



Centro Universitário Adventista de São Paulo

APRESENTAÇÃO

A “**Lifestyle Journal**” – **Revista de Estilo de Vida** – é uma revista do Centro Universitário Adventista de São Paulo, campus São Paulo, que publica eletronicamente artigos científicos revisados por pares cuja finalidade é promover a prática interdisciplinar e multiprofissional por meio da disseminação de pesquisas originais e textos acadêmicos na área da “**promoção, prevenção e reabilitação da saúde**”.

Processo de Avaliação

Inicialmente o texto será avaliado por um dos membros do “Corpo Editorial” o qual o classificará segundo os seguintes critérios: ❶ compatibilidade com a temática da revista,, ❷ potencial para aceitação em termos de relevância, originalidade e metodologia e ❸ formato compatível com as normas da revista. O trabalho que não atender os critérios ❶ e ❷ será recusado nessa etapa, sem envio aos revisores. No caso do trabalho que não atender ao critério ❸, o mesmo será devolvido e dado prazo para correções. O texto que preencher os três critérios será enviado para pelo menos dois revisores nacionais ou internacionais com experiência na área. O processo de avaliação é duplo-cego.

EXPEDIENTE

REITOR:

Euler Pereira Bahia

DIRETOR GERAL:

Helio Carnassale

PRÓ-REITORA ACADÊMICA:

Tânia Kuntze

DIRETORA ACADÊMICA:

Silvia Cristina de Oliveira Quadros

PRÓ-REITOR ADMINISTRATIVO:

Élnio Freitas

DIRETOR ADMINISTRATIVO:

Evaldo Zorzim

EQUIPE EDITORIAL

Editor-Chefe

Leslie Andrews Portes: Mestre em Ciências da Saúde, graduado em Educação Física, coordenador do LAFEX – Laboratório de Fisiologia do Exercício e Cineantropometria, docente do UNASP.

Editor-Assistente

Leonardo Dalla Benardina Santos: Graduado em Licenciatura em Computação. Graduado em Biblioteconomia e Ciência da Informação. Especialização em Administração de Redes Linux. Bibliotecário e docente do UNASP.

Revisores/Avaliadores

Ciências Biológicas

Antenor Alencar dos Santos: Doutor em Ciências Biológicas, graduado em Biologia, coordenador no Curso de Ciências Biológicas, docente no UNASP.

Luciano Senti da Costa: Doutor em Farmacologia, graduado em Biologia, docente no UNASP.

Valdemir Aparecido de Abreu: Doutor em Ciências Biológicas, graduado em Ciências Biológicas, docente no UNASP.

Educação Física

Helena Brandão Viana: Doutora em Educação Física, graduada em Educação Física, professora do Curso de Educação Física da Faculdade Adventista de Hortolândia (UNASP, Campus Hortolândia).

Lucas Samuel Tessuti: Mestre em Biologia Funcional e Molecular, graduado em Educação Física, docente do LABEX-IB-UNICAMP e da Faculdade Adventista de Hortolândia – IASP.

Leonardo Tavares Martins: Doutor em Educação Física, graduado em Educação Física, coordenador do Curso de Educação Física, docente no UNASP.

Leslie Andrews Portes: Mestre em Ciências da Saúde, graduado em Educação Física, docente do UNASP.

Natália Cristina de Oliveira Vargas e Silva: Doutora em Ciências, graduada em Educação Física, docente no UNASP.

Victor Alexandre Ferreira Tarini: Mestre em Fisiologia do Exercício, graduado em Educação Física, especialista em Fisiologia do Exercício, docente no UNASP.

Enfermagem

Tânia Kuntze: Doutora em Enfermagem, graduada em Enfermagem, Pró-reitora Acadêmica do UNASP.

Adriana de Souza Caroci da Costa: Doutora em Enfermagem, graduada em Enfermagem, docente no UNASP.

Oswalcir Almeida de Azevedo: Mestre em Enfermagem, graduado em Enfermagem, docente no UNASP.

Farmácia e Bioquímica

Maria Fernanda Melo Lopes Ninahuaman: Mestre em Farmacologia, graduada em Farmácia, docente no UNASP.

Márcia Cristina Tavares Martins: Doutora em Nutrição, graduada em Farmácia e Bioquímica, docente no UNASP.

Fisioterapia

Elias Ferreira Porto: Mestre em Ciências, graduado em Fisioterapia, coordenador do Curso de Fisioterapia, docente no UNASP.

Fábio Marcon Alfieri: Doutor em Ciências, graduado em Fisioterapia, docente no UNASP.

Nutrição

Márcia Cristina Tavares Martins: Doutora em Nutrição, graduada em Nutrição, docente no UNASP.

Odete Santelle: Mestre em Saúde Pública, graduada em Nutrição, coordenadora do Curso de Nutrição e docente no UNASP.

Viviane Ozores Polacow: Mestre em Educação Física, graduada em Nutrição, docente no UNASP.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Centro Universitário Adventista de São Paulo
Estrada de Itapecerica, 5859, Jardim IAE
São Paulo - SP
CEP 05858-001

Estilo de Vida e Qualidade de Vida: semelhanças e diferenças entre os conceitos

Leslie Andrews
Portes, MSc.

leslie.portes@unasp.edu.br

Docente do UNASP.
Doutorando em Ciências da
Saúde (Fisiologia).
Especialista em Fisiologia do
Exercício.
Coordenador do Laboratório
de Fisiologia do Exercício
(LAFEX-UNASP)

Estilo de Vida

Segundo a Organização Mundial da Saúde^{1,2} o Estilo de Vida “é o conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização. Esses hábitos e costumes incluem o uso de substâncias tais como o álcool, fumo, chá ou café, hábitos dietéticos e de exercício. Eles têm importantes implicações para a saúde e são frequentemente objeto de investigações epidemiológicas”.

Recentes estudos têm convincentemente demonstrado que intervenções no Estilo de Vida são tão eficazes quanto as terapias médicas baseadas em evidências sobre a redução da mortalidade.^{3,4} A redução da mortalidade nos EUA atribuída às mudanças nos fatores de risco em função da melhora no Estilo de Vida e no ambiente alcançaram 44%, enquanto que aquelas relacionadas às terapias médicas alcançaram 47%.^{3,4} Entre os componentes do Estilo de Vida responsáveis pela redução da mortalidade se destacam, em ordem, a abstinência do tabagismo, redução da pressão arterial, redução do peso e prática de atividades físicas regulares, redução do sal na dieta, e aumento da ingestão de frutas e verduras.⁴

Qualidade de Vida

Diferentemente de Estilo de Vida, o termo “Qualidade de Vida” envolve o **bem estar físico, mental, psicológico e emocional**, além de relacionamentos sociais, como família e amigos, e também a saúde, educação, poder de compra e outras circunstâncias da vida.^{1,2} “A expressão ‘Qualidade de Vida’ foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964”, ao declarar que “os objetivos sociais não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Esses objetivos só podem ser medidos por meio da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”.^{1,2} “Qualidade de Vida Relacionada à Saúde” (health-related quality of life) e “estado subjetivo de saúde” (subjective health status) são conceitos afins centrados na avaliação subjetiva do paciente, mas necessariamente ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente. Qualidade de vida relacionada à saúde é um conceito multidimensional que envolve aspectos físicos, psicológicos e sociais relacionados à saúde.⁵⁻⁷ Refere-se ao bem-estar total de um indivíduo. As dimensões essenciais da qualidade de vida relacionada à saúde incluem as funções física, social e emocional, como também a percepção do indivíduo a respeito de sua satisfação com a vida. Além dessas dimensões, outras, tais como a cognitiva ou neuropsicológica, sexual, produtividade

pessoal, dor, sintomas e sono, compõem o que hoje se denomina qualidade de vida. Qualidade de vida também tem sido definida como a medida global da saúde percebida e dos custos relacionados às pessoas com e sem doenças ou incapacidades.⁸

Impacto do Estilo de Vida sobre a Qualidade de Vida

Existem sólidas evidências de que mudanças no estilo de vida têm grande impacto sobre a qualidade de vida individual e da população.⁹ Recentemente Li et al.¹⁰ avaliaram 16.428 indivíduos com mais de 18 anos de idade com respeito a 4 medidas de qualidade de vida relacionada à saúde: saúde geral, dias física e mentalmente não saudáveis, e dias com prejuízo para a realização de atividades de vida diária. Também avaliaram 3 hábitos de estilo de vida saudável: não fumar, prática de atividades físicas ou de lazer, e consumo diário de frutas e vegetais. Os autores concluíram que ter dois ou mais hábitos de estilo de vida saudável está fortemente associado à qualidade de vida de pacientes portadores de diabetes *mellitus*.¹⁰ Embora grande parte dos estudos tenha sido feita com adultos, crianças com estilos de vida desfavoráveis também exibiram pobre qualidade de vida ao longo dos 3 anos de acompanhamento.¹¹ Melhores hábitos de estilo de vida que levem ao adequado peso corporal, ao aumento da atividade física diária e à dieta saudável também se associam favoravelmente à qualidade de vida de sobreviventes de vários cânceres,¹² como demonstrado em outro estudo de revisão, onde se verificou que 90% a 95% de todos os cânceres têm suas raízes no ambiente e no estilo de vida.¹³

Considerações finais

O crescimento dos trabalhos avaliando diferentes intervenções por meio de mudanças no estilo de vida sobre diversas doenças e sobre a qualidade de vida justifica a necessidade de novos veículos específicos de divulgação desses estudos, tais como a [Lifestyle Journal](#). Os termos Estilo de Vida e Qualidade de

Vida, embora relacionados, têm significados distintos e, portanto, merecem ser estudados distintamente. Recentes evidências claramente indicam que favoráveis mudanças no Estilo de Vida afetam a Qualidade de Vida, especialmente aquela relacionada à saúde. A [Lifestyle Journal](#) se propõe a divulgar estudos que investiguem as relações entre ambos.

Referências bibliográficas

1. U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. 2nd ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, November 2000.
2. World Health Organization. A glossary of terms for community health care and services for older persons. WHO Centre for Health Development, Ageing and Health Technical Report, volume 5, 2004.
3. Ford ES, Ajani UA, Croft JB, Critchley JA, Labarthe DR, Kottke TE, et al. Explaining the decrease in U.S. deaths from coronary disease, 1980–2000. *N Engl J Med*, 2007;356:2388-98.
4. Danaei G, Ding EL, Mozaffarian D, Taylor B, Rhem J, Murray CJ, et al. The preventable causes of death in the United States: comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. *PLoS Med*, 2009;6:e1000058.
5. Guyatt GH, Ferrans CE, Halyard MY, Revicki DA, Symonds TL, Varricchio CG, et al. Exploration of the value of health-related quality-of-life information from clinical research and into clinical practice. *Mayo Clin Proc*, 2007;82:1229-39.
6. Grimm Jr, RH, Grandits GA, Cutler JA, Stewart AL, McDonald RH, Svendsen K, et al. Relationships of Quality-of-Life Measures to Long-term Lifestyle and Drug Treatment in the Treatment of Mild Hypertension Study. *Arch Intern Med*, 1997;157:638-48.
7. Aldana SG, Whitmer WR, Greenlaw R, Avins AL,

- Thomas D, Salberg A. Effect of Intense Lifestyle Modification and Cardiac Rehabilitation on Psychosocial Cardiovascular Disease Risk Factors and Quality of Life. *Behavior Modification*, 2006;30:507-25.
8. Testa MA, Simonson DC: Assesment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med*, 1996;334:835-40.
9. Blanchard CM, Courneya KS, Stein K. Cancer Survivors' Adherence to Lifestyle Behavior Recommendations and Associations With Health-Related Quality of Life: Results From the American Cancer Society's SCS-II. *J Clin Oncol*, 2008;26:2198-2204.
10. Li C, Ford ES, Mokdad AH, Jiles R, Giles WH. Clustering of Multiple Healthy Lifestyle Habits and Health-Related Quality of Life Among U.S. Adults With Diabetes. *Diabetes Care*, 2007;30:1770-6.
11. Chen X, Sekine M, Hamanishi S, Yamagami T, Kagamimori S. Associations of lifestyle factors with quality of life (QOL) in Japanese children: a 3-year follow-up of the Toyama Birth Cohort Study. *Child: Care, Health & Development*, 2005;31:433-9.
12. Mosher CE, Sloane R, Morey MC, Snyder DC, Cohen HJ, Miller PE, et al. Associations Between Lifestyle Factors and Quality of Life Among Older Long-Term Breast, Prostate, and Colorectal Cancer Survivors. *Cancer*, 2009;115:4001-9.
13. Anand P, Kunnumakara AB, Sundaram C, Harikumar KB, Tharakan ST, Lai OS. Cancer is a Preventable Disease that Requires Major Lifestyle Changes. *Pharmaceutical Research*, 2008;25:2097-211

Como citar este documento:

PORTES, LA. Estilo de Vida e Qualidade de Vida: semelhanças e diferenças entre os conceitos. *Lifestyle J*, 2011;1(1):8-10. Link direto: <<http://acta.nisled.org/index.php/LifestyleJournal/article/view/3>>

Percepção corporal e a qualidade de vida individual

Helena Brandão
Viana, Dr.

hbviana2@gmail.com

Doutora em Educação Física, Professora do curso de Educação Física da Faculdade Adventista de Hortolândia (UNASP, Campus Hortolândia)

Qualidade de Vida

Qualidade de vida é o conjunto de elementos sociais, políticos, econômicos, físicos, psicológicos e culturais. Passa, então, pela necessária mudança de comportamento, vivência de valores, crescimento profissional e humano, disciplina e respeito, cuidados com os ambientes e atenção à saúde. O tema “Qualidade de Vida”, por sua abrangência e importância no mundo atual, tem sido objeto de muitos estudos e pesquisas. Os enfoques pelos quais o tema pode ser abordado englobam aspectos tais como, saúde individual, condições ambientais em todos os níveis, organização do trabalho e dos processos produtivos, lazer, atendimento às necessidades básicas do ser humano, incluindo moradia, vestuário, educação e segurança. Qualidade de vida está estreitamente ligada ao conceito de bem-estar e passa a ser um conceito individualizado, pois classes sociais diferentes têm diferentes percepções do que seja qualidade de vida.¹⁻⁴

O aspecto subjetivo da qualidade de vida é por demais importante e nem sempre considerado como tal. Como as pessoas percebem e avaliam sua própria qualidade de vida por vezes pode nos surpreender quando consideramos os aspectos objetivos da qualidade de vida. Muitas pessoas, que sob o ponto de vista objetivo dos conceitos de qualidade de vida não teriam um índice significativo de qualidade de vida, percebem sua própria vida como de alta qualidade e satisfação. Essa percepção promove neste indivíduo a sensação de bem estar e felicidade satisfatórios.⁵

Qualidade de Vida e o Corpo

E como fica nossa percepção de corpo, numa sociedade que valoriza tanto o corpo produtivo, ágil e transformador? Quando falamos sobre percepção desse corpo, falamos sobre consciência corporal também. A consciência do corpo é definida como a maneira pela qual a atenção sobre o corpo é distribuída. Algumas pessoas têm elevada consciência do corpo e outras estão minimamente conscientes dele.⁶ Existem indivíduos sensíveis à escuta de seu íntimo, atentos e devotados à decifração de sua sexualidade e de seus afetos, dispostos a ampliar a zona de diálogo consigo mesmos e seus níveis de consciência e de controle sobre o próprio corpo, em oposição a indivíduos supostamente alienados em relação aos seus desejos, que não têm prazer em se autodecifrar.⁷

