

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

Luana Rodrigues Rosseto Felipe

**ESTILO DE VIDA E DOR CRÔNICA: INTERVENÇÃO EDUCATIVA COM
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

**UBERABA
2020**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

Luana Rodrigues Rosseto Felipe

**ESTILO DE VIDA E DOR CRÔNICA: INTERVENÇÃO EDUCATIVA COM
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Fisioterapia, área de concentração “ Avaliação e Intervenção em Fisioterapia”

(Processo de Avaliação e Intervenção Fisioterapêutica do sistema Musculoesquelético), da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Lislei Patrizzi Martins.

**UBERABA
2020**

Catálogo na fonte:

Biblioteca da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

F353e Felipe, Luana Rodrigues Rosseto
Estilo de vida e dor crônica: intervenção educativa com agentes comunitários de saúde / Luana Rodrigues Rosseto Felipe. -- 2020.
133 p. : il., fig., tab.

Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2020
Orientadora: Profa. Dra. Lislei Jorge Patrizzi Martins

1. Saúde pública. 2. Agentes comunitários de saúde 3. Estilo de vida. 4. Dor crônica. 5. Qualidade de vida. I. Martins, Lislei Jorge Patrizzi. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 614

Sônia Maria Rezende Paolinelli
Bibliotecária CRB-6/1191

LUANA RODRIGUES ROSSETO FELIPE

Estilo de vida e dor crônica: intervenção educativa com agentes comunitários de saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Fisioterapia, área de concentração “ Avaliação e Intervenção em Fisioterapia”

(Processo de Avaliação e Intervenção Fisioterapêutica do sistema Musculoesquelético), da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre.

20 de fevereiro de 2020

Banca Examinadora:

Prof. Dr^a. Lislei Jorge Patrizzi Martins - Orientador
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof. Dr^a. Isabel Aparecida Porcatti de Walsh
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof. Dr^a. Márcia Cristina Teixeira Martins
Faculdade de Saúde Pública – USP SP

RESUMO

Introdução: Os hábitos de vida influenciam diretamente a saúde global dos indivíduos, impactando tanto nos índices de longevidade como na dinâmica socioeconômica de uma região. Os agentes comunitários de saúde são profissionais chaves na atenção primária a saúde, considerados multiplicadores e ponte entre comunidade e rede de saúde. O estímulo à mudanças de hábitos de estilo de vida considerando estes profissionais podem acelerar o processo de ampliação e reconhecimento da promoção de saúde envolvendo hábitos de vida saudáveis.

Objetivo: compreender quais aspectos de saúde são modificados com uma intervenção baseada em oito hábitos de estilo de vida em ACS do distrito sanitário I da cidade de Uberaba.

Materiais e métodos: estudo longitudinal, quantitativo e de intervenção realizado em unidades de saúde com 49 ACS. Com duração de um mês o protocolo de intervenção baseou-se em estimular gradativamente a inserção de oito hábitos de estilo de vida no cotidiano dos ACS. Para avaliação dos participantes foi utilizado um protocolo amplo de avaliação global de saúde. A análise estatística inicial envolveu uma análise descritiva dos dados, teste T pareado para os dados paramétrico e para os dados não paramétricos, o teste de Wilcoxon. Para analisar as variáveis categóricas, o teste de McNemar foi realizado. Além das correlações, a relevância clínica foi testada pelo Cohen'd.

Resultados: Houve diminuição da quantidade de comorbidades; melhora da religiosidade intrínseca; melhora dos aspectos da atividade física no trabalho e como meio de transporte; melhora da qualidade de vida geral e em seus domínios físicos e psicológicos; melhora do estilo de vida geral e também os seus aspectos relacionados a nutrição, exercício físico, ingestão hídrica, ar puro e descanso; melhora dos escores da mini avaliação nutricional, dos índices de sono e também da saúde mental; melhora da pressão arterial sistólica, frequência cardíaca, frequência respiratória e saturação parcial de oxigênio; diminuição das mensurações de circunferência abdominal; melhora da performance funcional no teste de sentar e levantar; diminuição dos pontos de dor e melhora da percepção de saúde dos ACS.

Conclusão: o protocolo de intervenção baseado em oito práticas de estilo de vida foi capaz de melhorar os aspectos de saúde avaliados em ACS do distrito sanitário um da cidade de Uberaba.

ABSTRACT

Introduction: Life habits directly influence the global health of individuals, impacting both longevity rates and the socioeconomic dynamics of a region. Community health agents are key professionals in primary health care, considered multipliers and a bridge between the community and the health network. Stimulating changes in lifestyle habits considering these professionals can accelerate the process of expanding and recognizing health promotion involving healthy lifestyle habits. **Objective:** to understand which aspects of health are modified with an intervention based on eight lifestyle habits in CHA from health district I in the city of Uberaba. **Materials and methods:** longitudinal, quantitative and intervention study carried out in healthcare units with 49 CHA. The intervention protocol, which lasts one month, was based on gradually encouraging the insertion of eight lifestyle habits in the daily lives of CHA. A comprehensive global health assessment protocol was used to assess the participants. The initial statistical analysis involved a descriptive analysis of the data, a paired T test for the parametric data and for the non-parametric data, the Wilcoxon test. To analyze categorical variables, the McNemar test was performed. In addition to the correlations, the clinical relevance was tested by Cohen'd. **Results:** There was a decrease in the amount of comorbidities; improvement of intrinsic religiosity; improvement of aspects of physical activity at work and as a means of transportation; improvement of the general quality of life and in its physical and psychological domains; improvement of the general lifestyle and also its aspects related to nutrition, physical exercise, water intake, fresh air and rest; improvement of the scores of the mini nutritional assessment, of the sleep indices and also of the mental health; improvement in systolic blood pressure, heart rate, respiratory rate and partial oxygen saturation; decrease in waist circumference measurements; improved functional performance in the sit and stand test; decrease in pain points and improvement in the health perception of CHA. **Conclusion:** the intervention protocol based on eight lifestyle practices was able to improve the health aspects evaluated in CHA from health district one in the city of Uberaba.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1 Agentes Comunitários de Saúde	12
2.2 Uberaba e seu contexto em saúde	14
2.3 Estilo de Vida e Saúde	16
2.4 Estilo de Vida <i>New Start</i>	18
2.4.1 Alimentação Saudável	18
2.4.2 Exercícios Físico	21
2.4.3 Ingestão adequada de água	22
2.4.4 Exposição à luz solar	24
2.4.5 Temperança	25
2.4.6 Ar puro e respiração	27
2.4.7 Descanso e sono	29
2.4.8 Confiança em Deus/ Espiritualidade	30
2.5 Justificativa	31
3. MATERIAIS E MÉTODOS	32
3.1 Desenho do estudo e questões éticas	32
3.2 Amostra	33
3.3 Procedimentos e coleta de dados	34
3.4 Instrumentos para coleta de dados	34
3.4.1 Dados sociodemográficos e econômicos	34
3.4.2 Hábitos, adversidades em saúde e filhos	35
3.4.3 Presença de comorbidades	35
3.4.4 Auto percepção de saúde	35
3.4.5 Índice de Religiosidade	35
3.4.6 Prática de Atividade Física	36
3.4.7 Qualidade de vida	36
3.4.8 Avaliação Nutricional	37
3.4.9 Avaliação do estilo de vida saudável	37
3.4.10 Sono	38
3.4.11 Saúde Mental	38
3.4.12 Avaliação física	38
3.5 Intervenção Educativa	39
3.6 Análise estatística	40
4. RESULTADOS	41
5. CONCLUSÕES	50
6. PERCEPÇÕES	51
6.1 Contato inicial	51
6.2 Vínculo	51
6.3 Metodologia dos encontros	51
6.4 Envolvimento da unidade	52
6.5 Assumir responsabilidade do próprio cuidado	53

6.6 Diferenças espaciais	53
7. REFERÊNCIAS	54
8. APÊNDICES E ANEXOS	62
8.1 Anexo I	62
8.2 Apêndice I	64
8.3 Apêndice II	67
8.4 Apêndice III	101
8.5 Apêndice IV	102
8.6 Apêndice V	123

1. INTRODUÇÃO

Inicialmente, neste tópico introdutório, nos propomos a discorrer brevemente sobre o surgimento deste projeto.

O curso de graduação em fisioterapia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro possui uma disciplina de um semestre voltada para o estudo da saúde do idoso, na qual a professora Dr^a Lislei demonstra toda sua paixão e comprometimento com área. Desde que cursei esta disciplina (2012), decidi que esta seria uma grande área de interesse profissional. Com o passar do tempo e das disciplinas do curso, percebi o quão amplo a saúde do idoso poderia ser e que todas as áreas aplicadas da fisioterapia, se encaixavam nessa grande área.

Após formada, tive a oportunidade de estar na residência integrada multiprofissional em saúde do idoso, onde tive tantas experiências, que talvez não seria possível descrever somente em palavras. Foi na residência que comecei a observar a saúde do idoso de uma forma diferente. Mesmo tendo conceitos claros do processo de envelhecimento desde a graduação, na residência percebi que poderia contribuir de alguma forma para ajudar a ampliar a atuação profissional desta área. Pensar especificamente no indivíduo idoso é uma necessidade real de toda a área de saúde. E mais, as áreas humanas, sociais, ambientais e exatas, também estão cada vez mais despertando para essa demanda mundial. Mas é preciso mais! É preciso pensar desde uma gestação. É preciso pensar ao longo da vida. Todas nossas ações têm consequências, na saúde não seria diferente. Fazendo um levantamento rápido de trabalhos científicos, muitos grupos pensavam dessa forma também. E como fazer isso em Uberaba?

Durante o trabalho de conclusão de curso da residência, desenvolvemos junto com o projeto de extensão “Educação em Saúde: Mexa-se pela Vida”, um levantamento de dois anos de coletas de indivíduos que experimentaram durante uma semana, hábitos mais saudáveis de vida. Estes hábitos serão melhor explicados nessa dissertação, mas em resumo, são oito hábitos que compõem um estilo de vida mais saudável, que impactam diretamente na saúde e longevidade dos indivíduos. Decidi vivenciar na prática estes hábitos e experimentar as dificuldades que essa mudança pode trazer. Pois como orientar algo que não estamos nem propostos a praticar? Precisava mudar e mesmo com vinte e poucos anos, as mudanças eram perceptíveis.

As buscas teóricas não paravam e aos poucos fomos percebendo que quem chegava a este projeto de extensão, eram pessoas mais motivadas a mudanças, com um poder aquisitivo e educacional diferente da grande maioria dos brasileiros. Era preciso pensar em novas

estratégias. A professora Lislei então, já no mestrado, propôs a abordagem dos agentes comunitários de saúde.

Uma ideia bastante motivadora. Os agentes são profissionais chaves, que levam informações sobre saúde o dia inteiro. É a própria comunidade dentro da Rede de Atenção à Saúde como profissão. Uma grande oportunidade de aplicar a tão falada medicina de estilo de vida. Os desafios não foram poucos, mas a convivência diária com os agentes que a residência me proporcionou e ter passado pelo projeto de extensão “Educação em Saúde: Mexa-se pela Vida”, facilitou o processo.

Há grupos fortes no mundo que “encaram” as intervenções de estilo de vida, mas no Brasil ainda faltam mais iniciativas. A professora Dr^a Márcia Cristina Teixeira Martins, também trouxe muitas contribuições para o clareamento e ampliação de ideias e conceitos.

Embora tenha muito pouco experiência profissional e de vida, acredito que todos nós, profissionais da saúde, entendemos a importância de hábitos como se alimentar melhor ou praticar atividade física. Tenho a impressão que estas falas se tornaram pontos finais de orientação: *“Recomendo que o senhor faça isso, isso, isso, tente se alimentar melhor e não falte ao grupo de atividade física, hen?”*. São orientações importantes, mas aparentemente há uma “banalização” ou uma ideia de que já é obrigação daquele indivíduo saber a importância dos hábitos de estilo de vida. De uma forma um pouco melhor, os profissionais de saúde compartmentam os hábitos, de acordo com sua categoria profissional. O nutricionista, o educador físico, o fisioterapeuta, o médico, o psicólogo e assim por diante, cada profissional traz orientações importantes. Mas todos têm acesso a estes profissionais? Todos conseguem juntar todas essas orientações e pensar na importância que isso pode trazer para sua saúde? A medicina de estilo de vida vem justamente para criar estratégia efetivas e mais amplas, sem invadir a atuação profissional específica, mas ajudar e fortalecer a promoção da saúde.

Embora aparentemente as discussões permeiem a saúde física humana, este tema teria infinitas discussões como mídia, marketing, indústria farmacêutica, influencia digital, processo formativo acadêmico, banalização da promoção da saúde e valorização da alta tecnologia e muitos outros.

Foi então, no meio de tantas buscas acadêmicas, observações e vivências pessoais, que este projeto se concretizou, realizando como proposta de intervenção a vivência educativa de um novo estilo de vida com agentes comunitários de saúde. Para além dos resultados numérico apresentados neste trabalho, o início de uma movimentação articulada entre Universidade e Secretaria da Saúde e da Educação são a continuidade não só de uma linha de pesquisa, mas de um verdadeiro sonho de ter uma família, uma cidade, uma região e quem sabe um país mais

saudável e consciente de suas escolhas. Porque escolher é preciso, mas ainda mais preciso é conversar sobre o como e o porquê de fazer uma escolha. Isso é saúde, isso também é fisioterapia!!!

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada um eixo norteador do Sistema Único de Saúde (SUS) e também a principal porta de entrada da população aos serviços da Rede de Atenção à Saúde (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

A implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, pelo Ministério da Saúde, que em 1994 se estende para todo o Brasil e a criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, que gradualmente se torna a principal estratégia para a ampliação do acesso de primeiro contato e de mudança do modelo assistencial e que se transforma, pouco mais de dez anos depois, já então como eixo norteador da base do SUS, em Estratégia de Saúde da Família, enunciada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, e posteriormente revisada em 2011 e 2017, a APS ganha uma nova organização (BRASIL, 2017).

Desde a criação do PACS, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são considerados mediadores entre a população e à Rede de Atenção à Saúde, atuando principalmente na promoção de saúde e prevenção de doenças junto a comunidade. O trabalho dos ACS é permeado pelas dimensões políticas e sociais do trabalho em saúde, com uso predominante de tecnologias leves, como comunicação, recepção, vínculo, diálogo e escuta (ALONSO; BÉGUIN; DUARTE, 2018).

Destacam-se dentre as atribuições de um ACS, a realização de cadastros de usuários e familiares, orientações referentes aos serviços de saúde, acompanhamento domiciliar, desenvolvimento de ações educativas e, além disto, a realização e a integração entre comunidade e equipe de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Em agosto de 2018, 263.756 ACS estavam cadastrados no Ministério da Saúde, presentes em 98% dos municípios brasileiros (BRASIL, 2018). Em um estudo realizado em mais de 100 municípios brasileiros, o perfil dos ACS no Brasil pôde ser melhor compreendido. Mais de 80% dos ACS eram do sexo feminino (83,2%), a mediana de idade foi de 39 anos, mais de 80% referiram possuir ensino médio completo, e 18,8%, superior incompleto ou completo. Mais de 70% dos ACS referiram renda familiar entre 1 e 1,5 salário mínimo, e quase 16%, de até 1 salário mínimo (NUNES et al., 2018).

A inserção destes profissionais de saúde no SUS trouxe avanços no desenvolvimento de atividades sanitárias consideradas de baixa complexidade e alto

impacto, como a terapia de reidratação oral, o estímulo à vacinação e ao aleitamento materno, bem como o acompanhamento de gestantes e do crescimento de crianças, alcançando significativas melhoras em indicadores como a morbidade e a mortalidade materna e infantil (MOROSINI; FONSECA, 2018).

Quando envolvem ações de educação em saúde, o ACS passa a ser visto, potencialmente, como educador em saúde. A efetivação do trabalho do ACS como educador aponta dois desafios, como a apropriação e a instauração de práticas associadas ao conceito ampliado de saúde, bem como o trabalho integrado de toda Equipe de Saúde (MACIAZEKI-GOMES et al., 2016).

A visita domiciliar é uma responsabilidade importante para os ACS, sendo a principal forma de vínculo entre os serviços de saúde e a comunidade (NUNES et al., 2018). É esperado não só que o ACS construa vínculos entre a comunidade e os serviços de saúde, mas que também desempenhe o papel de mediador social, sendo a voz da comunidade dentro do serviço de saúde. Neste contexto, há a consideração de que os ACS se sentem responsáveis pelos problemas identificados na comunidade e se solidarizam com o sofrimento das pessoas (MOTTA et al., 2015).

Apesar do reconhecimento do trabalho dos ACS e de seu importante papel na construção de vínculos, os estudos sobre a prática dos ACS apontam para algumas dificuldades em seu cotidiano (GUANAES-LORENZI; PINHEIRO, 2016). Alguns aspectos considerados limitantes ao trabalho dos ACS envolvem, as questões socioeconômicas das famílias assistidas, dificuldades no acolhimento e vínculo com algumas famílias, baixa remuneração, falta de capacitação, falta de resolutividade dos casos, de reconhecimento profissional por parte da população, de instrumentos e tecnologias. Os principais apontamentos para a desmotivação e fragilidades nas relações de trabalho dos agentes, relacionam-se ao fato de atuarem em condições vulneráveis, com exposição aos fatores climáticos, difícil acesso às residências, indiferença de parte da população, desvalorização da profissão e estruturas falhas (NASCIMENTO et al., 2017).

Um outro fator negativo considerado é a visão do ACS como um profissional polivalente, desempenhando determinadas funções, como por exemplo, o ofício de recepcionar os pacientes, realizar o agendamento de consultas, organização de instrumentais e documentos (pastas, protocolos e prontuários) e a gestão do almoxarifado. Estas atuações trazem para a profissão a indefinição das margens das suas

atribuições profissionais e da idealização do seu papel, tendo o escopo de atuação constantemente alargado (ALONSO; BÉGUIN; DUARTE, 2018).

É válido destacar também que a formação profissional dos ACS é considerada insuficiente, tendo como principais lacunas o excesso de padronização de conteúdos que abordam temas predominantemente técnico-científicos e que não incluem dados sobre a realidade local, falta de foco nos aspectos teóricos e práticos que poderiam auxiliá-los, gestão de problemas familiares e sociais e restrição das jornadas de trabalho oferecidas para tal atividade (ALONSO; BÉGUIN; DUARTE, 2018).

Com as atribuições e responsabilidades apresentadas, a formação e educação permanente dos ACS é fundamental para que estes busquem atender às necessidades das famílias, focando as ações de saúde para além das práticas curativas (MOTTA et al., 2015). Em um estudo foi encontrada baixa porcentagem de profissionais de saúde, incluindo ACS, que se sentem preparados ou treinados para aconselhar os pacientes sobre comportamentos saudáveis, um dos focos principais da promoção de saúde (HIDALGO et al., 2016).

Os desafios profissionais dos ACS parecem interferir em sua própria saúde, conforme demonstrou um trabalho de revisão, em que os resultados mostraram que 42% dos ACS referiram problemas de saúde, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, sendo que 67% destes trabalhadores informaram que faziam uso regular de medicamento. Os transtornos mentais comuns (TMC) foram referidos por 16% dos trabalhadores. As dores nos membros inferiores, estresse, tensão, cansaço, insônia, pressão alta, diabetes foram as queixas mais presentes relatadas. A prevalência do esgotamento profissional identificada (24%) foi maior do que a encontrada em oncologistas brasileiros (7,8%) e em trabalhadores de enfermagem (16,2%), porém abaixo da média descrita para profissionais de saúde em outros países (33,8%) (CAMELO; GALON; MARZIALE, 2012).

Diante destes dados, torna-se clara a importância dos esforços em saúde envolvendo esta população, que pode interferir não só na sua qualidade de vida, como também na qualidade da assistência prestada.

2.2 Uberaba e seu contexto em saúde

Uberaba é um município brasileiro do interior do estado de Minas Gerais. Localiza-se na região do Triângulo Mineiro. Sua população em julho de 2017, segundo a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, era de 328 272 habitantes, o oitavo município mais populoso do estado e o 81º mais populoso do Brasil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017).

É um município de referência polo da macrorregião de saúde Triângulo do Sul em Alta Complexidade, sede da Superintendência Regional de Saúde Estadual (SRS), também referência para a microrregião de Uberaba em Média Complexidade. Na formação de profissionais para a prestação de serviços em saúde, tem como alicerce tradicional a Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), sendo seu Hospital de Clínicas (HC) referência na atenção à Alta Complexidade; e a Universidade de Uberaba (UNIUBE), com seu hospital Mário Palmério, voltado à atenção de Média Complexidade. Recentemente, o Hospital Regional vem dando suporte aos complexos de saúde na cidade (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014).

O HC-UFTM atende 27 municípios que compõem a macrorregião Triângulo Sul do Estado de Minas Gerais como único hospital que oferece atendimento de alta complexidade, 100% pelo SUS. Recebe, ainda, pacientes de outras regiões de Minas Gerais e de diversos estados brasileiros. Responde por 73% de toda a média e alta complexidade da macrorregião e por 100% da alta complexidade na mesma área, com exceção do tratamento de câncer (SIAB, 2018).

No ano de 2015, segundo o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), o número de pessoas hipertensas registradas na cidade era 176.273 pessoas, enquanto que o número de diabéticos registrados foi de 58.432 pessoas. O número de registros de acidente vascular cerebral no mesmo ano foi de 69 casos e de infartos agudo do miocárdio de 77. Mesmo entendendo que existem subnotificações e ainda algumas limitações nos sistemas de saúde, certamente são números alarmantes tendo em vista que essas doenças ou condições de saúde são influenciadas pelos hábitos de vida (SIAB, 2018).

O Sistema de Saúde da cidade está organizado em três Distritos Sanitários e a rede básica de atenção à saúde é formatada em Unidades de Saúde de Família (USF), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Matriciais de Saúde (UMS) e Unidades Regionais de Saúde (URS). O distrito sanitário I é composto por 11 Unidades de Saúde, sendo três UMSs, seis USFs, uma UBS e uma URS. O distrito sanitário II é composto por 10 Unidades de Saúde, sendo duas UMSs, sete USFs e uma UBS. O distrito sanitário

III é composto por nove Unidades de Saúde, sendo duas UMSs, cinco USFs, uma UBS e uma URS (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014). O distrito sanitário I é o maior, tanto em área de abrangência como em quantidade de profissionais de saúde atuante, contando com 119 ACS.

Entendendo a dinâmica de saúde da cidade e a importância regional que ela apresenta, tanto as unidades de ensino como os órgãos políticos regionais, possuem responsabilidades no que diz respeito ao tratamento de morbidades e, principalmente, criação de estratégias de prevenção de doenças e promoção da saúde mais efetivas na região.

2.3 Estilo de Vida e Saúde

Com o aumento constante da expectativa de vida no Brasil e no mundo, nas últimas décadas, as discussões sobre envelhecimento saudável ou bem-sucedido vem ganhando destaque. Embora ainda não exista uma definição final para envelhecimento saudável, as principais publicações o caracterizam como tendo um baixo risco de doença e incapacidade relacionada à doença, alta capacidade funcional cognitiva e física e estar ativamente envolvido com a vida (COSCO et al., 2014).

As reflexões para o alcance do envelhecimento saudável baseiam-se em fatores de estilo de vida potencialmente modificáveis. Segundo a Organização Mundial da Saúde, estilo de vida é “o conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização” (WHO CENTRE FOR HEALTH DEVELOPMENT (KOBÉ, 2004). As perspectivas brasileiras estão de acordo com as diretrizes e princípios do plano da OMS, abordando os quatro principais fatores de risco modificáveis: sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada e consumo abusivo de bebidas alcoólicas. Todos estes fatores de risco estão fortemente associados às doenças crônicas não transmissíveis e ainda são responsáveis em grande parte, pela epidemia de sobrepeso e obesidade e pela elevada prevalência de hipertensão arterial e hipercolesterolemia no país (BRASIL, 2011, MALTA; SILVA JR., 2014).

Uma revisão sistemática mostrou que a ingestão de álcool, o tabagismo, a inatividade física e a baixa ingestão de frutas, verduras e legumes são os principais fatores que comprometem o estilo de vida saudável. Para os adultos jovens, ainda se incluem os comportamentos de risco sexual. Indivíduos sem estudo ou com ensino médio completo eram mais propensos a se envolver em múltiplos comportamentos de

risco em comparação com aqueles que frequentaram o ensino superior (MEADER et al., 2016).

Os envolvimento socioeconômicos são uma realidade quando se aborda o estilo de vida, porém, mesmo com um início de vida desfavorecido, incluindo pouca escolaridade e pais com condições econômicas baixas, a probabilidade de entrar na velhice com capacidades físicas e mentais aprimoradas é influenciada por comportamentos de saúde na meia-idade e exposição a estressores psicossociais (BRITTON et al., 2008).

Os fatores de risco comportamentais geralmente podem ser tratados de forma eficaz por meio de tratamento comportamental ao longo do tempo. Intervenções comportamentais intensivas e em várias sessões podem ser muito mais eficazes do que abordagens menos intensivas. Os esforços para essas mudanças podem ser mais efetivos por meio de mudanças ambientais universais e políticas (por exemplo, impostos, subsídios e leis) que visam tornar os comportamentos saudáveis uma escolha padrão (SPRING; MOLLER; COONS, 2012).

As ampliações no âmbito educacional trazem a aquisição de conhecimentos, a troca de experiências saudáveis e principalmente a busca do bem-estar e da satisfação pessoal. Entendendo o desenvolvimento humano como uma construção contínua, a medida que o comportamento saudável é conhecido e colocado em prática, há uma contribuição para uma formação humana complexa capaz de intervir na sociedade na propagação de comportamentos saudáveis (ALMEIDA; CASOTTI; SENA, 2018).

Compreendendo a dimensão sobre hábitos de vida para além dos contextos físicos, considerando as reflexões sociais, econômicas e culturais envolvidas, algumas regiões no mundo são conhecidas por terem uma alta taxa de longevidade, baseadas em escolhas saudáveis de vida. Estas cinco regiões são conhecidas como *Blue Zones*, onde os bons hábitos de vida praticados ao longo dos anos, resultam em uma população com expectativa e qualidade de vida maiores do que o restante da população em geral (BUETTNER; SKEMP, 2016).

