

O PENTÁCULO DO BEM-ESTAR - BASE CONCEITUAL PARA AVALIAÇÃO DO ESTILO DE VIDA DE INDIVÍDUOS OU GRUPOS

MARKUS V. NAHAS

Universidade Federal de Santa Catarina – CDS/UFSC

Núcleo de Pesquisa em Atividade Física & Saúde – NuPAF (CDS/UFSC)

MAURO V. G. DE BARROS

Professor da Universidade de Pernambuco – ESEF/UPE

Núcleo de Pesquisa em Atividade Física & Saúde – NuPAF (CDS/UFSC)

VANESSA FRANCALACCI

Núcleo de Pesquisa em Atividade Física & Saúde – NuPAF (CDS/UFSC)

resumo

Este artigo apresenta e procura fundamentar um modelo sobre os componentes do estilo de vida que afetam a saúde e o bem estar individual, resumidos no Pentágulo do Bem-Estar. Os componentes avaliados no Perfil do Bem-Estar incluem: características nutricionais, nível de stress, atividade física habitual, relacionamentos e comportamento preventivo. O modelo fundamenta-se na visão holística de saúde e de qualidade de vida, incorporando idéias e sugestões de diversos autores, assim como experiências anteriores dos próprios autores deste trabalho. O instrumento de avaliação do estilo de vida poderá ser utilizado como base para intervenções individuais ou grupais, objetivando mudanças comportamentais e promoção da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: *Estilo de Vida, Bem-estar, Saúde e Qualidade de Vida*

CONCEPTUAL BASIS FOR A SIMPLIFIED WELLNESS ASSESSMENT INSTRUMENT

abstract

This article introduces a model for assessment of five lifestyle factors associated to health and quality of life. It includes the following components: nutrition, physical activity, stress, relationships, and preventive actions. The model follows a holistic view of health and quality of life, incorporating ideas and suggestions from different authors, as well as experiences from the authors of this paper. The instrument (Lifestyle Profile) can be utilized as basis for individual or group interventions aiming to behavioral modification and health promotion.

KEY WORDS: *Lifestyle, Wellness, Health, and Quality of life*

INTRODUÇÃO

Neste século (particularmente na segunda metade) tem-se assistido a uma transformação sem precedentes no padrão de vida das sociedades humanas. A mecanização, os avanços tecnológicos, a informatização e a presença cada vez mais freqüente dos chamados *labor saving devices* (mecanismos que poupam esforço físico); tem conduzido à diminuição progressiva da atividade física no trabalho, em casa e no lazer. Isso tem acontecido paralelamente à mudanças significativas nos padrões alimentares (para pior) e, acima de tudo, temperado pelo stress – elemento natural da vida humana, mas que tomou proporções inéditas e desastrosas neste século (EATON et al., 1988).

Três grandes e rápidas mudanças sócio-demográficas têm redefinido o perfil das sociedades humanas nos últimos 50 anos:

- inversão na proporção da população rural/urbana – em 1940 o Brasil tinha apenas 30% de sua população vivendo nas cidades, hoje essa proporção aproxima-se dos 80% (a maioria concentrada em dez grandes áreas metropolitanas);

- aproximação na proporção de jovens/idosos na população: o envelhecimento populacional, decorrente principalmente da diminuição da mortalidade infantil e conseqüente aumento da expectativa de vida;

- mudanças nas principais doenças e causas de morte: das doenças infecto-contagiosas passou-se à predominância das doenças crônico-degenerativas (como as doenças do coração, câncer e diabetes).

A vida em ambientes urbanos com alta concentração populacional tem conseqüências que nos fazem refletir: apesar de estarmos vivendo mais, questiona-se a qualidade destes anos adicionais de vida. A qualidade da água, do ar, da moradia, a falta de segurança e a depreciação nos relacionamentos sociais, o lazer cada vez mais individual e passivo, entre outros fatores do estilo de vida das pessoas, têm sido um campo fértil para o stress constante, uma vida sedentária (mas exaustiva), e com qualidade distante do ideal. No Brasil, em particular, a qualidade de vida de grande parte da população tem sido comprometida pela crescente disparidade social e desemprego. Para a maioria, porém, apesar das dificuldades de ordem social, as escolhas e decisões no comporta-

mento diário são da maior relevância para a saúde e o bem-estar.

Vive-se, atualmente, a chamada *era do estilo de vida*, uma vez que as principais doenças e causas de morte nesta virada de milênio estão prioritariamente associadas à maneira como vivemos (BLAIR, 1993; BOUCHARD et al., 1994). Os fatores ambientais e de ordem médico-assistencial continuam a ser muito importantes para a qualidade de vida, mas são os comportamentos usuais (hábitos alimentares, reação ao stress, nível de atividades físicas, dentre outros) que mais tem afetado a saúde do homem contemporâneo (DeVRIES, 1978; FLOYD et al., 1995).