Alguns se gostam, admiram seu corpo, refletem uma vida feliz, realizada, transmitem seu crescimento e desenvolvimento ao longo da vida e a maneira como

lidaram com esse corpo ao longo dos anos. Outros não gostam do corpo que têm, acham um fardo ter que carregá-lo, mostram nitidamente a insatisfação com a vida que estão levando. Algumas pessoas que não apreciam seus corpos tendem a acreditar que aqueles que o vêem também não o apreciam. Mas normalmente também não tomam atitudes a fim de reverter essa situação de insatisfação. Os que apreciam seus corpos normalmente já possuem um referencial externo de apreciação bastante aguçado, demonstrando a aceitação que a sociedade tem de seus corpos. Esse relacionamento positivo com o próprio corpo muitas vezes representa diretamente a satisfação com a qualidade de vida.^{8,9}

Conclusão

Ter um estilo de vida ativo, que promova maior satisfação corporal, poderá promover aumento de auto-estima, sensação de bem-estar e qualidade de vida percebida. As campanhas promovidas no momento em muitos países são justamente aquelas que querem promover um estilo de vida mais ativo, para prevenir doenças crônicas não transmissíveis tais como diabetes, hipertensão, cardiopatias, obesidade, para que no futuro possamos ter uma população com mais qualidade de vida. Vivemos um momento de conscientização global da importância de ter um estilo de vida ativo, para viver mais e melhor. Portanto, a *Lifestyle Journal* surge em um momento propício, tornando-se veículo de fomento, discussão e divulgação de estudos sobre o estilo de vida, oferecendo a diversos grupos e instituições de pesquisa a oportunidade de divulgar seus achados e pontos de vista. A *Lifestyle Journal* oferece espaço para divulgação de estudos mostrando os inúmeros benefícios que um estilo de vida saudável, contemplando vários aspectos, como exercícios hábitos alimentares, meio-ambiente entre outros, pode proporcionar aos indivíduos do século XXI.¹⁰

Referências bibliográficas

1. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss, PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc saúde coletiva*, 2000;5:7-18.
2. Diener E. Subjective Well-Being. In: Diener E (editor). *The Science of Well-Being*. Social Indicators Research Series, 2009; 37:11-58.
3. Pavot W, Diener, E. Review of the Satisfaction With Life Scale. In: Diener E (editor). *Assessing Well-Being*. Social Indicators Research Series, 2009;39:101-17.
4. Joia LC, Ruiz T, Donalísio MR. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Rev Saúde Pública*, 2007;41:131-8.
5. Camfield L, Skevin SM. On Subjective Well-being and Quality of Life. *J Health Psychol*, 2008;13:764-75.
6. Fischer S. *Body Experience in Fantasy and Behavior*. New York, Appleton Century Crofts, Educational Division MEREDITH CORPORATION, 1970.
7. Sant'anna DB. *Políticas do corpo, elementos para uma história das práticas corporais*. São Paulo, Estação Liberdade, 1995.
8. Diener E, Diener M. Cross-Cultural Correlates of Life Satisfaction and Self-Esteem. In: Diener E (editor). *Culture and Well-Being*. Social Indicators Research Series, 2009;38:71-91.
9. Cuddihy T, Michaud-Tomson L, Jones EK, Johnston AO. Exploring the Relationship between Daily Steps, Body Mass Index and Physical Self-Esteem in Female Australian Adolescents. *J Exerc Sci Fit*, 2006;4:25-35.
10. Butler TL, Fraser GE, Beeson WL, Knutsen SF, Herring RP, Chan J et al. Cohort Profile: The Adventist Health Study-2 (AHS-2). *Int J Epidemiol*. 2008;37:260-5.

Como citar este documento:

VIANA, HB. Percepção corporal e qualidade de vida individual. Lifestyle J, 2011;1(1):11-3. Link direto: <<http://acta.nisled.org/index.php/LifestyleJournal/article/view/4>>

A importância do estilo de vida para a fisioterapia

**Fábio Marcon
Alfieri, Dr.**

fabiomarcon@bol.com.br

Fisioterapeuta – UNIMEP,
Especialista em Atividade
Física e Qualidade de Vida
– UNICAMP, Mestre em
Fisioterapia – UNIMEP,
Doutor em Ciências Médicas
– USP.

Docente do curso de
Fisioterapia do UNASP

A Fisioterapia enquanto profissão da saúde visa proporcionar bem-estar geral aos seus clientes/pacientes. Muito mais do que um conjunto de técnicas e recursos terapêuticos físicos, trata-se de uma profissão que se responsabiliza principalmente pela intervenção sobre as disfunções do movimento humano¹.

A natureza da Fisioterapia, segundo a “*World Confederation for Physical Therapy*”, é: profissão da área de saúde que presta serviços a pessoas e populações com o intuito de desenvolver, manter e restaurar o movimento e a capacidade funcional, durante todo o ciclo de vida (infância, idade adulta e velhice)². Em função de seus conhecimentos específicos, o fisioterapeuta é o profissional da área da saúde que aplica ações voltadas a atender as necessidades de saúde do movimento humano, em seus níveis primários (promoção, prevenção e proteção específica), secundários (tratamento físico e funcional) e terciários (reabilitação, limitação de danos e alívio do sofrimento)^{1,2}.

No Brasil a prática da profissão iniciou-se em 1919, quando foi fundado o Departamento de Eletricidade Médica, pelo Professor Raphael de Barros, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. O Decreto-Lei 938 de 13 de outubro de 1969, data esta que deu origem ao dia do fisioterapeuta, representa um marco importante para a Fisioterapia. O Art. 3º define como sendo atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterapêuticas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente³.

Como percebemos, a Fisioterapia atua na prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos. E um aspecto que certamente interfere negativa ou positivamente no sucesso destas questões é o estilo de vida que segundo a Organização Mundial da Saúde “é o conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização. Esses hábitos e costumes incluem o uso de substâncias tais como o álcool, fumo, chá ou café, hábitos dietéticos e de exercício. Eles têm importantes implicações para a saúde e são freqüentemente objeto de investigações epidemiológicas”⁴.

Como fica explicitado, a adoção de determinados estilos de vida pode ser fundamental para a saúde. Com isto, a escolha por um estilo de vida considerável “saudável” pode ajudar no prognóstico da recuperação ou promoção da saúde. Por exemplo: perder peso pode ser interessante tanto para prevenir como melhorar a sintomatologia de uma osteoatrose de joelho⁵. Fumar e estar com excesso de peso podem agravar uma lombalgia⁶. Parar de fumar pode estar relacionado com a melhora de doenças pulmonares obstrutivas crônicas⁷. Eliminar o álcool e rever a dieta, além de incluir a prática de exercício físico pode diminuir as conseqüências de uma neuropatia devido ao diabetes mellitus tipo II⁸. Deixar

de ingerir bebidas estimulantes como café, parar de ingerir álcool, fazer exercícios físicos e ingerir determinados alimentos podem determinar o sucesso do tratamento da osteoporose⁹. Realizar exercícios físicos que estimulem o controle postural pode minimizar as conseqüências da perda deste controle que acompanha o envelhecimento¹⁰.

Estes e muitos outros exemplos de adoção de estilo de vida compatível com a promoção da saúde podem ser explicitados e devem ser incentivados pois, as principais causas de mortalidade no Brasil (doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares, condições relacionadas ao período perinatal, violência, diabetes mellitus, infecções respiratórias, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, hipertensão arterial, acidentes de trânsito e doenças inflamatórias cardíacas) estão em sua grande maioria relacionadas ao estilo de vida⁸.

Não é de grande valia o uso da ação isolada ou conjugada de recursos fisioterapêuticos como: termoterapia, crioterapia, fototerapia, eletroterapia, sonidoterapia e aeroterapia além dos agentes cinesio-mecanoterapêuticos e outros mais, se estes não estiverem associados à adoção de estilo de vida.

Um fato importante salientado por Dornelas de Andrade e Dean⁸ é a questão de que a Fisioterapia enquanto profissão da saúde durante o século XX, visava alinhamento com as necessidades sociais, por exemplo, as guerras mundiais e a epidemia de poliomielite. Nos últimos 50 anos, predominaram as condições relacionadas ao estilo de vida, incluindo doença cardíaca isquêmica, doenças relacionadas ao fumo, hipertensão, acidente vascular cerebral, obesidade, diabetes e câncer. E mesmo apesar da mudança do padrão de doenças contagiosas para doenças não contagiosas a inclusão do perfil das condições de estilo de vida na prática profissional permanece baixa e desproporcional em relação a real necessidade.

Porém, algumas medidas tomadas pelos profissionais fisioterapeutas relacionadas à inclusão do estilo de vida podem reverter esta tendência às

condições pandêmicas e visão retrógrada associada apenas ao tratamento de doenças. Dornelas de Andrade e Dean⁸ citam alguns fatores: o primeiro é a questão de que os fisioterapeutas são bem estabelecidos como profissionais do sistema de saúde, o segundo é que uma definição mais contemporânea de Fisioterapia inclui “saúde”, “bem-estar”, “qualidade de vida”, promoção e prevenção. O terceiro fator é que a literatura científica oferece suporte para a questão da intervenção não-invasiva e este tipo de intervenção muitas vezes é superior a drogas e cirurgias, além de ser freqüentemente mais simples e de baixo-custo em relação a outros tipos de intervenções. Mesmo em caso de indicações de uso de medicamentos e cirurgias, o uso destas medidas auxilia na redução do tempo de internação hospitalar, diminuição de complicações, bem como no pronto re-estabelecimento da saúde.

Desta forma acredita-se que o potencial máximo da ação da Fisioterapia (bem como da equipe multidisciplinar) está intimamente ligado a adoção de um estilo de vida considerado “saudável”. E a Fisioterapia no Brasil como tem apresentado um crescimento não somente em números de profissionais, mas também no nível de sofisticação e autonomia profissional⁸ deve adotar o estilo de vida como ferramenta fundamental para o sucesso da intervenção adotada.

Por fim, a promoção ou recuperação do movimento humano em toda sua complexidade, que é o objeto direto de estudo da Fisioterapia, está associada a fatores relacionados ao estilo de vida dos seus clientes/pacientes. Devido a isto, são importantes as investigações que busquem estudar os benefícios do exercício físico e os recursos específicos da fisioterapia, também aquelas que estudam os efeitos do estilo de vida associados às ações fisioterapêuticas, sejam elas promotoras ou recuperadoras da saúde da população.

Referências bibliográficas

1. Rebelatto JR, Botomé SP. Fisioterapia no Brasil. São Paulo: Manole, 1999.

2. http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/WCPT_Description_of_Physical_Therapy-Sep07-Rev_2.pdf.
3. Marques AP, Sanches EL. Origem e evolução da fisioterapia: aspectos históricos e legais. Rev. Fisioter. Univ. São Paulo 1994; 1(1):5-10.
4. World Health Organization. A glossary of terms for community health care and services for older persons. WHO Centre for Health Development, Ageing and Health Technical Report, volume 5, 2004.
5. Chacur EP, Silva LO, Luz GCP, Silva PL, Baraúna MA, Cheik NC. Obesidade e sua correlação com a osteoartrite de joelhos em mulheres. Fisioter. Mov. 2008;21(2):93-98.
6. Deyo RA, Bass JE. Lifestyle and low-back pain. The influence of smoking and obesity. Spine 1989; 14(5):501-6.
7. Au DH, Bryson CL, Chien JW, Sun H, Udris EM, Evans LE, Bradley KA. The effects of smoking cessation on the risk of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations. J Gen Inter Med 2009; 24(4):457-63.
8. Dornelas de Andrade A, Dean E. Aligning physical therapy practice with Brazil's leading health priorities: a "call to action" in the 21st century. Rev Bras Fisioter 2008; 12(4): 260-7.
9. Raiz LG. Physiology and pathophysiology of bone remodeling. Clin Chem 1999; 45(8): 1353-1358.
10. Alfieri FM, Riberto M, Gatz LS, Ribeiro CPC, Lopes JAF, Battistella LR. Functional mobility and balance in community dwelling elderly submitted to multisensory versus strength exercises. Clin Interv Aging 2010;5 181-185.

Como citar este documento:

Alfieri, FM. A importância do estilo de vida para a fisioterapia. Lifestyle J, 2011;1(1):14-6 Link direto: <<http://acta.nisled.org/index.php/LifestyleJournal/article/view/5>>

Estilo de vida entre brasileiros Adventistas do Sétimo Dia

**Greciane Marks
Farias Ferreira**

lafexunas@yaboo.com.br
Enfermeira pelo Centro
Universitário Adventista de
São Paulo (UNASP), São
Paulo, Brasil

**Thaís Cristina de
Pontes Staut**

thaispontes@hotmail.com
Enfermeira pelo Centro
Universitário Adventista de
São Paulo (UNASP), São
Paulo, Brasil

Sara Pereira de Araújo

saraparaújo@yahoo.com.br
Enfermeira pelo Centro
Universitário Adventista de
São Paulo (UNASP), São
Paulo, Brasil

**Natália Cristina de
Oliveira, Dr.**

natalia.silva@unasp.edu.br
Docente dos cursos de
Bacharelado e Licenciatura
em Educação Física do
UNASP - Centro Universitário
Adventista de São Paulo

**Leslie Andrews
Portes, MSc.**

leslie.portes@unasp.edu.br
Professor do Curso de
Educação Física do Centro
Universitário Adventista de
São Paulo (UNASP), São
Paulo, Brasil; Coordenador do
Laboratório de Fisiologia do
Exercício (LAFEX-UNASP),
São Paulo, Brasil

Resumo

Objetivo: Identificar as principais características de estilo de vida de indivíduos que frequentam a Igreja Adventista do Sétimo Dia e relacioná-las ao risco cardiovascular. **Metodologia:** Foram distribuídos 2.355 questionários às pessoas com 20 anos ou mais. 1.126 (47,8%) foram devolvidos, mas somente 608 (25,8%) preencheram os critérios de inclusão. Os questionários continham 66 questões abrangendo aspectos demográficos, antropométricos, de pressão arterial, histórico de doenças pessoais, atividade física, aspectos dietéticos e de frequência de consumo de 37 produtos alimentares referidos. **Resultados:** Semivegetarianos (SV = 244) e não vegetarianos (NV = 364) não diferiram quanto à idade e prática de atividades físicas. Os SV exibiram menores valores ($p < 0,05$) de peso e IMC que os NV. A incidência de doença cardíaca, hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia variaram de 2% a 10% e não diferiram entre SV e NV. Os SV consumiram significativamente menos açúcar, arroz branco, café, doces em geral, margarina e refrigerantes que os NV ($P < 0,05$). Os SV consumiram significativamente mais alimentos integrais, amêndoas, amendoim, castanha de caju, castanha do Pará, frutas frescas, leite de soja, proteína vegetal texturizada e saladas que os NV ($P < 0,05$). **Conclusões:** SV exibiram aspectos mais favoráveis de estilo de vida que não vegetarianos.