São consideradas *Blue Zones* as regiões de Loma Linda, Estados Unidos; Nicoya, Costa Rica; Sardenha, Itália; Ikaria, Grécia e Okinawa, Japão. Nove aspectos de “escolhas saudáveis” são pontuados para a longevidade encontrada nestes locais: mover-se naturalmente, evitando comportamentos sedentários; ter objetivo de vida ou senso de propósito; ter uma rotina que favoreça o abandono do estresse; ter refeições menores, principalmente no final da tarde; ingerir leguminosas com frequência e

diminuir a ingestão de carne, principalmente a carne de porco; ingerir vinho em pequenas quantidades; pertencer a alguma comunidade baseada na fé; ter familiares próximos e cuidar da família; ter círculo de amizades saudáveis e com os mesmos objetivos de vida (BUETTNER; SKEMP, 2016).

2.4 Estilo de Vida *New Start*

Loma Linda se destaca como uma *Blue Zone* em função de uma comunidade específica, os Adventistas do Sétimo Dia, que possuem diversos costumes e também hábitos de vida que de forma resumida envolvem: alimentação saudável, prática de exercício físico, exposição adequada ao sol e ao ar puro, repouso e descanso, ingestão de água adequada, temperança e confiança em Deus. Estes hábitos em conjunto contemplam um estilo de vida chamado Estilo de Vida *New Start* (SLAVÍČEK et al., 2008).

2.4.1 Alimentação saudável

Uma alimentação rica em frutas e hortaliças pode ser benéfica para a saúde, despertando o interesse em dietas a base de vegetais. Estudos relataram um efeito protetor significativo deste tipo de dieta na mortalidade por doenças isquêmicas cardíacas e na presença de cânceres em geral (DINU et al., 2017), além de estar associada a menor prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares (MATSUMOTO et al., 2019). Tais padrões alimentares apresentam outro benefício importante ao observar evidências de estarem associados à redução de marcadores inflamatórios, como a proteína C-reativa, fibrinogênio e concentrações leucocitárias totais (CRADDOCK et al., 2019).

Uma meta análise publicada na JAMA em 2019, concluiu que escolhas alimentares baseadas em plantas está inversamente associada ao risco de desenvolver diabetes tipo 2. A alimentação baseada em plantas inclui frutas, legumes, cereais integrais, legumes e nozes (QIAN et al., 2019). Dietas compostas por estes grupos alimentares contêm fibras, vitaminas e minerais, antioxidantes, compostos fenólicos e ácidos graxos insaturados, que melhoram a sensibilidade à insulina (KAHLEOVA et al., 2018) e a pressão arterial (YOKOYAMA et al., 2014), reduzem o ganho de peso a longo prazo e melhoram a inflamação sistêmica (HAGHIGHATDOOST et al., 2017),

vias envolvidas na maioria das doenças crônicas não transmissíveis (EICHELMANN et al., 2016).

Há também benefícios descritos na literatura de que dietas ricas em frutas, legumes e verduras, além de reduzirem os riscos de doenças cardiovasculares, cânceres e a mortalidade em geral, são benéficas para a prevenção de osteoporose, reforçando a importância da ingestão de alimentos mais saudáveis e naturais (AUNE et al., 2017, HU; CHENG; JIANG, 2018).

Por outro lado, dietas não saudáveis, ainda que baseada em vegetais, representam um risco maior de morbidade e mortalidade, sendo considerado mais elevado do que o sexo inseguro e o uso de álcool, drogas e tabaco juntos (WILLETT et al., 2019). Os aumentos no consumo de carne vermelha, especialmente carne processada, são associados a um maior risco de morte, portanto a substituição do consumo de carne vermelha e processada por alternativas alimentares saudáveis devem ser consideradas (VIRTANEN et al., 2019, ZHENG et al., 2019). A carne vermelha, embutidos e leite também foram positivamente associados com o risco de câncer, enquanto que vegetais, particularmente frutas, foram considerados protetores para o câncer (DE STEFANI et al., 2013).

Quando comparados, indivíduos que tem dieta a base de vegetais, tem menos gordura saturada em relação aos que optam por dietas baseadas em produtos de origem animal. Também foi encontrado em indivíduos vegetarianos, um perfil de risco cardiometabólico favorável, incluindo menor peso corporal, colesterol LDL, glicemia de jejum, pressão arterial e triglicérides. Essas observações sustentam outras evidências de que as dietas saudáveis baseadas em vegetais provavelmente reduzirão o risco de doenças cardiovasculares e diabetes (BENATAR; STEWART, 2018).

A forma de se alimentar possui relação direta não só com a saúde humana, mas também com a saúde ambiental. Dietas compostas por maiores quantidades de açúcares refinados, gorduras refinadas, óleos e carnes, podem estar relacionadas, nos próximos anos, a um aumento estimado de 80% nas emissões globais de gases de efeito estufa agrícolas, desde a produção de alimentos até o desmatamento global. Escolhas alimentares baseadas em vegetais estão inversamente associadas a estes efeitos. Inclui frutas, verduras, cereais integrais, legumes e nozes que contém fibras, vitaminas e minerais como base alimentar, podem reduzir as emissões globais de gases de efeito estufa agrícolas, reduzir o desmatamento e as extinções de espécies resultantes, além de prevenir doenças crônicas não transmissíveis

relacionadas. Dessa forma, a relação entre saúde-ambiente-dieta é considerada um desafio global e uma oportunidade de grande importância ambiental e de saúde pública (TILMAN; CLARK, 2014).

Além das questões ambientais, um outro fato a ser considerado sobre a alimentação saudável, são questões referentes ao seu custo. Escolhas alimentares são processos complexos, influenciadas tanto por fatores biológicos quanto por fatores sociais, culturais e econômicos, relacionando-se com a renda familiar e com o preço dos alimentos. A redução dos preços de frutas e hortaliças pode influenciar positivamente a inclusão destes produtos na alimentação da população brasileira (CLARO; MONTEIRO, 2010).

Um trabalho realizado no Brasil, estudou o preço por caloria dos grupos alimentares no país. Foram identificados que, enquanto alimentos frescos como carnes, leite, frutas e hortaliças tendem a custar mais caro que alimentos ultraprocessados, os grãos secos (como o arroz e o feijão) são uma alternativa mais econômica para a adoção de práticas alimentares saudáveis (CLARO et al., 2016). Estes dados podem auxiliar na compreensão de que escolhas alimentares mais saudáveis e mais baratas, também envolvem organização em relação a quantidades de produtos de cada grupo alimentar.

Ainda em uma perspectiva de ultrapassar as reflexões puramente biológicas, uma proposta feita por pesquisadores dos Estados Unidos (EUA), identificou estratégias de custo-benefício capazes de melhorar a saúde dos americanos. O estudo simulou o que aconteceria se o sistema de saúde dos EUA cobrisse 30% dos custos da população com alimentos saudáveis. Para isso, os cientistas consideraram o número atual de pessoas com idades entre 35 e 80 anos que estão inscritas em dois principais programas federais de saúde do país. Em um primeiro modelo, 30% do gasto das pessoas com frutas e verduras foram subsidiados. No segundo modelo, essa porcentagem também incluía cereais integrais, óleos vegetais e oleaginosas. Como resultados, o primeiro modelo evitaria, ao longo de 18 anos, 1,93 milhão de casos de doença cardiovascular e 350 mil mortes. Já o segundo modelo, seria capaz de prevenir 3,28 milhões de episódios de infarto e derrame, além de 120 mil diagnósticos de diabetes e 620 mil mortes em quase duas décadas. A economia anual para o governo dos EUA seria de 40 bilhões de dólares no primeiro modelo, e de 100 bilhões de dólares no segundo modelo (LEE et al., 2019).

Diante destes achados, incentivos econômicos e principalmente educacionais, parecem ser estratégias cabíveis para a ampliação da alimentação saudável com maior eficiência no Brasil.

2.4.2 Exercício físico

Fazer alguma prática de exercício físico, pelo menos uma vez por semana, está associado à redução do risco de desenvolver doenças cardiovasculares e diabetes entre adultos e idosos (BARRETO et al., 2017). Além das doenças cardiovasculares, há um menor risco de cânceres e mortalidade geral, em indivíduos que se mantem ativos (CELIS-MORALES et al., 2017) (MCAULEY et al., 2016).

Além disso, o exercício também auxilia na manutenção do sistema cognitivo em níveis elevados, uma vez que melhora o controle inibitório, a flexibilidade cognitiva e a memória de trabalho (LUDYGA et al., 2016). A prática de exercício físico pode desencadear processos que facilitam a neuroplasticidade, aumentando a capacidade do indivíduo de responder a novas demandas com adaptações comportamentais, melhorando sua aprendizagem e desempenho mental (HÖTTING; RÖDER, 2013).

A Organização Mundial de Saúde ressalta que a prática de atividade física reduz o risco de mortes prematuras, doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral, câncer de cólon e mama, diabetes tipo II, previne e reduz a hipertensão arterial, previne o ganho de peso, auxilia na prevenção ou redução da osteoporose, promove bem-estar, reduz o estresse, a ansiedade e a depressão (OMS, 2006).

Por outro lado, altos índices de estresse percebido foram associados ao comportamento sedentário em idosos (ASHDOWN-FRANKS et al., 2018). Pessoas com depressão e ansiedade também apresentaram maiores níveis de comportamento sedentário (STUBBS et al., 2018, VANCAMPFORT et al., 2018). O comportamento sedentário também mostrou relação com o aumento da dor lombar crônica (PESARICO et al., 2019).

Estima-se que a inatividade física seja a causa 6% das doenças coronarianas, 7% de diabetes tipo 2, 10% de câncer de mama, 10% de câncer de cólon e 9% de mortalidade prematura em todo o mundo. Se a inatividade física diminuir em 10%, mais de 533.000 mortes poderiam ser evitadas todos os anos. As estimativas ainda trazem que a eliminação da inatividade física aumentaria a expectativa de vida da população mundial em 0,68 anos (LEE et al., 2012).

Quanto às recomendações ideais para a prática de atividade física, o Brasil adota a recomendação da Organização Mundial da Saúde, que orienta adultos à prática de pelo menos 150 minutos por semana de atividade física moderada ou 75 minutos por semana de atividade física vigorosa, em sessões de pelo menos 10 minutos de duração (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Diante da importância desta prática de promoção de saúde, conhecer os motivos que levam os indivíduos a praticar ou não exercício físico é relevante. Em relação à musculação, um estudo demonstrou que os principais motivos de prática foram bem-estar, melhoria da saúde e estética corporal. Os principais motivos de desistência foram falta de tempo, atendimento profissional desqualificado e poucos aparelhos para a prática (DE LIZ; ANDRADE, 2016). Em outro estudo, diversão e bem-estar aparecem como principal motivo para os indivíduos que treinam sem o auxílio de um *personal trainer*, enquanto que prevenção da doença é o motivo que mais importa aos praticantes de exercício físico que recorrem ao auxílio de um *personal trainer* (KLEIN, 2017). Em idosos os principais fatores motivacionais são a saúde e a sociabilidade, seguidos pelo prazer e o controle do estresse (SILVA; AL, 2016).

Com relação aos fatores que levam as pessoas à prática da corrida de rua, o condicionamento físico e qualidade de vida foram os fatores que os participantes mais relatam como motivação para a prática desta modalidade esportiva (SANFELICE et al., 2017). Prazer e saúde aparecem como principais motivações para as atividades em academias ao ar livre (MATHIAS et al., 2019). Conhecendo os benefícios do exercício físico e as motivações que o trazem para a rotina dos indivíduos, este é mais um hábito de estilo de vida que deve ser estimulada.

2.4.3 Ingestão adequada de água

A água é o constituinte mais abundante do corpo humano e desempenha diversas funções orgânicas, sendo sua ingestão diária essencial à saúde. É bem conhecido que o estado de hidratação adequado está associado à preservação das funções físicas e mentais e que a ingestão de água é a melhor maneira de alcançar a hidratação (LIEBERMAN, 2007; MURRAY, 2007).

A correta ingestão hídrica desempenha papel fundamental no equilíbrio homeostático, na performance física e cognitiva, no fator protetor para delirium, nas funções gastrointestinais, renais e cardíacas, na resposta hemodinâmica e pressão arterial, na profilaxia para dores de cabeça e na manutenção da qualidade da pele (POPKIN; D'ANCI; ROSENBERG, 2010).

As recomendações de ingestão de água variam de acordo com diferentes órgãos de saúde. No Guia Alimentar para a População Brasileira indica-se um método prático para calcular a necessidade de água para indivíduos adultos, que consiste em considerar o consumo de 1 mL/kcal de energia gasta em condições moderadas de gasto energético

e temperaturas ambientais não muito elevadas. Por exemplo, para um gasto energético de 2000Kcal, seriam necessários 2 litros de água (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014a).

Há ainda recomendações que seguem como quantidade de líquidos adequada: 0,7 l / dia para crianças de 0 a 6 meses de idade; 0,6 / 1 dia para crianças de 7 a 12 meses de idade; 0,9 l / dia para crianças de 1 a 3 anos e 1,2 l / dia para crianças de 4 a 8 anos. Adolescentes do sexo masculino com idades entre 9 e 13 anos precisam de 1,8 l / dia, aqueles com idade entre 14 e 18 anos precisam de 2,6 l / dia e adultos do sexo masculino precisam de 3,0 l / dia. As adolescentes do sexo feminino com idades entre 9 e 13 anos precisam de 1,6 l / dia, as que têm entre 14 e 18 anos precisam de 1,8 l / dia e as mulheres adultas precisam de 2,2 l / dia (GRANDJEAN; CAMPBELL, 2004).

A média diária de ingestão oral de água, pelo adulto, também pode ser considerada como de 1.500 a 3.000l ou em torno de 30 a 40ml/kg de peso corpóreo (PHILIPPI, 2008).

As necessidades individuais devem ser levadas em consideração. Se o indivíduo consumir uma dieta com porções recomendadas de frutas, legumes e verduras, que contêm muita água, os cálculos para ingestão hídrica podem alterar. Da mesma forma, as recomendações variam de acordo com temperaturas mais quentes, ou quando a umidade relativa do ar é baixa, com o aumento das necessidades por atividade física, que eleva a produção de calor corporal e provoca a perda de água pela produção de suor, para regular a temperatura corporal (VITOLLO, 2008).

Durante as últimas décadas, vários tipos de bebidas com diferentes características foram desenvolvidos, como refrigerantes, águas com sabor ou diferentes tipos de infusões com diferentes propriedades, como sedativos, digestivos, antioxidantes são alguns exemplos. A seleção atual de bebidas é tão ampla que fica claro que deve haver recomendações específicas com relação a ingestão desses líquidos, levando em consideração de que a água pura não deve ser substituída por outros líquidos (NISSENSOHN et al., 2017).

Não é incomum as recomendações hídricas não serem atingidas (NISSENSOHN et al., 2017). A desidratação é o problema mais comum de líquidos e eletrólitos entre pacientes idosos (FRANGESKOU; LOPEZ-VALCARCEL; SERRA-MAJEM, 2015). Estudos recentes vêm mostrando que a hidratação inadequada também está presente em mais da metade das crianças (PERALES-GARCÍA et al., 2018).

Boca seca e pegajosa, sonolência ou cansaço, sede, diminuição da produção de urina, pouca ou nenhuma lágrima ao chorar, fraqueza muscular, dor de cabeça e tontura são sinais de desidratação leve a moderada. Já a desidratação grave pode ter sinais como sede extrema, irritabilidade e confusão mental, boca e pele muito seca, falta de transpiração, pouca ou nenhuma micção, olhos fundos, pele seca e enrugada, pressão sanguínea baixa, taquicardia, febre, delirium e inconsciência (JÉQUIER; CONSTANT, 2010). De acordo com estes achados, a hidratação humana é um tema essencial para os contextos de saúde.

2.4.4 Exposição à luz solar

A exposição à luz solar, também é considerada um bom hábito que promove saúde, e já vem sendo descrita há anos como benéfica ao ser humano. Nas últimas décadas, estudos relataram associações favoráveis entre a exposição à luz solar e benefícios como a prevenção do câncer de cólon, mama, próstata, linfoma não-Hodgkin, esclerose múltipla, hipertensão e diabetes, sendo tais efeitos, atribuídos à presença de vitamina D, sintetizada na pele mediante exposição à luz solar (HOEL et al., 2016).

Outras evidências relacionadas com a luz solar também demonstraram que imunomodulação, a formação de óxido nítrico, a melatonina, a serotonina e os relógios circadianos também estão beneficemente relacionados com a exposição ao sol (VAN DER RHEE; DE VRIES; COEBERGH, 2016). Sabe-se também que a exposição solar aumenta o óxido nítrico circulante, diminuindo os riscos para hipertensão e a doença cardiovascular (LIU et al., 2014)

As Diretivas de Saúde Pública da Exposição Solar trazem que todas as pessoas no mundo, independentemente da cor da pele ou latitude de residência, exceto aquelas com extraordinária sensibilidade à luz solar, devem obter exposição solar suficiente para manter um nível sérico ideais de vitamina D, tomando cuidado para evitar queimaduras solares (HOEL; DE GRUIJL, 2018).

Um estudo controlado, levou à estimativa de que cerca de meia hora de sol de verão do meio dia três vezes por semana com poucas roupas seria suficiente para que 90% dos caucasianos brancos atingissem um nível sérico ideal de vitamina D sem danos à saúde (WEBB et al., 2011).

A exposição insuficiente ao sol tornou-se um grande problema de saúde pública, exigindo uma mudança imediata no atual aconselhamento de saúde pública contra o sol. O público deve ser aconselhado a obter exposição solar suficiente e suplementação

de vitamina D, caso seja necessário. As advertências sobre os perigos da queimadura solar em qualquer idade também devem ser enfatizadas, bem como o estímulo aos exames periódicos para identificação precoce da deficiência de vitamina D (HOEL et al., 2016).

2.4.5 Temperança

O equilíbrio, também chamado de temperança ou sensatez deve ser analisado em todas as áreas da vida. O tipo de temperança discutido é a virtude da moderação e diz respeito à medicina por causa de sua conexão com a saúde envolvendo o autocontrole, equilíbrio, moderação, bem como abstinência de substâncias nocivas, tais como álcool, tabaco, drogas ilícitas e cafeína.

A vida consiste de um equilíbrio dinâmico, que se modifica constantemente entre estados de estresse e homeostase. Desta forma, as forças que alteram a homeostase são equilibradas por respostas adaptativas geradas pelo organismo. Os organismos multicelulares se adaptam a essas situações através de complexas alterações neurais, humorais e celulares, envolvendo múltiplos órgãos e tecidos. O organismo humano desenvolveu um sistema complexo, constituído por componentes do sistema nervoso central, incluindo os neurônios do núcleo paraventricular hipotalâmico, que produzem o hormônio de liberação da corticotrofina, núcleos noradrenérgicos do tronco cerebral com seus componentes periféricos, o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e o sistema nervoso autônomo, cuja principal função é manter a homeostase no repouso e em situações de estresse. Este sistema exerce importante influência em muitas funções vitais, como a respiração, o tônus cardiovascular e o metabolismo intermediário, que também são alteradas por estados de estresse (LOURES et al., 2002).

A homeostase corporal, bem como o domínio próprio podem ir além das funções puramente orgânicas. Em uma ampliação de conceitos, as escolhas de vida podem ser consideradas, como a abstinência às drogas, cigarros, álcool e outras substâncias inerentes ao prejuízo do corpo. Nesse sentido, os vícios são considerados desafios para a saúde pública (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013).

O tabagismo é considerado uma epidemia global. Estima-se que no Brasil vivam 20,1 milhões de fumantes, 14,8% da população maior de 18 anos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013). A frequência de adultos que fumam varia entre 5,5% em São Luís e 16,4% em Porto Alegre. As maiores frequências de fumantes foram encontradas, entre homens, em Porto Alegre (17,9%), Belo Horizonte (16,2%) e Cuiabá

(15,6%) e, entre mulheres, em Porto Alegre (15,1%), São Paulo (13,0%) e Curitiba (12,4%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b).

Em relação ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas (ingestão de quatro ou mais doses, para mulheres, ou cinco ou mais doses, para homens, em uma mesma ocasião dentro dos últimos 30 dias), os dados brasileiros apresentam uma variação entre 12,3% em Curitiba e 22,3% em Florianópolis. As maiores frequências, entre homens, foram observadas nas cidades de Florianópolis (34,4%), Salvador (32,0%) e Distrito Federal (31,9%) e, entre mulheres, em Belo Horizonte (16,0%), Rio de Janeiro (12,2%) e Distrito Federal (11,5%). As menores frequências do consumo abusivo de bebidas alcoólicas no sexo masculino ocorreram em Curitiba (20,8%), Manaus (20,9%) e Boa Vista (21,1%) e, no sexo feminino, em Manaus (4,5%), Curitiba (4,9%) e João Pessoa (5,1%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b).

Em relação a cafeína, o seu consumo excessivo está sendo cada vez mais reconhecido pelos profissionais de saúde e pelas agências reguladoras como potencialmente prejudiciais. Os efeitos deste consumo excessivo vem sendo associados com a toxicidade da cafeína, sendo investigadas as suas associações com anomalias congênitas, cânceres e desidratação (TEMPLE et al., 2017).

Embora o consumo de substâncias nocivas ao organismo, como tabaco e bebidas alcoólicas, seja mais rapidamente lembrado, não menos importante, o consumo crônico de calorias abusivas também deve ser considerado. No Brasil, a frequência de adultos que referem o consumo de alimentos doces em cinco ou mais dias da semana varia entre 11,2% em Manaus e 23,2% em Porto Alegre. As maiores frequências são encontradas, entre homens, em Curitiba e Campo Grande (19,5%), Porto Alegre (19,1%) e Belo Horizonte (17,7%) e, entre mulheres, em Porto Alegre (26,5%), Curitiba (25,0%) e São Paulo (24,5%). Em relação ao refrigerante, a frequência de adultos que referem o consumo de refrigerantes em cinco ou mais dias da semana varia entre 6,9% em Natal e 28,6% em Porto Alegre (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b).

Quanto a substituição de comida por lanches ao menos sete vezes por semana, ou na metade das refeições possíveis, os dados encontrados variam entre 7,1% em João Pessoa e 26,4% em Belo Horizonte. Proporções ainda maiores são encontradas em adultos que referem o consumo de carnes com excesso de gordura, com porcentagens entre 21,1% em Salvador e 43,7% em Cuiabá (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b).

Tais levantamentos podem justificar os índices de excesso de peso em adultos encontrados, que variam de 46,4% em São Luís e 56,2% em Manaus. Além do excesso

de peso, a obesidade propriamente é ainda mais grave. A frequência de adultos obesos varia entre 14,3% em Florianópolis e 21,8% em Campo Grande (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014b). É preciso tratar a obesidade como um problema de saúde pública (MARTINS; MARTINS, 2018).

Estes dados refletem nos problemas de saúde encontrados no país, principalmente relacionados as doenças crônicas não transmissíveis. Entendendo a importância da temperança, equilíbrio ou domínio próprio de todas as ações referentes à saúde física e mental, estratégias para o alcance destas virtudes devem ser urgentemente repensadas. Em um estudo envolvendo o programa de “alcoólicos anônimos”, a função protetora da comunidade (tanto familiar quanto externa), foi considerada um aspecto positivo no enfrentamento do vício (KURTZ, 2017)

Diante destes achados, a temperança e o domínio próprio são fundamentais não só para a saúde mental como também para a saúde física.

2.4.6 Ar puro e respiração

O ar é essencial para a manutenção de uma vida com saúde. É através do ar que obtemos o oxigênio e outros gases inerentes à função orgânica. O fato de que, principalmente depois da revolução industrial, o ar na maioria das regiões do planeta tornou-se poluído também vem sendo estudado e relacionado com alterações na saúde dos indivíduos. Uma quantidade significativa de poluentes inalados atinge a circulação sistêmica através dos pulmões e pode causar efeitos deletérios em diversos órgãos e sistemas (BROOK et al., 2010). No Brasil, a Organização Mundial da Saúde estima que a poluição atmosférica cause cerca de 20 mil óbitos/ano, valor cinco vezes superior ao número de óbitos estimado pelo tabagismo ambiental/passivo (OBERG et al., 2011).

A poluição do ar afeta significativamente a modulação autonômica cardíaca, além de aumentar significativamente a pressão arterial diastólica e reduzir a função pulmonar (COLE-HUNTER et al., 2018). Também está relacionada com o início da depressão e aumento do risco de mortalidade (KIOUMOURTZOGLOU et al., 2017, DI et al., 2017). Evidências também sugerem que a poluição do ar pode induzir estresse oxidativo, neuroinflamação, ativação da micróglia e disfunção cerebrovascular, enquanto potencialmente altera a barreira hematoencefálica (GENC et al., 2012).

Como nem sempre é possível estar em locais com poluição do ar baixa ou sem poluição, os estudos vêm tentando entender o que seria possível realizar, mesmo em um

ambiente poluído, para diminuir os prejuízos causados pela poluição ambiental. Um estudo sugeriu que a exposição a curto prazo à poluição impede os efeitos cardiopulmonares benéficos da caminhada em pessoas com ou sem doenças cardiopulmonares crônicas (SINHARAY et al., 2018). Outro trabalho já sugere que a atividade cardiorrespiratória planejada, regular e sistemática influencia positivamente a integridade cerebral e os mecanismos de transporte de oxigênio, independentemente dos níveis de poluição do ar (MOLINA-SOTOMAYOR et al., 2019). Os benefícios da atividade física como caminhada e ciclismo, também superaram os danos causados pela poluição do ar em todas as concentrações de poluição do ar, exceto as concentrações mais extremas de poluição (TAINIO et al., 2016).

Juntamente com a atividade física, os exercícios respiratórios vêm sendo amplamente estudados, como mecanismo para melhorar não só a funcionalidade pulmonar, mas também a saúde geral dos indivíduos (KIM; HAN; KIM, 2019).

A respiração é influenciada tanto por estímulos involuntários (ex. Estímulos sensoriais) quanto por estímulos voluntários (ex. Estados emocionais). O centro respiratório pode alterar tanto a frequência como a amplitude dos movimentos respiratórios, que são bastante sensíveis ao pH (potencial hidrogeniônico) do plasma sanguíneo. Quando o sangue se torna mais ácido devido ao aumento do gás carbônico, o centro respiratório induz a aceleração dos movimentos respiratórios. Caso o pH fique abaixo do normal (acidose), o centro respiratório é excitado, aumentando a frequência e a amplitude dos movimentos respiratórios. Estes mecanismos ocorrem para a homeostase corporal (NETO, 2011).

