

UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AMBIENTE E SAÚDE

JOANA RIBEIRO COLOMBO BARBISAN

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO INICIAL DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAR O
ESTILO DE VIDA DE PACIENTES COM DOENÇAS CARDIOVASCULARES

LAGES
2022

JOANA RIBEIRO COLOMBO BARBISAN

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO INICIAL DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAR O
ESTILO DE VIDA DE PACIENTES COM DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC.

Orientadora: Profa. Dra. Natalia Veronez da Cunha

Coorientador(a): Dra. Aline Mendes Gerage da Silva

Linha de pesquisa: Saúde, Ambiente e Sociedade

LAGES

2022

Ficha Catalográfica

B236c	Barbisan, Joana Ribeiro Colombo. Construção e validação inicial de um instrumento para avaliar o estilo de vida de pacientes com doenças cardiovasculares/Joana Ribeiro Colombo Barbisan – Lages, SC, 2022. 120 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Planalto Catarinense. Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense. Orientadora: Natalia Veronez da Cunha Coorientadora: Aline Mendes Gerage da Silva 1. Doenças cardiovasculares. 2. Reabilitação cardíaca. 3. Estilo de vida. I. Cunha, Natalia Veronez da. II. Silva, Aline Mendes Gerage da. III. Título. CDD 616.12
-------	---

Catálogo na Fonte: Biblioteca Central

JOANA RIBEIRO COLOMBO BARBISAN

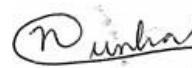
**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO INICIAL DE UM INSTRUMENTO PARA
AVALIAR O ESTILO DE VIDA DE PACIENTES COM DOENÇAS
CARDIOVASCULARES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu em Ambiente e Saúde* da Universidade do Planalto Catarinense, para obtenção do título de Mestre em Ambiente e Saúde.

Aprovada em 22 de junho de 2022.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Natalia Veronez da Cunha
(Orientadora e Presidente da Banca Examinadora)



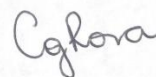
Profa. Dra. Aline Gerage da Silva
(Coorientadora – UFSC)

Participação não presencial – Resolução 432/2020

Prof. Dr. Ciro Romelio Rodriguez Añez
(Examinador Titular Externo – UTFPR)

Participação não presencial – Resolução 432/2020

Profa. Dra. Cleonice Gonçalves da Rosa
(Examinadora Titular Interna – PPGAS/UNIPLAC)



DECLARAÇÃO DE ORIGINALIDADE

Declaro que os dados apresentados nesta versão da Dissertação para o Exame de Defesa de Dissertação são decorrentes de pesquisa própria e de revisão bibliográfica referenciada segundo normas científicas.

Lages, 22 de junho de 2022.



Joana Ribeiro Colombo Barbisan

Ao Eduardo, Luisa e Laís, pois
simplesmente são meu melhor motivo.

AGRADECIMENTOS

É emocionante alcançar um objetivo, mas para chegar até aqui, houve um longo percurso onde várias pessoas se tornaram fundamentais.

Agradeço à minha professora orientadora Natália, que com sua generosidade respeitou meu processo de aprendizagem e me desafiou com segurança e maestria a fazer sempre melhor. Agradeço ainda seu comprometimento, incentivo e genuína alegria em ensinar, certamente a levarei para vida como inspiração e de presente a sua amizade.

Tenho imensa gratidão à minha coorientadora Aline, que prontamente participou deste trabalho, enriquecendo com suas contribuições, me possibilitando muitas vezes, quando já cansada, ter um novo olhar. Agradeço a sua disponibilidade, assim como do Professor Borgatto.

Também tive o privilégio de trabalhar e aprender de perto com os excelentes profissionais do programa, os quais me deram oportunidade de vivenciar o mestrado intensamente. Cleo, Lenita, Bruna, Ane que tomo a liberdade de chamar aqui pelo primeiro nome, e todas as demais professoras, agradeço a acolhida e entusiasmo que sempre me receberam, e por terem confiado em meu trabalho, enquanto parte do mestrado.

Agradeço a banca de qualificação, em especial ao Professor Ciro Rodriguez Añez, que contribuiu muito para o direcionamento final deste trabalho. Também agradeço aos colegas de PPGAS, acadêmicos da graduação e profissionais e pacientes do Incor/Lages pela troca e confiança. Agradeço ainda, a Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina que viabilizou a execução da minha pesquisa e a conclusão do mestrado.

A todos os meus amigos, em especial Gisele e Rachel, agradeço por estarem sempre presentes, me trazendo equilíbrio e apoio quando precisei. Vocês deixaram esses anos de mestrado e pandemia mais leves. Aos meus pais e sogros que sempre me apoiaram, meu mais sincero obrigado, pois muitos dos meus valores, construí a partir de vocês.

Ao meu companheiro de vida Eduardo, só tenho gratidão, por acreditar e apoiar minhas escolhas, sendo tantas vezes meu suporte. Meu amor, orgulho e gratidão às minhas filhas Luisa e Laís, que com alegria e doçura me ensinam diariamente, sobre dedicação, foco, respeito e disciplina, através do esporte. Estudar estilo de vida e saúde, com certeza é mais fácil, tendo elas como um exemplo em casa.

E finalmente agradeço a Deus, pelas oportunidades e por me dar resiliência e saúde para tentar viver na prática o estilo de vida saudável que venho estudando nesses últimos anos.

*"A saúde que você desfrutar
é em grande parte sua escolha."*
Abraham Lincoln

RESUMO

As doenças cardiovasculares (DVC) se caracterizam como patologias que afetam o funcionamento dos vasos sanguíneos e coração, e são as principais causas de morbidade e mortalidade mundial. O risco para desenvolver uma doença crônica não transmissível, como a DCV, é principalmente afetado pelos comportamentos modificáveis do estilo de vida. Dessa forma, se preconiza comportamentos saudáveis, incluindo uma dieta saudável, a prática de atividade física, uma boa qualidade de sono, manutenção de peso saudável, não uso de tabaco nem excesso de álcool, um bom gerenciamento de estresse e o bem-estar a partir de bons relacionamentos. Diante da importância do estilo de vida para as DCV, e devido a carência de questionários específicos e validados existentes, o objetivo deste estudo foi desenvolver e validar um instrumento de avaliação do estilo de vida voltado para adultos com doenças cardiovasculares, levando em consideração as diferentes categorias de comportamentos que têm maior impacto na saúde desta população, assim como identificar e descrever o perfil de estilo de vida de adultos com DCV que participam de um programa de reabilitação cardíaca em um município de Santa Catarina. A metodologia foi fundamentada nos processos de construção de instrumentos de pesquisa na área da saúde, seguindo as etapas de elaboração, validação de conteúdo, pré-teste e avaliação psicométrica. Foi elaborado o Questionário de avaliação do Estilo de Vida para Adultos com Doenças Cardiovasculares (QAEV-DCV), que consistiu em 14 perguntas fechadas, agrupadas em seis domínios, com a principal premissa de estimar o estilo de vida de indivíduos com DCV. As questões foram elaboradas a partir de vasta revisão de literatura, questionários existentes e troca de experiência com especialistas, visando a variedade dos itens segundo os construtos. A validação de conteúdo foi efetuada por 11 juízes especialistas, gerando um resultado de Índice de Validade de Conteúdo total 0,96. O pré-teste foi realizado com 89 adultos e idosos, (idade média de 66 ± 12 anos, peso médio de 79 ± 17 Kg, estatura média de $1,65 \pm 0,1$ m, composto por 47,2% de mulheres) com DCV que participam de um programa de reabilitação cardíaca. Dados da avaliação do perfil sociodemográfico e da avaliação do estilo de vida foram descritos em frequência e em média ($\pm$ desvio padrão). Na análise semântica do pré-teste, 100% dos participantes afirmaram completo entendimento das questões. A consistência interna total do QAEV-DCV foi de 0,6. Verificou-se um escore total de estilo de vida “muito bom” (49%), em uma população de prevalência idosa e com alta escolaridade e renda. Apesar da alta pontuação na avaliação do estilo de vida, a maioria dos indivíduos (74,1%) apresenta IMC acima do recomendado, o que está diretamente relacionado aos riscos para DCV. O instrumento QAEV-DCV, apresentou elevada evidência de validade de

conteúdo e semântica após análise de um amplo e interdisciplinar painel de juízes e pré-teste. Na análise psicométrica, o índice de confiabilidade não foi satisfatório segundo alguns autores. Sugere-se continuar estudos para validação psicométrica do instrumento desenvolvido. Os participantes do programa de reabilitação cardíaca apresentam um perfil do estilo de vida muito bom, o que sugere que o referido programa contribui para a melhora ou manutenção de um estilo de vida saudável relacionados à DCV.

Palavras-chave: Estilo de vida. Reabilitação cardíaca. Doenças cardiovasculares.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases (CVD) are characterized as pathologies that affect the functioning of blood vessels and heart and are the main causes of morbidity and mortality worldwide. The risk of developing a chronic noncommunicable disease, such as CVD, is primarily affected by modifiable lifestyle behaviors. In this way, positive behaviors are recommended, including a healthy diet, physical activity, superior quality sleep, maintaining a healthy weight, not using tobacco or excessive alcohol, good stress management and well-being, from good relationships. Given the importance of lifestyle for CVD, and due to the limitations of existing validated questionnaires, the objective of this study was to develop and validate a lifestyle assessment instrument aimed at adults with cardiovascular diseases, taking into account the different categories of behaviors that have a greater impact on the health of this population, as well as to identify and describe the lifestyle profile of adults with CVD who participate in a cardiac rehabilitation program in a municipality of Santa Catarina. The methodology was based on the processes of construction of research instruments in the health area, following the stages of elaboration, content validation, pre-test, and psychometric evaluation. Data from the sociodemographic profile and lifestyle assessment were described in terms of frequency and mean ($\pm$ standard deviation). The Lifestyle Assessment Questionnaire for Adults with Cardiovascular Diseases (QAEV-CVD) was prepared, which consisted of 14 closed questions, grouped into six domains, with the main premise of estimating the lifestyle of individuals with CVD. The questions were elaborated from a vast literature review, existing questionnaires and exchange of experience with specialists, aiming at the variety of items according to the constructs. Content validation was performed by eleven expert judges, generating a total Content Validity Index result of 0.96. The pre-test was conducted with 89 adults and elderly people (mean age of 66 ± 12 years, mean weight of 79 ± 17 kg, mean height of 1.65 ± 0.1 m, composed of 47.2% of women) with CVD who participate in a cardiac rehabilitation program. In the semantic analysis of the pre-test, 100% of the participants stated that they fully understood the questions. The total internal consistency of the QAEV-DCV was 0.6. A total score of “very good” lifestyle (49%) was found in a population of elderly prevalence and with high schooling and income. Despite the high score in the lifestyle assessment, most individuals (74.1%) have a BMI above the recommended level, which is related to the risks for CVD. The QAEV-DCV instrument presented high evidence of content and semantic validity after analysis by a broad and interdisciplinary panel of judges and pre-test. In the psychometric analysis, the reliability index was not satisfactory according to some authors. It is suggested to continue

studies for psychometric validation of the instrument developed. Participants in the cardiac rehabilitation program have a particularly good lifestyle profile, which suggests that the program contributes to the improvement or maintenance of a healthy lifestyle related to CVD.

Keywords: Lifestyle. Cardiac rehabilitation. Cardiovascular diseases.

IMPACTO E CARÁTER INOVADOR DA PRODUÇÃO INTELECTUAL

Além dos objetivos científicos estabelecidos nesta pesquisa, os resultados obtidos neste estudo impactam de forma positiva em diversos contextos que estão além da formação acadêmica. Dentre eles, destaca-se o impacto social, visto que o desenvolvimento de uma escala subjetiva para avaliar o estilo de vida, utilizando metodologia científica, proporcionou a percepção de saúde de uma população, refletindo aspectos da vida dos participantes. A partir da identificação de hábitos, é possível utilizar de resoluções para melhorar o estilo de vida a fim de prevenir e manejar doenças crônicas relacionadas ao estilo de vida.

No âmbito econômico, a utilização do Questionário de Avaliação do Estilo de Vida para Adultos com Doença Cardiovascular – QAEV-DCV, pode auxiliar como uma ferramenta de promoção e prevenção de saúde, para intervenções terapêuticas menos dispendiosas de mudanças do estilo de vida, diminuindo o custo de tratamentos de doenças crônicas.

Este estudo também exerce impacto profissional, a partir da visão interdisciplinar e multidisciplinar, além de propor uma ferramenta de avaliação para uso clínico ou epidemiológico que passou por criterioso processo metodológico de elaboração e validação.

LISTA DE FIGURAS

REVISÃO DE LITERATURA

- Figura 1.** Fluxograma dos resultados de busca nas bases de dados consultadas nesta revisão sistemática.....39
- Figura 2.** Gráfico com a frequência em que os comportamentos do estilo de vida foram avaliados nos estudos incluídos nesta revisão.....41

MANUSCRITO I

- Figura 1.** Etapas do processo de desenvolvimento de instrumentos de medida e os recursos, critérios, recomendações e/ou atributos geralmente mais utilizados em cada etapa.....64

LISTA DE QUADROS E TABELAS E GRÁFICOS

REVISÃO DE LITERATURA

Quadro 1. Descrição da estratégia PICO.....	38
Quadro 2. Descrição dos artigos selecionados para revisão que avaliaram o estilo de vida....	42

MANUSCRITO I

Quadro 1. Pontuação do Questionário de Avaliação do Estilo de Vida para Adultos com Doenças Cardiovasculares (QAEV-DCV)	69
Quadro 2. Classificação do Questionário de Avaliação do Estilo de Vida para Adultos com Doenças Cardiovasculares (QAEV-DCV)	70
Tabela 1. Resultado o Índice de Validade de Conteúdo, por questão respondida pelos juízes...	71
Quadro 3. Alterações realizadas no Questionário de Avaliação do Estilo de Vida para Adultos com Doenças Cardiovasculares (QAEV-DCV), sugerida pelos juízes.....	74

MANUSCRITO II

Quadro I. Classificação do Questionário de Avaliação do Estilo de Vida para Adultos com Doenças Cardiovasculares (QAEV-DCV)	85
Tabela 1. Distribuição da frequência de indivíduos segundo características sociodemográficas.....	86
Tabela 2. Percentual de respostas dos participantes do programa de reabilitação cardíaca em cada item do Questionário de Avaliação do Estilo de Vida para Adultos com Doenças Cardiovasculares (QAEV-DCV)	89
Gráfico 1. Perfil do estilo de vida de indivíduos com doenças cardiovasculares.....	91
Tabela 3. Média e desvio padrão do escore do Questionário de Avaliação do Estilo de Vida para Adultos com Doenças Cardiovasculares (QAEV-DCV) para cada característica descritiva da amostra.....	93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COSMIN - *C*onsensus-based Standards for the selection of health Measurement *I*Nstruments

DCV – Doença Cardiovascular

DCNT – Doença Crônica Não Transmissível

GLQ - *G*eneral *L*ifestyle *Q*uestionnaire

IMC – Índice de Massa Corporal

INCOR – Instituto do Coração

IVC – Índice de Validade de Conteúdo

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

N – Número

PEVI – Perfil do Estilo de Vida Individual

PICO - *P*opulation, *I*ntervention *C*omparison, *O*utcome

QAEV-DCV – Questionário de Avaliação do Estilo de Vida em Indivíduos com Doença Cardiovascular

SciELO – *S*cientific *E*lectronic *L*ibrary Online

SPSS - *S*tatistical *P*ackage for the *S*ocial *S*ciences

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	29
1.1 Pergunta de pesquisa	31
2. OBJETIVOS.....	33
2.1 Objetivo Geral.....	33
2.2 Objetivos Específicos.....	33
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	35
3.1 Instrumentos de avaliação do estilo de vida: uma revisão sistemática.....	35
3.1.1 Introdução.....	37
3.1.2 Metodologia.....	38
3.1.3 Resultados.....	39
3.1.4 Discussão.....	48
3.1.5 Considerações finais.....	52
Referências.....	53
4. MANUSCRITO.....	59
4.1 MANUSCRITO I - Construção e Validação Inicial do Questionário de Avaliação do Estilo de Vida para Adultos com Doenças Cardiovasculares (QAEV-DCV).....	61
4.1.1 Introdução.....	61
4.1.2 Metodologia.....	63
4.1.3 Resultados e discussão.....	68
4.1.4 Considerações finais.....	77
Referências.....	78
4.2 MANUSCRITO II - Estilo de Vida de Indivíduos em Reabilitação Cardíaca..	83
4.2.1 Introdução.....	83
4.2.2 Metodologia.....	84
4.2.3 Resultados e discussão.....	86
4.2.4 Considerações finais.....	95
Referências.....	96
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	99
REFERÊNCIAS GERAIS.....	101
APÊNDICES.....	109

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DVC) são patologias que afetam o funcionamento dos vasos sanguíneos e coração, e incluem o infarto agudo do miocárdio, doenças cerebrovasculares, cardiopatias congênitas, doenças hipertensivas, aterosclerose, entre outras (SIMÃO *et al.*, 2013). É considerada a principal causa de mortalidade global, ou seja, mais pessoas anualmente morrem por DCV do que por qualquer outra causa no mundo (WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022a, 2022b). A DCV também é responsável por um percentual importante de mortes prematuras (pessoas com idade inferior a 70 anos) que poderiam ser evitadas, onde representa 37% dentre as mortes prematuras por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE, 2022).

No Brasil, a DCV é responsável por 27,7% dos óbitos, atingindo 31,8% quando são excluídos os óbitos por causa externas, sendo considerada a principal causa de morte. Além da elevada mortalidade, apresenta alta morbidade, sendo considerada o fator de maior impacto no custo das internações hospitalares no país, responsáveis por alocação de muitos recursos públicos (MASSA; DUARTE; FILHO, 2019).

O risco para desenvolver uma doença crônica não transmissível (DCNT), como a DCV, é principalmente afetado pelos comportamentos do estilo de vida (LOEF; WALACH, 2012), de forma que aproximadamente 80% dessas doenças quando prematuras poderiam ser evitadas (WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022a). Por estilo de vida se compreende um conjunto identificável de comportamentos e hábitos individuais capazes de impactar a saúde, que pode ser influenciado principalmente pelos contextos sociais, econômicos e ambientais (WHO, 1998).

A *World Health Organization* (WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022b) relaciona de forma importante, o estilo de vida ao desenvolvimento de DCV, e destaca como comportamento de risco a inatividade física, o uso de tabaco e álcool e a má alimentação. Além disso, praticamente todas as diretrizes clínicas baseadas em evidências para doenças crônicas e cardiovasculares (ARNETT *et al.*, 2019; BARROSO *et al.*, 2021; FALUDI *et al.*, 2017; MALACHIAS *et al.*, 2016; PERK *et al.*, 2012; PRÉCOMA *et al.*, 2019; RUY *et al.*, 2005; SIMÃO *et al.*, 2013), preconizam a terapêutica do estilo de vida para prevenção e tratamento. Dessa forma, se incentiva todos os indivíduos a adotar comportamentos de estilo de vida positivos, incluindo escolher uma dieta saudável, manter-se fisicamente ativo, ter uma boa

qualidade de sono, conservar um peso saudável, não fumar nem consumir excesso de álcool, ter um bom gerenciamento de estresse e manter bons relacionamentos sociais (ACLM, 2021).

Os benefícios de um estilo de vida saudável parecem ser maiores quando são dotados de vários comportamentos positivos ao mesmo tempo. Uma combinação de pelo menos quatro fatores de estilo de vida está relacionada a uma redução de 66% da mortalidade geral (LOEF; WALACH, 2012). A adesão a vários comportamentos de estilo de vida saudável simultaneamente, foi associado a risco reduzido de DCV em 66% quando comparado com a adoção de nenhum ou apenas um comportamento do estilo de vida saudável (BARBARESKO; RIENKS; NÖTHLINGS, 2018). Ademais, o estilo de vida saudável também demonstra favorecer pacientes com fatores de risco não modificáveis, como idade, ou já acometidos por uma DCV. Um estilo de vida favorável foi associado a um risco relativo quase 50% menor de doença arterial coronariana em pessoas com alto risco genético para a doença (KHERA *et al.*, 2016). Intervenções multifatoriais no estilo de vida em pacientes com doença coronariana já estabelecida reduzem o risco de eventos cardiovasculares fatais (DE WAURE *et al.*, 2013).