Palavras-chave: Estilo de vida, Adventistas, Frequência alimentar.

Abstract

Objective: To identify the main lifestyle characteristics of Seventh-day Adventist Church adepts, and to associate them to cardiovascular risk. **Method:** We handed out 2.355 questionnaires to people older than 20 years old. 1126 forms (47.8%) were returned, but only 608 (25.8%) filled inclusion criteria. Questionnaires contained 66 questions about demographic and anthropometric aspects, blood pressure, history of personal and family diseases, physical activity, dietetic aspects and intake frequency of 37 referred food products. **Results:** Semi-vegetarians (SV = 244) and non-vegetarians (NV = 364) did not differ regarding age and practice of physical activities. SV presented lower values ($p < 0.05$) of weight and BMI than NV. Incidence of cardiac disease, arterial blood hypertension, diabetes mellitus and dyslipidemia varied from 2% to 10% and did not differ between SV and NV. SV consumed significantly less sugar, white rice, coffee, candies, margarine and soft drinks when compared to NV ($p < 0.05$). SV consumed significantly more whole foods, almonds, peanuts, cashews, Brazil nuts, fresh fruits, soy milk, texturized vegetal protein and salads than NV ($p < 0.05$). **Conclusion:** SV presented better lifestyle characteristics than non-vegetarians.

Keywords: Lifestyle, Adventists, Food frequency.

Introdução

Há quase 50 anos são realizados estudos com adventistas do sétimo dia (ASD), resultando em mais de 350 publicações (<http://www.llu.edu/public-health/health/abstracts.page?>) com amostras da Austrália^{1,2}, Nigéria³, Dinamarca¹, Estados Unidos¹, Noruega^{1,4,6} e Países Baixos^{1,7}. Os ASD se constituem atrativa população para estudos epidemiológicos, pois adotam estilo de vida peculiar¹. Desde sua organização denominacional, em 1860, a Igreja recomenda e encoraja, com base na Bíblia, a alimentação vegetariana, abstenção de tabaco, álcool e de outros produtos nocivos à saúde, repouso adequado, ar puro, uso abundante de água, exposição à luz solar, exercício físico e relacionamento diário com Deus¹. Provavelmente devido a esse estilo de vida peculiar, estudos que compararam ASD com a população em geral notaram menor incidência de vários cânceres^{8,9}, de morte por doença cardíaca coronariana¹⁰, obesidade¹, hipertensão arterial², hipercolesterolemia⁶ e diabetes *mellitus*¹¹. No único estudo envolvendo brasileiros, Navarro et al.¹² observaram que, mesmo entre os ASD, o estilo dietético (vegetarianos *versus* semivegetarianos *versus* não vegetarianos) associou-se a menores valores de pressão arterial, colesterol total, LDL-colesterol, ingestão calórica, gorduras (especialmente as saturadas) e menores valores de ingestão de colesterol e menores prevalências de hipertensão arterial e de hipercolesterolemia. Em função da relativa escassez de estudos com ASD brasileiros, o objetivo do presente estudo foi identificar características do estilo de vida de ASD com diferentes padrões dietéticos, com especial interesse em identificar aspectos favoráveis e desfavoráveis relativos ao risco cardiovascular.

Métodos

Casuística

A Igreja Adventista do Sétimo Dia guarda o dia de sábado como recomendado no 4º mandamento bíblico, descrito em Êxodo capítulo 20, versos 8 a 11:

“Lembra-te do dia do sábado, para o santificar. Seis dias trabalharás, e farás todo o teu trabalho; mas o sétimo dia é o sábado do Senhor teu Deus. Nesse dia não farás trabalho algum, nem tu, nem teu filho, nem tua filha, nem o teu servo, nem a tua serva, nem o teu animal, nem o estrangeiro que está dentro das tuas portas. Porque em seis dias fez o Senhor o céu e a terra, o mar e tudo o que neles há, e ao sétimo dia descansou; por isso o Senhor abençoou o dia do sábado, e o santificou.”

Em obediência ao mandamento bíblico, do por de sol de sexta-feira ao por de sol de sábado os adventistas descansam das atividades seculares e buscam ter contato mais íntimo com Deus. Caracteristicamente, no sábado pela manhã se reúnem para a celebração do culto litúrgico. Assim, a amostra do presente estudo foi composta por todos os indivíduos com mais de 20 anos de idade, de ambos os sexos, presentes ao culto Sabático dos dias 22 e 29 de maio de 2004. Todos receberam um questionário distribuído à entrada da Igreja do Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP), Campus São Paulo, localizado no município de São Paulo. A amostra final foi constituída por todos os que de modo voluntário devolveram o questionário à saída do culto. A Igreja do UNASP é frequentada por mais de 4 mil pessoas a cada sábado, e tem característica peculiar em relação às demais Igrejas Adventistas do país por ser constituída tanto por estudantes universitários (residentes ou não no Campus Universitário), professores e membros da comunidade circunvizinha ao UNASP, localizada na região do Capão Redondo, cuja população supera 268 mil habitantes (www.prefeitura.sp.gov.br). O que torna a amostra singular é o fato de ser constituída por indivíduos de diferentes procedências do Brasil, diferentes etnias, classes sociais e faixas etárias.

Foram considerados **vegetarianos** aqueles que não consumiam nenhum alimento de origem animal, **ovolactovegetarianos** aqueles que, dentre os alimentos de origem animal, somente ingeriam ovos, leite e seus derivados, **semivegetarianos** aqueles que consumiam qualquer tipo de carne menos de uma vez por semana, além de consumirem leite, ovos e seus derivados e, finalmente, **não vegetarianos**,

aqueles que consumiam além de ovos, leite e seus derivados, e carnes e seus derivados mais de uma vez por semana. Em função do fato de terem sido encontrados 0,7% de vegetarianos, 10,3% de ovolactovegetarianos, 29,1% semivegetarianos e 59,9% não vegetarianos, foram constituídos dois grupos para as análises: semivegetarianos (SV): composto por indivíduos vegetarianos, ovolactovegetarianos e semivegetarianos, e não vegetarianos (NV).

Coleta de dados

Foram distribuídos 2.355 questionários dos quais 1.126 (48%) foram devolvidos. O questionário foi composto por 66 questões compreendendo dados demográficos, antropométricos, de pressão arterial, histórico de doenças pessoais e familiares, atividade física, aspectos dietéticos e de frequência de consumo de 37 alimentos e outros produtos. O preenchimento do questionário foi feito durante o período da manhã, entre o culto e as atividades relacionadas à escola bíblica que se realiza logo após o culto. O tempo para o preenchimento foi de aproximadamente uma hora. No cabeçalho do questionário constavam informações a respeito da confidencialidade dos dados, sobre consentimento livre e esclarecido, e que, se preferisse, o sujeito poderia levar o questionário para casa e devolvê-lo no sábado seguinte. As pessoas que escolheram esta opção o fizeram depositando o questionário na Secretaria da Igreja.

Crítérios de exclusão

Foram excluídos os questionários cujas informações não permitiram definir a que estilo dietético o indivíduo pertencia, aqueles cujos dados estavam rasurados ou ilegíveis e aqueles rasgados, amassados ou danificados.

Informações coletadas

O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi construído com a intenção de estabelecer o perfil dietético e identificar fatores de risco cardiovascular³⁻⁶ e não definir o nível de saúde das pessoas. As questões utilizadas foram obtidas a partir do "Adventist

Health Study 2"^{1,10,13}. As informações coletadas compreenderam a estatura e o peso corporal atual, dados relativos ao histórico de algumas doenças pessoais, uso de medicações, valores de pressão arterial, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, prática de diferentes atividades físicas e hábitos dietéticos. Para a determinação do estilo dietético foram utilizadas questões sobre consumo de carnes, leite e derivados, e ovos e derivados^{1,10,13}. O número de refeições realizadas diariamente e a frequência com que vários tipos de alimentos e outros produtos eram consumidos se basearam nos estudos de Fraser^{1,10}, Sabaté¹⁴ e Jacobsen et al.¹⁵. Foram oferecidas seis opções de frequência de consumo de alimentos e outros produtos, dentre as quais o entrevistado deveria assinalar somente uma. Cada uma das 6 opções recebeu um dos seguintes escores: nunca ou raramente (escore 1), uma a três vezes/mês (escore 2), uma vez/semana (escore 3), duas a quatro vezes/semana (escore 4), uma vez/dia (escore 5) e mais de uma vez/dia (escore 6). Escores semelhantes têm sido utilizados para caracterizar hábitos alimentares, pois se constituem medidas-resumo das frequências de consumo de diversos alimentos¹⁶, tornando possível agrupar os indivíduos em segmentos semelhantes e classificá-los de acordo com critérios de risco da dieta.

Os alimentos e outros produtos foram categorizados em não saudáveis e saudáveis. Os alimentos não saudáveis foram: arroz e pão brancos, frituras e/ou salgadinhos, açúcar refinado, doces em geral, margarina, refrigerantes, leite integral, maionese, queijos, ovos, frutas enlatadas, café ou chá preto, bebidas alcoólicas e tabaco. Aqueles saudáveis foram: água, alface, rúcula, agrião, almeirão, alimentos integrais, amêndoas, castanha do Pará, amendoim, azeite de oliva, brócolis, couve-flor, iogurte, cenoura, castanha de caju, proteína vegetal texturizada (PVT) e glúten, frutas frescas, frutas secas, granola/flocos de milho e outros cereais matinais, leite de soja, leite desnatado, nozes, suco de frutas e tomate.

O estudo foi financiado pelo UNASP e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa sob o número 011/2004.

Análise estatística

Todas as análises foram feitas por meio do pacote estatístico “GraphPad Prism 5.0 for Windows” (Graphpad Software, Inc., www.graphpad.com). Os resultados são apresentados como médias \pm desvios-padrão. Utilizou-se o teste exato de Fisher (χ^2) para as comparações das diferentes proporções entre grupos. Os escores alimentares de SV e NV foram analisados por meio do teste de Mann-Whitney seguido do teste de Dunn. Em todas as comparações o nível de significância estatística estabelecido foi $p < 0,05$.

Resultados

Dos 1.126 questionários devolvidos, somente 608 (54%) preencheram os critérios de inclusão. Os dados apresentados a seguir referem-se a 244 indivíduos SV (40,1%) e 364 NV (59,9%). Entre os SV prevaleceu o sexo feminino (62%, **Figura 1**) e entre os NV o sexo masculino (51%, $p = 0,0021$). A escolaridade não diferiu significativamente entre SV e NV ($p = 0,442$).

Como ilustrado na **Figura 1**, não foram verificadas diferenças estatisticamente significantes entre SV e NV relativamente à idade, prática de atividades físicas, pressão arterial sistólica e diastólica. Contudo, os SV exibiram valores significativamente menores de estatura, massa corporal e IMC em comparação aos NV ($p < 0,05$). O teste χ^2 revelou que a prevalência de sobrepeso mais obesidade (**SP + OB**) entre os SV (13,3%, IC95%: 5,8%; 20,8%) foi significativamente menor ($p = 0,033$) que a verificada entre NV (25,2%, IC95%: 18,2%; 32,1%). O risco relativo (RR) e a razão de chances (OR) de **SP + OB** entre os NV foi de 1,159 (IC95%: 1,019;1,318) e 1,459 (IC95%: 1,041;2,046), respectivamente. A prevalência verificada entre os SV do presente estudo é inferior à verificada em diversos estudos com a população brasileira com idades ≥ 18 anos: **sobrepeso + obesidade**: $>30\%$ ¹⁷⁻¹⁹, $>40\%$ ²⁰⁻²⁴, $>50\%$ ^{19,25-29} e $>60\%$ ^{23,30,31}.

O estilo de vida sedentário foi encontrado em 36% dos SV e 38% dos NV (diferenças não significantes), valores esses inferiores aos verificados em diversos

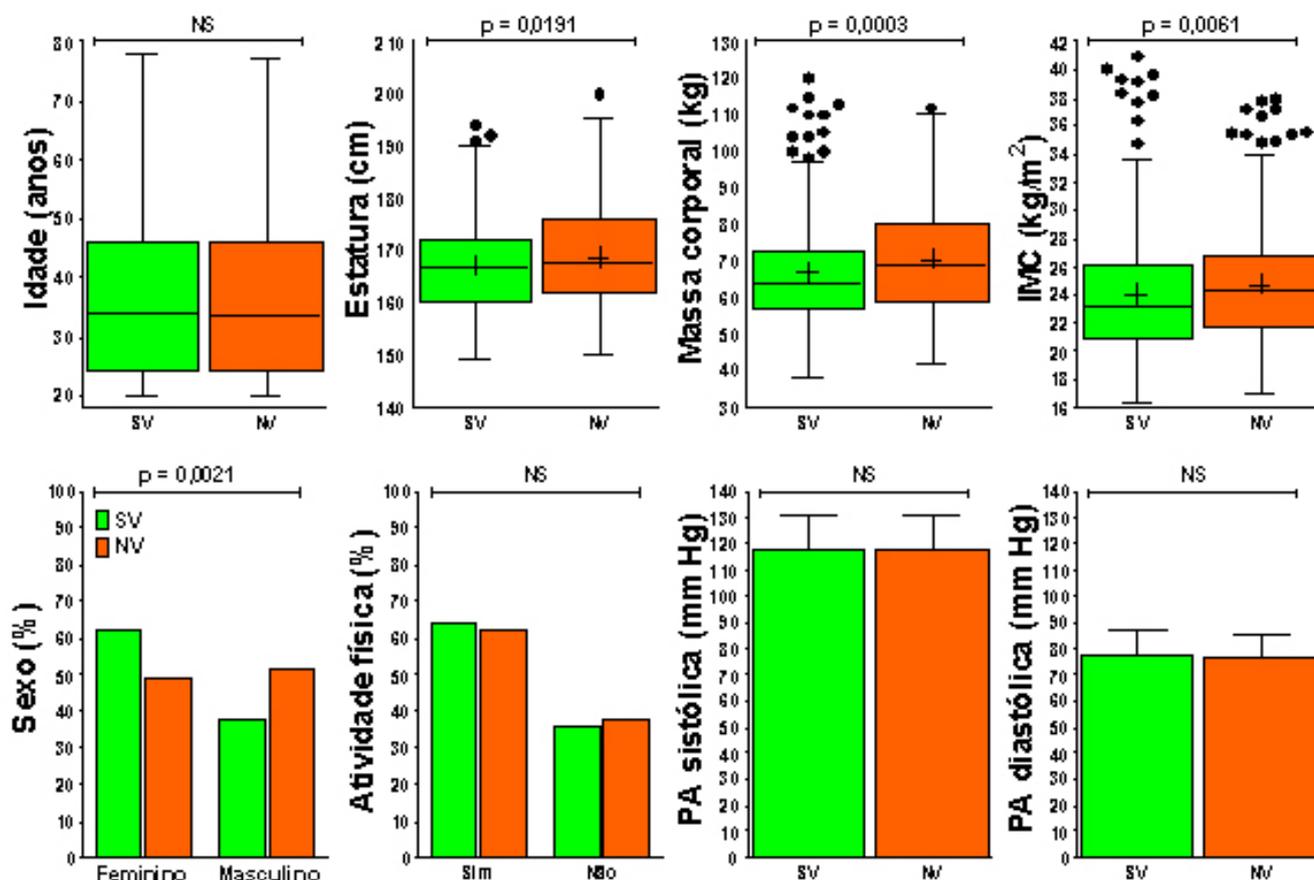


Figura 1: Características gerais de semivegetarianos (SV) e não vegetarianos (NV). NS: diferenças não significantes.