O estresse e outros estados emocionais negativos promovem liberação de adrenalina que, frequentemente levam também à hiperventilação. Esta condição pode ser tão intensa ao ponto de influenciar o pH sanguíneo do indivíduo, refletindo nas contrações dos músculos de todo o corpo. Diante destas constatações, técnicas de relaxamento, como meditação, música e exercícios respiratórios, vêm sendo considerações para a melhora dos estados emocionais e saúde geral dos indivíduos (NETO, 2011).

A regulação da respiração natural sincroniza a atividade elétrica no córtex piriforme humano (olfatório), bem como modula áreas cerebrais relacionadas ao sistema límbico (que incluem a amígdala e o hipocampo, áreas cerebrais importantes que afetam a ansiedade, estresse e a memória) (ZELANO et al., 2016). A dor também pode ser

afetada por modulações envolvidas nos exercícios respiratórios, tanto supervisionados, como não supervisionados (TOMAS-CARUS et al., 2019).

A conscientização diafragmática também traz benefícios para os parâmetros ventilatórios gerais, melhorando as capacidades e volumes pulmonares, parâmetros essenciais para a proteção das funções respiratórias (BAHENSKÝ; MALÁTOVÁ; BUNC, 2019)

Tais fatos apresentados são relevantes não somente no contexto ambiental como também no contexto de saúde pública. A busca pela proteção ambiental, favorecendo a ampliação de ambientes com ar puro, deve ser uma estratégia para diminuir a poluição ambiental. Por outro lado, o incentivo à prática de exercícios físicos aeróbicos e respiratórios parecem ser alternativas para a proteção das funções respiratórias e estados emocionais.

2.4.7 Descanso e Sono

O descanso e o sono, também contribuem para uma vida com mais saúde e consequentemente menos doenças. O descanso envolve lazer, recreação, férias, descanso semanal e um tempo para si. O sono envolve funções fisiológicas complexas, naturais, necessárias ao organismo e ao cérebro, cuja finalidade é restaurar um padrão ideal de funcionamento do corpo. A quantidade recomendada de sono para atingir uma melhor saúde e qualidade de vida, varia ao longo da vida, com uma diminuição gradual do nascimento até a idade adulta. A duração é apenas um componente do sono, no entanto, a qualidade do sono tem sido destacada como mais importante e reconhecido elemento vital da saúde geral e bem-estar (BIRD, 2013).

Nota-se a importância do sono e do repouso quando se evidencia os prejuízos quando há restrição dos mesmos, como o mal funcionamento neurocognitivo em vigília, o prejuízo da atenção sustentada, função executiva e da memória a longo prazo (LOWE; SAFATI; HALL, 2017). A diminuição do sono ainda se demonstrou imunossupressora, aumentando a suscetibilidade a infecções, principalmente do trato respiratório superior, reforçando a importância do sono e repouso para a saúde (PRATHER et al., 2015).

Dormir pouco (menos de 7 horas por noite) ou muito (mais de 8 horas por noite) está positivamente associado à obesidade, diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares entre adultos (BUXTON; MARCELLI, 2010). O aumento do risco de desenvolver diabetes também já foi descrito na literatura tanto em indivíduos que dormem pouco, como também nos que dormem muito (YAGGI; ARAUJO;

MCKINLAY, 2006). A depressão, estresse, satisfação com a vida e auto eficácia nas relações sociais também são variáveis influenciadas por hábitos de vida, incluindo duração do sono (KLESZCZEWSKA et al., 2019).

Em relação às consequências a longo prazo da interrupção do sono em pessoas saudáveis, os trabalhos descrevem um aumento significativo dos indivíduos apresentarem hipertensão, dislipidemia, doença cardiovascular, problemas relacionados ao peso, síndrome metabólica, diabetes mellitus tipo 2 e câncer colorretal. A mortalidade por todas as causas também é aumentada em homens com distúrbios do sono. A qualidade de vida também é afetada em crianças e adolescentes e pode agravar os distúrbios gastrointestinais comuns (MEDIC; WILLE; HEMELS, 2017).

Diante de uma noite com menos de 7 horas de sono, períodos de sonolência diurna ocorrem com maior frequência, sendo associados com maiores chances de obesidade (MAUGERI et al., 2018). O comportamento sedentário, também está associado tanto a curto quanto a longo períodos do sono (ŠTEFAN; HORVATIN; BAIĆ, 2019).

Os aconselhamentos referentes a importância do descanso e de uma noite de sono adequada parecem ser relevantes ao estilo de vida saudável.

2.4.8 Confiança em Deus/ Espiritualidade

A espiritualidade tem uma de suas definições envolvidas com a maneira de estar no mundo, a qual a pessoa sente um senso de conexão com o eu, com os outros e/ou com um poder ou natureza mais elevados; um senso de significado na vida e transcendência além da vida cotidiana e do sofrimento (WEATHERS; MCCARTHY; COFFEY, 2016). Um outro conceito também é expressado por:

“A espiritualidade é um aspecto dinâmico e intrínseco da humanidade, através do qual as pessoas buscam significado, propósito e transcendência últimos, e experimentam relacionamento com o eu, família, outros, comunidade, sociedade, natureza e o significativo ou sagrado. A espiritualidade é expressa através de crenças, valores, tradições e práticas ” (PUCHALSKI et al., 2014).

A espiritualidade pode ajudar pessoas em várias circunstâncias e é fundamental para a vida em geral, especialmente se tratando da saúde em sua concepção holística. A literatura chama a atenção para que a espiritualidade compreende múltiplas dimensões que existem internamente ou que se manifestam externamente através de

comportamentos. A presença e o uso da espiritualidade podem levar a resultados como paz de espírito, auto realização e alívio do sofrimento (LEPHERD, 2015).

Seu papel na medicina e nos cuidados em saúde tem sido cada vez mais reconhecido nos últimos anos. As práticas espirituais estão associadas à proteção contra doenças e melhor qualidade de vida (MISHRA et al., 2017).

Os resultados de uma metanálise mostraram também que a religiosidade / espiritualidade foi associada à redução da mortalidade (CHIDA; STEPTOE; POWELL, 2009). O aumento da tolerância à dor e redução da intensidade da dor, também foi encontrada com uma intervenção baseada em meditação (SOLLGRUBER et al., 2018).

Muitas vezes os indivíduos que visitam os centros de saúde são vistos como uma “doença que precisa ser consertada” de maneira rápida e barata, em vez de seres humanos com necessidades complexas, incluindo aquelas de natureza espiritual. Como resultado, os pacientes/ clientes sentem-se sobrecarregados pelos inúmeros testes e medicamentos oferecidos a eles, em vez de terem a oportunidade de encontrar seus próprios recursos internos de saúde e auxílio para a cura. As considerações baseadas nas evidências de que o cuidado espiritual é um componente fundamental da assistência à saúde de alta qualidade, precisam ser reconhecidas pelos profissionais de saúde. (PUCHALSKI et al., 2014).

2.5 Justificativa

Uma grande parte dos profissionais de saúde no Brasil não se engaja em comportamentos de estilo de vida saudável, conforme mostrou um estudo com 798 destes profissionais de saúde, onde cerca de 50% dos médicos relataram ter apenas de 3 a 6 horas de sono por noite. Os médicos também com mais frequência (8,4%) relataram beber por 7 ou mais dias no último mês em comparação aos enfermeiros (4,3%) e aos ACS (3,4%). Mais ACS referiram ser fumantes atuais (7,4%) em relação aos enfermeiros (4,9%) e médicos (5,6%). Quase 12% dos médicos e ACS informaram que eram ex-fumantes. Em termos de consumo de vegetais e legumes, cerca de 36% dos médicos relataram comer 5 ou mais porções de frutas e / ou legumes por dia. Cerca de 26% dos ACS comeram 5 ou mais porções de frutas e / ou vegetais. No entanto, mais de 25% dos médicos, enfermeiros e ACS relataram comer de 0 a 2 porções de frutas e / ou legumes. Além disso, os médicos foram o grupo com menor prevalência de assistir à televisão por 4 ou mais horas por dia (4,5%), seguidos pelos enfermeiros (6%) e pelos

ACS (9%). Durante o período de lazer, os profissionais de saúde relataram que menos de 150 minutos por semana foram gastos com atividade física moderada a vigorosa: enfermeiros 40,3%, ACS 52,1% e médicos 46,9%. Estes dados defendem a importância de melhorias nas políticas nacionais de saúde existentes no Brasil (HIDALGO et al., 2016).

Os profissionais de saúde muitas vezes são exemplos para a comunidade que os procuram. Os dados apresentados acima deveriam alertar o quanto estes profissionais estão conseguindo praticar conhecimentos sobre saúde, adquiridos ao longo dos cursos superiores que os prepararam, revelando que nem sempre a teoria estudada condiz com as aplicações das vivências práticas, sendo ou não profissionais da saúde.

Mesmo ainda tendo um vasto campo de investigações a serem feitas, cada vez mais intervenções com o foco na medicina de estilo de vida vêm sendo incentivadas e incorporadas à prática clínica (BODAI et al., 2017). Os tipos de intervenções, bem como a forma de abordagem para o estímulo de hábitos de vida saudável, podem ser considerados novos desafios. A prevenção primária, considerando os fatores de risco já existentes e a promoção do estilo de vida saudável, parecem ser a associação mais condizente com os esforços para a melhora da saúde pública (SPRING; MOLLER; COONS, 2012).

Retomando o fato de que os ACS são profissionais que intermediam a comunidade e os serviços de saúde, abordagens de intervenção com o foco em estilo de vida para estes profissionais podem ser uma estratégia relevante e de impacto mais efetivo na saúde pública.

Diante de todos os expostos, o estudo justifica-se pela necessidade de propor modelos de intervenção envolvendo a vivência de práticas de estilo de vida.

Dessa forma, o objetivo do estudo é compreender quais aspectos de saúde são modificados positivamente com uma intervenção educativa baseada na vivência de 8 práticas de estilo de vida por ACS do distrito sanitário I da cidade de Uberaba.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo e questões éticas

Trata-se de um estudo longitudinal, quantitativo e de intervenção, realizado na

cidade de Uberaba-MG. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em seres humanos (CEP) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro nº 2.624.996/2018 (Apêndice 1). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2).

3.2 Amostra:

A amostra foi composta por 49 ACS do distrito sanitário I da cidade de Uberaba. Os bairros e as respectivas Unidades de Saúde envolvidas no estudo foram: B. Valim de Melo – UMS Álvaro Guaritá; B. Vila São Cristóvão – USF Dr. Edison Reis Lopes; B. Jardim Maracanã – USF Virilânea Augusta de Lima; B. Recreio dos Bandeirantes – USF Julieta Andrade; B. Parque São Geraldo – UBS Dona Aparecida C. Ferreira; B. Nossa Senhora da Abadia – UMS N Sra. Da Abadia; B. De Lourdes – UMS Maria Tereza; B. Costa Teles I – USF Rosa Maria; B. Residencial 2000 – USF Residencial 2000. Todos os ACS destas unidades de saúde foram convidados para o estudo. A composição da amostra está melhor detalhada na Tabela 1.

Como critérios de inclusão foram considerados: indivíduos de ambos os sexos; que se comprometeram com a proposta de 30 dias, com presença nas reuniões semanais; que realizaram as avaliações antes e após a intervenção; e que assinaram o TCLE. Os indivíduos que não cumpriram a metodologia proposta ou não realizaram as reavaliações, foram excluídos do estudo.

Tabela 1. Composição da amostra dos ACS do distrito sanitário I da cidade de Uberaba.

UNIDADE DE SAÚDE	TOTAL ACS	TOTAL AVALIADAS	Motivo da Não avaliação	TOTAL REAVALIADAS	Motivo da Não avaliação
UBS Dona Aparecida Conceição	18	13	1 em curso 2 férias 2 não quiseram	7	1 em curso 1 férias 4 desistiram
USF Virilânea Augusta de Lima (Jd. Maracanã)	5	3	1 em curso 1 férias	2	1 atestado falecimento mãe
URS São Cristóvão	6	5	1 não quis	4	1 em curso
USF Rosa Maria (Cartafina/ Costa teles)	18	15	2 férias 1 afastada	9	1 férias 5 desistiram

UMS Maria Tereza (Bairro de Lourdes)	18	11	3 em curso 4 não quiseram	4	5 em curso 2 não puderam comparecer na reavaliação
UMS Álvaro Guaritá (Valim de Melo/ Gameleira)	20	12	4 em curso 2 férias 2 não quiseram	8	3 em curso 1 desistiu
USF Residencial 2000	6	4	1 em curso 1 afastadas	4	Todos presentes
UMS N. Sr. Da Abadia	22	12	5 em curso 5 não quiseram	8	2 em curso 2 desistiram
USF Julieta Andrade (Recreio dos Bandeirantes)	6	5	1 de férias	3	2 desistiram
TOTAL	119	80	15 em curso 8 férias 2 afastamentos 14 não quiseram	49	12 em curso 2 férias 1 atestado 2 não puderam comparecer 14 desistiram

UBS: Unidade Básica de Saúde; USF: Unidade de Saúde da Família; URS: Unidade Regional de Saúde; UMS: Unidade Matricial em Saúde.

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020.

3.3 Procedimentos e coleta de dados:

As coletas de dados foram realizadas no período de setembro a dezembro de 2018, nas próprias Unidades de Saúde, durante o horário de trabalho dos profissionais, estabelecido pelo gerente de cada Unidade de Saúde. O inquérito para avaliação dos participantes (Apêndice 3) foi aplicado pré e pós intervenção, de forma presencial e orientada pelos pesquisadores, solucionando dúvidas referentes às questões no momento de preenchimento do instrumento.

3.4 Instrumentos para coleta de dados

O inquérito para avaliação dos participantes foi composto por:

3.4.1 Dados sociodemográficos e econômicos:

Idade, sexo (masculino, feminino); estado conjugal (solteiro (a), mora com companheiro (a), casado (a), separado (a)/ desquitado (a), divorciado (a), viúvo (a)); escolaridade (ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo); renda individual (não tem renda, menos que 1 salário mínimo, 1 salário

mínimo, de 1 a 3 salários mínimos, 3 a 5 salários mínimos e mais de 5 salários mínimos) e proveniência dos recursos financeiros (aposentadoria, pensão, renda aluguel, doação, trabalho contínuo, trabalho eventual, aplicação financeira, sem rendimento próprio).

3.4.2 Hábitos, adversidades em saúde e filhos

hábitos de tabagismo e etilismo;

adversidades em saúde até os 15 anos de idade (exceto 8)

baseadas no trabalho de Sousa et al. (2014)

adversidade 1: separação dos seus pais,

adversidade 2: abuso de álcool ou drogas pelos pais,

adversidade 3: violência física na família,

adversidade 4: abuso físico,

adversidade 5: baixo status econômico com situação de fome,

adversidade 6: desemprego dos pais,

adversidade 7: sua criação foi feita por pessoas que não são seus pais

adversidade 8: considera o local onde mora violento? (atualmente)

quantidade de filhos e a idade que teve o primeiro filho;

3.4.3 Presença de comorbidades (reumatismo, artrite/artrose,

osteoporose, asma/bronquite, tuberculose, embolia, pressão alta, má circulação, problemas cardíacos, diabetes, obesidade, derrame, Parkinson, incontinência urinária/fecal, prisão de ventre, problemas para dormir, catarata, glaucoma, problemas de coluna, problema renal, sequelas de acidente, tumores malignos/ benignos, problemas de visão, depressão) e quantidade de medicamentos utilizados.

3.4.4 Autopercepção de saúde

Foi utilizada uma questão específica, classificando sua saúde em “Muito boa”, “Boa”, “Regular”, “Ruim”, “Muito ruim”

3.4.5 Índice de Religiosidade

Foi utilizado o Índice de Religiosidade de Duke DUREL, uma escala de cinco itens, que contempla três das principais dimensões do envolvimento religioso

relacionadas a desfechos em saúde. O primeiro desfecho é denominado “Religiosidade Organizacional” (RO), e envolve a frequência que o indivíduo participa de encontros religiosos. O segundo desfecho é a “Religiosidade Não Organizacional” (RNO), onde as atividades religiosas privadas são consideradas, como orações, meditações, leituras, entre outros. O último desfecho é a “Religiosidade Intrínseca” (RI) e refere-se à busca de internalização e vivência plena da religiosidade como principal objetivo do indivíduo. O cálculo do escore do instrumento é feito por estes três domínios individuais, portanto não há um escore total. Quanto maior os escores individuais, mais o indivíduo tem um envolvimento religioso em sua vida (TAUNAY et al., 2012).

3.4.6 Prática de atividade física

Foi utilizado o Questionário Internacional de Atividade Física IPAQ: Foi utilizado a versão longa do IPAQ, que apresenta 27 questões relacionadas com as atividades físicas, realizadas numa semana normal, com intensidade vigorosa, moderada e leve, com a duração mínima de 10 minutos contínuos. As atividades são distribuídas em quatro dimensões de atividade física: trabalho (IPAQ1), transporte (IPAQ2), atividades domésticas (IPAQ3) e lazer (IPAQ4). O tempo de cada atividade foi considerada em hora. O tempo despendido por semana na posição sentada também é contemplado no instrumento. No presente estudo, foi considerado o tempo, em minutos, sentado total dos indivíduos, o tempo sentado durante a semana (IPAQ5a) e o tempo sentado durante os finais de semana (IPAQ5b) (MATSUDO et al., 2001).

3.4.7 Qualidade de vida

Foi utilizado o WHOQOL brief, que contém 26 questões envolvendo domínios que envolvem a qualidade de vida: o domínio Físico, envolvendo dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho; o domínio Psicológico, envolvendo sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos e espiritualidade, religião e crenças pessoais; o domínio Social, o qual envolve relações pessoais, suporte social e atividade sexual e o domínio de Meio Ambiente, que consiste em questões que abordam segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em, e oportunidades de recreação/lazer,

ambiente físico e transporte (FLECK et al., 2000). Para computação dos resultados e agrupamento das questões de acordo com os domínios foi utilizado o manual proposto pelo grupo WHOQOL (Sintaxe SPSS - Whoqol – bref QUESTIONNAIRE)

3.4.8 Avaliação nutricional

Foi utilizado o Mini Avaliação Nutricional MAN. O objetivo da ferramenta é rastrear o risco de desenvolver a desnutrição ou detectá-la em estágio inicial. A MAN consiste em um questionário dividido em duas partes, a primeira é denominada Triagem (MAN- Short Form) e segunda Avaliação Global. A triagem compreende as seguintes questões: 1) alteração da ingestão alimentar, 2) perda de peso nos últimos meses, 3) mobilidade, 4) estresse psicológico ou doença aguda no último trimestre, 5) problemas neuropsicológicos e 6) Índice de Massa Corporal (IMC). Para cada item é atribuído um score, caso a pontuação final seja igual ou inferior a 11 pontos, significa que há a possibilidade de desnutrição, sendo necessária a aplicação da segunda parte. A avaliação global, ou segunda parte da avaliação, aborda questões relacionadas ao modo de vida, lesões de pele ou escaras, medicações, inquérito dietético (número de refeições, ingestão de alimentos e líquidos, capacidade autônoma de alimentação), autoavaliação (percepção da saúde e estado nutricional) e finalmente, a antropometria (perímetro braquial e da perna). Ao final, soma-se a pontuação e o indivíduo é classificado como normal (score >23,5), em risco nutricional (score 17-23,5) ou desnutrido (score <17) (GUIGOZ, 2006).

3.4.9 Avaliação do estilo de vida saudável

Foi utilizado o Q8RN, instrumento abrange questões relacionadas com os seguintes princípios de um estilo de vida saudável: Q8RN_1 = nutrição (3 questões - varia de 0 a 12); Q8RN_2 = exercício (3 questões - varia de 0 a 12); Q8RN_3 = água (2 questões - varia de 0 a 8); Q8RN_4 = sol (2 questões - varia de 0 a 8); Q8RN_5 = temperança (4 questões - varia de 0 a 16); Q8RN_6 = ar puro (2 questões - varia de 0 a 8); Q8RN_7 = descanso (2 questões - varia de 0 a 8) e Q8RN_8 = confiança em Deus (4 questões - varia de 0 a 16). Portanto, contém 22 questões envolvendo estes princípios e seu score total é obtido pela somatória dos pontos atribuídos a cada item, sendo de 0 a 4 pontos, totalizando o máximo de 88 pontos (ABDALA et al., 2018).

3.4.10 Sono

Foi utilizado o Índice de qualidade de sono de Pittsburgh: esse instrumento avalia a qualidade do sono do indivíduo no último mês. Apresenta 19 questões auto administradas e 5 questões referentes ao companheiro de quarto (somente para informações clínicas), caso tenha. As 19 questões são agrupadas em 7 componentes (qualidade subjetiva do sono, latência para o sono, a duração do sono, a eficiência habitual do sono, os transtornos do sono, o uso de medicamentos para dormir e a disfunção diurna) com pesos distribuídos numa escala de 0 a 3. As pontuações destes componentes são somadas e, portanto, o escore final varia de 0 a 21 pontos, onde quanto maior a pontuação, pior a qualidade do sono. Escores abaixo de 5 indicam grandes dificuldades em pelo menos dois componentes ou dificuldades moderadas em mais de três componentes (COLE et al., 2006).

3.4.11 Saúde mental

Foi utilizado o “Self-Reporting Questionnaire” – (SRQ-20): avalia o estado de saúde mental. O SRQ é composto por 20 questões sobre sintomas psicossomáticos para rastreamento de transtornos não psicóticos, é recomendado pela Organização Mundial de Saúde para estudos comunitários e em atenção básica à saúde, principalmente nos países em desenvolvimento, por preencher os critérios citados acima em termos de facilidade de uso e custo reduzido. O ponto de corte utilizado para classificação foi o de 7, sendo classificada as pontuações 7 ou mais como “Com Sofrimento Mental” e pontuações abaixo de 7 como “Sem Sofrimento Mental” (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008).

3.4.12 Avaliação física:

- Pressão arterial sistêmica: aferida manualmente com estetoscópio e esfigmomanômetro marca BIC.
- Frequência cardíaca e saturação parcial de oxigênio: aferido por oxímetro digital G-TECH.
- Frequência respiratória: aferida por observação visual durante um minuto.
- Índice de massa corporal: o peso foi aferido por meio de uma balança digital com visor LCD digi- health Multilaser ® e a altura por meio de uma fita métrica colada na parede. O cálculo foi feito através do peso dividido pela estatura ao quadrado.

- Circunferência abdominal, de panturrilha e bíceps (por meio de fita métrica)
- Força de preensão manual: foi mensurada por um dinamômetro JAMAR. Com o indivíduo posicionado sentado com o ombro abduzido e neutramente rodado, cotovelo fletido a 90° e antebraço e punho em posição neutra, foram feitas 3 mensurações com cada membro superior. A média entre as 3 mensurações foi considerada para valor final.
- Força de Membros Inferiores: Foi utilizado o teste de sentar e levantar: O teste foi realizado usando uma cadeira de sem apoios para os braços, onde os indivíduos foram instruídos a completar o maior número possível de ciclos de sentar e levantar em um minuto. Para se levantar totalmente, as pernas tinham que ser completamente estendidas (extensão completa do joelho) e, para sentar-se, a cadeira tinha que ser tocada pelas nádegas com os joelhos em aproximadamente 90° de flexão. Para reduzir o efeito de aprendizagem, o teste foi demonstrado pela primeira vez pela pesquisadora, e os participantes tiveram a oportunidade de realizar alguns ciclos de prática para garantir a realização correta. O incentivo padronizado foi dado durante todo o teste (CSUKA; MCCARTY, 1985).
- Dor: os participantes pintaram os pontos de dor crônica na figura do corpo humano adaptada da Escala Multidimensional de Avaliação de Dor (SOUSA et al., 2010). Foram contabilizados a quantidade de pontos de dor para cada indivíduo.

3.5 Intervenção Educativa:

De acordo com a disponibilidade e dinâmica de trabalho dos ACS, foi estabelecido um horário para reunião semanal durante 30 dias. Estas reuniões aconteciam na sala dos ACS ou em salas de reuniões da unidade de saúde, tinham duração de uma a duas horas e abordaram o estilo de vida New Start, composto por 8 hábitos de estilo de vida: sol, alimentação saudável, sono e descanso, água, ar puro, exercício físico, equilíbrio/ temperança e confiança em Deus. A cada semana 2 hábitos de estilo de vida foram trabalhados. Na primeira semana de intervenção, foi entregue aos ACS uma cartilha com um resumo sobre as 8 práticas de estilo de vida (Apêndice 4) para nortear as discussões e objetivos dos encontros.