Diante da expressiva relação entre estilo de vida e doenças cardiovasculares, sua avaliação como ferramenta clínica e de pesquisa se torna de grande relevância. Instrumentos de avaliação são recursos com capacidade de identificar, de maneira objetiva, importantes alterações, auxiliando os profissionais em suas condutas, além de gerar previsibilidade e direcionar ações preventivas, assim como o instintivo uso epidemiológico (GARDONA; BARBOSA, 2018).

Observa-se a carência de instrumentos validados para avaliar o perfil do estilo de vida de adultos com doenças cardiovasculares. Segundo a revisão sistemática realizada por Pôrto *et al.* (2015), não está bem instituído quais são os instrumentos mais adequados para avaliação do estilo de vida. Entre os poucos instrumentos disponíveis encontrados na literatura, um dos mais utilizado é o questionário do estilo de vida Fantástico, construído por Wilson e Ciliska (1984) e traduzido e validado para língua portuguesa por Rodriguez Añez; Reis e Petroski (2008), destinado a adultos de maneira geral. Observa-se também a vasta utilização de questionários autoconstrutivos (PÔRTO *et al.*, 2015), ou seja, questionários desenvolvidos pelos autores, a partir de suas próprias perguntas ou a associação de vários instrumentos que medem tipos específicos de atividades.

Devido às limitações dos questionários validados existentes e a fim de atender às necessidades de avaliação do estilo de vida relacionado às DCVs, o objetivo deste estudo foi desenvolver e validar um instrumento de avaliação do estilo de vida voltado para adultos com

doenças cardiovasculares, levando em consideração as diferentes categorias de comportamentos que têm maior impacto na saúde desta população.

1.1 Pergunta de pesquisa

Como desenvolver e validar um instrumento para avaliar o perfil do estilo de vida de adultos com DCV considerando os comportamentos que tem maior impacto nestas patologias?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Desenvolver e validar um instrumento para avaliar o perfil do estilo de vida de adultos com DCV considerando os comportamentos que tem maior impacto nestas DCNT.

2.2 Objetivos específicos

- Elaborar um questionário do estilo de vida, relacionado ao impacto deste nas doenças cardiovasculares;
- Validar o conteúdo e verificar a consistência interna do instrumento elaborado;
- Caracterizar o perfil clínico, sociodemográfico e o estilo de vida dos participantes da pesquisa;
- Conhecer o estilo de vida dos participantes em seus diferentes pilares;
- Verificar a associação entre o perfil sociodemográfico e o estilo de vida dos participantes

3 REVISÃO DE LITERATURA

Esta sessão apresenta o referencial teórico que embasa o estudo, a partir de uma revisão sistemática, apresentada no formato de artigo científico¹.

3.1 Instrumentos de avaliação do estilo de vida: uma revisão sistemática

Resumo

Introdução: O estilo de vida desempenha um papel primordial na saúde ao longo da vida. Comportamentos como uso do tabaco e álcool, alimentação, atividade física; sono, estresse e bem-estar emocional a partir de relacionamentos são considerados importantes moderadores de saúde e estão associados às doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) e à mortalidade. **Objetivo:** Identificar na literatura quais instrumentos têm sido utilizados nos últimos cinco anos para avaliar o estilo de vida de adultos saudáveis ou com DCNTs. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão sistemática conduzida no método dos Principais Itens para Análises Sistemáticas e Meta-análises (PRISMA). A busca ocorreu em quatro bases de dados, utilizando os descritores “estilo de vida” AND “questionário” AND “avaliação” e os termos equivalentes na língua inglesa “lifestyle” AND “questionnaire” AND “assessment”. Foram considerados critérios de inclusão: estudos que avaliaram o estilo de vida, investigado por meio de instrumentos com metodologia claramente descrita, em população adulta (≥ 18 anos), saudável ou com DCNTs diagnosticada, publicados em periódicos nacionais ou internacionais, no período de 2015 a 2020. **Resultados:** A busca inicial resultou em um total de 690 publicações. Após exclusão por duplicata e criteriosa análise de inclusão/exclusão foram selecionados 35 artigos. A grande maioria das pesquisas ($n=26$) utilizou instrumentos autocostrutivos. Foram identificados quatro (4) questionários validados de avaliação do estilo de vida: Fantástico, Perfil do Estilo de Vida Individual (PEVI), *The Health Habits* e o *General Lifestyle Questionnaire* (GLQ). Não foi encontrado um padrão na avaliação dos comportamentos de estilo de vida e suas variáveis. **Considerações finais:** Instrumentos apropriados, completos e validados são necessários para a avaliação do estilo de vida, pois podem auxiliar pesquisadores e clínicos a realizarem melhores processos de triagem e diagnóstico. Também permitem ajudar a entender

¹ O manuscrito do referido artigo científico foi submetido na Revista Acta Fisiátrica no dia 20 de maio de 2021, e encontra-se em fase de análise até a data de entrega da presente dissertação.

melhor o impacto de cada comportamento na saúde e na doença, levando a intervenções clínicas e acadêmicas mais eficazes.

Palavras-chave: Estilo de vida. Questionário. Doença Crônica Não Transmissível.

Abstract

Introduction: Lifestyle plays an important role in lifelong health. Behaviors such as tobacco and alcohol use, diet, physical activity; sleep, stress and emotional well-being from relationships are considered important health moderators, mainly associated with non-communicable chronic diseases (NCDs) and mortality. **Objective:** To identify in the literature which instruments have been used in the last five years to assess the lifestyle of healthy adults or those with NCDs. **Methodology:** This is a systematic review conducted using the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) method. The search took place in four databases, using the descriptors "lifestyle" AND "questionnaire" AND "evaluation" and the equivalent terms in the Portuguese language "estilo de vida" AND "questionário" AND "avaliação". Inclusion criteria were considered: studies that assessed lifestyle, investigated using instruments with clearly described methodology, in an adult population over 18 years old, healthy or with diagnosed NCDs, published in national or international journals, in the period from 2015 to 2020. **Results:** The initial search resulted in a total of 690 publications, after exclusion due to duplicity and careful analysis of inclusion / exclusion, 35 articles were selected. The vast majority (n = 26) of the surveys used self-constructive instruments. Four (4) validated lifestyle assessment questionnaires were identified: Fantastic, Individual Lifestyle Profile (PEVI), The Health Habits and the General Lifestyle Questionnaire (GLQ). No pattern was found as to which lifestyle behaviors and their variables were assessed. **Final considerations:** Appropriate, complete and validated instruments are necessary for lifestyle assessment, as they can assist researchers and clinicians to perform better screening and diagnosis processes. They also help to better understand the impact of each behavior on health and disease, leading to more effective clinical and academic interventions.

Keywords: Lifestyle. Chronic disease. Questionnaire.

3.1.1 Introdução

O estilo de vida do indivíduo é considerado um importante moderador de saúde, sendo definido pela *World Health Organization* (WHO, 2021), por um conjunto identificável de hábitos e costumes influenciados principalmente pelos contextos sociais, econômicos e ambientais. Dentre os padrões comportamentais do estilo de vida, a WHO (1998) destaca, mas não limita, o uso de tabaco e álcool, a atividade física e a dieta. A Medicina do Estilo de Vida (MEV), que prioriza o uso terapêutico do estilo de vida para a prevenção, o tratamento e a reversão de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), se baseia principalmente em seis comportamentos, fundamentados por praticamente todas as diretrizes clínicas baseadas em evidências para doenças metabólicas (KUSHNER; SORENSEN, 2013; RIPPE, 2019). Os seis pilares da MEV compreendem, mas não se limitam a: uso do tabaco e álcool, alimentação, atividade física, sono, estresse e bem-estar emocional a partir de relacionamentos (ACLM, 2021; RIPPOL, 2012).

Diferentes comportamentos do estilo de vida estão associados a DCNTs e à mortalidade (STANAWAY *et al.*, 2018). Neste contexto, a literatura aponta que o estilo de vida saudável está atrelado ao ganho prolongado de vida sem DCNTs e ao menor risco de desenvolvimento de várias doenças crônicas simultaneamente, além de ser uma abordagem terapêutica para pacientes com doenças crônicas já instaladas (LI *et al.*, 2014).

As DCNTs são patologias multifatoriais que podem se desenvolver no decorrer da vida, impulsionadas principalmente pelo estilo de vida não saudável. Dentre as principais DCNTs, estão as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, o diabetes e o câncer (WHO, 1998), as quais compõem a causa principal de mortalidade e de incapacidade prematura na maioria dos países do continente americano, incluindo o Brasil (OPAS, 2018).

Sabendo que o estilo de vida tem importantes implicações para a saúde e o desenvolvimento de DCNTs, sua avaliação como ferramenta clínica e de pesquisa se torna de grande relevância. Ainda que esta relação esteja bastante estabelecida, a revisão sistemática realizada anteriormente (PÔRTO *et al.*, 2015) verificou que não estava bem instituído quais os instrumentos mais adequados para avaliação do estilo de vida até aquele momento. Diante disso, o objetivo deste estudo é identificar, por meio de uma revisão sistemática de literatura, quais instrumentos têm sido utilizados nos últimos cinco anos para avaliar o estilo de vida de adultos saudáveis ou com DCNTs.

3.1.2 Metodologia

Este estudo caracteriza-se como uma revisão sistemática conduzida conforme os Principais Itens para Análises Sistemáticas e Meta-análises (*PRISMA Statement*) (MOHER *et al.*, 2009). A estratégia utilizada para nortear o presente trabalho baseou-se no modelo *Population, Intervention Comparison, Outcome* (PICO), que em tradução ao português significa “População, Intervenção, Comparação, Desfecho”. Tal método é utilizado na Prática Baseada em Evidências e recomendado para estruturar a busca bibliográfica de evidências para revisões (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). A descrição PICO utilizada nessa revisão está apresentada no Quadro 1, com objetivo de responder à pergunta: quais instrumentos são utilizados para avaliar o estilo de vida em indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, saudáveis ou com DCNTs?

Quadro 1 – Descrição da estratégia PICO.

P	Indivíduos (idade ≥ 18 anos) saudáveis ou com doenças crônicas não transmissíveis
I	Avaliação de estilo de vida
C	Não se aplica
O	Instrumentos/ formas utilizadas para avaliar estilo de vida

Fonte: Elaboração própria.

A busca de artigos ocorreu manualmente nas bases de dados Science Direct, PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), no mês de julho de 2020. Os descritores utilizados na língua portuguesa foram “estilo de vida” AND “questionário” AND “avaliação” e os termos equivalentes na língua inglesa “*lifestyle*” AND “*questionnaire*” AND “*assessment*”.

Foram considerados critérios de inclusão: estudos que avaliaram o estilo de vida, investigado por meio de instrumentos com metodologia claramente descrita, em adultos (≥ 18 anos), saudáveis ou com DCNT diagnosticada, publicados em periódicos nacionais ou internacionais, no período de 2015 a 2020, de livre acesso na forma completa. Os estudos metodológicos também foram incluídos na revisão. Foram excluídos estudos de revisão, dissertações, teses, cartas editoriais, anais de eventos, livros. Para a primeira seleção foram lidos os títulos e resumos dos artigos, por dois revisores independentes. Os artigos selecionados foram lidos na íntegra observando rigorosamente os critérios de inclusão e exclusão, verificação de duplicidade e os métodos de avaliação do estilo de vida.

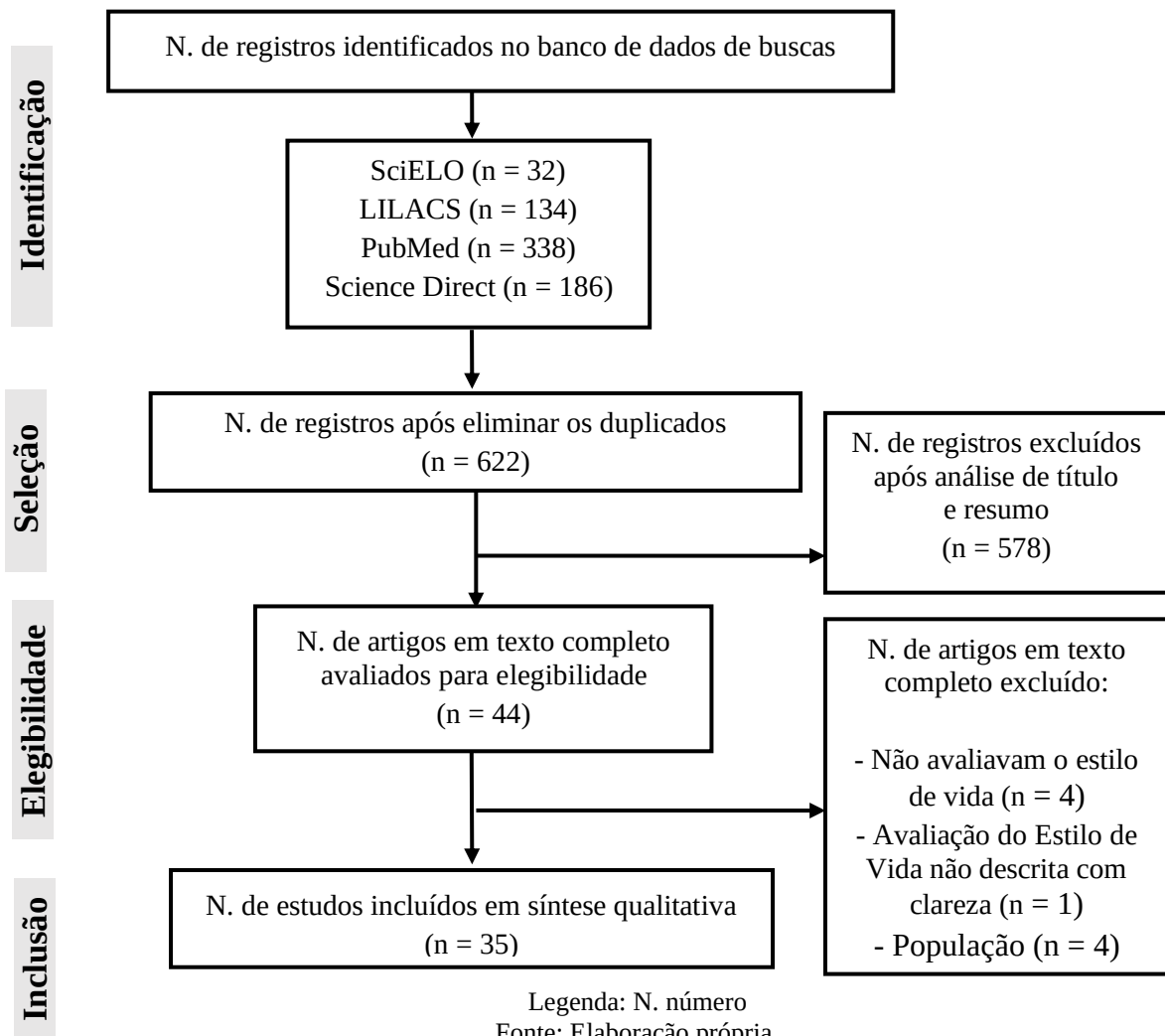
Os artigos selecionados para revisão foram analisados e sistematizados por autoria e ano da publicação, população (sexo, idade e patologia, quando descrita), objetivo principal do

estudo, instrumento utilizado para avaliação do estilo de vida e os comportamentos de estilo de vida que foram avaliados.

3.1.3 Resultados

A busca nas bases de dados referidas resultou em um total de 690 publicações, sendo 68 excluídas por duplicidade. Após a aplicação prévia dos critérios de inclusão e exclusão na seleção pelos títulos e resumos, foram removidos 578 estudos, restando 44 artigos para apreciação de texto completo pelas pesquisadoras. Após uma criteriosa análise foram excluídos quatro (04) estudos que não avaliaram o estilo de vida, um (01) artigo que não trazia com clareza a metodologia de avaliação do estilo de vida e quatro (04) estudos realizados em população com menores de 18 anos de idade. Ao final, a presente revisão incluiu 35 estudos, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma dos resultados de busca nas bases de dados consultadas nesta revisão sistemática.

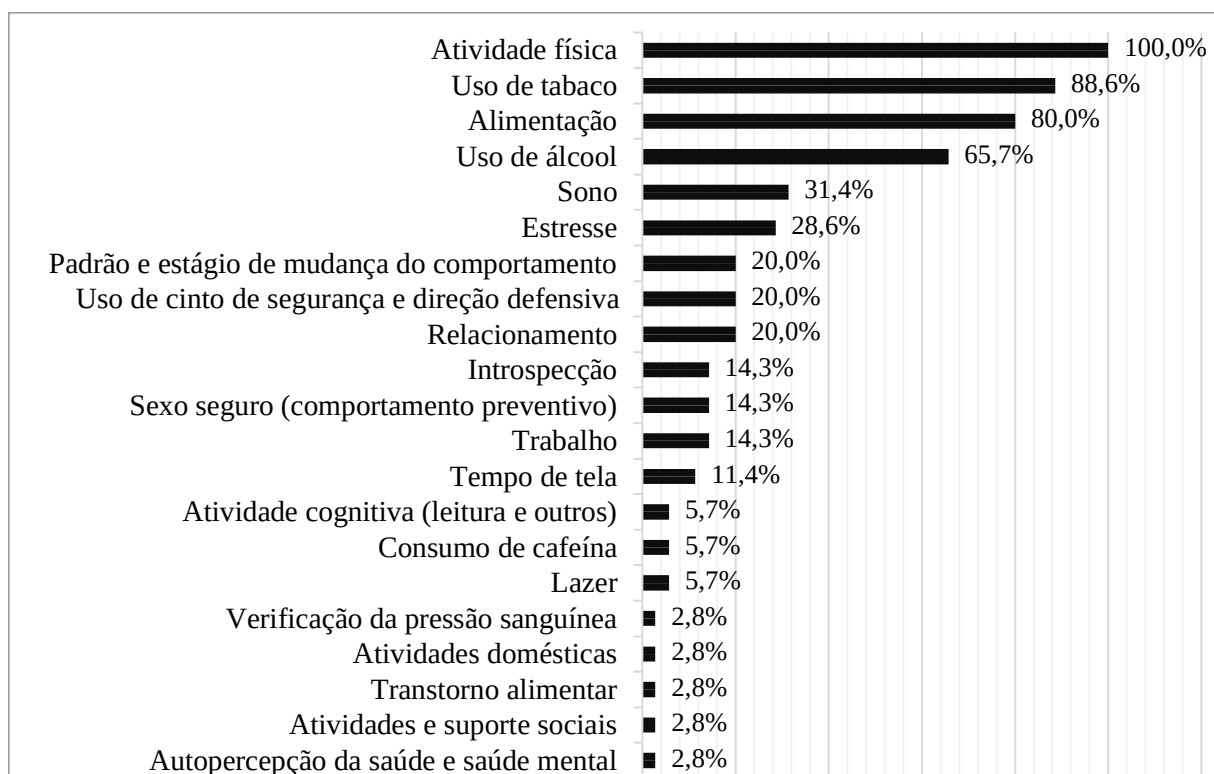


Dentre os estudos encontrados, a grande maioria (n=26), utilizou instrumentos autoconstrutivos para avaliação do estilo de vida. Entre os nove (9) estudos restantes, cinco (5) utilizaram o Questionário Fantástico, dois (2) utilizaram o Questionário Perfil do Estilo de Vida Individual (PEVI), um (1) estudo utilizou o *The Health Habits Questionnaire* e um (1) validou o *General Lifestyle Questionnaire* (GLQ).

