



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

Leslie Andrews Portes¹

Estilo de Vida

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

.....

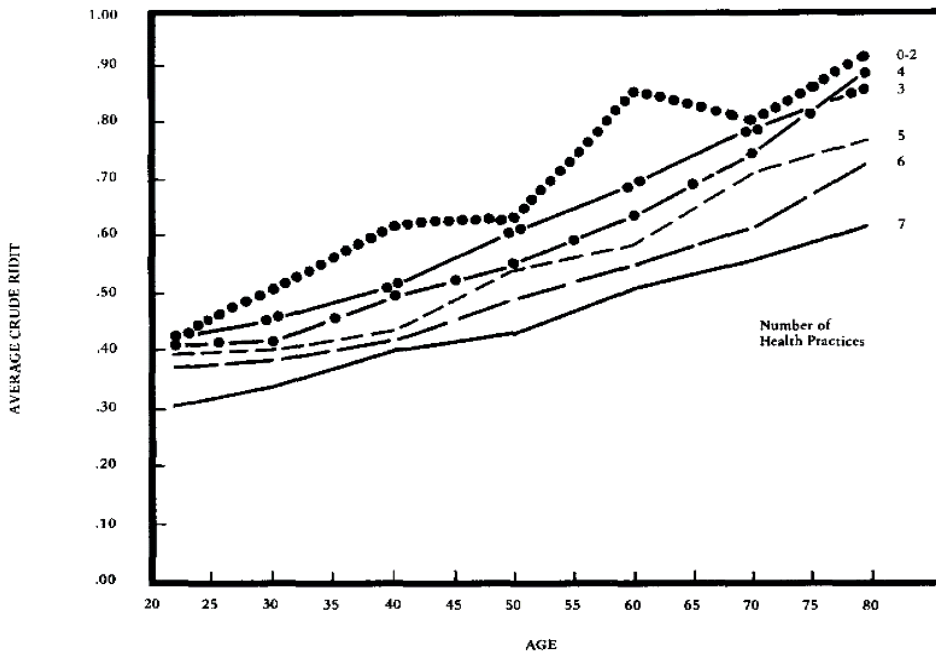
1 Mestrado em Ciências Médicas e Biológicas pela Universidade Federal de São Paulo, Brasil. Doutorando em Ciências da Saúde pela Unifesp. Docente do curso de Mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). E-mail: leslie_portes@yahoo.com.br

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

Introdução

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

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



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

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

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

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

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

Método do Estudo de Belloc (1973)

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

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

Resultados do Estudo de Belloc (1973)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusões do Estudo de Belloc (1973)

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

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

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

Método do Estudo de Li et al. (2018)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Resultados do Estudo de Li *et al.* (2018)

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

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

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

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

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

Outros dados muito interessantes foram os seguintes:

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

Conclusões do Estudo de Li et al. (2018)

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

Considerações Finais

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

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

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

Referências

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

