universitárias de ensino superior comunitárias**: relações entre ambiente e saúde. Dissertação. (Mestrado). Curso de Ambiente e Desenvolvimento, Centro Universitário UNIVATES, Lajeado, 2011.

KOETZ, L.; REMPEL, C.; PÉRICO, E. Qualidade de vida de professores de Instituições de Ensino Superior Comunitárias do Rio Grande do Sul. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1019-1028, 2013.

MACHADO E. L.; ANDRADE, P. C. R.; CAMPOS, C. A.; MACEDO, L. C.; ANDRADE, V. C. F. Qualidade de vida de docentes. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 9, n. 2, p. 255-263, 2011.

MARTINEZ, K. A. S. C.; VITTA, A.; LOPES, E. S. Avaliação da qualidade de vida dos professores universitários da Cidade de Bauru. **Salusvita**, v. 28, n. 3, p. 217-224, 2009.

OLIVEIRA FILHO, A.; NETTO-OLIVEIRA, E. R.; OLIVEIRA, A. A. B. Qualidade de vida e fatores de risco de professores universitários. **Rev Educ Fis/UEM**, v. 23, n.1, p. 57-67, 2012.

OLIVEIRA, L. S.; OLIVEIRA, A. P.; OLIVEIRA, A. L. Viver para estudar: análise da qualidade de vida de professores universitários. In: XII INIC / VIII EPG – UNIVAP, XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação, 2008, Taubaté. **Anais do Congresso**. Taubaté: Universidade do Vale do Paraíba, 2008.

PEREIRA, O. A. V. **Qualidade de vida no trabalho de docentes universitários de uma instituição pública e outra privada do Leste de Minas Gerais**. Dissertação. (Mestrado em Meio Ambiente e Sustentabilidade). Centro Universitário de Caratinga Minas Gerais-UNEC, Caratinga, 2006.

PEREIRA, E. F.; TEXEIRA, C. S.; LOPES, A. S. Qualidade de vida de professores de educação básica do município de Florianópolis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 1963-1970, 2013.

RODRIGUES, M. V.; ALVES, J. B. Qualidade de vida dos professores: um bem para todos. In: IV Congresso Nacional De Excelência Em Gestão- Responsabilidade Socioambiental Das Organizações Brasileiras, 2008, Niterói. **Anais do Congresso**. Niterói, 2008.

ROHDE C. L. C. **Qualidade de vida no trabalho sob a perspectiva de professores de ensino superior**. Dissertação. (Mestrado em Psicologia em Saúde). Universidade Federal de Santa Maria, 2012.

SILVA, J. V. P.; NUNEZ, P. R. M. Qualidade de vida, perfil demográfico e profissional de professores de educação física. **Pensar a Prática**, v. 2, n. 2, 2009.

STEFANO, S. R.; GATTAI, M. C. P.; ROSSINI, V.; FRANÇA, A. C. L. Satisfação da qualidade de vida no trabalho com relação aos fatores biopsicossociais e organizacionais: um estudo comparativo entre docentes das universidades pública e privada. **Rev Gerenciais**, v. 5, p. 35-44, 2006.



RELIGIOSITY AND QUALITY OF LIFE IN OLDER ADULTS: LITERATURE REVIEW

Gina Andrade Abdala¹

Miako Kimura²

Harold G. Koenig³

Katia G Reinert⁴

Khim Horton⁵

Abstract: Older adults are living longer, often with one or more long-term health conditions which can impact their quality of life. In fact, a growing number of studies have shown a positive association between religion/spirituality and better quality of life for older adults. The aim of this paper is to examine the association between religiosity/spirituality and quality of life among older adults. In order to accomplish this objective, an integrative literature review will be made in which the following electronic databases were searched: Lilacs, Scielo, Medline, and Pubmed. The inclusion criteria were: studies written in English, Portuguese or Spanish, published between 2004 and 2012, containing themes pertaining to the research question as noted above, and having full texts freely available. The exclusion criteria were literature reviews and participants under 60 years of age. Only 12 studies met the inclusion criteria. In 75% of the studies, a positive association between religion/spirituality and

.....

- ¹ Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP). Bacharel em Enfermagem pela Centro Universitário Adventista de São Paulo. Docente do Programa de mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). E-mail: gina.abdala@unasp.edu.br
- ² Doutor em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Mestre em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Bacharel em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. Docente associado da Universidade de São Paulo. E-mail: mikimura@usp.br.
- ³ Bacharel em Enfermagem e Medicina. Docente de psiquiatria e docente associado de Medicina em Duke University Medical Center, Durham. E-mail: koenig@geri.duke.edu
- ⁴ Mestre em Enfermagem pela Catholic University of America e pelo Johns Hopkins University School of Nursing. Especialista em saúde pública. E-mail: kreiner1@jhu.edu
- ⁵ Doutor em Enfermagem pelo Centre for Research in Nursing and Midwifery Education (CRNME). Docente no School of Health Sciences, University of Surrey. E-mail: k.horton@surrey.ac.uk

quality of life was found. Three studies reported no association. Greater religious/spiritual involvement was associated with better quality of life among older adults, who reported increased life satisfaction, less depressive symptoms and pain, better cognitive function and increased general and/or health-related quality of life.

Keywords: Religion; quality of life; older adults.

Religiosidade e qualidade de vida em pessoas com idade avançada: revisão de literatura

Resumo: Pessoas com idade avançada estão vivendo mais, muitas vezes com mais condições de saúde a longo prazo, o que pode afetar sua qualidade de vida. Na verdade, um número crescente de estudos têm mostrado uma associação positiva entre a religião/espiritualidade e a melhor qualidade de vida para adultos. O objetivo deste trabalho é examinar a associação entre religiosidade/espiritualidade e qualidade de vida entre pessoas com idade avançada. A fim de alcançar este objectivo, uma revisão integrativa da literatura será feita na qual serão pesquisadas as seguintes bases de dados eletrônicas: Lilacs, Scielo, Medline e Pubmed (veja as palavras-chave abaixo). Os critérios de inclusão foram: estudos escritos em Português, Inglês ou Espanhol, publicado entre 2004 e 2012, contendo temas pertinentes à questão de pesquisa como mencionado acima, e tendo textos completos disponíveis gratuitamente. Os critérios de exclusão foram revisões de literatura e participantes com menos de 60 anos de idade. Apenas 12 estudos preencheram os critérios de inclusão. Todas as pesquisas de avaliação tiveram um aspecto transversal. Em 75% dos estudos, uma associação positiva entre a religião/espiritualidade e qualidade de vida foi encontrado. Três estudos não relataram nenhuma associação. Um maior envolvimento religioso/espiritual foi associado com melhor qualidade de vida entre pessoas de idade avançada, que relataram maior satisfação de vida, menos sintomas depressivos, menos dor, melhor função cognitiva e aumento da qualidade geral e/ou relacionada com a saúde.

Palavras-chave: Religião; qualidade de vida; idosos.

Over the last few decades, the aging population has grown at an unprecedented rate worldwide. Countries such as Brazil have seen a constant change in the demographic pattern. According to estimates for 2050, the proportion of the older adult population will be around 22.71% of the total population⁶. Related to this phenomenon is the process of epidemiological transition, which is characterized by a reduction in the number of cases of infectious diseases and a rise in the number of cases of chronic non-communicable diseases and their complications (BRASIL, 2010). All these changes may compromise to varying degrees the perception of well-being and quality of life of older adults. Quality of Life (QoL) is a subjective and multi-dimensional concept that has been used with different meanings. In the absence of a conceptual consensus, terms such as life satisfaction, well-being, happiness, good life, value of life, and functional status have been used as akin to the concept of quality of life (KIMURA; SILVA, 2009, p. 1098-104). The concept of health-related quality of life (HRQoL) was introduced to narrow the focus to the effects of health problems and therapeutic interventions on quality of life (MINAYO; *et al.*, 2000, p. 7-18). HRQoL can be defined as “the value assigned to the duration of life as modified by the impairments, functional states, perceptions and social opportunities that are influenced by disease, injury, treatment or policy” (WALKER; ROSSER, 1993). Narrowing the focus on “the value assigned to duration of life,” the concept of HRQoL represents a new framework in the context of health care, whose ultimate goal is not only to augment longevity, but also to provide quality to a longer survival (NETUVELI; BLANE, 2008, p. 113-126).

Evaluating HRQoL is critical in health care. A recent prospective cohort study of 2,373 participants (OTERO *et al.*, 2010, p. 15-23), representative of

.....

⁶ Informação retirada do site do IBGE. Disponível em: <http://bit.ly/1LkwCii>. Acesso em: 13 de jun. 2011.

the Spanish population aged 60 and older, concluded that changes in HRQoL measured by the SF-36 health questionnaire predicted mortality of older adults. This points to the importance of searching for possible determinants of a decline in HRQoL since it predicts a worse prognosis (OTERO *et al.*, 2010, p. 15-23). Several factors are identified as determining well-being in later life, such as longevity, physical health, mental health, satisfaction, cognitive control, social competence, productivity, activity, social status, income, family and occupational roles, and social networking (NERI, 2009, p. 285).

Another factor that has been identified in a number of studies on aging, health and QoL is the protective effect of religious/spiritual beliefs and practices. An increasing number of studies have showed positive correlation between religion/spirituality and quality of life (SAWATZKY *et al.*, 2005, p. 153-188). Besides its impact on quality of life, studies had shown that religion/spirituality has an impact on successful aging and well-being despite chronic degenerative diseases, neuropsychiatry, functionality, end of life and mortality (LUCCHETTI *et al.*, 2011, p. 316-322).

Religious and spiritual behaviors are common in old age. The situations experienced can yield stress, hopelessness and suffering, leading to a questioning of God's existence, the meaning and purpose of life (LOTUFO *et al.*, 2009, p. 292). Older adults tend to deeply value their religious beliefs and seek in them strategies to cope with the challenges of growing old (SOUZA, 2011). Religion/spirituality may directly or indirectly affect health because it generally provides an extensive social support network, a reduction of unhealthy behaviors such as alcohol, smoking and drug abuse, the lowering of blood pressure and muscle tension, and the promotion of positive emotional states. Because of that, there is a reduction of the need for health care among individuals who report a high level of religiosity or spirituality (ABDALA *et al.*, 2010, p. 77-98). Religion is defined as "beliefs, practices, and rituals related

to the Transcendent or the Divine” (KOENIG, 2011). This Transcendent can be God, Allah, HaShem, or a Higher Power (Western religious tradition) or Vishnu, Krishna, Buddha, Ultimate Truth or Reality (Eastern religious tradition). Spirituality is often viewed “positively and personally”, as being focused on “individuality”, as well as very broad and subjective (KOENIG, 2011). For example, there is an important need to distinguish the conceptual definition of spirituality in nursing research from that of spiritual care in a clinical environment, thus avoiding tautology in mental health outcomes, which means that spirituality can be confused with psychological positive aspects (REINERT; KOENIG, 2012, p. 2622-2634).

Taking into account all the evidence above and the fact that in Brazil 95% of the population report to practice a religion and 83% consider that practice very important (MOREIRA *et al.*; 2010, p. 12-15), the question used to guide this review was: is there any relationship between aspects of religiosity and quality of life among older adults?

Method

This integrative literature review focusing on religiosity/spirituality (R/S) and quality of life among aging adults was guided by the steps of Polit and Beck (POLIT; BECK, 2006). The methodology consisted of searching published references using the keywords: religion OR spirituality AND quality of life AND aged OR aged, 80 and over (Health Science Descriptors - DeCs and Medical Subject Headings - MeSH). Thus, between February and April 2013, the Virtual Health Library Search Portal was investigated, including the following databases: LILACS (Latin American and Caribbean Health Sciences Literature), SciELO (Scientific Electronic Library Online), Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) as well as the U.S. National Library of Medicine.

This research made use of the latest definitions for the concepts it studied⁷¹⁸: 1) religion: “any doctrine that requires interpretation, commitment and faith, allowing for a practice geared towards ethical, aesthetic, and emotional goals. A religion is thus characterized by a philosophy and a body of moral principles derived from it and to be followed by the faithful”; 2) spirituality: “sensitivity or attachment to religious values or to the things of the spirit as opposed to material or worldly interests”; 3) quality of life: “generic concept which reflects a concern for the modification and improvement of the components of life, e.g. physical environment, political, moral and social development as well as the general condition of a human life”; 4) aged: “someone who is 60 years or older” – as established in the Brazilian Statute for Older Adults, law 10.741, art. 1 (BRASIL, 2003).

The inclusion criteria were: studies written in English, Portuguese or Spanish, published between 2004 and 2012, containing themes pertaining to the research question as noted above, and having full texts freely available. The exclusion criteria were literature reviews and participants under 60 years of age. The publications were analysed and classified by two evaluators.

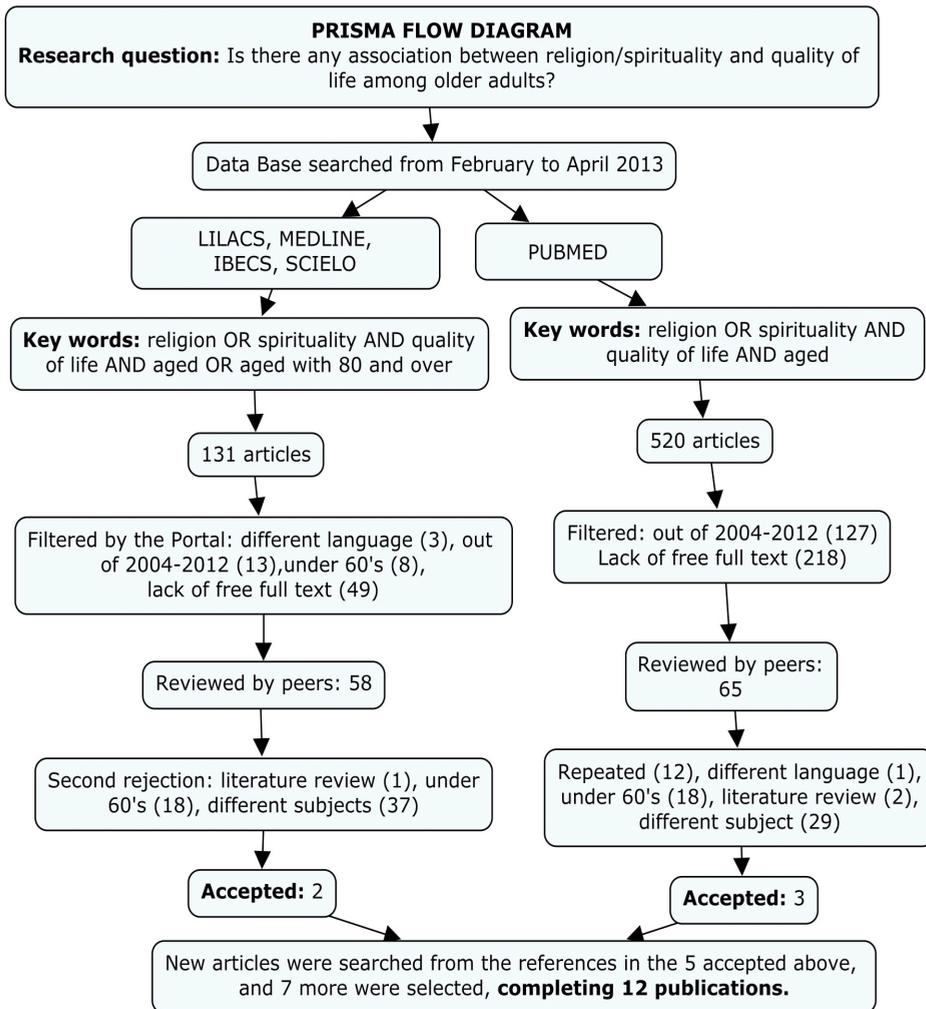
Results

The initial search yielded 123 references. Of these, 118 were rejected due to a lack of clarity in relation to the age of the participants, no mentions to religion or spirituality, or no focus on quality of life or health-related quality of life. New articles were searched from the references in the five accepted articles (POLIT; BECK, 2006), and 7 more met the selection criteria mentioned above. These were added to the previous five articles completing a total of 12 publications to be reviewed (Figure 1).

.....
 7 Informação retirada do site Descritores em Ciências da Saúde. Disponível em: <http://bit.ly/1jzoM88>. Acesso em? 23 abr. 2011.

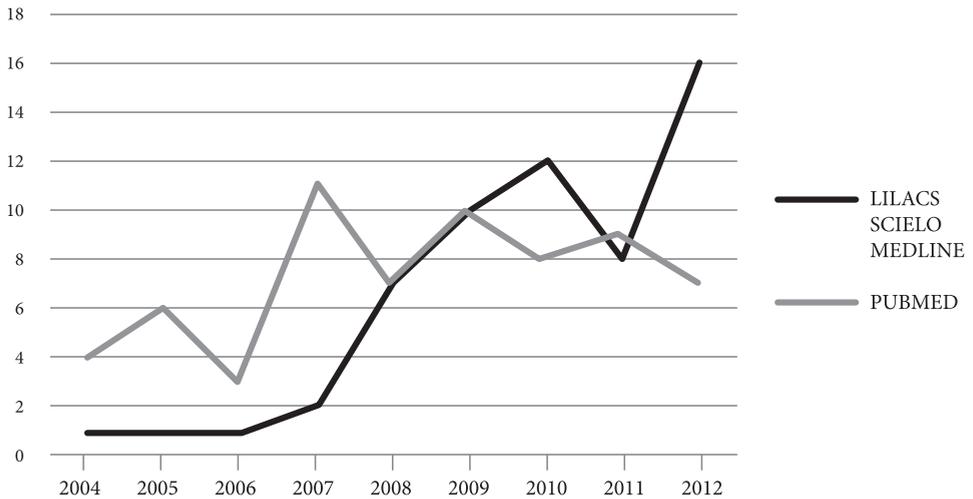


Figure 1- PRISMA Flow Diagram of the Research.