Dos quatro instrumentos identificados na revisão que são específicos para avaliação do estilo de vida e mensuram vários comportamentos em um único questionário, o questionário PEVI foi o único criado no Brasil para população brasileira (NAHAS; BARROS; FRANCALACCI, 2000). Os demais questionários são internacionais, sendo o GLQ de Lopez-Fontana *et al.* (2020) criado na França; o *The Health Habits Questionnaire* de McIntyre *et al.* (2004) desenvolvido em Portugal; e o questionário Fantástico criado no Canadá por Wilson e Ciliska (1984). Este último é o único dentre eles traduzido para a língua portuguesa brasileira e validado por Rodriguez Añez *et al.* (2008) para população adulta jovem. Os demais questionários foram validados em população geral adulta.

Não foi encontrado um padrão de quais comportamentos de estilo de vida foram avaliados nos instrumentos específicos e nos autoconstrutivos. No entanto, todas as pesquisas (n=35) avaliaram o fator atividade física, enquanto 31 estudos avaliaram o uso de tabaco, 28 avaliaram a alimentação e 23 avaliaram o consumo de bebidas alcoólicas. Os comportamentos avaliados com menos frequência foram o sono, em 11 estudos, o estresse, em 10, e os relacionamentos, em sete (7). Alguns questionários utilizados também avaliaram trabalho (n=5), lazer (n=2), comportamentos preventivos como sexo seguro (n=5) e uso de cinto de segurança/ direção defensiva (n=7), padrão e estágio de mudança do comportamento (n=7), introspecção (n=5) e consumo de cafeína (n=2). O tempo de tela foi avaliado em quatro (4) estudos e as atividades cognitivas como leitura foram avaliadas em dois (2). Os comportamentos identificados uma única vez foram: autopercepção da saúde e da saúde mental, atividades e suporte sociais, transtorno alimentar, atividades domésticas e verificação de pressão sanguínea. A frequência dos comportamentos de estilo de vida avaliados, estão demonstrados na Figura 2.

Figura 2 – Gráfico com a frequência em que os comportamentos do estilo de vida foram avaliados nos estudos incluídos nesta revisão.



Fonte: Elaboração própria.

A forma de avaliação dos comportamentos do estilo de vida também não apresentou um padrão, principalmente nos questionários autoconstrutivos: alguns se baseavam apenas na frequência, enquanto outros na intensidade do comportamento; assim como não se identificou padrão na avaliação da constância e histórico dos hábitos. Observou-se também que nos questionários autoconstrutivos os comportamentos do estilo de vida foram avaliados e discutidos individualmente.

Os dados extraídos dos artigos que avaliaram o estilo de vida selecionados para revisão são apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 - Descrição dos artigos selecionados para revisão que avaliaram o estilo de vida.

(continua)

Autor e ano de publicação	População	Objetivo	Instrumento de avaliação de estilo de vida	Comportamentos do estilo de vida avaliados
(CAMERON <i>et al.</i> , 2015)	Homens e mulheres universitários adultos (>18 anos)	Avaliar a eficácia de uma intervenção baseada em teoria on-line para promover comportamentos de estilo de vida saudáveis em novos estudantes universitários.	Questionário autoconstrutivo	Atividade física, alimentação, consumo de álcool e uso de tabaco.
(HILES <i>et al.</i> , 2015)	Homens e mulheres idosos (55 - 85 anos)	Investigar se os marcadores pró-inflamatórios estão associados e à depressão e se indicadores de estilo de vida pouco saudável, saúde física e funcionamento psicossocial podem conduzir a essa associação.	Questionário autoconstrutivo	Contagem de passos por dia, alimentação, uso de tabaco, uso de álcool.
(KENT; REIERSON; MORTON, 2015)	Homens e mulheres adultos (>18 anos), com circunferência da cintura igual ou maior aos indicativos para risco de DCNTs	Avaliar o efeito do programa ‘Viva Mais’ para reduzir os fatores de risco de DNT dos participantes e melhorar os comportamentos de estilo de vida associados à saúde e bem-estar, em comunidades de baixa alfabetização em países do Pacífico Sul.	Questionário autoconstrutivo	Atividade física, alimentação, uso de tabaco e consumo de álcool.
(KIM <i>et al.</i> , 2015)	Homens e mulheres adultos (40-59 anos)	Explorar as associações entre sintomas depressivos e distúrbios metabólicos, fatores de estilo de vida e comorbidades.	Questionário autoconstrutivo	Atividade física, consumo de álcool e uso de tabaco.
(POLANSKA <i>et al.</i> , 2015)	Mulheres gestantes sem doenças crônicas ou complicações na gravidez	Avaliar o impacto dos fatores modificáveis do estilo de vida materno no neurodesenvolvimento infantil, com base no estudo polonês de coorte materno-infantil.	Questionário autoconstrutivo	Atividade física, exposição ou uso de tabaco, consumo de álcool.
(SILVEIRA <i>et al.</i> , 2015)	Homens e mulheres docentes adultos	Criar uma escala para avaliar o perfil do estilo de vida, por meio da Teoria da Resposta ao Item, a partir do questionário “Perfil do Estilo de Vida”.	Questionário Perfil do Estilo de Vida Individual (PEVI)	Atividade física, alimentação, comportamento preventivo (uso de cinto de segurança e direção defensiva, uso de tabaco e álcool) relacionamento, controle de estresse.

Quadro 2 - Descrição dos artigos selecionados para revisão que avaliaram o estilo de vida.

(continua)

Autor e ano de publicação	População	Objetivo	Instrumento de avaliação de estilo de vida	Comportamentos do estilo de vida avaliados
(CUNHA <i>et al.</i> , 2016)	Homens e mulheres adultos diagnosticados com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)	Descrever o estilo de vida de pacientes admitido em uma unidade coronariana com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio.	Questionário Fantástico	Família e amigos (relacionamentos); alimentação; atividade física; uso de tabaco e drogas; consumo de álcool; sono, estresse, cinto de segurança e sexo seguro; padrão de comportamento; introspecção; trabalho
(DONG <i>et al.</i> , 2016)	Homens e mulheres idosos (>50 anos)	Explorar a associação entre dieta e estilo de vida na função cognitiva.	Questionário autoconstrutivo	Atividade física, alimentação, leitura, uso de tabaco, consumo de álcool, uso de televisão ou computador, atividade doméstica.
(EIKELENBOOM <i>et al.</i> , 2016)	Homens e mulheres adultos com no mínimo uma condição crônica	Avaliar o efeito de fornecer suporte personalizado de autogestão na prática clínica à ativação dos pacientes e comportamentos relacionados à saúde.	Questionário autoconstrutivo	Atividade física, alimentação, uso de tabaco.
(LIMA <i>et al.</i> , 2016)	Mulheres idosas (60-75 anos) saudáveis	Avaliar o impacto da sarcopenia sobre a força muscular, capacidade funcional, estilo de vida e limiar de tolerância de dor à pressão.	Questionário Fantástico	Família e amigos (relacionamentos); alimentação; atividade física; tabaco e drogas; álcool; sono, estresse, cinto de segurança e sexo seguro; padrão de comportamento; introspecção; trabalho.
(LU <i>et al.</i> , 2016)	Homens e mulheres adultos (40–75 anos) com alto risco para doença cardiovascular	Determinar a viabilidade de um futuro projeto de triagem nacional subsequente e gerar dados para pesquisas futuras sobre a compreensão e prevenção de doenças cardiovasculares.	Questionário autoconstrutivo	Atividade física, alimentação, consumo de álcool e uso de tabaco.
(SHARMA <i>et al.</i> , 2016)	Homens e mulheres adultos após síndrome coronariana aguda	Avaliar a utilidade de profissionais de saúde não médicos para melhorar a adesão a medicamentos e estilos de vida após a síndrome coronariana aguda.	Questionário autoconstrutivo	Atividade física, alimentação, uso de tabaco.

Quadro 2 - Descrição dos artigos selecionados para revisão que avaliaram o estilo de vida.

(continua)

Autor e ano de publicação	População	Objetivo	Instrumento de avaliação de estilo de vida	Comportamentos do estilo de vida avaliados
(SPASSOVA <i>et al.</i> , 2016)	Homens e mulheres adultos (>20 anos) com alto risco para acidente vascular cerebral	Avaliar a eficácia e usabilidade do Sistema de Prevenção Assistida por Computador (CAPSYS) por telefone para apoiar a redução dos fatores de risco relacionados ao estilo de vida.	Questionário autoconstrutivo	Atividade física, alimentação, uso de tabaco.
(TRUDEL-FITZGERALD <i>et al.</i> , 2016)	Mulheres meia-idade (>35 anos)	Investigar se os sintomas de ansiedade ou depressão levam a piora do estilo de vida ou reduzem as chances de ter um estilo de vida saudável em mulheres na meia-idade.	Questionário autoconstrutivo	Atividade física, alimentação, consumo de álcool e tabaco.
(HAMAM <i>et al.</i> , 2017)	Homens e mulheres universitários adultos	Investigar os hábitos alimentares e do estilo de vida na prevalência de excesso de peso e obesidade entre estudantes de ciências da saúde	Questionário autoconstrutivo	Atividade física, tempo de tela, sono, uso de tabaco, estresse.
(PEREIRA; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2017)	Homens e mulheres adultos (43-81 anos)	Identificar, caracterizar e comparar o perfil de estilo de vida em indivíduos que praticam exercício físico regular e indivíduos sedentários, adscritos na área de abrangência de um Núcleo de Saúde da Família (NSF) da Região Sudeste.	Perfil de Estilo de Vida Individual (PEVI)	Atividade física, alimentação, comportamento preventivo (uso de cinto de segurança e direção defensiva, uso de tabaco e álcool) relacionamento, controle de estresse.
(SILVA; SOUSA; SILVEIRA, 2017)	Homens adultos coletores de resíduos sólidos	Analisar o estilo e qualidade de vida dos coletores de resíduos e comparar seus respectivos domínios.	Questionário Fantástico	Família e amigos (relacionamentos); alimentação; atividade física; tabaco e drogas; álcool; sono, estresse, cinto de segurança e sexo seguro; padrão de comportamento; introspecção; trabalho.
(TASSINI <i>et al.</i> , 2017)	Homens e mulheres universitários adultos	Comparar as determinantes de qualidade de vida a partir do questionário Fantástico entre estudantes da área da saúde.	Questionário Fantástico	Família e amigos (relacionamentos); alimentação; atividade física; tabaco e drogas; álcool; sono, estresse, cinto de segurança e sexo seguro; padrão de comportamento; introspecção; trabalho.

Quadro 2 - Descrição dos artigos selecionados para revisão que avaliaram o estilo de vida.

(continua)

Autor e ano de publicação	População	Objetivo	Instrumento de avaliação de estilo de vida	Comportamentos do estilo de vida avaliados
(ACOSTA <i>et al.</i> , 2018)	Homens e mulheres adultos com alto risco para Diabetes tipo 2	Apresentar características básicas dos participantes do estudo de demonstração do projeto “DEMOJUAN” e comparar seus níveis de glicemia em jejum e em duas horas, de acordo com o estilo de vida e fator risco para DM2.	Questionário autoconstrutivo	Atividade física, alimentação, uso de tabaco.
(FRANSE <i>et al.</i> , 2018)	Homens e mulheres idosos (≥ 75 anos)	Explorar os efeitos de uma abordagem preventiva de saúde e assistência social no estilo de vida, saúde e qualidade de vida de idosos em cinco cidades europeias.	Questionário autoconstrutivo	Atividade física, consumo de álcool e uso de tabaco.
(GRACINO <i>et al.</i> , 2018)	Homens e mulheres adultos médicos	Apresentar e analisar o índice de capacidade para o trabalho, correlacionando-o aos fatores sociodemográficos, as características do trabalho e ao estilo de vida.	Questionário autoconstrutivo	Atividade física, lazer, sono, uso de tabaco.
(SILVA; OLIVEIRA; ALFIERI, 2018)	Homens e mulheres idosos (≥ 60 anos)	Comparar o medo de cair, mobilidade funcional, força de membros inferiores, estilo e qualidade de vida em idosos sedentários e praticantes caminhada.	Questionário Fantástico	Família e amigos (relacionamentos); alimentação; atividade física; tabaco e drogas; álcool; sono, estresse, cinto de segurança e sexo seguro; padrão de comportamento; introspecção; trabalho.
(THOMSON <i>et al.</i> , 2018)	Homens e mulheres adultos pré diabéticos ou com 3 ou mais fatores de risco para diabetes	Descobrir se a progressão do pré-diabetes para o diabetes tipo 2 pode ser reduzida com mensagens de texto personalizadas (além do aconselhamento padrão sobre estilo de vida) em dois ambientes diferentes (Índia e Reino Unido).	Questionário autoconstrutivo	Atividade física, alimentação.
(UNZUETA <i>et al.</i> , 2018)	Homens e mulheres adultos	Avaliar as diferenças no estilo de vida de acordo com os níveis de competitividade percebida, tensão psicológica e dependência em uma coorte mediterrânea de graduados universitários.	Questionário autoconstrutivo	Alimentação, uso de tabaco, atividade física.

Quadro 2 - Descrição dos artigos selecionados para revisão que avaliaram o estilo de vida.

(continua)

Autor e ano de publicação	População	Objetivo	Instrumento de avaliação de estilo de vida	Comportamentos do estilo de vida avaliados
(VAN ELTEN <i>et al.</i> , 2018)	Mulheres adultas (18-39 anos)	Investigar as mudanças individuais no estilo de vida e no peso corporal e relacionar essas mudanças na ingestão alimentar, atividade física e peso durante os primeiros seis meses após 3-8 anos da randomização à saúde cardiometabólica.	Questionário autoconstrutivo	Atividade física, alimentação, estágio de mudança de estilo de vida.
(BONN <i>et al.</i> , 2019)	Homens e mulheres adultos (>18 anos)	Avaliar se uma plataforma digital acessível por meio de um aplicativo para smartphone que oferece intervenção no estilo de vida, pode ser usada para fazer mudanças no estilo de vida e melhorar a qualidade de vida.	Questionário autoconstrutivo	Atividade física, sono, alimentação, estresse, suporte social, propósito de vida, estágio de mudança de estilo de vida.
(FERNANDES <i>et al.</i> , 2019)	Homens e mulheres adultos (>18 anos) após síndrome coronária aguda	Avaliar a eficácia de um programa de intervenção psicológica breve, na fase I da reabilitação cardíaca pós-síndrome coronária aguda, nos conhecimentos da doença e tratamento, controle de fatores de risco e estilo de vida.	The Health Habits Questionnaire	Alimentação, consumo de substâncias (álcool, tabaco, cafeína), comportamentos saudáveis (atividade física e verificação frequente de pressão sanguínea).
(KUGATHASAN <i>et al.</i> , 2019)	Homens e mulheres adultos trabalhadores	Descrever o design do programa “Active your Health”.	Questionário autoconstrutivo	Atividade física, sono, alimentação, estresse, consumo de álcool e uso de tabaco.
(WERNECK <i>et al.</i> , 2019)	Homens e mulheres adultos	Investigar a influência potencial de fatores físicos, psicológicos e de estilo de vida na associação entre assistir TV e sintomas depressivos em adultos brasileiros.	Questionário autoconstrutivo	Atividade física, uso de tabaco, consumo de álcool, alimentação.
(CHAGAS <i>et al.</i> , 2020).	Homens e mulheres Indígenas Krenak adultos (> 18 anos)	Descrever a prevalência estimada e os fatores associados à hipertensão arterial sistêmica entre adultos e idosos Krenak, em Terra Indígena.	Questionário autoconstrutivo	Atividade física, tempo de tela, uso de tabaco, consumo de álcool, alimentação.

Quadro 2 - Descrição dos artigos selecionados para revisão que avaliaram o estilo de vida.

(continua)

Autor e ano de publicação	População	Objetivo	Instrumento de avaliação de estilo de vida	Comportamentos do estilo de vida avaliados
(LOPEZ-FONTANA <i>et al.</i> , 2020).	Homens e mulheres adultos (18-84 anos)	Descreve o desenvolvimento, a confiabilidade e a validade do General Lifestyle Questionnaire (GLQ), uma nova ferramenta projetada para avaliar o estilo de vida geral.	General Lifestyle Questionnaire (GLQ)	Atividades física; atividades de lazer (jogos, fitness, atividades diárias que gerem energia, meditação); atividades sociais; atividades cognitivas (leitura, atividades de raciocínio); sono, alimentação e uso de substâncias (tabaco e álcool).
(MIRMIRAN <i>et al.</i> , 2020)	Homens e mulheres adultos (19-74 anos) com síndrome metabólica	Investigar a associação entre os padrões identificados de incidência de frutas e legumes e síndrome metabólica (SM) e investigar se fatores de estilo de vida e status socioeconômico modificam o efeito dos padrões no risco de SM.	Questionário autoconstrutivo	Atividade física e uso de tabaco.
(NEPOMUCENO <i>et al.</i> , 2020)	Homens e mulheres trabalhadores rurais adultos (>18 anos)	Avaliar o risco cardiovascular de acordo com fatores demográficos e composição corporal em trabalhadores rurais do Conselho Regional de Desenvolvimento do Vale do Rio Pardo.	Questionário autoconstrutivo	Atividade física, sono, uso de tabaco, consumo de álcool.
(SHIMURA <i>et al.</i> , 2020)	Homens e mulheres adultos Trabalhadores em geral	Investigar a importância dos fatores de estilo de vida no sono entre os trabalhadores em geral.	Questionário autoconstrutivo	Alimentação, atividade física, uso de eletrônicos, consumo de cafeína.
(VASCO <i>et al.</i> , 2020)	Homens e mulheres adultos doadores de sangue	Avaliar o estado de saúde dos doadores de sangue monitoramento dos hábitos nutricionais e estilo de vida.	Questionário autoconstrutivo	Atividade física, alimentação, consumo de álcool e tabaco, auto percepção da saúde, autopercepção da saúde mental.

Fonte: Elaboração própria

3.1.4 Discussão

A presente revisão demonstrou, por meio dos trabalhos encontrados, que o estilo de vida tem sido constantemente avaliado em diferentes populações e contextos, no entanto não se verificou um padrão de avaliação e de escolha de comportamentos do estilo de vida. Ainda que exista instrumentos específicos para a avaliação geral do estilo de vida validados no Brasil e no exterior, a grande maioria dos pesquisadores brasileiros e internacionais avaliam o estilo de vida com questionários autoconstrutivos.

Os questionários autoconstrutivos são questionários desenvolvidos pelos autores a partir de suas próprias perguntas, sem validação; ou então a partir da associação de vários instrumentos validados ou não que mensuram tipos específicos de comportamentos, avaliando desta forma cada um dos pilares do estilo de vida individualmente, o que acarreta também em questionários mais longos e detalhados.

A validação de um instrumento está relacionada à sua precisão em mensurar, a partir da sua construção e aplicabilidade, o que se pretende avaliar (JUNIOR; MATSUDA, 2012). A utilização de instrumentos validados na prática clínica traz de forma objetiva e rápida as condições vulneráveis de um paciente, com a segurança e a confiabilidade determinadas por rigorosos critérios estatísticos e de validação. Dessa forma, a prática clínica sustentada por instrumentos validados possui a capacidade de expor e organizar informações, gerar previsibilidade e direcionar ações preventivas, além do instintivo uso epidemiológico (GARDONA; BARBOSA, 2018).

Mesmo que os instrumentos específicos identificados nesta revisão para avaliar o estilo de vida tenham sido previamente validados para população geral adulta, eles têm como objetivo apenas traçar ou identificar o estilo de vida do avaliado, sem, contudo, avaliar de fato os comportamentos de risco para saúde. Além disso, os questionários específicos do estilo de vida criados ou traduzidos para a população brasileira incluem hábitos preventivos (ex., uso de cinto de segurança, sexo seguro, direção defensiva) que não estão relacionados diretamente às DCNTs.

A escolha dos comportamentos a serem avaliados foi bastante diversificada, não atendendo na maioria das vezes os seis pilares abordados pela medicina do estilo de vida e as diretrizes para doenças metabólicas. Lembrando que o efeito combinado de comportamentos de saúde pode diminuir a mortalidade precoce, com benefícios significativos para saúde pública (KVAÁVIK; URSIN; HUXLEY, 2010). Uma combinação de pelo menos quatro fatores de

estilo de vida saudável está associada a uma redução mais significativa do risco de mortalidade (LOEF; WALACH, 2012).