Quando se fala em mudanças comportamentais para um estilo de vida mais saudável, as pessoas geralmente pensam em optar entre coisas interessantes e agradáveis (mas que fariam mal à saúde) e outras mais saudáveis, mas desinteressantes, cansativas (como os exercícios físicos) ou sem sabor (como certos alimentos). Não é essa a concepção recente de um estilo de vida saudável! Mais do que mudanças extremas, o que se procura é “aparar arestas” ou “preencher lacunas” no perfil comportamental das pessoas, de modo a tornar suas vidas mais enriquecedoras e ativas, mas não exaustivas e com alto risco. A proposta é de mudar comportamentos para *aproveitar mais a vida*, não para *evitar a morte*. Afinal, como afirma ORNISH (1996), “quem quer viver mais, se não gosta da vida que tem?”. Esse autor tem pesquisado (com sucesso) os efeitos de mudanças comportamentais não apenas na prevenção, mas na *reversão* da doença arterial coronariana (DAC), reduzindo – em muito – a necessidade de medicações com fortes efeitos colaterais ou cirurgias extremamente caras e desgastantes psicologicamente para os pacientes e familiares.

CONCEITOS FUNDAMENTAIS

Saúde

Em geral, as pessoas ainda associam saúde à mera ausência de doenças, preservando o conceito equivocado e dicotômico de que uma pessoa ou é absolutamente saudável ou doente. Difícil de definir objetivamente, a tendência atual é considerar saúde numa perspectiva holística, como uma condição humana com dimensões fí-

sica, social e psicológica, caracterizada num contínuo com pólos positivos e negativos. A saúde positiva seria caracterizada como a capacidade de ter uma vida dinâmica e produtiva, confirmada geralmente pela percepção de bem-estar geral, enquanto saúde negativa estaria associada com riscos de doenças, morbidade e, no extremo, com mortalidade prematura (DeVRIES, 1978; NAHAS, 1991; BOUCHARD et al., 1994; NIEMAN, 1999).

Bem-Estar

Por bem-estar entende-se a integração harmoniosa entre os componentes mentais, físicos, espirituais e emocionais. Este conceito (ou paradigma) proposto inicialmente nos anos 70, preconiza que o todo (bem-estar) é sempre maior que a soma das partes que o compõem (Seaward, 1997). Enquanto a condição de saúde é determinada por meios objetivos e subjetivos, o bem-estar é sempre uma percepção, portanto fruto de uma avaliação subjetiva individual.

Qualidade de Vida

A inter-relação mais ou menos harmoniosa dos fatores que moldam o cotidiano do ser humano resulta numa rede de fenômenos e situações que, abstratamente, pode ser chamada *qualidade de vida*. Em geral, associam-se à expressão qualidade de vida fatores como estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, relações familiares, disposição e até espiritualidade e dignidade. Difícil de se definir objetivamente, qualidade de vida pode ser considerada como *um conjunto de parâmetros individuais, socioculturais e ambientais que caracterizam as condições em que vive o ser humano* (NAHAS, 1997). GILL & FEINSTEIN (1994) e ARGYLE (1996), definem qualidade de vida como *uma percepção individual relativa às condições de saúde e à outros aspectos gerais da vida pessoal*.

Promoção da Saúde

Promoção da Saúde, como área de estudo, pode ser considerada como a ciência e a arte de ajudar as pessoas a modificarem seu estilo de vida para uma condição *ótima* de saúde. Os programas de promoção da saúde, em geral, envolvem um diagnóstico de necessidades e interesses, um programa informativo e de conscientização, se-

guido de estratégias e oportunidades para que as pessoas optem por acrescentar ou eliminar alguns aspectos do seu comportamento especificamente relacionados à saúde ou à qualidade de vida em geral. Nos programas de promoção da saúde, seja em entidades públicas ou privadas, é fundamental que se tenha o apoio das pessoas em cargos diretivos e que se discuta com as pessoas envolvidas (público alvo) formas de conduzir as intervenções com a participação direta dessas pessoas (NIEMAN, 1999; US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1999).

Hábitos

Hábitos são formados pela repetição de certos comportamentos (ações do cotidiano). Depois que se aprende algo e se repete tal ação várias vezes (amarrar os sapatos ou escovar os dentes, por exemplo), o subconsciente passa a ser responsável por essa ação, não sendo mais preciso "pensar" para realizá-la, tornando-se, então, um *hábito* – por isso são difíceis de serem alterados. Como sugere MATTHEWS (1999), o seu consciente precisa tomar as decisões de mudar certos hábitos (cessar ou acrescentar), e agir – *conscientemente* – repetidas vezes, até que um novo hábito exista (ou desapareça o que se quer eliminar).

Estilo de Vida

O estilo de vida representa o conjunto de ações cotidianas que reflete as atitudes e valores das pessoas. Estes hábitos e ações conscientes estão associados à percepção de qualidade de vida que o indivíduo traz consigo. Os componentes do estilo de vida podem mudar ao longo dos anos, mas isso só acontece se a pessoa *conscientemente* enxergar algum valor em algum comportamento que deva incluir ou excluir, além de perceber-se como capaz de realizar as mudanças pretendidas (SALLIS & OWEN, 1999).

Atividade Física

Por atividade física entende-se todas as formas de movimentação corporal, com gasto energético acima dos níveis de repouso (Caspersen et al., 1985). Inclui os exercícios físicos e esportes, deslocamentos, as atividades laborais, os afazeres domésticos e outras atividades físicas no lazer. É importante destacar que a atividade física do ser humano tem característi-

cas e determinantes de ordem biológica, cultural, demográfica e ambiental, igualmente significativas nas escolhas e nos benefícios derivados desse comportamento.