Based on the 123 initial results, a chart is drawn with the distribution of the literature by year to reflect the recent trends of the subject (Figure 2).

Figure 2 - Trend growth from the articles under investigation (from 2004 to 2012), about religiosity/ spirituality and quality of life of older adults - April, 2013.



Source: Virtual Health Library (Lilacs, Scielo, Medline; n=58), PUBMED (n=65). April, 2013.

For the analysis and synthesis subsequent to the selection of the publications that met the inclusion criteria a synoptic table was used considering the following aspects: authors, article title, place of origin and year of publication, study design and objective, sample size by gender, religiosity/spirituality and quality of life variables, main results and conclusions.

Of these 12 articles, the majority (n=8) were studies that analyzed the relationship between religion/spirituality and HRQoL, whereas the remaining four focused on general QoL as an outcome. All reviewed articles (100%) had a cross-sectional research design with level of evidence 4 (cross-sectional and qualitative studies) (STETLER *et al.*, 1998, p. 195-206). Nine of the studies (75%) reported a positive association between religious involvement and quality of life among older

adults in various spheres of life, whereas the remaining 3 studies reported no association between religiosity/spirituality and quality of life among older adults.

The religiosity variables used in these 12 articles were organizational religious affiliation (ORA or church attendance), non-organization religious affiliation (NORA or religious activities), personal spiritual beliefs, spiritual well-being, intrinsic and extrinsic religious motivation, and religious involvement and its importance. The instruments used to measure the above variables were: SRPB-tQOL 100 (Spiritual Religious Personal Beliefs), NORC (National Opinion Research Center), Brief Multidimensional Measure of Religious/Spirituality Scale, and Hodge's Intrinsic Religious Motivation Scale. The most common "quality of life" measures used were life satisfaction and health indicators. The instruments used for assessing HRQoL were EUROQOL (once), WHOQOL 100 (twice), WHOQOL BREF (three times), and SF-36 (three times).

The analysis of these studies showed that in some cases the concepts of spirituality and religiosity were not clearly or consistently defined. Despite that fact, we found substantial evidence on the importance of R/S in the quality of life (QoL) of older adults, as well as in health-related quality of life (HRQoL), particularly in mental health.

Results from association between R/S and QoL as an outcome

Four of the 12 studies demonstrated a positive association between religion/spirituality and QoL as an outcome (satisfaction with life and psychosocial QoL). Older adults (N=3,387) in these studies self reported that religion played an important role in their general quality of life.^{21,22,23,24}

In a study exploring whether participation in religious activities are related to satisfaction with life and depression, a convenience sample of community-dwelling older adults (N=489) in Nepal reported that these activities helped them coping with depression, increased sociability and decreased levels of depression in men who prayed more (GAUTAM *et al.*, 2007).

In a large study of a probabilistic older adult (N=2,143) sample in Sao Paulo, Brazil, belonging to a religion (97.6%) and valuing it (88.6%) appear to be important mechanisms of support for older adults, helping them cope with difficulties, contributing to greater life satisfaction and lowering helplessness and hopelessness (DUARTE *et al.*, 2008, p. 173-177). Religious involvement seems to have a significant effect on physical and emotional well-being, specially among widowed and terminally ill older adults (DUARTE *et al.*, 2008, p. 173-177). Similarly, in Rio de Janeiro, Brazil, a survey with 256 older adults to investigate the association between religious involvement and subjective well-being found that only subjective religiosity had a positive and significant relationship with life satisfaction (CARDOSO; FERREIRA, 2009, p. 380-393).

The fourth study in New Haven-NC-USA reported that among 499 older adults, those with deep religious commitment showed greater sociability (62%), better health (51%), lower depression scores (63%), and found life more exciting (49%) compared with less religious participants (IDLER; *et al.*, p. 528-37). Physically disabled participants benefited more from both public and subjective religious involvement than those who were not (IDLER *et al.*, 2009, p. 528-37). See Chart 1.

Chart 1 - Studies on religion/spirituality and “QoL”as an outcome

| | |
|---------------------------------------|--|
| Authors | Gautam R, Saito T, Kai I. Leisure, religious activity participation and mental health: gender analysis of older adults in Nepal. BMC Public Health 2007;7:299. |
| Article title | |
| Source and year of publication | |
| Study design and objective | Cross-sectional, survey. Aim: to explore whether participation in religious activities are related to depression and satisfaction with life. |
| Sample | Convenience sample of 489 community-dwelling older |
| M=male | Adults. M= 247, F= 242. |
| F=female | |

| | |
|-------------------------------------|---|
| Religious and QoL variables | Religious activities + GDS (depression) and Satisfaction with Life (SWLS) |
| Main results and conclusions | Among specific leisure and religious activities, saying prayers ($B = -2.75$; $p < 0.005$) was correlated to lower depression for older men, but only watching television and listening to the radio ($B = -2.68$; $p < 0.005$) related to lower rates of depression for women. |

| | |
|---|--|
| Authors Article title Source and year of publication | Duarte YAO, Lebrão ML, Tuono VL, Laurenti R. Religiosity and aging: a profile analysis of aged people in Sao Paulo/Brazil. <i>Saúde Coletiva</i> 2008; 5(024):173-77. Sao Paulo, Brazil. |
| Study design and objective | Cross-sectional Aim: to identify main religious beliefs and their importance among older adults, associating them with social demographics, health conditions and satisfaction with life. |
| Sample M=male F=female | Probabilistic sample of 2143 old persons. M=887, F=1256. |
| Religious and QoL variables | Religious belief, importance of religion in life, satisfaction of life, despair, helplessness. |
| Main results and conclusions | Belonging to a religion (97.6%) and valuing it (88.6%) appear to be important mechanisms of support for older adults who face everyday problems, contributing to greater life satisfaction (82.3%), less helplessness (87.5%) and less despair (80.1%). Religious involvement seems to have a significant effect on the physical and emotional well-being of people. |



| | |
|---|--|
| Authors | Cardoso MCS &Ferreira MC |
| Article title | Religious Involvement and |
| Source and year of publication | Older adults Subjective Well-Being Psicologia Ciência e Profissão 2009; 29 (2), 380-393. Rio de Janeiro, Brazil. |
| Study design and objective | Cross-sectional study. Aim: to investigate the relationship between religious involvement and the subjective well-being of older adults. |
| Sample M=male F=female | Sample: 256 older adults. M=59 F=197, whose age ranged from 60 to 90 years. |
| Religious and QoL variables | Religious involvement (ORA, NORA and IR), life satisfaction (SWB), Positive and negative affections (PANAS) + |
| Main results and conclusions | In the linear multiple regression to the religious involvement dimensions, only the subjective religiosity (IR) had a positive and significant relationship with life satisfaction (B=0,25, t=3,75 e p<0,001). Protestant older adults presented a higher level of positive affections than Catholic ones did. The more subjective religiosity is, the greater the satisfaction with life. |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Authors | Idler EL, McLaughlin J, Kasl S. Religion and the Quality of Life in the Last Year of Life. |
| Article title | Journal of Gerontology: Social Sciences 2009; 64B(4), 528–537. |
| Source and year of publication | New Haven, NC-USA. |

| | |
|--|--|
| <p>Study design and objective</p> | <p>Cross-sectional from a prospective cohort.</p> <p>Aim: to compare the quality of life of those who are religiously involved with that of those who are not.</p> |
| <p>Sample M=male F=female</p> | <p>Sample of 499 older adults, following an annual interview (EPESE).</p> <p>M=247, F=252.</p> |
| <p>Religious and QoL variables</p> | <p>Public and subjective religious involvement, indicators of health-related and psychosocial QoL.</p> |
| <p>Main results and conclusions</p> | <p>In a logistic regression model, the more deeply religious respondents were, the more likely they were to visit with friends (62%), and have better self-rated health (51%), fewer depressive feelings (63%), and to find life more exciting (49%) compared with the less religious. Disabled participants benefited more from both public and subjective religious involvement than those who were not.</p> |

Results from the association between R/S and HRQoL as an outcome (positive association)

Five studies (of the 12) reported a positive association between religion/spirituality and HRQoL as an outcome among a total of 2,455 older adults from several sites. In one study from a cohort study in Chapel Hill–USA (N=277), the term spirituality (Spirituality Index of Well-Being - SIWB) was a predictor for HRQoL in older adults, but not religiosity. The participants stated that

the higher their level of spirituality, the more comfort and strength they had through faith and belief in God (DAALEMAN *et al.*, 2004, p. 49-53). However, this can be considered a tautological effect (REINERT; KOENIG, 2012, p. 2622-2634) since the use of a measure of spirituality can have a confounding effect on the mental health outcomes.

In another study with 50 older adults in Sao Paulo-Brazil, religion was considered to be extremely/very important, bringing the participants comfort, security and strength to overcome problems, loss and grief (MORAES; WITTER, 2007, p. 215-238). Interestingly, in a cross sectional study of 1958 with aged people in Rio de Janeiro, Brazil, it was noted that (older, evangelical, less educated) women obtained lower scores than men in all domains of quality of life. Individuals from the Catholic faith obtained better scores than Evangelicals for physical fitness (82.2%, CI=78.5-85.9) and vitality (65.2%, CI=63.2-67.1), even adjusting for gender, age, income and schooling. A detailed understanding of cultural variability from one country to another, or even from one state to another in the same country, is in fact critical to explain differences observed in dissimilar faith groups (LIMA *et al.*, 2009, p. 2159-2167).

In another Brazilian study, after controlling for confounding variables in a convenience sample of 110 outpatients in a rehabilitation setting in Sao Paulo-Brazil, religiousness was inversely correlated with depressive symptoms and pain rating, and was positively correlated with quality of life and cognitive functioning (LUCCHETTI *et al.*, 2011, p. 159-167).

In another study, religion/spirituality also had a positive influence in the mental health of 60 active older adults. Trying to identify if religious orientation had any impact on the HRQoL of seniors (BARRICELLI *et al.*, 2012, p. 505-515). Found that intrinsic religiosity also related to the general health of men ($p < 0.05$) (BARRICELLI *et al.*, 2012, p. 505-515). See Chart 2.

Chart 2 - Studies on religion/spirituality and “HRQoL” as an outcome (positive association)

| | |
|--|---|
| Authors, Article title Source and year of publication | Daaleman TP, Perera S, Studenski SA. Religion, Spirituality, and Health Status in Geriatric Outpatients. Ann Fam Med 2004;2:49-53. Chapel Hill-NC |
| Study design and objective | Cross-sectional Aim: to examine the interaction of religion and spirituality with health-related quality of life in a community-dwelling geriatric population. |
| Sample, M=male F=female | 277 aged patients from a cohort study M=144, F=133 |
| Religious and HRQoL variables | 5-item measure of religiosity (NORC) and 2 items spirituality (SIWB) + HRQoL (Euroqol) |
| Main results and conclusions | After univariate and multivariate analysis, quality of life and spirituality ($p < .01$) were all associated with HRQoL, but religiosity was not ($p = .12$). In a model adjusted for all covariates, however, spirituality remained independently associated with self-appraised good health ($p = .01$). Spirituality may be an important explanatory factor of subjective health status in older adults. |
| Authors, Article title Source and year of publication | Moraes NAS, Witter GP. Old age: intrinsic and extrinsic life quality. Boletim de Psicologia, 2007, v. LVII, n. 127: 215-238. Sao Paulo, Brazil. |
| Study design and objective | Cross-sectional. Aim: to investigate several aspects of (intrinsic and extrinsic) quality of life according to the opinions of older adults. |

| | |
|--------------------------------------|--|
| Sample, M=male F=female | 50 older adults (65-86), 50% of each gender. M=25, F=25 |
| Religious and HRQoL variables | Importance of religion and the practice of religious activities, WHOQoL – bref, and another instrument elaborated for the research. |
| Main results and conclusions | HRQoL, as measured by the WHOQoL-bref, was positively evaluated by 50 subjects (ages between 65 and 86 years). Religion was considered to be extremely/very important ($\chi^2 = 7.82$; $p \leq 0.05$; $df=3$). Contact with the Divine is important since it brings participants security and gives them spiritual comfort. Practice of religious activities was n°. 1 in leisure preference by older adults. |



| | |
|--|---|
| Authors, Article title Source and year of publication | Lima MG, Barros MBA, César CLG, Gouldbaum M, Carandina L, Ciconelli RM. Health related quality of life among older adults: a population-based study using the SF-36 survey. Cad. Saúde Pública 2009; 25(10):2159-2167. Rio de Janeiro, Brazil. |
| Study design and objective | Cross-sectional. Aim: to analyze the influence of different demographic and socioeconomic factors on the quality of life profile of the elderly |
| Sample, M=male F=female | A two-stage stratified cluster sample was obtained from 1958 elderly people. M=929, F=1029. |
| Religious and HRQoL variables | Religious affiliation (Catholic, Evangelical or unchurched) + SF-36 profile. |
| Main results and conclusions | Women obtained lower scores than men in all the domains of QOL. Using a multiple linear regression model, individuals from the Catholic faith obtained better scores than Evangelicals for physical fitness (82.2%, CI=78.5-85.9) and vitality (65.2%, CI=63.2-67.1), even adjusting for gender, age, income and schooling. |

| | |
|--|---|
| Authors, Article title Source and year of publication | Lucchetti G, Lucchetti ALG, Badan-Neto AM, Peres PT, Peres MFP, Moreira-Almeida A et al. Religiousness affects Mental Health, Pain and Quality of Life in Older People in an Outpatient Rehabilitation Setting J. Rehabil Med 2011; 43:316-22. SP. Brazil. |
| Study design and objective | Cross-sectional study Aim: to evaluate the relationship between religiousness and mental health, hospitalization, pain, disability and QOL in older adults. |
| Sample, M=male F=female | Convenience sample of 110 outpatients in a rehabilitation setting. M=29, F=81. |
| Religious and HRQoL variables | Private and social Religious Practice Scale (religious attendance and its importance in life) + Whoqol bref + GDS-15 |
| Main results and conclusions | In a logistic and/or linear regression analysis, after controlling for confounding variables, religiousness was inversely correlated with depressive symptoms (OR=3.587 95%CI=1.045-12.312, p=0.042) and pain rating B=-1.065, p=0.045); and was positively correlated with HRQoL (OR=0.373 CI=0.149-0.933, p=0.035) and cognitive functioning (B=2.029, p=0.018). Clinicians should ensure that spiritual needs are addressed among older patients in rehabilitation settings. |

| | |
|--|--|
| Authors, Article title Source and year of publication | Barricelli ILFOBL et al. Influence of religious orientation in the quality of life of active older adults. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2012;15(3):505-15. SP-Brazil. |
| Study design and objective | Cross sectional. Aim: to identify forms of religious orientations, if intrinsic or extrinsic, and possible relation to the quality of life for active seniors. |

| | |
|--|---|
| Sample, M=male F=female | Sample of 60 active older adults (61-85) M=11 F=49. |
| Religious and HRQoL variables | Hoge Scale - Intrinsic Religious Motivation Scale + SF-36 |
| Main results and conclusions | There was no statistically significant difference in all areas of the SF-36 among women with intrinsic and extrinsic religiosity. Statistically significant difference was only found among men in the field of "General Health", which was considered better among those with intrinsic religiosity (p<0.05) |

Results from association between R/S and HRQoL (lack of association)

Even though religiosity may exert a protective effect on one's quality of life, some studies have demonstrated a negative association or even a lack of association, highlighting the need for more research in this area (ALVES *et al.*, 2009, p. 2105-2111).

A total of 2,450 older adults from Canada, Brazil and the U.S. participated in a survey concerning the relationship between religion/spirituality and HRQoL in three studies. These studies did not find any association between religiosity/spirituality and HRQoL nor any form of negative association (MOLZAHN, 2007, p. 32-9; FLORIANO; DALGALARRONDO, 2007, p. 162-170; VAHIA *et al.*, 2011, p. 97-102). In one of them, a convenience sample (N=426) of older adults listed the strongest predictors of overall HRQoL as social support and health satisfaction, but not spirituality, in a secondary analysis of Canadian community-based data (MOLZAHN, 2007, p. 32-39).

Another study compared members of an Evangelical church with Catholics. In the study, religiosity/spirituality was significantly associated to the worst

HRQoL in several areas for 82 older adults in Sao Paulo-Brazil, probably indicating that older adults with poor living conditions are seeking a church as an attempt (conscious or not) to minimize suffering (FLORIANO *et al.*, 2007, p. 162-170). Finally, spirituality was not associated with self-rated successful aging. Greater spirituality was correlated, however, with higher resilience and higher optimism in bivariate analyses (VAHIA *et al.*, 2011, p. 97-102). See Chart 3.