A prática de atividade física foi o único comportamento avaliado em todos os estudos, o que confirma sua estreita relação com a saúde e a doença. A atividade física é reconhecida por ter vários benefícios positivos para a saúde e ser eficaz na prevenção primária de inúmeras DCNTs. O exercício regular também resulta em uma série de respostas adaptativas, que afetam de forma positiva todos os sistemas orgânicos do corpo (MCGEE; HARGREAVES, 2020). Assim como a atividade física, o consumo de álcool, o uso de tabaco e a alimentação foram frequentemente avaliados nos estudos, confirmando serem pilares centrais relacionados à saúde e doença.

A avaliação do sono, assim como a avaliação de estresse e relacionamentos, teve uma frequência de avaliação inferior a 32%. A má qualidade e a privação do sono têm sido associadas à fatores de risco para DCNTs, além de poder acelerar o desenvolvimento de diabetes e obesidade, e assim gerar um efeito cascata para complicações cardiovasculares (KOHANSIEH; MAKARYUS, 2015; LINZ *et al.*, 2019)

Percebeu-se que as variáveis avaliadas nos comportamentos de estilo de vida diferem muito no conteúdo, na frequência e intensidade, tanto nos instrumentos específicos quanto nos autoconstruídos. Enquanto Hiles *et al.* (2015), por exemplo, avaliaram atividade física pelo número de passos dados ao dia, outros autores apenas questionaram se os participantes praticavam ou não atividade física (CHAGAS *et al.*, 2020; GRACINO *et al.*, 2018; NEPOMUCENO *et al.*, 2020); enquanto outros ainda consideraram um cálculo aproximado de gasto calórico equivalente por hora durante a semana (equivalente metabólico de tarefa – MET) em atividades físicas não especificadas (CAMERAN *et al.*, 2015; POLANSKA *et al.*, 2015; UNZUETA *et al.*, 2018). A avaliação da alimentação também diferiu muito entre as pesquisas. Alguns autores aplicaram questionários de frequência alimentar, onde identificou-se variação de 13 até 131 itens avaliados (BONN *et al.*, 2019; DONG *et al.*, 2016; THOMSON *et al.*, 2018; TRUDEL-FITZGERALD *et al.*, 2016; UNZUETA *et al.*, 2018; VAN ELTEN *et al.*, 2018; VASCO *et al.*, 2020). Werneck *et al.* (2019) avaliaram apenas o consumo de alimentos açucarados, enquanto Hiles *et al.* (2015) consideraram a porcentagem de ingestão de energia proveniente de gordura saturada. Bonn *et al.* (2019) e Vasco *et al.* (2020) incluíram perguntas sobre comportamento alimentar no questionário.

Essa falta de padrão foi encontrada na avaliação de todos os comportamentos do estilo de vida aqui identificados. Isso demonstra que, além de não haver um método de avaliação do estilo de vida, também falta definir com mais especificidade quais as modificações de

comportamentos de estilo de vida impactam na saúde e na doença que devem ser medidas. Nesse sentido, parece sensato afirmar que as questões desses instrumentos são projetadas para o tipo específico da população ou do contexto que está sendo analisado pelo estudo. Diante disso, ferramentas de medição adaptadas a populações saudáveis e não saudáveis são necessárias e devem ser desenvolvidas e validadas a partir de pesquisas e diretrizes atuais. Considerando um ambiente clínico ou de pesquisa em saúde, as medições mais curtas e rápidas devem ser preferidas (GODWIN *et al.*, 2013), como uma escala para medir vários componentes de uma vez, visto que o estilo de vida é interdisciplinar.

Dois instrumentos que avaliam de forma específica o estilo de vida encontrados nessa revisão foram também identificados na revisão de Pôrto *et al.* (2015), sendo eles o questionário Perfil do Estilo de Vida Individual – PEVI criado por Nahas; Barros; Francalacci (2000) e validado por Both *et al.* (2008), e o questionário Fantástico na versão original e na versão traduzida e validada para o português (AÑEZ *et al.*, 2008; WILSON e CILISKA, 1984). Em apenas um estudo elegido nesta revisão identificou-se o questionário *Health Habits* (MCINTYRE *et al.*, 2004), que tem o objetivo de avaliar os hábitos de saúde especificamente relacionados com as doenças cardiovasculares. Também se identificou a validação do instrumento *General Lifestyle Questionnaire* (LOPEZ-FONTANA *et al.*, 2020).

O questionário PEVI (BOTH *et al.*, 2008; NAHAS; BARROS; FRANCALACCI, 2000) abrange cinco aspectos do estilo de vida: “Nutrição”, “Atividade Física”, “Comportamento Preventivo”, “Relacionamentos” e “Controle do Stress” de forma simples e auto aplicável (SILVEIRA *et al.*, 2015). Segundo Pôrto *et al.* (2015) e Modunette *et al.* (2019), embora seja um instrumento validado (BOTH *et al.*, 2008), não se considera como padrão ouro para avaliar o estilo de vida, pois não está testado para confiabilidade segundo as recomendações do *COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments* (COSMIN). A avaliação de comportamentos preventivos encontrados no PEVI, como direção defensiva e uso de cinto de segurança não são entendidos como comportamentos de saúde relacionados às DCNTs (ACLM, 2020, RIPPOL, 2012; STANAWAY *et al.*, 2018; WHO, 2020). Apesar desse instrumento apresentar medidas psicométricas razoáveis, sua utilização é justificada principalmente pela carência de instrumentos para esse fim (BOTH *et al.*, 2008). Além disso, este questionário não avalia hábitos de sono, considerado um aspecto essencial no impacto e na promoção da saúde (GOLEM *et al.*, 2014; KAAR *et al.*, 2017). O PEVI, traz no próprio texto do questionário que se trata de características do estilo de vida relacionadas ao bem-estar individual, desta forma, sugere-se que este instrumento tenha um

enfoque maior em promoção de saúde e bem-estar do que a avaliação de estilo de vida para risco de doenças.

O questionário Fantástico de Wilson e Ciliska (1984), traduzido e validado para adultos jovens brasileiros por Rodriguez Añez *et al.* (2008), consiste em 25 questões fechadas autoadministráveis. Segundo Pôrto *et al.* (2015), esse instrumento, quando avaliados via COSMIM, também se mostra pobre qualitativamente, principalmente referente à responsividade, além de apresentar falhas no seu propósito quando avaliado o valor de sua aplicabilidade. Apesar da versão original do questionário Fantástico ter sido revisada várias vezes, os próprios autores concluíram que a validade do instrumento não poderia ser confirmada (LOPEZ-FONTANA *et al.* 2020). O instrumento Fantástico avalia comportamentos preventivos (prática de sexo seguro, uso de cinto de segurança e direção alcoolizada), o que demonstra como objetivo medir comportamentos multidimensionais e não se concentra apenas na medição do estilo de vida geral de risco em saúde.

O questionário *Health Habits* visa avaliar os hábitos de saúde relacionados com as doenças cardiovasculares (MCINTYRE *et al.*, 2004). É um instrumento simples e de fácil entendimento, com apenas sete (7) questões de múltipla escolha agrupadas em três categorias: “Hábitos Alimentares”, “Consumo de Substâncias” e “Comportamento para a Saúde”. As questões de escolha são classificadas como hábitos positivos ou negativos para então se calcular um índice de comportamento de risco (FERNANDES *et al.*, 2019) A avaliação da consistência interna do instrumento por Fernandes *et al.* (2011) apresentou um alfa de *Cronbach* considerado abaixo do valor aceitável (CAMPO-ARIAS; OVIEDO, 2008). Este instrumento demonstra ser específico para risco cardiovascular, além de não questionar comportamentos anteriormente citados aqui como importantes moderadores de saúde (sono, estresse, relacionamento). Não foi identificado na literatura a avaliação COSMIN deste instrumento.

Outro instrumento que avalia o estilo de vida de forma específica e o mais recente identificado neste estudo foi *General Lifestyle Questionnaire*, validado para a população francesa com propriedades psicométricas satisfatórias (LOPEZ-FONTANA *et al.*, 2020). O questionário apresenta um total de 46 questões e mensura simultaneamente atividades cognitivas, físicas, sociais e de lazer, bem como sono, dieta e uso de álcool e tabaco dos últimos 12 meses, a partir de uma escala Likert de cinco pontos. A criação deste questionário partiu da necessidade de avaliar comportamentos do estilo de vida que poderiam ser eficazes no combate ao declínio cognitivo ligado à idade. Determinados itens do questionário agrupam várias atividades, o que pode implicar em coleta de informações imprecisas. Além disso, as dimensões “atividades cognitivas” e “outras atividades de lazer” obtiveram baixos escores de consistência

interna. A validade do GLQ foi testada apenas em uma amostra de língua francesa, sendo necessárias pesquisas adicionais para verificar a adaptabilidade destes instrumentos em outras populações (FONTANA, 2018). Também não foi identificado na literatura, a avaliação COSMIN deste instrumento.

Um ponto interessante e que merece discussão é o fato de que a grande maioria dos questionários aqui identificados não avaliam o estilo de vida, mas o identificam. Segundo Gardona e Barbosa (2018), os instrumentos de avaliação validados, construídos por referenciais teóricos e rigorosas análises estatísticas, possuem a capacidade de sinalizar um risco e gerar dados sobre o provável estado de saúde de alguém ou de uma situação. Desta forma, utilizar instrumentos que de fato mensurem e avaliem o estilo de vida, e seus eventuais riscos para a saúde, são importantes na prática clínica como uma ferramenta de avaliação e acompanhamento de um estado de saúde-doença, assim como a função epidemiológica em apontar questões de saúde pública.

3.1.5 Considerações Finais

O estilo de vida desempenha um papel primordial como moderador extrínseco de saúde em população saudável ou doente. Os comportamentos relacionados às doenças crônicas estão bem estabelecidos na literatura, ainda que suas variáveis divirjam. A avaliação do estilo de vida demonstra não apresentar um padrão, onde a escolha dos comportamentos e variáveis a serem avaliados são específicos para as atividades ou população do objetivo do estudo.

Ainda que alguns autores tenham proposto questionários específicos para uma avaliação ampla do estilo de vida, os instrumentos apresentaram limitações, como a capacidade de identificação do estilo de vida ao invés de uma avaliação de risco para saúde. Ressalta-se que apesar da existência de instrumentos validados, a maioria dos autores preferiram construir seus próprios questionários, ainda que sem o critério de validação, o que evidencia a falta de instrumentos para avaliar o estilo de vida.

Instrumentos apropriados, completos e validados são necessários para a avaliação do estilo de vida, pois irão auxiliar pesquisadores e clínicos a realizarem melhores processos de triagem e diagnóstico, além de ajudar a entender melhor o impacto de cada comportamento na saúde e na doença, levando a intervenções clínicas e acadêmicas mais eficazes.

Referências

- ACOSTA, T. *et al.* A demonstration area for type 2 diabetes prevention in Barranquilla and Juan Mina (Colombia). **Medicine**, v. 97, n. 1, 2018.
- BONN, S. E. *et al.* App-technology to improve lifestyle behaviors among working adults - the Health Integrator study , a randomized controlled trial. **BMC Public Health**, v. 19, n. 273, p. 1–8, 2019.
- BOTH, J. *et al.* VALIDAÇÃO DA ESCALA “PERFIL DO ESTILO DE VIDA INDIVIDUAL.” **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 13, p. 5–14, 2008.
- BRASIL. **Saúde Brasil 2018 - Uma análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas**. Brasília. Ministério da Saúde, 2019a.
- BRASIL. **Panorama da Vigilância Epidemiológica das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil**. Boletim Epidemiológico. SVS 40. Volume 50, 2019b.
- CAMERON, D. *et al.* A theory-based online health behaviour intervention for new university students: results from a repeat randomized controlled trial. **Trials**, v. 16, n. 555, p. 1–15, 2015.
- CAMPO-ARIAS, A.; OVIEDO, H. C. Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. **Rev. salud pública**, v. 10, n. 5, p. 831–839, 2008.
- CARR, A. J.; THOMPSON, P. W.; KTRWAN, J. R. Quality of life measures. **British Journal of Rheumatolog**, v. 35, p. 275–281, 1996.
- CHAGAS, C. A. *et al.* Prevalência estimada e fatores associados à hipertensão arterial em indígenas adultos Krenak do Estado de Minas Gerais. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. 1–15, 2020.
- COSTA, B. R. L. Bola de Neve Virtual: O Uso das Redes Sociais Virtuais no Processo de Coleta de Dados. **Revista interdisciplinar de gestão social**, v. 7, n. 1, 2018.
- CUNHA, E. F. D. *et al.* Avaliação do estilo de vida de pacientes com infarto agudo do miocárdio admitidos em uma unidade coronariana. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 14, n. 071, p. 18–21, 2016.
- DONG, L. *et al.* Diet, lifestyle and cognitive function in old Chinese adults. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 63, p. 36–42, 2016.
- EIKELENBOOM, N. *et al.* Effectiveness of personalised support for self-management in primary care: a cluster randomised controlled trial. **Br J Gen Pract**, v. 66, n. May, p. 354–361, 2016.
- FALEIROS, F. *et al.* Uso de questionário online e divulgação virtual como estratégia de coleta de dados em estudos científicos. **Texto Contexto Enferm**, v. 25, n. 4, p. 3–8, 2016.
- FERNANDES, A. C. *et al.* Impact of a brief psychological intervention on lifestyle, risk factors and disease knowledge during phase I of cardiac rehabilitation after acute coronary syndrome. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, v. 38, n. 5, p. 361–368, 2019.
- FONTANA, I. L. **Impact du style de vie sur le vieillissement cognitif: Étude des modérateurs du déclin cognitif tout au long de la vie adulte. Comment les différences**

hommes / femmes amènent à reconsidérer l' influence du style de vie sur le fonctionnement cognitif? 2017. Tese de Doutorado. Université Paris Saclay (COMUE).

FRANSE, C. B. *et al.* The effectiveness of a coordinated preventive care approach for healthy ageing (UHCE) among older persons in five European cities: A pre-post controlled trial. **International Journal of Nursing Studies**, v. 88, n. April, p. 153–162, 2018.

GARDONA, R. G. B.; BARBOSA, D. A. The importance of clinical practice supported by health assessment tools. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 4, p. 1815–1816, ago. 2018.

GODWIN, M. *et al.* Concurrent and Convergent Validity of the Simple Lifestyle Indicator Questionnaire. **Family Medicine**, v. 2013, 2013.

GOLEM, D. L. *et al.* An Integrative Review of Sleep for Nutrition. **Adv Nutr.**, v. 5, 2014.

GRACINO, M. E. *et al.* Análise da capacidade dos médicos para o trabalho, na cidade de Maringá. **Rev Bras Med Trab**, v. 16, n. 4, p. 417–428, 2018.

HAIR, J. F. J. *et al.* **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. São Paulo: Bookman, 2007.

HAMAM, F. A. *et al.* The association of eating habits and lifestyle with overweight and obesity among health sciences students in Taif University, KSA. **Journal of Taibah University Medical Sciences**, v. 12, p. 249–260, 2017.

HILES, S. A. *et al.* Unhealthy lifestyle may increase later depression via inflammation in older women but not men. **Journal of Psychiatric Research**, v. 63, p. 65–74, 2015.

HORA, H. R. M.; MONTEIRO, G. T. R.; ARICA, J. Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um Estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. **Produto e Produção**, v. 11, n. 2, p. 85–103, 2010.

JUNIOR, J. A. B.; MATSUDA, L. M. Construção e validação de instrumento para avaliação do acolhimento com classificação de risco. **Rev Bras de Enfermagem**, v. 65, n. 5, p. 751–757, 2012.

KAAR, J. *et al.* Sleep, health behaviors, and behavioral interventions: Reducing the risk of cardiovascular disease in adults. **World J Cardiol.**, v. 9, n. 5, 2017.

KENT, L. M.; REIERSON, P.; MORTON, D. P. Live more: Study protocol for a community-based lifestyle education program addressing non-communicable diseases in low-literacy areas of the South Pacific. **BMC Public Health**, v. 15, p. 1–8, 2015.

KIM, E. Y. *et al.* Depression trajectories and the association with metabolic adversities among the middle-aged adults. **Journal of Affective Disorders**, v. 188, p. 14–21, 2015.

KOHANSIEH, M.; MAKARYUS, A. N. Sleep Deficiency and Deprivation Leading to Cardiovascular Disease. **International Journal of Hypertension**, v. 2015, 2015.

KUGATHASAN, T. A. *et al.* Activate Your Health, a 3-year, multi-site, workplace healthy lifestyle promotion program: study design. **BCM Public Health**, v. 19, p. 1–9, 2019.

KUSHNER, R. F.; SORENSEN, K. W. Lifestyle medicine: the future of chronic disease management. **Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes**, v. 20, n. 5, p. 389–395, 2013.

KVAHAVIK, E.; URSIN, G.; HUXLEY, R. R. Influence of Individual and Combined Health Behaviors on Total and Cause-Specific Mortality in Men and Women the United Kingdom Health and Lifestyle Survey. **Arch Intern Med**, v. 170, n. April 2010.

LI, G. *et al.* Cardiovascular mortality, all-cause mortality, and diabetes incidence after lifestyle intervention for people with impaired glucose tolerance in the Da Qing Diabetes Prevention Study: A 23-year follow-up study. **The Lancet Diabetes and Endocrinology**, v. 2, n. 6, p. 474–480, 2014.

LI, Y. *et al.* Healthy lifestyle and life expectancy free of cancer, cardiovascular disease, and type 2 diabetes: Prospective cohort study. **The BMJ**, v. 368, p. 1–10, 2020.

LIMA, A. R. S. *et al.* Limiar de tolerância de dor à pressão, estilo de vida, força muscular e capacidade funcional em idosos com sarcopenia. **Acta Fisiatr.**, v. 23, n. 2, p. 73–77, 2016.

LINZ, D. *et al.* Sleep and cardiovascular risk: how much is too much of a good thing? **European Heart Journal**, v. 40, n. 20, p. 1630–1632, 21 maio 2019.

LOEF, M.; WALACH, H. The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: A systematic review and meta-analysis. **Preventive Medicine**, v. 55, n. 3, p. 163–170, set. 2012.

LOPEZ-FONTANA, I. *et al.* A global lifestyle assessment: Psychometric properties of the General Lifestyle Questionnaire. **Psychologie Francaise**, 2020.

LU, J. *et al.* Protocol for the China PEACE (Patient-centered Evaluative Assessment of Cardiac Events) Million Persons Project pilot. **BMJ Open**, v. 6, 2016.

MCGEE, S. L.; HARGREAVES, M. Exercise adaptations: molecular mechanisms and potential targets for therapeutic benefit. **Nature Reviews Endocrinology**, p. 1–11, 2020.

MIRMIRAN, P. *et al.* Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases Does the association between patterns of fruit and vegetables and metabolic syndrome incidence vary according to lifestyle factors and socioeconomic status? **Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases**, v. 30, n. 8, p. 1322–1336, 2020.

MOHER, D. *et al.* Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. **PLoS Medicine**, v. 6, n. 7, 2009.

MOKKINK, L. B. *et al.* The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 63, n. 7, p. 737–745, 2010.

NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G.; FRANCALACCI, V. O PENTÁCULO DO BEM ESTAR - Base Conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos e grupos. **Rev Bras Ativ Fis Saúde**, v. 5, n. 2, 2000.

NEPOMUCENO, P. *et al.* Cardiovascular risk, lifestyle and anthropometric status of rural workers in Pardo River Valley, Rio Grande do Sul, Brazil. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 18, n. 1, p. 91–96, 2020.

PEREIRA, D. S. DE L.; OLIVEIRA, A. S.; OLIVEIRA, R. E. M. Avaliação do perfil de estilo de vida de usuários que praticam exercício físico regular comparado a usuários sedentários inseridos em uma estratégia de saúde da família – Região Sudeste do Brasil. **Rev. APS**, v. 20, n. 1, p. 30–39, 2017.