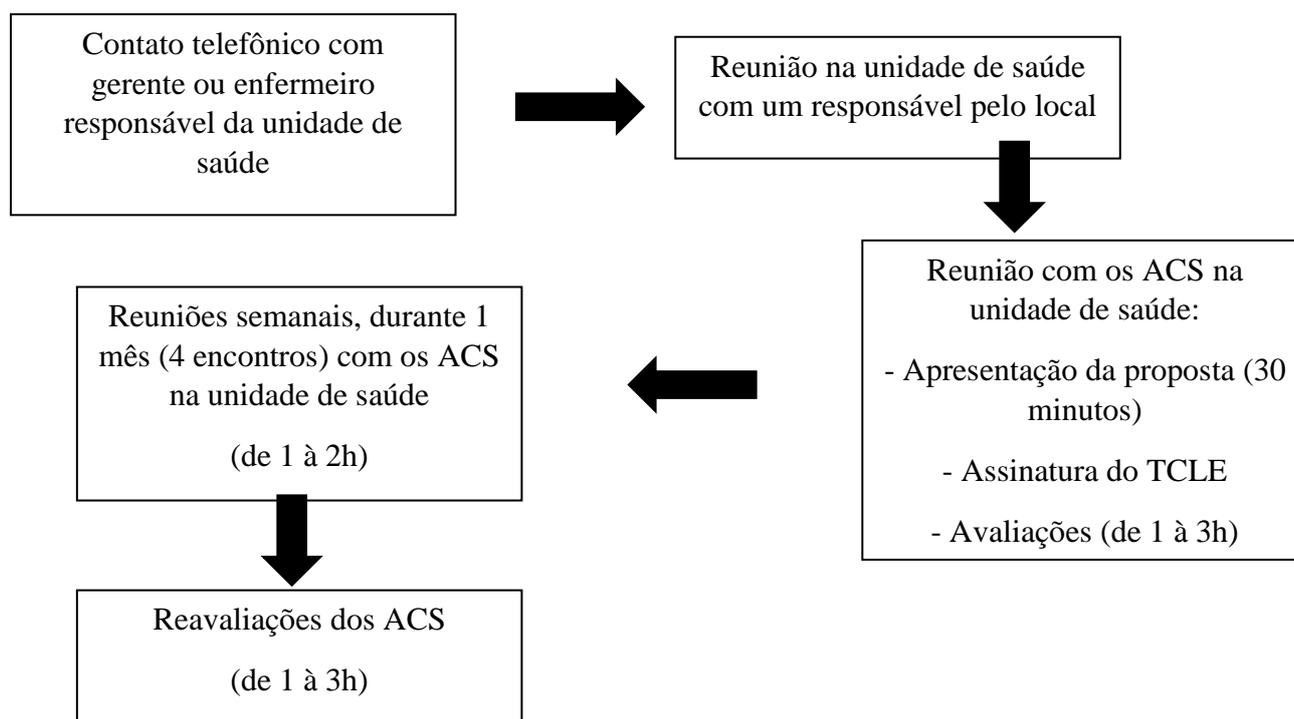
Cada encontro iniciou com a apresentação de duas práticas a serem trabalhadas no dia e as percepções que cada ACS tinha sobre o tema (o que já tinha ouvido falar sobre, se praticava ou não, o que sabia de teoria sobre o tema e os motivos de praticar ou não o hábito em questão). Em formato de roda de conversa, as experiências eram

relatadas construindo uma reflexão sobre o hábito de vida em foco. Houve uma preocupação em construir um raciocínio em conjunto, discutindo as possibilidades do como tornar os hábitos de vida parte da rotina de todos. No final de cada encontro, o aspecto motivação foi trabalhado, através do reconhecimento das limitações de cada um e do entendimento que essas limitações poderiam ser superadas. O contato via grupo de *whatsapp* também foi utilizado para vínculo e motivação durante a intervenção.

Ao final dos quatro encontros de intervenção, uma nova visita foi feita para a reavaliação dos participantes. Portanto em cada Unidade de Saúde, foram realizadas sete visitas. A primeira para o contato com o responsável do local, a segunda para a primeira abordagem com os ACS e avaliação, quatro encontros para a intervenção, trabalhando as 8 práticas de promoção de saúde e a última para reavaliação. O resumo do fluxo da intervenção é apresentado na Figura 1.

Todos os passos da intervenção educativa foram elaborados pelas pesquisadoras.

Figura 1. Resumo do fluxo de intervenção



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020

3.6 Análise estatística

A análise estatística foi realizada com o auxílio do programa SPSS 2.0.

Inicialmente uma análise descritiva dos dados foi realizada. Logo após a normalidade dos dados foi testada pelo Kolmogorov Smirnov. Para os dados paramétrico foi utilizado o teste T pareado e para os dados não paramétricos, o teste de Wilcoxon. Para analisar as variáveis categóricas, o teste de McNemar foi realizado. O nível de significância considerado foi de $p \leq 0,05$.

Para avaliar o poder da intervenção, foi considerado os dados obtidos no questionário Q8RN, na qual a intervenção foi baseada. A partir dos valores obtidos no Q8RN a posteriori, o poder da intervenção foi calculado no programa GPower considerando o erro tipo 1 (alfa = nível significância de 0,01); $n = 49$; tamanho do efeito de 0,88 (cohen = magnitude do efeito), atingindo um poder de 99%.

4. RESULTADOS

Na Tabela 2 está apresentada a caracterização dos 49 ACS do Distrito Sanitário I de Uberaba-MG. Evidenciou-se que a idade média de 39,24 ($\pm 10,66$) anos, sendo a maioria dos participantes do sexo feminino. Houve o predomínio de participantes casados ou que moram com companheiro e com ensino médio completo. A renda prevalente foi de 1 a 3 salários mínimos.

Tabela 2. Característica dos participantes - sociodemográficas e econômicas. $n=49$

VARIÁVEL		FREQUÊNCIA	%
Sexo	Masculino	2	4,1
	Feminino	47	95,9
Estado civil	Solteira (o)	8	16,3
	Mora com companheiro (a)	12	24,5
	Casada (o)	24	49,0
	Separada (o) /divorciada (o)	5	10,2
Escolaridade	Ens. Fund. Comp.	4	8,2
	Ens. Med. Inc.	2	4,1
	Ens. Med. Comp.	25	51,0
	Ens. Sup. Inc.	9	18,4
	Ens. Sup. Comp.	9	18,4
Renda	1 salário mínimo	21	42,9
	1 A 3 salários	27	55,1
	Mais de 5 salários	1	2,0

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020

Na Tabela 3 as características dos ACS estão apresentadas quanto aos hábitos de tabagismo e etilismo, as adversidades e as informações sobre os filhos dos ACS. A maioria relatou não ser tabagista (95,9%) e nem etilista (79,6%). As adversidades mais prevalentes vivenciadas pelos ACS até os 15 anos de idade foram abuso de álcool ou drogas pelos pais (32,7%) e desemprego dos pais (28,65). A maioria dos participantes possuíam de 1 a 2 filhos (69,4%) e tiveram o seu primeiro filho a partir dos 18 anos (69,4%).

Tabela 3. Característica dos participantes - hábitos, adversidades e filhos

VARIÁVEL		FREQUÊNCIA (n)	%
Tabagista	Sim	2	4,1
	Não	47	95,9
Ex tabagista	Sim	5	10,2
	Não	44	89,8
Etilista	Sim	10	20,4
	Não	39	79,6
Ex etilista	Sim	1	2,0
	Não	48	98,0
Adversidade 1	Sim	13	26,5
	Não	36	73,5
Adversidade 2	Sim	16	32,7
	Não	33	67,3
Adversidade 3	Sim	12	24,5
	Não	37	75,5
Adversidade 4	Sim	3	6,1
	Não	46	93,9
Adversidade 5	Sim	6	12,2
	Não	43	87,8
Adversidade 6	Sim	14	28,6
	Não	35	71,4
Adversidade 7	Sim	8	16,3
	Não	41	83,7
Adversidade 8	Sim	4	8,2
	Não	45	91,8
Quantidade de filhos	0	8	16,3
	1 ou 2	34	69,4
	3 ou mais	7	14,3

Idade que teve o primeiro filho	0	8	16,3
	Menos de 18 anos	7	14,3
	Entre 18 e 24 anos	17	34,7
	Mais de 25 anos	17	34,7

Legenda: adversidade 1 = separação dos seus pais; adversidade 2 = abuso de álcool ou drogas pelos pais; adversidade 3 = violência física na família; adversidade 4= abuso físico; adversidade 5= baixo status econômico com situação de fome; adversidade 6= desemprego dos pais; adversidade 7= sua criação foi feita por pessoas que não são seus pais; adversidade 8= considera o local onde mora violento?

*todas as adversidades foram consideradas até os 15 anos de idade, exceto a 8, respondida referente ao momento presente

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020

Quando comparado pré e pós intervenção, houve uma diminuição significativa do número de comorbidades relatadas pelos participantes, conforme demonstrado na Tabela 4.

Tabela 4. Comparação das variáveis pré e pós intervenção – número de comorbidades e medicamentos utilizados

VARIÁVEL	PRÉ M ±DP Mediana (P25; P75)	PÓS M ±DP Mediana (P25; P75)	p	correlação	COHEN's d
Número de comorbidades	3,29 (±2,22) 3 (2;4)	2,69 (±1,89) 3 (1;4)	0,005*	0,796	-0,65
Número de medicamentos utilizados	1,24 (±1,49)	1,14 (±1,27)	0,33	0,824	-0,17

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020

Para o Índice de Religiosidade de DUKE, o componente “Religiosidade Intrínseca” apresentou diferença significativa após a intervenção, melhorando seu escore médio.

Tabela 5. Comparação das variáveis pré e pós intervenção - Índice de Religiosidade de DUKE DUREL

VARIÁVEL	PRÉ M ±DP Mediana (P25; P75)	PÓS M ±DP Mediana (P25; P75)	P	Correlação	COHEN's d
DUKE_RO	3,2 (±1,41) 4 (2;4)	3,2 (±1,36) 4 (2;4)	0,66	0,656	0

DUKE_RNO	4,27 (\pm 1,39)	4,51 (\pm 1,04)	0,1	0,706	0,36
	5 (4;5)	5 (4,5;5)			
DUKE_RI	12,78 (\pm 2,48)	13,43 (\pm 2,07)	0,01*	0,739	0,56
	13 (11,5;15)	14 (13;15)			

Legenda: RO= Religiosidade Organizacional; RNO= Religiosidade Não Organizacional; RI= Religiosidade Intrínseca

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020

Na Tabela 6 estão apresentados os dados pré e pós intervenção do questionário IPAQ. Os domínios atividade física do trabalho (IPAQ1) e no transporte (IPAQ2), apresentaram diferenças significativas.

Tabela 6. Comparação das variáveis pré e pós intervenção - IPAQ

VARIÁVEL	PRÉ M \pm DP Mediana (P25; P75)	PÓS M \pm DP Mediana (P25; P75)	p	correlação	COHEN's d
IPAQ1	1,65 (\pm 1,11) 2 (1;2)	2,31 (\pm 0,96) 2 (2;2)	0,002*	0,102	0,67
IPAQ 2	2,86 (\pm 1,15) 2 (2;4)	3,24 (\pm 1,16) 3 (2;4)	0,04*	0,290	0,39
IPAQ 3	2,24 (\pm 0,83) 2 (2;2)	2,39 (\pm 0,9) 2 (2;3)	0,12	0,231	0,2
IPAQ 4	4,24 (\pm 1,19) 5 (4;5)	4,14 (\pm 1,19) 5 (4;5)	0,51	0,267	-0,1
IPAQ 5A	234,99 (\pm 119,67) 195 (159;300)	232,44 (\pm 144,26) 180 (120;300)	0,97	0,448	-0,03
IPAQ_5B	353,46 (\pm 223,91) 300 (180;480)	288,87 (\pm 190,88) 240 (120;420)	0,1	0,314	-0,38
IPAQ TEMPO SENTADO TOTAL	268,84 (\pm 133,58)	242,96 (\pm 141,65)	0,216		

240 (72,86; 685,71) 205,71 (0; 605,71)

IPAQ GERAL 660 (\pm 132,47) 724,9 (\pm 131,246) 0,26
 660 (300; 960) 720 (420;1020)

Dimensões IPAQ: IPAQ1= trabalho; IPAQ 2= transporte;- IPAQ3= atividades domésticas; IPAQ4= lazer; IPAQ 5A= tempo sentado durante a semana; IPAQ5B= tempo sentado durante os finais de semana

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020

Para a qualidade de vida, os indivíduos apresentaram melhora significativa nos domínios físico e psicológico, assim como no escore final após a intervenção.

Tabela 7. Comparação das variáveis pré e pós intervenção *WHOQOL bref*

VARIÁVEL	PRÉ M \pm DP Mediana (P25; P75)	PÓS M \pm DP Mediana (P25; P75)	p	correlação	COHEN's d
WHOQOL BREF GERAL	55,1 (\pm 18,73) 50 (37,5;75)	63,77 (\pm 15,77) 62,5 (50;75)	0,001*	0,572	0,77
DOMÍNIO FÍSICO	66,83 (\pm 14,35) 67,85 (57,14;78,57)	71,28 (\pm 11,79) 71,42 (64,28;78,57)	0,01*	0,623	0,55
DOMÍNIO PSICOLÓGICO	57,9 (\pm 16,03)	65,56 (\pm 13,6)	<0,001*	0,640	0,86
DOMÍNIO SOCIAL	58,33 (47,91;70,83) 62,92 (\pm 16,75)	66,66 (58,33;75) 66,32 (\pm 16,4)	0,53	0,722	0,39
DOMÍNIO MEIO AMBIENTE	66,66 (54,16;75) 53,63 (\pm 12,6) 53,12 (43,75;59,37)	66,66 (58,33;75) 56,69 (\pm 10,08) 56,25 (51,56;62,5)	0,14	0,550	0,4

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020

Na Tabela 8 os dados pré e pós intervenção para o questionário Q8RN estão apresentados. O escore geral e os itens nutrição, exercício, água, sol, ar puro e descanso apresentaram diferenças significativas após a intervenção.

Tabela 8. Comparação das variáveis pré e pós intervenção Q8RN

VARIÁVEL	PRÉ	PÓS	p	correlação	COHEN's d
----------	-----	-----	---	------------	-----------

	M ± DP Mediana (P25; P75)	M ± DP Mediana (P25; P75)			
Q8RN	49,39 (±7,55) 49 (44,5;55)	53,35 (±7,42) 53 (49,5;59,5)	<0,001*	0,635	0,88
Q8RN_1	5,24 (±1,67) 5 (4;6)	6,04 (±1,63) 6 (5;7)	0,003*	0,529	0,71
Q8RN_2	2,29 (±3,26) 1 (0,001;3,5)	3,61 (±3,46) 2 (1;7)	0,008*	0,428	0,52
Q8RN_3	4,08 (±1,86) 4 (2,5;6)	4,92 (±1,93) 5 (3;6)	0,05*	0,434	0,59
Q8RN_4	7,55 (±0,89) 8 (7;8)	6,59 (±1,38) 7 (6;8)	<0,001*	0,220	-0,96
Q8RN_5	10,61 (±2,52) 12 (8;12)	10,78 (±2,6) 12 (8;12)	0,46	0,445	0,09
Q8RN_6	3,92 (±1,71) 4 (2,5;5)	4,43 (±1,27) 4 (4;5)	0,03*	0,435	0,46
Q8RN_7	3,27 (±2,07) 3 (2;5)	4,18 (±2,03) 4 (3;5,5)	0,001*	0,662	0,76
Q8RN_8	12,41 (±2,7) 12 (11;15)	12,76 (±2,88) 13 (12;15)	0,17	0,848	0,32

Domínios: Q8RN_1 = nutrição; Q8RN_2 = exercício físico; Q8RN_3 = água; Q8RN_4 = sol; Q8RN_5 = temperança; Q8RN_6 = ar puro; Q8RN_7 = descanso e Q8RN_8 = confiança em Deus

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020

Na Tabela 9 estão apresentados os escores das escalas Mini Avaliação Nutricional, SRQ20 e Pittsburgh, onde todas apresentaram diferença significativa após a intervenção.

Tabela 9. Comparação das variáveis pré e pós intervenção- MAN, SRQ20 e Pittsburgh

VARIÁVEL	PRÉ M ± DP Mediana (P25; P75)	PÓS M ± DP Mediana (P25; P75)	p	correlação	COHEN's d
MAN	24,45 (±4,34) 25 (23,25;26,5)	25,12 (±4,42) 26 (24;27,75)	0,02*	0,896	0,47
SRQ20	6,69 (±4,21)	4,86 (±4,86)	0,001*	0,586	-0,63

	7 (3;10)	3 (1;8)			
PITTSBURGH	8,02 (\pm 3,92)	5,61 (\pm 3,55)	<0,001*	0,629	-1,06
	8 (4;11)	5 (3;8)			

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020

Em relação as variáveis físicas, houve diferença significativa após a intervenção para a pressão arterial diastólica, frequência cardíaca, saturação parcial de oxigênio, circunferência abdominal, teste de sentar e levantar e quantidade de pontos de dor, conforme é demonstrado na Tabela 10.

Tabela 10. Comparação pré e pós intervenção –variáveis físicas

VARIÁVEL	PRÉ		PÓS		p	correlação	COHEN's d
	M \pm DP		M \pm DP				
	Mediana (P25; P75)		Mediana (P25; P75)				
PAS	116,67 (\pm 12,93)	115,42 (\pm 11,84)	0,47	0,468	-0,14		
	110 (110;130)	115 (110;127,5)					
PAD	73,33 (\pm 10,17)	66,67 (\pm 9,07)	<0,001*	0,515	-0,99		
	70 (70;80)	65 (60;70)					
FC	76,19 (\pm 10,78)	81,83 (\pm 12,41)	0,05*	0,358	0,61		
	75 (69;83,75)	82,5 (75;89)					
FR	17,75 (\pm 2,62)	14,9 (\pm 2,99)	<0,001*	0,224	-1,15		
	18 (16;20)	14 (12;16)					
SPO2	97,06 (\pm 1,35)	97,67 (\pm 0,66)	0,005*	0,236	0,69		
	98 (96;98)	98 (97;98)					
IMC	27,62 (\pm 5,63)	27,66 (\pm 5,89)	0,84	0,969	0,04		
	27,12 (22,6;32,05)	27,12 (22,6;32,05)					
CIRC_ABD	93,96 (\pm 14,83)	91,67 (\pm 14,73)	<0,001*	0,976	-1		
	93 (80,5;107,37)	92,5 (77,75;102,75)					
CIRC_PANT	36,97 (\pm 4,21)	37,35 (\pm 4,17)	0,18	0,892	0,28		
	37 (34;40)	37,5 (34;40)					
CIRC_BICP	30,07 (\pm 4,32)	29,91 (\pm 4,07)	0,64	0,848	-0,1		
	29,75 (27;33)	29,25 (26,12;33)					

DNM_D	59,57 (\pm 15,16)	60,76 (\pm 14,71)	0,236	0,839	0,2
	60,33 (47,83; 69,99)	60 (50,16; 69,33)			
DNM_E	54,1 (\pm 13,1)	55,08 (\pm 13,3)	0,31	0,870	0,21
	53,33 (42,91;62,41)	56 (42,82;61,16)			
SEN_LEV	28,88 (\pm 8,8)	31,67 (\pm 7,29)	0,001*	0,743	0,68
	26 (24;32)	30 (26;34)			
PONTOS_DOR	3,19 (\pm 2,55)	2,46 (\pm 2,56)	0,004*	0,793	-0,63
	3 (1;4,75)	2 (<0,001;4)			

PAS: pressão artéria distólica; PAD: pressão arterial diastólica; FC: frequência cardíaca; FR: frequência respiratória; SPO2: saturação parcial de oxigênio; IMC: índice de massa corporal mensurado por peso dividido por altura ao quadrado; CIRC_ABD: circunferência abdominal; CIRC_PANT: circunferência da panturrilha; CIRC_BICP: circunferência bicipital; DNM_D: dinamometria membro superior direito; DNM_E: dinamometria membro superior esquerdo; SEN_LEV: teste senta e levanta; PONTOS_DOR: quantidade de pontos de dor referidos

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020

As variáveis categóricas são apresentadas em tabulação cruzada. Em relação à percepção subjetiva de saúde, 10 ACS passaram de uma percepção subjetiva negativa para uma percepção de saúde positiva após a intervenção, conforme está apresentado na Tabela 11.

Tabela 11. Percepção subjetiva de saúde pré e pós intervenção- Tabulação cruzada

Percepção subjetiva de saúde	Percepção pré		Percepção subjetiva de saúde pós		Total	P
			POSITIVA	NEGATIVA		
	POSITIVA	Contagem	27	1	28	
		% do Total	55,1%	2,0%	57,1%	
	NEGATIVA	Contagem	10	11	21	
		% do Total	20,4%	22,4%	42,9%	
Total		Contagem	37	12	49	
		% do Total	75,5%	24,5%	100,0%	0,012*

*Teste de McNemar

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020

Em relação ao IMC, um indivíduo deixou de ter excesso de peso, passando a ser eutrófico.

Tabela 12. Índice de Massa Corporal- Tabulação cruzada

IMC_PRÉ			IMC_PÓS		Total	P
			EUTRÓFICO	EXCESSO DE PESO		
IMC_PRÉ	EUTRÓFICO ^a	Contagem	17	0	17	
		% do Total	35,4%	0,0%	35,4%	
	EXCESSO DE PESO ^b	Contagem	1	30	31	
		% do Total	2,1%	62,5%	64,6%	
Total		Contagem	18	30	48*	
		% do Total	37,5%	62,5%	100,0%	1,00**

^a foram considerados eutróficos indivíduos com $IMC \leq 25 \text{ kg/m}^2$; ^b foram considerados indivíduos com excesso de peso aqueles com $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$; *os dados desta variável foram coletados em 48 indivíduos, devida a indisponibilidade de um participante

*Teste de McNemar

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020

Quanto ao sofrimento mental, 13 indivíduos passaram da condição “com sofrimento mental” para “sem sofrimento mental”, conforme está apresentado na Tabela 13.

Tabela 13. SRQ20- Tabulação cruzada

SRQ20_PRÉ			SRQ20_PÓS		Total	P
			SEM SOFRIMENTO MENTAL	COM SOFRIMENTO MENTAL		
SRQ20_PRÉ	SEM SOFRIMENTO MENTAL	Contagem	23	1	24	
		% do Total	46,9%	2,0%	49,0%	
	COM SOFRIMENTO MENTAL	Contagem	13	12	25	
		% do Total	26,5%	24,5%	51,0%	
Total		Contagem	36	13	49	

	% do Total	73,5%	26,5%	100,0%	0,002*
--	------------	-------	-------	--------	--------

*Teste de McNemar

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020

Em relação ao risco cardiovascular inferido pela circunferência abdominal, não houve diferença significativa, sendo que dois indivíduos deixaram de ter risco cardiovascular após a intervenção.

Tabela 14. Circunferência abdominal- Tabulação cruzada

CIRC_ABD	SEM RISCO	Contagem	CIRC ABD PÓS		Total	P*
			SEM RISCO CARDIOVASCULAR	COM RISCO CARDIOVASCULAR		
PRÉ	CARDIOVASCULAR	% do Total	11 22,9%	1 2,1%	12 25,0%	
	COM RISCO CARDIOVASCULAR	% do Total	2 4,2%	34 70,8%	36 75,0%	
Total		Contagem	13	35	48	
		% do Total	27,1%	72,9%	100,0%	1,00

CIRC_ABD: circunferência abdominal

*Teste de McNemar

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020

5. CONCLUSÕES

A vivência do Estilo de Vida *New Start*, foi capaz de: diminuir a quantidade de comorbidades; melhorar a religiosidade intrínseca; melhorar os aspectos da atividade física no trabalho e como meio de transporte; melhorar a qualidade de vida geral e em seus domínios físicos e psicológicos; melhorar o estilo de vida geral e também os seus aspectos relacionados a nutrição, exercício físico, ingestão hídrica, ar puro e descanso; melhorar os escores da mini avaliação nutricional, dos índices de sono e também da saúde mental; melhorar a pressão arterial sistólica, frequência respiratória e saturação parcial de oxigênio; diminuir as mensurações de circunferência abdominal; melhorar a performance funcional no teste de sentar e levantar; diminuiu os pontos de dor e melhorar a percepção de saúde dos ACS do distrito sanitário 1 da cidade de Uberaba.

6. PERCEPÇÕES:

Neste tópico foram reunidas algumas observações durante a execução da pesquisa, que podem contribuir com futuras abordagens.

6.1 Contato inicial:

No primeiro contato com os ACS foi observado resistência ao projeto em alguns participantes. A comunicação não verbal envolvida nessa observação foram: gestos, expressões.

6.2 Vínculo:

Embora a equipe do estudo já tivesse sido apresentada e todas sabiam o objetivo de pesquisa envolvido nos encontros, houve uma preocupação da pesquisadora em se portar apenas como uma pessoa que traria reflexões e desafios a serem cumpridos. Não foi utilizado jalecos ou crachás da universidade durante os encontros. Cada unidade de saúde tinha um grupo no Whatsapp, onde durante toda a semana houve suporte para qualquer dúvida e apoio, bem como mensagens de motivação eram enviadas.

6.3 Metodologia dos encontros:

Houve um cuidado para a abordagem das práticas de promoção da saúde. A informação teórica era apenas um detalhe importante. O como essa informação seria transmitida foi o foco.

Optou-se por roda de conversa e não exposição de slides, para melhor aproximação dos envolvidos. A posição central e sentada entre os ACS também foi pensada, evitando falta de compreensão verbal e reforço de pertencer ao grupo.

Quando era apresentado o hábito a ser trabalhado, perguntou-se o que elas já sabiam sobre o assunto, dando início aos encontros com as falas das próprias ACS.

Quando se iniciava discussões múltiplas, com mais de uma pessoa falando ao mesmo tempo, a pesquisadora se calava e observava o contexto com uma expressão facial de compreensão e leve sorriso. Rapidamente a discussão voltava para a pesquisadora novamente e o foco do encontro era resgatado, provocando mais discussões e construção de pensamentos. Essa comunicação não verbal funcionou para todas as equipes.

As experiências de todas que queriam falar eram ouvidas e chegava-se em um acordo do que seria o mais correto ou próximo do ideal para praticar durante a semana. A partir desse momento perguntava-se quais estratégias elas iriam utilizar para o alcance do objetivo da semana, dando oportunidade de compartilharem as estratégias entre si.

Algumas desmitificações e experiências envolvendo os hábitos de vida eram compartilhadas pela pesquisadora, caso houvesse necessidade de completar as estratégias para o alcance do objetivo semanal.

Foi reservado sempre aos finais dos encontros um momento para motivação das ACS. Do quanto seria possível alcançar o objetivo proposto e o reforço do domínio próprio.

6.4 Envolvimento da unidade:

Foi observado que quando os enfermeiros ou gerentes se interessavam pela proposta ou acreditavam mais no projeto, os ACS se mostraram mais motivados. Aqui nos cabe algumas reflexões:

- O quanto as unidades de saúde estão realmente preparadas para receber ou formular propostas de promoção em saúde e não apenas prevenção de doenças?
- O quanto os gestores e/ou trabalhadores da atenção primária estão saudáveis ou motivados o suficiente para auxiliar outras pessoas?
- O que é feito para auxiliar os profissionais da rede de saúde que não estão bem

fisicamente, socialmente ou psicologicamente?

6.5. Assumir responsabilidade do próprio cuidado:

Quando os ACS entendiam que a proposta do projeto era a mudanças de seus próprios hábitos de vida e que para isso eles teriam que assumir o próprio cuidado, houveram dois tipos de reação: animo e sentimento de desafio; susto e medo (falas: “não vou conseguir”; “não sou capaz disso”).