ESTILO DE VIDA, SAÚDE & QUALIDADE DE VIDA

Ainda que não exista uma definição universalmente aceita para qualidade de vida, existe uma tendência a se incluir com frequência duas classes de fatores determinantes dessa característica da vida humana: (a) fatores sócio-ambientais (como as condições de trabalho, educação, meio-ambiente, transporte, atendimento de saúde, lazer, entre outros); e (b) fatores individuais, característicos dos comportamentos de cada pessoa. Alguns autores (ORNISH, 1996; SEAWARD, 1997; ROIZEN, 1999) incluem a *espiritualidade* como outro fator determinante da saúde e da qualidade de vida. Isto vai ao encontro da visão holística da qualidade vida, proposta por FRIEDMAN (1997).

Nas últimas décadas, o estudo dos determinantes das diversas doenças crônico-degenerativas (principalmente as de maior incidência nos dias atuais - doenças cardíacas, câncer, diabetes, artrite, obesidade, hipertensão) tem aumentado muito, uma vez que afetam a saúde e a qualidade de vida da maioria da população. Estes determinantes (associados à maior incidência dessas doenças) são referidos como *fatores de*

risco - alguns modificáveis, outros não - sendo importantes esses estudos para que se possa intervir preventivamente, reduzindo a chance de ocorrência da doença.

Tradicionalmente, faz-se referência a três características principais do estilo de vida associadas (ou determinantes) da saúde individual: o nível de stress, as características nutricionais e a atividade física habitual (DeVRIES, 1978; NAHAS, 1991). Mais recentemente, propôs-se, em lugar do "trinômio", o *Pentáculo do Bem-estar* (NAHAS 1996), incluindo os componentes *Comportamento Preventivo* e *Não uso de drogas*. Neste artigo, modifica-se o pentáculo, incluindo o não uso de drogas como um comportamento preventivo e acrescentando-se um componente que não poderia ser deixado de fora quando se pretende avaliar o estilo de vida nas sociedades contemporâneas - a qualidade dos *relacionamentos* humanos.

Assim, o novo *Pentáculo do Bem-estar* é proposto com os componentes (fatores) representados na figura abaixo e que passam a ser descritos a seguir.

FATOR 1 – CARACTERÍSTICAS NUTRICIONAIS (O FATOR NUTRIÇÃO)

Neste século de mudanças impressionantes, a humanidade também passou por alterações muito significativas em seus comportamentos alimentares. Passou-se de uma dieta predomi-

FIGURA 1 - O Pentáculo do Bem-Estar



nantemente baseada em vegetais e não processada, para outra centrada em produtos industrializados, refinados, abundantemente submetidos aos agrotóxicos, pobres em fibras vegetais e ricos em gorduras - principalmente as chamadas *gorduras saturadas* (EATON et al., 1988). Essas mudanças, ao lado da crescente inatividade física, têm levado o planeta (em particular as nações mais desenvolvidas) a um surto de obesidade - uma epidemia de abrangência global, segundo a OMS.

Depois de décadas de dietas "milagrosas", sabe-se que elas não funcionam a médio e longo prazo. Pretende-se eliminar em semanas a gordura acumulada ao longo de anos. Mais que isso, as dietas radicais podem ser perigosas para a saúde, nos roubam a energia vital e, com frequência, podem levar as pessoas a desequilíbrios nutricionais e comportamentais sérios. A única coisa que comprovadamente funciona a médio e longo prazo é a modificação no estilo de vida (mudanças comportamentais definitivas nos hábitos alimentares e de atividade física). Entretanto, isso não é uma tarefa fácil, principalmente porque as pessoas vêem essas mudanças como algo muito difícil de conseguir, imaginando que suas vidas precisariam ser totalmente modificadas, deixando os prazeres em troca de sofrimento. Da mesma forma, a maioria das pessoas busca transformações imediatas, a curto prazo, às vezes com metas inatingíveis, dadas as suas características biológicas. Infelizmente, os programas oficiais e os profissionais da saúde não têm sido eficazes na modificação desses conceitos equivocados.

FATOR 2 - CONTROLE DO STRESS

Vive-se um tempo em que o ritmo de nossas vidas é extremamente rápido - às vezes alucinante, além do nosso controle. Muitos fatores da vida moderna contribuem para isso: o trabalho exigente, o risco de perdê-lo, as ações (e falta de ações) do governo, a violência urbana, a degradação do meio-ambiente, a intolerância entre as pessoas, o futuro incerto de nossos filhos, entre muitos outros. De uma forma ou de outra, esse conjunto de *agentes* tem afetado as sociedades de forma generalizada, fazendo do *stress* um mal que não respeita fronteiras geográficas nem demográficas. De

fato, a OMS (Organização Mundial da Saúde) considera o stress (assim como a obesidade) uma epidemia global.

O stress, entretanto não é algo que necessariamente se deva ou se possa evitar. Hans Selye (um dos pioneiros no estudo do stress), propôs a existência de duas formas de stress: o *eustress* (positivo, estimulante) e o *distress* (negativo, desgastante). O distress pode ser *agudo* (momentâneo, geralmente intenso) ou *crônico* (repetido, contínuo, por vezes imperceptível no início) (SELYE, 1974).