Chart 3 - Studies on religion/spirituality and HRQoL
as an outcome (lack of association between R/S and HRQoL)

| | |
|--|---|
| Authors, Article title Source and year of publication | Molzahn AE. Spirituality in Later Life: Effect on Quality of Life. Journal of Gerontological Nursing 2007; 33(1): 32-39. British Columbia, Canada. |
| Study design and objective | Cross-sectional Aim: to explore the effects of spirituality on quality of life in older adults when age, gender, social support, and health status are controlled. |
| Sample, M=male F=female | Convenience sample of 426 people, who volunteered to complete the questionnaire. M=115, F=311. |
| Religious and QoL variables | WHOQOL -100 (spirituality and HRQoL) and a demographic data sheet. |



| | |
|-------------------------------------|---|
| Main results and conclusions | Results show that spirituality was not a significant factor contributing to HRQoL in this community-based sample ($r=0.19$), and that the strongest predictors of overall HRQoL were social support ($t =9.87, p < .001$), and health satisfaction ($t = 6.854, p < .001$). |
|-------------------------------------|---|

| | |
|--|--|
| Authors, Article title Source and year of publication | Floriano PJ, Dalgalarondo P. Mental Health, Quality of Life and Religion in an older adults sample of the Family Health Program (FHP). J. Bras. Psiquiatr 2007; 56(3):162-70. SP-Brazil. |
| Study design and objective | Cross-sectional. Aim: to evaluate the relationship between different dimensions in socio-cultural life: social support, religion, mental health and QOL. |
| Sample, M=male F=female | Systematic sample of 82 older adults. M=35, F=47. |
| Religious and QoL variables | Religious affiliation, frequency at church services, personal involvement, WHOQOL bref. |
| Main results and conclusions | In a sample of 82 older adults belonging to an Evangelical church religiosity/spirituality was significantly associated with worse HRQoL in the four domains of the WHOQOL-bref instrument. In logistic regression models, the Evangelicals presented greater risk for worse social, environmental, physical and psychological QoL than the Catholics (6, 8, 5 and 4 times, respectively). |

| | |
|--|--|
| Authors, Article title Source and year of publication | Vahia IV, Depp CA, Palmer BW, Fellow I, Goshan S, Thompson W et al. Correlates of Spirituality in Older Women. Aging Ment Health 2011;15(1): 97-102 -California/USA |
|--|--|

| | |
|--|---|
| Study design and objective | Cross-sectional survey Aim: to examine the association between spirituality and optimism, resilience, depression, and health-related quality of life (HRQoL) |
| Sample, M=male F=female | 1942 older women, between 60 and 91 years of age. F=1942. |
| Religious and QoL variables | 2 items from Bref Multid. Measure of Relig/Spirit Scale and 3 items from Hodge's Intrinsic Rel Motivation Scale, SF36. |
| Main results and conclusions | Spirituality was not associated with self-rated successful aging of 1,942 older women, 60-91 years of age; however, greater spirituality correlated with higher resilience (CD RISC, $Rho = 0.282, p < 0.001$) and higher optimism (LOT, $Rho = 0.106, p < 0.001$). |

Discussion

Some of the most important findings in this scientific review focusing on QoL as an outcome are: 1) involvement in religious activities, specifically saying prayers, was related to less depression for men; 2) belonging to a religion and valuing it was related to greater life satisfaction; 3) being deeply religious was related to a greater likelihood of having more friends and better self-rated health; 4) religious participants found life more exciting when compared to less religious people; and, finally: 5) religiosity motivated and brought encouragement to older adults who were suffering from depression, helplessness and loneliness at the end of their lives, specially the widowed and terminally ill. In terms of HRQoL as an outcome, the most important finding was that spirituality was associated with HRQoL, especially better physical fitness and vitality for Catholics. Intrinsic religiosity (how important religion is) was related with good general health for older men. Religiosity was also related with less depressive symptoms, less pain rating, better HRQoL and lower cognitive

impairment. The above findings have implications for maintenance and enhancement of the mental and physical health quality of life of older adults. Increasing evidence suggests in fact that greater adherence to religious beliefs can influence the population's physical and mental health (SILVA *et al.*, 2009, p. 1187-1192). There are several instruments that can assess spiritual suffering of patients in the clinical environment. These are suited and conducive to the formulation of spiritual diagnosis for clinical care (Spirituality Rating Scale; Pinto and Pais-Ribeiro's Spirituality Scale; and Spiritual Well-being Scale) (CHAVES *et al.*, 2011).

Review limitations

In three out of the 12 studies, the sample size was the convenience type, instead of a probability sample. This suggests that there was bias in the sampling, although justifiable due to the difficulty of finding severely ill patients suited for these studies (patients with depression, elderly volunteers, institutionalized and rehabilitation patients).

This integrative review of literature demonstrates that there is a scarcity of scientific studies in Brazil and abroad examining the link between religiosity/spirituality and the quality of life of older adults in the context of clinical nursing care. This review also shows that the studies conducted did not provide causal relationships for the associations due their cross-sectional designs. Longitudinal studies are needed to better evaluate causal links and the relationship between religiosity/spirituality and quality of life of older adults.

Conclusion

This literature review shows that despite a growing interest in the relationship between religion/spirituality and quality of life, nursing research and publications examining this association is still very scarce. Despite that fact, 75% of the studies under analysis show a positive association between religious involvement and quality of life/health-related quality of life in older adults in all areas (mental, social

and physical). Religiosity has been found to help older adults to face problems, cope with losses and overcome struggles, bringing security and spiritual comfort in their times of need. The practice of prayer was associated with less depression in older men. Belonging to a religion and valuing it was associated with greater satisfaction with life. Even after controlling confounding variables, religiosity was inversely correlated with levels of depressive symptoms and pain, and positively correlated with cognitive function and health-related quality of life. Current studies have a predominance of cross-sectional designs, which provide a low level of evidence and do not allow for causal relationships between the variables.

Finally, aging is a growing demographic reality. Public health systems for this population face many challenges, and religion/spirituality may be a positive strategy to help the healing process at no significant cost for the government. Religion can be a powerful resource for the health care of older adults, leading them to improved quality of life.

References

ABDALA, G. A.; RODRIGUES, W. G.; TORRES, A.; RIOS, M. C.; SOUZA, M. B. A religiosidade/espiritualidade como influência positiva na abstinência, redução e/ou abandono do uso de drogas. **Revista de Estudos da Religião**, v. 10, p. 77-98, 2010. Disponível em: <http://bit.ly/1LY5u32>. Acesso em: 13 jun. 2011.

ALVES, R. R. N.; ALVES, H. N.; BARBOZA, R. R. D.; SOUTO, W. M. S. The influence of religiosity on health. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2105-11, 2009.

BARRICELLI, I. L.; SAKUMATO, I. K. Y.; SILVA, L. H. M.; ARAUJO, C. V. Influence of religious orientation in the quality of life of active elderly. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 3, p. 505-515, 2012.

BRASIL. Lei N 10.741, de 1º de Outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial [da] Republica Federativa do Brasil. Brasília, DF, p. 68, 2003.

BRASIL; Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, 19).

CARDOSO, M. C. S.; FERREIRA, M. C. Envolvimento religioso e bem estar subjetivo em idosos. **Psicologia Ciência e Profissão**; v. 29, n. 2, p. 380-93, 2009.

CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, E. C.; BEIJO, L. A.; GOYATÁ, S. L. T.; PILLON, S. C.; Efficacy of different instruments for the identification of the nursing diagnosis Spiritual distress. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 19, n. 4, 2011.

DAALEMAN, T. P.; PERERA, S.; STUDENSKI, S. A. Religion, spirituality, and health status in geriatric outpatients. **The Annals of Family Medicine**, v. 2, p. 49-53, 2004.

DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; TUONO, V. L.; LAURENTI, R. Religiosidade e envelhecimento: uma análise do perfil de idosos do município de São Paulo. **Saúde Coletiva**, v. 5, n. 24, p. 173-177, 2008.

FLORIANO, P. J.; DALGALARRONDO, P. Mental health, quality of life and religion in an elderly sample of the family health program. **Journal of Brazilian Psychiatry**, v. 56, n. 3, p. 162-70, 2007.

GAUTAM, R.; SAITO, T.; KAI, I. Leisure and religious activity participation and mental health: gender analysis of older adults in Nepal. **BMC Public Health**, v. 7, n. 299, 2007.

IDLER, E. L.; McLAUGHLIN, J.; KASL, S. Religion and the quality of life in the last year of life. **Journal of Gerontology: Social Science**; v. 64, n. 4, p. 528-537, 2009.

KIMURA, M.; SILVA, J. V. Índice de qualidade de vida de Ferrans e Powers. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, p. 1098-1104, 2009.

KOENIG, H. G. **Spirituality and health research: methods measurement statistics and resources**. Pennsylvania: Templeton Press, 2011.

LIMA, M. G.; BARROS, M. B. A.; CÉSAR, C. L. G.; GOLDBAUM, M.; CARANDINA, L.; CICONELLI, R. M. Health Related Quality of Life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 10, p. 2159-2167, 2009.

LOTUFO, N. F.; LOTUFO, J. Z.; MARTINS, J. C. **Influências da religião sobre a saúde mental**. Santo André: ESETEc, 2009.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; BADAN, N. A. M.; PERES, P. T.; PERES, M. F. P, MOREIRA, A. A. religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. **Journal Rehabilitation Medicine**, v. 43, p. 316-322, 2011.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; BASSI, R. M.; NASRI, F.; NACIF, S. A. P. O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 1, p. 159-167, 2011.

MINAYO, M. C.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MOLZAHN, A. E. Spirituality in later life: effect on quality of life. **Journal of Gerontological Nursing**, v. 33, n. 1, p. 32-39, 2007.

MORAES, N. A. S.; WITTER, G. P. Velhice: qualidade de vida intrínseca e extrínseca. **Boletim de Psicologia**, v. 57, n. 127, p. 215-238, 2007.

MOREIRA, A. A.; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; LARANJEIRA, R. Religious involvement and sociodemographic factors: a Brazilian national survey. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 37, n. 1, p. 12-15, 2010.

NERI, A. L. (Org). **Qualidade de vida e idade madura**. São Paulo: Papirus, 2009.

NETUVELI, G.; BLANE, D. Quality of life in older ages. **British Medical Bulletin**, v. 85, p. 113-126, 2008.

OTERO, R. A.; MUNÓZ, L. M. L.; BALBOA, C. T.; BANEGAS, J. R.; RODRÍGUEZ, A. F.; GUALLAR, C. P. Change in health-related quality of life as a predictor of mortality in the older adults. **Quality of Life Resource**, v. 19, p. 15-23, 2010.

PATRICK, D.; ERIKSON, P. Assessing Health-Related Quality of Life for clinical decision making. In: WALKER, S. R.; ROSSER, R. M. **Quality of life assessment: key issues in the 1990s**. Heidelberg: Kluwer Academic Publishers, 1993.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006.

REINERT, K.; KOENIG, H. Re-examining definitions of spirituality in nursing research. **Journal of Advanced Nursing**, v. 12, p. 2622-2634, 2012.

SAWATZKY, R.; RATNER, P. A.; CHIU, L. A Meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life. **Social Indicators Research**, v. 72, p. 153-188, 2005.

SILVA, S. S.; KIMURA, M.; STELMACH, R.; SANTOS, V. L. C. Qualidade de vida e bem-estar espiritual em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, p. 1187-1192, 2009.

SOUZA, T. B. G. **Religiosidade e envelhecimento**: panorama dos idosos do município de São Paulo. Dissertação (Mestrado). School of Nursing. University of São Paulo, São Paulo, 2011.

STETLER, C. B.; MORSI, D.; RUCKI, S.; BROUGHTON, S.; CORRIGAN, B.; FITZGERALD, J. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. **Applied Nursing Research**, v. 11, n. 4, p. 195-206, 1998.

VAHIA, I. V.; DEPP, C. A.; PALMER, B. W.; FELOW, I.; GOSHAN, S.; THOMPSON, W. Correlates of spirituality in older women. **Aging Mental Health**, v. 15, n. 1, p. 97-102, 2011.



O MÉTODO PILATES ASSOCIADO A ORIENTAÇÕES DE ESTILO DE VIDA EM PACIENTES COM LOMBALGIA CRÔNICA

Jane Storch¹

Poliana Lima Sampaio²

Ana Maria Jora Ferrecioli³

Marta Regina Figueiredo⁴

Lisley Alves Oliveira⁵

Resumo: Lombalgia é a dor que ocorre nas regiões lombares inferiores, lombossacrais ou sacroilíacas da coluna vertebral. Pode ser acompanhada de dor que se irradia para uma ou ambas as nádegas ou para as pernas na distribuição do nervo ciático e pode ser causada por várias etiologias. O método Pilates é um sistema de exercícios terapêuticos que tem como base o controle consciente de todos os movimentos musculares do corpo. Trabalha força e respiração, flexibilidade e resistência cardiorrespiratória. O objetivo deste trabalho é avaliar a melhora de dor, postura e flexibilidade de sujeitos com quadro de lombalgia aplicando o método Pilates. A amostra constou de sete sujeitos, de ambos os sexos, com queixa de lombalgia que foram avaliados, fotografados e responderam a dois questionários (SF-36 e Oswestry) no início e término do tratamento. Foram realizadas um total de 10 sessões,

.....

¹ Bacharel em Fisioterapia pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo. E-mail: Jane_storch@hotmail.com

² Bacharel em Fisioterapia pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo. E-mail: pollyanasampaio@hotmail.com

³ Bacharel em Fisioterapia pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo. Docente do curso de Fisioterapia da Faculdade Metropolitanas Unidas. E-mail: anaferracioli@hotmail.com.

⁴ Mestre em Cinesiologia pela Universidade de Mogi das Cruzes. Bacharel em Fisioterapia pelo Faculdade do Clube Náutico Mogiano. Docente da Universidade Metropolitana de São Paulo (FMU). E-mail: martarffisio@hotmail.com.

⁵ Mestre em Anatomia pela Universidade de São Paulo. Bacharel em Fisioterapia pelo Faculdade do Clube Náutico Mogiano. Docente da Universidade Metropolitana de São Paulo (FMU).

sendo duas sessões semanais com 40 minutos de duração, precedidas por três sessões de conscientização do cinturão pélvico de força. O estilo vida foi avaliado em dois domínios do questionário de Nahas, o primeiro pratica de atividade física e o segundo boa alimentação para o controle de peso. Foi realizado o método Pilates no solo e na bola, na fase básica. Todos os sujeitos relataram melhora da qualidade de vida e redução da lombalgia avaliado por meio dos questionários, também foi visto que houve aumento do índice de atividade física, mas não houve melhora do estilo alimentar dos indivíduos. Quando analisadas as fotografias pré e pós-tratamento, pudemos verificar a melhora da postura. Houve melhora da flexibilidade geral dos sujeitos. Pudemos concluir que o método Pilates foi eficaz na melhora da dor, postura e flexibilidade geral dos sujeitos estudados, mostrando ser mais uma ferramenta a ser utilizada pelo fisioterapeuta.

Palavras-chave: Lombalgia; Pilates; Dor; Qualidade de vida; estilo de vida.

A pilats method associated with as lifestyle guidelines in patients with chronic back pain

Abstract: Low back pain is the pain that occurs in the inferior lumbar regions, lumbosacral spine and sacroiliac joints. It can be folloied of pain that if radiates for one or both of the buttocks to the legs in the distribution of the sciatic nerve and can be caused by some etiologies. The Pilates method is a system of therapeutical exercises that has as base the conscientious control of all the muscular movements of the body. It works force and breath, flexibility and cardiorespiratory endurance. The aim of this paper is to evaluate the improvement of pain, position and flexibility of citizens with low back pain picture being applied the Pilates method. The sample consisted of 7 citizens, of both genders, with complaint of low back pain that had been evaluated, photographed and had answered the two questionnaires (SF-36 and Oswestry) in the beginning and ending of the treatment. They had been carried through a total of 10 sessions, being 2 weekly sessions with 40 minutes of duration, preceded for 3 sessions of awareness of the pelvic belt force. The Pilates method was carried through in the ground and the ball, in the basic phase. All the citizens had told to improvement of the quality of life and reduction of the lombalgia, what we could verify through the comparison

of the questionnaires. When analyzed photographs daily pay and post-cure, we could verify the improvement of the position and in the evaluation of Pilates, it had improvement of the general flexibility of the citizens. We could conclude that the Pilates method was efficient in the improvement of pain, position and general flexibility of the studied citizens, showing to be plus a tool to be used by the physiotherapist.

Keywords: Physiotherapy; Low Back Pain; Pilates Method; Position.

A lombalgia é a dor que ocorre nas regiões lombares inferiores, lombossacrais ou sacroilíacas da coluna lombar. Ela pode ser acompanhada de dor que se irradia para uma ou ambas as nádegas ou para as pernas na distribuição do nervo ciático (dor ciática). Portanto, é um problema extremamente comum, que afeta mais pessoas do que qualquer outra afecção, à exceção do resfriado comum. Entre 65% e 80% da população mundial desenvolve dorsalgia em alguma etapa de suas vidas, mas a maioria dos episódios não é incapacitante. Mais da metade de todos os pacientes com dorsalgia melhora após uma semana; 90% apresentam melhora após oito semanas; e os restantes 7% a 10 % continuam apresentando sintomas por mais de seis meses (SILVA, 2001, p. 178-181; RUBIN, 2007, p. 353-371; CHOU *et al.*, 2007, p. 478-485).

A lombalgia pode ser causada por esforços repetitivos, excesso de peso, pequenos traumas, condicionamento físico inadequado, erro postural, posição não ergonômica no trabalho sendo esta a causa mais frequente. Com o passar do tempo, as articulações da coluna vão se desgastando, podendo levar à degeneração dos discos intervertebrais - hérnia de disco favorecendo o surgimento de dores lombares (CARVALHO *et al.*, 2005, p. 11-19).