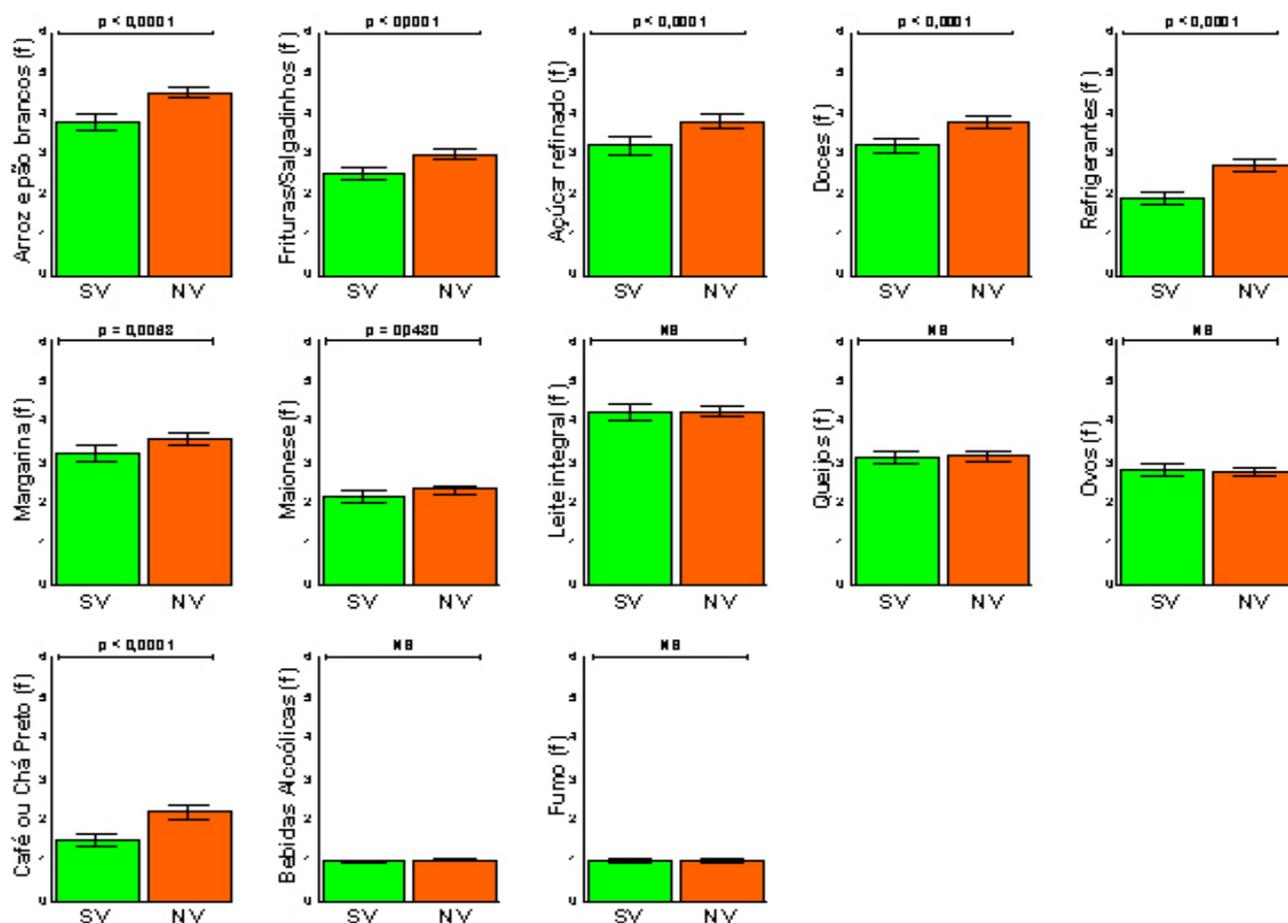


Figura 2: Escores relativos às frequências (f) de consumo de produtos considerados **não saudáveis**: 1: nunca ou raramente, 2: uma a três vezes/mês, 3: uma vez/semana, 4: duas a quatro vezes/semana, 5: uma vez/dia e 6: mais de uma vez/dia. NS: diferenças não significantes. Valores expressos como médias e IC95%.

estudos com a população brasileira: > 80%³⁰, >70%^{23,25,29,31-33}, >60%^{21,22,24}, >50%²⁶, >40%^{20,38}. Por outro lado, outros autores verificaram prevalências de sedentarismo inferiores aos encontrados no presente estudo: Pelotas (24,8%) e de São Paulo (8,9%)⁴¹ e 13,8%⁴².

Não foram verificadas diferenças estatisticamente significantes com respeito às prevalências de **doença cardíaca** (5% e 3%), **hipertensão arterial** (7% e 7%), **diabetes mellitus** (2% e 3%) e **dislipidemia** (8% e 10%) em SV e NV, respectivamente. Com exceção das prevalências de doença cardíaca (presente estudo: 3% a 5%, respectivamente) que foram ligeiramente superiores às encontradas por outros autores (>2,4%)²⁷, as demais prevalências foram inferiores às apuradas em vários estudos com a população brasileira: **hipertensão arterial**: >20%^{20,22,28,30,38}, >30%^{17,21,25,31,33} e >60%²⁹; **diabetes mellitus**: >4%^{17,20,25}, >5%²⁸, >6%³³,

>9%³⁰, >10%²⁹; e **dislipidemia**: >10%^{22,27,30}, >20%^{27,34}, >30%^{31,35,36} e >60%³⁷.

A **Figura 2** resume os escores relativos à frequência de consumo de alimentos e produtos considerados não saudáveis. O consumo de arroz e pão brancos, frituras e salgadinhos, açúcar refinado, doces em geral, refrigerantes, margarina, maionese e café ou chá preto foi significativamente menor entre os SV em comparação aos NV (p < 0,05). O consumo dos demais alimentos não recomendáveis à saúde (leite integral, queijo e ovos), de bebidas alcoólicas e de fumo não diferiram entre os grupos.

A **Figura 3** resume os escores relativos à frequência de consumo de alimentos considerados saudáveis. O consumo de leite de soja, PVT, granola e flocos de milho, nozes, amêndoas, castanha do Pará, castanha de caju, amendoim, saladas e frutas frescas foram significativamente maiores nos SV em relação

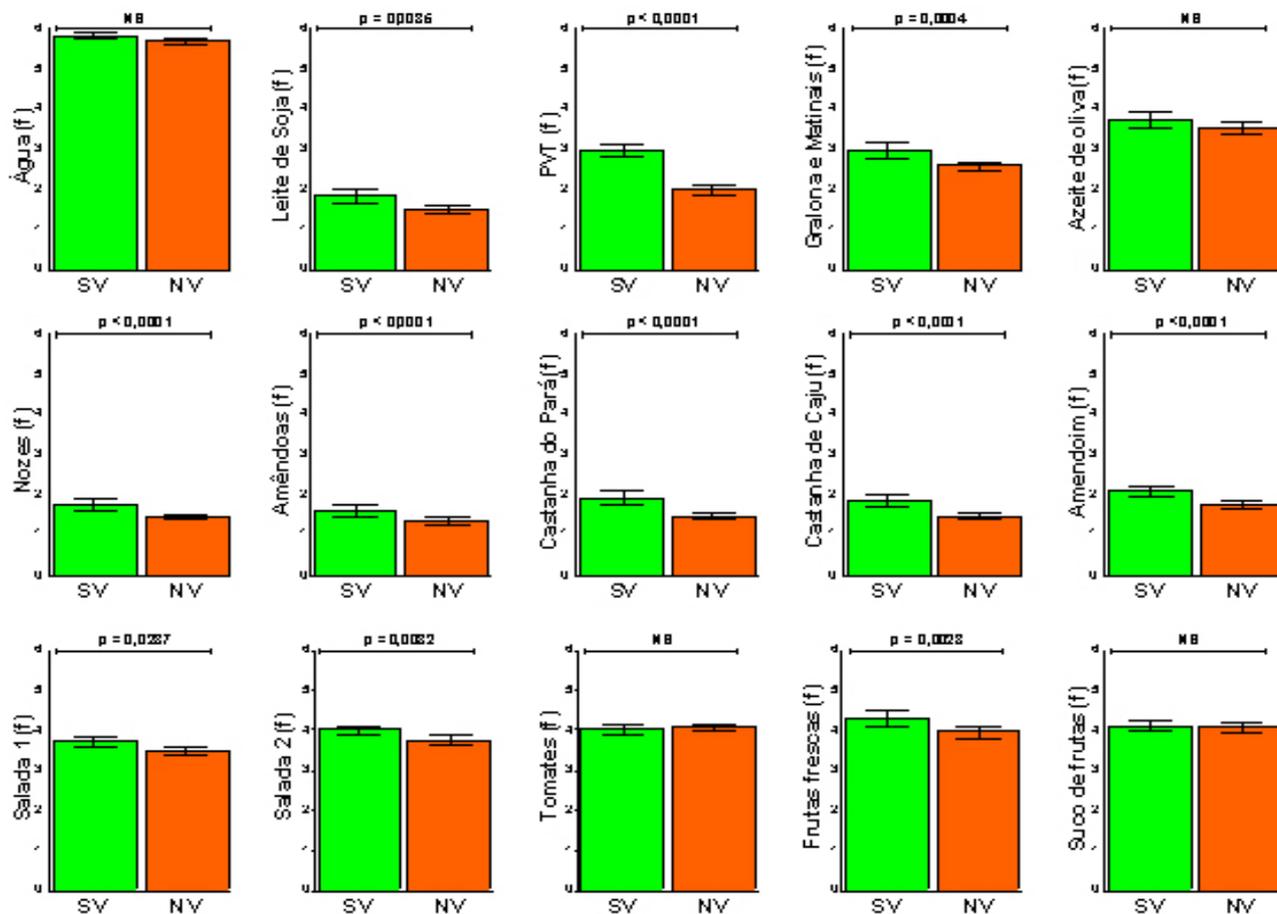


Figura 3: Escores relativos às frequências (f) de consumo de produtos considerados **saudáveis**: 1: nunca ou raramente, 2: uma a três vezes/mês, 3: uma vez/semana, 4: duas a quatro vezes/semana, 5: uma vez/dia e 6: mais de uma vez/dia. Salada 1: brócolis, couve-flor e cenoura; Salada 2: alface, rúcula, agrião e almerão. NS: diferenças não significativas. Valores expressos como médias e IC95%.

aos NV ($p < 0,05$). Não foram encontradas diferenças estatísticas nas comparações entre os grupos relativamente aos escores de consumo de água, azeite de oliva, tomate e frutas frescas.

Adicionalmente, verificou-se que a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas tendeu ($p = 0,0561$) a ser maior entre os NV (3,7%) que entre os SV (0,9%), o que não ocorreu com a prevalência de tabagismo (NV: 1,5% e SV: 0,5%, $p = 0,411$). Os resultados descritos acima diferem grandemente dos verificados por vários autores com a população brasileira, relativamente ao consumo de **bebidas alcoólicas**: $>7\%$ ³⁸, $>10\%$ ^{22,33}, $>30\%$ ²⁴ e $>50\%$ ²¹, e ao **tabagismo**: $>10\%$ ^{17,22,30}, $>20\%$ ^{21,24,29,33,38} e $>30\%$ ²⁵.

Discussão

Os ASD representam população atrativa para

estudos epidemiológicos em função de seu estilo de vida peculiar, abrangendo ampla variedade de hábitos dietéticos e por se caracterizarem pela abstenção de tabaco e de álcool¹. Estudos realizados com americanos mostraram que os ASD, em comparação com a população em geral, exibiam menores taxas de vários cânceres^{1,8,10}, de morte por doença cardíaca coronariana^{1,10}, obesidade¹, hipertensão arterial^{2,3}, hipercolesterolemia^{3,12} e diabetes *mellitus*¹.

O presente estudo foi capaz de distinguir a amostra de indivíduos que frequentam a Igreja ASD da população brasileira com respeito às taxas de prevalências de sedentarismo^{20-25,26,29-33,38}, excesso de peso¹⁷⁻³¹, hipertensão arterial^{17,20-22,25,28-31,33,38}, diabetes *mellitus*^{17,20,25,28-30,33}, dislipidemia^{22,27,30,31,34-37}, consumo de álcool^{21,22,24,33,38} e tabagismo^{17,20-22,24,25,29,30,33,38}. Esses resultados se assemelham a vários estudos com adventistas de outros países^{1,4-6}. As características

distintivas dessa amostra, especialmente a dieta, o baixo consumo de álcool e de tabagismo, explicam em parte as diferenças nas prevalências de excesso de peso, hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e dislipidemia com relação à população brasileira.

Adicionalmente, os menores escores de consumo de arroz e pão brancos, frituras e salgadinhos, açúcar refinado, doces e refrigerantes, margarina, maionese, café e chá preto, e maiores escores de consumo de leite de soja, PVT, granola, nozes, amêndoas, castanha do Pará, castanha de caju, amendoim, saladas e frutas frescas, indicam que os ASD SV exibem menores riscos de desenvolver várias doenças crônico-degenerativas do que os ASD NV.

O impacto dos múltiplos componentes do estilo de vida sobre a saúde, especialmente com relação à prevenção das doenças não transmissíveis, tem sido amplamente documentado^{1,2,4-6,10}. Dados convincentes dão conta de que a abstenção do tabagismo, o controle do peso corporal, a atividade física regular, o consumo de castanhas e a dieta vegetariana prolongam a expectativa média de vida^{1,13}, reduzem a mortalidade por doenças cardiovasculares^{1,13}, a mortalidade por todas as outras causas^{1,40} e a incidência de vários cânceres^{1,9}.

No presente estudo, os valores de peso corpóreo e de IMC foram significativamente mais elevados nos indivíduos NV que nos SV. A prevalência de excesso de peso também foi significativamente maior entre os NV. Estes resultados concordam com vários estudos¹ e destacam a importância da dieta predominantemente vegetariana como fator protetor contra o excesso de peso e a obesidade, que se relaciona à redução do risco de morte por doenças cardiovasculares¹ e por vários cânceres^{1,8}. Admite-se que os valores inferiores de IMC entre SV sejam decorrentes dos menores valores de consumo energético¹ e de gordura na dieta^{1,14}, além de outros fatores do estilo de vida.

Conclusão

A prevalência de doenças cardiovasculares foi significativamente baixa na amostra de adventistas do

sétimo dia do presente estudo, em relação aos dados populacionais disponíveis. Nos semivegetarianos, o peso corporal e o IMC foram significativamente menores, a escolaridade foi mais elevada, a frequência de consumo de alimentos não recomendáveis à saúde foi menor e a frequência de consumo de alimentos recomendados à saúde foi maior que nos não vegetarianos. Dessa forma, concluímos que os indivíduos semivegetarianos deste estudo apresentaram um estilo de vida mais saudável em relação aos não vegetarianos, reforçando a idéia de que a dieta vegetariana contribui para a promoção da saúde.

