

Influência do Bem-estar Espiritual na Pressão Arterial, Hemodinâmica Central e Função Endotelial

Influence of Spiritual Well-Being on Blood Pressure, Central Hemodynamics and Endothelial Function

Maria Emília Figueiredo Teixeira,^{1,2} Priscila Valverde de Oliveira Vitorino,³ Andrea A. Brandão,⁴ Ana Luiza Lima Souza,^{1,2} Talles Marcelo Gonçalves de Andrade Barbosa,⁵ Roberto Esporcatte,⁴ Mário Henrique Elesbão de Borba,⁶ Álvaro Avezum,⁷ Weimar Kunz Sebba Barroso¹

Universidade Federal de Goiás – Liga de Hipertensão Arterial,¹ Goiânia, GO – Brasil

Universidade Federal de Goiás – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde,² Goiânia, GO – Brasil

Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Escola de Ciências Sociais e da Saúde,³ Goiânia, GO – Brasil

Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Departamento de Doenças do Tórax,⁴ Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Escola de Ciências Exatas e da Computação (ECEC),⁵ Goiânia, GO – Brasil

Cardio Clínica do Vale,⁶ Lajeado, RS – Brasil

International Research Center, Hospital Alemão Oswaldo Cruz,⁷ São Paulo, SP – Brasil

“Science is not only compatible with spirituality; it is a profound source of spirituality.”

Carl Sagan

Introdução

Espiritualidade¹ e religiosidade (E/R) são aspectos culturais presentes desde os primórdios da existência humana. Vistas por muito tempo como opostas à ciência, apenas recentemente, E/R ganharam relevância no âmbito da saúde.¹

As definições de E/R estão em evolução constante, de acordo com as necessidades de adequação a novos conhecimentos. Religião tem sido relacionada, contemporaneamente, com aspectos organizacionais, institucionais e dogmáticos, ou seja, o contato com a deidade acontece por meio de formatos pré-determinados e específicos para cada segmento religioso.² Espiritualidade, termo mais amplo, engloba a busca pelo bem-estar pessoal, psicológico, espiritual e nas relações pessoais. Para o Departamento de Estudos em Espiritualidade e Medicina Cardiovascular (DEMCA) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), “espiritualidade é um conjunto de valores morais, mentais e emocionais que norteiam pensamentos, comportamentos e atitudes nas circunstâncias da vida de relacionamento intra e interpessoal”.³

A hipertensão arterial (HA) é doença de elevada prevalência e principal fator de risco para outras doenças cardiovasculares,⁴ o que a torna a principal causa direta e

indireta de mortalidade em todo o planeta.⁵ Por ser uma doença multifatorial, seu tratamento contempla medidas farmacológicas e não farmacológicas,⁶ que incluem medidas voltadas para o bem-estar físico e mental.^{7,8}

Práticas que busquem o bem-estar espiritual, aliadas ou não à religiosidade, tem sido relacionadas ao bom controle de muitas doenças,⁹ além de redução de mortalidade em diversas situações.¹⁰ Existem evidências da associação entre E/R e desfechos positivos em cardiologia, tais como Doença Arterial Coronariana (DAC),¹¹ Insuficiência Cardíaca (IC)¹² e HA.^{13,14}

Estudos sobre E/R são ainda incipientes, e a maioria observacionais. Em conjunto, E/R foram associadas a melhores hábitos de vida (menos sedentarismo, etilismo ou tabagismo),¹⁵ menores valores pressóricos, menor risco de HA¹⁶ e melhor adesão terapêutica.¹⁷ Bem-estar espiritual isoladamente pode ser um fator cardioprotetor, por estar relacionado a menores níveis de pressão arterial (PA), glicemia, triglicérides e LDL colesterol.¹⁸ Por outro lado, um estudo observou maior probabilidade de HA associada à maior frequência de orações, mas menor probabilidade de HA associada a variáveis de propósito e perdão.¹⁹

Diante disso, torna-se relevante avaliar o efeito de uma intervenção voltada para o bem-estar espiritual no controle pressórico e de outros parâmetros hemodinâmicos. Este artigo descreve o método de um ensaio clínico para avaliar uma intervenção em espiritualidade sobre a PA periférica e central (PAC), parâmetros de rigidez arterial e função endotelial, em hipertensos estágios 1 e 2 de baixo ou moderado risco cardiovascular antes e após 12 semanas de seguimento dentro de cada grupo (controle [GC] e intervenção [GI]) e entre os grupos.