A reflexão deste contexto abrange que essa população é uma das bases fundamentais da atenção primária, influenciando usuários de suas áreas. A responsabilidade do próprio cuidado ainda é um desafio e suas formas de abordagem podem ser melhor exploradas.

6.6 Diferenças espaciais:

Uberaba é uma cidade com várias universidades e cursos da área da saúde. A grande maioria das unidades de saúde possuem algum vínculo com o contexto acadêmico, recebendo alunos de cursos técnicos, graduação, residências e outras pós-graduações. Foi observado um acolhimento maior em unidades de saúde mais distantes, como a unidade do Maracanã, que nunca tinha recebido nenhum aluno da universidade. Unidades que estão acostumadas a receber alunos, mostraram-se mais resistentes. Algumas falas de que “alunos de mestrado e doutorado apenas colhem dados dos ACS e vão embora” também foram observadas. Empiricamente, parece que os trabalhos de intervenção com essa amostra e neste distrito, são poucos. Em contrapartida, unidades que não estão acostumadas com esse vínculo saúde/ educação, receberam o projeto de uma forma mais respeitosa e animada.

7. REFERÊNCIAS

1. ABDALA, G. A. et al. VALIDATION OF THE EIGHT NATURAL REMEDIES QUESTIONNAIRE – Q8RN – ADULT VERSION. **Life Style**, v. 5, n. 2, p. 135–159, 21 dez. 2018.
2. ALMEIDA, C. B. DE; CASOTTI, C. A.; SENA, E. L. DA S. Reflexões sobre a complexidade de um estilo de vida saudável. v. 2, n. 36, p. 220–229, 2018.
3. ALONSO, C. M. DO C.; BÉGUIN, P. D.; DUARTE, F. J. DE C. M. Work of community health agents in the Family Health Strategy: meta-synthesis. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 14–14, 26 fev. 2018.
4. ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1499–1510, maio 2016.
5. ASHDOWN-FRANKS, G. et al. Sedentary behavior and perceived stress among adults aged ≥ 50 years in six low- and middle-income countries. **Maturitas**, v. 116, p. 100–107, out. 2018.
6. AUNE, D. et al. Fruit and vegetable intake and the risk of cardiovascular disease, total cancer and all-cause mortality—a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. **International Journal of Epidemiology**, v. 46, n. 3, p. 1029–1056, 01 2017.
7. BAHENSKÝ, P.; MALÁTOVÁ, R.; BUNC, V. Changed dynamic ventilation parameters as a result of a breathing exercise intervention programme. **The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness**, 4 mar. 2019.
8. BARRETO, P. DE S. et al. Physical Activity and Incident Chronic Diseases: A Longitudinal Observational Study in 16 European Countries. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 52, n. 3, p. 373–378, 1 mar. 2017.
9. BENATAR, J. R.; STEWART, R. A. H. Cardiometabolic risk factors in vegans; A meta-analysis of observational studies. **PLoS ONE**, v. 13, n. 12, 20 dez. 2018.
10. BIRD, S. P. Sleep, Recovery, and Athletic Performance: A Brief Review and Recommendations. **Strength & Conditioning Journal**, v. 35, n. 5, p. 43–47, out. 2013.
11. BODAI, B. I. et al. Lifestyle Medicine: A Brief Review of Its Dramatic Impact on Health and Survival. **The Permanente Journal**, v. 22, 20 set. 2017.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**, v. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
13. BRASIL, M. D. S. Histórico de cobertura de municípios com equipes de saúde da família, credenciadas pelo Ministério da Saúde. 2018.
14. BRITTON, A. et al. Successful aging: the contribution of early-life and midlife risk factors. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 56, n. 6, p. 1098–1105, jun. 2008.
15. BROOK, R. D. et al. Particulate matter air pollution and cardiovascular disease: An update to the scientific statement from the American Heart Association. **Circulation**, v. 121, n. 21, p. 2331–2378, 1 jun. 2010.

16. BUETTNER, D.; SKEMP, S. Blue Zones: Lessons From the World's Longest Lived. **American Journal of Lifestyle Medicine**, v. 10, n. 5, p. 318–321, 1 set. 2016.
17. BUXTON, O. M.; MARCELLI, E. Short and long sleep are positively associated with obesity, diabetes, hypertension, and cardiovascular disease among adults in the United States. **Social Science & Medicine (1982)**, v. 71, n. 5, p. 1027–1036, set. 2010.
18. CAMELO, S. H. H.; GALON, T.; MARZIALE, M. H. P. Formas de adoecimento pelo trabalho dos agentes comunitários de saúde e estratégias de gerenciamento [Work-related illness and health management strategies among community health workers]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, n. 5, p. 661–667, 2012.
19. CELIS-MORALES, C. A. et al. Association between active commuting and incident cardiovascular disease, cancer, and mortality: prospective cohort study. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 357, p. j1456, 19 abr. 2017.
20. CHIDA, Y.; STEPTOE, A.; POWELL, L. H. Religiosity/spirituality and mortality. A systematic quantitative review. **Psychotherapy and Psychosomatics**, v. 78, n. 2, p. 81–90, 2009.
21. CLARO, R. M. et al. Preço dos alimentos no Brasil: prefira preparações culinárias a alimentos ultraprocessados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00104715, 29 ago. 2016.
22. CLARO, R. M.; MONTEIRO, C. A. Renda familiar, preço de alimentos e aquisição domiciliar de frutas e hortaliças no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, p. 1014–1020, dez. 2010.
23. COLE, J. C. et al. Validation of a 3-Factor Scoring Model for the Pittsburgh Sleep Quality Index in Older Adults. **Sleep**, v. 29, n. 1, p. 112–116, 1 jan. 2006.
24. COLE-HUNTER, T. et al. Estimated effects of air pollution and space-time-activity on cardiopulmonary outcomes in healthy adults: A repeated measures study. **Environment International**, v. 111, p. 247–259, 2018.
25. COSCO, T. D. et al. Operational definitions of successful aging: a systematic review. **International Psychogeriatrics**, v. 26, n. 3, p. 373–381, mar. 2014.
26. CRADDOCK, J. C. et al. Vegetarian-Based Dietary Patterns and their Relation with Inflammatory and Immune Biomarkers: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Advances in Nutrition (Bethesda, Md.)**, v. 10, n. 3, p. 433–451, 1 maio 2019.
27. CSUKA, M.; MCCARTY, D. J. Simple method for measurement of lower extremity muscle strength. **The American Journal of Medicine**, v. 78, n. 1, p. 77–81, 1 jan. 1985.
28. DE LIZ, C. M.; ANDRADE, A. Análise qualitativa dos motivos de adesão e desistência da musculação em academias. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 38, n. 3, p. 267–274, 1 jul. 2016.
29. DE STEFANI, E. et al. Meat, milk and risk of lymphoid malignancies: a case-control study in Uruguay. **Nutrition and Cancer**, v. 65, n. 3, p. 375–383, 2013.
30. DI, Q. et al. Association of Short-term Exposure to Air Pollution With Mortality in Older Adults. **JAMA**, v. 318, n. 24, p. 2446–2456, 26 2017.
31. DINU, M. et al. Vegetarian, vegan diets and multiple health outcomes: A systematic review with meta-analysis of observational studies. **Critical Reviews in Food Science and Nutrition**, v. 57, n. 17, p. 3640–3649, 22 nov. 2017.
32. EICHELMANN, F. et al. Effect of plant-based diets on obesity-related inflammatory profiles: a systematic review and meta-analysis of intervention

- trials. **Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity**, v. 17, n. 11, p. 1067–1079, 2016.
33. FLECK, M. P. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178–183, abr. 2000.
 34. FRANGESKOU, M.; LOPEZ-VALCARCEL, B.; SERRA-MAJEM, L. Dehydration in the Elderly: A Review Focused on Economic Burden. **The Journal of Nutrition, Health & Aging**, v. 19, n. 6, p. 619–627, jun. 2015.
 35. GENC, S. et al. The adverse effects of air pollution on the nervous system. **Journal of Toxicology**, v. 2012, p. 782462, 2012.
 36. GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 380–390, fev. 2008.
 37. GRANDJEAN, A.; CAMPBELL, S. **Hidratação: Fluidos para a Vida. Uma monografia do ramo norte-americano do International Life Science Institute**. Disponível em: <<https://ilsi.org/publication/hydration-fluids-for-life/>>. Acesso em: 1 ago. 2019.
 38. GUANAES-LORENZI, C.; PINHEIRO, R. L. Is the value of Community Healthcare Agents in Brazil’s Family Health Strategy receiving full recognition? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2537–2546, ago. 2016.
 39. GUIGOZ, Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature-What does it tell us? **The Journal of Nutrition, Health & Aging**, v. 10, n. 6, p. 466–485; discussion 485–487, dez. 2006.
 40. HAGHIGHATDOOST, F. et al. Association of vegetarian diet with inflammatory biomarkers: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **Public Health Nutrition**, v. 20, n. 15, p. 2713–2721, out. 2017.
 41. HIDALGO, K. D. et al. Health promoting practices and personal lifestyle behaviors of Brazilian health professionals. **BMC Public Health**, v. 16, 24 out. 2016.
 42. HOEL, D. G. et al. The risks and benefits of sun exposure 2016. **Dermato-endocrinology**, v. 8, n. 1, 19 out. 2016.
 43. HOEL, D. G.; DE GRUIJL, F. R. Sun Exposure Public Health Directives. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 12, dez. 2018.
 44. HÖTTING, K.; RÖDER, B. Beneficial effects of physical exercise on neuroplasticity and cognition. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, v. 37, n. 9 Pt B, p. 2243–2257, nov. 2013.
 45. HU, D.; CHENG, L.; JIANG, W. Fruit and vegetable consumption and the risk of postmenopausal osteoporosis: a meta-analysis of observational studies. **Food & Function**, v. 9, n. 5, p. 2607–2616, 23 maio 2018.
 46. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2017. 2017.
 47. JÉQUIER, E.; CONSTANT, F. Water as an essential nutrient: the physiological basis of hydration. **European Journal of Clinical Nutrition**, v. 64, n. 2, p. 115–123, fev. 2010.

48. KAHLEOVA, H. et al. A Plant-Based Dietary Intervention Improves Beta-Cell Function and Insulin Resistance in Overweight Adults: A 16-Week Randomized Clinical Trial. **Nutrients**, v. 10, n. 2, 9 fev. 2018.
49. KIM, K.; HAN, J. W.; KIM, Y. M. Effects of elastic band resistance exercises with breathing techniques on pulmonary function in female seniors. **Journal of Exercise Rehabilitation**, v. 15, n. 3, p. 419–423, jun. 2019.
50. KIOUMOURTZOGLU, M.-A. et al. The Association Between Air Pollution and Onset of Depression Among Middle-Aged and Older Women. **American Journal of Epidemiology**, v. 185, n. 9, p. 801–809, 01 2017.
51. KLEIN, S. K. MOTIVAÇÃO PARA A PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS COM E SEM O AUXÍLIO DE PERSONAL TRAINER. **Revista Ampliar**, v. 3, n. 3, 1 ago. 2017.
52. KLESZCZEWSKA, D. et al. Physical Activity, Sedentary Behaviours and Duration of Sleep as Factors Affecting the Well-Being of Young People against the Background of Environmental Moderators. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 6, 14 2019.
53. KURTZ, L. F. The recovery community as a location for secular spirituality. **Addiction**, v. 112, n. 6, p. 939–940, 2017.
54. LEE, I.-M. et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. **Lancet (London, England)**, v. 380, n. 9838, p. 219–229, 21 jul. 2012.
55. LEE, Y. et al. Cost-effectiveness of financial incentives for improving diet and health through Medicare and Medicaid: A microsimulation study. **PLoS Medicine**, v. 16, n. 3, 19 mar. 2019.
56. LEPHERD, L. Spirituality: Everyone has it, but what is it? **International Journal of Nursing Practice**, v. 21, n. 5, p. 566–574, 2015.
57. LIEBERMAN, H. R. Hydration and cognition: a critical review and recommendations for future research. **Journal of the American College of Nutrition**, v. 26, n. 5 Suppl, p. 555S-561S, out. 2007.
58. LIU, D. et al. UVA irradiation of human skin vasodilates arterial vasculature and lowers blood pressure independently of nitric oxide synthase. **The Journal of Investigative Dermatology**, v. 134, n. 7, p. 1839–1846, jul. 2014.
59. LOURES, D. L. et al. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. **Estresse Mental e Sistema Cardiovascular**, v. 78, n. 5, 2002.
60. LOWE, C. J.; SAFATI, A.; HALL, P. A. The neurocognitive consequences of sleep restriction: A meta-analytic review. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, v. 80, p. 586–604, set. 2017.
61. LUDYGA, S. et al. Acute effects of moderate aerobic exercise on specific aspects of executive function in different age and fitness groups: A meta-analysis. **Psychophysiology**, v. 53, n. 11, p. 1611–1626, nov. 2016.
62. MACIAZEKI-GOMES, R. DE C. et al. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1637–1646, maio 2016.
63. MALTA, D. C.; SILVA JR., J. B. DA. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 3, p. 389–395, set. 2014.
64. MARTINS, A. P. B.; MARTINS, A. P. B. É PRECISO TRATAR A OBESIDADE COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA. **Revista de Administração de Empresas**, v. 58, n. 3, p. 337–341, jun. 2018.

65. MATHIAS, N. G. et al. Motivos para a prática de atividades físicas em uma academia ao ar livre de Paranaguá-PR. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 41, n. 2, p. 222–228, 1 abr. 2019.
66. MATSUDO, S. et al. QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ): ESTUPO DE VALIDADE E REPRODUTIBILIDADE NO BRASIL. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 6, n. 2, p. 5–18, 2001.
67. MATSUMOTO, S. et al. Association between vegetarian diets and cardiovascular risk factors in non-Hispanic white participants of the Adventist Health Study-2. **Journal of Nutritional Science**, v. 8, 21 fev. 2019.
68. MAUGERI, A. et al. Sleep Duration and Excessive Daytime Sleepiness Are Associated with Obesity Independent of Diet and Physical Activity. **Nutrients**, v. 10, n. 9, 3 set. 2018.
69. MCAULEY, P. A. et al. Fitness, Fatness, and Mortality: The FIT (Henry Ford Exercise Testing) Project. **The American Journal of Medicine**, v. 129, n. 9, p. 960- 965.e1, set. 2016.
70. MEADER, N. et al. A systematic review on the clustering and co-occurrence of multiple risk behaviours. **BMC Public Health**, v. 16, 29 jul. 2016.
71. MEDIC, G.; WILLE, M.; HEMELS, M. E. Short- and long-term health consequences of sleep disruption. **Nature and Science of Sleep**, v. 9, p. 151–161, 2017.
72. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia Alimentar para a População Brasileira**. 2ª ed. [s.l.: s.n.].
73. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **VIGITEL BRASIL 2014. VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO**, 2014b.
74. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 29 jul. 2019.
75. MISHRA, S. K. et al. Journal of Religion and Health. **Spirituality and Religiosity and Its Role in Health and Diseases**, 2017.
76. MOLINA-SOTOMAYOR, E. et al. Effects of Cardiorespiratory Exercise on Cognition in Older Women Exposed to Air Pollution. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 2, jan. 2019.
77. MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 261–274, set. 2018.
78. MOTTA, L. C. DE S. et al. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 2, p. 196–207, jun. 2015.
79. MURRAY, B. Hydration and physical performance. **Journal of the American College of Nutrition**, v. 26, n. 5 Suppl, p. 542S-548S, out. 2007.
80. NASCIMENTO, V. F. DO et al. DIFICULDADES APONTADAS PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA REALIZAÇÃO DO SEU TRABALHO. **Saúde (Santa Maria)**, v. 43, n. 1, p. 60–69, 23 maio 2017.
81. NETO, A. R. DAS N. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo. **Técnicas de respiração para a redução do estresse em terapia cognitivo-comportamental**, v. 56, n. 3, p. 158–168, 2011.

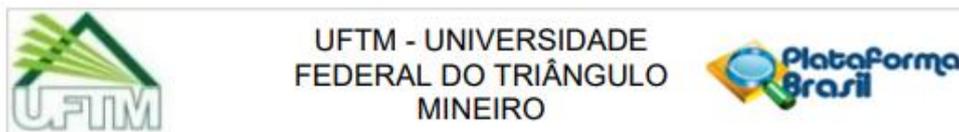
82. NISSENSOHN, M. et al. Beverage Consumption Habits among the European Population: Association with Total Water and Energy Intakes. **Nutrients**, v. 9, n. 4, 13 abr. 2017.
83. NUNES, C. A. et al. Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. SPE2, p. 127–144, out. 2018.
84. OBERG, M. et al. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. **Lancet (London, England)**, v. 377, n. 9760, p. 139–146, 8 jan. 2011.
85. OMS, O. M. DE S. World Wide Web. **Benefits of physical activity**, 2006.
86. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Report on the global tobacco epidemic**OMS, , 2013.
87. PERALES-GARCÍA, A. et al. Physical activity and sedentary behavior impacts on dietary water intake and hydration status in Spanish schoolchildren: A cross-sectional study. **PloS One**, v. 13, n. 12, p. e0208748, 2018.
88. PESARICO, A. P. et al. Chronic Stress Modulates Interneuronal Plasticity: Effects on PSA-NCAM and Perineuronal Nets in Cortical and Extracortical Regions. **Frontiers in Cellular Neuroscience**, v. 13, 7 maio 2019.
89. PHILIPPI, S. T. **Pirâmide dos alimentos: fundamentos básicos da nutrição**. Barueri: Manole, 2008.
90. POPKIN, B. M.; D'ANCI, K. E.; ROSENBERG, I. H. Water, hydration, and health. **Nutrition Reviews**, v. 68, n. 8, p. 439–458, 2010.
91. PRATHER, A. A. et al. Behaviorally Assessed Sleep and Susceptibility to the Common Cold. **Sleep**, v. 38, n. 9, p. 1353–1359, 1 set. 2015.
92. PUCHALSKI, C. M. et al. Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care: Reaching National and International Consensus. **Journal of Palliative Medicine**, v. 17, n. 6, p. 642–656, 1 jun. 2014.
93. QIAN, F. et al. Association Between Plant-Based Dietary Patterns and Risk of Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA Internal Medicine**, 22 jul. 2019.
94. SANFELICE, R. et al. Análise qualitativa dos fatores que levam à prática da corrida de rua. **RBPFX - Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, v. 11, n. 64, p. 83-88–88, 28 jan. 2017.
95. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017. v. Assessoria de Planejamento em Saúde, 2014.
96. SIAB, S. DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA. Situação de saúde Uberaba. 2018.
97. SILVA, A. N. C. DA; AL, ET. Psicologia em Estudo. **FATORES MOTIVACIONAIS RELACIONADOS À PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS EM IDOSOS**, v. 4, n. 21, 2016.
98. SINHARAY, R. et al. Respiratory and cardiovascular responses to walking down a traffic-polluted road compared with walking in a traffic-free area in participants aged 60 years and older with chronic lung or heart disease and age-matched healthy controls: a randomised, crossover study. **Lancet (London, England)**, v. 391, n. 10118, p. 339–349, 27 2018.
99. SLAVÍČEK, J. et al. Lifestyle Decreases Risk Factors for Cardiovascular Diseases. **Central European journal of public health**, v. 16, n. 4, p. 161–164, dez. 2008.
100. SOLLGRUBER, A. et al. Spirituality in pain medicine: A randomized experiment of pain perception, heart rate and religious spiritual well-being by

- using a single session meditation methodology. **PloS One**, v. 13, n. 9, p. e0203336, 2018.
101. SOUSA, A. C. P. DE A. et al. Lifecourse Adversity and Physical Performance across Countries among Men and Women Aged 65-74. **PLoS ONE**, v. 9, n. 8, 7 ago. 2014.
 102. SOUSA, F. A. E. F. et al. Escala multidimensional de avaliação de dor (EMADOR). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 03–10, fev. 2010.
 103. SPRING, B.; MOLLER, A. C.; COONS, M. J. Multiple health behaviours: overview and implications. **Journal of Public Health (Oxford, England)**, v. 34, n. Suppl 1, p. i3–i10, mar. 2012.
 104. ŠTEFAN, L.; HORVATIN, M.; BAIĆ, M. Are Sedentary Behaviors Associated with Sleep Duration? A Cross-Sectional Case from Croatia. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 2, 12 2019.
 105. STUBBS, B. et al. Relationship between sedentary behavior and depression: A mediation analysis of influential factors across the lifespan among 42,469 people in low- and middle-income countries. **Journal of Affective Disorders**, v. 229, p. 231–238, 15 2018.
 106. TAINIO, M. et al. Can air pollution negate the health benefits of cycling and walking? **Preventive Medicine**, v. 87, p. 233–236, jun. 2016.
 107. TAUNAY, T. C. D. et al. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 39, n. 4, p. 130–135, 2012.
 108. TEMPLE, J. L. et al. Frontiers in Psychiatry. **The Safety of Ingested Caffeine: A Comprehensive Review**, v. 8, 2017.
 109. TILMAN, D.; CLARK, M. Global diets link environmental sustainability and human health. **Nature**, v. 515, n. 7528, p. 518–522, nov. 2014.
 110. TOMAS-CARUS, P. et al. Non-supervised breathing exercise regimen in women with fibromyalgia: A quasi-experimental exploratory study. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, v. 35, p. 170–176, maio 2019.
 111. VAN DER RHEE, H. J.; DE VRIES, E.; COEBERGH, J. W. Regular sun exposure benefits health. **Medical Hypotheses**, v. 97, p. 34–37, dez. 2016.
 112. VANCAMPFORT, D. et al. Sedentary behavior and anxiety: Association and influential factors among 42,469 community-dwelling adults in six low- and middle-income countries. **General Hospital Psychiatry**, v. 50, p. 26–32, fev. 2018.
 113. VIRTANEN, H. E. K. et al. Dietary proteins and protein sources and risk of death: the Kuopio Ischaemic Heart Disease Risk Factor Study. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 109, n. 5, p. 1462–1471, 1 maio 2019.
 114. VITOLO, M. R. **Nutrição: da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: [s.n.].
 115. WEATHERS, E.; MCCARTHY, G.; COFFEY, A. Concept Analysis of Spirituality: An Evolutionary Approach. **Nursing Forum**, v. 51, n. 2, p. 79–96, 2016.
 116. WEBB, A. R. et al. The vitamin D debate: translating controlled experiments into reality for human sun exposure times. **Photochemistry and Photobiology**, v. 87, n. 3, p. 741–745, jun. 2011.

117. WHO CENTRE FOR HEALTH DEVELOPMENT (KOBE, J. A. glossary of terms for community health care and services for older persons. 2004.
118. WILLETT, W. et al. Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. **The Lancet**, v. 393, n. 10170, p. 447–492, 2 fev. 2019.
119. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO | Global recommendations on physical activity for health**. Disponível em: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/>. Acesso em: 30 jul. 2019.
120. YAGGI, H. K.; ARAUJO, A. B.; MCKINLAY, J. B. Sleep duration as a risk factor for the development of type 2 diabetes. **Diabetes Care**, v. 29, n. 3, p. 657–661, mar. 2006.
121. YOKOYAMA, Y. et al. Vegetarian diets and blood pressure: a meta-analysis. **JAMA internal medicine**, v. 174, n. 4, p. 577–587, abr. 2014.
122. ZELANO, C. et al. Nasal Respiration Entrain Human Limbic Oscillations and Modulates Cognitive Function. **The Journal of Neuroscience**, v. 36, n. 49, p. 12448–12467, 7 dez. 2016.
123. ZHENG, Y. et al. Association of changes in red meat consumption with total and cause specific mortality among US women and men: two prospective cohort studies. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 365, p. 12110, 12 2019.

8. APÊNDICES e ANEXOS

8.1 ANEXO I



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INQUÉRITO UTILIZAÇÃO DE OITO PRÁTICAS QUE PROMOVEM A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE UBERABA -MG

Pesquisador: LISLEI JORGE PATRIZZI

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 82526517.2.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triangulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.624.996

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP-UFTM manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O CEP-UFTM informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios anuais, assim como também é obrigatória, a apresentação do relatório final, quando do término do estudo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado na reunião do CEP-UFTM em 20/04/2018.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1023074.pdf	10/04/2018 19:28:22		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	10/04/2018 19:28:02	LISLEI JORGE PATRIZZI	Aceito
Parecer Anterior	CEP.docx	05/04/2018 09:51:16	LISLEI JORGE PATRIZZI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TC.docx	05/04/2018 09:49:41	LISLEI JORGE PATRIZZI	Aceito
Outros	Anexos.docx	04/04/2018 15:36:42	LISLEI JORGE PATRIZZI	Aceito
Outros	SMS.pdf	12/12/2017 10:47:10	LISLEI JORGE PATRIZZI	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	01/12/2017 08:56:08	LISLEI JORGE PATRIZZI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

8.2 APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP
Rua: Madre Maria José, 122 – 38.025-100 – Uberaba – MG
34 3700-6776 – email: cep@pesqpg.uftm.edu.br

CEP/UFTM
PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES
HUMANOS

TERMO DE ESCLARECIMENTO

(Para participantes do grupo Inclusão)

INQUÉRITO UTILIZAÇÃO DE OITO PRÁTICAS QUE PROMOVEM A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
UBERABA/MG

Convidamos você a participar da pesquisa: INQUÉRITO UTILIZAÇÃO DE OITO PRÁTICAS QUE PROMOVEM A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE UBERABA/MG.

O objetivo desta pesquisa é, diante de todos os benefícios das práticas naturais, apresentar aos participantes e divulgar de forma conjunta os benefícios da vida saudável em indivíduos brasileiros. Sua participação é importante, pois, seguindo uma metodologia já conceituada em diversas regiões do mundo, os participantes desta pesquisa terão a oportunidade de conhecer e colocar em prática a vivência com as práticas naturais e por livre decisão, mantê-las ao longo de suas vidas, podendo então usufruir de uma vida saudável, funcional e ativa.