Referências bibliográficas

1. Fraser GE. Diet, life expectancy, and chronic disease. New York: Oxford University Press, 2003.
2. Armstrong B, Van Merwyk AJ, Coates H. Blood pressure in Seventh-day Adventist vegetarians. *Am J Epidemiol*, 1977;105:444-9.
3. Famodu AA, Osiliese O, Makinde YO, Osonuga OA. Blood pressure and blood lipid levels among vegetarian, semi-vegetarian, and non-vegetarian native africans. *Cli Bio*, 1998;31:545-9.
4. Fønnebø V. Mortality in norwegian seventh-day adventists 1962-1986. *J Clin Epidemiol*, 1992;45:157-67.
5. Fønnebø V. The healthy seventh-day adventist lifestyle: what is the norwegian experience? *Am J Clin Nutr*, 1994;59:1124-9.
6. Fønnebø V. The Tromso Heart Study: coronary risk factors in Seventh-Day Adventists. *Am J Epidemiol*, 1985;122:789-93.
7. Berkel JE, Waard F. Mortality Pattern and Life Expectancy of Seventh-Day Adventists In The Netherlands. *Int J Epidemiol*, V.12, P. 455-459, 1983.
8. Mills PK, Beeson WL, Phillips RL, Fraser GE. Cancer incidence among California Seventh-day Adventists, 1976-1982. *Am J Clin Nutr*,

- 1994;58(suppl.):1136S-42S.
9. Willett WC. Convergence of philosophy and science: the third international congress on vegetarian nutrition. *Am J Clin Nutr*, 1999;70(suppl.):434S-8S.
 10. Fraser GE. Associations between diet and cancer, ischemic heart disease, and all-cause mortality in non-hispanic white california seventh-day adventists. *Am J Clin Nutr*, 1999;70:532-8.
 11. Brathwaite N, Fraser HS, Modeste N, Broome H, King R. Obesity, diabetes, hypertension, and vegetarian status among Seventh-Day Adventists in Barbados: preliminary results. *Ethn Dis Winter*, 2003;13:148-152.
 12. Navarro JC, Prado SC, Guimarães G, Martins MC, Caramelli B. Vegetarians and semivegetarians are less exposed to cardiovascular risk factors. *Int J Atheroscler*, 2006;1:48-54.
 13. Fraser GE, Shavlik DJ. Ten Years Of Life: Is It A Matter Of Choice? *Arch Intern Med*, 2001;161:1645-52.
 14. Sabaté J. Nut Consumption, vegetarian diets, ischemic heart disease risk, and all-cause mortality: evidence from epidemiologic studies. *Am J Clin Nutr*, 1999;70:500-3.
 15. Jacobsen BK, Knutsen SF, Fraser GE. Does high soy milk intake reduce prostate cancer incidence? The Adventist Health Study (United States). *Cancer Causes Control*, 1998;9:553-7.
 16. Fonseca MJ, Chor D, Valente JG. Hábitos alimentares entre funcionários de banco estatal: padrão de consumo alimentar. *Cad Saúde Pública*, 1999;15:29-40.
 17. Matos AC, Ladeia AM. Assessment of Cardiovascular Risk Factors in a Rural Community in the Brazilian State of Bahia. *Arq Bras Cardiol*, 2003;81:297-302.
 18. Salaroli LB, Barbosa GC, Mil JG, Molina MC. Prevalência de Síndrome Metabólica em Estudo de Base Populacional, Vitória, ES – Brasil. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 2007;51:1143-52.
 19. Araújo MS, Costa TH, Schmitz BA, Machado LM, Santos WR. Factors associated with overweight and central adiposity in urban workers covered by the Workers' Food Program of the Brazilian Amazon Region. *Rev Bras Epidemiol*, 2010;13:425-33.
 20. Castanho VS, Oliveira LS, Pinheiro HP, Oliveira HC, Faria EC. Sex differences in risk factors for coronary heart disease: a study in a Brazilian population. *BMC Public Health*, 2001;1:3.
 21. Jardim PC, Gondim MR, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PV, Souza WK, Scala LC. High blood pressure and some risk factors in Brazilian capital. *Arq Bras Cardiol*, 2007;88:398-403.
 22. Sá NN, Moura EC. Fatores associados à carga de doenças da síndrome metabólica entre adultos brasileiros. *Cad Saúde Pública*, 2010;26:1853-62.
 23. Fernandes RA, Christofaro DG, Casonato J, Rosa CS, Costa FF, Freitas Júnior IF, et al. Leisure time behaviors: prevalence, correlates and associations with overweight in Brazilian adults. A cross-sectional analysis. *Rev Med Chile*, 2010;138:29-35.
 24. Nascente FM, Jardim PC, Peixoto MR, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PV, et al. Arterial Hypertension and its Correlation with Some Risk Factors in a Small Brazilian Town. *Arq Bras Cardiol*, 2010;95:502-9.
 25. Gus I, Fischmann A, Medina C. Prevalence of Risk Factors for Coronary Artery Disease in the Brazilian State of Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol*, 2002;78:484-90.
 26. Reichert FF, Azevedo MR, Breier A, Gerage AM. Physical activity and prevalence of hypertension in a population-based sample of Brazilian adults and elderly. *Prev Med*, 2009;49:200-4.
 27. Gigante DP, Moura EC, Sardinha LM. Prevalence of overweight and obesity and associated factors, Brazil, 2006. *Rev Saúde Pública*, 2009;43(supl.):1-7.

28. Cipullo JP, Martin JF, Ciorlia LA, Godoy MR, Cação JC, Loureiro AA, et al. Hypertension prevalence and risk factors in a Brazilian urban population. *Arq Bras Cardiol*, 2010;94:488-94.
29. Lyra R, Silva RS, Montenegro Jr. RM, Matos MV, César NJ, da Silva LM. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 2010;54:560-6.
30. Cassani RS, Nobre F, Pazin Filho A, Schmidt A. Prevalence of cardiovascular risk factors in a population of Brazilian industry workers. *Arq Bras Cardiol*, 2009;92:15-21.
31. Franco GP, Scala LC, Alves CJ, França GV, Cassanelli T, Jardim PC. Metabolic syndrome in patients with high blood pressure in Cuiabá – Mato Grosso State: prevalence and associated factors. *Arq Bras Cardiol*, 2009;92:437-42.
32. Pitanga FJ, Lessa I. Indicadores antropométricos de obesidade como instrument de triage para risco coronariano elevado em adultos na Cidade de Salvador – Bahia. *Arq Bras Cardiol*, 2005;85:26-31.
33. Longo GZ, Neves J, Luciano VM, Peres MA. Prevalence of high blood pressure levels and associated factors among adults in Southern Brazil. *Arq Bras Cardiol*, 2009;93:360-6.
34. Souza LJ, Souto Filho JT, Dousa TF, Reis AF, Gicovate Neto C, Bastos DA, et al. Prevalence of dyslipidemia and risk factors in Campos dos Goytacazes, in the Brazilian State of Rio de Janeiro. *Arq Bras Cardiol*, 2003;81:257-64.
35. Dalpino FB, Sodré FL, Faria EC. The use of a hospital laboratory cohort to estimate the prevalence of dyslipidemia in an adult Brazilian population. *Clinica Chimica Acta*, 2006;367:189-191.
36. Leite-Cavalcanti C, Rodrigues-Gonçalves MC, Rios-Asciutti LS, Leite-Cavalcanti A. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. *Rev Salud Pública*, 2009;11:865-77.
37. Siqueira AF, Harima HA, Osiro K, Hirai AT, Gimeno SG, Ferreira SR, et al. Distúrbios no perfil lipídico são altamente prevalentes em população Nipo-Brasileira. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 2008;52:40-6.
38. Pereira JC, Barreto SM, Passos VM. Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. *Rev Panam Salud Pública*, 2009;25:491-8.
39. Passos VM, Barreto SM, Diniz LM, Lima-Costa MF. Type 2 diabetes: prevalence and associated factors in a Brazilian community – the Bambuí health and aging study. *Sao Paulo Med J*, 2005;123:66-71.
40. Fraser GE, Strahan TM, Sabate J, Beeson WL, Kissinger D. Effects of Traditional coronary risk factors on rates of incident coronary events in a low-risk population the Adventist Health Study. *Circulation*, 1992;86:406-13.
41. Hallal PC, Matsudo SM, Matsudo VK, Araújo TL, Andrade DR, Bertoldi AD. Physical activity in adults from two Brazilian areas: similarities and differences. *Cad Saúde Pública*, 2005;21:573-80.
42. Quadros TM, Petroski EL, Santos-Silva DA, Pinheiro-Gordia A. The prevalence of physical inactivity amongst Brazilian university students: its association with sociodemographic variables. *Rev Salud Publica*, 2009;11:724-33.

Como citar este documento:

Ferreira GM, Staut TC, Araujo SP, Oliveira NC, Portes LA. Estilo de Vida entre Brasileiros Adventistas do Sétimo Dia. *Lifestyle J*, 2011;1(1):17-25 Link direto: <<http://acta.nisled.org/index.php/LifestyleJournal/article/view/9>>

Nível de atividade física de mulheres residentes numa região de baixa condição socioeconômica do município de São Paulo-SP

Natália Cristina de Oliveira, Dr.

natalia.silva@unasp.edu.br

Docente dos cursos de Bacharelado e Licenciatura em Educação Física do UNASP - Centro Universitário Adventista de São Paulo

Clarice Maria de Oliveira Silva

Profissional de Educação Física do Lafex (Laboratório de Fisiologia do Exercício) do UNASP - Centro Universitário Adventista de São Paulo

Aisamar Carvalho

Elias Pereira

Aluno do curso de Nutrição do UNASP - Centro Universitário Adventista de São Paulo

Keliane Galdino da Silva

Aluna do curso de Nutrição do UNASP - Centro Universitário Adventista de São Paulo

Mariane de Moraes Lima

Aluna do curso de Enfermagem do UNASP - Centro Universitário Adventista de São Paulo

Rockelly Kathryn

Maciel Miranda

Aluna do curso de Nutrição do UNASP - Centro Universitário Adventista de São Paulo

Alexandre Galvão

Patriota, Dr.

Pós-doutorando em probabilidade e estatística no Instituto de Matemática e Estatística da USP - Universidade de São Paulo

Leslie Andrews Portes, MSc.

Professor do Curso de Educação Física do Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP), São Paulo, Brasil; Coordenador do Laboratório de Fisiologia do Exercício (LAFEX-UNASP), São Paulo, Brasil

Resumo

Objetivo: Analisar o nível de atividade física de um grupo de mulheres residentes numa região de baixo nível socioeconômico e relacionar esta variável com escolaridade, auto-percepção de saúde, idade e horas diárias de trabalho. **Métodos:** Sessenta mulheres adultas e idosas (média de idade $51,3 \pm 11,0$ anos) atendidas pelas Unidades Básicas de Saúde do bairro do Capão Redondo (São Paulo - SP) foram encaminhadas para participar de um programa de exercício e convidadas a responder a um questionário sobre nível de atividade física. **Resultados:** A maioria dos sujeitos (73,4%) avaliou sua saúde como boa, muito boa ou excelente. Noventa e seis por cento dos sujeitos apresentaram nível suficiente de atividade física, mas apenas 48,3% costumavam praticar atividades intensas. Apenas o tempo de escolarização exerceu influência positiva sobre a prática de atividade física intensa ($p = 0,02$). Este tipo de atividade foi 3,89 vezes mais provável de ocorrer em indivíduos com mais de 8 anos de estudo. A maioria dos sujeitos fez uma boa auto-avaliação de saúde, porém os que avaliaram sua saúde como ruim ou regular apresentaram tendência a não praticar atividade física intensa. **Conclusão:** Nossa amostra foi considerada fisicamente ativa e o tempo de escolarização exerceu influência positiva sobre a prática de atividade física intensa. Nossos resultados diferem dos estudos anteriores quanto ao percentual de sujeitos ativos e à influência de outras variáveis na prática de atividade física.

Descritores: exercício, mulheres, escolaridade

Abstract

Objective: To assess the physical activity level of a group of women residing in a region of low socioeconomic status, and to relate this variable to time of scholarization, self perception of health, age and daily working hours. **Methods:** Sixty adult and elderly women (mean age 51.3 ± 11.0 years old) assisted by primary health units of the district of Capão Redondo (São Paulo - SP) were designated to take part in an exercise program and invited to respond to a questionnaire about physical activity level. **Results:** Most subjects (73.4%) evaluated their health as good, very good or excellent. Ninety-six percent of the subjects presented sufficient levels of physical activity, but only 48.3% used to practice intense activities. Only time of scholarization had a positive effect on the practice of intense activities ($p = 0.02$). This type of activity was 3.89 times more likely to occur in subjects with 8 or more years of study. Most subjects presented a good self-report of health, however, the ones who evaluated their health as bad or regular showed a tendency not to practice intense physical activity. **Conclusion:** Our sample was considered to be physically active, and time of scholarization had a positive influence on the practice of intense physical activity. Our results differ from previous studies regarding the percent of active subjects and the influence of other variables in the practice of physical activity.

Descriptors: exercise, women, educational status

Introdução

A prática regular de atividade física é considerada estratégia indispensável à promoção da saúde e prevenção de doenças^{1,2}. Indivíduos que não atingem a recomendação de atividade física por meio de um estilo de vida ativo apresentam maior prevalência de doenças crônico-degenerativas, como obesidade, câncer, osteoporose e hipertensão arterial, quando comparados com indivíduos que possuem um estilo de vida ativo³.

O sedentarismo vem sendo considerado um problema de saúde pública em algumas regiões do Brasil, principalmente nas grandes capitais e no município de São Paulo^{4,5}. Este fato pode ser decorrente da falta de tempo causada pelo excesso de trabalho ou pela falta de dinheiro para arcar com os custos de um espaço apropriado à prática de atividade física⁶.

Um estudo realizado no estado de São Paulo, com objetivo de verificar o nível de sedentarismo, revelou que mais da metade da população não consegue atingir a recomendação de atividade física para a manutenção da saúde, e que a prática de atividade física é influenciada por fatores como gênero, idade e nível socioeconômico⁷. Quando analisaram as classes socioeconômicas, os autores encontraram dados ainda mais alarmantes, mostrando que nos grupos de sedentários e irregularmente ativos há expressiva prevalência de indivíduos da classe E. O sedentarismo também parece estar associado à má percepção de saúde, baixa escolarização e baixa renda familiar⁸.

Indivíduos de baixo nível socioeconômico com pouco acesso aos serviços de saúde e à alimentação adequada apresentam restrições em suas vidas cotidianas, tanto no âmbito do trabalho, da educação, do lazer, da saúde e até mesmo em questões relacionadas à prática de atividade física. Enquanto alguns têm a oportunidade de se exercitar regularmente em clubes e academias, a maioria da população brasileira, indivíduos de classes sociais desfavorecidas, fica relegada à exclusão⁹. Praças e parques públicos seriam alternativas naturais para

a prática de atividades físicas por estes indivíduos, entretanto, as regiões periféricas da cidade de São Paulo são carentes em espaços de convívio social quando comparadas com a área central¹⁰.