Métodos

Tipo e local do estudo

Ensaio clínico randomizado de não inferioridade cuja coleta de dados será realizada na Liga de Hipertensão Arterial da Universidade Federal de Goiás (UFG) e na Universidade do Estado do Rio de Janeiro. O protocolo será devidamente cadastrado no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (ReBEC).

Palavras-chave

Espiritualidade; Religião e Medicina; Pressão Arterial; Hemodinâmica; Endotélio/fisiologia; Valores Sociais; Valor da Vida; Qualidade de Vida

Correspondência: Maria Emília Figueiredo Teixeira •

Universidade Federal de Goiás – Liga de Hipertensão Arterial e Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – R. 235, s/n. CEP 74605-050, Setor Leste Universitário, Goiânia, GO – Brasil

E-mail: emiliateixeiracardio@gmail.com

Artigo recebido em 05/07/2021, revisado em 28/01/2022, aceito em 16/03/2022

DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20210886>

População, amostra e amostragem

A população do estudo será composta por adultos hipertensos (estágio 1 ou 2) com risco cardiovascular baixo e moderado, em uso estável de medicação anti-hipertensiva há mais de trinta dias, avaliada por medidas pressóricas da última consulta.

A amostra foi calculada utilizando o OpenEpi. Foi considerada uma pressão arterial sistólica (PAS) no GI de $130,9 \pm 9,2$ e no GC de $135,81 \pm 9,3$ mmHg,²⁰ com intervalo de confiança de 95% e poder de teste de 80% com 54 participantes em cada grupo.

Serão excluídos hipertensos estágio 3 [PAS ≥ 180 mmHg e/ou PA Diastólica (PAD) ≥ 110 mmHg].

Após a inclusão, serão retirados aqueles que se recusarem a realizar qualquer procedimento e/ou apresentarem elevação pressórica durante o seguimento que impossibilite manter a conduta proposta sem alteração da medicação.

Recrutamento e randomização dos pacientes do estudo

As equipes envolvidas se reunirão para apresentação, discussão do projeto e treinamento para execução rigorosa do protocolo e uniformização na abordagem aos pacientes, com vistas a garantir rigor metodológico.

Os pacientes serão selecionados pelo último registro da PA em prontuário, verificando o estágio de HA e o risco cardiovascular em que se encontram e serão convidados a participarem no estudo por meio de ligação telefônica. Aqueles que aceitarem participar, serão chamados para a visita inicial.

Visita inicial (V0)

Os participantes serão randomizados no site www.randomizer.org para um dos dois grupos.

Todos receberão orientações relacionadas a hábitos de vida saudáveis e serão submetidos à anamnese, exame clínico e entrevista para preenchimento de quatro questionários: Durel,^{21,22} predisposição ao perdão,²³ escala de gratidão²⁴ e escala de bem-estar espiritual.²⁵ Todo processo será feito por pesquisadores previamente treinados, que utilizarão um roteiro padronizado, de forma a uniformizar a consulta e as orientações.

Além disso, será aferida PA casual por método oscilométrico com aparelho Dyna- MAPA AOP (Cardios, Brasil), que fornece valores de PA periférica e central (PAC), velocidade de onda de pulso (VOP) obtida por algoritmo e equação matemática ARC SOLVER e expressa em metros/segundo, e Augmentation Index corrigido para 75% da frequência cardíaca (AIx).^{26,27} PA periférica será obtida conforme recomendação da Diretriz Brasileira de HA 2020.⁸

A Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) será executada com aparelho Dyna-MAPA (Cardios, Brasil), seguindo as recomendações da mais recente Diretriz Brasileira de MAPA.²⁸ A dilatação fluxo-mediada (DFM) será realizada em aparelho de ultrassom de alta resolução automatizado e com braço robótico para a precisa localização e medida da artéria braquial (UNEX EF 38G), de acordo com a técnica de Celermajer et al.,²⁹ preconizada

pela International Brachial Artery Reactivity Task Force.^{30,31} A DFM é o atual padrão ouro para avaliar função endotelial; o endotélio saudável apresenta FMD $> 10\%$, e valores abaixo a esse são preditivos de maior risco cardiovascular.³²

Visita intermediária (V1)

A V1 ocorrerá seis semanas após V0 por ligação telefônica para todos, com o intuito de avaliar o bem-estar individual e estimular o seguimento ativo na realização da intervenção para aqueles do GI, esclarecendo a importância da execução diária da atividade proposta e o questionamento sobre possíveis fatores que possam limitar o acesso ou a compreensão. Pacientes com níveis pressóricos acima de 180/110 mmHg ou com sintomas como dor precordial ou cefaleia intensa terão consultas presenciais agendadas.

Visita final (V2)

A V2 será feita para ambos os grupos ao final do treinamento proposto, com janela aceitável de \pm três dias. Todos serão submetidos aos mesmos procedimentos de V0.

Grupo intervenção

A intervenção terá início na manhã seguinte à finalização de V0, com duração de 12 semanas. Esse tempo de seguimento foi utilizado em estudos com intervenções não medicamentosas em hipertensos, e demonstrou ser suficiente para obter mudanças nos valores pressóricos.^{33,34} A intervenção consistirá em uma sequência de vídeos previamente gravados, mensagens, tarefas curtas relacionadas ao tema do vídeo e dias de folga (Tabela 1). Serão abordados assuntos ligados à espiritualidade, como perdão, gratidão, otimismo, propósito de vida e bem-estar espiritual. O conteúdo será disponibilizado diariamente em um aplicativo para smartphone, que registrará as atividades realizadas por cada participante.

Serão considerados participantes com adesão satisfatória à intervenção aqueles que realizarem pelo menos 75% das tarefas propostas.

Grupo controle

O GC será acompanhado nos serviços dentro da mesma periodicidade definida para o GI. Se observarmos resultados superiores no GI, o GC receberá o mesmo tratamento após a conclusão do estudo.

Análise dos dados

Os dados coletados serão analisados com a utilização do Software Stata 14.0. As variáveis qualitativas serão apresentadas com média e desvio padrão e as quantitativas com média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil.

A distribuição dos dados das variáveis será verificada quanto à normalidade com o teste de Kolmogorov Smirnov. Serão aplicados testes de acordo com a normalidade dos dados para a avaliação entre os grupos (intervenção e controle) e intra-grupo (antes e depois) para cada um deles.

Tabela 1 – Sequência de tarefas por dia da semana do grupo intervenção

| Dia | Tarefa | Dia | Tarefa | Dia | Tarefa | Dia | Tarefa |
|-----|--------|-----|--------|-----|--------|-----|--------|
| 1 | V 1 | 22 | AT 6 | 43 | F | 64 | MR 22 |
| 2 | MR 1 | 23 | MR 8 | 44 | V 9 | 65 | AT 21 |
| 3 | AT 1 | 24 | F | 45 | MR 15 | 66 | F |
| 4 | F | 25 | V 6 | 46 | AT 14 | 67 | V 12 |
| 5 | V 2 | 26 | MR 9 | 47 | MR 16 | 68 | MR 23 |
| 6 | MR 2 | 27 | AT 7 | 48 | AT 15 | 69 | AT 22 |
| 7 | AT 2 | 28 | MR 10 | 49 | MR 17 | 70 | MR 24 |
| 8 | F | 29 | AT 8 | 50 | AT 16 | 71 | AT 23 |
| 9 | V 3 | 30 | F | 51 | F | 72 | F |
| 10 | MR 3 | 31 | V 7 | 52 | V 10 | 73 | V 13 |
| 11 | AT 3 | 32 | MR 11 | 53 | MR 18 | 74 | MR 25 |
| 12 | F | 33 | AT 9 | 54 | AT 17 | 75 | AT 24 |
| 13 | V 4 | 34 | AT 10 | 55 | MR 19 | 76 | MR 26 |
| 14 | MR 4 | 35 | MR 12 | 56 | F | 77 | F |
| 15 | AT 4 | 36 | AT 11 | 57 | V 11 | 78 | V 14 |
| 16 | MR 5 | 37 | AT 12 | 58 | MR 20 | 79 | MR 27 |
| 17 | F | 38 | F | 59 | AT 18 | 80 | MR 28 |
| 18 | V 5 | 39 | V 8 | 60 | MR 21 | 81 | F |
| 19 | MR 6 | 40 | MR 13 | 61 | AT 19 | 82 | V 15 |
| 20 | AT 5 | 41 | AT 13 | 62 | F | 83 | MR 29 |
| 21 | MR 7 | 42 | MR 14 | 63 | AT 20 | 84 | AT 25 |