Não existe uma forma única de tratamento para todos os tipos de dores na coluna. Casos de lombalgia aguda, na maioria das vezes recomenda-se repouso, medicação analgésica e observação (RUBIN, 2002). Para os casos de lombalgia crônica, os tratamentos são mais variados, já que as causas também podem ser diversas: há desde

medicação de uso mais comum como analgésicos e anti-inflamatórios, sessões de fisioterapia como RPG – reeducação da postura, aplicação de laser, massagem, injeções de corticóide, cirurgias, antidepressivos e outros como a morfina para o controle da dor mais intensa (McCAMEY; EVANS, 2007, p. 71-82; McMAHON; KOLTZENBURG, 2006; KOLYNIK *et al.*, 2004, p. 487-490). O método Pilates é um método terapêutico que fortalece e alonga o músculo sem causar qualquer lesão à pessoa que pratica já se mostrou muito efetivo no tratamento da dor em pacientes com encurtamento muscular, entretanto ainda não foi realizado estudo em pacientes com lombalgia, talvez a utilização deste método pode ser uma alternativa terapêutica para estes pacientes. Assim, o objetivo deste trabalho foi avaliar os efeitos do método Pilates sobre a qualidade de vida, dor e postura em pacientes com quadro de lombalgia crônica

Materiais e métodos

Este é um estudo clínico experimental que foi realizado na Policlínica do Centro Universitário Adventista São Paulo (Unasp). A amostra foi composta por sete indivíduos de ambos os sexos, com queixa de lombalgia crônica. Para participar deste estudo foi necessário que os pacientes apresentassem os seguintes critérios: ter diagnóstico de lombalgia por mais de 12 meses, ser inativos fisicamente, apresentar intensidade de dor maior ou igual a cinco pontos na escala visual analógica quando realizar tarefas cotidianas, estar afastado de suas atividades laborais devida a doença.

Todos os participantes foram informados detalhadamente sobre o procedimento utilizado no estudo e que sua identidade seria mantida em sigilo. Portanto só participaram do estudo aqueles que concordaram de maneira voluntária, assinando um termo de consentimento livre e esclarecido. Os indivíduos não foram obrigados a participar da terapia, quando não estivessem se sentindo bem ou indispostos por algum motivo, entretanto todos deveriam cumprir 10 sessões de tratamento.

Os indivíduos foram avaliados previamente e posteriormente ao tratamento por meio dos seguintes instrumentos: questionários: SF-36 que avalia a qualidade

de vida do paciente, e o Índice de incapacitação de Oswestry para dor lombar, e escala visual analógica, e realizaram tratamento por meio da técnica de Pilates (TICELLO; TEARE; FRASER, 2003, p. 237- 238). O tratamento constou de 10 sessões em uma frequência de duas sessões semanais com duração de 40 minutos. O tratamento foi realizado por meio do método Pilates pré-solo, solo básico, intermediário e avançado, também realizaram exercícios variados na bola. Para o tratamento os indivíduos utilizavam roupas mais flexíveis e confortáveis.

Antes da aplicação da técnica de Pilates, foram realizadas três sessões de conscientização de como utilizar o cinturão pélvico de força, que corresponde aos músculos transverso do abdômen, perineo e multífidos, os quais forneceram um equilíbrio estável para execução dos exercícios. Este cinturão sempre era explorado antes da execução de qualquer exercício, com objetivo de prevenir possíveis lesões articulares e musculares (MARTINEZ *et al.*, 2009, p. 32-38).

A quantificação da dor foi realizada por meio da escala Visual analógica (EVA): ela é constituída por uma reta contendo 10 cm. O ponto *zero* corresponde nenhuma dor, e o ponto *dez* uma dor extremamente forte (MARTINEZ; *et al.*, 2009, p. 32-8). Previamente, foi explicado para os participantes que indicassem o número inteiro entre zero e 10 que mais se associasse com a intensidade de dor sentida (NAHAS; MARKUS, 2006).

O SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short - Form Health Survey*) (CIRCONELLI *et al.*, 2009, p. 143-150) é um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida, de fácil administração e compreensão. Consiste em um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em oito escalas ou domínios, que são: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta um escore final de 0 (zero) á 100 (obtido por meio de cálculo do *Raw Scale*), onde o *zero* corresponde ao pior estado geral de saúde e o 100 corresponde ao melhor estado de saúde. É um questionário bem desenhado e suas

propriedades de medida, como reprodutibilidade, validade e suscetibilidade a alterações, já foram bem demonstradas em diversos trabalhos. A tradução para o português do SF-36 e sua adequação às condições socioeconômicas e culturais de nossa população, bem como a demonstração de sua reprodutibilidade e validade, tornam este instrumento um parâmetro adicional útil que pode ser utilizado na avaliação de diversas patologias.

O Índice de incapacitação de Oswestry (MONERATTI; PEREIRA, 2009, p. 45-48) foi criado com a finalidade de avaliar como a dor lombar tem interferido na realização das atividades cotidianas do paciente. O questionário é composto por 10 ranks ou domínios, cada sessão tem um determinado número de questões e cada questão pode ser pontuada de zero a cinco. O somatório máximo é de 50 pontos. Para obter o cálculo foi observado o seguinte procedimento: valor do somatório/50X100, sendo interpretado da seguinte forma. Pontuação entre 0 e 20% incapacidade mínima, de 21 a 40% incapacidade moderada, de 41 a 60 incapacidade intensa entre 61 e 80% deficiente e maior do que 80% plenamente dependente. O estilo de vida foi medido por meio de dois domínios do questionário de NAHAS. O questionário Escala Perfil de Estilo de Vida Individual é um instrumento para mensurar estilo de vida baseado nos componentes “Nutrição”, “Atividade física”, “Comportamento preventivo”, “Relacionamento sociais” e “Controle do estresse” que é um instrumento autoadministrado que considera o comportamento dos indivíduos no último mês e cujos resultados permitem determinar a associação entre o estilo de vida e a saúde.²⁴

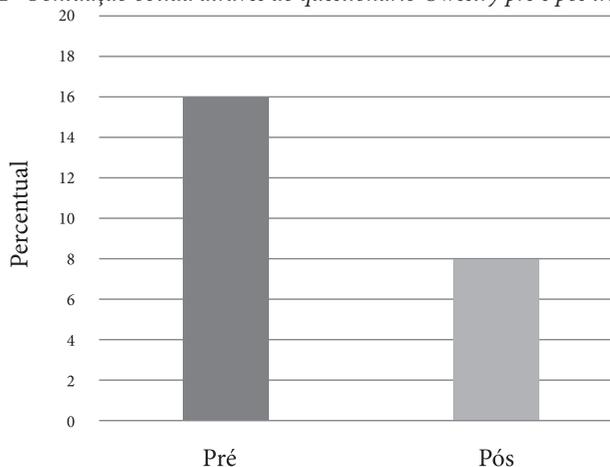
Escores correspondentes ao nível três em cada questão são sempre desejados pelos pesquisadores, no entanto, níveis zero indicam que o indivíduo ou grupo ou em mais componentes devem ser orientados a programar mudanças de comportamentos. Níveis 1 e 2 apenas pequenos ajustes nos valores e nos hábitos. Porém, a ideia geral é que o grupo ou indivíduo reconheça positivamente a necessidade de incrementar ou afastar um comportamento habitual, recebendo informações e optando por oportunidades que possa levá-lo a uma vida com mais qualidade.

Resultados

Participaram do estudo sete sujeitos de ambos os sexos, sendo três homens e quatro mulheres com idade média de $24 \pm 9,4$ anos. IMC de $28 \pm 4,1 \text{ kg/m}^2$. Todos apresentavam dor lombar maior do que cinco pontos aliado pela escala visual analógica. E o tempo médio de diagnóstico de lombalgia foi de $25 \pm 19,3$ meses. Todos os sujeitos foram avaliados pré e pós-tratamento através do questionário de Oswestry que avalia a incapacidade do indivíduo frente à doença, e questionários SF-36 que avalia a qualidade de vida, da escala visual analógica que avalia a dor.

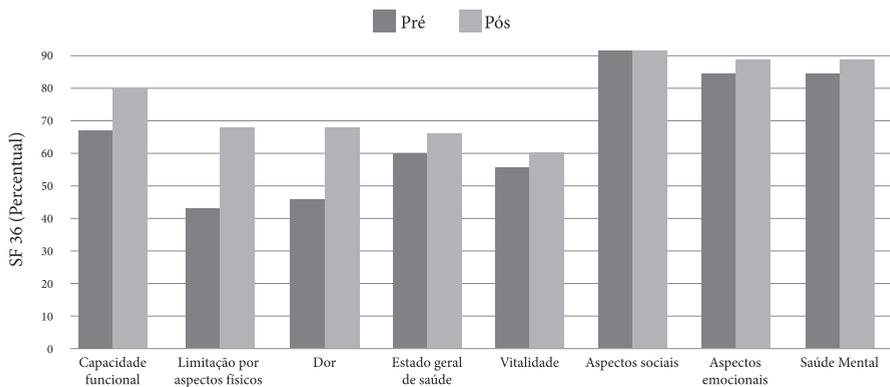
Quanto ao questionário de Oswestry, os pacientes apresentavam comprometimento nas AVD no pré-tratamento em média de $14,8 \pm 9,9$ variando entre (1 e 32 pontos) e no pós tratamento, média de $4,8 \pm 3,9$ variando de (1 a 8 pontos) $p=0,05$ (Figura 1).

Figura 1 - Pontuação obtida através do questionário Oswestry pré e pós tratamento



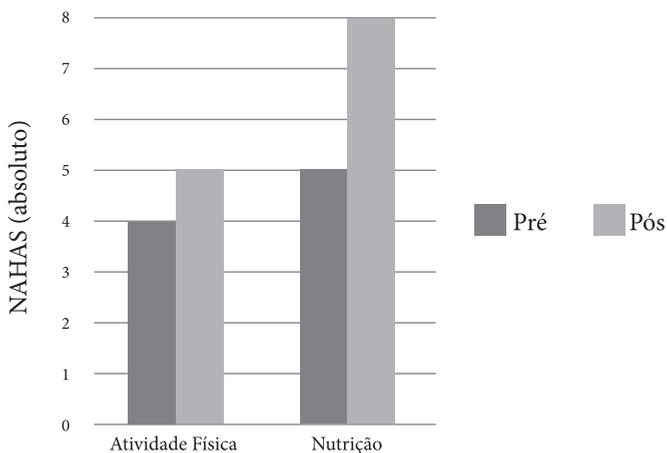
Em relação à qualidade de vida avaliada por meio do questionário SF-36, podemos observar que não houve melhora significativa. No pré-tratamento em média $80,8\% \pm 9,68$ variando entre 85,2 e 87,4% e no pós-tratamento, teve em média de $87,1 \pm 10,50$ variando entre 85,4 e 95,2 (Figura 7).

Figura 2 - Pontuação obtida no questionário SF-36 de qualidade de vida pré e pós-tratamento



Foi verificado que após as orientações programadas os pacientes melhoraram o aspecto de atividade física, saíram de uma pontuação igual a cinco, indo para oito pontos. Mas não houve melhora no aspecto nutricional (Figura 3).

Figura 3 – Análise estilo de vida pre e pós-orientações para pacientes com lombalgia crônica



Discussão

Os principais resultados deste estudo estão relacionados ao fato dos pacientes melhorarem a funcionalidade e qualidade de vida após a aplicação do método Pilates; após as orientações sobre o estilo de vida os pacientes se tornaram mais ativos fisicamente. Para avaliar o efeito do método Pilates sobre a funcionalidade utilizamos o questionário de Owestry que é um método validado confiável e seguro, assim como foi à qualidade de vida avaliada por meio do questionário SF 36.

Este estudo propôs o tratamento alternativo para a lombalgia pois constitui uma frequente causa de morbidade e de incapacidade, sendo superada apenas pela cefaleia e resfriados sendo que estas tem causas já bem definidas, no entanto, no atendimento primário, para apenas 15% das lombalgias e lombociatalgias é encontrada uma causa específica. As dores lombares incidem em cerca de 80% da população em algum momento de sua vida, representando um alto custo no seu tratamento para o sistema de saúde e para a previdência social, principalmente devido ao alto índice de afastamento e incapacidade para o trabalho. A lombalgia caracteriza-se com uma problemática de saúde pública na sociedade moderna, o que evidencia a necessidade imperativa de investimentos em informação, prevenção, diagnósticos precoces, formas de tratamentos adequados e efetivos principalmente mudanças de estilo de vida que visem a menores custos socioeconômicos, e possa ser que alguns pacientes se adaptem melhor ao método Pilates de tratamento em relação a outros metodos (CARVALHO *et al.*, 2005, p. 11-19; AHMED; MODIC, 2007, p. 439-471; BATTIE; VIDEMAN, 2006, p. 3-9).

Os nossos resultados mostraram que os pacientes melhoraram a funcionalidade com os exercícios propostos pelo método Pilates. Em um estudo de caso (MAYER; BUSHNELL, 2010, p. 23-53), relataram que o método Pilates foi eficiente para o fortalecimento da musculatura extensora e flexora do tronco, entretanto o mesmo não relata se houve redução do quadro algico. Em nosso estudo, o método Pilates também se mostrou eficaz na redução da lombalgia, e flexibilidade. Além disso, também houve melhoras na qualidade de vida dos sujeitos, isto

ocorreu possivelmente pois com a aplicação deste método é possível que os músculos sejam capazes de estabilizar melhor a região lombar da coluna e aliviar a dor.

Em outro estudo, Carvalho *et al.* (2005, p. 11-19) observaram que as correntes diadinâmicas e iontoforese no tratamento da dor lombar obtiveram resultados eficazes, os autores mostraram que quando associado a eletroterapia e cinesioterapia a melhora era maior e conseguida em tempo menor. Segundo Knoplich (2003) a maioria das doenças crônicas de evolução lenta, associadas com a idade e o desgaste causado pelo trabalho, como as dores da coluna, é recomendado uma intervenção preventiva. Existe prevenção primária para as dores da coluna lombar, tais como: evitar carregar pesos por muito tempo, agachar-se flexionando os joelhos, evitar sobrecargas no trabalho e incentivar a prática de exercícios e evitar fatores de risco. Entretanto sabe-se que a grande maioria dos indivíduos não realizam tratamento preventivo, o que resta é alternativa de reabilitação que além de tratar o problema instalado tem objetivo de conscientização dos fatores de riscos e as mudanças de hábito que previnem recidivas de crises lombares, para estes casos onde a alteração funcional já está estabelecida os exercícios propostos pelo método Pilates se mostrou eficiente em nossa amostra.

Segundo Knoplich (2003), existe uma forte evidência de que a terapia pelos exercícios é eficiente no tratamento das dores crônicas da região lombar. Nesse sentido, vale ressaltar o estudo de Cailliet (1988), onde os exercícios devem ser integrados em todas as atividades da vida diária para obter resultados íntegros, já que a postura é uma função do corpo em período integral. Portanto, exercitar-se apenas uma hora por dia e permanecer em postura incorreta pelo restante do dia são pequenas as chances de melhora funcional e diminuição da dor. Por isso, a importância da conscientização das medidas educativas que evitam o desencadeamento de dores lombares, além de se exercitar.

Outro ponto importante a ser ressaltado é que no tratamento da dor lombar crônica deve ser enfatizado mudanças no estilo de vida dos pacientes, segundo Furtado *et al.* (2014, p. 371-377) o estilo de vida é um dos principais fatores de

risco para presença de dor lombar. Vimos que orientações simples como praticar exercícios físicos e alimentar-se de forma mais apropriada contribui para que estes pacientes melhorem a dor lombar quando associado ao método de Pilates.

As implicações clínicas deste estudo estão relacionadas ao fato de que indivíduos sedentários com lombalgia crônica podem ser tratados com a utilização de um método terapêutico simples de fácil aplicação como o método Pilates, além de melhorar o estilo de vida com orientações simples. A principal limitação deste estudo é a casuística, pois os dados são de único centro no qual é expressa apenas nossa realidade, mas este faz parte de uma série de estudos de caso com o método Pilates desenvolvido por esta equipe de pesquisadores. Sugerimos que novos estudos sejam realizados com amostra de vários centros para melhor certificação dos efeitos deste método.

Considerações finais

O estudo do efeito do método Pilates em indivíduos sedentários com lombalgia crônica nos permite concluir que: o método Pilates foi eficaz na melhora da dor, da flexibilidade geral e qualidade de vida dos pacientes. E sugerimos que este método possa ser aplicado em pacientes com dor lombar crônica.

Referências

AHMED, M.; MODIC, M. T. Neck and low back pain: neuroimaging. **Neurol Clin.**, v. 25, p. 439-471, 2007.

ALLSEN, P. E.; HARRISON, J. M.; VANCE, B. **Exercício e qualidade de vida: uma abordagem personalizada.** São Paulo: Manole, 2001.

BATTIE, M. C.; VIDEMAN, T. Lumbar disc degeneration: epidemiology and genetics. **Journal of Bone and Joint Surgery**, v. 88, n. 2, p. 3-9, 2006.

CAILLIET, R. **Lombalgias**: síndromes dolorosas. São Paulo: Manole, 1988.

CARVALHO, A. R.; FUNGUETO, E. M.; CANZI, I. M. Correntes dinâmicas de Bernad e iontoforese no tratamento da dor lombar. **Fisioterapia em Movimento**, v. 18, n. 4, p. 11-19, 2005.

CHOU, R.; QASEEM, A.; SNOW, V. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from th American College of Psysicians and the American Pain Society. **Annals of Int Med.**, v. 147, p. 478-485, 2007.

CIRCONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M. R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 39, n. 3, p. 143 – 150, 2009.

DILLMAN, E. **O pequeno livro de pilates**: guia prático que dispensa professores e equipamentos. Rio de Janeiro: Record, 2004.

FURTADO, R. N. V.; RIBEIRO, L. H.; ABDO, B. A.; DESCIO, F. J.; JUNIOR, C. E. M.; SERRUYA, D. C. Dor lombar inespecífica em adultos jovens: fatores de risco associados. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 54, n. 5, p. 371–377, Sep.-Oct. 2014.

KNOPLICH, J. **Enfermidades da coluna vertebral**: uma visão clínica e fisioterápica. São Paulo: Robe, 2003.

KOLYNIK, I. E. G.; CAVALCANTI, S. M. B.; AOKI, M. S. Avaliação isocinética da musculatura envolvida na flexão e extensão do tronco: efeito do método Pilates. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 10, n. 6, p. 487-490, 2004.