Caso você aceite participar desta pesquisa será realizada uma avaliação do perfil de saúde e hábitos de vida por questionários que contemplam Espiritualidade, Atividade Física, Estado Nutricional, Ingestão hídrica, Qualidade do Sono, Exposição a Luz Solar e ao Ar Puro, que será realizada na Secretaria Municipal de Saúde ou Unidades Básicas de Saúde – se você for agente comunitário, ou, em domicílio, com tempo estimado de uma hora, na data de sua preferência e disponibilidade. Você receberá várias orientações e será estimulado a experimentar um novo estilo de vida durante 1 mes e então será reavaliado.

Não há riscos a dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase desta pesquisa, tão pouco agravo imediato ou tardio do quadro clínico dos

participantes, e visando minimizar os riscos, torna-se claro o comprometimento desta pesquisa com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, incluindo o bem-estar dos participantes, e adequação entre a competência do pesquisador e o projeto proposto serão tomadas as seguintes providências.

Espera-se que de sua participação na pesquisa, você tenha a oportunidade de conhecer práticas específicas naturais que promovem saúde de forma orientada. Assim como, melhora de seus aspectos físicos e mentais bem como o conhecimento e experimento de hábitos de vida saudável que pode ter potencial influência ao longo de sua vida, assim como Você poderá obter quaisquer informações relacionadas a sua participação nesta pesquisa, a qualquer momento que desejar, por meio dos pesquisadores do estudo. Sua participação é voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo, pois qualquer gasto que você tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido. Você poderá não participar do estudo, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer constrangimento junto aos pesquisadores, ou prejuízo quanto a realização da avaliação proposta, bastando você dizer ao pesquisador que lhe entregou este documento. Você não será identificado neste estudo, pois a sua identidade será de conhecimento apenas dos pesquisadores da pesquisa, sendo garantido o seu sigilo e privacidade. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você sofra em decorrência dessa pesquisa.

Rubrica do participante	Data	Rubrica do pesquisador	Data

Este documento deverá ser emitido em duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador

Contato dos pesquisadores:

Pesquisadores:

Nome: Profa. Dra. Lislei Jorge Patrizzi, lispatrizzi@gmail.com, (034) 992204488;

Luana Rodrigues Rosseto Felipe, luanafisioterapiaufm@gmail.com, (34) 991931117.

Endereço: Rua da Constituição, 1180, n. S. da Abadia.

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3700-6776, ou no endereço Rua Madre Maria José, 122, Bairro Nossa Senhora da Abadia – Uberaba – MG – de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 11:30 e das 13:00 às 17:30. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados criados para defender os interesse de seres humanos participantes de pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento de pesquisa dentro de padrões éticos.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP
 Rua: Madre Maria José, 122 – 38.025-100 – Uberaba – MG
 34 3700-6776 – email: cep@pesqpg.uftm.edu.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE APÓS ESCLARECIMENTO

TÍTULO DA PESQUISA: **INQUÉRITO UTILIZAÇÃO DE OITO PRÁTICAS QUE PROMOVEM A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE UBERABA/MG**

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará a realização da avaliação que estou participando. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo, INQUÉRITO UTILIZAÇÃO DE OITO PRÁTICAS QUE PROMOVEM A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE UBERABA/MG, e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba,/...../.....

Assinatura do voluntário

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador assistente

Telefone de contato dos pesquisadores:

Profa. Dra. Lislei Jorge Patrizzi, lispatrizzi@gmail.com, (034) 992204488;

Luana Rodrigues Rosseto Felipe, luanafisioterapiauftm@gmail.com, (34) 991931117

Rubrica do participante	Data	Rubrica do pesquisador	Data

Este documento deverá ser emitido em duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador

8.3 APÊNDICE II

FICHA DE AVALIAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE



**Universidade Federal
do Triângulo Mineiro**

INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, ECONÔMICOS E DE SAÚDE

Nome: _____

Data da Coleta: _____

Telefone: _____

Data de Nascimento: _____

Idade: (anos completos) _____

1) Sexo:

Masculino	Feminino

2) Estado conjugal:

Solteiro (a)	Mora com companheiro (a)	Casado (a)	Separado (a)/ divorciado (a)	Desquitado (a)/	Viúvo (a)

3) Escolaridade

Ensino fundamental incompleto	
Ensino fundamental completo	
Ensino médio incompleto	
Ensino médio completo	
Ensino superior incompleto	
Ensino superior completo	

4) Hábitos:

Hábito	Sim	Não
Tabagista		
Ex tabagista	Por quanto tempo fumou:	
	Há quanto tempo parou:	

Etilista		
Ex etilista		
	Por quanto tempo bebeu: Há quanto tempo parou:	

- 5) De acordo com sua infância (até os 15 anos de idade), marque um X nas situações/ adversidades que você vivenciou ou não:

ADVERSIDADES	SIM	NÃO
Separação dos seus pais		
Abuso de álcool ou drogas pelos pais		
Violência física na família		
Abuso físico		
Baixo status econômico com situação de fome		
Desemprego dos pais		
Sua criação foi feita por pessoas que não são seus pais		

- 6) De acordo com as situações que você já vivenciou ou vive em sua vida, por favor, marque um X na melhor opção:

	SIM	NÃO
Você considera o local onde vive violento?		

	0	1 ou 2	3 ou mais
Quantidade de filhos que você tem			

“Só resposta esta questão se tiver filhos”

	Menos de 18 anos	Entre 18 e 24 anos	Mais de 25 anos
Você teve o primeiro filho com qual idade?			

- 7) Quanto tempo do seu dia você se dedica a praticar ou pensar sobre:

Sono: _____

Pensar/ preparar uma alimentação e/ou se alimentar: _____

Espiritualidade: _____ Equilíbrio/ Temperança: _____

Água pura: _____ Exercício físico: _____

Ar puro: _____ Exposição ao Sol: _____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS

- 8) Qual a renda individual:

Não tem renda	
Menos que 1 salário mínimo	

1 salário mínimo	
De 1 a 3 salários mínimos	
De 3 a 5 salários mínimos	
Mais de 5 salários mínimos	

9) Recursos financeiros atualmente provenientes de:

Aposentadoria	
Pensão	
Renda/aluguel	
Doação (família)	
Doação (outros)	
Trabalho contínuo (formal ou não)	
Trabalho eventual	
Renda mensal vitalícia	
Aplicação financeira	
Sem rendimento próprio	

10) Principal atividade profissional exercida _____

11) No seu entender de acordo com a sua situação econômica, de que forma você satisfaz suas necessidades básicas (alimentação, moradia, saúde, etc):

Mal	
Regular	
Bom	

12) Em geral e em comparação com a situação econômica de outras pessoas de sua idade, você diria que a sua situação econômica é:

Pior	
Igual	
Melhor	

13) A casa onde você mora é:

Própria – quitada	
Própria – paga prestação	
É de parente – paga aluguel	
Estranho – paga aluguel	
Cedida – sem aluguel	

SAÚDE

14) Em geral, você diria que a sua saúde é:

Péssima	
Má	
Regular	
Boa	
Ótima	

15) Comparando sua saúde de hoje com a de 12 meses atrás, você diria que a sua saúde está:

Pior	
Igual	
Melhor	

16) Em comparação com a saúde de outras pessoas da sua idade, você diria que sua saúde é:

Pior	
Igual	
Melhor	

17) Você no momento possui algum destes problemas de saúde?

Morbidades	Sim	Não
A) Reumatismo		
B) Artrite/Artrose		

21) Percepção de saúde – Você diria que sua saúde é:

Muito boa	
Boa	
Regular	
Ruim	
Muito ruim	

ÍNDICE DE RELIGIOSIDADE DE DUKE - DUREL

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas.

Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

IPAQ - QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA

Nome: _____ Data: _____
 _____/_____/_____
 Idade : _____ Sexo: F
 M Você trabalha de forma remunerada: Sim Não.
 Quantas horas você trabalha por dia: _____ Quantos anos
 completos você estudou: _____ De forma geral sua saúde está:
 Excelente Muito boa Boa Regular Ruim

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. Este projeto faz parte de um grande estudo que está sendo feito em diferentes países ao redor do mundo. Suas respostas nos ajudarão a entender que tão ativos nós somos em relação à pessoas de outros países. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana **última semana**. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são **MUITO** importantes. Por favor, responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação!

Para responder as questões lembre que:

- Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal
- Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem

SEÇÃO 1- ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO

Esta seção inclui as atividades que você faz no seu serviço, que incluem trabalho remunerado ou voluntário, as atividades na escola ou faculdade e outro tipo de trabalho não remunerado fora da sua casa. **NÃO** incluir trabalho não remunerado que você faz na sua casa como tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família. Estas serão incluídas na seção 3.

1a. Atualmente você trabalha ou faz trabalho voluntário fora de sua casa?

() Sim () Não – Caso você responda não **Vá para seção**

2: Transporte

As próximas questões são em relação a toda a atividade física que você fez na **última semana** como parte do seu trabalho remunerado ou não remunerado. **NÃO** inclua o transporte para o trabalho. Pense unicamente nas atividades que você faz por **pelo menos 10 minutos contínuos:**

1b. Em quantos dias de uma semana normal você **anda**, durante **pelos menos 10 minutos contínuos**, como parte do seu trabalho? Por favor, **NÃO** inclua o andar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho.

_____ dias por SEMANA () nenhum - **Vá para a seção 2 - Transporte.**

1c. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** caminhando **como parte do seu trabalho**?

_____ horas _____ minutos

1d. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades **moderadas**, por **pelos menos 10 minutos contínuos**, como carregar pesos leves **como parte do seu trabalho**?

_____ dias por SEMANA () nenhum - **Vá para a questão 1f**

1e. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades moderadas **como parte do seu trabalho**?

_____ horas _____ minutos

1f. Em quantos dias de uma semana normal você gasta fazendo atividades **vigorosas**, por **pelos menos 10 minutos contínuos**, como trabalho de construção pesada, carregar grandes pesos, trabalhar com enxada, escavar ou subir escadas **como parte do seu trabalho**:

_____ dias por SEMANA () nenhum - **Vá para a questão 2a.**

1g.

Quantos dias no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades físicas vigorosas

como parte do seu trabalho?

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 2 - ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

Estas questões se referem à forma típica como você se desloca de um lugar para outro, incluindo seu trabalho, escola, cinema, lojas e outros.

2a. O quanto você andou na última semana de carro, ônibus, metrô ou trem?

_____ dias por SEMANA () nenhum - **Vá para questão 2c**

- 2b. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** andando de carro, ônibus, metrô ou trem?

_____ horas _____ minutos

Agora pense **somente** em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro na última semana.

- 2c. Em quantos dias da última semana você andou de bicicleta por **pelo menos 10 minutos contínuos** para ir de um lugar para outro? (**NÃO** inclua o pedalar por lazer ou exercício)

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para a questão 2e.**

- 2d. Nos dias que você pedala quanto tempo no total você pedala **POR DIA** para ir de um lugar para outro?

_____ horas _____ minutos

2e.

- Em quantos dias da última semana você caminhou por **pelo menos 10 minutos contínuos** para ir de um lugar para outro? (**NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou exercício)

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para a Seção 3.**

- 2f. Quando você caminha para ir de um lugar para outro quanto tempo **POR DIA** você gasta? (**NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou exercício)

_____ horas _____ minutos

FÍSICA EM CASA: TRABALHO, TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDAR DA FAMÍLIA.

Esta parte inclui as atividades físicas que você fez na última semana na sua casa e ao redor da sua casa, por exemplo, trabalho em casa, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou para cuidar da sua família. Novamente pense **somente** naquelas atividades físicas que você faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**.

- 3a. Em quantos dias da última semana você fez atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer, rastelar **no jardim ou quintal**.

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para questão 3b.**

- 3b. Nos dias que você faz este tipo de atividades quanto tempo no total você gasta **POR DIA** fazendo essas atividades moderadas **no jardim ou no quintal**?

_____ horas _____ minutos

3c. Em quantos dias da ultima semana você fez atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer ou limpar o chão **dentro da sua casa**.

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para questão3d.**

3d. Nos dias que você faz este tipo de atividades moderadas **dentro da sua casa** quanto tempo no total você gasta **POR DIA?**

_____ horas _____ minutos

3e. Em quantos dias da ultima semana você fez atividades físicas **vigorosas no jardim ou quintal** por pelo menos 10 minutos como carpir, lavar o quintal, esfregar o chão:

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para a seção4.**

3f. Nos dias que você faz este tipo de atividades vigorosas **no quintal ou jardim** quanto tempo no total você gasta **POR DIA?**

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 4- ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER.

Esta seção se refere às atividades físicas que você fez na ultima semana unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente nas atividades físicas que faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**. Por favor, **NÃO** inclua atividades que você já tenha feito.

4a. Sem contar qualquer caminhada que você tenha citado anteriormente, em quantos dias da ultima semana você caminhou **por pelo menos 10 minutos contínuos no seu tempo livre?**

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para questão4b**

4b. Nos dias em que você caminha **no seu tempo livre**, quanto tempo no total você gasta **POR DIA?**

_____ horas _____ minutos

4c. Em quantos dias da ultima semana você fez atividades **moderadas no seu tempo livre** por pelo menos 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis:

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para questão4d.**

4d. Nos dias em que você faz estas atividades moderadas **no seu tempo livre** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____horas_____minutos

4e. Em quantos dias da ultima semana você fez atividades **vigorosas no seu tempo livre**

por pelo menos 10 minutos, como correr, fazer aeróbicos, nadar rápido, pedalar rápido ou fazer Jogging:

_____dias por**SEMANA** (Nenhum - **Vá para seção5.**

4f. Nos dias em que você faz estas atividades vigorosas **no seu tempo livre** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____horas_____minutos

SEÇÃO 5 - TEMPO GASTO SENTADO

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

5a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de semana**?

_____horas_____minutos

5b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um **dia de final de semana**?

_____horas_____minutos

Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida

The World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-bref

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.

Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5

4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a)	1	2	3	4	5

	<p> você está com o seu sono? </p>					
17	<p> Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? </p>	1	2	3	4	5
18	<p> Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho? </p>	1	2	3	4	5
19	<p> Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo? </p>	1	2	3	4	5
20	<p> Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? </p>	1	2	3	4	5
21	<p> Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? </p>	1	2	3	4	5
22	<p> Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos? </p>	1	2	3	4	5
23	<p> Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? </p>	1	2	3	4	5

24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Avaliação do Estado Nutricional - Mini Nutritional Assessment - MNA[®]

Nome: _____

Sexo: _____

Idade: _____

Altura (cm): _____

Peso (kg): _____

Data:

Responda à secção “triagem”, preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção “triagem”.

Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem

- A. Nos últimos três meses houve diminuição da ingesta alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?

0 = diminuição grave da ingesta

1 = diminuição moderada da ingesta

2 = sem diminuição da ingesta

- B. Perda de peso nos últimos 3 meses

0 = superior a três quilos

1 = não sabe informar

2 = entre um e três quilos

3 = sem perda de peso

- C. Mobilidade

0 = restrito ao leito ou cadeira de rodas

1 = deambula mas não é capaz de sair de casa

2 = normal

- D. Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

0 = sim

2 = não

- E. Problemas neuropsicológicos
0= demência ou depressão graves
1= demência ligeira
2= sem problemas psicológicos

- F. Índice de Massa Corporal
0= $IMC < 19$
1= $19 \leq IMC < 21$
2 = $21 \leq IMC < 23$
3 = $IMC \geq 23$

Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)

12-14= estado nutricional normal

8-11= sob risco de desnutrição

0-7= desnutrido

Avaliação Global

- G. Vive em sua casa própria
1= sim
0= não

- H. Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?
0= sim
1= não

- I. Lesões de pele ou escaras?
0= sim
1= não

- J. Quantas refeições faz por dia?
0= uma refeição
1= duas refeições
2= três refeições

K. O doente consome

- Pelo menos uma porção diária de leite ou derivados? (leite, queijo, iogurte?)

Sim

Não

- Duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos?

Sim

Não

- Carne, peixe ou aves todos os dias?

Sim

Não

0.0 = nenhuma ou uma resposta SIM

0.5 = duas respostas SIM

1.0 = três respostas SIM

L. O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?

0= não

1= sim

M. Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, leite) o doente consome por dia?

0.0 = menos de três copos

0.5 = três a cinco copos

1.0 = mais de cinco copos

N. Modo de se alimentar

0= não é capaz de se alimentar sozinho

1= alimenta-se sozinho, porém com dificuldade

2= alimenta-se sozinho sem dificuldade

O. O doente acredita ter algum problema nutricional?

0= acredita estar desnutrido

1= não sabe dizer

2= acredita não ter problema nutricional

P. Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?

0.0= pior

0.5= não sabe

1.0= igual

2.0= melhor

Q. Perímetro Braquial (PB) em cm

0.0 = $PB < 21$

0.5 = $21 \leq PB \leq 22$

1.0 = $PB > 22$

R. Perímetro da perna (PP) em cm

0 = $PP < 31$

1 = $PP \geq 31$

Avaliação global (máximo 16 pontos)

Pontuação da Triagem

Pontuação Total (máximo de 30 pontos)

Avaliação do Estado Nutricional

De 24 a 30 pontos = estado nutricional normal

De 17 a 23,5 pontos = sob risco de desnutrição

Menos de 17 pontos = desnutrido

QUESTIONÁRIO Q8RN - AVALIAÇÃO DO ESTILO DE VIDA DE ADULTOS

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

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

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

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

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

ESCORE TOTAL

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

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

00 - 25– insuficiente ()

26 - 44– regular ()

45 - 58– bom ()

59 - 73– muito bom ()

74 - 88– excelente ()

ÍNDICE DE QUALIDADE DE SONO DE PITTSBURGH (PSQI-BR)

Instruções:

As seguintes perguntas são relativas aos seus hábitos usuais de sono durante o **último mês somente**. Suas respostas devem indicar a lembrança mais exata da **maioria** dos dias e noites no último mês. Por favor, responda a todas as perguntas.

1. Durante o último mês, quando você geralmente foi para a cama à noite? Hora usual de deitar

2. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir à noite?
Número de minutos _____
3. Durante o último mês, quando você geralmente levantou de manhã? Hora usual de levantar

4. Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite? (Este pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama).
Horas de sono por noite _____

Para cada uma das questões restantes, marque a **melhor (uma)** resposta. Por favor, responda a todas as questões.

5. Durante o último mês, com que frequência você **teve dificuldade de dormir** porque você...
 - (a) Não conseguiu adormecer em até 30 minutos
 - (b) Nenhuma no último mês _____
Menos de 1 vez/semana _____ 1 ou 2 vezes/semana ____
2 ou mais vezes/semana _____
 - (c) Acordou no meio da noite ou de manhã cedo Nenhuma no último mês __
Menos de 1 vez/semana _____ 1 ou 2 vezes/semana ____
3 ou mais vezes/semana _____
 - (d) Precisou levantar para ir ao banheiro Nenhuma no último mês

- Menos de 1vez/semana _____ 1 ou 2 vezes/semana ____
 3 ou mais vezes/semana _____
- (e) Não conseguiu respirar confortavelmente
- (f) Nenhuma no último mês _____
 Menos de 1vez/semana _____ 1 ou 2 vezes/semana ____
 3 ou mais vezes/semana _____
- (g) Tossiu ou roncou forte Nenhuma no último mês _____ Menos de 1vez/semana _____
 _____ 1 ou 2 vezes/semana ____
 3 ou mais vezes/semana _____
- (e) Sentiu muito frio
 Nenhuma no último mês ____
 Menos de 1 vez/semana ____
 1 ou 2 vezes/semana ____
 3 ou mais vezes/ semana ____
- (f) Sentiu muito calor
 Nenhuma no último mês ____
 Menos de 1 vez/ semana ____
 1 ou 2 vezes/semana ____
 3 ou mais vezes/ semana ____
- (g) Teve sonhos ruins
 Nenhuma no último mês ____
 Menos de 1 vez/ semana ____
 1 ou 2 vezes/semana ____
 3 ou mais vezes/ semana _____
- (h) Teve dor
 Nenhuma no último mês ____
 Menos de 1 vez/ semana ____ 1 ou 2 vezes/semana ____
 3 ou mais vezes/ semana ____
- (i) Outra(s) razão(ões), _____ por favor descreva

 _____.

Com que frequência, durante o último mês, você teve dificuldade para dormir devido a essa

razão?

Nenhuma no último mês__

Menos de 1 vez/ semana__

1 ou 2 vezes/semana__

3 ou mais vezes/ semana ____

6. Durante o último mês, como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral?

Muito boa _____ Boa _

Ruim _____ Muito ruim __

7. Durante o último mês, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou “por conta própria”) para lhe ajudar adormir?

Nenhuma no último mês ____

Menos de 1 vez/ semana __

1 ou 2 vezes/semana ____

3 ou mais vezes/ semana ____

8. No último mês, com que frequência você teve dificuldade de ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos, trabalho, estudo)?

Nenhuma no último mês__

Menos de 1 vez/ semana__ 1 ou 2 vezes/semana__

3 ou mais vezes/ semana ____

9. Durante o último mês, quão problemático foi para você manter o entusiasmo (ânimo) para fazer as coisas (suas atividades habituais)?

Nenhuma dificuldade _____ Um problema muito leve _____ Um

problema razoável _____

Um problema muito grande _____

10. Você tem um(a) parceiro [esposo(a)] ou colega de quarto? Não__

Parceiro ou colega, mas em outro quarto _____

Parceiro no mesmo quarto, mas não na mesma cama _____ Parceiro na mesma cama

Se você tem um parceiro ou colega de quarto, pergunte a ele/ela com que frequência no último mês você teve...

- (a) Ronco forte

Nenhuma no último mês ____

Menos de 1 vez/ semana ___

1 ou 2 vezes/semana___

3 ou mais vezes/ semana _____

(b) Longas paradas na respiração enquanto dormia

Nenhuma no último mês _____

Menos de 1vez/semana_____ 1 ou 2 vezes/semana _____

3 ou mais vezes/semana _____

(c) Contrações ou puxões nas pernas enquanto você dormia

Nenhuma no último mês _____

Menos de 1vez/semana_____

1 ou 2 vezes/semana _____

3 ou mais vezes/semana _____

(d) Episódios de desorientação ou confusão durante o sono Nenhuma no último mês _____

Menos de 1vez/semana_____

1 ou 2 vezes/semana _____

3 ou mais vezes/semana _____

(e) Outras alterações (inquietações) enquanto você dorme; por favor, descreva

Nenhuma no último mês _____

Menos de 1vez/semana_____

1 ou 2 vezes/semana _____

3 ou mais vezes/semana _____

Avaliação da saúde mental: SRQ 20 – SELF REPORT QUESTIONNAIRE.

Teste: **SRQ 20 – Self Report Questionnaire.**

Teste que avalia o sofrimento mental. Por favor, leia as instruções antes de preencher as questões abaixo. É muito importante que todos que estão preenchendo o questionário sigam as mesmas instruções.

Instruções

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

OBS: Lembre-se que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido por um profissional.

PERGUNTAS	RESPOSTAS	
9.1- Você tem dores de cabeça frequente?	SIM	NÃO
9.2- Tem falta de apetite?	SIM	NÃO
9.3- Dorme mal?	SIM	NÃO
9.4 Assusta-se com facilidade?	SIM	NÃO
9.5- Tem tremors nas mãos?	SIM	NÃO
9.6- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)	SIM	NÃO
9.7- Tem má digestão?	SIM	NÃO
9.8- Tem dificuldades de pensar com clareza?	SIM	NÃO
9.9- Tem se sentido triste ultimamente?	SIM	NÃO
9.10- Tem chorado mais do que de costume?	SIM	NÃO
9.11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	SIM	NÃO
9.12- Tem dificuldades para tomar decisões?	SIM	NÃO
9.13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa-lhe sofrimento?)	SIM	NÃO
9.14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	SIM	NÃO
9.15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	SIM	NÃO
9.16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	SIM	NÃO
9.17- Tem tido idéia de acabar com a vida?	SIM	NÃO
9.18- Sente-se cansado (a) o tempo todo?	SIM	NÃO
9.19- Você se cansa com facilidade?	SIM	NÃO
9.20- Tem sensações desagradáveis no estômago?	SIM	NÃO
9.21- Total de respostas SIM		
9.22. Este sujeito, de acordo com a pontuação acima, tem sofrimento mental leve:	1[]Sim	
	2[]Não	

RESULTADO: Se o resultado for ≥ 7 (maior ou igual a sete respostas SIM) está comprovado sofrimento mental.

AVALIAÇÃO FÍSICA

1) Nome: _____

2) Sinais Vitais:

PA: _____

FC: _____

FR: _____

SpO2: _____

3) Dados antropométricos:

Peso: _____

Altura: _____

IMC: _____

Circunferências: Abdominal _____

Panturrilha _____

Bíceps _____

4) Dinamometria:

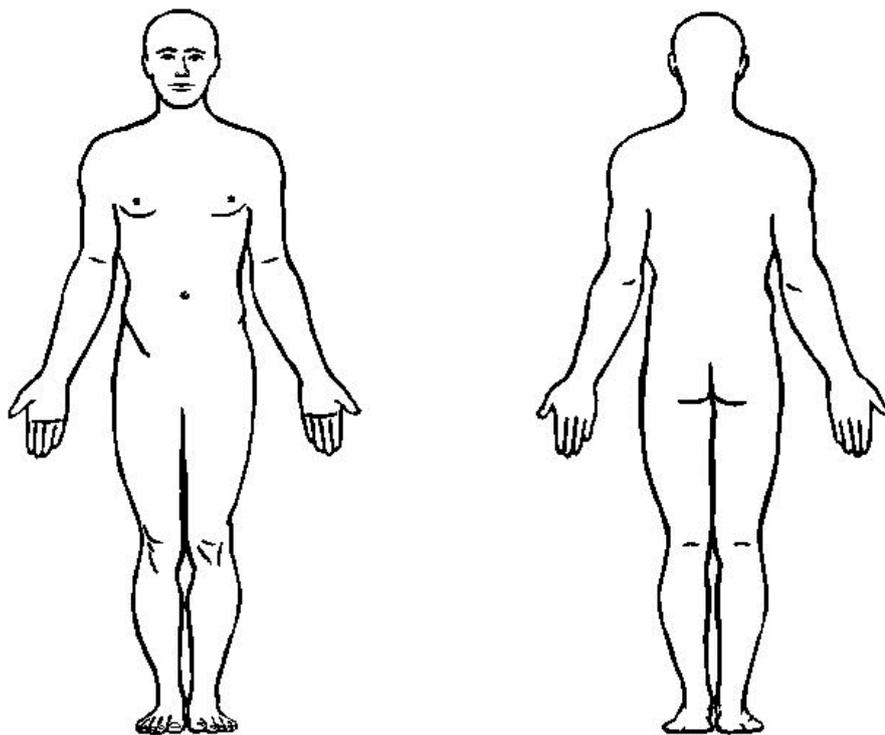
	1ª medida	2ª medida	3ª medida	Média
Direita				
Esquerda				

OBS:

5) Teste de sentar e levantar: _____

6) Dores:

Pinte o local de dor e classifique a intensidade



- 1- 1 ----- 10
- 2- 1 ----- 10
- 3- 1 ----- 10
- 4- 1 ----- 10
- 5- 1 ----- 10
- 6- 1 ----- 10
- 7- 1 ----- 10
- 8- 1 ----- 10
- 9- 1 ----- 10
- 10- 1 ----- 10

8.4 APÊNDICE III

CARTILHA COMO PARTE DA INTERVENÇÃO

Por questões de configuração, este apêndice será enviado à parte.