V: vídeo; MR: mensagem de reflexão; AT: atividade; F: folga.

Se o caso, será realizada a análise “intention-to-treat”, e somente com pacientes que completaram o protocolo do estudo.

O desfecho primário do estudo será a pressão arterial sistólica periférica e os desfechos secundários serão: a PASC, a VOP, a PAS média e a DFM.

Aspectos éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da UFG.

Conclusão

Esta pesquisa buscará compreender o efeito de uma intervenção do estímulo e treinamento para a busca do bem-estar espiritual por meio da propensão ao perdão, otimismo, gratidão e propósito de vida no comportamento da pressão arterial.

O estudo poderá impactar positivamente a prática clínica ao trazer embasamento para uma abordagem não farmacológica para o tratamento da HA além de ser, em nosso conhecimento, um dos primeiros ensaios clínicos com esse desenho.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Teixeira MEF, Vitorino PVO, Brandão AA, Souza ALL, Barbosa TMGA, Esporcatte R, Borba MHE, Avezum A, Barroso WKS; Análise estatística: Vitorino PVO; Redação do manuscrito: Teixeira MEF; Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Vitorino PVO, Brandão AA, Souza ALL, Avezum A, Barroso WKS.

Potencial conflito de interesse

Não há conflito com o presente artigo

Fontes de financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação acadêmica

Este artigo é parte de tese de doutorado de Maria Emília Figueiredo Teixeira pela Liga de hipertensão arterial da Universidade Federal de Goiás.