- POLANSKA, K. *et al.* Early Human Development Maternal lifestyle during pregnancy and child psychomotor development — Polish Mother and Child Cohort study. **Early Human Development**, v. 91, p. 317–325, 2015.
- PÔRTO, E. F. *et al.* Como o estilo de vida tem sido avaliado: revisão sistemática. **Acta Fisiátrica**, v. 22, n. 4, p. 199–205, 2015.
- RASMUSSEN, B.; SWEENEY, K.; SHEEHAN, P. Health and the Economy: The Impact of Wellness on Workforce Productivity in Global Markets. **U.S. Chamber of Commerce**, p. 28, 2016.
- RIPOLL, R. M. Medicina del estilo de vida : la importancia de considerar todas las causas de la enfermedad. **Revista de Psiquiatría y Salud Mental (Barcelona)**, v. 5, n. 1, p. 48–52, 2012.
- RIPPE, J. M. Are We Ready to Practice Lifestyle Medicine? **The American Journal of Medicine**, v. 132, n. 1, p. 6–8, 2019.
- SANTOS, C. M. D. C.; PIMENTA, C. A. D. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 508–511, 2007.
- SHARMA, K. *et al.* Non-physician health workers for improving adherence to medications and healthy lifestyle following acute coronary syndrome: 24-month follow-up study. **Indian Heart Journal**, v. 68, n. 6, p. 832–840, 2016.
- SHIMURA, A. *et al.* Which sleep hygiene factors are important? comprehensive assessment of lifestyle habits and job environment on sleep among office workers. **Sleep Health**, 2020.
- SILVA, C.; OLIVEIRA, N. C.; ALFIERI, F. M. Mobilidade funcional, força, medo de cair, estilo e qualidade de vida em idosos praticantes de caminhada. **Acta Fisiatr.**, v. 25, n. 1, p. 22–26, 2018.
- SILVA, F. M.; SOUSA, P. H. A.; SILVEIRA, R. C. DA P. Estilo e qualidade de vida de coletores de resíduos. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 19, n. 1, p. 1–10, 2017.
- SILVEIRA, P. M. DA *et al.* Escala de avaliação do perfil do estilo de vida por meio da teoria da resposta ao item. **Revista da Educacao Fisica**, v. 26, n. 4, p. 519–527, 2015.
- SOUZA, A. C.; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. DE B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 26, n. 3, p. 649–659, 2017.
- SPASSOVA, L. *et al.* Randomised controlled trial to evaluate the efficacy and usability of a computerised phone-based lifestyle coaching system for primary and secondary prevention of stroke. **BMC Neurology**, v. 16, n. 22, p. 1–9, 2016.
- STANAWAY, J. D. *et al.* Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Stu. **The Lancet**, v. 392, n. 10159, p. 1923–1994, 2018.
- TASSINI, C. C. *et al.* Assessment of the Lifestyle of University Students in the Healthcare Area Using the Fantastic Questionnaire. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 30, n. 2, p. 117–122, 2017.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K.; SILVERMAN, S. J. **Métodos de Pesquisa em Atividade Física** Porto Alegre Artmed, 2002.

THOMSON, H. *et al.* Protocol for a clinical trial of text messaging in addition to standard care versus standard care alone in prevention of type 2 diabetes through lifestyle modification in India and the UK. **BMC Endocrine Disorders**, v. 18, n. 63, p. 1–9, 2018.

TRUDEL-FITZGERALD, C. *et al.* Prospective Changes in Healthy Lifestyle Among Midlife Women. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 51, n. 3, p. 327–335, 2016.

UNZUETA, C. R. *et al.* Self-perceived level of competitiveness, tension , and dependency and lifestyles in the ‘Seguimiento Universidad de Navarra’ cohort study. **Public Health**, v. 157, p. 32–42, 2018.

VAN ELTEN, T. M. *et al.* Cardiometabolic Health in Relation to Lifestyle and Body Weight Changes 3–8 Years Earlier. **Nutrients**, v. 10, n. 12, p. 1–14, 2018.

VASCO, M. *et al.* Evidences on overweight of regular blood donors in a center of Southern Italy. **Clinical Epidemiology and Global Health**, v. 8, n. 3, p. 758–763, 2020.

WERNECK, A. O. *et al.* Potential influence of physical, psychological and lifestyle factors on the association between television viewing and depressive symptoms: A cross- sectional study. **General Hospital Psychiatry**, v. 60, n. December 2018, p. 37–43, 2019.

WHO. **World Health Report Life in the 21st century: A vision for all Report of the Director-General**. Geneva: The organization, 1998.

4 MANUSCRITOS

Os resultados desta dissertação estão descritos e discutidos na forma de manuscritos científicos, seguindo regulamentação do Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense.

Foram elaborados dois manuscritos: o Manuscrito I intitulado “Construção e Validação Inicial do Questionário de Avaliação do Estilo de Vida para Adultos com Doenças Cardiovasculares (QAEV-DCV)” e o Manuscrito II intitulado “Estilo de Vida de Indivíduos em Programa de Reabilitação Cardíaca”.

4.1 MANUSCRITO I - Construção e Validação Inicial do Questionário de Avaliação do Estilo de Vida para Adultos com Doenças Cardiovasculares (QAEV-DCV)

Resumo

As doenças cardiovasculares (DVCs) são as principais causas de morbidade e mortalidade do mundo, além de serem responsáveis por aproximadamente 37% das mortes em pessoas com idade inferior a 70 anos. A maneira mais importante de prevenir as DCVs é através da promoção de um estilo de vida saudável ao longo da vida. Diante da importância do estilo de vida sobre o desenvolvimento e desfecho da DCV, sua avaliação como ferramenta clínica e de pesquisa se torna de grande relevância. Diante da carência de instrumentos validados para esse fim, esta pesquisa tem como objetivo desenvolver e validar inicialmente um instrumento de avaliação do estilo de vida voltado para adultos com DCV, levando em consideração as diferentes categorias de comportamentos que têm maior impacto na saúde desta população. A metodologia foi fundamentada nos processos de construção de instrumentos de pesquisa na área da saúde, seguindo as etapas de elaboração, validação de conteúdo, pré-teste e avaliação psicométrica. Foi elaborado o Questionário de avaliação do Estilo de Vida para Adultos com Doenças Cardiovasculares (QAEV-DCV), que consistiu em 14 perguntas fechadas, agrupadas em seis domínios, com a principal premissa de estimar o estilo de vida de indivíduos com DCV. O instrumento é autoadministrado e as questões estão dispostas na forma de escala *Likert*, com cinco alternativas de resposta, gerando um escore único que classifica o estilo de vida. A validação de conteúdo foi efetuada por 11 juízes especialistas, gerando um resultado de Índice de Validade de Conteúdo total 0,96. O pré-teste foi realizado com 89 adultos e idosos, com idade entre 21 e 87 anos, DCV diagnosticada, sendo 47,2% mulheres e 50% com curso superior e/ou pós-graduação completos. Na análise semântica do pré-teste, 100% dos participantes afirmaram completo entendimento das questões. A consistência interna total do QAEV-DCV foi de 0,6. O instrumento desenvolvido neste estudo QAEV-DCV, apresentou elevada evidência de validade de conteúdo após análise de um amplo e interdisciplinar painel de juízes. A análise semântica do instrumento, avaliada por uma amostra de população alvo em pré-teste também alcançou elevado grau de validade. Na análise psicométrica, o índice de confiabilidade não foi satisfatório segundo alguns autores. Dessa forma, sugere-se a ampliação da aplicação do questionário para uma população heterogênea e com maior número de participantes para seguimento dos processos de validação.

Palavras-chave: Estilo de vida. Validação. Doença Cardiovascular.

4.1.1 Introdução

As doenças cardiovasculares (DCV) são um grupo de doenças que afetam o coração e vasos sanguíneos que incluem as doenças coronariana, cerebrovascular, cardíaca reumática dentre outras. São consideradas como principal causa de morbidade e mortalidade no mundo, resultando em aproximadamente 32% das mortes em 2019 (SIMÃO *et al.*, 2013; WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022a). Ressalta-se que quatro em cada cinco mortes por DCV são devido a ataques cardíacos agudos e acidentes vasculares cerebrais (WHO -

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022b). Dentre as mortes prematuras (pessoas com idade inferior a 70 anos) por doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), 82% acontecem em países de baixa e média renda e 37% são causadas por doenças cardiovasculares (OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE, 2022). No Brasil, ainda que as taxas de mortalidade e dos anos de vida saudável perdidos por DCV estejam diminuindo, o número total de mortes por essas patologias segue aumentando, principalmente devido ao envelhecimento e adoecimento da população (NASCIMENTO *et al.*, 2018).

A maneira mais importante de prevenir as DCVs é através da promoção de um estilo de vida saudável ao longo da vida (ARNETT *et al.*, 2019). A *World Health Organization* (2022c) define o estilo de vida como um conjunto identificável de hábitos e costumes, destacando, mas não limitando, dentre os fatores comportamentais de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas, como a DCV, a inatividade física, o uso de tabaco e álcool e alimentação inadequada. Intervenções multifatoriais no estilo de vida em pacientes com doença coronariana já estabelecida reduzem o risco de eventos cardiovasculares fatais (DE WAURE *et al.*, 2013). Em pessoas com alto risco genético para a DCV, um estilo de vida saudável foi associado a um risco relativo quase 50% menor de doença coronariana do que um estilo de vida não saudável (KHERA *et al.*, 2016).

Diante da expressiva relação entre estilo de vida e DCV, sua avaliação como ferramenta clínica e de pesquisa se torna de grande relevância. Instrumentos de avaliação são recursos com capacidade de identificar, de maneira objetiva, importantes alterações, auxiliando os profissionais em suas condutas, além de gerar previsibilidade e direcionar ações preventivas, assim como o instintivo uso epidemiológico (GARDONA; BARBOSA, 2018).

Observa-se a carência de instrumentos validados para avaliar o perfil do estilo de vida de adultos com DCV. Segundo a revisão sistemática realizada por Pôrto *et al.* (2015), não está bem instituído quais são os instrumentos mais adequados para avaliação do estilo de vida. Dentre os poucos instrumentos disponíveis encontrados na literatura, um dos mais utilizado é o questionário do estilo de vida Fantástico, construído por Wilson e Ciliska (1984) e traduzido e validado para língua portuguesa por Rodriguez Añez; Reis e Petroski (2008). No entanto, este questionário é destinado a adultos de maneira geral. Observa-se também a vasta utilização de questionários autoconstrutivos (PÔRTO *et al.*, 2015), ou seja, questionários desenvolvidos pelos autores, a partir de suas próprias perguntas ou a associação de vários instrumentos que medem tipos específicos de atividades.

A utilização de instrumentos validados, ou seja, que passaram por criteriosos processos de construção e de verificação se medem exatamente o que se propõem a medir para aquela população, é imprescindível para garantir indicadores confiáveis (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Ademais, a importância de pesquisas sustentada por instrumentos com boas evidências de validade, concentra-se em apresentar resultados cientificamente robustos, que exerçam grande influência nas decisões clínicas e na formulação de programas de saúde e de políticas institucionais (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015; GARDONA; BARBOSA, 2018).

Devido às limitações dos questionários validados existentes e a fim de atender às necessidades de avaliação do estilo de vida relacionado às DCVs, o objetivo deste estudo foi desenvolver e validar inicialmente um instrumento de avaliação do estilo de vida voltado para adultos com DCV, levando em consideração as diferentes categorias de comportamentos que têm maior impacto na saúde desta população: alimentação, atividade física, sono, uso de tabaco e álcool, estresse e relacionamentos sociais.

4.1.2 Metodologia

Este estudo compreende do desenvolvimento à validação de um instrumento de avaliação do estilo de vida para pacientes com DCV. A metodologia foi fundamentada nos processos de construção de instrumentos de pesquisa na área da saúde (BOLARINWA, 2015; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015; DE VET *et al.*, 2011; STREINER; NORMAN; CAIRNEY, 2015), conforme figura 1 a seguir.

especialistas, as diferentes categorias de comportamentos que têm maior impacto na saúde relacionada à DCV, visando a variedade dos itens segundo os construtos.

Buscou-se na literatura pesquisas e manuais de desenvolvimento de instrumentos de medidas, para sistematização e formulação de perguntas e respostas adequadas, com objetivo de simplicidade, clareza, boa interpretabilidade e precisão (BRADBURN; SUDMAN; WANSINK, 2004; DE VET *et al.*, 2011). Na consolidação final do instrumento, se organizou os itens em seus respectivos domínios e estabeleceu-se o formato geral do instrumento, considerando o título, as instruções, os itens, as escalas de respostas, os escores, entre outros (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

A elaboração do questionário derivou principalmente do instrumento para avaliação do estilo de vida Fantástico (RODRIGUEZ AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008).

Validação de conteúdo

A validade de conteúdo é definida pelo grau em que o conteúdo de um instrumento de medição é um reflexo adequado do construto a ser medido (MOKKINK *et al.*, 2010). Desta forma, o objetivo desta validação é avaliar se o instrumento de medição representa adequadamente o construto em estudo, o que implica que os itens devem ser relevantes e adequados ao que se propõe (DE VET *et al.*, 2011).

Esta validade pode ser alcançada pela análise completa do instrumento por especialistas independentes e familiarizados com o construto de interesse, sendo recomendado geralmente um painel contendo de cinco a 10 especialistas, mas também sendo aceito um número entre e três e 20 juízes (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Para esse estudo, foi enviado convite para 35 especialistas multiprofissionais com experiência em estilo de vida e DCV, apresentando o motivo da pesquisa e a relevância dos conceitos envolvidos e do instrumento como um todo. O critério de seleção do painel de juízes partiu da análise curricular e da experiência nas áreas de estilo de vida. A seleção de juízes abrangeu todas os pilares considerados no questionário. O prazo determinado para encaminhamento dos pareceres foi de 20 dias, com a apreciação de um mínimo de cinco avaliadores (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Os especialistas deveriam verificar se o conteúdo apresentava clareza (avaliar a redação, ou seja, avaliar se o conceito pode ser bem compreendido e se expressa adequadamente o que se espera medir) e representatividade (notar se há relação com os conceitos envolvidos, se é relevante e se atinge os objetivos propostos em cada domínio). Os juízes também foram

convidados a avaliar a abrangência (verificar se cada domínio foi adequadamente coberto pelo conjunto de itens e se todas as dimensões foram incluídas) do instrumento como um todo.

A avaliação ocorreu de forma *online*, independente e cega, e seguiu após aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para análise dos juízes, foi construído um documento simples e autoexplicativo (APÊNDICE A), utilizando uma escala quantitativa de *Likert*, de um a quatro pontos, aplicada em cada domínio e no instrumento geral, considerando 1 = não claro a 4 = muito claro. No documento também consta um campo específico em que o juiz pode fazer observações e sugestões abaixo de cada questão (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

A validade de conteúdo foi medida pelo Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Este foi calculado para medir a proporção de juízes que concordaram sobre clareza e representatividade do instrumento e dos itens. Esse índice mede a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens, onde é aceitável um IVC superior à 0,78, desejando um índice superior a 0,90 para instrumentos novos (POLIT; BECK, 2006), através da seguinte fórmula:

$$IVC = \frac{\text{Número de respostas 3 ou 4}}{\text{Número total de respostas}}$$

Fonte: COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015

O IVC foi calculado individualmente para cada resposta de cada item e, na sequência, o IVC total do instrumento foi calculado a partir da média dos valores dos itens medidos separadamente, isto é, somou-se todos os IVC calculados individualmente e dividiu-se pelo número de itens considerados na avaliação (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; POLIT; BECK, 2006).

Análise da validação de conteúdo por especialistas

Após a avaliação do questionário pelos especialistas, foi realizada uma revisão em todos os itens, analisando criteriosamente os resultados obtidos e as observações feitas por cada juiz. Quando necessário, entrou-se em contato com o juiz para esclarecimentos e busca de mais informações. Houve um painel de discussão entre os autores para formulação final do questionário.

Pré-teste

Nesta etapa, após a avaliação do instrumento pelo painel de juízes e realizada as alterações necessárias, o questionário final (APÊNDICE B) foi aplicado como pré-teste. O objetivo principal do pré-teste é realizar a análise semântica dos itens, e assim verificar se todos os itens são compreensíveis para todos os membros da população a qual o instrumento se destina (PASQUALI, 1998).

O questionário deve ser testado em uma pequena amostra de 30-40 indivíduos, para verificar o nível de compreensão, aceitabilidade e viabilidade do instrumento de medição para todos os membros da população do estudo e realizar adaptações se necessárias (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). De acordo com o Hair *et al.* (2007), o tamanho da amostra para o pré-teste será adequado quando a proporção de casos por variáveis seja superior ao mínimo exigido (5:1). Desta forma, considerando este instrumento com 14 itens, o n deveria ser superior a 70.

A participação na pesquisa pré-teste incluiu 89 pacientes maiores de 18 anos, com diagnóstico de DCV e que participavam de um programa de reabilitação cardíaca no Instituto do Coração (INCOR), da cidade de Lages/Santa Catarina.

Os participantes do pré-teste foram convidados a responder o questionário presencialmente, após apresentadas as informações sobre o estudo e o aceite em participar através do TCLE. Inicialmente foi aplicado um questionário sociodemográfico estruturado pelas pesquisadoras (APÊNDICE C) baseado no questionário Vigitel 2020 (BRASIL, 2020) e em Santos *et al.* (2021). Este primeiro questionário visou identificar as características da população estudada, tais como idade, sexo, estado conjugal, escolaridade e características clínicas da DCV.

Na sequência, os participantes responderam o instrumento desenvolvido. Logo após o preenchimento deste questionário, os participantes foram entrevistados individualmente sobre sua experiência, questões relacionadas ao entendimento dos itens, das palavras e do preenchimento das respostas (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015; DE VET *et al.*, 2011).

Avaliação das propriedades psicométricas

Para análise da consistência interna do conjunto de itens do instrumento, o coeficiente alfa de Cronbach (α) foi calculado ao final da etapa pré-teste, com a utilização do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0.

4.1.3 Resultados e Discussão

Elaboração do questionário

Após revisar a literatura sobre a metodologia para a construção e validação de questionários, deliberou-se os conceitos de estilo de vida e os domínios que se associam com a DCV. A construção dos itens e domínios foi fundamentada no conhecimento técnico-científico estabelecido em diretrizes nacionais e internacionais, além de trabalhos de referências relacionadas à saúde das pessoas com DCVs e prevenção e promoção à saúde. Dentre as referências, destacam-se:

- 1º Posicionamento Brasileiro sobre o Impacto dos Distúrbios de Sono nas Doenças Cardiovasculares da Sociedade (2018)
- Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019 (2019)
- Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017 (2017)
- *Dietary and Policy Priorities for Cardiovascular Disease, Diabetes, and Obesity* (2016)
- Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020 (2021),
- *European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice* (2012)
- Guia de atividade física para a população brasileira (2021)
- Manual de Prevenção Cardiovascular (2017)
- *WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour: At a Glance* (2020)

Os domínios selecionados para compor o instrumento foram atividade física, alimentação, sono, tabaco e álcool, estresse e relacionamentos. A escolha destes tópicos partiu da busca realizada em instrumentos anteriores (LOPEZ-FONTANA *et al.*, 2020; NAHAS; BARROS; FRANCALACCI, 2000; RODRIGUEZ AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008), e foram abordados pelas diretrizes e referências citadas acima como importantes preditores em saúde. Esses pilares são preconizados pela Medicina do Estilo de Vida, que prioriza o uso terapêutico do estilo de vida, de forma sistematizada para a prevenção, tratamento e reversão de doenças

crônicas não transmissíveis (ACLM, 2021; DOUGHTY *et al.*, 2017; KUSHNER; SORENSEN, 2013; MORA RIPOLL, 2012; RIPPE, 2019).