MARTINEZ, J. E.; FUGISAWA, R. M.; CARVALHO, T. C. Correlação entre a contagem dos pontos dolorosos na fibromialgia com intensidade dos sintomas e seu impacto na qualidade de vida. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 49, n. 1, p. 32-8, 2009.

McCAMEY, K.; EVANS, P. Low back pain. **Prim Care Clin Office Pract.**, v. 34, p.71-82, 2007.

MONERATTI, E.; PEREIRA, J. S. Validação e confiabilidade de um questionário sobre lombalgia. **Fitness & Performance Journal**, v. 1, n. 8, p. 45 – 48, 2009.

NAHAS, M. V.; MARKUS, V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. Londrina: Midiograf, 2006.

PIMENTA, C. A. M. Escalas de avaliação de dor. In: TEIXEIRA, M. D. (Ed.). **Dor conceitos gerais**. São Paulo: Limay, 1994. p. 46-56.

ROBINSON, J. P.; APKARIAN, A. V. Low back pain. In: MAYER, E. A.; BUSHNELL, M. C. (Eds.). **Functional pain syndromes: presentation and pathophysiology**. Seattle: IASP Press, 2010.

RUBIN, D. I. Epidemiology and risk factors for spinal pain. **Neurol Clin.**, v. 25, p. 353-371, 2007.

RUBIN, R. A dor da grande maioria. **Saúde Paulista**, v. 2, n. 8, out. nov. dez., 2002.

SILVA, A.R.A. Lombalgia. **Revista Fisioterapia Brasil**, v. 2, n. 3, p. 178-181, 2001.

TICELLO, D. G; TEARE, J.; FRASER, W. D. Second trimester concentration and relaxin and pregnancy related incontinency. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 106, p. 237- 8, 2003.

TULDER, M.; KOES, B. Low back pain. In: McMAHON, S.; KOLTZENBURG, M. (Ed). **Wall and Melzack's textbook of pain**. London: Elsevier; 2006.



PERFIL DO ESTILO DE VIDA DE ADULTOS DA ZONA SUL DE SÃO PAULO

Maria Dyrce Dias Meira¹

Gina Andrade Abdala²

Carlos Antonio Teixeira³

Maria Fernanda M. L. Ninahuaman⁴

Maria Cecília Leite de Moraes⁵

Marcia Maria Hernandes de Abreu de Oliveira Salgueiro⁶

Resumo: A Política Nacional de Promoção da Saúde tem investido na implementação de ações para estimular a atividade física, alimentação saudável, combate ao tabagismo e álcool e promoção ao envelhecimento ativo. O objetivo deste artigo é analisar o perfil do estilo de vida de uma população de jovens e adultos que frequentam um Shopping Center

.....

- ¹ Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo. Docente do Programa de mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Adventista de Enfermagem. E-mail: dyrcem@yahoo.com.br.
- ² Doutora em Ciências. Docente do Programa de mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Adventista de Enfermagem. E-mail: ginabdala@gmail.com.
- ³ Doutor em Saúde Pública. Bacharel em Teologia pelo Seminário Adventista Latino Americano de Teologia e em pedagogia pelo Universidade São Paulo. Docente em cursos de graduação e do Programa de mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). E-mail: carlostx.br@gmail.com.
- ⁴ Mestre em farmacologia pela Faculdade de Farmácia e Bioquímica da Universidade de São Paulo. Bacharel em Farmácia pela Universidade de São Paulo. Docente do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). E-mail: Maria.ninahuaman@ucb.org.br.
- ⁵ Doutora em Saúde Pública pelo Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Bacharel em Terapia Ocupacional pelo Universidade de São Paulo. Docente do curso de Enfermagem e do Programa de mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). E-mail: leimo7@hotmail.com.
- ⁶ Doutora Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - USP. Bacharel em Nutrição pela Universidade Bandeirante de São Paulo. Docente do Programa de mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). E-mail: marciasalgueironutricionista@yahoo.com.br.

na zona sul de São Paulo. Esse artigo trata-se de um estudo de corte transversal, com abordagem quantitativa. Foram coletados dados socio-demográficos e de saúde e aplicados os questionários “Estilo de Vida FANTÁSTICO” e “SRQ-20” a participantes de evento público denominado “Feira de Saúde”. Das nove dimensões do Fantástico, as atividades físicas, a nutrição, o uso de cigarro e drogas e o comportamento apresentaram escores abaixo da média. As outras dimensões: família, segurança, uso do álcool, introspecção e trabalho apresentaram resultados acima da média. Encontrou-se um escore médio de 70,8 (dp=12,54) para o estilo de vida, embora 49,2% dos participantes tenham apresentado sobrepeso e 23,6% obesidade grau I, II e III. Além disso, houve prevalência de 34% de pessoas com transtornos mentais comuns. O estilo de vida dos adultos foi considerado muito bom (70,8%), no entanto, os resultados mostraram que é imprescindível enfatizar um estilo de vida saudável por meio de Feiras de Saúde, alertando a população de jovens e adultos sobre as vantagens de adotarem a prática de atividade física e alimentação equilibrada para controle do peso e de desenvolverem estratégias comportamentais para melhorar a saúde.

Descritores: Estilo de vida, Educação em Saúde, Promoção da saúde.

Profile of adult lifestyle of São Paulo south zone

Abstract: The Brazilian Health Promotion Policy has invested in the implementation of actions to promote physical activity, healthy eating, to discourage smoking and alcohol and promoting active aging. The aim of this paper is to analyze the lifestyle profile of a young and adult population who attends a mall in the south area of Sao Paulo. This is a cross-sectional study with a quantitative approach. Demographic and health data were collected and the questionnaires “Lifestyle FANTASTIC” and “SRQ-20” were employed to participants of this public event called “Health Fair”. From the Fantastic questionnaire, some dimensions like physical activity, nutrition, tobacco and drugs use, and behavior had scores below average. Other dimensions like family, safety, use of alcohol, introspection and work had above average results. A mean score of 70.8 (sd= 12.54)

was verified for lifestyle, while 49.2% of participants were overweight and 23.6% were obese grades I, II and III. In addition, there was a prevalence of 34% of people with common mental disorders. The lifestyle of adults was considered to be very good (70.8%), however, results showed that it is essential to emphasize a healthy lifestyle through health fairs. It is useful for young and adult populations to know about the advantages in adopting an active lifestyle and balanced nutrition for weight control, and developing behavioral strategies to improve health.

Keywords: Life Style, Health Education, Health Promotion.

Brasil está passando por uma fase de transição epidemiológica em que as Doenças Infecto-Parasitárias (DIP) estão paulatinamente cedendo lugar às chamadas doenças não comunicáveis, ou Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Cada vez mais a população de jovens e adultos está sofrendo de doenças decorrentes do estilo de vida e ligadas aos fatores de risco modificáveis, que poderiam ser minimizados por uma atenção especial à prática de hábitos saudáveis de vida e estímulo a um compromisso com o autocuidado (DUARTE; BARRETO, 2012, p. 529-532). Cabe destacar que em 2008, as DCNT foram apontadas como responsáveis por 63% das causas de morte no mundo e 72% no Brasil, prevalecendo as doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%). Os principais fatores de risco apontados para essas doenças foram: inatividade física; baixo consumo de frutas e hortaliças; alta ingestão de gorduras e refrigerantes; prevalência de sobrepeso e obesidade (MALTA *et al.*, 2006, p. 47-64). A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) aprovada pelo Ministério da Saúde do Brasil por meio da Portaria no. 687 em 30 de março de 2006 (BRASIL, 2006), propõe ações visando o “cuidado” relativo às necessidades humanas para uma saúde integral.

O Sistema Único de Saúde (SUS) para sua consolidação requer a implementação de medidas interativas, envolvendo os diferentes segmentos sociais com impacto nos diversos níveis de Atenção à Saúde. Ao mesmo tempo deve ser considerada a complexidade e especificidade que perpassa todos os aspectos envolvidos na Promoção da Saúde que em seu escopo é definido como:

um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não-governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e cuidado com a vida (BRASIL, 2006).

O estudo “Alameda County Study” realizado com 6.928 adultos, foi uma das primeiras pesquisas acerca do estilo de vida e sua correlação com a saúde. Nesse estudo já havia preocupação em evidenciar a relação entre o estado de saúde e as práticas saudáveis do estilo de vida (BELLOC; BRESLOW, 1972, p. 409-21). Os autores do referido estudo analisaram a relação entre práticas comuns de saúde incluindo horas de sono, regularidade da alimentação, atividade física, fumar e ingerir bebidas alcoólicas. Foi constatado que a prática dos hábitos saudáveis produzia um efeito cumulativo e estavam associadas a uma melhor saúde, mesmo para os mais velhos, comparados com os mais jovens que falhavam em cumprir as atividades propostas. Esses resultados foram encontrados independentemente da idade, sexo e situação econômica.⁷

.....
⁷ Informação retirada do site da Divisão Sul Americana. Disponível em: <http://bit.ly/1FL0GBi>. Acesso em: 01 de abr. 2015.



O eixo da Promoção da Saúde, por sua vez, busca com base na intersectorialidade superar os fatores determinantes do processo saúde-doença implementando ações que objetivam estimular a atividade física; alimentação saudável; medidas de combate ao tabagismo e álcool e promoção ao envelhecimento ativo⁽³⁾. Para fazer frente a esse quadro, o Ministério da Saúde propôs um “Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT” para o decênio 2011-2022 com o objetivo de diminuir a prevalência desse tipo de doenças, adotando basicamente mudanças no estilo de vida dos adultos jovens (MALTA *et al.*, 2011, p. 425-38; BRASIL, 2006).

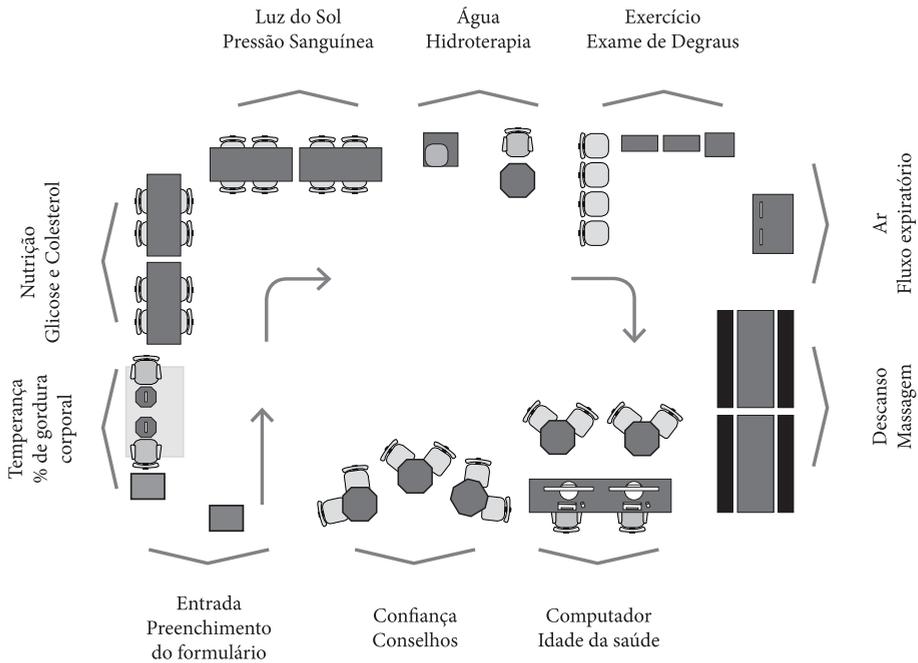
Objetivou-se com este estudo avaliar o estilo de vida e os dados de saúde física e mental de indivíduos que participaram de dois eventos educativos denominados “Feira de Saúde” realizado em um Shopping Center da zona sul de São Paulo.

Método

Trata-se de um estudo de corte transversal, com abordagem quantitativa, tipo *survey* (GIL, 2002). Foi desenvolvido durante dois eventos educativos promovidos em local público operacionalizado na forma de um circuito de vida saudável, denominado “Feira de Saúde”. A “Feira de Saúde” é um evento público realizado como atividade de extensão universitária com o objetivo de promover a educação em saúde com foco em princípios de vida relacionados a hábitos saudáveis que, quando incorporados poderão trazer benefícios, principalmente quanto à prevenção das DCNT.

O circuito completo contempla a apresentação de oito Remédios Naturais (RN) e intervenções práticas relacionadas a cada um deles, a saber: temperança, nutrição adequada, luz do sol, água, exercício físico, ar puro, descanso e confiança (Figura 1).

Figura 1 – Disposição dos “stands” para atendimentos de acordo com os remédios naturais.



Fonte: Manual da expo saúde – Feira de Saúde⁸.

Em cada “stand” do circuito são apresentados dois banners ilustrativos, contendo os aspectos teóricos dos respectivos RN, bem como as orientações práticas sobre o estilo de vida saudável a ser adotado. Os banners utilizados no evento se encontram disponíveis no site da Divisão Sul Americana da Igreja Adventista do Sétimo Dia, comunidade confessional que tem como missão convidar pessoas e comunidades a experimentar uma mudança em seu estilo de vida (WHO, 2008).

.....
 8 Manual da Expo Saúde. Adaptado do Departamento de Saúde da União Portuguesa dos Adventistas do 7º Dia. Com permissão do Health Education Resource (HER). Disponível em <http://www.exposauade.org/> Acesso em 08 agosto 2013.

A pesquisa foi realizada durante dois eventos ocorridos em 20 de outubro de 2013 e 4 de maio de 2014, das 13 às 17 horas. Os indivíduos que frequentavam um Shopping Center na zona sul de São Paulo que se dispuseram a percorrer o circuito educativo da “Feira de Saúde” foram convidados a participar da pesquisa para avaliação do estilo de vida adotado por eles e a possível relação com as DCNT.

Foram atendidas 350 pessoas e destas, 206 foram elegíveis para a análise. Os critérios de seleção foram: pessoas com idade entre 18 e 59 anos e que aceitassem participar da pesquisa e do circuito educativo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer 572.966 emitido em 27/03/2014. Para a coleta de dados foi utilizada uma ficha pessoal de saúde com dados socio-demográficos e de saúde: idade, sexo, escolaridade, religião referida, saúde referida, teste de glicemia, IMC, medidas da pressão arterial e quantidade de água ingerida. Foram ainda aplicados dois outros instrumentos: o “*Self Reporting Questionnaire*” (SRQ-20), validado no Brasil por Mari e Willians (1986, p. 23-26) e recomendado pela Organização Mundial da Saúde para estudos comunitários e na atenção primária à saúde e o questionário “Estilo de Vida FANTÁSTICO” (RODRIGUEZ *et al.*, 2008, p. 102-109; GONÇALVES *et al.*, 2008, p. 380-390).

O SRQ-20 é um instrumento confiável e recomendado na atenção primária em saúde e em estudos epidemiológicos (MARI; WILLIANS, 1986, p. 23-26). Ele permite verificar a presença de distúrbios e Transtornos Mentais Comuns caracterizados por sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e outras queixas somáticas (GONÇALVES *et al.*, 2008, p. 380-390). Esse questionário é composto por 20 questões dicotômicas (sim/não), sendo quatro sobre sintomas físicos e 16 sobre distúrbios psicoemocionais. Cada resposta afirmativa pontua com o

valor de “1” para compor o escore final por meio do somatório desses valores. Os escores obtidos estão relacionados com a probabilidade de presença de transtorno não-psicótico, variando de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade) (GONÇALVES *et al.*, 2008, p. 380-390). O instrumento “Estilo de Vida FANTÁSTICO” possui 25 questões com nove dimensões: família e amigos; atividade física; nutrição; tabaco e tóxicos; álcool; sono, cinto de segurança, stress e sexo seguro; tipo de comportamento; introspecção e trabalho. A soma de todos os pontos do questionário são classificados da seguinte forma: excelente (85-100 pontos); muito bom (70-84 pontos); bom (55-69 pontos); regular (35-54 pontos); necessita melhorar (0-34 pontos). Assim, cada participante recebeu um escore final, representando o estilo de vida adotado (RODRIGUEZ *et al.*, 2008, p. 102-109; GONÇALVES *et al.*, 2008, p. 380-390). Foi realizada análise estatística descritiva (DANCEY; REIDY, 2006) dos dados coletados utilizando o programa SPSS (v. 22), que incluiu as variáveis sócio-demográficas, idade, sexo, escolaridade e as variáveis de saúde, IMC, estilo de vida FANTÁSTICO e o SRQ-20. Foi realizado também o teste Alfa de Cronbach para estimativa de consistência interna dos questionários FANTÁSTICO e do SRQ-20.

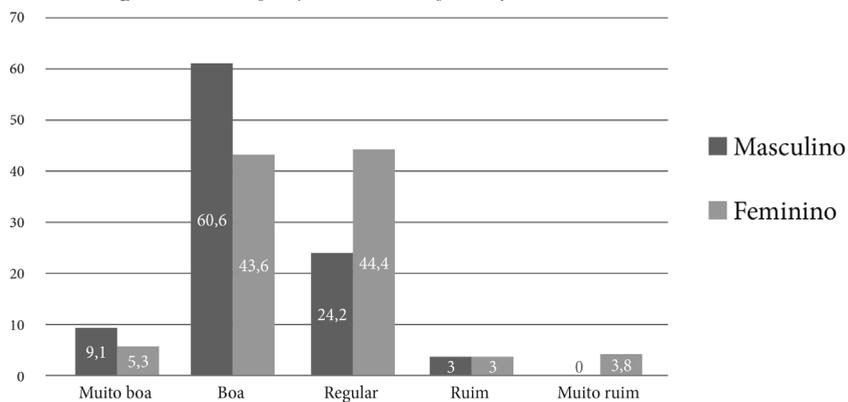
Resultados

A média de idade dos participantes foi de 36,5 anos ($dp=11,5$), sendo 67% do sexo feminino. As religiões referidas foram: católica (37,9%), adventista (18,4%), evangélica (5,9%), nenhuma (6,8%), espírita (4,4%), ateu (1,0%) e outra (1,5%). Quanto à escolaridade, 85,6% possuíam oito anos ou mais de estudo, 11,2% estudaram de 4 a 7 anos e 3,2% de 1 a 3 anos. Não foi encontrado nenhum analfabeto nessa população.