Referências

1. Barth WL. A religião cura? Teocomunicação [Internet]. 2014 Aug 12 [cited 2020 Oct 10];44(1):97. doi:org/10.15448/980-6736.2014.1.18224
2. Steinhauer KE, Fitchett G, Handzo GF, Johnson KS, Koenig HG, Pargament KI, et al. State of the Science of Spirituality and Palliative Care Research Part I: Definitions, Measurement, and Outcomes. *J Pain Symptom Manage.* 2017; 54(3):428–40. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.07.028.
3. Prêcoma D, Oliveira G, Simão A, Dutra O, Coelho O, Izar M. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol.* 2019;113(4):787–891. doi:http://www.dx.doi.org/10.5935/abc.20190204
4. Olsen MH, Angell SY, Asma S, Boutouyrie P, Burger D, Chirinos JA, et al. A call to action and a lifecourse strategy to address the global burden of raised blood pressure on current and future generations: the Lancet Commission on hypertension. *Lancet.* 2016;388(10060):2665–712. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31134-5.
5. World Health Organization. (WHO). A global brief on hypertension | A global brief on Hypertension. Geneva;2013. Document number:WHO/DCO/WHHD/2013.2.
6. Carey RM, Muntner P, Bosworth HB, Wh Document elton PK. Prevention and Control of Hypertension: *J Am Coll Cardiol.* 2018;72(11):1278_93. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.07.008
7. Cuevas AG, Williams DR, Albert MA. Psychosocial Factors and Hypertension: A Review of the Literature. *Cardiol Clin.* 2017;35(2):223-30. doi: 10.1016/j.ccl.2016.12.004
8. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa AD de M, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq Bras Cardiol.* 2021;116(1):516-658. doi: https://doi.org/10.36660/abc.20201238
9. Maselko J, Kubzansky L, Kawachi I, Seeman T, Berkman L. Religious service attendance and allostatic load among high-functioning elderly. *Psychosom Med.* 2007;69(5):464–72. doi: 10.1097/PSY.0b013e31806c7c57.
10. Li S, Stampfer MJ, Williams DR, Vanderweele TJ. Association of religious service attendance with mortality among women. *JAMA Intern Med.* 2016; 176(6):777–85. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.1615.
11. Schmidt KE, Quadros AS, Eibel B, Aires AM, Gottschall AM, et al. The influence of cognitive behavioral intervention for anger management on endothelial function in patients with recent myocardial infarction: a randomized clinical trial. *Psychosom Med.* 2022;84(2):224-30. DOI: 10.1097/PSY.0000000000001039
12. Park CL, Aldwin CM, Choun S, George L, Suresh DP, Bliss D. Spiritual peace predicts 5-year mortality in congestive heart failure patients. *Health Psychol.* 2016;35(3):203-10. doi: 10.1037/hea0000271
13. McIntosh RC, Ironson G, Krause N. Do religious and spiritual identity confer risk for hypertension via psychosocial and lifestyle factors? *J Health Psychol.* 2020;25(8):1082–97. doi: 10.1177/1359105317748733.
14. Abdala GA, Pinto DR, Moraes OE, Penna D, Moura LVC, Santos DC, et al. Religiosidade e hipertensão: estudo intervencional. *Rev Formadores.* 2011;4(1):33-42. https://seer-revadvertista.com.br/ojs3/index.php/formadores/article/view/102
15. Kobayashi D, Shimbo T, Takahashi O, Davis RB, Wee CC. The relationship between religiosity and cardiovascular risk factors in Japan: A large-scale cohort study. *J Am Soc Hypertens.* 2015;9(7):553-62. doi: 10.1016/j.jash.2015.04.003.
16. Lucchese FA, Koenig HG. Religião, espiritualidade e doença cardiovascular: Pesquisa, implicações clínicas e oportunidades no Brasil. *Brazilian J Cardiovasc Surg.* 2013;28(1):103–28. doi: 10.5935/1678-9741.20130015
17. Badanta-Romero B, de Diego-Cordero R, Rivilla-García E. Influence of Religious and Spiritual Elements on Adherence to Pharmacological Treatment. *J Relig Health.* 2018;57(5):1905-17. doi: 10.1007/s10943-018-0606-2.
18. Holt-Lunstad J, Steffen PR, Sandberg J, Jensen B. Understanding the connection between spiritual well-being and physical health: An examination of ambulatory blood pressure, inflammation, blood lipids and fasting glucose. *J Behav Med.* 2011;34(6):477-88. doi: 10.1007/s10865-011-9343-7