A construção do instrumento foi principalmente baseada no Questionário Estilo de Vida Fantástico (RODRIGUEZ AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008). Os componentes relativos ao estresse e relacionamentos, também relevantes para o estilo de vida e doenças crônicas, derivaram do Questionário Perfil do Estilo de Vida Individual (PEVI) (BOTH *et al.*, 2008; NAHAS; BARROS; FRANCALACCI, 2000).

O instrumento, intitulado como Questionário de Avaliação do Estilo de Vida para Adultos com Doenças Cardiovasculares (QAEV-DCV), consistiu em 14 perguntas fechadas, com cinco opções de resposta cada um, agrupado em seis (06) domínios, com a principal premissa de estimar o estilo de vida de indivíduos com DCV. Da mesma forma que o questionário Fantástico (RODRIGUEZ AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008; WILSON; CILISKA, 1984), o instrumento é autoadministrado e as questões estão dispostas na forma de escala *Likert*, com cinco (05) alternativas de resposta.

A escala *Likert* consiste em uma escala que oferece opções de respostas com descrições verbais em forma proposicional. As respostas são pontuadas, geralmente em cinco (05) pontos, e posteriormente somadas para produzir um valor usado para indexar as atitudes dos entrevistados, com foco da atitude a ser medida em direção ao tema de interesse (BRADBURN; SUDMAN; WANSINK, 2004; DE VET *et al.*, 2011).

As alternativas se apresentam em colunas para facilitar a pontuação final do questionário, sendo a da esquerda sempre a de menor valor, conforme Quadro 1) a seguir.

Quadro 1. Pontuação do Questionário de Avaliação do Estilo de Vida para Adultos com Doenças Cardiovasculares (QAEV-DCV).

Coluna 1	Coluna 2	Coluna 3	Coluna 4	Coluna 5
0 ponto	1 ponto	2 pontos	3 pontos	4 pontos

Fonte: os autores

A soma de todos os pontos resulta em um escore total que permite classificar os indivíduos em cinco (05) categorias que são: “Excelente”, “Muito bom”, “Bom”, “Regular” e “Necessita melhorar” (Quadro 2). Considera-se “Excelente” um estilo de vida com influência muito positiva para a saúde, principalmente relacionada às DCVs, enquanto “Necessita melhorar” aponta um estilo de vida com muitos fatores de risco para saúde. Dessa forma, quanto menor a classificação e pontuação, maior a necessidade de mudança de hábitos.

Quadro 2. Classificação do Questionário de Avaliação do Estilo de Vida para Adultos com Doenças Cardiovasculares (QAEV-DCV).

Classificação	Escore
Excelente	48 - 56
Muito bom	39 - 47
Bom	30 - 38
Regular	21- 29
Necessita melhorar	0 - 20

Fonte: os autores

Uma pontuação total baixa não significa que o indivíduo falhou, pois sempre há a chance de mudar o estilo de vida. Para isso é necessário verificar as áreas de menor pontuação para planejar uma mudança, preferencialmente com suporte de um profissional de saúde habilitado (WILSON; CILISKA, 1984). Toda intervenção de mudança do estilo de vida parte do reconhecimento do comportamento atual, para que a partir daí os programas de promoção de saúde possam ampliar informações sobre hábitos mais saudáveis, traçar metas, sugerir estratégias de mudança de comportamento (NAHAS; BARROS; FRANCALACCI, 2000).

A avaliação das métricas do estilo de vida em seus diferentes domínios, também possibilita acompanhar a evolução, as intervenções e as dificuldades nos momentos de vida do indivíduo. Dito isso, entende-se que o mapeamento realizado pelo instrumento QAEV-DCV é também uma ferramenta de importância clínica principalmente no cenário de promoção de saúde, prevenção e acompanhamento de indivíduos.

Análise, validação de conteúdo e versão final do instrumento

Dos 35 especialistas multiprofissionais com experiência em estilo de vida e DCV que foram convidados a participarem da pesquisa, apenas 11 aceitaram e enviaram suas avaliações, sendo que o mínimo de juízes sugerido é de cinco especialistas (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015) . Dentre os juízes participantes, todos possuem no mínimo uma pós-graduação e experiência nas áreas avaliadas pelo questionário. Fizeram parte do painel de especialistas: dois (02) médicos(as) cardiologistas, um (01) médico(a) especialista em medicina do estilo de vida, um (01) doutor(a) em ciência dos alimentos com pós doutorado em ambiente e saúde, um

(01) nutricionista doutor(a) em cardiologia, um (01) fisioterapeuta doutor(a) em gerontologia, um (01) fisioterapeuta doutor(a) em educação física, um (01) profissional de educação física doutor(a) em educação física, um (01) profissional de educação física doutor(a) em ciências médicas, um (01) profissional de educação física e nutricionista doutor em atividade física e saúde e membro do Colégio Brasileiro de Medicina do Estilo de Vida e um (01) profissional de educação física e fisioterapeuta doutor(a) em engenharia de produção, com experiência em ambiente, comportamento e qualidade de vida.

O IVC para cada resposta de cada pergunta é apresentado na Tabela 1, indicando os itens de clareza, representatividade por questão e abrangência geral.

Tabela 1. Resultado o Índice de Validade de Conteúdo, por questão respondida pelos juízes

	Clareza	Representatividade	Abrangência
Título	0,91	Não se aplica	Não se aplica
Formato	0,91	Não se aplica	Não se aplica
Instruções	1,00	Não se aplica	Não se aplica
Item 1	1,00	1,00	Não se aplica
Item 2	0,73	1,00	Não se aplica
Item 3	0,91	0,91	Não se aplica
Item 4	0,82	1,00	Não se aplica
Item 5	0,82	1,00	Não se aplica
Item 6	0,82	1,00	Não se aplica
Item 7	1,00	1,00	Não se aplica
Item 8	1,00	0,91	Não se aplica
Item 9	1,00	1,00	Não se aplica
Item 10	1,00	1,00	Não se aplica
Item 11	1,00	1,00	Não se aplica
Item 12	1,00	1,00	Não se aplica
Item 14	1,00	1,00	Não se aplica
Quadro de respostas	1,00	Não se aplica	Não se aplica
Instrumento em geral	Não se aplica	Não se aplica	1,00

Fonte: os autores

O resultado de IVC por item é empregado pelos pesquisadores em desenvolvimento de escalas como um guia para revisar, alterar ou excluir algum item. Quando o número de juízes é menor que três, é indicado um IVC sempre igual a 1, no entanto, ao aumentar o número de juízes, aceita-se resultados de IVC inferiores (POLIT; BECK, 2006). Lynn *et al.* (1986) considera 0,78 um IVC aceitável quando avaliado por um número entre seis e 10 juízes especialistas. Para validação do QAEV-DCV foi utilizado um número alto de juízes (n=11) pois o questionário abrange domínios interdisciplinares. Desta forma, procurou-se validar o conteúdo com profissionais especialistas em todas as áreas abordadas pelo questionário, mas que também apresentassem experiência no construto geral.

O resultado do IVC total do instrumento foi igual a 0,96, valor este considerado aceitável e desejável para novos instrumentos (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; POLIT; BECK, 2006). Para que um instrumento seja julgado com excelente evidência de validade de conteúdo, é necessário que seja composto por itens com IVC que atendam aos critérios e com alto valor de IVC total. Isso requer conceituações fortes de construtos, bons itens, especialistas criteriosamente selecionados e instruções claras aos especialistas sobre os construtos subjacentes e a tarefa de classificação (LYNN M. R., 1986).

Alguns especialistas fizeram observações e sugestões em determinados itens do instrumento de forma descritiva, nos diferentes contextos avaliados. Essas notas foram essenciais no processo de validação do instrumento, pois possibilitou o debate entre os autores e interação com os juízes. Após criteriosa análise e discussão e atendendo as observações dos juízes, foram feitos pequenos ajustes no instrumento, os quais são relatados abaixo, e apresentados no quadro 3.

Ao título, inicialmente definido como Questionário do Estilo de Vida para indivíduos com Doenças Cardiovasculares, foi incluída a palavra “avaliação” e realizada a troca de “indivíduos” por “adultos”, com intuito de apresentar mais claramente o objetivo do instrumento. Foi criado um acrônimo (QAEV-DCV), como uma alternativa de título mais sucinto. O quadro de respostas também foi aprimorado, com objetivo principal de melhorar a objetividade das respostas e sugerir uma mesma intensidade entre os itens da escala.

Ao item 1 do questionário foi adicionado a opção de atividade física vigorosa, além de mais informações sobre a percepção subjetiva do esforço. Segundo as orientações da Organização Mundial de Saúde, todos os adultos e idosos com e sem condições crônicas de saúde devem praticar atividade física regular, podendo ser de intensidade moderada (ao menos 150 minutos semanais) ou vigorosa (ao menos 75 minutos semanais), ou ainda a combinação destas (BRASIL, 2021; WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). Optou-se, no QAEV-DCV, em não especificar o tempo sugerido na semana para prática de cada intensidade, generalizando para o mínimo de 150 minutos semanais, para melhor entendimento dos respondentes. Para descrever a percepção subjetiva do esforço durante a atividade física, embasou-se na escala de Borg (BORG, 2000) e nas orientações e descrições da Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia (PRÉCOMA *et al.*, 2019). A inclusão desta informação teve como objetivo facilitar o entendimento dos respondentes quanto à identificação da intensidade da atividade física praticada.

Nesta etapa de validação, apenas o item 2 do questionário, quando avaliado sobre sua clareza, teve o IVC inferior 0,78, considerado insatisfatório (POLIT; BECK, 2006). Este item passou pela alteração sugerida pelos juízes e foi discutido com aqueles que pontuaram baixo, seguido de debate entre os autores. Neste item, foi retirada a palavra “alongamento” pois entendeu-se que estava fora do contexto avaliativo e não se enquadra como exercício proposto, conforme às orientações sugeridas pelas diretrizes, que recomendam a realização de atividades de fortalecimento muscular com periodicidade mínima de duas vezes semanais (PRÉCOMA *et al.*, 2019; WHO, 2020). Também foi trocada a palavra “exercício” por “atividade”, para padronizar o questionário.

No item 3 do instrumento, foi excluída a parte da pergunta relativa ao hábito de levantar-se durante longo período sentado, para facilitar o entendimento do participante, visto que poderia ter duas respostas diferentes em uma mesma pergunta. A proposta de incluir a rotina do movimento em longos períodos sentados, seria como forma de identificar e avaliar o comportamento sedentário (MENEGUCI *et al.*, 2015). No entanto, apesar da alta pontuação pelos juízes, esse item poderia se tornar confuso, visto que a prática de atividade física e o comportamento sedentário, embora associados, referem-se a hábitos distintos, que podem coexistir.

Foi retirada de avaliação do item 4 o consumo de cereais integrais para evitar confusão nas respostas. Manter apenas a avaliação do consumo de frutas e vegetais diários é justificado pela grande relação entre mortalidade e doenças crônicas (incluindo DCV) com o consumo destes grupos, cada vez mais enfatizada e atualizado pelas evidências científicas (WANG *et al.*, 2021, 2014). Ainda neste item, foi inserido a quantificação aproximada em gramas e medida caseira de porção de frutas e ou vegetais (SACHDEVA; SACHDEV; SACHDEVA, 2013), para desta forma esclarecer ao respondente e ajudá-lo na percepção da quantidade consumida ao dia.

Na escala de respostas sobre o item 6, discutiu-se sobre questões de autopercepção do respondente e sobre a compreensão das opções sobre o intervalo de peso a serem marcados. Desta forma, optou-se por alterar a escrita da frase e utilizar um intervalo de peso, ainda baseado na escala do questionário Fantástico (RODRIGUEZ AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008), para melhor entendimento do respondente. O item 5 e o intervalo entre os itens 7 ao 14, não tiveram mudanças, além de algum eventual ajuste de grafia pós revisão.

Na ausência de alterações significativas no instrumento como um todo e com valores de IVC desejáveis, não foi considerada necessidade de passar o instrumento por nova rodada de

avaliação de especialistas. Desta forma, a versão final (APÊNCICE C) foi formatada e encaminhada para o pré-teste.

Quadro 3. Alterações realizadas no Questionário de Avaliação do Estilo de Vida para Adultos com Doenças Cardiovasculares (QAEV-DCV), sugerida pelos juízes.

Item	Versão Inicial do Questionário	Versão Final do Questionário
<i>Título</i>	Questionário do Estilo de Vida para Indivíduos com Doenças Cardiovasculares	Questionário de Avaliação do Estilo de Vida para Adultos com Doenças Cardiovasculares – QAEV-DCV
<i>Item 1</i>	Pratico mais de 150 minutos de atividade física moderada por semana. Ex. andar rapidamente, correr, dançar, nadar, entre outras.	Pratico mais de 150 minutos de atividade física moderada a vigorosa* por semana. *faz você respirar mais rápido que o normal e aumenta os batimentos do seu coração. Ex. andar rapidamente, correr, dançar, nadar, pedalar, entre outras atividades de intensidade equivalente.
<i>Item 2</i>	Pratico exercício de fortalecimento muscular ou alongamento pelo menos 2 vezes na semana. Ex. musculação, funcional, pilates, entre outros.	Pratico atividades de fortalecimento muscular pelo menos 2 dias na semana. Ex. musculação, treinamento funcional, pilates, entre outras atividades equivalentes.
<i>Item 3</i>	No dia a dia, procuro ser ativo* e/ou me levanto por 5 minutos, a cada 30 minutos sentados. *atividades domésticas, passeio com cachorro, deslocamento a pé, uso de escada, entre outros.	No dia a dia, procuro ser ativo nos meus momentos de lazer e demais afazeres. Ex. atividades domésticas, passeio com cachorro, deslocamento a pé, uso de escada, entre outras atividades equivalentes.
<i>Item 4</i>	Consumo pelo menos 5 porções de frutas e verduras ao dia e também consumo cereais integrais*. *aveia, trigo, centeio, arroz – integrais.	Consumo pelo menos 5 porções* de frutas ou legumes ou verduras ao dia. * 1 porção padrão = aproximadamente 80g ou 1 xícara ou equivalente.
<i>Item 6</i>	Eu estou no intervalo de aproximadamente ____ quilos do meu peso considerado saudável.	Preciso perder ou ganhar ____ quilos para me aproximar do peso que considero saudável.
<i>Opções de Respostas Itens 1,2,3,4,5,9,10,11,12,13,14</i>	Quase nunca Raramente Algumas vezes Com relativa frequência Quase sempre	Nunca Raramente Algumas vezes Frequentemente Sempre
<i>Opções de Respostas Item 6</i>	Mais de 8 Kg 8Kg 6Kg 4Kg Até 2Kg	Mais de 8 Kg 6-8Kg 4-6Kg 2-4Kg Até 2Kg

Fonte: os autores

Pré-teste

O pré-teste foi realizado com 89 adultos e idosos, com idade entre 21 e 87 anos, sendo 47 homens e 42 mulheres. Todos os participantes tinham alguma DCV diagnosticada por médico. Mais de 50% (n=45) dos indivíduos que avaliaram e responderam o instrumento possuíam curso superior e/ou pós-graduação completos, enquanto 16% (n=14) possuíam ensino fundamental completo ou incompleto. A análise semântica, realizada no pré-teste, tem como objetivo verificar se todos os itens são compreensíveis para todos os membros da população à qual o instrumento se destina.

Diante disso, a variação na escolaridade desta amostra garante a validade aparente do teste, pois é altamente recomendado realizar o teste com amostras com habilidades mais baixas da população alvo, mas também com amostras com habilidades mais altas, com intuito de evitar deselegância na formulação dos itens. (PASQUALI, 1998).

Durante a aplicação do questionário não foi solicitado auxílio em nenhuma questão pelos participantes. Após o preenchimento, todos (100%) os indivíduos afirmaram completo entendimento nas questões, além de relatos positivos referente à relevância dos temas abordados e sua implicação com a saúde, o que indica uma boa avaliação semântica do instrumento, e o classifica como compreensível. Esta avaliação é indispensável, pois a má interpretação das perguntas torna um instrumento de pesquisa inconfiável (PILATTI; PEDROSO; GUTIERREZ, 2010).

Avaliação das propriedades psicométricas

O coeficiente alfa de Cronbach é utilizado para estimar a confiabilidade de um instrumento de pesquisa. Este coeficiente analisa a correlação entre as respostas em um questionário através da análise das respostas dadas pelos sujeitos da pesquisa, apresentando uma correlação média. Os valores do coeficiente de alfa de Cronbach variam entre zero e 1. Estima-se desta forma que a consistência interna de um questionário é tanto maior quanto mais perto de 1 estiver o valor de alfa (CRONBACH, 1951).

A consistência interna total do QAEV-DCV foi de 0,6. Segunda a revisão sistemática de Peterson (1994), não existe uma recomendação definida sobre os valores aceitáveis de alfa, que em geral variam entre 0,70 e 0,90, no entanto, o autor identificou estudos que definem o índice de alfa com confiabilidade minimamente aceitável para pesquisa preliminar na faixa de 0,5 a 0,6 e para grupos menores e acima de 50 com índice de alfa 0,5. Em alguns cenários, um

alfa de 0,60 é considerado aceitável desde que os resultados obtidos com esse instrumento sejam interpretados com precaução (MAROCO; GARCIA-MARQUES, 2006).

Um baixo valor de alfa pode ser devido ao baixo número de questões, baixa inter-relação entre os itens ou construtos heterogêneos (TAVAKOL; DENNICK, 2011). O cálculo do alfa de Cronbach é sensível ao número de itens do instrumento e ao número de participantes da amostra. Desta forma, instrumentos muito longos aumentam o valor de alfa, sem que isso signifique aumento de consistência interna; enquanto um valor baixo de alfa pode significar apenas número pequeno de questões (MAROCO; GARCIA-MARQUES, 2006; TANG; CUI; BABENKO, 2014). Como não há uma amostra perfeita, o coeficiente de alfa, varia de amostra para amostra e tem que ser considerada como estimativa. Dessa forma, os valores de alfa devem sempre ser interpretados a partir das características da medida a que se associa, e da população onde essa medida foi feita.

Percebeu-se, analisando as respostas da amostra desta pesquisa, que a população avaliada é considerada homogênea em algumas variáveis sociodemográficas e de comportamentos do estilo de vida, além de se tratar de uma amostra pequena. Em análise das respostas dos participantes, percebeu-se algumas questões com mais de 90% de respostas iguais, o que possivelmente impacta na análise estatística do instrumento, por falta de variabilidade da amostra. Segundo Maroco e Garcia-Marques (2006), a mesma medida, quando administrada a uma amostra de indivíduos mais homogêneos ou mais heterogêneos produzirá resultados com diferentes coeficientes de alfa. Assim sendo, os valores de alfa devem sempre ser interpretados a partir das características da medida a que se associa, e da amostra em que essa medida foi aplicada.

Segundo Tavakol e Dennick (2011), o alfa deve ser calculado para cada um dos domínios e não para toda a escala. Dessa forma, poderia ser calculado o coeficiente de alfa de Cronbach para cada domínio definido na escala. No entanto, essa escala apresenta, teoricamente, um total de seis domínios com poucas questões por domínio, o que acarretaria baixo valor de alfa e até impossibilidade de cálculo em alguns, além de se tratar de um instrumento novo, sugerindo procedimentos estatísticos exploratórios, tendo melhor resultado também com uma amostra mais heterogênea e numerosa.

O índice alfa de Cronbach é apenas uma estimativa da confiabilidade dos dados obtidos pelo instrumento, contudo o uso de uma única avaliação de confiabilidade como base para concluir sobre um instrumento é sujeita a erro. O alfa de Cronbach é uma ferramenta útil e

amplamente utilizada para a investigação da confiabilidade de uma medida, no entanto, o valor de confiabilidade estimado pelo coeficiente de alfa não é uma qualidade do instrumento, mas sim uma estimativa da confiabilidade dos dados obtidos, que podem informar sobre a precisão do instrumento. Essa estimativa pode sofrer diferentes influências, que devem ser consideradas em sua interpretação (MAROCO; GARCIA-MARQUES, 2006). Embora não tenha alcançado o valor total de coeficiente de alfa desejado, o instrumento QAEV-DCV apresentou uma ótima evidência de validade de conteúdo, além de boa aplicabilidade, sugerindo inclusive uso para fins clínicos.