A forma como se enfrenta o stress e a espiritualidade presente em cada um de nós parecem estar associadas. Espiritualidade não significa necessariamente religiosidade, mas esta pressupõe a primeira condição. Ao discutir essa associação (religião - espiritualidade) SEAWARD (1997) faz a seguinte analogia: a espiritualidade é como a água (universal, imprescindível, única para todos os povos), enquanto as religiões representam os recipientes que a contém (diferentes em forma e tamanho, tendendo a separar mais do que unir os povos). O bem-estar espiritual, associado à forma como reagimos ao stress, é construído a partir dos valores humanos, dos *relacionamentos* e dos propósitos na vida de cada um. É preciso que encontremos um ponto de equilíbrio em nossas vidas, reagindo às situações estressantes com mais tranquilidade e segurança. Afinal, mais do que o stress propriamente, é a maneira como se reage aos agentes estressantes que afeta nossa saúde e qualidade de vida.

Há evidências suficientes de que as emoções associadas ao distress - agressividade e raiva, principalmente - são extremamente prejudiciais à saúde e podem matar! Por outro lado, também se sabe que o bom humor representa uma das formas mais eficazes para se lidar com as situações de stress (ORNISH, 1996). Neste caso, a percepção (reconhecimento dos sinais e sintomas) é importante para se reagir com equilíbrio e, se possível, com bom humor à essas situações. Definitivamente, a capacidade de manter o *equilíbrio* (e isso se aprende) representa o segredo para se lidar com o stress.

O Pentáculo do Bem-estar é um instrumento que pode ajudar as pessoas a identificarem as situações de stress, permitindo que aprendam a reagir de maneira equilibrada e sofrendo menos as conseqüências desses eventos - comuns na vida de todas as pessoas.

FATOR 3 – NÍVEIS DE ATIVIDADE FÍSICA HABITUAL

A vida moderna oferece todas as condições para *não* se realizar esforços físicos. O conforto da vida moderna, que inicialmente parecia o caminho para o bem-estar absoluto, tem se mostrado como uma das principais causas de doenças (principalmente cardiovasculares) e morte prematura, na sociedade contemporânea industrializada, automatizada e, mais recentemente, informatizada. Apesar de cada vez mais *agitada e competitiva*, a vida nas sociedades urbanas geralmente não oferece estímulos ou condições para a prática de atividades físicas regulares, com significado para as pessoas.

Tanto os níveis de atividade física habitual (incluindo exercícios, trabalho, deslocamentos ou tarefas domésticas), como o nível de aptidão física individual, tem sido consistentemente associados à condição de saúde, disposição, incidência de diversas doenças e mortalidade por todas as causas (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 1992; BOUCHARD et al., 1994; US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1996). As evidências mais recentes indicam ser a inatividade física um fator de risco primário e independente das doenças cardíacas – principal causa de morte entre adultos (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 1992). Outros fatores modificáveis, considerados primários e independentes, incluem a hipertensão, o fumo e o colesterol elevado.

As recomendações atuais sugerem que as pessoas em geral deveriam *acumular*, na maioria dos dias da semana (5 ou mais) pelo menos 30 minutos de atividades físicas moderadas - equivalentes a uma caminhada rápida (PATE et al., 1995). Esta recomendação é semelhante à do Surgeon General americano (US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1996), que propõe um gasto calórico mínimo semanal em atividades físicas de 1.000 Kcal, identificado como o ponto a partir do qual se observam benefícios significativos para a saúde (o ideal seria aproximar-se de 2.000 kcal semanais, para um benefício ótimo). É claro que, para aquelas pessoas que realizam atividades mais intensas regularmente (exercícios físicos), não se está sugerindo que reduzam suas atividades. As recomendações gerais têm como alvo a grande parcela sedentária (ou insuficientemente ativa) da popula-

ção: em torno de 60%, na maioria dos países onde existem dados populacionais (PATE et al., 1995; US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1996).

FATOR 4 - COMPORTAMENTO PREVENTIVO

Nos dias de hoje não se pode falar de comportamentos relacionados à saúde sem incluir certos elementos que passaram a ser fundamentais na vida contemporânea. São exemplos desses *comportamentos preventivos*:

- **uso do cinto de segurança e a forma defensiva de dirigir**, observando a regras e leis fundamentais de trânsito. Em particular, não dirigir depois de ingerir bebidas alcoólicas – a não observância desse comportamento tem como risco principal: acidentes graves, muitas vezes fatais.

- **uso de protetor solar** (cremes, líquidos), evitando-se a exposição exagerada ao sol, principalmente entre 10 e 16 horas – risco principal: envelhecimento precoce e câncer de pele.

- **uso de preservativo** (camisinha) nas relações sexuais, particularmente em casos de múltiplos parceiros – risco principal: DST - doenças sexualmente transmissíveis / AIDS.

- **observação de princípios ergonômicos** (posturas e mobiliário adequados, intervalos e variação em tarefas repetitivas; adequação de cargas) – risco principal: LER – lesões por esforços repetitivos; acidentes; incapacidade para o trabalho.

- **uso de equipamentos de segurança no trabalho** – risco principal: acidentes graves (até fatais).

- **não fumar** – risco principal: morte prematura por diversas causas (doenças cardiovasculares, câncer).

- **ingestão moderada** (ou abstinência) **no consumo de bebidas alcoólicas** – risco principal: doenças hepáticas, câncer, problemas sociais e comportamentais.

- **não usar drogas** – os riscos envolvidos com o uso de drogas são de ordem psicológica, orgânica e social, geralmente associados à problemas familiares, escolares, perda de emprego, debilidade física, comportamentos anti-sociais e morte prematura, muitas vezes violenta.