19. Buck AC, Williams DR, Musick MA, Sternthal MJ. An examination of the relationship between multiple dimensions of religiosity, blood pressure, and hypertension. *Soc Sci Med.* 2009;68 (2):314–22. DOI: 10.1016/j.socscimed.2008.10.010
20. Cramer H, Sellin C, Schumann D, Dobos G. OriginalArbeit: Yoga bei arterieller Hypertonie. *Dtsch Arztebl Int.* 2018;115(50):833–9. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.10.010
21. Koenig HG, Büssing A. The Duke University Religion Index (DUREL): A five-item measure for use in epidemiological studies. *Religions.* 2010;1(1):78–85. https://doi.org/10.3390/rel1010078
22. Taunay TCDE, Gondim F de AA, Macêdo DS, Moreira-Almeida A, Gurgel L de A, Andrade LMS, et al. Validação da versão Brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). *Rev Psiquiatr Clin.* 2012 [cited 2021 Apr 10];39(4):130–5. https://doi.org/10.1590/S0101-60832012000400003
23. DeShea L. A scenario-based scale of Willingness to Forgive. *Individ Differ Res.* 2003;1(3):201–16. ISSN:1541-745X
24. Emmons RA, Tsang J, McCullough ME. Individual Differences in Gratitude 1 The Gratitude Questionnaire-Six Item Form (GQ-6). *J Pers Soc Psychol.* 2002;82:112–27. doi: 10.1037//0022-3514.82.1.112
25. Gouveia MJ, Marques M. Versão portuguesa do questionário de bem-estar espiritual (SWBQ): análise confirmatória da sua estrutura factorial. *Psicol Saúde Doenças.* 2009;10(2):285–93.
26. Townsend RR, Wilkinson IB, Schiffrin EL, Avolio AP, Chirinos JA, Cockcroft JR, et al. Recommendations for Improving and Standardizing Vascular Research on Arterial Stiffness: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Hypertension.* 2015 Sep 14 [cited 2021 Apr 10];66(3):698–722. doi: 10.1161/HYP.0000000000000033
27. Brandão AA, Amodeo C, Alcântara C, Barbosa E, Nobre F, Pinto F, et al. I posicionamento luso-brasileiro de pressão arterial central. *Arq Bras Cardiol.* 2017.108(2):100-8. https://doi.org/10.5935/abc.20170011
28. Nobre F, Mion Júnior D, Gomes M, Barbosa E, Rodrigues C, Neves M, et al. 6a Diretrizes de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial e 4a Diretrizes de Monitorização Residencial da Pressão Arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2018;110(5 supl 1):1-29. doi: 10.5935/abc.20180074
29. Celermajer DS, Sorensen KE, Gooch VM, Miller O. L., Sullivan ID, Lloyd JK, et al. Non-invasive detection of endothelial dysfunction in children and adults at risk of atherosclerosis. *Lancet.* 1992 Nov 7;340(8828):1111–5. doi: 10.1016/0140-6736(92)93147-f
30. Corretti MC, Anderson TJ, Benjamin EJ, Celermajer D, Charbonneau F, Creager MA, et al. Guidelines for the ultrasound assessment of endothelial-dependent flow-mediated vasodilation of the brachial artery: A report of the international brachial artery reactivity task force. *J Am Coll Cardiol.* 2002;39(2):257-65. doi: 10.1016/s0735-1097(01)01746-6
31. Thijssen DHJ, Bruno RM, Van Mil ACCM, Holder SM, Fata F, Greyling A, et al. Expert consensus and evidence-based recommendations for the assessment of flow-mediated dilation in humans. *Eur Heart J.* 2019;40(30):2534–47. doi: 10.1093/eurheartj/ehz350
32. Alexander Y, Osto E, Schmidt-Trucksäss A, Shechter M, Trifunovic D, Duncker DJ, et al. Endothelial function in cardiovascular medicine: A consensus paper of the European Society of Cardiology Working Groups on Atherosclerosis and Vascular Biology, Aorta and Peripheral Vascular Diseases, Coronary Pathophysiology and Microcirculation, and Thromb. *Cardiovasc Res.* 2021;117(1):29-42 doi: 10.1093/cvr/cvaa085

-
33. Palta P, Page G, Piferi RL, Gill JM, Hayat MJ, Connolly AB, et al. Evaluation of a Mindfulness-Based Intervention Program to Decrease Blood Pressure in Low-Income African-American Older Adults. *J Urban Health*. 2012; 89(2):308. doi: 10.1007/s11524-011-9654-6
34. Ponte Márquez PH, Feliu-Soler A, Solé-Villa MJ, Matas-Pericas L, Filella-Agullo D, Ruiz-Herrerias M, et al. Benefits of mindfulness meditation in reducing blood pressure and stress in patients with arterial hypertension. *J Hum Hypertens*. 2018;33(3):237-47. doi: 10.1038/s41371-018-0130-6



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença de atribuição pelo Creative Commons