A média da pressão arterial sistólica foi de 121,0 ($dp=19,1$) e a diastólica 77,7 ($dp=11,9$). A média da glicemia foi de 113,4 ($dp=37,5$) e gordura corporal 31,8% ($dp=9,3$).

Quanto à saúde referida, os homens se encontram com melhor classificação em todas as categorias (Figura 2).

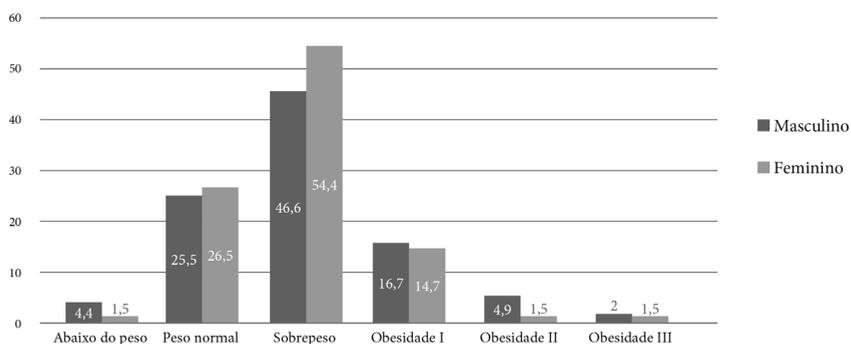
Figura 2 – Classificação da saúde referida por sexo. São Paulo, 2014.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Os dados de IMC por sexo (n=204) revelaram que existem mais mulheres em sobrepeso que os homens, mas nos graus I, II e III de obesidade, eles têm as maiores prevalências (Figura 3).

Figura 3 – Adultos participantes, segundo o IMC (n=206).

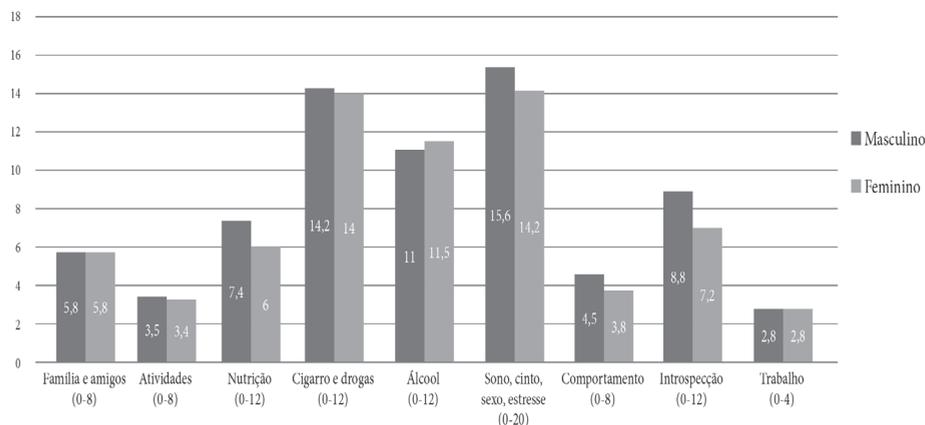


Fonte- Elaborado pelos autores.



Em relação ao questionário FANTÁSTICO (Alfa de Cronbach 0,78), encontrou-se um escore médio de 70,8 (dp=12,5) para ambos os sexos. Ao avaliar as médias por sexo, obteve-se o seguinte resultado: entre as nove dimensões avaliadas pelo instrumento, a dimensão “atividades físicas” foi a que não alcançou a média ideal em ambos os sexos. Além disso, as mulheres obtiveram médias abaixo do normal nas dimensões da nutrição e do comportamento (Figura 4).

Figura 4 - Média dos escores das nove dimensões do Questionário FANTÁSTICO, por sexo (n=206).



Fonte: Elaborado pelos autores.

Quanto aos resultados relacionados ao SRQ-20 (Alfa de Cronbach 0,79), no geral, os participantes apresentaram uma prevalência de 34% (n= 65) com oito ou mais respostas “sim”, indicando a presença de Transtornos Mentais Comuns (GONÇALVES *et al.*, 2008, p. 380-390). Ao separar por sexo, observou-se que os participantes do sexo feminino alcançaram a maior prevalência de Transtornos Mentais Comuns (81,5% contra 18,5% nos homens).

Discussão

Observou-se nesse estudo sobre o estilo de vida de adultos que frequentam um Shopping Center na zona sul de São Paulo, que os homens estão com melhor classificação na saúde referida. Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo com 550 adultos realizado na Colômbia, em que os homens tiveram maior porcentagem na classificação “excelente” em relação as mulheres (RAMÍREZ; AGREDO, 2012, p. 226-237). As mulheres se encontram com maior sobrepeso neste estudo, mas são eles que apresentam maiores prevalências de obesidade nos graus I, II e III. Resultados opostos foram evidenciados em estudo com 1968 indivíduos (20-69 anos) em Porto Alegre - Brasil, em que os homens estiveram com maior sobrepeso e as mulheres com maior prevalência na obesidade graus I, II e III (GIGANTE *et al.*, 2006, p. 1873-1879). No estudo do Vigitel, os homens também apresentaram maior sobrepeso (BRASIL, 2014).

Por outro lado, em estudo realizado com 86 adultos no município de Cascavel, Brasil, as mulheres apresentaram maiores prevalências em ambas as categorias: sobrepeso e obesidade (CASTILHO *et al.*, 2014, p. 314-320).

Alguns poucos estudos que usaram o FANTÁSTICO no Brasil mostraram as características do estilo de vida somente de grupos específicos: professores e estudantes universitários. Em estudo que foi avaliado o estilo de vida dos docentes da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil, pôde-se verificar que 55,3% possuíam bom estilo de vida, enquanto 44,7% possuíam excelente estilo de vida (FERNANDES *et al.*, 2009, p. 94-99). Em outro estudo, os percentuais da classificação do estilo de vida FANTÁSTICO entre estudantes universitários foi de 1,2% para excelente, 41% muito bom, 51,2% bom e 6,6% regular (LEITE; SANTOS, 2011, p. 14-20).

Os resultados desses estudos corroboram com os encontrados nesta pesquisa, ressaltando-se que, embora o estilo de vida da população estudada tenha sido muito bom, houve deficiência quanto à prática de atividades físicas para ambos os sexos. Além disso, as mulheres apresentaram um escore menor em relação aos

homens nas dimensões da nutrição e do comportamento. Em estudo com 550 adultos na Colômbia, as mulheres também ficaram com média inferior nessas duas dimensões (RAMÍREZ; AGREDO, 2012, p. 226-237). Esses achados levam a crer que é imprescindível enfatizar um estilo de vida saudável, principalmente nas dimensões nas quais forem mais fracos: atividades físicas, nutrição e comportamento.

Relativo ao SRQ-20, os participantes deste estudo apresentaram uma prevalência de 34% com oito ou mais respostas “sim”. Ressalta-se que há um indicativo de morbidade psiquiátrica não psicótica quando os resultados apresentam oito ou mais respostas “sim” (MARI; WILLIAMS, 1986, p. 23-26; GONÇALVES *et al.*, 2008, p. 380-390; MARTIN *et al.*, 2007, p. 1089-1097). A prevalência global de Transtornos Mentais Comuns foi mais alta do que em outro estudo, mesmo usando um ponto de corte maior (8 ou mais respostas “sim”) A prevalência foi de 31,2% em 3.190 indivíduos (ponto de corte de 7 ou mais “sim”) (ARAÚJO *et al.*, 2007, p. 296-312). Em estudo que utilizou o SRQ-20, em uma população de 3.597 indivíduos residentes numa cidade da Bahia a prevalência global de Transtornos Mentais Comuns foi de 29,9% (7 ou mais “sim”) (ROCHA *et al.*, 2010, p. 630-40).

Em outro estudo realizado especificamente com jovens, em que participaram 240 alunos do curso de medicina foram avaliados outros fatores associados, entre eles a prevalência de suspeitos portadores de Transtornos Mentais Comuns foi de 37,1%. Os fatores associados encontrados foram principalmente à frustração causada pela mudança de hábito do cotidiano, dificuldade na administração do tempo entre estudos e lazer, dificuldade de fazer amigos e sentimentos de rejeição (FIOROTTI *et al.*, 2010, p. 17-23).

Como limitações deste estudo, salienta-se que o instrumento para avaliar os Transtornos Mentais Comuns, o SRQ-20 mede apenas o grau de suspeição desses transtornos, não oferecendo diagnóstico específico (GONÇALVES *et al.*, 2008, p. 380-390). Além disso, são poucos os estudos que avaliaram o estilo de vida por

meio do questionário FANTÁSTICO aplicado a adultos jovens, o que dificultou a comparação com os resultados apontados nesta pesquisa.

Considerações finais

O estilo de vida dos participantes avaliado por meio do questionário FANTÁSTICO apresentou um escore total “muito bom”, embora tenha apontado deficiência na prática das atividades físicas para ambos os sexos. Apresentou-se também um escore diminuído nas dimensões da nutrição e do comportamento para as mulheres, impactando provavelmente na taxa de sobrepeso que elas apresentaram.

A população estudada, predominantemente jovem, apresentou uma alta prevalência de pessoas com Transtornos Mentais Comuns, sendo a maioria mulheres. Cabe ressaltar que, para a promoção da saúde é imprescindível trabalhar com Feiras de Saúde como estratégia educacional para orientar a população sobre a importância da adoção de um estilo de vida saudável.

Referências

ARAÚJO, T. M.; CARMO, J. J. J.; ALMEIDA, M. M. G.; PINHO, P. S. Prática de Atividades de Lazer e Morbidade Psíquica em Residentes de Áreas Urbanas. **Revista Bahiana de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 296-312, 2007.

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

BRASIL, Vigitel. **Vigilância de Fatores de Risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**, 2014. Disponível em: <http://bit.ly/1COc2gO>. Acesso em: 05 jun. 2015.

BRASIL; Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Textos Básicos de Saúde, 16 e 18).

CASTILHO, P. R.; CARVALHO, C. A.; DOMINGUES, F. E. Fatores de risco cardiovascular em moradores de uma região atendida por uma Unidade Básica de Saúde. **Ciência e Natura**, v. 36, p. 314-320, 2014.

DANCEY, C. P.; REIDY, J. **Estatística sem matemática para psicologia usando SPSS para Windows**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 529-532, 2012.

FERNANDES, M. H.; PORTO, G. G.; ALMEIDA, L. G. D.; ROCHA, V. M. Estilo de Vida de professores universitários: uma estratégia para a promoção da saúde do trabalhador. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 22, n. 2, p. 94-99, 2009.

FIOROTTI, K. P.; ROSSON, R. R.; BORGES, L. H.; MIRANDA, A. E. Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: prevalência e fatores associados. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 1, p. 17-23, 2010.

GIGANTE, D. P.; DIAS, C. J. S.; OLINTO, M. T. A. Obesidade da população adulta de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil e associação com nível sócio-econômico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, n. 9, p. 1873-1879, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 380-390, 2008.

LEITE, T. R. A.; SANTOS, B. R. M. Pressão arterial e estilo de vida de estudantes universitários. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 9, n. 27, p. 14-20, 2011.

MALTA, D. C.; CESARIO, A. C.; MOURA, L.; MORAES, N. O. L.; SILVA, J. J. B. Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, p. 47-64, 2006.

MALTA, D. C.; CESARIO, A. C.; MOURA, L.; MORAES, N. O. L.; SILVA, J. J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 4, p. 425-438, 2011.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in city of São Paulo. **The British Journal of Psychiatry**, v. 148, p. 23-26, 1986.

MARTIN, L. L.; OLIVEIRA, H. B.; BARROS, M. B. A. Percepção dos problemas da comunidade: influência de fatores sócio-demográficos e de saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, n. 5, p. 1089-1097, 2007.

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

ROCHA, S. L.; ALMEIDA, M. M. G.; ARAÚJO, T. M.; VIRTUOSO, J. J. S. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 4, p. 630-40, 2010.

RODRIGUEZ, A. C. R.; REIS, R. S.; PETROSKI, E. L. Estilo de vida fantástico: tradução e validação para adultos jovens. **Arquivos Brasileiros De Cardiologia**, v. 91, n. 2, p. 102-9, 2008.

WHO, **Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases**. Geneva: Switzerland, 2008.



PERCEPÇÃO DE HOMENS E MULHERES MAIORES DE 50 ANOS SOBRE A ESTÉTICA DO ENVELHECIMENTO

Edith Ferreira de Souza Oliveira¹,

Elisabeth Frohlich Mercadante²

Elias Ferreira Pôrto³

Resumo: O envelhecimento sadio não é só uma questão de genética ou sorte. É uma conquista construída ao longo da vida. Os avanços da genética podem ampliar as fronteiras da idade, mas não garante qualidade de vida. O objetivo deste estudo é verificar as reações e atitudes de indivíduos com idade superior a 50 anos, frente às modificações que o corpo apresenta durante o processo de envelhecimento. Este é um estudo transversal, no qual foram aplicados um questionário modelo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para classificação das classes sociais e um questionário semi-estruturado elaborado pela pesquisadora para obtenção da coleta de dados qualitativos. Participaram desta pesquisa 83 indivíduos (57 mulheres e 26 homens). Observou-se que a saúde e aparência foram fatores de preocupação em todas as classes sociais, considerando-se que o sexo masculino teve como principal fator preocupante a saúde ficando a aparência em segundo plano. Para o sexo feminino os dois fatores, saúde e aparência,

.....
¹ Doutora em gerontologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Mestre em Gerontologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Bacharel em Enfermagem pela Centro Universitário Adventista de São Paulo. Docente do curso de especialização em enfermagem pediátrica do Instituto da Criança na Universidade de São Paulo. E-mail: edith.s.ferreira@gmail.com.

² Doutora em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Mestre em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Bacharel em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Paraná. Docente da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. E-mail: elisabeth-mercadante@yahoo.com.br.

³ Doutor em Medicina translacional pela Universidade Federal de São Paulo. Mestre em reabilitação pela Universidade Federal de São Paulo. Especialista em Fisioterapia cardiopulmonar pela Universidade de São Paulo. Bacharel em Fisioterapia pela Universidade Guarulhos. Docente do Programa de mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo. Docente de cardiologia do Centro Universitário Adventista de São Paulo.

tiveram nível de preocupação igual. Verificou-se que entre as classes sociais que perceberam mais precocemente os sinais de envelhecimento foi a classe social E, seguido das classes C e D, ressalta-se aqui que o envelhecimento nas classes sociais A1, A2, B1, e B2 foram percebidos mais tardiamente. As principais reações e atitudes manifestadas pelos indivíduos dentro do processo de envelhecimento levaram-nos a concluir que, homens e mulheres têm percepções diferentes sobre o envelhecimento, bem como para as diferentes classes sociais.

Palavras-chave: Envelhecimento; Estética; Classe social.

Men and women perceptions over 50 years on the esthetics of aging

Abstract: The ageing process is not only about genetics, it is also related to a life-style. It is a victory built throughout life. The genetics may postpone life, however, it does not guarantee quality of life. The goals of this study were to verify the reactions and attitudes of subjects aged over 50 years old related to body changes during the aging process. Prior to setting these goals, the assessment of the methodological procedure was carried out with two questionnaires: the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) for social classes' classification and a questionnaire with open and closed questions conducted by the investigator to obtain the collection of dates. We studied 83 subjects, 57 women and 26 men. Regarding the research data, health and appearance were factors of concern in all social classes. Nevertheless, the male group put in second plan a main factor such as the health worrying. Both factors had similar level of concern for the female group. Regardless of gender, we found some differences concerning social classes' layers. Overall, the signs of aging were early perceived in the E social class, followed by C and D social classes. The ageing process in the social classes A1, A2, B1 and B2 were further perceived. In summary the main reactions and attitudes expressed by individuals in the process of aging have led us to conclude that men and women have different perceptions about ageing, as well as different social classes.

Keywords: Aging; Esthetics; Social class.

A percepção do indivíduo no contexto do ciclo vital é essencial para compreender as pessoas e para lidar eficientemente com suas mudanças fisiológicas. Um dos desafios que nossa sociedade impõe hoje é o de garantir o direito de envelhecer com dignidade e segurança (ARCURI, 2006; NELSON *et al.*, 2007, p. 1435-1445).

A vida moderna tem feito com que a humanidade busque melhores estilos de vida para amenizar os sinais do envelhecimento, por isso recomenda-se a melhoria de um estilo de vida que inclua a prática de exercícios físicos regulares, cuidados com a alimentação e o melhor convívio social e lazer (NELSON *et al.*, 2007, p. 1435-1445). Atualmente, a preocupação com a prevenção e tratamento dos primeiros sinais do envelhecimento é comum em indivíduos a partir de 30 anos de idade. Neste contexto houve a popularização das técnicas da medicina estética e a adoção de princípios alimentares baseados nos alimentos funcionais (MEURER; BENEDETTI; MAZO, 2009, p. 788- 796; OLIVEIRA, 2000; IBGE, 2012).