Estudos realizados em regiões periféricas da cidade de São Paulo mostraram que existe relação entre prática de atividade física e nível de escolarização¹¹, e que a presença de quadras, praças, postos de saúde e uma boa percepção de segurança se associam positivamente com a prática de atividades físicas¹².

O distrito do Capão Redondo é uma região da periferia da cidade de São Paulo, situada no entorno do Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP), e possui uma população total de mais de 268 mil habitantes, com maior concentração na faixa etária de 30 a 59 anos¹³. A localidade é caracterizada pela alta densidade demográfica, altos índices de violência e baixa renda da população.

Muitas mulheres de nível socioeconômico baixo, como é o caso da população do Capão Redondo, desempenham funções domésticas em suas próprias casas ou nas residências de seus patrões, num grande esforço de sobrevivência¹⁴. Diante deste panorama, faz-se necessário um melhor entendimento da dinâmica da prática de atividade física por parte de indivíduos de classes sociais desfavorecidas residentes na cidade de São Paulo, para que programas específicos possam ser elaborados.

Não encontramos nenhum trabalho publicado sobre este tema que tenha estudado a população de baixa renda da zona sul da cidade de São Paulo, localidade que possui características particulares. Assim, o objetivo deste estudo foi analisar o nível de atividade física de mulheres residentes na região do Capão Redondo, e relacionar esta variável com a escolaridade, auto-percepção de saúde, idade e horas diárias de trabalho.

Métodos

Metodologia

O estudo contou com o apoio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da região do Capão Redondo,

administradas pelo UNASP. Por conta desta proximidade, os profissionais médicos encaminham seus pacientes para acompanhamento com profissionais das áreas de Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia, Nutrição e Educação Física na Policlínica do referido Centro Universitário.

Na época da realização deste estudo foi solicitado às UBS que encaminhassem indivíduos saudáveis interessados em participar como voluntários de um estudo envolvendo um programa de caminhada. A avaliação inicial destes sujeitos envolveu responder a um questionário sobre nível de atividade física.

Os procedimentos adotados neste estudo estão de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde¹⁵ e com a Declaração de Helsinki¹⁶.

Local e períodos de tempo

A coleta de dados ocorreu no LAFEX (Laboratório de Fisiologia do Exercício) do UNASP entre os meses de agosto e setembro de 2010.

Participantes

Setenta e seis indivíduos foram encaminhados pelas UBS da região do Capão Redondo, e excluímos da amostra os indivíduos do sexo masculino (n=4) e os que não compareceram ao Laboratório no dia agendado para a coleta de dados (n=12). A amostra total foi, então, composta por 60 indivíduos, conforme mostra a Figura 1.

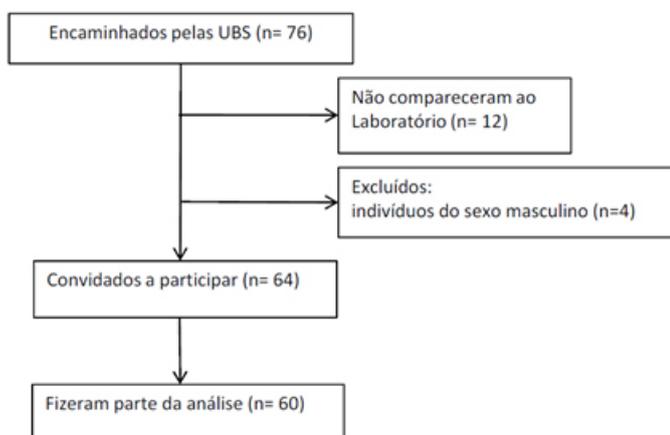


Figura 1: Desenho do estudo

Intervenções

Os indivíduos compareceram ao LAFEX nas

datas agendadas e foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a participação no estudo. A participação envolveu o preenchimento de um questionário. O instrumento empregado (IPAQ-curto) vem sendo amplamente utilizado para avaliar e acompanhar o nível de atividade física de populações latino-americanas¹⁷. Ele foi traduzido em diversos idiomas e sua validade e reprodutibilidade em português já foram testadas¹⁸. Para classificar o nível de atividade física utilizamos o modelo proposto pelos mesmos autores, que propõem que sejam considerados com nível de atividade física suficiente os indivíduos que acumulem no mínimo 150 minutos de atividade física de intensidade ao menos moderada por semana. Para atividade física vigorosa, é sugerido como critério pelo menos 3 sessões de 20 minutos por semana de atividade intensa.

Análise estatística

As análises descritivas dos dados foram conduzidas por meio do software GraphPad Prism versão 5.0 para Windows (GraphPad Software, San Diego, Califórnia, USA). Os resultados são apresentados como médias \pm desvios-padrão. Utilizamos o software estatístico R versão 2.13.0 para Windows (R Development Core Team, Viena, Áustria)* nas análises inferenciais deste estudo.

Nas análises descritivas, os resultados são apresentados como médias \pm desvios-padrão, quando as variáveis independentes eram contínuas, e proporções, quando a variável independente era categorizada. Como nossa amostra foi caracterizada como fisicamente ativa, buscamos relacionar a prática de atividade física intensa com as variáveis independentes. Também apresentamos estas medidas descritivas para as variáveis independentes discriminando os indivíduos que praticavam atividades físicas intensas dos que não as praticavam.

Como a variável dependente de interesse

* R Development Core Team (2011). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0, URL <http://www.R-project.org>.

“prática da atividade física intensa” era binária, a análise ajustada foi realizada por regressão logística¹⁹. As variáveis independentes foram: (a) escolaridade, (b) auto-percepção da saúde, (c) Idade e (d) horas diárias de trabalho. O modelo logístico relaciona a proporção de pessoas que apresentaram atividades físicas intensas (p) com as variáveis dependentes (X) através da seguinte equação $\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = a + bX$. Nosso interesse foi testar se $b=0$, pois neste caso não existirá influência da característica X na prática de atividades físicas intensas. Para isso utilizamos a função “glm” do software estatístico R. Os valores-p foram reportados para cada teste.

Para a análise da relação entre auto-percepção de saúde e prática de atividade física intensa, agrupamos as categorias “ruim” e “regular” e as categorias “muito boa” e “excelente”, pois para utilizar adequadamente o modelo logístico é preciso ter ao menos cinco observações em cada estrato.

Resultados

A maioria dos sujeitos (73,4%) avaliou sua

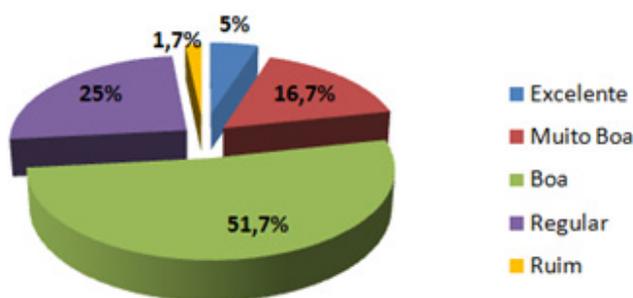


Gráfico 1: Auto-percepção de saúde

saúde como boa, muito boa ou excelente (Gráfico 1). Noventa e seis por cento dos sujeitos apresentaram nível suficiente de atividade física, mas apenas 48,3% de forma intensa (Gráfico 2). A Tabela 1 apresenta algumas das estatísticas descritivas das variáveis independentes discriminadas pela prática de atividade física intensa.

Não encontramos relação entre a prática de atividade física intensa e idade, auto-percepção de saúde e horas diárias de trabalho. A Tabela 2 reporta estes resultados inferenciais com seus respectivos valores-p.

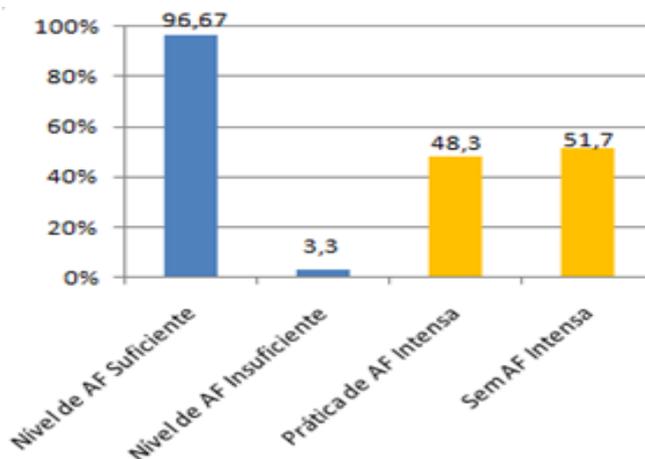


Gráfico 2: Nível e tipo de atividade física

Apenas o tempo de escolarização se mostrou influente na prática de atividades físicas intensas (Tabela 2). Observamos na amostra uma média de 7,37 (\pm 3,45) anos de estudo. Dos 60 sujeitos que compuseram a amostra, 40 (66,6%) tinham nível de escolaridade inferior a 8 anos. Dentre as pessoas com mais de 8 anos de escolaridade, 70% praticam atividades físicas intensas, enquanto que apenas 37,5% das pessoas com menos de 8 anos de escolaridade

Variáveis	Prática de Atividade Física Intensa		
	Sim	Não	Total
(a) Escolaridade			
Menos de 8 anos	25,0%	41,7%	66,67%
Mais de 8 anos	23,3%	10,0%	33,3%
(b) Auto-percepção de Saúde			
Ruim	1,7%	0,0%	1,7%
Regular	16,7%	8,3%	25,0%
Boa	25,0%	26,7%	51,7%
Muito Boa	6,7%	10,0%	16,7%
Excelente	1,67%	3,33%	5,0%
(c) Idade			
Média	52,21	50,48	51,32
Desvio-padrão	12,27	9,87	11,03
(d) Horas de Trabalho			
Média	8,00	7,18	7,58
Desvio-Padrão	3,88	3,12	3,50

Tabela 1: Estatística descritiva da variável independente “prática de atividade física intensa”

	Estimativa	Valor-p
Tempo de escolarização <i>b</i>	1,3581	0,0207*
Auto-percepção de saúde <i>b</i>	0,8530 (boa - ruim)	0,188
	1,2585 (excelente - ruim)	0,109
Idade <i>b</i>	0,0145	0,543
Horas de trabalho <i>b</i>	0,1410	0,1410

Tabela 2: Estimativas (e valores-p) para os parâmetros do modelo logístico

praticavam tais atividades.

A Figura 1A mostra os boxplots da escolaridade dos indivíduos por prática de atividade física intensa. A mediana (8 anos) da escolaridade dos indivíduos que praticam atividades físicas intensas coincide com o 3º quartil da escolaridade dos indivíduos que não

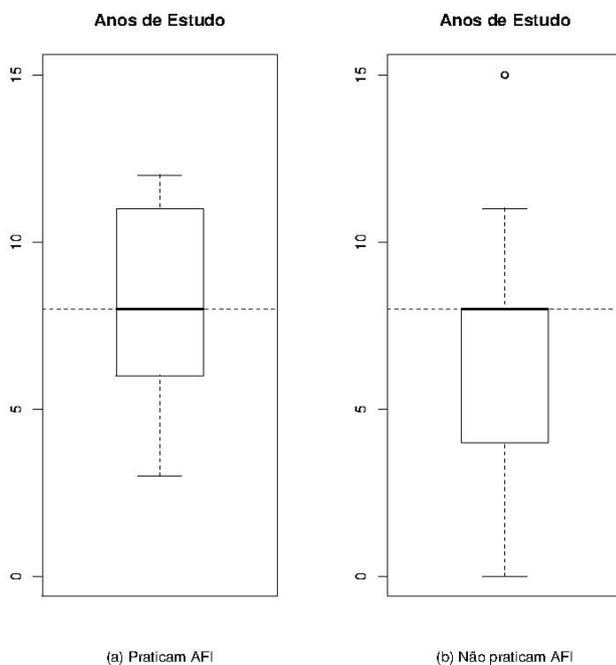


Figura 1A: Boxplot dos anos de estudos dos indivíduos por prática de atividade física intensa

praticam tais atividades.

O valor-p para o coeficiente *b* do modelo logístico sugere uma significância menor que 5% (valor-p =

0,0207). Portanto, pessoas com menos de 8 anos de estudo praticam menos atividades físicas intensas do que pessoas com mais de 8 anos de estudo. A prática de atividade física intensa é 3,89 vezes mais provável de ocorrer em indivíduos com mais de 8 anos de estudo do que em indivíduos com menor escolarização. Este valor pode ser encontrado na Tabela 2 aplicando-se a função exponencial no coeficiente estimado *b*, ou seja, $exp(b) = 3,89$.

A maioria dos sujeitos tinha uma boa auto-percepção de saúde (Tabela 1), porém os que avaliaram sua saúde como ruim ou regular apresentaram tendência a não praticar atividade física intensa. Dos 16 sujeitos desta categoria, 11 (68,7%) não praticavam atividade física intensa. Os que indicaram percepção de saúde boa (*n*=31) se distribuíram uniformemente entre as duas categorias (48,4% praticam e 51,6% não praticam). Por fim, os 13 sujeitos que indicaram percepção muito boa ou excelente da própria saúde apresentaram leve tendência a praticar atividade física intensa (61,5%). Como apresentado na Tabela 2, o modelo logístico não detectou diferenças significativas ($p > 0,1$) entre as categorias.

A média da idade dos indivíduos na amostra foi de 51,32 ($\pm 11,03$) anos. A média de idade dos indivíduos que praticavam atividade física intensa foi de 52,21 ($\pm 12,27$) anos e dos indivíduos que não

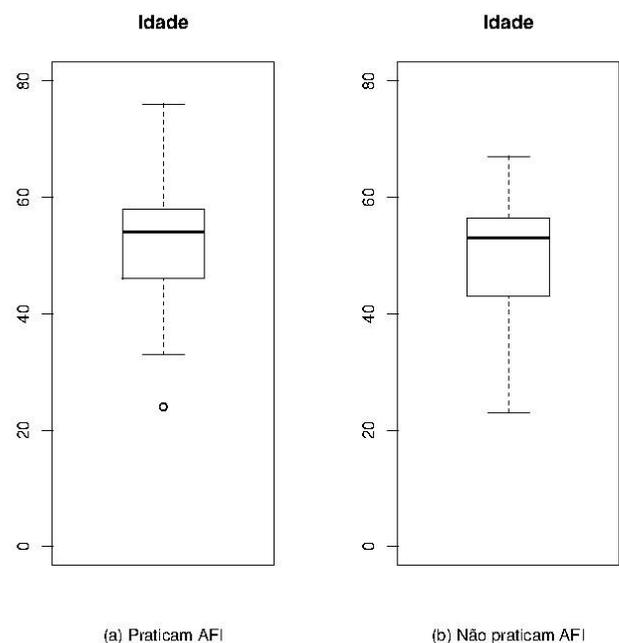


Figura 2A: Boxplot da idade dos indivíduos por prática de atividade física intensa

praticavam foi de 50,48 ($\pm 9,87$) anos. A Figura 2A apresenta o boxplot da idade por prática da atividade física intensa, que sugere que não existe efeito da idade sobre a variável dependente ($p = 0,543$).