FATOR 5 – QUALIDADE DOS RELACIONAMENTOS

O relacionamento - do indivíduo consigo mesmo, com as pessoas à sua volta e com a natureza – representa um dos componentes fundamentais do bem-estar espiritual e, por consequência, da qualidade de vida de todos os indivíduos. A vida humana, por natureza, é assentada em relacionamentos e é preciso estar bem consigo e cultivar os relacionamentos com outras pessoas para se ter uma vida com real qualidade (Offer, 1996).

Nos últimos 20 anos diversos estudos envolvendo pacientes e pessoas em risco para doenças crônicas (AIDS, câncer, doenças cardíacas) produziram evidências de que o comportamento das pessoas pode prever a incidência ou reincidência dessas doenças. Características como hostilidade, cinismo e excessivo individualismo mostraram-se como fortes indicadores de risco para novos eventos cardíacos, independentemente de outros fatores (SCHERWITZ et al., 1986). O stress e a percepção de isolamento (geralmente associados) são, segundo ORNISH (1996), fatores de agravo para as doenças coronarianas e aumento da mortalidade por diversas causas. Segundo esse autor, qualquer coisa que provoque a sensação de isolamento leva ao stress crônico e, freqüentemente, à doenças como as cardíacas; por outro lado, qualquer coisa que leve à sensação de intimidade e relacionamentos (conexões), podem promover a saúde e ser curativas – no verdadeiro sentido da palavra.

ORNISH (1996) refere-se a duas perspectivas de intimidade ou relacionamento: *horizontal*, quando se desenvolve contatos e conexões com outras pessoas (grupos de apoio, desenvolvimento de habilidades comunicativas, confiança, perdão, altruísmo, etc.); e *vertical*, quando o relacionamento (conexão) se dá consigo mesmo (em nível psicológico ou espiritual, através da reflexão, meditação ou oração).

SEAWARD (1997) refere-se às questões do relacionamento consigo mesmo como *política interna*, e o relacionamento interpessoal e com a natureza como *política externa*. Diariamente temos que lidar com essas questões de política interna e externa, buscando harmonia e equilíbrio em nossos relacionamentos. Ao menos por cinco minutos, a cada dia, devemos nos ater às nossas questões interiores: orando, ouvindo nossa música

favorita, apreciando uma bela paisagem ou simplesmente relaxando confortavelmente num ambiente calmo. Em nossos relacionamentos sociais, talvez a *tolerância* seja a poção mágica (cada vez mais escassa no dia a dia das pessoas).

Nossos relacionamentos podem, ainda, ser melhorados se exercitarmos o que SEAWARD (1997) denomina *músculos da alma*: otimismo, bom humor, criatividade, curiosidade, persistência, tolerância, confiança, amor, perdão, entre muitos outros. Sorria, faça as pessoas rirem, torne o bom estado de humor o seu padrão, e os relacionamentos (em todos os níveis) favorecerão um estado de positivo bem-estar e melhor qualidade de vida (OFFER, 1996).

AVALIANDO O ESTILO E A QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS E GRUPOS

Os indicadores da qualidade de vida (e os respectivos instrumentos) podem ter caráter pessoal (individual) ou podem considerar grupos sociais como um todo (pequenas comunidades, cidades, países).

O *Perfil do Estilo de Vida*, derivado do modelo do Pentágulo do Bem-Estar, é um instrumento simples, auto-administrado, que inclui cinco aspectos fundamentais do estilo de vida das pessoas que, sabidamente, afetam a saúde geral e estão associados ao bem estar psicológico e à diversas doenças referidas como crônico-degenerativas (ou crônicas, não transmissíveis), como o infarto do miocárdio, o derrame cerebral, o diabetes, a hipertensão, a obesidade, a osteoporose, entre outras.

Além de responderem aos 15 itens do questionário, as pessoas são estimuladas a colorir (preencher com lápis de cor) as faixas representativas de cada um dos itens auto-avaliados, numa escala que vai de zero (ausência total de tal característica no estilo de vida) até três pontos (completa realização do comportamento considerado). Quanto mais colorida (preenchida) estiver a figura (o pentágulo), mais adequado está o estilo de vida da pessoa, considerando os cinco fatores individuais relacionados à qualidade de vida.

O instrumento apresentado a seguir (*Perfil do Estilo de Vida Individual*) foi idealizado para uso com adultos, podendo ser interpretado individualmente ou coletivamente (considerando

os escores médios para um grupo determinado). Sugere-se que a análise individual seja sigilosa, mas que a análise grupal possa ser discutida entre os membros do grupo, uma vez que não se identifiquem os respondentes. É claro que o ideal seria que todos os itens fossem preenchidos no nível máximo (correspondente a 3 pontos na escala). Escores nos níveis zero e um indicam que o indivíduo (ou o grupo) deve ser orientado e ajudado a mudar seus comportamentos nos itens assim avaliados, pois eles oferecem riscos à sua saúde. A idéia geral é permitir que a pessoa (ou o grupo) identifique aspectos positivos e negativos em seu estilo de vida, recebendo informações e oportunidades para tomada de decisões que possam levar a uma vida com mais qualidade.

Dados preliminares indicam que a fidedignidade deste instrumento pode ser considerada boa.

Os valores do erro padrão de medidas (fidedignidade absoluta) variam entre 0,29 e 0,44 nos cinco domínios do instrumento, o que é aceitável, considerando a escala de medidas utilizada (0 a 3 pontos). O coeficiente de concordância entre duas medidas realizadas (fidedignidade relativa) variou entre 74 e 93% nos diversos domínios. Estes e outros dados de validade e reprodutibilidade do instrumento estão em desenvolvimento e serão publicados num trabalho futuro.