8.5 APÊNDICE IV

Artigo: Reduction of chronic pain, perceived stress and improvement of quality of life after 1-week educational intervention program with lifestyle experiences

Submetido para a revista **PREVENTING CHRONIC DISEASES: PUBLIC HEALTH RESEARCH, PRACTICE, AND POLICY**, como requisito do Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Reduction of chronic pain, perceived stress and improvement of quality of life after 1-week educational intervention program with lifestyle experiences

Luana Rodrigues Rosseto Felipe¹; Márcia Cristina Teixeira Martins^{2,3} Lislei Jorge Patrizzi Martins⁴

1 MS student in the post-graduation physical therapy program at the Universidade Federal do Triângulo Mineiro

2 Professor, MS in Health Promotion, Adventist University of Sao Paulo, Brazil.

3 Post Doctorate Fellow, Department of Nutrition, School of Public Health, University of Sao Paulo.

4 Professor of the Applied Physical Therapy Department and of the Physical Therapy Post-graduation at the Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Keywords: Lifestyle. Stress, psychological. Chronic pain. Quality of life.

Abstract:

Introduction: The combination of habits and lifestyle has been having results in health promotion. There are few studies in literature that involve the use of sets of habits as intervention, especially considering quality of life, perceived stress, and chronic pain. This study aims to evaluate the effects a week of educational interventions with experiences in eight lifestyle practices would have on the perceived stress, chronic pain, and quality of life of adults.

Methods: This study is a longitudinal, quantitative intervention, carried out with 77 participants with a mean age of 40.78 (+ 13.99) years. Pre- and post-intervention evaluations included a characterization of the sample, the Perceived Stress Scale, the WHOQOL-BREF and an image

of the human body indicating spots of chronic pain. In the intervention, the adoption of eight lifestyle practices was encouraged: pure air, sunlight, healthy diet, physical activities, water ingestion, resting, balance, and spirituality. The statistical analysis was conducted using the T-test and Wilcoxon's, to compare results before and after the intervention. **Results:** after the intervention, there was an increase in the mean scores of quality of life from 14.16 (+1.85) to 15.53 (+1.81), ($p < 0.001$) and a diminution in perceived stress from 21.77 (+4.2) to 20.06 (+4.58) ($p = 0.001$). The score for pain also dropped from 2.01 (+1.11) to 1.12 (+ 0.39), ($p < 0.001$). **Conclusion:** After a week of an educational intervention program with lifestyle experiences participants reported a reduction of e perceived pain and chronic stress and higher scores of quality of life.

INTRODUCTION

Chronic stress is a highly prevalent condition in modern society. It impairs brain function (1), increases inflammatory and myocardial ischemia markers, and is associated with cardiovascular diseases (2). Chronic stress is also associated with depressive symptoms, social isolation, anxiety, and bad health habits (3).

Chronic pain is one of the most incapacitating diseases in the world. It is related with physical incapacities, and negatively affects quality of life. Chronic pain is a public health problem that generates social and economic impacts. with costs higher than those of cardiovascular diseases or cancer (4).

Tools to manage the improvement of stress, chronic pain, and quality of life, in addition to helping in the promotion of global health, have been associated to lifestyle habits. Some of these habits are adequate sleeping (5), physical exercise practices (6), respiratory exercises (7), adequate hydration (8), and healthy diet (9).

Educational programs that emphasize the simultaneous adoption of several lifestyle habits have been applied by health professionals leading to significant improvements in body weight, arterial blood pressure, blood lipids, fasting glycemia and emotional health. These interventions usually last four weeks or more (10).

Despite an understanding that combining healthy habits is more effective in promoting health than isolate individual practices, rare studies discuss the effects of educational strategies that make use of experiences involving a set of lifestyle practices as an intervention (11) and evaluate their short-term effects. Additionally, there are no studies suggesting the effect of such interventions on quality of life, perceived stress, and chronic pain.

In this paper we evaluated the effects of a 1-week-long lifestyle educational intervention program with experiences in eight lifestyle practices on the perceived stress, chronic pain, and quality of life of adults.

METHODS

Study population

Individuals of 18 years and older, both sexes, were invited to participate in a project which integrated extension and research activities, entitled: "*Educação em Saúde: Mexa-se Pela Vida*" ("Health Education: Move for your Life"). All participants lived in Uberaba, a countryside city of the Minas Gerais State, Brazil, and agreed to incorporate eight lifestyle practices and attend to the meetings of an educational lifestyle intervention program during one week. Individuals who did not adhere to the lifestyle intervention program and/or did not answer the instruments were excluded from the study.

Ethics

Participants were enrolled after signing a written informed consent form. This study was conducted according to the international ethical standards proposed by the Helsinki protocol for human research. The project was reviewed and approved by the Ethics Committee for Research Involving Human Subjects of the Federal University of Triangulo Mineiro, MG, Brazil (protocol 2.624.996/2018)

Assessment of sociodemographic, stress, chronic pain and quality of life exposures

A questionnaire including the following four sections was used to evaluate the participants: personal and sociodemographic information, the WHOQOL-BREF quality of life questionnaire (12), the Perceived Stress Scale (13), and the human body image from the Multidimensional Pain Evaluation Scale (14). The spots of chronic pain were measured according to how the participant painted the painful body parts on the image included in the instrument. The pain score was calculated.

Race was divided into non-black (white, Hispanic, middle eastern, Asian, Indian or

other), brown/light brown, and black.. Education was categorized by the number of years of school attendance. Marital status was categorized according with information provided by the participants: single, married or separated/divorced. Income categories were defined according with the minimum wage. Religion was divided into spiritualist, seventh-day adventist, catholic and other.

The questionnaire was completed by trained interviewers before and after the seven-day educational lifestyle intervention program.

Educational lifestyle intervention

The seven-day educational lifestyle intervention program was adapted from Lima (15) and Slavíček et al. (16). It included simultaneous practical experiences of eight lifestyle practices: fresh air and sunlight exposure, improvements in dietary habits, water consumption, and sleeping/resting habits, physical activity practice, restriction/avoidance of potentially harmful behaviors (ex.: tobacco, alcohol and drug use), and development/improvement of spirituality.

A total of ten seven-day interventions were carried out over a period of two years with groups of no more than 12 participants each. The same program was applied to all groups in the facilities of a religious community that has a structure for leisure with swimming pool, sauna, massotherapy, gardens, and places for resting.

The educational lifestyle intervention program was structured as described in Table 1: on day one, participants were evaluated and remained in the location, where they could experience healthy lifestyle practices and enjoy moments of leisure and self-care, such as the sauna, the swimming pool, massotherapy, walking, stretching, respiratory exercises, and resting. A variety of freshly prepared fruit juices was served every three hours. At the end of the day, participants received guidance on how to go through their days during the week with

regards to their eating habits, individual and collective lifestyle practices.

The guidance regarding eating habits included progressive caloric intake with gradual inclusion of salads, fruits, vegetables, whole grains, legumes, nuts and seeds. Except for the fruit juices served during the first day of intervention, participants were not provided with food.

Participants were oriented to drink water every hour they were awake between meals. Regarding the practice of physical activities, individuals were instructed to perform activities of their interest for at least 30 min/day during all days of the intervention.

Concerning sunlight, participants were oriented to sunbathe for at least ten minutes every day, exposing their bodies as much as possible. Since the first day of intervention individuals became aware of their abdominal respiration and were taught how to carry breathing. They were instructed to dedicate 10 min/day to this practice.

Participants were oriented to sleep 7 - 8 h/day and to lay down before 10 p.m. During the intervention week, participants were also oriented not to smoke, use drugs, drink alcoholic beverages. All these practices were called "temperance".

Spirituality was encouraged through the recommendation of at least 10 min/day of spiritual practices according to the participant's beliefs. It could be carried out through meditations, prayers, or any other connection with what is considered to be sacred.

At the end of day one, after all guidance was given, participants went back to their residences. From days 2 through 6, participants joined to evening presentations of 2 hours each, which reiterated the need for maintaining the continuity of the lifestyle habits. Each lifestyle practice was thoroughly discussed, their concepts explained as well as their influences in the human body. After each presentation, there was a round of conversation in which questions were clarified. The presentations were offered by health professionals who also carried out a follow-up session with the participants. This session included the evening

meetings and support through online smartphone applications. The health team involved with the project included the following professionals: a clinical dietitian, nurses, physical therapists, and a psychologist.

On day seven, the volunteers were reevaluated, and joined in a celebration in which they shared their lifestyle change experiences. The maintenance of the eight lifestyle habit practices was once again encouraged.

Statistical analysis:

The statistical analysis was carried out using the SPSS software, version 22.0. Numerical variables were expressed as mean \pm standard deviation or median (25th percentile - 75th percentile) according to the sample distribution, and categorical variables were expressed through absolute and relative frequencies. The significance level was 5%. To analyze normality, the Kolmogorov-Smirnov test was used. Variables with a normal distribution were compared using T-test. For those with non-normal distribution, the analyses were carried out using the Wilcoxon test.

RESULTS

A total of 107 individuals were initially included in the study, 30 of which were excluded for not completing the proposal or for not appearing in the reevaluation day. Therefore, 77 participants finished the interventions. Their mean age was 40.8 (+14.0) years old. Selected characteristics of the participants are shown on table 2. Most participants were women, white, with more than 11 years of school attendance. More than half participants were married and nearly half participants had an income above three minimum wages. Regarding religion, most participants were spiritists, adventists, or catholics.

Table 3 shows the results of the variables studied pre- and post-intervention, showing an improvement in the quality of life score, and a reduction in perceived stress and pain scores.

DISCUSSION

In this report we show that there was a reduction in the perceived stress, a decrease in the chronic pain score, and an improvement in quality of life after one week of an educational intervention that included the experiences in eight lifestyle practices. This is the first Brazilian investigation that proposed these practices as short-term intervention and its impact on perceived stress, chronic pain, and quality of life. Most studies that evaluated the effect of combining several simultaneous lifestyle practices measured risk factors for chronic diseases after interventions that lasted four weeks or longer (10) (17) (18) (19), with positive results.

A controlled randomized trial carried out with 348 participants by Merrill and Aldana (2008) (17) found that the group who participated in the Coronary Health Improvement Project (CHIP or) “Complete Health Improvement Project”, as referred by some authors for changing lifestyles had a lower chance of developing depression, the likelihood of which was measured 6 weeks, and then, 6 months after the start of the project. Using the same project, Thieszen et al. (2011) (19) found that their participants also had improved emotional health, mental health, and social work scores, when compared to a control group.

Although there are not many available studies addressing short-term effects of lifestyle practices, there are indications that such interventions can affect important biological parameters linked with metabolic diseases. Slavíček et al. (2008) measured certain cardiovascular risk parameters in 1,349 voluntaries before and after a one-week rehabilitation retreat emphasizing the same eight lifestyle practices evaluated in this study. The authors found reductions in body weight, BMI (body mass index), arterial blood pressure, serum cholesterol, and blood glucose. It stands out that, for a subgroup of 68 people, the parameters did not go

through significant changes up to one year after the retreat ended, which shows the potential positive effects of a short term lifestyle experience that emphasizes these eight practices (16).

In this study the a short-term shifts in lifestyle practices lead to physical and emotional improvements.

When someone is exposed to long-term stress, some disorders may emerge, especially due to hormonal alterations, neuroendocrine mediators, and neurotransmitters (20). Staying stressed for a long period leads to unbalanced body allostasis, and then, the organism's stability and adaptation capabilities become impaired. The physiology of sympathetic and parasympathetic systems, the hypothalamus-pituitary-adrenal axis, as well as the immunological system and the brain adaptations become overburdened. The consequences of these alterations may lead to anxiety, depression, loss of sleep, increased consumption of caloric foods, alcohol abuse, diminution in physical activities. It may also have negative impacts in social relations (3).

The cardiovascular system is also affected by stress, which can lead to myocardial ischemia, arrhythmia, stimulation of platelet functions, and increased blood viscosity. Circulatory system commitment, in turn, affects the musculoskeletal system, as shown by a study carried out by Almeida and Dumith (2018), in which authors found that the higher the perceived stress, the higher the prevalence of musculoskeletal symptoms, especially pain (21).

Regarding chronic pain, the hypothalamus-pituitary-adrenal axis also has its functions altered. This axis has the important function of answering internal and external inputs to the body, including psychological stressors. A cycle, then, takes place, in which cognitive and emotional factors can lead to pain, which, in turn, influence the physiology of the system that triggers stress (22).

Both pain and stress have broad associations. The improvement of these factors may involve different interventions. In addition to specific and isolate proposals to manage pain and stress, broad interventions that involve life habits can also bring benefits.

Separately, some of these habits have been investigated and associated to different contexts of health and disease. Too little sleep, for instance, has been associated with chronic stress and arthritis in adults and olders (5). High indexes of perceived stress were also associated with sedentary behaviors in olders from low to medium income countries (23). Individuals with depression and anxiety also presented higher levels of sedentary behavior (24). This behavior was also associated with increased chronic lumbar pain (6). Arthritis and chronic lumbar pain are the most incapacitating type of chronic pain (4).

Chronic pain has broad etiological factors, including musculoskeletal, neuronal, and psycho-biological ones (25). In addition to having a higher negative impact in quality of life than other health problems, the costs involving pain can be higher than those involving cardiac diseases, and may reach a total of 3% of a country's Gross Domestic Product (GDP) (26).

Migraines are other common type of chronic pain that can be caused by different etiologies. Dehydration is one cause of migraines that can also induce changes in the cognitive function and produce mood alterations (8). Health education promoting respiratory techniques and changes in sleeping habits can also contribute to reduce the incidence of migraines (7).

Diet, in addition to adequate water ingestion, influences the health of individuals. Positive changes were observed in biomarkers that predict cardiovascular and metabolic disease risks after one – week changes in dietary habits. McDougall et al. (2014) observed a reduction both in systolic and diastolic blood pressure, blood glucose, total cholesterol, and risk of cardiovascular events after 7 days on an *ad libitum* low-fat starch-based, vegan diet (9).

Other lifestyle habits are being investigated in associations with healthy diets. In a group of 2,223 elders, an active lifestyle enhanced the effects of a healthy diet and diminished in 30% the risk of cognitive decline (27).

Considering the diversity of factors that influence stress, chronic pain, and low quality of life, lifestyle habits can have positive health impacts. These habits must be encouraged as early as possible in the life of a person, allowing a good general health during the entire aging process (11).

Some communities, such as the Seventh-day Adventist Church, encourage not only traditional health attention, but also education of lifestyle habits, through evidence-based strategies, like the CHIP program, previously mentioned (28). The NEW START lifestyle program (16) promotes the same eight lifestyle habits used in this study for intervention purposes. Around 2/3 of the participants were either Adventists or Spiritualists, who also tend to be health conscious. This may have contributed to the adherence to the lifestyle intervention.

One limitation found in this study is that participants were selected by convenience, from an extension project. This means that, participants may have joined the program already available and interested in changing. The results of less motivated populations should be explored to allow generalization. Similarly, investigations with a higher number of participants and with a control group can reiterate the findings of this research. Moreover, the influence of this type of intervention in long-term stress, chronic pain, and quality of life, has yet to be investigated. Despite the broad field of investigations that can still be made, interventions focused on lifestyle medicine have been encouraged and are increasingly being incorporated into clinical practices (29). The types of interventions, as well as the approaches on how healthy lifestyle habits should be encouraged, can be seen as new challenges. In this study, individuals were encouraged to experience daily eight lifestyle practices. The group approach associated with provision of information, was considered positive throughout the entire intervention

process. Primary prevention and the promotion of a healthy lifestyle seems to be the most adequate course of action for the efforts aiming to improve public healthcare.

We conclude that a week of interventions and lifestyle changes, considering these eight practices can reduce chronic pain, perceived stress, and improve quality of life. Considering these variables and this sample, such interventions are a possibility to improve the health of individuals

REFERENCES

1. Pesarico AP, Bueno-Fernandez C, Guirado R, Gomez-Climent MÁ, Short Y, Carceller H, et al. Chronic Stress Modulates Interneuronal Plasticity: Effects on PSA-NCAM and Perineuronal Nets in Cortical and Extracortical Regions. *Front Cell Neurosci* [Internet]. May 7, 2019 [quoted June 11, 2019]; 13. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6524695/>.
2. Fang F, Arnberg FK, Mataix-Cols D, Fernández de la Cruz L, Almqvist C, Fall K, et al. Stress related disorders and risk of cardiovascular disease: population based, sibling controlled cohort study. *BMJ* [Internet]. April 10, 2019 [quoted June 11, 2019]; 365. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6457109/>.
3. McEwen BS. Neurobiological and Systemic Effects of Chronic Stress. *Chronic Stress (Thousand Oaks)* [Internet]. 2017 [quoted April 5, 2019]; 1. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5573220/>.
4. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* [Internet]. August 22, 2015 [quoted June 11, 2019]; 386 (9995): 743–800. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4561509/>.
5. Vicky C. C, Jean-Philippe C, Karen C. R, Gayatri J, Minh T. D. Original quantitative research Factors associated with sleep duration across life stages: results from the Canadian Health Measures Survey. *Health Promot Chronic Dis Prev Can* [Internet]. November 2018 [quoted April 3, 2019] 38 (11): 404–18. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6262981/>.

6. Citko A, Górski S, Marcinowicz L, Górski A. Sedentary Lifestyle and Nonspecific Low Back Pain in Medical Personnel in North-East Poland. *Biomed Res Int* [Internet]. September 9, 2018 [quoted April 3, 2019]; 2018. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6151221/>.
7. Renjith V, Father A, Radhakrishnan K, Nayak BS, Devi ES, Ladd E, et al. Randomized controlled trial on the effectiveness of a multicomponent intervention on migraine: A study protocol. *Journal of Advanced Nursing* [Internet]. 2018 [quoted April 3, 2019]; 74 (3): 734–42. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jan.13478>.
8. Popkin BM, D'Anci KE, Rosenberg IH. Water, Hydration and Health. *Nutr Rev* [Internet]. August 2010 [quoted April 3, 2019]; 68 (8): 439–58. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2908954/>.
9. McDougall J, Thomas LE, McDougall C, Moloney G, Saul B, Finnell JS, et al. Effects of 7 days on an ad libitum low-fat vegan diet: the McDougall Program cohort. *Nutr J*. October 14, 2014; 13:99.
10. Morton D, Rankin P, Kent L, Dysinger W. The Complete Health Improvement Program (CHIP): History, Evaluation, and Outcomes. *Am J Lifestyle Med*. February 2016; 10 (1): 64–73.
11. Atallah N, Adjibade M, Lelong H, Herberg S, Galan P, Assmann KE, et al. How Healthy Lifestyle Factors at Midlife Report to Healthy Aging. *Nutrients* [Internet]. June 30, 2018 [quoted April 3, 2019]; 10 (7). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6073192/>.
12. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated quality of life assessment instrument “WHOQOL-bref”. *Public Health Journal* [Internet]. April 2000 [quoted June

- 11, 2019]; 34 (2): 178–83. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102000000200012&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
13. Luft CDB, Sanches S de O, Mazo GZ, Andrade A. Brazilian version of the Perceived Stress Scale: translation and validation for the elderly. *Public Health Journal* [Internet]. August 2007 [quoted June 11, 2019]; 41 (4): 606–15. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102007000400015&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
14. Sousa FAEF, Pereira LV, Cardoso R, Hortense P. Multidimensional Pain Assessment Scale (EMADOR). *Latin American Journal of Nursing* [Internet]. February 2010 [quoted June 11, 2019]; 18 (1): 03–10. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692010000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
15. Lima EO. *Seven Days To Start Living*. 7th ed. 2005.
16. Slavíček J, Kittnar O, Fraser GE, Medová E, Konečná J, Žižka R, et al. Lifestyle Decreases Risk Factors for Cardiovascular Diseases. *Cent Eur J Public Health* [Internet]. December 2008 [cited September 16, 2019]; 16 (4): 161–4. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2745100/>.
17. Merrill RM, Taylor P, Aldana SG. Coronary Health Improvement Project (CHIP) is associated with improved nutrient intake and decreased depression. *Nutrition* April 2008; 24 (4): 314–21.
18. Morton DP, Rankin P, Morey P, Kent L, Hurlow T, Chang E, et al. The effectiveness of the Complete Health Improvement Program (CHIP) in Australasia for reducing selected chronic disease risk factors: a feasibility study. *N Z Med J*. March 1, 2013; 126 (1370): 43–54.

19. Thieszen CL, Merrill RM, Aldana SG, Diehl HA, Mahoney ML, Greenlaw RL, et al. The Coronary Health Improvement Project (CHIP) for lowering weight and improving psychosocial health. *Psychol Rep.* August 2011; 109 (1): 338–52.
20. Yaribeygi H, Panahi Y, Sahraei H, Johnston TP, Sahebkar A. The impact of stress on body function: A review. *EXCLUDES J* [Internet]. July 21, 2017 [quoted April 5, 2019]; 16: 1057–72. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5579396/>.
21. Almeida LM from S, Dumith S from C, Almeida LM from S, Dumith S from C. Association between musculoskeletal symptoms and perceived stress in public servants of a Federal University in the South of Brazil. *BrJP* [Internet]. March 2018 [quoted April 5, 2019] 1 (1): 9–14. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2595-31922018000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
22. Crofford LJ. Chronic Pain: Where the Body Meets the Brain. *Trans Am Clin Climatol Assoc* [Internet]. 2015 [quoted April 8, 2019]; 126: 167–83. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4530716/>
23. Ashdown-Franks G, Koyanagi A, Vancampfort D, Smith L, Firth J, Schuch F, et al. Sedentary behavior and perceived stress among adults aged ≥ 50 years in six low- and middle-income countries. *Maturitas* October 2018; 116: 100–7.
24. Vancampfort D, Stubbs B, Herring MP, Hallgren M, Koyanagi A. Sedentary behavior and anxiety: Association and influential factors among 42,469 community-dwelling adults in six low- and middle-income countries. *Gen Hosp Psychiatry.* February 2018; 50: 26–32.
25. Wippert P-M, Wiebking C. Stress and Alterations in the Pain Matrix: A Biopsychosocial Perspective on Back Pain and Its Prevention and Treatment. *Int J*

- Environ Res Public Health [Internet]. April 2018 [quoted April 3, 2019]; 15 (4). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5923827/>.
26. Henschke N, Kamper SJ, Maher CG. The Epidemiology and Economic Consequences of Pain. Mayo Clinic Proceedings [Internet]. January 1, 2015 [quoted April 3, 2019]; 90 (1): 139–47. Available at: [https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(14\)00865-9/fulltext](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(14)00865-9/fulltext).
27. Shakersain B, Rizzuto D, Wang H-X, Faxen-Irving G, Prinelli F, Fratiglioni L, et al. An Active Lifestyle Reinforces the Effect of a Healthy Diet on Cognitive Function: A Population-Based Longitudinal Study. Nutrients. September 13, 2018; 10 (9).
28. Kent LM, Morton DP, Ward EJ, Rankin PM, Ferret RB, Gobble J, et al. The Influence of Religious Affiliation on Participant Responsiveness to the Complete Health Improvement Program (CHIP) Lifestyle Intervention. J Relig Health [Internet]. 2016 [quoted September 16, 2019]; 55: 1561–73. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4956692/>.
29. Bodai BI, Nakata TE, Wong WT, Clark DR, Lawenda S, Tsou C, et al. Lifestyle Medicine: A Brief Review of Its Dramatic Impact on Health and Survival. Perm J [Internet]. September 20, 2017 [quoted April 3, 2019]; 22. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5638636/>

Table 1. Description of the educational week with experiences in eight lifestyle practices.

Days/practices	Eating recommendation	Lifestyle advice	Collective practice
Day 1	A variety of freshly prepared fruit juices every 3 hours; water every hour	Physical activities; sunlight; respiratory exercises; temperance; spirituality.	The eight lifestyle practices were carried out with and guided by the health team.
Day 2	The same of day 1 + A variety of raw salads	The same of day 1	Evening presentation
Day 3	Fresh salads or fruits every 3 hours	The same of day 1	Evening presentation
Day 4	The same of day 3 + a variety of fresh or cooked vegetables	The same of day 1	Evening presentation
Day 5	The same of day 4 + whole grain bread, brown rice	The same of day 1	Evening presentation
Day 6	The same of day 5	The same of day 1	Evening presentation
Day 7	The same of day 5	The same of day 1	Celebration

Table 2. Selected characteristics of the participants in the study (n=77).

Characteristics	Frequency	Percent
Sex		
Male	18	23.4
Female	59	76.6
Race		
Non-black	61	79.2
Brown/light brown	11	14.3
Black	5	6.5
Marital Status		
Married	42	54.5
Single	28	36.4
Separated/divorced	7	9.1
Religion		
Spiritist	27	35.1
Seventh-day Adventist Church	23	29.9
Catholic	18	23.4
Others	9	11.7
Number of years of study/school years		
4 to 7	4	5.2
8 to 10	8	10.4
11 or more	65	84.4
Income (minimum wage)		
< 1	10	13
$1 \leq \text{income} < 3$	27	35.1
≥ 3	40	52

Table 3. Scores of quality of life, perceived stress and chronic pain obtained before and after an educational week with experiences in eight lifestyle practices.