A média de horas diárias de trabalho da amostra foi de $7,58 \pm 3,50$. Os indivíduos que praticavam atividade física intensa trabalhavam em média 8 horas por dia ($\pm 3,88$), e os que não praticavam trabalhavam $7,18 \pm 3,12$ horas diárias. A Figura 3A apresenta o boxplot do número de horas trabalhadas por prática de atividade física intensa. A figura sugere que não existe efeito das horas trabalhadas sobre a variável dependente. Como indicado na Tabela 2, o valor-p para esta variável dependente é de 0,1410. Portanto, não existe efeito estatístico significativo da variável

suficiente de atividade física. Em relação à prática de atividade física intensa, apenas o tempo de escolarização exerceu influência positiva.

A baixa prevalência de sedentarismo encontrada pode ser explicada por uma particularidade da nossa amostra, que foi composta por mulheres de baixo nível socioeconômico. Na grande maioria dos casos, as voluntárias faziam grande volume de atividade física no dia-a-dia como forma de trabalho ou no desempenho de atividades domésticas. Outra explicação foi o processo de seleção da amostra. Pessoas que frequentavam as UBS do bairro Capão Redondo foram convidadas a participar de um programa de caminhada. É possível que sujeitos já fisicamente ativos estivessem mais interessados em aceitar o convite do que os sedentários.

Neste estudo optamos por utilizar a versão curta do instrumento IPAQ, que não diferencia a atividade física praticada nos diferentes contextos (trabalho, deslocamento, lazer e tarefas domésticas). Este fato é uma importante limitação do nosso estudo, que nos impede de estabelecer relações mais específicas.

Outros autores já utilizaram o mesmo instrumento anteriormente⁷ para avaliar o nível de atividade física da população do estado de São Paulo. Eles encontraram prevalência de 48,6% de indivíduos do sexo feminino com nível suficiente de atividade física. Nossa prevalência de 96% de mulheres ativas difere bastante deste estudo, porém pode ser justificada pela grande quantidade de sujeitos que praticavam atividade física como forma de trabalho ou em afazeres domésticos. Florindo et al²⁰ observaram que as mulheres são muito mais ativas que os homens no que diz respeito às tarefas domésticas.

Siqueira et al⁸ avaliaram o nível de atividade física de adultos em áreas de abrangência de UBS nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Os autores encontraram 68,2% de indivíduos ativos, valor este mais alto que o de Matsudo et al⁷, porém ainda bastante diferente do encontrado em nossa amostra.

Alguns estudos observaram tendência de aumento do sedentarismo com o avanço da idade^{8, 20, 21}, mas este dado não foi confirmado pelo nosso

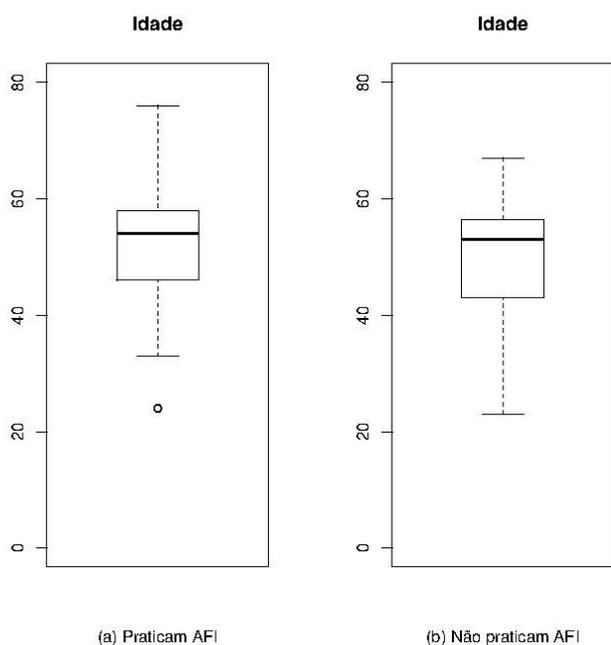


Figura 3A: Boxplot das horas diárias de trabalho dos sujeitos por prática de atividade física intensa

“horas de trabalho” na prática de atividade física intensa.

Discussão

O objetivo deste estudo foi analisar o nível de atividade física de um grupo de mulheres residentes numa região de baixo nível socioeconômico e relacionar esta variável com a escolaridade, auto-percepção de saúde, idade e horas diárias de trabalho. Nossa amostra pode ser considerada como fisicamente ativa, já que 96% dos sujeitos apresentaram nível

estudo. A idade não exerceu influência sobre a prática de atividade física suficiente ou intensa nas voluntárias do presente estudo.

Florindo et al²⁰ observaram que pessoas com nível de escolarização mais elevado são mais ativas no lazer e mais sedentárias no trabalho, nos deslocamentos e nas tarefas domésticas. A média de tempo de escolarização da nossa amostra foi de 7,37 (\pm 3,45) anos, o que equivale praticamente ao ensino fundamental. Não encontramos diferenças significativas entre a prática de atividade física suficiente e o tempo de estudo dos indivíduos da nossa amostra, assim como Siqueira et al⁸, embora outros autores já tenham encontrado esta associação^{11, 22, 23}.

Um estudo recente²⁴ analisou uma população de médio a baixo nível socioeconômico da zona leste da cidade São Paulo. Os autores encontraram prevalência de caminhada como forma de deslocamento mais elevada do que estudos anteriores, e atribuem isto ao fato de as pessoas possuírem pouco acesso ao transporte individual. Nossa população possui características semelhantes à do estudo supracitado, portanto a prática de caminhada como forma de deslocamento, juntamente com a prática de atividades domésticas em casa ou como forma de trabalho, contribuíram para o alto percentual de indivíduos ativos encontrados em nossa amostra.

Um estudo buscando associar nível socioeconômico e inatividade física²⁵, concluiu que mulheres com nível socioeconômico mais baixo são mais ativas nos deslocamentos e nos afazeres domésticos. Os autores atribuem este achado a uma característica cultural que leva as mulheres a um maior envolvimento com os afazeres de casa, ligados a manutenção da organização e limpeza do lar, condição muito presente em nossa amostra.

Já foi relatado anteriormente que pessoas mais ativas classificam sua saúde de forma mais positiva do que os sedentários²⁶. Neste estudo, embora grande parte da amostra fosse ativa, houve tendência à prática de atividade física intensa por parte das mulheres com melhor percepção da própria saúde.

A promoção da atividade física faz parte das estratégias da Política Nacional de Promoção da Saúde²⁷ e o profissional de Educação Física foi reconhecido como importante integrante deste processo, compondo junto às UBS o conjunto de profissionais vinculados aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O conhecimento sobre as características da população, principalmente em relação à prática de atividade física, é essencial para o desenvolvimento de planos de ação coletivos. A formação profissional não pode deixar de lado este contexto. Reflexões acerca de estratégias de intervenção adequadas à população atendida pelas UBS e pelos NASF devem ser contempladas e incentivadas.

Conclusão

Nossa amostra foi considerada fisicamente ativa e o tempo de escolarização exerceu influência positiva sobre a prática de atividade física intensa. Nossos resultados diferem dos estudos anteriores quanto ao percentual de sujeitos ativos e à influência de outras variáveis (idade, auto-percepção de saúde e horas diárias de trabalho) na prática de atividade física.

Sugerimos que novos estudos com amostras maiores sejam realizados na população de baixa renda da zona sul da cidade de São Paulo, de forma a produzir conhecimento que permita compreender melhor a dinâmica da prática de atividade física por parte desta população, e o desenvolvimento de ações coletivas que contemplem suas necessidades.

Referências bibliográficas

1. Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C et al. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA* 1995; 273:402-7.
2. Blair SN, Kohl HW, Paffenbarger Jr. RS, Clark DG, Cooper KH, Gibbons LW. Physical fitness and

- allcauses mortality: a prospective study of health men and women. JAMA 1989; 262:2395-401.
3. Figueira Junior A, Porto EL, Correa H. Relação entre atividade física regular e prevalência de doenças crônico degenerativas em adultos de ambos os gêneros. Anais do XIV CONBRACE 4-9 set 2005, Porto Alegre, Brasil. Porto Alegre: UFRGS; 2005. p. 518-27.
 4. Mello MT, Fernandez AC, Tufik S. Levantamento epidemiológico da prática de atividade física na cidade de São Paulo. Rev Bras Med Esport 2000; 6:119-24.
 5. Rego RA, Berardo FAN, Rodrigues SSR, Oliveira ZMA, Oliveira MB, Vasconcellos C et al. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis: inquérito domiciliar no município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares. Rev Saúde Pública 1988; 24:277-85.
 6. Florindo AA. Educação física e promoção em saúde. Rev Bras Ativ Fís Saúde 1998; 3:84-9
 7. Matsudo SM, Matsudo VR, Araújo T, Andrade D, Andrade E, Oliveira L, Braggion G. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. Rev Bras Cien e Mov, 2002; 10(4):41-50.
 8. Siqueira FV, Facchini, LA, Piccini, RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Hallal PC. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad Saúde Pública 2008; 24(1): 39-54.
 9. Louzada JCN, Velardi M, Miranda MLJ, Atividade física e indivíduos desfavorecidos. Saúde Coletiva, 2009; 6 (34) 249-254.
 10. Jacobi P. Do centro à periferia - meio ambiente e cotidiano na cidade de São Paulo. Ambiente & Sociedade 2000; 6: 145-163.
 11. Florindo AA, Latorre MRDO, Tanaka T, Jaime PC, Zerbini CAF. Fatores associados à prática de exercícios físicos em homens voluntários adultos e idosos residentes na Grande São Paulo, Brasil. Rev Bras Epidemiol 2001; 4(2): 105-113.
 12. Salvador EP, Florindo AA, Reis RS, Costa EF. Percepção do ambiente e prática de atividade física no lazer entre idosos. Rev Saúde Pública 2009; 43(6): 972-980.
 13. Prefeitura de São Paulo. Dados demográficos dos distritos pertencentes às subprefeituras. Disponível em www.prefeitura.sp.gov.br [acesso em 30 jun 2011].
 14. Melo HP, Considera CM, Sabbato AD. Os afazeres domésticos contam. Economia e Sociedade 2007; 16(3): 435-454.
 15. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc> [acesso em 30 jun 2011].
 16. World Medical Association. Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. Disponível em www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/ [acesso em 30 jun 2011].
 17. Hallal PC, Gomez LF, Parra DC, Lobelo F, Mosquera J, Florindo AA, et al. Lessons learned after 10 years of IPAQ use in Brazil and Colombia. J Phys Act Health, 2010; 7(Suppl 2): S259-S264.
 18. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. Rev Bras Ativ Fís Saúde, 2001; 6(2): 5-18.
 19. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. 2nd ed., New York:Chichester, Wiley, 2000.
 20. Florindo AA, Hallal PC, Moura EC, Malta DC. Practice of physical activities and associated factors in adults, Brasil, 2006. Rev Saúde Pública 2009; 43 (Supl. 2): 1-8.

21. Dumith SC, Rodrigues MR, Gigante DP. Epidemiologia das atividades físicas praticadas no tempo de lazer entre adultos e idosos do Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2009; 12(4): 646-658.
22. Gomes VB, Siqueira KS, Sichieri R. Atividade física em uma amostra probabilística da população do Município do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública* 2001; 17(4): 969-976.
23. Lima-Costa MF. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens? Inquérito de saúde da região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde* 2004; 13:201-208.
24. Salvador EP, Reis RS, Florindo AA. A prática de caminhada como forma de deslocamento e sua associação com a percepção do ambiente em idosos *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde* 2009; 4(3): 197-205.
25. Del Luca GF, Rombaldi AJ, Knuth AG, Azevedo MR, Nahas MV, Hallal PC. Associação entre nível econômico e inatividade física em diferentes domínios. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde* 2009; 14(2): 123-131.
26. Hallal PC, Victora CG, Wells JC, Lima RC. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Med Sci Sports Exerc* 2003; 35:1894-900.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. MS, Brasília, 2006. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf> [acesso em 30 jun 2011].

Como citar este documento:

Oliveira NC, Silva CM, Pereira AC, Silva KG, Lima MM, Miranda RK et al. Nível de atividade física de mulheres residentes numa região de baixa condição socioeconômica do município de São Paulo-SP. *Lifestyle J*, 2011;1(1):26-34 Link direto: <<http://acta.nisled.org/index.php/LifestyleJournal/article/view/10>>

Lifestyle

journal

INSTRUÇÕES
AOS AUTORES

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Introdução

A “**Lifestyle Journal**” – *Revista de Estilo de Vida* – é uma revista que publica eletronicamente artigos revisados por pares cuja finalidade é promover a prática interdisciplinar e multiprofissional por meio da disseminação de pesquisas originais e textos acadêmicos na área da “**promoção, prevenção e reabilitação da Saúde**”. Visto que seu foco é a relação entre o **Estilo de Vida** e a **Saúde**, a **Lifestyle Journal** objetiva receber pesquisas e textos nacionais e internacionais que influenciem positivamente a prática de profissionais na área da Saúde. A **Lifestyle Journal** oferece acesso e espaço à discussão e encoraja a colaboração e difusão de idéias inovadoras entre acadêmicos e profissionais do mundo todo.

Forma de Análise e Revisão

Inicialmente o texto será avaliado por um dos membros do “Corpo Editorial” o qual o classificará segundo os seguintes critérios: ❶ compatibilidade com a temática da revista,, ❷ potencial para aceitação em termos de relevância, originalidade e metodologia e ❸ formato compatível com as normas da revista. O trabalho que não atender os critérios ❶ e ❷ será recusado nessa etapa, sem envio aos revisores. No caso do trabalho que não atender ao critério ❸, o mesmo será devolvido e dado prazo para correções. O texto que preencher os três critérios será enviado para pelo menos dois revisores nacionais ou internacionais com experiência na área. O processo de avaliação é duplo-cego.

Critérios Decisivos

O principal critério para aceitação ou não de um trabalho é a aderência à metodologia científica. Além disso, são devem ser considerados os seguintes critérios: ❹ originalidade, ❺ criatividade, ❻ clareza de redação e ❼ interesse aos leitores. O processo de submissão, análise e publicação é gratuito.

Tipos de Artigos

Formatação, quantidade máxima de palavras e número máximo de referências são dados para cada categoria de submissão: editoriais, pesquisa, revisão crítica, relato de caso, ensaios e cartas ao editor.

1. Editoriais

São artigos curtos, com o intuito de relatar ou discutir questões atuais em Estilo de Vida e Saúde. Por vezes serão convidados especialistas para elaborarem um editorial a respeito de um dos trabalhos publicados na revista. Também serão aceitos textos que relatem, esclareçam ou debatam temas para os quais acreditamos a atenção do leitor deve ser dirigida. Serão bem-vindos editoriais de todos os profissionais e acadêmicos na área da Saúde. A estrutura do editorial dispensa resumo e palavras-chave, mas encoraja o uso da estrutura lógica dos artigos originais. O texto não deve ser estruturado por meio das palavras introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão.

Número máximo de palavras: 800.