4.1.4 Considerações Finais

Diante das fortes evidências que relacionam o estilo de vida e o acometimento de doenças crônicas, como as DCVs e seus desfechos, a avaliação do estilo de vida se faz cada vez mais importantes. O Questionário de Avaliação do Estilo de Vida para Adultos com Doenças Cardiovasculares – QAEV-DCV, desenvolvido nesta pesquisa, foi fundamentado em um referencial teórico atualizado e que contempla a integralidade do estilo de vida e seu impacto nas DCVs.

O QAEV-DCV apresentou elevada evidência de validade de conteúdo após análise de um amplo e interdisciplinar painel de juízes. A análise semântica do instrumento, avaliada por uma amostra de população alvo em pré-teste maior e com mais diversidade de habilidades do que a sugerida, também alcançou elevado grau de validade. Em análise psicométrica, o índice de confiabilidade não foi satisfatório segundo alguns autores, o que pode ser justificado pelas características de pouca variabilidade da amostra, além do número de participantes reduzido para esse tipo de análise. Dessa forma, sugere-se a ampliação da aplicação do questionário para uma população heterogênea e com maior número de participantes para seguimento dos processos de validação.

Referências

- ACLM. **Lifestyle medicine**. 2021. Disponível em: <<https://lifestylemedicine.org/>>. Acesso em: 2 jan. 2021.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência e Saúde Coletiva e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061–3068, 2011.
- ARNETT, D. K. *et al.* 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. **Circulation**, v. 140, n. 11, 10 set. 2019.
- BARROSO, W. K. S. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, n. 3, p. 516–658, 3 mar. 2021.
- BOLARINWA, O. Principles and methods of validity and reliability testing of questionnaires used in social and health science researches. **Nigerian Postgraduate Medical Journal**, v. 22, n. 4, p. 195, 2015.
- BORG, G. **Escalas de Borg para a dor e o esforço percebido**. São Paulo: Manole, 2000.
- BOTH, J. *et al.* Validação da escala “perfil do estilo de vida individual.” **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 13, p. 5–14, 2008.
- BRADBURN, N.; SUDMAN, S.; WANSINK, B. **Asking Questions: the definitive guide to questionnaire design—for market research, political polls, and social and health questionnaire studies**. Ed San Francisco: Jossey-Bass, 2004.
- BRASIL. **GUIA DE ATIVIDADE FÍSICA PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- BRASIL. **Vigitel Brasil 2019**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2020.
- COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 925–936, 2015.
- CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. **PSYCHOMETRIKA**, v. 16, n. 3, 1951.
- DE VET, H. C. W. *et al.* **Measurement in Medicine**. 1 Ed. Cambridge University Press, 2011.
- DE WAURE, C. *et al.* Lifestyle Interventions in Patients with Coronary Heart Disease. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 45, n. 2, p. 207–216, ago. 2013.
- DOUGHTY, K. N. *et al.* Lifestyle Medicine and the Management of Cardiovascular Disease. **Current Cardiology Reports**, v. 19, n. 11, p. 116, 4 nov. 2017.
- DRAGER, L. F. *et al.* 1º Posicionamento Brasileiro sobre o Impacto dos Distúrbios de Sono nas Doenças Cardiovasculares da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 111, n. 2, p. 290–340, 2018.

- FALUDI, A. *et al.* Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose - 2017. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 109, n. 1, p. 1–76, 2017.
- GARDONA, R. G. B.; BARBOSA, D. A. The importance of clinical practice supported by health assessment tools. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 4, p. 1815–1816, ago. 2018.
- HAIR, J. F. J. *et al.* **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. São Paulo: Bookman, 2007.
- KHERA, A. V. *et al.* Genetic Risk, Adherence to a Healthy Lifestyle, and Coronary Disease. **New England Journal of Medicine**, v. 375, n. 24, p. 2349–2358, 15 dez. 2016.
- KUSHNER, R. F.; SORENSEN, K. W. Lifestyle medicine: the future of chronic disease management. **Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes**, v. 20, n. 5, p. 389–395, 2013.
- LOPEZ-FONTANA, I. *et al.* A global lifestyle assessment: Psychometric properties of the General Lifestyle Questionnaire. **Psychologie Francaise**, 2020.
- LYNN M. R. Determination and quantification of content validity. **Nursing Research**, v. 35, n. 6, p. 382–386, 1986.
- MAROCO, J.; GARCIA-MARQUES, T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? **Laboratório de Psicologia**, v. 4, n. 1, p. 65–90, 2006.
- MENEGUCI, J. *et al.* Comportamento sedentário: conceito, implicações fisiológicas e os procedimentos de avaliação. **Motricidade**, v. 11, n. 1, p. 160–174, 2015.
- MOKKINK, L. B. *et al.* The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 63, n. 7, p. 737–745, 2010.
- MORA RIPOLL, R. Medicina del estilo de vida: la importancia de considerar todas las causas de la enfermedad. **Revista de Psiquiatría y Salud Mental**, v. 5, n. 1, p. 48–52, jan. 2012.
- MOZAFFARIAN, D. Dietary and Policy Priorities for Cardiovascular Disease, Diabetes, and Obesity. **Circulation**, v. 133, n. 2, p. 187–225, 12 jan. 2016.
- NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G.; FRANCALACCI, V. O Pentágono do Bem-estar - Base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos e grupos. **Rev Bras Ativ Fis Saúde**, v. 5, n. 2, 2000.
- NASCIMENTO, B. R. *et al.* Cardiovascular Disease Epidemiology in Portuguese-Speaking Countries: data from the Global Burden of Disease, 1990 to 2016. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 110, n. 6, p. 500–511, 2018.
- OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Doenças Cardiovasculares**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/doencas-cardiovasculares>>. Acesso em: 18 jun. 2021.
- PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas. **Rev. Psiquiatr. Clín.** 25(5):206-13, 1998
- PERK, J. *et al.* European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. **European Heart Journal**, v. 33, n. 13, p. 1635–1701, 1 jul. 2012.

PETERSON, R. A. A Meta-analysis of Cronbach's Coefficient Alpha. **Journal of Consumer Research**, v. 21, 1994.

PILATTI, L. A.; PEDROSO, B.; GUTIERREZ, G. L. Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação: Um debate necessário. **Revista Brasileira de Ensino de Ciência e Tecnologia**, v. 3, n. 1, 24 jun. 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Research in Nursing and Health**, v. 29, n. 5, p. 489–497, out. 2006.

PÔRTO, E. F. *et al.* How life style has been evaluated: a systematic review. **Acta Fisiátrica**, v. 22, n. 4, p. 199–205, 2015.

PRÉCOMA, D. B. *et al.* Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 113, n. 4, p. 787–891, 2019.

RIPPE, J. M. Are We Ready to Practice Lifestyle Medicine? **The American Journal of Medicine**, v. 132, n. 1, p. 6–8, 2019.

ROCHA, R. M.; MARTINS, W. DE A. **Manual de prevenção cardiovascular**. 2017.

RODRIGUEZ AÑEZ, C. R.; REIS, R. S.; PETROSKI, E. L. Versão brasileira do questionário “estilo de vida fantástico”: tradução e validação para adultos jovens. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 91, n. 2, p. 102–109, ago. 2008.

SACHDEVA, S.; SACHDEV, T.; SACHDEVA, R. Increasing fruit and vegetable consumption: Challenges and opportunities. **Indian Journal of Community Medicine**, v. 38, n. 4, p. 192–197, out. 2013.

SANTOS, T. T. DE S. *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com doenças cardiovasculares em um hospital geral. **Journal of Nursing and Health**, v. 11, n. 1, p. 0–2, 2021.

SIMÃO, A. *et al.* I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arq Bras Cardiol**, v. 101, n. 6.2, p. 1–63, 2013.

STREINER, D. L.; NORMAN, G. R.; CAIRNEY, J. **Health Measurement Scales**. 5. ed. [s.l.] Oxford University Press, 2015.

TANG, W.; CUI, Y.; BABENKO, O. Internal Consistency: Do We Really Know What It Is and How to Assess It? **Journal of Psychology and Behavioral Science**, v. 2, n. 2, p. 205–220, 2014.

TAVAKOL, M.; DENNICK, R. **Making sense of Cronbach's alpha** *International journal of medical education*, 27 jun. 2011.

WANG, D. D. *et al.* Fruit and Vegetable Intake and Mortality: Results from 2 Prospective Cohort Studies of US Men and Women and a Meta-Analysis of 26 Cohort Studies. **Circulation**, p. 1642–1654, 2021.

WANG, X. *et al.* Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: Systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. **BMJ**, v. 349, 29 jul. 2014.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO guidelines on physical activity and sedentary behavior: at a glance**. Geneva: World Health Organization, 2020.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. 2022.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cardiovascular diseases**. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases/#tab=tab_1>. Acesso em: 22 mar. 2022b.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases**. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1>. Acesso em: 2 jan. 2021c.

WILSON, D. M. C.; CILISKA, D. Lifestyle assessment: development and use of the FANTASTIC checklist. **Canadian Family Physician**, v. 30, p. 1527–1532, 15 jan. 1984.

4.2 MANUSCRITO II - Estilo de Vida de Indivíduos em Reabilitação Cardíaca

RESUMO

As doenças cardiovasculares (DCV) são a causa mais comum de morte mundial. O estilo de vida e seu impacto sobre a saúde cardiovascular é amplamente explorado, e por isso considerado uma ferramenta de intervenção para prevenção e manejo das DCV. Os programas de reabilitação cardíaca, além da atividade física, também envolvem atividades que visam contribuir para melhora do estilo de vida de maneira geral. Esta pesquisa teve como objetivo identificar o perfil de estilo de vida de adultos com DCV que participam de um programa de reabilitação cardíaca em um município de Santa Catarina. Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, realizado com 89 adultos e idosos (idade média de 66 ± 12 anos, peso médio de 79 ± 17 Kg, estatura média de $1,65 \pm 0,1$ m, composto por 47,2% de mulheres) diagnosticados com DCV que participam de um programa de reabilitação cardíaca. Para a avaliação do estilo de vida, aplicou-se o instrumento Questionário de Avaliação do Estilo de Vida para Indivíduos com Doenças Cardiovasculares (QAEV-DCV), elaborado e validado pelos autores. Quando avaliado o estilo de vida dos participantes da pesquisa, observou-se que praticamente metade da amostra (49%) apresenta um estilo de vida classificado como “Muito Bom”, em uma população de prevalência idosa e com alta escolaridade e renda. Apesar da alta pontuação na avaliação do estilo de vida, a maioria dos indivíduos (74,1%) apresenta IMC acima do recomendado, o que está diretamente relacionado aos riscos para DCV. Conclui-se que os participantes de um programa de reabilitação cardíaca apresentam um perfil do estilo de vida muito bom, o que sugere que o referido programa contribui para a melhora ou manutenção de um estilo de vida saudável em todos os pilares relacionados à DCV.

Palavras-chave: Cardiopatias. Comportamento Saudável. Reabilitação

4.2.1 Introdução

As doenças cardiovasculares (DCV) representam a principal causa de morte no mundo. Segundo a *World Health Organization* (2022a), estima-se que 17,9 milhões de indivíduos morreram de DCV em 2019, e 38% dentre as 17 milhões de mortes prematuras (com idade inferior a 70 anos) por doenças não transmissíveis, foram causadas por DCV. O ataque cardíaco e o acidente vascular cerebral são responsáveis por 80% das mortes por DCV, no entanto esses eventos agudos podem ser prevenidos controlando-se os principais fatores de risco por meio de intervenções de promoção de um estilo de vida saudável e tratamento farmacológico quando indicado (CHAN, 2017).

Fatores modificáveis do estilo de vida, incluindo, mas não se limitando, a dieta, prática de atividade física, uso de tabaco e consumo de álcool têm demonstrado direta relação com as doenças crônicas não transmissíveis, incluindo as DCV (WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). Terapias de intervenção do estilo de vida são consideradas formas efetivas para prevenir, tratar e por vezes reverter doenças crônicas (ACLM, 2021).

A reabilitação cardíaca é definida como o conjunto das ações necessárias para garantir aos pacientes uma melhor condição física, mental e social, para que levem uma vida ativa e saudável e que consigam fazer suas atividades de vida diária normalmente. Além do foco na prática do exercício físico, os programas de reabilitação cardíaca, muitas vezes, também envolvem atividades multiprofissionais visando contribuir para melhora de aspectos do estilo de vida, contribuindo para a diminuição do risco cardíaco de forma global (RUY *et al.*, 2005).

A avaliação do estilo de vida por meio de instrumentos validados, construídos por referenciais teóricos e rigorosas análises estatísticas, possuem a capacidade de sinalizar um risco e gerar dados sobre o provável estado de saúde de alguém ou de uma situação. Destaca-se ainda a importância na prática clínica como uma ferramenta de estimativa e acompanhamento de um estado de saúde-doença, assim como a função epidemiológica em apontar questões de saúde pública (GARDONA; BARBOSA, 2018).

Diante disso, esta pesquisa teve como objetivo identificar o perfil de estilo de vida de indivíduos com DCV que participam de um programa de reabilitação cardíaca e verificar possíveis associações entre as variáveis sociodemográficas e o perfil do estilo de vida, servindo como subsídio para ações futuras de intervenção e manejo desses pacientes.

4.2.2 Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal e abordagem quantitativa, realizado na cidade de Lages-SC, Brasil, em fevereiro de 2022.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC, segundo parecer nº 5.181.158.

Os sujeitos da pesquisa foram adultos e idosos com diagnóstico de uma ou mais DCV, que participam do programa de reabilitação cardíaca no Instituto do Coração (INCOR) e que aceitaram participar da pesquisa de forma presencial por meio do aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após convite das pesquisadoras. No período da pesquisa, o cadastro do programa de reabilitação contava com 105 participantes com perfil requerido para o estudo. Destes, 89 indivíduos compareceram na instituição no período de coleta de dados e participaram da pesquisa.

Instrumentos de coleta de dados

Para obtenção de informações pertinentes à caracterização da amostra, foi estruturado um questionário sociodemográfico pelas pesquisadoras (APÊNDICE C). Esse instrumento foi baseado no questionário Vigitel 2020 (BRASIL, 2020) e em Santos *et al.* (2021), visando identificar as características da população estudada, tais como idade, sexo, estado conjugal, localidade, escolaridade, renda e características clínicas das DCV.

Para identificar o perfil de estilo de vida dos sujeitos da pesquisa, foi aplicado o Questionário de Avaliação do Estilo de Vida para Indivíduos com Doenças Cardiovasculares (QAEV-DCV) (APÊNDICE B). Trata-se de um questionário unificado, com 14 perguntas fechadas, agrupadas em seis domínios do estilo de vida, validado pelos autores deste trabalho.

O instrumento é autoadministrado e as questões estão dispostas na forma de escala Likert, com cinco alternativas de resposta. As alternativas se apresentam em colunas para facilitar a pontuação final do questionário, sendo a da esquerda com pontuação zero e a da direita com pontuação quatro. A pontuação final resulta na soma de todos os itens assinalados, gerando um escore que permite classificar os indivíduos em cinco categorias: “Excelente”, “Muito bom”, “Bom”, “Regular” e “Necessita melhorar”, conforme Quadro 1 a seguir.

Quadro 1. Classificação do Questionário de Avaliação do Estilo de Vida para Indivíduos com Doenças Cardiovasculares (QAEV-DCV).

Classificação	Escore
Excelente	48 – 56
Muito bom	39 – 47
Bom	30 – 38
Regular	21- 29
Necessita melhorar	0 – 20

Fonte: elaborado pelos autores (2022).

O resultado “Excelente” refere-se a um estilo de vida com influência muito positiva para a saúde, principalmente relacionada às DCVs, enquanto “Necessita melhorar” estima um estilo de vida com muitos fatores de risco para saúde. Dessa forma, quanto menor a classificação e pontuação, maior a necessidade de mudança de hábitos (WILSON; CILISKA, 1984).

Análise de dados

Dados da avaliação do perfil sociodemográfico e da avaliação do estilo de vida foram descritos em frequência e em média ($\pm$ desvio padrão). Para a análise das possíveis associações entre as variáveis sociodemográficas e perfil do estilo de vida foi aplicado o teste de qui-quadrado, com nível de significância de $p \leq 0,05$. Foi utilizado o pacote estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 20.0, para o processamento dos dados.

4.2.3 Resultados e Discussão

Perfil Sociodemográfico

O presente estudo foi realizado com 89 participantes, sendo 42 (47,2%) do sexo feminino e 47 (52,8%) do sexo masculino. A idade média dos participantes foi de 66 (± 12) anos, tendo o mais novo 21 anos e o mais velho 87 anos. Observou-se que a grande maioria dos participantes (84%) possuía idade superior a 60 anos. Segundo Constantino *et al.* (2016), apesar de estar bem estabelecido que fatores ambientais como o estilo de vida podem interferir no desenvolvimento da DCV, o envelhecimento é um dos fatores de risco para a doença. Na Tabela 1, estão descritas as características sociodemográficas da amostra.

Tabela 1. Distribuição da frequência de indivíduos segundo características sociodemográficas.

Variáveis	Nº participantes	%
Sexo		
Feminino	42	47,2
Masculino	47	52,8
Estado Conjugal		
Solteiro(a)	9	10,1
Casado(a)	64	71,9
Em união estável	1	1,1
Separado(a) ou divorciado(a)	1	1,1
Viúvo(a)	14	15,8
Com quem mora		
Sozinho(a)	9	10,1
Com familiares	78	87,7
Com amigos/colegas	2	2,2
Escolaridade		
Ensino Fundamental (até 4ª série)	7	7,9
Ensino Fundamental (até 8ª série)	7	7,9
Ensino Médio Incompleto	6	6,7
Ensino Médio Completo	23	25,8
Ensino Superior Incompleto	1	1,1
Ensino Superior Completo	25	28,1
Pós-graduação	20	22,5
Profissão		
Autônomo	8	9
Assalariado	8	9
Aposentado	64	71,9
Desempregado	1	1,1
Estudante	1	1,1
Outro	7	7,9
Renda		
Entre 1 e 3 salários-mínimos	13	14,6
Entre 3 e 5 salários-mínimos	16	18
Acima de 5 salários-mínimos	56	62,9
Não sei / prefiro não responder	4	4,5

Fonte: elaborado pelos autores (2022).

No que se refere ao grau de escolaridade, verifica-se o predomínio do nível de ensino acima do médio completo, sendo mais da metade da amostra com curso superior completo quando incluído também aqueles com pós-graduação, o que indica, de modo geral, que estas pessoas possuem alto nível de escolaridade. Ainda que a maioria dos participantes (71,9%) sejam aposentados, a renda mensal relatada mais prevalente (62,9%) é acima de 5 salários-mínimos, considerada alta pela média salarial do país, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2022). Sousa *et al.* (2020) em estudo com 59.758 adultos, observou que as chances de autoavaliar de forma ruim a saúde foram significativamente mais elevadas entre os indivíduos de menor renda e com pior nível de escolaridade. No Brasil, a escolaridade é fortemente associada à renda, e contribui para a análise das condições de vida e situação de saúde da população (FRANÇA, 2022). Acredita-se que o perfil da amostra nesta pesquisa esteja relacionado à instituição de saúde onde foi efetuada a coleta de dados, pois trata-se de uma clínica particular com atendimento também para alguns convênios.

Os participantes casados (71,9%) representaram a maioria da amostra, assim como aqueles que moram com familiares (87,5%). Estas características sociodemográficas são importantes, uma vez que interferem no estado de saúde, na rede de apoio social, no acesso a programas de promoção de saúde, dentre outros (FERREIRA; MEIRELES; FERREIRA, 2018).