Nas figuras seguintes, estão ilustradas representações do *Perfil do Estilo de Vida* em duas situações. Na **figura 2**, observa-se uma predominância de escores nos níveis zero e um, indicando que o indivíduo (ou o grupo) apresenta estilo de vida desfavorável. Na **figura 3**, observa-se uma predominância de escores nos níveis dois e três, correspondente a um estilo de vida favorável à manutenção da saúde e bem-estar.

FIGURA 2 – Representação pictorial do pentágulo do bem-estar

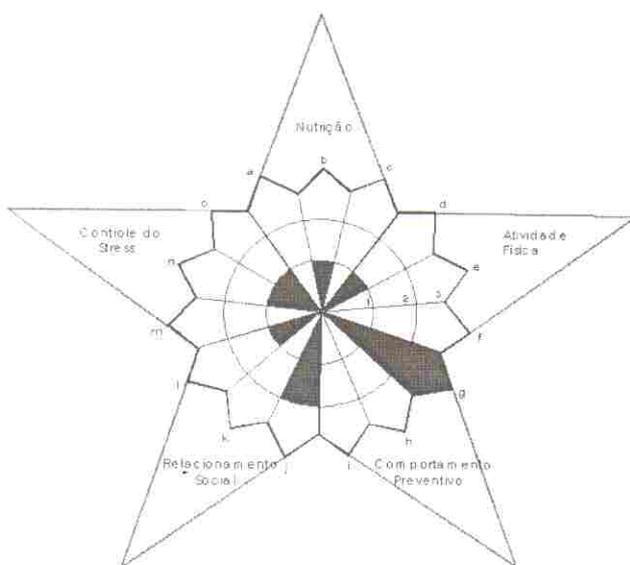
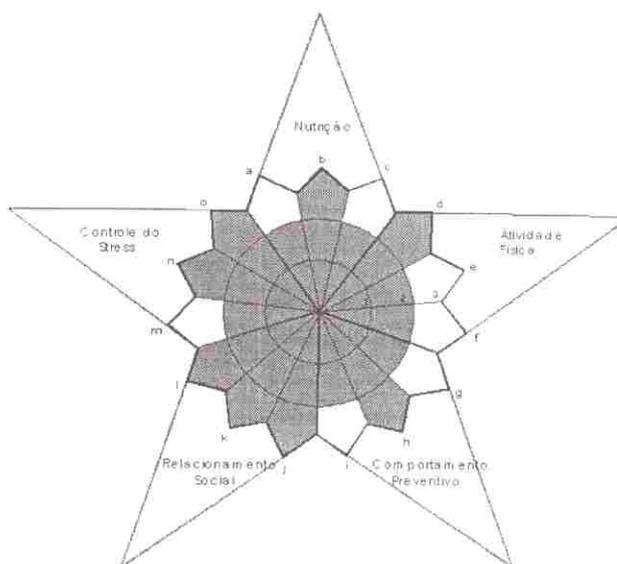


FIGURA 3 – Representação pictorial do pentágulo do bem-estar



Veja e utilize livremente o instrumento apresentado a seguir, desde que citada a fonte.

PERFIL DO ESTILO DE VIDA INDIVIDUAL

O **ESTILO DE VIDA** corresponde ao conjunto de ações habituais que refletem as atitudes e valores das pessoas. Estas ações têm grande influência na saúde geral e qualidade de vida de todos os indivíduos.

Os itens abaixo representam características do estilo de vida relacionadas ao bem-estar individual. Manifeste-se sobre cada afirmação considerando a escala:

- [0] absolutamente **não** faz parte do seu estilo de vida
- [1] **às vezes** corresponde ao seu comportamento
- [2] **quase sempre** verdadeiro no seu comportamento
- [3] a afirmação é **sempre** verdadeira no seu dia a dia; faz parte do seu estilo de vida.

Componente: **Nutrição**

- a. Sua alimentação diária inclui ao menos 5 porções de frutas e verduras. []
- b. Você evita ingerir alimentos gordurosos (carnes gordas, frituras) e doces. []
- c. Você faz 4 a 5 refeições variadas ao dia, incluindo café da manhã completo. []

Componente: **Atividade Física**

- d. Você realiza ao menos 30 minutos de atividades físicas moderadas / intensas, de forma contínua ou acumulada, 5 ou mais dias na semana. []
- e. Ao menos duas vezes por semana você realiza exercícios que envolvam força e alongamento muscular. []
- f. No seu dia a dia, você caminha ou pedala como meio de transporte e, preferencialmente, usa as escadas ao invés do elevador. []

Componente: **Comportamento Preventivo**

- g. Você conhece sua PRESSÃO ARTERIAL, seus níveis de COLESTEROL e procura controlá-los. []
- h. Você NÃO FUMA e ingere ÁLCOOL com moderação (menos de 2 doses ao dia). []
- i. Você sempre usa cinto de segurança e, se dirige, o faz respeitando as normas de trânsito, nunca ingerindo álcool de vai dirigir. []

Componente: **Relacionamento Social**

- j. Você procura cultivar amigos e está satisfeito com seus relacionamentos. []
- k. Seu lazer inclui reuniões com amigos, atividades esportivas em grupo, participação em associações. []
- l. Você procura ser ativo em sua comunidade, sentindo-se útil no seu ambiente social. []