Dois fenômenos distintos são individualizados em relação ao envelhecimento cutâneo e o envelhecimento cronológico ou intrínseco, presentes em todos os indivíduos e estão sujeitos a influências genéticas. Envelhecimento extrínseco causado por fatores ambientais tais como a exposição solar, tabagismo, stress, contrações musculares recorrentes e flutuações grandes de peso (HORIBE, 2000; HORIBE; MAIO, 2000; CANGUILHEM, 1982).

Por volta dos 30 anos de idade inicia-se a diminuição progressiva da espessura e da extensibilidade da pele. A sequência mais comum do aparecimento de sinais do envelhecimento inicia-se com a evidenciação de rugas dinâmicas periorbitulares, ptose (queda) do supercílio, excesso de pele palpebral, herniação (aumento) das bolsas de gordura palpebrais, e acentuação do sulco nasal. Esses sinais acentuam-se progressivamente com o passar dos anos. Somam-se a eles o aparecimento de rugas dinâmicas frontais, flacidez cérvico-facial com acúmulo de excesso de pele e gordura na região mandibular, queda da ponta nasal atrofia

e herniação das bolsas de gorduras malares. Comumente, a partir dos 60 anos, apresentam-se atrofia dermo gordurosa e alterações das propriedades mecânicas da pele e a diminuição da função endócrina cutânea, ou seja, da produção de vitamina D que é bastante significativa. As principais características clínicas do envelhecimento cronológico cutâneo no idoso são os aspectos desidratado da pele, a presença de rugas, flacidez e neoplasias benignas, retardo na restauração após lesões, perda da extensibilidade e do turgor cutâneo (MATSUDO *et al.*, 2001; HORIBE; MAIO, 2000; CÔRTE *et al.*, 2006).

Contudo, o que ainda precisa ser mais bem entendido nesse processo são os principais temores a respeito do envelhecimento, e se isto é diferente para homens e mulheres, bem como para indivíduos de diferentes classes sociais. Por isso, os objetivos deste estudo foram verificar as alterações físicas e modificações naturais do corpo percebidas por homens e mulheres de diferentes classes sociais no processo de envelhecimento, assim como avaliar diferentes atitudes relacionadas ao estilo de vida individual tomado por homens e mulheres a partir das modificações do corpo com o envelhecimento nas diferentes classes sociais.

Materiais e métodos

Este é um estudo transversal no qual foram pesquisados indivíduos homens e mulheres residentes na região sul da cidade de São Paulo. Esta região foi escolhida por possuir bairros residenciais de alto e baixo padrão socioeconômico, uma vez que a pesquisa tem como finalidade trabalhar as diferenças individuais de classes sociais. A pesquisa foi realizada em residências, escolas, hospitais, supermercados, casas de longa permanência para idosos e até mesmo em um bar e uma lanchonete onde trabalhavam dois idosos já aposentados, mas que por necessidade familiar continuavam trabalhando.

Foram sorteadas 15 regiões na zona sul sendo que para cada uma delas foram aplicados, em média, 10 questionários em endereços pré-selecionados. As ruas foram

escolhidas aleatoriamente e as residências por ordem de sorteio. A pesquisadora iniciou a distribuição dos questionários ao certificar-se da existência de indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos com possibilidade e disposição para responder os questionários. Nas escolas, foi feita uma prévia solicitação verbal e agendada uma visita, na qual foram marcados o dia e a hora para coleta dos dados. Participaram professores e funcionários. Também foi pesquisado em um hospital de grande porte na qual os participantes tinham características socioculturais diferentes, caracterizadas pela função exercida na empresa: secretaria, assistente social, pessoal de limpeza e lavanderia, enfermeiros, médicos, uma recepcionista e um engenheiro.

Todos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e foi garantido ao participante o sigilo relativo à identidade dos respondentes, sendo que os dados foram utilizados unicamente com finalidade científica. Foram pesquisados 150 indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos, que apresentaram condições de leitura, interpretação e assinatura do questionário e do termo de consentimento livre e esclarecido. Dos 150 indivíduos selecionados para a pesquisa, somente 90 participaram do estudo. Destes, sete foram excluídos por dados incompletos permanecendo para análise 83 indivíduos. A idade variou de 54 a 67 anos (média de 61 anos), destes, 57 eram do gênero feminino e 26 masculino. A classe social a qual os participantes pertenciam variou de A a E, segundo a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000).

Foram excluídos do estudo indivíduos com idade inferior a 50 anos; indivíduos que não responderam ao questionário por inteiro; indivíduos que incluíram comentários que invalidaram as respostas; e indivíduos que deram duas ou mais respostas para uma única questão.

Os dados foram coletados por meio de dois questionários, o primeiro foi o modelo de classificação social utilizado pelo IBGE. O segundo foi um questionário elaborado pela pesquisadora, composto por questões abertas e fechadas de fácil entendimento, para que o participante não necessitasse da colaboração do pesquisador ou da equipe de

pesquisa para seu preenchimento. Caso houvesse necessidade de ajuda, esta poderia ser feita desde que não houvesse interferência na resposta do pesquisado.

Para a execução da presente pesquisa foi formulado um questionário contendo um total de 10 questões abertas e fechadas. O questionário foi avaliado pela sua capacidade de reprodução das respostas. Para tanto, foi aplicado para 10 indivíduos, de classes sociais diferentes, e após 15 dias da primeira aplicação, os mesmos 10 indivíduos responderam o questionário pela segunda vez. Isso evidenciou as questões com alta reprodutibilidade $r = 0,8$, ou seja, 80% dos indivíduos responderam as questões semelhantemente na primeira e segunda aplicação do questionário. Quando a questão não apresentou boa reprodutibilidade, $r < 0,8$ esta foi reformulada.

Análise estatística

A amostra foi calculada pela fórmula E/S, onde E/S é o efeito esperado sobre o desvio padrão. O efeito esperado e o desvio padrão foram calculados a partir dos dados de 10 indivíduos que responderam o questionário no processo de validação e aperfeiçoamento do questionário. O desvio padrão e o efeito esperado foram calculados a partir das respostas de duas questões que apresentaram maior reprodutibilidade. A primeira foi a questão referente à idade, cujo desvio padrão foi de três anos. A segunda questão foi referente “ao que traz maior preocupação no processo de envelhecimento”. A preocupação com a saúde foi 20% superior as demais. A partir destes dados o efeito esperado, mostra que a população tem como principal preocupação no processo de envelhecimento a saúde, isto em 20% maior que todas as outras preocupações. Aplicando a fórmula E/S ficaria 3:20 que é = 0,15, na tabela de Student 0.15 com um alfa de 0,5 e beta de 20% a amostra é igual a 80 indivíduos. As diferenças entre sexo e classes sociais foram analisadas por meio do teste de X^2 , Considerou-se a significância estatística $p < 0,05$

Resultados

A classe predominante foi a classe social B1 com 16 entrevistados, seguido da classe social E com 15 indivíduos e a classe social A1 com 14 indivíduos. A que apresentou menor número de participantes foi a classe social B2 com oito participantes, mas não houve predominância significativa para uma determinada classe. A média da idade para a população foi de 61 anos, sendo que a classe social com maior idade dos indivíduos foi A2 e B2 com média de 67 anos, e a classe social C foi a classe com menor idade média de 54 anos. Não houve diferença estatística significativa para idade entre as classes sociais. A predominância de entrevistados para todas as classes foi do sexo feminino com 57 indivíduos participantes e 26 indivíduos do sexo masculino (Tabela 1).

Tabela 1 - Características da população estudada (n = 83)

| Classe social | Participantes | Idade (anos) | Gênero | |
|---------------|---------------|--------------|-----------|----------|
| | | | Masculino | Feminino |
| A1 | 14 | 61 | 4 | 10 |
| A2 | 8 | 67 | 2 | 6 |
| B1 | 16 | 65 | 5 | 11 |
| B2 | 8 | 67 | 3 | 5 |
| C | 10 | 54 | 3 | 7 |
| D | 12 | 61 | 5 | 7 |
| E | 15 | 57 | 4 | 11 |
| Total | 83 | | 26 | 57 |

Observou-se que a aparência e a saúde foram os principais fatores que produzem preocupação durante o envelhecimento em relação aos demais, ($p < 0,05$) para as mulheres. Para os homens a saúde e desemprego foram os principais fatores. Enquanto o que menos preocupou foi a reclusão social. Entre as classes sociais não houve diferença estatisticamente significativa quanto ao fator preocupação (Tabela 2).

Tabela 2 - Fatores que preocupam no processo do envelhecimento

| Classe social | Solidão | | Aparência | | Saúde | | Desemprego | | Reclusão social | | Total | |
|---------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|----------|-----------------|-----------|-----------|-----------|
| | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F |
| A1 | | 2 | | 3 | 2 | 1 | 2 | 0 | | 3 | 4 | 10 |
| A2 | | 1 | | 3 | 1 | 1 | 1 | | | 1 | 2 | 6 |
| B1 | 1 | 3 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | | 2 | 5 | 11 |
| B2 | 1 | 2 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | | 3 | 5 |
| C | | | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 1 | 3 | 7 |
| D | 1 | 1 | | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | | | 5 | 7 |
| E | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | | 2 | 4 | 11 |
| Total | 4 | 13 | 3 | 18 | 10 | 10 | 9 | 7 | 0 | 10 | 26 | 57 |

Saúde e desemprego em relação solidão (M) $p < 0,05$; aparência física solidão e reclusão social Aparência física em relação $p < 0,005$.

Analisando os sexos distintamente, a saúde foi a maior preocupação entre os homens, com 60%, seguidos pela possibilidade de estar desempregado com 35% e aparência com 10%. Já para as mulheres a saúde e aparência foram as maiores preocupações em 40%. A possibilidade de estar desempregada apresentou-se como preocupação para 20% das mulheres idosas.

Em relação ao primeiro sinal que o entrevistado percebeu do envelhecimento, foi o aparecimento das rugas no rosto, apontado em todas as classes sociais, mas com um número expressivo em duas classes sociais, a classe A1 e a classe B1, sendo significativamente maior do que todos os outros sinais como: perda de sono alopecia, unhas quebradiças ($p = 0,049$). Já na classe social E, um número maior de indivíduos do sexo masculino (nove participantes) indicou que o cansaço físico foi o primeiro sinal de envelhecimento percebido, enquanto apenas quatro do sexo feminino perceberam este sinal de envelhecimento precocemente (Tabela 3).

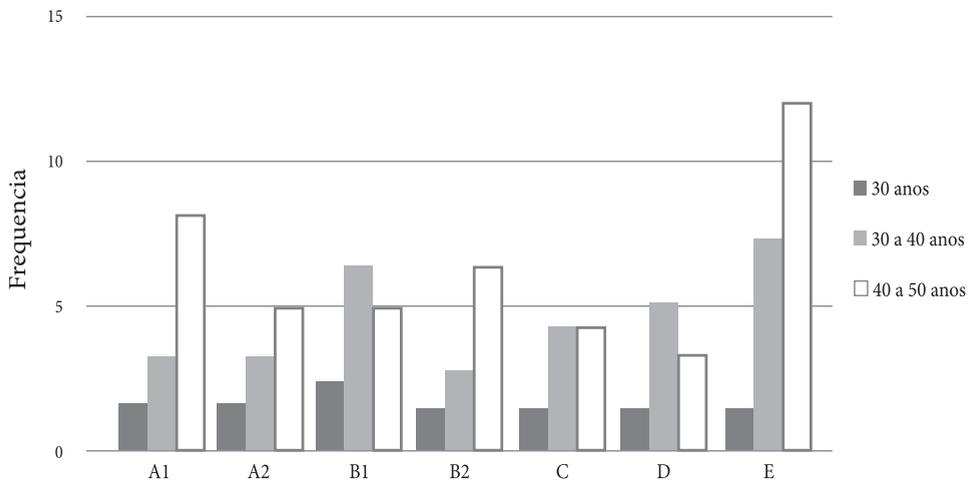
Tabela 3 - Primeiros sinais de envelhecimento percebido pelos indivíduos de diferentes classes sociais

| Classe social | Alopecia | | Rugas no rosto | | Unhas quebradiças | | Perda de sono | | Cansaço físico | | Total | |
|---------------|----------|---|----------------|----|-------------------|----|---------------|----|----------------|---|-------|----|
| | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F | M | F |
| A1 | 2 | | 1 | 6 | | 2 | | | 1 | 2 | 4 | 10 |
| A2 | 1 | 1 | | 3 | | 2 | | | 1 | 1 | 2 | 6 |
| B1 | 4 | 1 | 1 | 5 | | 4 | | | | 1 | 5 | 11 |
| B2 | 3 | | | 2 | | 2 | | 1 | | | 3 | 5 |
| C | 1 | | 1 | 2 | | 2 | 1 | 3 | | | 3 | 7 |
| D | 1 | 1 | 1 | 2 | | 2 | 3 | 2 | | | 5 | 7 |
| E | | 2 | 1 | 4 | 1 | 1 | 2 | 4 | 7 | | 4 | 11 |
| Total | 12 | 5 | 5 | 24 | 1 | 15 | 6 | 10 | 9 | 4 | 26 | 57 |

Rugas no rosto em relação perda de sono e cansaço físico, e alopecia $p = 0,049$;
 rugas no rosto e unhas quebradiças (M) $p = 0.0038$

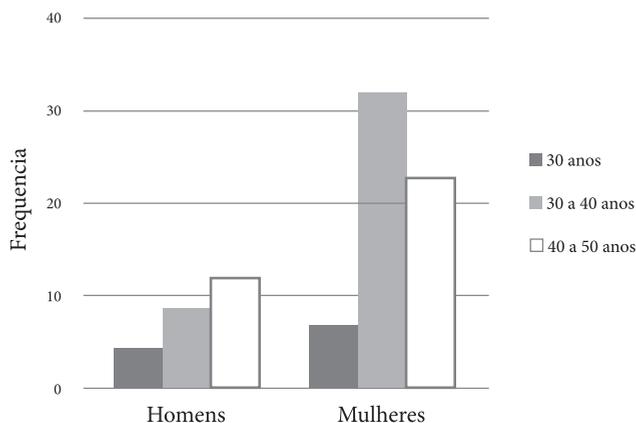
A figura 1 mostra a frequência de indivíduos que perceberam os primeiros sinais de envelhecimento entre os 30 e 50 anos distribuídos por classe social. Observou-se que a grande maioria dos indivíduos perceberam os primeiros sinais de envelhecimento após os 40 anos, ($p=0,0056$) e que não houve diferença entre as classes sociais quanto a idade que começaram a perceber os sinais de envelhecimento.

Figura 1 - Frequência de indivíduos, de diversas classes sociais, que perceberam o envelhecimento (30-50 anos)



Quando se analisou as diferenças de idade que perceberam os sinais de envelhecimento para homens e mulheres, verificou-se que a grande maioria das mulheres percebem os primeiros sinais de envelhecimento entre 30 e 40 anos ($p=0,032$), enquanto os homens perceberam após 40 anos ($p=0,0012$) (Figura 2).

Figura 2 - Frequência de indivíduos que perceberam o processo de envelhecimento conforme a idade.



Discussão

Alguns dos resultados encontrados neste estudo chamam a atenção. Primeiro, homens e mulheres têm diferentes preocupações quanto ao envelhecimento. Segundo, as mulheres percebem os primeiros sinais de envelhecimento mais precoce do que os homens. Terceiro não há diferença da percepção do envelhecimento entre as diferentes classes sociais. O presente trabalho leva em consideração a questão específica do homem moderno e suas preocupações com o envelhecimento. A velhice sempre foi uma preocupação presente ao longo da história da humanidade. O ser humano de um modo geral teme a velhice. Esse temor tem levado as pessoas a buscar o prolongamento da vida e da juventude, para vencer o envelhecimento e impedir as modificações indesejáveis que o corpo sofre com o passar do tempo, sugerindo a adoção de novos estilos de vida.

As preocupações quanto ao envelhecimento são diferentes entre as pessoas; os homens se preocupam mais com a saúde, desemprego e terceiro lugar com a aparência. As mulheres se preocupam com a saúde aparência e em terceiro lugar com o desemprego (ECO, 2004; FIGUEIREDO, 2007, p. 156-164). Cabe também apontar que, independentemente da classe social, o surgimento de rugas no rosto e o cansaço físico foram os primeiros sinais de envelhecimento notado pelos entrevistados. É importante destacar que a classe social e os níveis de stress, associados ao status social, influenciam o ritmo do envelhecimento principalmente quando associado ao mal estado de saúde, dieta pobres em valor nutricional e maus hábitos adotados.

Ao estudarem 1552 irmãs gêmeas britânicas com idade entre 18 e 75 anos, os investigadores constataram que o nível socioeconômico mais baixo, tanto devido ao trabalho como ao status social do cônjuge, acrescenta sete anos à idade biológica da mulher. Segundo os autores desse estudo, pertencer a status sociais mais baixos aumenta a insegurança, sobretudo no trabalho e também a baixa autoestima. Isso faz subir os níveis de stress que, por sua vez, pode aumentar os danos a nível celular e acelerar o processo natural de envelhecimento (FIGUEIREDO, 2007, p. 156-164).

Outro achado importante deste estudo foi que o aparecimento de rugas no rosto foi o mais indicado em todas as classes sociais como sendo um dos primeiros sinais de envelhecimento, porém, o cansaço físico foi significativamente maior na classe social E. Essa diferenciação ocorreu, possivelmente, devido a estes indivíduos estarem mais expostos a fatores de risco como maior cansaço físico por dupla jornada de trabalho, além de menor número de horas de repouso. A preocupação com a aparência pode ser confundida com o não estar satisfeito com si mesmo e, com isso, as pessoas buscam melhorias (mudanças na aparência pessoal). A procura da satisfação está sempre ligada a um tipo de ideia voltada ao rejuvenescimento corporal, que pode ocorrer

pela reposição de substâncias que com o envelhecimento celular e morte das células, provocam a flacidez e o escurecimento da pele, principalmente da face (HORIBE; MAIO, 2000; HULLEY, 2003; KALACHE *et al.*, 1987, p. 200-210).