	Before intervention		After intervention		<i>P</i>
	Mean (SD)	Median (p25;p75)	Mean (SD)	Median (p25;p75)	
Quality of life	14.26 (\pm 1.85)	14.3 (12.91;15.61)	15.53 (\pm 1.81)	15.69 (14.3;16.61)	<0.001
Perceived stress	21.77 (\pm 4.20)	21 (19;25)	20.06 (\pm 4.58)	20 (17;22.5)	0.001
Chronic pain	2.01 (\pm 1.11)	2 (1;3)	1.12 (\pm 0.39)	1 (1;1)	<0.001

SD: standard deviation; p25: 25th percentile; p75: 75th percentile

8.6 APÊNDICE V

Artigo: **Estilo de Vida e dor crônica: intervenção educativa com Agentes Comunitários de Saúde**

Revistas sugeridas para submissão: THE CLINICAL JOURNAL OF PAIN; HEALTH PROMOTION INTERNATIONAL

Resumo:

Introdução: Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são profissionais importantes por fortalecerem a propagação de informações sobre saúde para a comunidade, porém, diante dos desafios profissionais encontrados por essa categoria, os agentes frequentemente apresentam processos de adoecimento, como a dor crônica. Além dos manejos individuais para a dor crônica, as mudanças de estilo de vida vêm sendo cada vez mais considerada para o tratamento desta condição. Estratégias de intervenção considerando a abordagem de estilo de vida, são consideradas desafios. **Objetivo:** avaliar o estilo de vida e os pontos de dor crônica de agentes comunitários de saúde do município de Uberaba após a vivência educativa de um estilo de vida baseado em 8 hábitos. **Materiais e Métodos:** Quarenta e nove ACS, participaram durante um mês de uma vivência educativa, com encontros presenciais, sobre 8 hábitos que compõem um estilo de vida mais saudável, sendo estimulados a praticarem estes hábitos. Para a avaliação dos participantes foi utilizado um questionário com dados sociodemográficos e econômicos, o instrumento Q8RN para avaliar o estilo de vida e a Escala Multidimensional de Avaliação de Dor adaptada para avaliação da dor crônica. Para a análise estatística foi utilizado o teste T pareado e o teste de Wilcoxon. O nível de significância considerado foi de $p \leq 0,05$. **Resultados:** O estilo de vida geral, principalmente os itens nutrição, exercício, água, sol, ar puro e descanso apresentaram diferenças significativas após a intervenção, assim como houve uma diminuição significativa da quantidade dos pontos de dor crônica após a intervenção educativa. **Conclusão:** um mês de vivências com mudanças de 8 hábitos de vida é capaz de melhorar o estilo de vida e diminuir a quantidade de pontos de dor crônica em agentes comunitários de saúde.

Palavras- chaves: Agentes Comunitários de Saúde. Estilo de Vida. Dor Crônica

Introdução:

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são considerados mediadores entre a população e à Rede de Atenção à Saúde, atuando principalmente na promoção de saúde e prevenção de doenças na comunidade (1). Apesar do reconhecimento do trabalho dos ACS e de seu importante papel na construção de vínculos, os estudos sobre a prática dos ACS também trazem os desafios enfrentados por essa categoria profissional. As amplas atribuições, as questões socioeconômicas das famílias assistidas, dificuldades no acolhimento e vínculo com algumas famílias, baixa remuneração, falta de capacitação, falta de resolutividade dos casos, de reconhecimento profissional por parte da população, de instrumentos e tecnologias são os principais desafios encontrados (1).

Os desafios profissionais dos ACS parecem interferir em sua própria saúde, conforme um trabalho de revisão que apontou como problemas mais frequentes as doenças do aparelho circulatório, do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo. As dores nos membros inferiores também são queixas frequentes dos ACS (2).

A dor crônica é caracterizada por uma dor que persiste por um tempo maior que três meses e está entre as demandas mais comuns na procura de atendimento médico. Aproximadamente 60 milhões de pessoas sofrem de dor crônica, correspondente a cerca de 10% da população mundial (3).

A dor musculoesquelética, além dos comprometimentos físicos, pode ser considerada um importante fator de comprometimento da qualidade de vida de ACS, sendo necessário a implantação de políticas públicas específicas para enfrentamento desses acometimentos, contribuindo assim, para a melhoria das condições de trabalho e qualidade de vida desses profissionais (4).

Os manejos para a melhora da dor crônica, vêm sendo associados aos hábitos de estilo de vida. A inatividade física, comportamento sedentário, estresse, sono ruim, dieta não saudável, com pouca ingestão de frutas e legumes, e tabagismo, estão associados à gravidade e à sustentação da dor crônica (5) (6).

No entanto, as opções atuais de tratamento geralmente abordam parcialmente os muitos fatores de estilo de vida associados à dor crônica ou tentam resolvê-los sem fornecer uma intervenção no estilo de vida multimodal individualizada. Propostas que abordem todos os fatores relevantes do estilo de vida concomitantemente em uma intervenção multimodal personalizada, pode diminuir não só a carga física e psicológica, mas também a socioeconômica da dor crônica (6).

Alguns estudos já trazem a abordagem do estilo de vida como um conjunto de hábitos (7) (8), com melhoras significativa no peso corporal, pressão arterial, lipídeos sanguíneos, glicemia de jejum (9) (10) e saúde emocional (10) (8). Estas propostas, envolveram o estilo de vida NEW START, reconhecido por contemplar oito hábitos de estilo de vida (11).

No Brasil, investigações que envolvam este conjunto de hábitos de estilo de vida como proposta de intervenção em curto prazo, para a melhora da dor crônica ainda não havia sido encontrada. Dessa forma, o objetivo deste estudo é avaliar o estilo de vida e os pontos de dor crônica de agentes comunitários de saúde do município de Uberaba após a vivência educativa de um estilo de vida baseado em 8 hábitos.

Materiais e métodos:

Trata-se de um estudo longitudinal, quantitativo e de intervenção, realizado na cidade de Uberaba-MG. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa

em seres humanos (CEP) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro nº 2.624.996/2018. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A amostra foi composta por 49 ACS do distrito sanitário 1 da cidade de Uberaba. Como critérios de inclusão foram considerados: indivíduos de ambos os sexos; que se comprometeram com a proposta de 30 dias, com presença nas reuniões semanais; que realizaram as avaliações antes e após a intervenção; e que assinaram o TCLE. Os indivíduos que não cumpriram a metodologia proposta ou não realizaram as reavaliações, foram excluídos do estudo.

Dos 119 ACS do distrito sanitário I, não foram incluídos 39 ACS, pois 15 estavam em capacitação, 8 de férias, 2 afastados e 14 se recusaram participar da pesquisa, portanto, foram avaliados 80 indivíduos. Foram excluídos 31 ACS, pois 12 precisaram iniciar uma capacitação no meio do estudo, 3 saíram de férias ou se afastaram e 16 não puderam comparecer ou desistiram do estudo, totalizando uma amostra final de 49 ACS.

As coletas de dados foram realizadas no período de setembro a dezembro de 2018, nas próprias Unidades de Saúde, durante o horário de trabalho dos profissionais. O instrumento de avaliação foi aplicado pré e pós intervenção, de forma presencial e orientada pelos pesquisadores. Para a avaliação dos participantes foi utilizado um questionário com dados sociodemográficos e econômicos (sexo, estado civil, escolaridade e renda), o instrumento Q8RN para avaliar o estilo de vida e a avaliação da dor, pela Escala Multidimensional de Avaliação de Dor adaptada.

O instrumento Q8RN abrange questões relacionadas com os seguintes princípios de um estilo de vida saudável: Q8RN_1 = nutrição; Q8RN_2 = exercício; Q8RN_3 = água; Q8RN_4 = sol; Q8RN_5 = temperança; Q8RN_6 = ar puro; Q8RN_7 = descanso e Q8RN_8 = confiança em Deus. Contém 22 questões envolvendo estes princípios e seu score total é obtido pela somatória dos pontos atribuídos a cada item, sendo de 0 a 4 pontos, totalizando o máximo de

88 pontos(12). Para mensurar a dor, os participantes pintaram os pontos de dor crônica na figura do corpo humano adaptada da Escala Multidimensional de Avaliação de Dor (13). Foram contabilizados a quantidade de pontos de dor para cada indivíduo.

As características sociodemográficas e econômicas dos participantes estão descritas na tabela 1. Houve predomínio do sexo feminino, estado civil casado, ensino médio completo e renda individual de 1 a 3 salários mínimos.

Tabela 1. Característica dos participantes - sociodemográficas e econômicas

		n=49	
VARIÁVEL		FREQUÊNCIA	%
Sexo	Masculino	2	4,1
	Feminino	47	95,9
Estado civil	Solteira (o)	8	16,3
	Mora com companheiro (a)	12	24,5
	Casada (o)	24	49,0
	Separada (o) /divorciada (o)	5	10,2
Escolaridade	Ens. Fund. Comp.	4	8,2
	Ens. Med. Inc.	2	4,1
	Ens. Med. Comp.	25	51,0
	Ens. Sup. Inc.	9	18,4
	Ens. Sup. Comp.	9	18,4
Renda	1 salário mínimo	21	42,9
	1 A 3 salários	27	55,1
	Mais de 5 salários	1	2,0

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020

De acordo com a disponibilidade e dinâmica de trabalho dos ACS, foi estabelecido um horário para reunião semanal durante 30 dias. Estas reuniões aconteciam na sala dos ACS ou em salas de reuniões da unidade de saúde, tinham duração de uma a duas horas e abordaram 8 práticas de estilo de vida: sol, alimentação saudável, sono e descanso, água, ar puro, exercício físico, equilíbrio/ temperança e confiança em Deus. A cada semana 2 hábitos de estilo de vida foram trabalhados. Na primeira semana de intervenção, foi entregue aos ACS uma cartilha com

um resumo sobre o estilo de vida baseado em 8 hábitos para nortear as discussões e objetivos dos encontros.

Em formato de roda de conversa, as experiências eram relatadas construindo uma reflexão sobre o hábito de vida em foco. Houve uma preocupação em construir um raciocínio em conjunto, discutindo as possibilidades de como tornar os hábitos de vida parte da rotina de todos. No final de cada encontro, o aspecto motivação foi trabalhado, através do reconhecimento das limitações de cada um e do entendimento que essas limitações poderiam ser superadas. O contato via grupo de aplicativo de celular também foi utilizado para vínculo e motivação durante a intervenção.

Ao final dos quatro encontros de intervenção, uma nova visita foi feita para a reavaliação dos participantes. Portanto em cada Unidade de Saúde, foram realizadas 7 visitas. A primeira para o contato com o responsável do local, a segunda para a primeira abordagem com os ACS e avaliação, quatro encontros para a intervenção, trabalhando o estilo de vida baseado nos 8 hábitos e a última para reavaliação.

Para a análise estatística foi realizada inicialmente uma análise descritiva dos dados. Logo após a normalidade dos dados foi testada pelo Kolmogorov Smirnov. Para os dados paramétrico foi utilizado o teste T pareado e para os dados não paramétricos, o teste de Wilcoxon. O nível de significância considerado foi de $p \leq 0,05$.

Para avaliar o poder da intervenção, foi considerado os dados obtidos no questionário Q8RN, na qual a intervenção foi baseada. A partir dos valores obtidos no Q8RN a posteriori, o poder da intervenção foi calculado no programa GPower considerando o erro tipo 1 (alfa = nível significância de 0,01); $n = 49$; tamanho do efeito de 0,88 (cohen = magnitude do efeito), atingindo um poder de 99%.

Resultados:

Na tabela 2 os dados pré e pós intervenção para o questionário Q8RN e Escala Multidimensional da dor estão apresentados. No estilo de vida, o escore geral e os itens nutrição, exercício, água, sol, ar puro e descanso apresentaram diferenças significativas após a intervenção. Em relação aos pontos de dor crônica, houve uma diminuição significativa da quantidade destes pontos, após a intervenção.

Tabela 2. Comparação das variáveis pré e pós intervenção Q8RN e pontos de dor crônica

VARIÁVEL	PRÉ	PÓS	p
Q8RN	49,39 (+7,55)	53,35 (\pm 7,42)	<0,001*
	49 (44,5;55)	53 (49,5;59,5)	
Q8RN_1	5,24 (+1,67)	6,04 (\pm 1,63)	0,003*
	5 (4;6)	6 (5;7)	
Q8RN_2	2,29 (+3,26)	3,61 (\pm 3,46)	0,008*
	1 (0,001;3,5)	2 (1;7)	
Q8RN_3	4,08 (+1,86)	4,92 (\pm 1,93)	0,05*
	4 (2,5;6)	5 (3;6)	
Q8RN_4	7,55 (+0,89)	6,59 (\pm 1,38)	<0,001*
	8 (7;8)	7 (6;8)	
Q8RN_5	10,61 (+2,52)	10,78 (\pm 2,6)	0,46
	12 (8;12)	12 (8;12)	
Q8RN_6	3,92 (+1,71)	4,43 (\pm 1,27)	0,03*
	4 (2,5;5)	4 (4;5)	
Q8RN_7	3,27 (+2,07)	4,18 (\pm 2,03)	0,001*
	3 (2;5)	4 (3;5,5)	
Q8RN_8	12,41 (+2,7)	12,76 (\pm 2,88)	0,17
	12 (11;15)	13 (12;15)	
PONTOS DE DOR CRÔNICA	3,19 (\pm 2,55)	2,46 (\pm 2,56)	0,004*
	3 (1;4,75)	2 (<0,001;4)	

Domínios: Q8RN_1 = nutrição; Q8RN_2 = exercício físico; Q8RN_3 = água; Q8RN_4 = sol; Q8RN_5 = temperança; Q8RN_6 = ar puro; Q8RN_7 = descanso e Q8RN_8 = confiança em Deus

* $p \leq 0,05$

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2020

Discussão:

Nosso estudo identificou melhoras significativas no estilo de vida dos indivíduos estudados, principalmente nos hábitos nutrição, exercício, água, sol, ar puro e descanso após a intervenção. Também foi encontrada uma diminuição da quantidade de pontos de dor crônica.

Diante das atribuições e desafios profissionais dos ACS, consideramos estes resultados importantes para a melhora da saúde e prática laboral destes indivíduos.

Os ACS são considerados profissionais que facilitam a comunicação entre a população e à Rede de Atenção à Saúde, atuando principalmente na promoção de saúde e prevenção de doenças na comunidade. O trabalho dos ACS é permeado pelas dimensões políticas e sociais do trabalho em saúde, com uso predominante de tecnologias leves, como comunicação, recepção, vínculo, diálogo, e escuta (1).

Mesmo sendo fundamental para o funcionamento do sistema de saúde, o trabalho dos ACS também possui desafios em seu cotidiano (14). Os principais apontamentos para a desmotivação e fragilidades nas relações de trabalho dos agentes, relacionam-se ao fato de atuarem em condições vulneráveis, com exposição aos fatores climáticos, difícil acesso às residências, indiferença de parte da população, desvalorização da profissão e estruturas falhas (15).

Com as atribuições e responsabilidades apresentadas, a formação e educação permanente dos ACS é fundamental para que estes busquem atender às necessidades das famílias, focando as ações de saúde para além das práticas curativas (16). Em um estudo foi

encontrada uma baixa porcentagem de profissionais de saúde, incluindo ACS, que se sentem preparados ou treinados para aconselhar os pacientes sobre comportamentos saudáveis, um dos focos principais da promoção de saúde (17).

Os desafios profissionais dos ACS parecem interferir em sua própria saúde, conforme demonstrou um trabalho de revisão. Os resultados do trabalho mostraram que 42% dos ACS referiram problemas de saúde, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, sendo que 67% destes trabalhadores informaram que fazem uso regular de medicamento. Os transtornos mentais comuns (TMC) foram referidos por 16% dos trabalhadores. As dores nos membros inferiores, estresse, tensão, cansaço, insônia, pressão alta, diabetes foram as queixas mais presentes relatadas pelos ACS. A prevalência do esgotamento profissional identificada neste estudo pelos ACS (24%) foi maior do que a encontrada em oncologistas brasileiros (7,8%) e em trabalhadores de enfermagem (16,2%), porém abaixo da média descrita para profissionais de saúde em outros países (33,8%) (2).

A prática da medicina do estilo de vida vem sendo estimulada a tempos não só como uma das principais formas de prevenção de doenças e promoção de saúde, mas também como abordagem benéfica para tratamento de incapacidade e condições crônicas. Os benefícios econômicos da medicina de estilo de vida também são considerados, trazendo impacto direto no sistema de saúde (18).

Os comportamentos relacionados à saúde e os resultados potenciais desses comportamentos também influenciam na dor crônica, considerada uma condição que tem causas e consequências biológicas, psicológicas e sociais de longo prazo. Os hábitos de estilo de vida são importantes na prevenção e tratamento desta condição (19).

Alguns fatores como ter uma saúde mental prejudicada, multimorbidades, fumar, ingerir bebidas alcoólicas, obesidade, sedentarismo, ter um sono ruim, má alimentação, estar em uma condição ocupacional física e emocional desfavorável e baixos índices de vitamina D já são associados com a dor crônica (19) (20) (21).

Programas educativos que enfatizam a adoção simultânea de vários hábitos de estilo de vida (7) têm sido aplicados por profissionais de saúde (8) resultando em melhora significativa no peso corporal, pressão arterial, lipídeos sanguíneos, glicemia de jejum (9) (10) e saúde emocional (10) (8). Tais intervenções geralmente são aplicadas por 4 semanas ou mais (22).

Os tratamentos para a dor crônica geralmente são focados em contextos puramente físicos ou abordam parcialmente os fatores de estilo de vida. Considerando as associações frequentes da dor crônica com o estilo de vida dos indivíduos, as estratégias de intervenção considerando estes hábitos, deveriam ser mais frequentes. Essa abordagem pode diminuir não só a carga física e psicológica, mas também a socioeconômica da dor crônica (6). Conforme demonstrou um estudo inglês, considerando o manejo da dor crônica, os custos de intervenção, custos de utilização de serviços de saúde e custos de absenteísmo no trabalho, foram menores quando os hábitos de estilo de vida eram abordados comparados com intervenções tradicionais (23).

O objetivo dos programas educativos baseados na medicina do estilo de vida é promover saúde por meio de ambientes saudáveis e escolhas de estilo de vida mais saudáveis. Isto inclui nutrição, exercício, intervenções psicológicas, sociais, econômicas e ambientais. Para este tipo de abordagem ter sucesso, é preciso educação, treinamento e comunicação não só com profissionais de saúde, mas também com a comunidade, evitando o processo de culpar os indivíduos cujos estilos de vida são influenciados por circunstâncias externas (24).

Nosso estudo propôs uma visão acolhedora aos ACS, construindo de forma conjunta estratégias reais e aplicáveis de mudanças de estilo de vida. Em uma vivência de apenas um mês, obtivemos resultados significativos nas mudanças dos hábitos de estilo de vida e nos pontos de dor crônica. Entendemos que uma vez experimentado, um novo estilo de vida pode ser considerado por estes profissionais, podendo gerar impactos na assistência realizada pelos ACS na comunidade.

Entendendo a importância dos hábitos de estilo de vida em diferentes condições do processo saúde e doença, inclusive sendo fortemente associados a dor crônica, estratégias que envolvam estes fatores de estilo de vida ainda não haviam sido investigadas como intervenção de forma conjunta em agentes comunitários de saúde.

Como limitação do nosso trabalho destacamos a quantidade de indivíduos da amostra estudada e a falta de um grupo controle.

Nosso estudo trouxe uma nova forma de abordagem da dor crônica. Estratégias amplas, envolvendo hábitos de estilo de vida de forma conjunta, podem ser considerados para o manejo da dor crônica.

Dessa forma, concluímos que um mês de vivências com mudanças de 8 hábitos de vida é capaz de melhorar o estilo de vida e diminuir a quantidade de pontos de dor crônica em agentes comunitários de saúde.

Referências

1. Alonso CM do C, Béguin PD, Duarte FJ de CM. Work of community health agents in the Family Health Strategy: meta-synthesis. 1 [Internet]. 26 de fevereiro de 2018 [citado 29 de julho de 2019];52:14–14. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/143839>
2. Camelo SHH, Galon T, Marziale MHP. Formas de adoecimento pelo trabalho dos agentes comunitários de saúde e estratégias de gerenciamento [Work-related illness and health management strategies among community health workers]. Revista Enfermagem UERJ [Internet]. 2012 [citado 30 de julho de 2019];20(5):661–7. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/5967>
3. Goldberg DS, McGee SJ. BMC Public Health. Pain as a global public health priority [Internet]. 2011 [citado 17 de janeiro de 2020]; Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3201926/>
4. Meira-Mascarenhas CH, Prado FO, Fernandes MH. Revista de Saúde Pública. Dor musculoesquelética e qualidade de vida em agentes comunitários de saúde [Internet]. 2012 [citado 17 de janeiro de 2020]; Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsap/2012.v14n4/668-680/>
5. Bohman T, Alfredsson L, Jensen I, Hallqvist J, Vingård E, Skillgate E. Does a healthy lifestyle behaviour influence the prognosis of low back pain among men and women in a general population? A population-based cohort study. BMJ Open [Internet]. 30 de dezembro de 2014 [citado 27 de janeiro de 2020];4(12). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4281558/>
6. Nijs J, D’Hondt E, Clarys P, Deliëns T, Polli A, Malfliet A, et al. Lifestyle and Chronic Pain across the Lifespan: An Inconvenient Truth? PM R. 22 de agosto de 2019;
7. Diehl HA. Coronary risk reduction through intensive community-based lifestyle intervention: the Coronary Health Improvement Project (CHIP) experience. Am J Cardiol. 26 de novembro de 1998;82(10B):83T-87T.
8. Thieszen CL, Merrill RM, Aldana SG, Diehl HA, Mahoney ML, Greenlaw RL, et al. The Coronary Health Improvement Project (CHIP) for lowering weight and improving psychosocial health. Psychol Rep. agosto de 2011;109(1):338–52.
9. Merrill RM, Aldana SG. Cardiovascular risk reduction and factors influencing loss to follow-up in the coronary health improvement project. Med Sci Monit. abril de 2008;14(4):PH17-25.
10. Merrill RM, Taylor P, Aldana SG. Coronary Health Improvement Project (CHIP) is associated with improved nutrient intake and decreased depression. Nutrition. abril de 2008;24(4):314–21.
11. Slaviček J, Kittnar O, Fraser GE, Medová E, Konečná J, Žižka R, et al. Lifestyle Decreases Risk Factors for Cardiovascular Diseases. Cent Eur J Public Health [Internet]. dezembro de 2008 [citado 16 de setembro de 2019];16(4):161–4. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2745100/>
12. Abdala GA, Meira MDD, Isayama RN, Rodrigo GT, Wataya RS, Tertuliano IW. VALIDATION OF THE EIGHT NATURAL REMEDIES QUESTIONNAIRE – Q8RN – ADULT VERSION. 1 [Internet]. 21 de dezembro de 2018 [citado 23 de julho de 2019];5(2):135–59. Disponível em: <https://revistas.unasp.edu.br/LifestyleJournal/article/view/1171>

13. Sousa FAEF, Pereira LV, Cardoso R, Hortense P. Escala multidimensional de avaliação de dor (EMADOR). *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. fevereiro de 2010 [citado 11 de junho de 2019];18(1):03–10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692010000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
14. Guanaes-Lorenzi C, Pinheiro RL. Is the value of Community Healthcare Agents in Brazil's Family Health Strategy receiving full recognition? *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. agosto de 2016 [citado 29 de julho de 2019];21:2537–46. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2016.v21n8/2537-2546/en/>
15. Nascimento VF do, Terças ACP, Hattori TY, Graça BC da, Cabral JF, Gleriano JS, et al. DIFICULDADES APONTADAS PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA REALIZAÇÃO DO SEU TRABALHO. *Saúde (Santa Maria)* [Internet]. 23 de maio de 2017 [citado 29 de julho de 2019];43(1):60–9. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/23119>
16. Motta LC de S, Siqueira-Batista R, Motta LC de S, Siqueira-Batista R. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. *Revista Brasileira de Educação Médica* [Internet]. junho de 2015 [citado 29 de julho de 2019];39(2):196–207. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0100-55022015000200196&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
17. Hidalgo KD, Mielke GI, Parra DC, Lobelo F, Simões EJ, Gomes GO, et al. Health promoting practices and personal lifestyle behaviors of Brazilian health professionals. *BMC Public Health* [Internet]. 24 de outubro de 2016 [citado 29 de julho de 2019];16. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5078940/>
18. Bodai BI, et al. Lifestyle Medicine: A Brief Review of Its Dramatic Impact on Health and Survival. *The Permanente Journal* [Internet]. 2018 [citado 23 de janeiro de 2020]; Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5638636/>
19. Hecke OV, Torrance N, Smith BH. Chronic pain epidemiology – where do lifestyle factors fit in? *British Journal of Pain*. 2013;7(4):209–17.
20. Mills SEE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *British Journal of Anaesthesia* [Internet]. 2019 [citado 23 de janeiro de 2020];123(2):273–83. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6676152/>
21. Micheletti JK, Bláfoss R, Sundstrup E, Bay H, Pastre CM, Andersen LL. Association between lifestyle and musculoskeletal pain: cross-sectional study among 10,000 adults from the general working population. *BMC Musculoskeletal Disorders* [Internet]. 2019 [citado 23 de janeiro de 2020];20. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6918691/>
22. Morton D, Rankin P, Kent L, Dysinger W. The Complete Health Improvement Program (CHIP): History, Evaluation, and Outcomes. *Am J Lifestyle Med*. fevereiro de 2016;10(1):64–73.
23. Williams A, Dongen JM van, Kamper SJ, O'Brien KM, Wolfenden L, Yoong SL, et al. Economic evaluation of a healthy lifestyle intervention for chronic low back pain: A randomized controlled trial. *European Journal of Pain* [Internet]. 2019 [citado 27 de janeiro de 2020];23(3):621–34. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ejp.1334>
24. Sagner M, Katz D, Egger G, Lianov L, Schulz K-H, Braman M, et al. Lifestyle medicine potential for reversing a world of chronic disease epidemics: from cell to community. *International*

Journal of Clinical Practice [Internet]. 1º de novembro de 2014 [citado 27 de janeiro de 2020];68(11):1289–92. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ijcp.12509>