Número máximo de referências: 10.

2. Pesquisa

São trabalhos científicos originais, também conhecidos como artigos originais, formatados segundo o método científico, com conteúdo quantitativo, qualitativo ou uma combinação das duas formas de apresentação dos dados. Respeitando-se as peculiaridades de cada disciplina ou profissão, solicitamos a seguinte estrutura geral do texto:

Resumo: deve ser estruturado e suficiente para condensar e chamar a atenção do leitor para os pontos mais importantes da pesquisa. *Número máximo de palavras: 200.*

Abstract: deve ser a fiel e adequada tradução do resumo.

Introdução: deve ser redigida de tal forma a apresentar e explicar a importância do assunto em questão. Além disso, deve despertar o interesse do leitor

e contextualizar o tema por meio de definições e dados de estudo já publicados.

Breve revisão da literatura: não deve ser destacada por meio de título, mas deve estar contida na introdução. Deve apreciar a literatura pertinente e identificar suas lacunas. Deve servir para justificar o trabalho proposto, indicando claramente objetivos e hipóteses.

Métodos: deve abranger os seguintes aspectos com títulos e conteúdos específicos à estrutura metodológica: ❶ metodologia (incluir aspectos como estrutura conceitual, “design”, tipo de “design” mono cego, duplo cego, randomização, controle placebo, métodos e instrumentos de medida), ❷ local e períodos de tempo (mês, ano ou intervalos), ❸ participantes (explicar a natureza da amostra, como foram selecionados, critérios de inclusão, não inclusão ou de exclusão, tamanho inicial e final da amostra), ❹ aprovação ética, ❺ intervenções (protocolo de intervenção, duração, quem estava envolvido) e ❻ medidas adotadas com a devida justificativa.

Resultados: os resultados ou achados devem ser expressos de maneira acessível por meio da análise dos dados, de tabelas, figuras, diagramas, anotações anônimas diretas conforme o caso.

Discussão: os principais achados devem ser estabelecidos e deve avaliar a força e limitações do estudo. A metodologia e os resultados encontrados devem ser comparados e contrastados com as informações publicadas na área. Os achados devem ser interpretados e as possíveis razões para os resultados devem ser explorados. As implicações para a

prática profissional devem ser exploradas.

Conclusão: devem ser sucintas, organizadas logicamente e devem resumir os dados encontrados. Devem identificar as brechas existentes no conhecimento atual e sugerir iniciativas futuras.

■ *Número máximo de palavras:* 4000.

■ *Número máximo de referências:* 40.

3. Relato de Caso

São textos que relatam casos interessantes cujos detalhes têm importantes implicações para os leitores da *Lifestyle Journal*. Casos que relatam novas abordagens ao trabalho multiprofissional e interdisciplinar são particularmente bem-vindos. Devem começar com a história do caso e então detalhar os procedimentos terapêuticos, esclarecendo as razões clínicas e o raciocínio por detrás dos procedimentos, partindo da avaliação ao resultado. Deve-se basear as práticas em evidências científicas. O relato de caso também exige consentimento informado assinado, resumo e apresentação de pontos-chave. O uso de tabelas e figuras é recomendado e encorajado.

Número máximo de palavras: 1.500.

Número máximo de referências: 20.

4. Revisão Crítica

A revisão crítica fornece clara e atualizada informação a respeito de um tópico que é relevante para profissionais em saúde que trabalham com estilo de vida e promoção da saúde. Deve-se apresentar um resumo e pontos-chave. O uso de tabelas e figuras é recomendado e encorajado. A seguinte estrutura deve ser seguida:

Introdução: deve ser redigida de tal forma a apresentar e explicar a importância do assunto em questão. Além disso, deve despertar o interesse do leitor e contextualizar o tema por meio de definições e dados de estudo já publicados.

Métodos: deve fornecer detalhes da metodologia utilizada para a revisão, incluindo, por exemplo, estratégias de busca, critérios de inclusão, não inclusão

e exclusão dos artigos encontrados, avaliação da qualidade das evidências encontradas e detalhes das análises feitas.

Revisão das evidências: nessa parte do trabalho é indispensável que se mantenha o foco da revisão. O uso de títulos e subtítulos em cada seção é recomendado. Todas as declarações devem ser apoiadas em evidências e a qualidade e relevância das evidências devem ser dadas em detalhes. Deve ser mencionado quando a qualidade das pesquisas limita a capacidade de se tirar conclusões mais sólidas.

Conclusões: devem ser sucintas, organizadas logicamente e devem resumir as informações encontradas. Todas devem ser amparadas por evidências científicas. As limitações da revisão devem ser identificadas e apresentadas. Recomenda-se que sejam sugeridas iniciativas futuras.

- *Número máximo de palavras:* 3000.
- *Número máximo de referências:* 100.

5. Ensaaios

São textos que relatam observações interessantes, novas ou de importância suficiente aos profissionais em saúde, que contenham resultados que forneçam todas as informações necessárias para adequada replicação e avaliação. A estrutura deve ser a mesma da Pesquisa.

Número máximo de palavras: 2000.

Número máximo de referências: 20.

6. Cartas ao Editor

São textos que fornecem comentários sobre artigos anteriores da revista, sobre artigos aceitos para a publicação ou sobre qualquer assunto relevante para a promoção da saúde por meio de intervenções no estilo de vida. As cartas ao editor não deve ser estruturadas. O editor se reserva o direito de encurtar o texto.

Número máximo de palavras: 400.

Número máximo de referências: 5.

Orientações técnicas

1. Submissão

Todas as submissões à “**Lifestyle Journal**” – Revista de Estilo de Vida – devem ser feitas de maneira eletrônica, acessando o link: <http://acta.nisled.org>. Se o autor ou revisor encontrar alguma dificuldade deverá enviar e-mail ao editor chefe, para o endereço: leslie.portes@unasp.edu.br ou ainda para leslie_portes@yahoo.com.br. Ao ser submetido o trabalho, o autor responsável pela correspondência receberá e-mail confirmando o recebimento do arquivo. Se o texto estiver em conformidade com as instruções aos autores (etapa CE) e em conformidade com os critérios estabelecidos na “**Forma de Análise e Revisão**” (página 1), o editor chefe enviará o texto para pelo menos 2 revisores independentes (etapa). O processo de revisão é feito de maneira cega. A etapa CE levará entre 1 e 2 semanas e a etapa de 4 a 6 semanas.

2. Página título

- **Título do artigo:** o título deve ser tão conciso e informativo quanto possível, sem abreviaturas, com no máximo 70 palavras, em português e inglês.
- **Categoria do artigo:** definir o tipo de artigo.
- **Nomes dos autores:** os nomes completos de cada autor devem ser seguidos por números arábicos sobrescritos indicando a afiliação de cada um.
- **Afiliação institucional:** as afiliações devem ser identificadas por números arábicos não sobrescritos. Recomenda-se a seguinte estrutura: Laboratório ou Departamento, Faculdade ou Curso, Universidade, Cidade, Estado e País.
- **Breve biografia:** apresentar biografia tão resumida e informativa quanto possível sobre cada autor.
- **Título resumido:** será o título utilizado no topo das páginas. Não deve exceder a 70

letras contando os espaços.

- **Autor para correspondência:** Nome, endereço completo, e-mail e telefone de contato do responsável pela correspondência.

3. Autoria

Cada um dos autores deve ter feito substancial contribuição ao estudo em uma ou mais das seguintes áreas: ❶ concepção do estudo, ❷ design do trabalho, ❸ aquisição, ❹ análise e ❺ interpretação dos dados, ❻ redação e aprovação final do texto. Ao final do trabalho que está sendo submetido se deve colocar ao lado de cada nome dos autores sua contribuição ao trabalho.

4. Agradecimentos

Todos aqueles que não se enquadram nos critérios estabelecidos para autoria do trabalho devem ser listados na seção de agradecimentos. Apenas devem ser mencionados os nomes das pessoas, as entidades ou órgãos financiadores.

5. Resumo e Abstract

Deve ser compreensível, informativo, sucinto e despertar o interesse do leitor.

Deve ser estruturado (títulos em negrito) da seguinte forma: **Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão**. Não deve conter referências a não ser quando estritamente necessário. O abstract deve ser a perfeita tradução do resumo e ambos devem ser seguidos pelos descritores (palavras-chave) os quais devem seguir os critérios encontrados em <http://decs.bvs.br>.

Número máximo de palavras: 200.

Número máximo de descritores: 5.

6. Abreviações e Unidades

- As abreviações devem ser definidas na primeira oportunidade em que forem mencionadas.
- O Sistema Internacional de Unidades (SI) sempre deverá ser usado.

7. Tabelas e Figuras

Tabelas e figuras são excelentes recursos aos leitores. É da responsabilidade dos autores a obtenção das autorizações no caso da utilização de tabelas e figuras que não forem de suas autorias ou que pertencerem a outras fontes editoriais.

- **Tabelas:** ❶ devem ser colocadas em páginas separadas, cada tabela em uma página; ❷ os autores devem indicar no texto onde as tabelas deveriam ficar, aproximadamente; ❸ colocar legenda, referências ou notas no rodapé da tabela; ❹ explicar no rodapé todas as abreviações que forem usadas na tabela; ❺ as tabelas devem ser numeradas consecutivamente; ❻ o título da tabela deverá começar da seguinte maneira: “**Tabela 1:**”.
- **Figuras:** ❶ as figuras compreendem ilustrações, gráficos e fotografias; ❷ o uso de cores é recomendado e encorajado; ❸ devem ser colocadas em páginas separadas, cada figura em uma página; ❹ os autores devem indicar no texto onde as figuras deveriam ficar, aproximadamente; ❺ as legendas das figuras deverão ser colocadas consecutivamente em uma ou mais páginas logo após as “**Referências**”; ❻ logo acima das figuras devem ser colocados os respectivos números das figuras, um número por página, como com cada figura; ❼ o início da legenda da figura deverá começar da seguinte maneira: “**Figura 1:**”.

8. Design

- A **Lifestyle Journal** recomenda e encoraja a apresentação do desenho do estudo (design) para estudos realizados com seres humanos.

- O modelo sugerido pode ser encontrado no seguinte link (CONSORT): <http://www.consort-statement.org/>.
- Alternativamente o design pode ser construído com as ferramentas oferecidas pelo Microsoft Word ou Power Point.
- O diagrama deverá ser numerado como uma das figuras do trabalho e inserida no corpo do texto, no local designado.
- Recomenda-se que a figura tenha sido salva em formato JPG ou TIF antes de ser inserida no corpo do texto.

9. Conflito de Interesses

- Após as referências bibliográficas, os autores deverão informar a existência ou não de conflito de interesses.

10. Referências

- No corpo do texto as referências devem ser indicadas como numerais arábicos sobrescritos, conforme modelo a seguir.
- A lista de referências deve ser numerada consecutivamente na ordem em que aparece no texto.
- Para referências que contam com até 6 autores, todos os nomes devem ser listados.
- Quando foram mais de 6 autores, listar os 6 primeiros e acrescentar *et al.*
- Os nomes das revistas devem ser abreviados como apresentado no “Index Medicus” (<http://icmr.nic.in/health/Medline2007.pdf>).
- Exemplos de referências de artigos originais:
Canhadas IL, Silva RL, Chaves CR, Portes LA. Anthropometric and physical fitness characteristics of Young male soccer players. Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum, 2010;12:239-45.

Portes LA, Saraiva RM, dos Santos AA, Tucci PJ. Swimming training attenuates remodeling, contractile dysfunction and congestive heart failure in rats with moderate and large myocardial infarctions. *Clin Exp Pharmacol Physiol*, 2009;36:395-9.

- Exemplo de referência de livro:
McCullagh P, Nelder JA. *Monographs on Statistics. Generalized Linear Models*, 2nd ed. London: Chapman and Hall, 1989.
- Exemplo de referência de capítulo de livro:
Sealey JE, Laragh JH. The renin-angiotensin-aldosterone system for normal regulation of blood pressure and sodium and potassium homeostasis. In: Laragh, JH, Brenner, BM, eds. *Hypertension: Pathology, Diagnosis, and Management*. New York: Raven Press, 1990:1287-1317.
- Exemplo de referência de Dissertação ou Tese:
Veldkamp MW. *Potassium channels in the heart*. Amsterdam: University of Amsterdam, 1993 (Thesis).
- Não serão aceitas referências de resumos ou “abstracts”, nem de documentos eletrônicos.
- No caso de artigos que foram aceitos para publicação, mas ainda não foram disponibilizados, colocar ao final “In Press” e usar o sistema DOI (Digital Object Identifier System).

11. Contribuição de cada autor

Ao lado de cada nome dos autores descrever sua contribuição ao trabalho com base nas opções oferecidas no item 3 das Orientações Técnicas (página 3).

Política Editorial

1. Aspectos gerais

A **Lifestyle Journal** tem por objetivo publicar artigos do mais elevado padrão ético e científico. Portanto, os autores deverão prestar especial atenção aos seguintes aspectos.

2. Aprovação Ética

Nos trabalhos originais em que seres humanos forem envolvidos devem-se claramente estabelecer, na seção “Métodos”, os seguintes requisitos:

- se o estudo foi aprovado pelo comitê de ética,
- se todos os procedimentos do estudo estão em conformidade com a resolução 196/96 do Ministério da Saúde e com a “Declaração de Direitos Humanos” de Helsinque (www.wma.net/e/policy/b3.htm),
- o nome da instituição a qual o comitê de ética está vinculado,
- e o número do processo (aprovação pelo comitê).

Os trabalhos originais que envolverem animais de experimentação devem claramente estabelecer, na seção “Métodos”, os seguintes requisitos:

- se o estudo foi aprovado pelo comitê de ética,
- se todos os procedimentos do estudo estão em conformidade com os princípios internacionais para a pesquisa biomédica envolvendo animais (<http://www.the-aps.org/publications/journals/guide.htm>).

Os trabalhos que não atenderem a esses critérios não serão aceitos.

3. Conflito de Interesses

- Após as referências bibliográficas, os autores deverão informar a existência ou não de conflito de interesses.
- Em documento à parte os autores deverão redigir o seguinte texto: “Os autores abaixo-assinados, do artigo intitulado _____, declaram ter não ter nenhum potencial de conflito de interesse em relação ao presente trabalho, submetido à **Lifestyle Journal**. Acrescentar local e data, nome por extenso dos autores e respectivas assinaturas.

4. Copyright

- Todos os artigos publicados na **Lifestyle Journal** passam a ser de propriedade da Revista e do UNASP, e não poderão ser publicados novamente sem permissão por escrito dos editores.
- O documento de cessão dos direitos autorais dos artigos aceitos para publicação deverá ser obtido pelos autores no site da Revista, preenchido, assinado e enviado à **Lifestyle Journal** juntamente com o texto submetido.
- Adicionalmente, as leis relativas ao “copyright” proíbe a Lifestyle Journal de publicar material sem prévia autorização de outras revistas, livros, fontes ou dos autores. Portanto, qualquer material que não seja dos próprios autores e que esteja vinculada a outra fonte editora, deve ter a devida autorização por escrito antes de ser incluída no artigo.
- A Lifestyle Journal exigirá cópia da autorização nesses casos.