A percepção da saúde fragilizada é relatada pelos participantes e está diretamente relacionada às limitações funcionais decorrentes de um estilo de vida desfavorável à saúde, seja por um ritmo de muitas horas trabalhadas e pouco repouso, ou exposição ao sol por períodos longos, ou ainda por falta de uma alimentação adequada que são considerados os principais fatores que levam o indivíduo a fragilizar a saúde (CANGUILHEM, 1982; HULLEY, 2003; OBAGI, 2004).

Segundo a classificação do IBGE, as classes sociais D e E são as menos favorecidas da nossa sociedade. Elas são compostas por trabalhadores do campo e da construção civil ou outro tipo de trabalho braçal em que a maioria não tem qualificação profissional e por isso vivem expostos aos agentes causadores do envelhecimento precoce como os agentes químicos, físicos e infecciosos (PINTO, 2001; CÔRTE *et al.*, 2006; VIEIRA, 2001). Os resultados encontrados neste estudo mostram que, na classe E, três indivíduos perceberam o sinal de envelhecimento aos 30 anos de idade e sete indivíduos o identificaram aos 35 anos. Apenas duas pessoas da classe D identificaram esses sinais aos 50 anos de idade. Por outro lado, verificou-se que o envelhecimento é percebido mais tardiamente nas classes de maiores recursos econômicos, seis indivíduos da classe B1 perceberam esses sinais aos 40 anos, e 10 indivíduos da classe A1 aos 45 anos de idade. Porém, o fator que mais chamou a atenção foi que estes indivíduos adotavam uma prática alimentar com alto consumo de frutas e verduras e praticavam atividade física regularmente.

A limitação deste estudo está relacionada ao fato de não termos avaliado o estilo de vida destes indivíduos para podermos fazer esta associação que no comentário dos participantes ficou muito claro, “eu estou envelhecendo devido o estilo de vida que estou levando”.

Considerações finais

Diante destes resultados podemos concluir que as principais preocupações existentes a respeito do envelhecimento em nossa amostra estavam relacionados à saúde, aparência física e desemprego; a aparência foi predominante no sexo feminino, enquanto o desemprego no sexo masculino. Os primeiros sinais de envelhecimento percebido por todas as classes sociais foram o aparecimento de rugas no rosto. Quanto à percepção do processo de envelhecimento, verificou-se que os indivíduos da classe social E perceberam mais precocemente, enquanto que os indivíduos da classe social A perceberam mais tardiamente. Ressalta-se que a percepção do envelhecimento precoce está relacionada ao estilo de vida segundo os participantes. Por fim, verificou-se que a reação de conformidade com o processo de envelhecimento foi mais evidenciada nas classes sociais com menores recursos econômicos.

Referências

ARCURI, I. G. **Envelhecimento e velhice**: um guia para a vida. São Paulo: Vetor, 2006.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.

CÔRTE, B.; MERCADANTE, E. F.; ARCURI, I. G. (Orgs). **Envelhecimento e velhice**: um guia para a vida. São Paulo: Vetor, 2006.

ECO, U. (Org.). **História da beleza**. Rio de Janeiro: Record, 2004.

FIGUEIREDO, V. L. M. Life style as health indicator on ageing, **Ciências & Cognição**, v. 12, p. 156-164, 2007.

HARBOTTLE, A.; KRISHNAN, K. J.; BIRCH, M. M. A. Implications of using the NDI gene as a control region for real-time PCR analysis of mitochondrial DNA deletions in human skin. **Journal of Investigative Dermatology**, v. 122, p. 1518-21, 2004.

HORIBE, E. K.; MAIO, M. Programa de restauração da saúde da pele. In: HORIBE, E. K. **Estética clínica e cirurgia**. Rio de Janeiro: Revinter. 2000.

HULLEY, S. D. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre: ArtMed, 2003.

IBGE. **Relatório sobre o envelhecimento**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

KALACHE A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Revista de Saúde Pública da USP**, v. 21, p. 200-10, 1987.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; BARROS, N. T. L. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 7, n. 1, jan/fev, 2001.

MEURER, S. T.; BENEDETTI, T. R. B.; MAZO, G. Z. Aspectos da autoimagem e autoestima de idosos ativos. **Motriz**, v. 15, n. 4, p. 788- 796, out./dez. 2009.

NELSON, M. E.; REJESKI, W. J.; BLAIR, S. N.; DUNCAN, P.W.; JUDGE, J.O. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American college of sports medicine and the American Heart Association. **Medicine Science Sports Exercise**, v. 39, n. 8, p. 1435-45, 2007.

OBAGI, Z. E. **Restauração e rejuvenescimento da pele**. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

OLIVEIRA, V. M. Cuidados com a pele sã. In: HORIBE, E. K. **Estética clínica e cirúrgica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

PINTO, A. M. Envelhecimento: das teorias a fisiopatologia. In: PINTO, A. (Ed.). **Envelhecer vivendo**. Coimbra: Quarteto, 2001. (Coleção Saúde e Sociedade, 8).

RIOS, A. M. G.; MARCONDES, M. I. Envelhecimento da mulher: modelos da natureza. In: CÔRTE, B.; MERCADANTE, E. F.; ARCURI, I. G. (Orgs). **Envelhecimento e velhice: um guia para a vida**. São Paulo: Vetor, 2006.

VIEIRA, A. I. Nutrição e envelhecimento. In: PINTO, A. (ed.). **Envelhecer vivendo**. Coimbra: Quarteto, 2001. (Coleção Saúde e Sociedade, 8).

Normas para publicação

LifeStyle

A revista *LifeStyle Journal* recebe trabalhos para os próximos números, em regime de fluxo contínuo, não sendo necessária a abertura de chamadas especiais. No entanto, a periodicidade é quadrimestral. Para ser aceitos, os textos devem observar rigorosamente as normas descritas abaixo:

- 1) A revista *LifeStyle Journal* tem como objetivo a divulgação de trabalhos de pesquisa originais, publicados em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, relacionados às diversas temáticas da Ciências da Educação.
- 2) O trabalho a ser submetido deve estar enquadrado em uma das seguintes categorias:

— **Artigo científico / Dossiê / Ensaio:** a publicação se destina a divulgar resultados inéditos de estudos e pesquisa, compreendendo os seguintes itens: título (em português e inglês); nome(s) do(s) autor(es) [observação: a(s) respectiva(s) qualificação(ões) e instituição(ões) a que pertence(m) devem ser registradas como notas de rodapé]; resumo (com média de 900 toques ou 150 palavras) com a respectiva tradução para o inglês (*abstract*), e cinco palavras-chave em português e inglês; introdução; método; desenvolvimento e resultados (descrição e discussão); considerações finais e referências bibliográficas. Não deve exceder a 15 laudas ou cerca de cinco mil palavras, incluindo figuras, tabelas e lista de referências.

— **Resenha de livros:** balanço crítico de livros recentemente publicados (máximo 4 anos) ou de obras consideradas clássicas nas áreas de estudo abordadas pela revista. Deverá conter: título do livro; autor; local de edição; editora e ano de publicação (em formato ABNT); título para a resenha; nome do(s) autor(es) da resenha; sua(s) respectiva(s) qualificação(ões) e instituição(ões) a que pertence(m).

- 1) As normas que seguem abaixo, em geral, são um resumo das encontradas no manual de metodologia oficial do Unasp, o qual obedece todas as normatizações

da ABNT. Para maiores detalhes ver FOLLIS, R.; FILUS, J.; COSTA, F. **Manual de Produção de Artigos**. Engenheiro Coelho: Unaspress, 2013. (Série metodologia de pesquisa, 5). Disponível em: <http://bit.ly/1NybAeb>.

- 2) O texto deve ser editado no programa Word, configurado em papel tamanho A4 (21 x 29,7 cm), fonte Arial ou Calibri, corpo 12, espaçamento 1,5 e alinhamento justificado, exceto as citações diretas com mais de 3 linhas (recoo). O título não deve ultrapassar 12 palavras. As margens devem ter a seguinte conformação: superior e direita, 3cm; inferior e esquerda, 2cm.
- 3) O texto deve seguir o novo acordo ortográfico da língua portuguesa.
- 4) Caso haja imagens, devem ser apresentadas em alta resolução (300 dpi, no formato .jpg ou .tif) e largura mínima de 10 cm (altura proporcional). Devem ser colocadas no corpo do texto e enviadas em arquivo separado.
- 5) As referências bibliográficas devem se basear nas normas da ABNT-NBR 6023:2002.
- 6) As citações podem ser diretas ou indiretas.

— Citações indiretas

São aquelas em que as ideias ou fatos apresentados pelo autor original são resumidos ou reapresentados com o cuidado de não haver prejuízo da exatidão dessas informações. Pode-se optar por escrever o sobrenome do autor dentro ou fora dos parêntesis da referência. Se estiver fora dos parêntesis, ele deve vir em caixa baixa no corpo do texto, seguido dos parêntesis com o ano de publicação da obra e número da página. No caso de o sobrenome vir dentro dos parêntesis, deve ser escrito todo em caixa alta, seguido do ano de publicação e número da página.

Exemplos:

- a) Para um autor: “Rodrigues (1998, p. 25) observou [...]” ou “(RODRIGUES, 1998, p. 25)”.
- b) Para dois autores: “Rodrigues e Veiga (1999, p. 39), pesquisando [...]” ou “(RODRIGUES; VEIGA, 1999, p. 39)”.
- c) Para três ou mais autores: o sobrenome do primeiro autor deve ser seguido da expressão *et al.*: “Pradela *et al.* (1998, p. 129) constataram [...]” ou “(PRADELA *et al.*, 1998, p. 129)”.

— Citações diretas, literais ou textuais

As referências obedecem às mesmas especificações acima. Se o texto diretamente citado contiver até três linhas, deve ser incluído no próprio corpo do texto, entre aspas. Exemplos: Segundo a autora, “o estudo mostra que até os 12 anos de idade os jovens da referida pesquisa possuem o cérebro mais suscetível a distrações [relacionadas a diversão] em comparação com os adultos” (DEREVECKI, 2011, p. 11). Ou: De acordo com Ruth Derevecki (2011, p. 11), “o estudo mostra [...]”.

Por outro lado, se o texto diretamente citado contiver mais de três linhas, deve aparecer em parágrafo(s) destacado(s) do corpo do texto (com recuo na margem de 4 cm à esquerda, corpo 11, em espaçamento simples entre linhas).

Exemplo: Como Lima (2010, p. 12) sustenta:

Atualmente, a gestão tem se tornado participativa. De acordo com a diretora do colégio adventista de Hortolândia, Eli Albuquerque, muitas escolas ainda não aderiram ao novo padrão, porém há muitas unidades que já implantaram a administração colegiada, composta por professores, equipe administrativa,

pais e alunos.

- 8) Utiliza-se a expressão latina *apud* para citar um documento ao qual não se teve acesso direto, mas por intermédio de uma citação em outra obra. Exemplo: “Segundo Ana Paula *apud* Follis (2011, p. 42)” ou “Ana Paula afirma que o sol faz bem à pele (*apud* FOLLIS, 2011, p. 42).” Atenção: deve-se, na medida do possível, para garantir a exatidão da informação, procurar usar citações diretas. Ou seja, deve-se procurar obter as informações das fontes originais sempre que estas estiverem disponíveis, deixando este recurso apenas para obras difíceis de ser localizadas.
- 9) Em caso de coincidência de datas de texto ou obra citadas, distinguir com letras, respeitando a ordem de entrada no artigo: (1915a, 1915b). Já em casos de coincidência de sobrenomes, colocam-se os prenomes abreviados após o sobrenome: (FOLLIS, R., 2010; FOLLIS, A., 2015).
- 10) Toda citação provinda da Bíblia deve seguir a seguinte formatação: fora dos parêntesis, deve vir por extenso (Ex.: Em Apocalipse 12:32, [...]; 2 Coríntios 3:18 diz que [...]); dentro dos parêntesis, deve ser abreviada de acordo com o padrão de duas letras sem ponto da Bíblia João Ferreira de Almeida revista e atualizada 2º edição (Ap 12:32; 2Co 3:18). Não se usam algarismos romanos.
- 11) Toda citação originária de fonte em língua estrangeira deve ser traduzida no corpo do texto e referenciada da seguinte forma: (ABREU, 2009, p. 12 - tradução livre). A citação na língua original deve ser mantida em nota de rodapé.
- 12) A supressão “[...]” e a interlocução devem ser indicadas entre colchetes. Exemplo: “O estudo mostra que até os 12 anos de idade os jovens [...] possuem o

cérebro mais suscetível a distrações [relacionadas a diversão] em comparação com os adultos” (DEREVECKI, 2011, p. 11).

- 13) As notas de rodapé devem ser usadas apenas para acrescentar informações relacionadas ao texto e importantes para o entendimento deste. Não confundir nota de rodapé com referência bibliográfica, que aparece só no final do trabalho.
- 14) Expressões estrangeiras ou títulos de obras devem figurar em *itálico*. Exemplos: “Felipe Carmo (2009, p. 42), em seu livro *Hipnose*, sustenta que *crois-saint* não pode ser utilizado como sugestão hipnótica.” Certas palavras, mesmo sendo de origem estrangeira, já são de uso corrente nos textos em português e, portanto, não devem vir em *itálico*. Exemplos: internet, mouse, link, site, e-mail etc.
- 15) Os casos de destaque de partes do texto para ênfase devem ser evitados ou restringidos ao mínimo possível, devendo aparecer em *itálico*: “Fulano (2000, p. 12) sustenta que ocorre reversão *se e somente se* aquelas condições são satisfeitas.”
- 16) Capítulos de livros e artigos de periódicos, quando citados no corpo do texto, devem aparecer entre “aspas” e sem o uso de *itálico*. Exemplo: Flavio Luís (2011, p. 12), em seu artigo “Cinco formas de educar seu filho”, afirma que [...]
- 17) Na lista de referências bibliográficas deverão constar os nomes de todos os autores de um trabalho consultado. As referências serão ordenadas alfabeticamente pelo último sobrenome do autor, seguido, no mínimo, da inicial maiúscula do primeiro nome. Não usar nomes por extenso na lista.

a) Para livros:

CARMO, F. **Hipnose: a arte da sedução**. São Paulo: Editora Madras, 2009.

b) Capítulo de livro:

FERCH, A. Autoria, teologia e propósito de Daniel. In: HOLBROOK, F. (Ed.). **Estudos sobre Daniel: origem, unidade e relevância profética**. Engenheiro Coelho: Unasp, 2009. (Série Santuário e Profecias Apocalípticas, 2).

c) Artigos de periódicos:

BERTONI, E. Arte, indústria cultural e educação. **Cadernos cedes: centro de estudos educação e sociedade - Unicamp**, Ano 21, n. 54, 2001.

d) Monografias, dissertações e teses:

FERREIRA, L. **O processo da aprendizagem: conflitos emocionais, desvirtuamento e caminhos para a superação**. Dissertação (Mestrado em Educação), Unasp, Campus Engenheiro Coelho. Engenheiro Coelho, 1999.

e) Publicações referentes a eventos publicados em anais ou similares (congressos, reuniões, seminários, encontros etc):

LIMA, P. Caminhos da universidade rumo ao século 21: estagnação ou dialética da construção. In: **7º congresso anual de estudantes do cesulon** (Centro de Estudos Superiores de Londrina, PR). Londrina, 25 a 20 de outubro de 1999.

f) Informações verbais:

Para informações obtidas por meio verbal (palestras, debates, entrevistas etc.) deve-se indicar no texto corrido a expressão “informação verbal” entre parênteses, mencionando-se os dados disponíveis, em nota de rodapé.

Exemplo: “A maioria dos que sustentam uma opinião sobre a alegação das sugestões hipnóticas através de alimentos gordurosos, normalmente fariam qualquer coisa por um *croissant*” (informação verbal).¹

No rodapé da página:

¹ Comentário proferido por Felipe Carmo em palestra realizada no Unasp-EC por ocasião do Simpósio Universitário Adventista, em setembro de 2011.

g) Referências de sites: Acrescentar, no final da referência, “Disponível em:” endereço eletrônico e a data de acesso ao documento, precedida da expressão: “Acesso em:”.

SILVA, I. Pena de morte para o nascituro. **O Estado de S. Paulo**, São Paulo, 19 set. 1998. Disponível em: <www.estadao.com.br/1212343.htm>. Acesso em: 19 set. 1998.

18) Os textos devem ser submetidos unicamente por meio do site da revista *Acta Científica*. Os passos são os seguintes:

- Acessar <http://revistas.unasp.edu.br/lumen>
- Caso se trate do primeiro acesso, preencher os dados pessoais no item “cadastro” (lembre-se de assinalar a opção “autor”). Se já tiver cadastro, basta preencher nome e senha.
- Para submeter trabalhos, siga as demais instruções do próprio sistema.

Obs: o autor deverá acompanhar o andamento do trabalho submetido no próprio sistema on-line.

- 19) O tempo entre a submissão, aprovação ou reaprovação e a publicação do artigo/resenha, será de cerca de 14 meses. As informações sobre o *status* da submissão se dará apenas via Sistema Eletrônico de Revistas (SEER), software para a construção e gestão de publicações periódica, traduzido e customizado pelo Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT).

- 20) A revista *LifeStyle Journal* está sob a *Licença Creative Commons Attribution 4.0*, o que indica não existir lucro atrelado à publicação, e, portanto, não havendo nenhuma obrigação de remuneração dos autores publicados. Estes, ao submeterem suas contribuições, cedem à revista os direitos de publicação nos formatos impresso ou online.