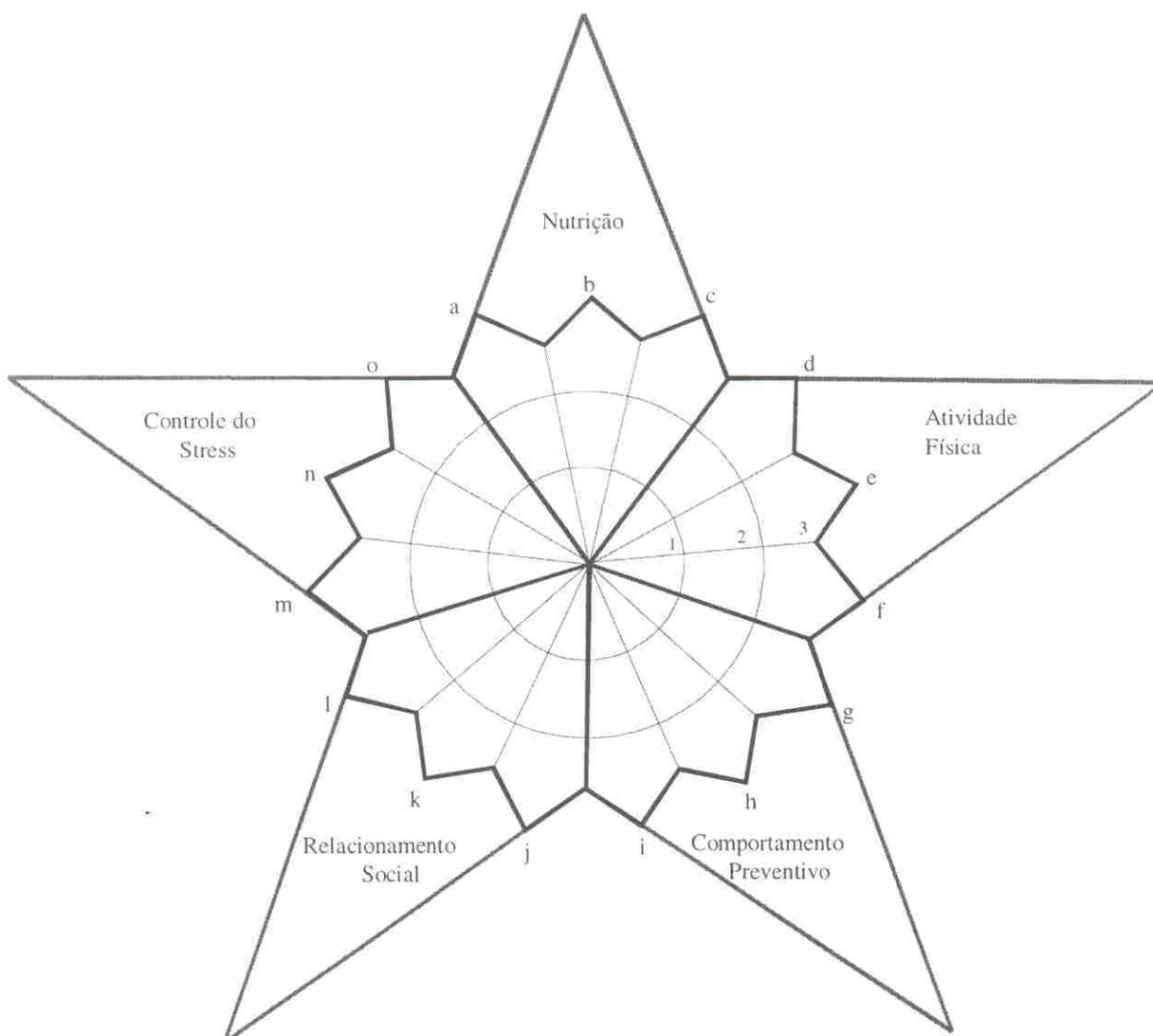
Componente: **Controle do Stress**

- m. Você reserva tempo (ao menos 5 minutos) todos os dias para relaxar. []
- n. Você mantém uma discussão sem alterar-se, mesmo quando contrariado. []
- o. Você equilibra o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer. []

Considerando suas respostas aos 15 itens da página anterior, procure colorir a figura abaixo, construindo uma representação visual do seu Estilo de Vida atual.

- Deixe em branco se você marcou zero para o item;
- Preencha do centro até o primeiro círculo se marcou [1] ;
- Preencha do centro até o segundo círculo se marcou [2] ;
- Preencha do centro até o terceiro círculo se marcou [3] .

Data: ___/___/___



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda que não se tenha uma definição universalmente aceita para *bem-estar* ou *qualidade de vida*, há concordância de que essa condição da vida humana (de pessoas ou grupos) é determinada por múltiplos fatores interatuantes, de ordem individual, sócio-ambiental e espiritual. Nesta perspectiva, o todo (bem-estar) é maior que a mera soma das partes.

A diversidade natural entre seres humanos tem ao menos um ponto de convergência: a busca por equilíbrio e harmonia – consigo, com os outros e com a natureza. Por milênios a sabedoria humana (e mais recentemente a ciência) nos tem mostrado que a radicalidade nas escolhas e os extremos nas relações nos afastam do bem-estar e afetam negativamente a saúde. O grande “segredo”, redescoberto periodicamente, parece ser o da moderação, a busca por equilíbrio em todos os aspectos da vida – outrora uma receita popular para uma vida longa, isso hoje reflete as evidências científicas para uma vida com qualidade. E, afinal, manter uma vida com qualidade é aumentar, também, as chances de uma vida mais longa. Considere as pequenas mudanças que pode realizar em sua vida, antes de pensar em mudanças radicais. Não se deve tentar mudar

muitas coisas de uma só vez, pois mudar velhos hábitos e incorporar novos pode levar algum tempo. Pequenos e seguros passos na direção certa aumentam as chances de sucesso, reduzindo a frustração (e o stress) por não atingir o almejado. Procure avaliar sua capacidade individual para as mudanças desejadas, busque o apoio social (amigos e familiares) e, o que é mais importante, aprecie as vantagens de cessar ou incorporar um comportamento.

A proposta do Pentáculo do Bem-estar não é, certamente, algo novo. Buscou-se apenas sistematizar uma idéia, baseada no pressuposto de que, para a maior parte das pessoas no mundo atual, o estilo de vida representa o elemento mais importante para a saúde e o bem-estar. Toda intervenção que vise facilitar mudanças comportamentais (cessar ou iniciar novos comportamentos) parte do reconhecimento pelo próprio indivíduo do estado atual das características do seu estilo de vida (pelo menos as cinco discutidas neste artigo). A partir daí, os programas de promoção da saúde podem servir para informar, sugerir estratégias comportamentais, criar oportunidades e reduzir barreiras para que os indivíduos ou grupos conheçam as vantagens, desejem e ajam para ter um estilo de vida ativo e saudável, socialmente e espiritualmente em harmonia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Statement on exercise.** *Circulation*, 86(1), 2726-2730, 1992.
- ARGYLE, M. Subjective well being. In: A. Offer, **In pursuit of the quality of life.** New York: Oxford University Press Inc, 1996, p.18-45.
- BLAIR, S. N. C. H. McCloy research lecture: physical activity, physical fitness and health. **Research Quarterly for Exercise and Sports**, 64 (4), 365-376, 1993.
- BOUCHARD, C.; SHEPHARD, R. J.; STEPHENS, T. **Physical Activity, Fitness and Health.** Champaign, Illinois: Human Kinetics, 1994.
- CASPERSEN, C. J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSEN, G. M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Reports**, 100 (2), 172-179, 1985.
- DeVRIES, H. A. **Health science - a positive approach.** Santa Monica, California: Good Year Publishing Company, 1978.
- EATON, S. B.; SHOSTAK, M.; KONNER, M. **The paleolithic prescription: a program of diet & exercise and a design for living.** New York: Harper & Row, 1988.

- FLOYD, P. A.; MIMMS, S. E.; YELDING-HOWARD, C. **Personal health: a multicultural approach**. Englewood, CO: Morton Publishing Company, 1995.
- FRIEDMAN, M. I. **Improving the quality of life: a holistic scientific approach**. Westport, CT: Praeger Publishers, 1997.
- GILL, T. M.; FEINSTEIN, A. R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA*, 272, 619-626, 1994.
- MATTHEWS, S. B. **Habits - making or breaking them**. AOL Online Campus Teacher. Assessed 25 october 1999.
- NAHAS, M. V. **Fundamentos da aptidão física relacionada à saúde**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1991.
- NAHAS, M. V. O Pentágono do Bem-estar. *Boletim do Núcleo de Pesquisa em Atividade Física & Saúde*, ano 2 (7), p. 1, 1996.
- NAHAS, M. V. Esporte e Qualidade de Vida. *Revista da APEF*, 12 (2), 61-65, 1997.
- NIEMAN, D.C. **Exercise testing and prescription: a health-related approach**. Mountains View, CA: Mayfield Publishing Company, 1999.
- OFFER, A. **In pursuit of the quality of life**. New York: Oxford University Press Inc, 1996.
- ORNISH, D. **Program for reversing heart disease**. New York: Ivy Books, 1996.
- PATE, R. R.; PRATT, M.; BLAIR, S. N. et al. Physical activity and public health – Special Communication. *JAMA*, 273 (5), 402-407, 1995.
- ROIZEN, M. F. **Real age: Are you as young as you can be?** New York: Harpen Collins Books, 1999.
- SALLIS, J. F.; Owen, N. **Physical activity & behavioral medicine**. Thousand Oaks: SAGE Publications, 1999.
- SCHERWITZ, L.; GRAHAN, L. E.; GRANDITS, G. et al. Self-involvement and coronary heart disease incidence in the multiple risk factor intervention trial. *Psychosomatic Medicine*, 48 (3-4), 187-199, 1986.
- SEAWARD, B. L. **Stand like mountain flow like water**. Deerfield Beach, Florida: Health Communication, 1997.
- SELYE, H. **Stress without distress**. New York: The New American Library Inc, 1974.
- US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Physical activity and health: a report from the Surgeon General**. Atlanta, GA: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.
- US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Promoting physical activity: a guide for community action**. Champaign, Illinois: Human Kinetics, 1999.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

*Núcleo de Pesquisa em Atividade Física & Saúde
Centro de Desportos
Universidade Federal de Santa Catarina
Campus Universitário, Trindade, Florianópolis – SC
CEP: 88040-900
Fax: (48) 331.9927
E-mail: markus@cds.ufsc.br*