Dentre os 89 participantes da pesquisa, 27 (34,3%) possuem uma DCV diagnosticada, enquanto os 62 (69,7%) demais possuem de duas até quatro DCV de forma concomitante. A DCV de maior prevalência na amostra foi a hipertensão arterial (HAS), diagnosticada em 60 indivíduos (67,4%). As demais patologias identificadas na amostra estudada além da HAS foram: insuficiência cardíaca (6,7%), cardiopatia congênita (3,4%), doença arterial coronariana (59,5%), acidente vascular cerebral (4,5%), infarto agudo do miocárdio (23,6%), aterosclerose (9%), arritmia cardíaca (13,5%) e angina (1,2%). Também foram relatadas as comorbidades diabetes *mellitus* (37%) e câncer (3,7%).

A multimorbidade, que envolve duas ou mais doenças ou condições médicas, ocorre em adultos de todas as idades, mas o número e a complexidade geralmente aumentam com o envelhecimento, de tal forma que a DCV em idosos normalmente ocorre em um contexto de multimorbidade (FORMAN *et al.*, 2018). Muitas das mudanças estruturais, fisiológicas e biológicas associadas à idade e estilo de vida que predispõem os pacientes à DCV também os predispõem a outras comorbidades e aumentam os riscos e consequências quando as doenças ocorrem (BARNES, 2015). Ressalta-se a prevalência de participantes idosos nesta pesquisa, o que pode estar relacionado a alta incidência de multimorbidade nesta amostra.

Quando classificado o índice de massa corporal (IMC) dos participantes deste estudo, verificou-se que apenas 25,9% estava eutrófico, enquanto todo o restante da amostra apresentou IMC acima do recomendado: 32,6% dos indivíduos com sobrepeso, 30,3% obesidade grau I, 10,1% obesidade grau 2 e 1,1% obesidade grau 3.

Perfil do Estilo de Vida

A relação de frequência de respostas dos itens do questionário QAEV-DCV está descrita na Tabela 2.

Tabela 2. Percentual de respostas dos participantes do programa de reabilitação cardíaca em cada item do Questionário de Avaliação do Estilo de Vida para Indivíduos com Doenças Cardiovasculares (QAEV-DCV).

Item	Pontuação QAEV-DCV				
	0	1	2	3	4
Pratico mais de 150 minutos de atividade física moderada a vigorosa por semana.	6,7%	5,6%	16,9%	20,2%	50,6%
Pratico atividades de fortalecimento muscular pelo menos 2 dias na semana.	7,9%	7,9%	11,2%	10,1%	62,9%
No dia a dia, procuro ser ativo nos meus momentos de lazer e demais afazeres.	4,5%	6,7%	19,1%	40,4%	29,2%
Consumo pelo menos 5 porções de frutas ou legumes ou verduras ao dia.	10,1%	11,2%	9%	20,2%	49,4%
Evito consumir carnes processadas, frituras, bebidas adoçadas, molhos e temperos prontos, lanches industrializados.	6,7%	27%	20,2%	25,8%	20,2%
Preciso perder ou ganhar _____ quilos para me aproximar do peso que considero saudável.	25,8%	7,9%	16,9%	18%	31,5%
Eu fumo cigarros, dispositivos eletrônicos com nicotina ou narguilé.	1,1%	2,2%	1,1%	2,2%	93,3%
A minha ingestão média por semana de álcool é: --- doses.	0	1,1%	0	5,6%	93,3%
Eu durmo bem e me sinto descansado.	11,2%	6,7%	21,3%	14,6%	46,1%
Eu durmo entre 7 e 9 horas por noite.	20,2%	5,6%	4,5%	22,5%	47,2%
Reservo ao menos 5 minutos todo dia para relaxar.	6,7%	7,9%	7,9%	13,5%	64%
Consigo equilibrar meu tempo de trabalho com o de lazer.	3,4%	5,6%	5,6%	16,9%	68,5%
Procuro cultivar amizades e estou satisfeito com meus relacionamentos.	0	4,5%	6,7%	16,9%	71,9%
Meu lazer inclui reunião com amigos, atividades em grupos, participações em associações ou comunidades religiosas ou espirituais, entre outras atividades equivalentes.	6,7%	18%	19,1%	27%	29,2%

Fonte: elaborado pelos autores (2022).

Enquanto apenas 29,2% dos sujeitos da pesquisa afirmaram serem sempre ativos no dia a dia, a maioria dos participantes da pesquisa relataram sempre praticar a recomendação de atividade física (50,6% exercício aeróbico e 62,9% exercício resistido) preconizada pela Organização Mundial de Saúde (2020). Acredita-se que esse fator se dá pela assiduidade dos indivíduos no programa de reabilitação cardíaca, que tem como foco a prática do exercício físico (RUY *et al.*, 2005). A inatividade física e o sedentarismo estão fortemente relacionados à mortalidade por todas as causas e por DCV, por isso a reabilitação cardiovascular atua nos principais desfechos das doenças, com efeitos comprovados na redução da mortalidade por DCV, na redução de hospitalizações e na melhora da qualidade de vida (PRÉCOMA *et al.*, 2019).

Ainda que quase a metade dos participantes (49,4%) consuma sempre a recomendação de frutas, legumes e verduras ao dia, apenas 20,2% evitam com maior frequência alimentos não recomendados: ultra processados, embutidos, refinados e ricos em sódio, gorduras e açúcares (ARNETT *et al.*, 2019). Ressalta-se que o alto consumo de frutas e vegetais é preventivo para doenças crônicas e está relacionado com a baixa mortalidade (DOUGHTY *et al.*, 2017; WANG *et al.*, 2021, 2014).

Destaca-se neste estudo o expressivo percentual (93,3%) de indivíduos que não consomem álcool (ou no máximo 1 dose ao dia) e não fazem uso de tabaco, narguilé e dispositivos de fumo eletrônicos. Segundo o último relatório de monitoramento da saúde da *World Health Organization* (2022b), o nível médio de consumo de álcool em todo o mundo diminuiu ligeiramente entre 2010 e 2019, assim como o uso de tabaco, que diminuiu mais acentuadamente. A relação do uso de álcool e DCV, principalmente a hipertensão, já é bem estabelecido, assim como as péssimas consequências para a saúde pelo longo tempo de exposição do organismo aos componentes deletérios contidos nos cigarros (PRÉCOMA *et al.*, 2019).

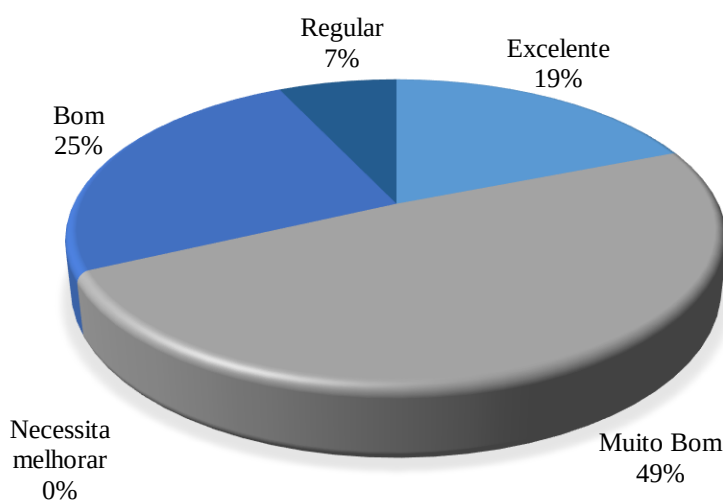
Quase metade dos indivíduos relatou sempre ter boa qualidade (46,1%) e tempo de sono (47,2%). Os distúrbios de sono são capazes de interferir negativamente em todos órgãos e sistemas, principalmente no sistema cardiovascular, sendo um preditor significativo para maior incidência de DCV além de interferir diretamente no bem-estar e qualidade de vida (DRAGER *et al.*, 2018; LINZ *et al.*, 2019). A maioria dos participantes (64% e 68,5%) também relataram sempre ter um tempo para relaxar e além de sempre equilibrar lazer e trabalho. Essas questões estão diretamente relacionadas ao gerenciamento do estresse, que de forma negativa podem desencadear eventos cardiovasculares (DOUGHTY *et al.*, 2017).

Apesar de grande parte dos sujeitos (71,9%) estarem sempre feliz com seus relacionamentos e em contato com amigos, apenas 29,3% afirmaram sempre frequentar atividades em grupos. Supõe-se que a baixa frequência em eventos e reuniões sociais se dê pela pandemia causada pela SARS-COV-2, ativa durante a coleta de dados, que preconizou o distanciamento social e o isolamento como meios de conter a emergência de saúde (WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022c).

A maior frequência de pontuação negativa ocorreu no item que avaliava o peso do indivíduo, quando 25,8% relataram que estavam mais de 8Kg fora do peso considerado saudável. Como esses sujeitos participam de constante avaliação e acompanhamento, acredita-se que tenham consciência da estimativa do seu peso ideal. Este achado corrobora com o perfil clínico desta amostra, que se apresenta em maioria um IMC acima do recomendado. Ressalta-se que a obesidade contribui diretamente para fatores de risco cardiovasculares e seus desfechos. Além disso, as exposições ambientais que contribuem para a obesidade também são consideradas fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, como a DCV (POWELL-WILEY *et al.*, 2021).

Quando avaliado o estilo de vida dos participantes da pesquisa, observou-se que praticamente metade da amostra (49%) apresenta um estilo de vida classificado como “Muito Bom”, conforme o Gráfico 1.

Gráfico 1. Perfil do estilo de vida de indivíduos com doenças cardiovasculares.



Fonte: elaborado pelos autores (2022).

A avaliação do estilo de vida é uma grande aliada na prevenção e no tratamento de doenças crônicas, como as cardiovasculares, já que se refere a fatores modificáveis pelo paciente (CUNHA *et al.*, 2016). O escore obtido na avaliação é capaz de identificar um problema real ou em potencial, possibilitando aplicar recursos e atenção para seu desfecho. É importante ressaltar que por trás do uso de instrumentos de avaliação, há um vasto histórico de pesquisas para possibilitar métodos que traduzem de forma objetiva e rápida a condição de um paciente e/ou população (GARDONA; BARBOSA, 2018).

A saúde desejada é alcançada quando os indivíduos adotam comportamentos de estilo de vida positivos, incluindo escolher uma dieta saudável, manter-se fisicamente ativo, ter uma boa qualidade de sono, conservar um peso saudável, não fumar nem consumir excesso de álcool, ter um bom gerenciamento de estresse e manter bons relacionamentos (ACLM, 2021). Esses pilares são fundamentados por praticamente todas as diretrizes clínicas baseadas em evidências para doenças crônicas e cardiovasculares (ARNETT *et al.*, 2019; BARROSO *et al.*, 2021; FALUDI *et al.*, 2017; MALACHIAS *et al.*, 2016; PERK *et al.*, 2012; PRÉCOMA *et al.*, 2019; RUY *et al.*, 2005; SIMÃO *et al.*, 2013).

De uma maneira geral, a população avaliada neste estudo apresenta um estilo de vida muito satisfatório. A importância desses comportamentos na prevenção da DCV está bem documentada, e algumas intervenções de estilo de vida para pacientes com DCV demonstraram eficácia (DOUGHTY *et al.*, 2017). Todos os participantes do estudo estão em acompanhamento no programa de reabilitação cardíaca, e são constantemente avaliados e orientados por uma equipe interdisciplinar de profissionais (médicos, fisioterapeutas, enfermeiros e nutricionista). Além disso, o fato de a maioria da amostra ser aposentada, contribui para que tenham maior disponibilidade de tempo para frequentar o programa de saúde, manter atividades sociais, ter um bom gerenciamento de estresse e qualidade de sono.

É importante salientar que o ambiente de reabilitação que os pacientes frequentam é bastante agradável e proporciona bem-estar social através da interação entre os pacientes, profissionais e acadêmicos em estágio. A conexão social é essencial para a resiliência emocional enquanto o isolamento está associado ao aumento da mortalidade, por isso deve-se considerar o ambiente doméstico e comunitário do paciente para a melhora da saúde geral (ACLM, 2021).

Variáveis Sociodemográficas e Perfil do Estilo de Vida

Não foi verificada associação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas e perfil do estilo de vida.

A descrição dos resultados obtidos no questionário de estilo de vida segundo as variáveis sociodemográficas da amostra, está apresentado na Tabela 3.

Tabela 3. Média e desvio padrão do escore do Questionário de Avaliação do Estilo de Vida para Indivíduos com Doenças Cardiovasculares (QAEV-DCV) para cada característica descritiva da amostra.

Variável	Pontuação Média e DP	Classificação Estilo de Vida QAEV-DCV	Pontuação mínima	Pontuação máxima
Sexo				
Feminino	42 ± 6,4	Muito Bom	28	54
Masculino	41 ± 7,2	Muito Bom	24	52
Idade				
20 a 29 anos	43 ± 6,3	Muito Bom	39	48
40 a 49 anos	31 ± 6,9	Bom	24	42
50 a 59 anos	40 ± 5,2	Muito Bom	26	49
60 a 69 anos	43 ± 7,3	Muito Bom	26	51
70 a 79 anos	46 ± 5,5	Muito Bom	33	54
Acima de 80 anos	42 ± 5	Muito Bom	32	52
Índice de Massa Corporal (IMC)				
Eutrófico	45 ± 6	Muito Bom	31	54
Sobrepeso	44 ± 7	Muito Bom	26	52
Obesidade I	40 ± 6,3	Muito Bom	26	51
Obesidade II	43 ± 7,8	Muito Bom	24	48
Obesidade III	37	Bom	NA	NA
Estado Conjugal				
Solteiro(a)	41 ± 9	Muito Bom	26	54
Casado(a)	42 ± 6,5	Muito Bom	24	52
Em união estável	47	Muito Bom	NA	NA
Separado(a) ou divorciado(a)	44	Muito Bom	NA	NA
Viúvo(a)	45 ± 7,1	Muito Bom	28	54
Com quem mora				
Sozinho(a)	44 ± 6,4	Muito Bom	29	51
Com familiares	42 ± 6,9	Muito Bom	24	54
Com amigos/colegas	47 ± 0,7	Muito Bom	47	48
Escolaridade				
Ensino Fundamental (até 4ª série)	39 ± 6,5	Muito Bom	33	51
Ensino Fundamental (até 8ª série)	47 ± 3,8	Muito Bom	39	49
Ensino Médio Incompleto	31 ± 9,9	Bom	28	54
Ensino Médio Completo	43 ± 7	Muito Bom	24	52
Ensino Superior Incompleto	48	Excelente	NA	NA
Ensino Superior Completo	44 ± 5,3	Muito Bom	32	54
Pós-graduação	41 ± 7,2	Muito Bom	26	50
Profissão				
Autônomo	38 ± 6,4	Bom	28	48
Assalariado	39 ± 6,9	Muito Bom	26	50
Aposentado	44 ± 5,9	Muito Bom	28	54
Desempregado	31	Bom	NA	NA
Estudante	48	Excelente	NA	NA
Outro	37 ± 8,1	Bom	24	46
Renda				
Entre 1 e 3 salários-mínimos	43 ± 7,8	Muito Bom	28	54
Entre 3 e 5 salários-mínimos	41 ± 5,3	Muito Bom	31	47
Acima de 5 salários-mínimos	42 ± 7	Muito Bom	24	54
Não sei / prefiro não responder	46 ± 5,5	Muito Bom	38	50

Fonte: elaborado pelos autores (2022). Legenda: NA: Não se aplica.

QAEV-DCV: Questionário de Avaliação do Estilo de Vida para Indivíduos com Doenças Cardiovasculares.

Não foi observado diferença na classificação do estilo de vida entre mulheres e homens, assim como nas variáveis renda, com quem mora e estado conjugal; sendo todos classificados como “Muito Bom”.

Já a faixa etária entre 40 e 49 anos pontuou abaixo das demais faixas de idade da amostra, classificando o estilo de vida como “Bom”. Esta faixa etária, segundo o Ministério do Trabalho e Previdência do Brasil (2021), é a mais atuante no mercado de trabalho. Esse fator pode explicar a falta de prioridade e tempo para o autocuidado em saúde. Mesmo que o estilo de vida afete a saúde em todas as idades, as consequências dos maus hábitos de vida podem impactar de forma diferente os adultos mais jovens e os idosos, que podem ser fortemente dependentes da exposição no início da vida (RIZZUTO; FRATIGLIONI, 2014).

Estudos sobre a associação de uma combinação de fatores de estilo de vida com o envelhecimento, reforçam a suposição de que comportamentos saudáveis na meia-idade tendem a levar a um envelhecimento saudável (ATALLAH *et al.*, 2018; SABIA *et al.*, 2012; SOWA *et al.*, 2016).

A classificação do estilo de vida dos participantes com características de obesidade grau III, desempregada e com ensino médio incompleto, também foi “Bom”, com escore abaixo das demais. Destaca-se que mudanças para um estilo de vida saudável em adultos obesos frequentemente apresenta baixa eficácia e adesão. As barreiras à intervenção no estilo de vida dessa população incluem: baixa motivação, falta de tempo, limitações físicas, desinformação, dentre outros (BURGESS; HASSMÉN; PUMPA, 2017).

De forma geral, as condições de saúde dos indivíduos com algum tipo de complicação cardiovascular são complexas. Para tanto, os cuidados devem partir de ações com o objetivo de prevenir ou reduzir os agravos à saúde. Dessa forma, conhecer o estilo de vida do paciente serve como subsídio para os profissionais de saúde adquirirem competência clínica para atuar na assistência e educação em saúde em todos os níveis de atenção com foco no cuidado preventivo, curativo e de manutenção às pessoas com DCNT (SANTOS *et al.*, 2021). Dito isso, sugere-se que a boa pontuação do QAEV-DCV pela amostra deste estudo é resultado da intervenção do programa de reabilitação cardíaca. As evidências do potencial do estilo de vida como medicina para prevenir, tratar e até reverter variedades predominantes de DCV são muito fortes (DOUGHTY *et al.*, 2017). Além disso, adotar estilos de vida saudáveis é a estratégia mais econômica para prevenir doenças não transmissíveis, através da orientação de profissionais de saúde aos pacientes, especialmente aqueles com DCV e indivíduos de alto risco (ZHANG *et al.*, 2021).

Apesar da poderosa influência do estilo de vida sobre as DCV, a mudança de comportamento é um grande desafio. O contexto cultural, pode conspirar ativamente contra o estilo de vida saudável. Há evidência do impacto favorável de intervenções comunitárias para tratar uma população, em vez de um indivíduo, como o paciente (KATZ, 2014). Dessa forma, programas como a reabilitação cardíaca podem ser um poderoso meio de melhorar a adesão e a aderência ao estilo de vida saudável, não apenas pela prática continuada de exercícios físicos orientados, mas pelo suporte de todos os outros pilares do estilo de vida que direta ou indiretamente são estimulados durante o acompanhamento. Além disso, inserir os indivíduos em um ambiente que estimule os comportamentos saudáveis é essencial no processo de adesão e constância à mudança comportamental. Se a adesão for melhorada, a eficácia do tratamento, os resultados de saúde e a carga final das doenças crônicas podem também ser melhorados (BURGESS; HASSMÉN; PUMPA, 2017) .

É importante ainda considerar todos os comportamentos do estilo de vida no processo de saúde. Loef e Walach (2012) concluíram em uma metanálise que uma combinação de pelo menos quatro fatores de estilo de vida está associada a uma redução de 66% da mortalidade geral. Barbaresko *et al.* (2018) mostraram, ainda, em metanálise que a adesão a vários comportamentos de estilo de vida saudável simultaneamente, foi associado a risco reduzido de DCV em 66% quando comparado com a adoção de nenhum ou apenas um comportamento do estilo de vida saudável. Esses achados apoiam a mudança de diferentes hábitos do estilo de vida de forma global para prevenção e melhor desfecho da DCV.

4.2.4 Considerações Finais

O estilo de vida dos participantes de um programa de reabilitação cardíaca avaliado por meio do QAEV-DCV foi classificado “muito bom”. Este resultado sugere que o programa de reabilitação cardíaca pode ser uma boa ferramenta de intervenção do estilo de vida, não apenas na atividade física, mas em todos os pilares relacionados às doenças crônicas e cardiovasculares. Ademais, a reabilitação cardíaca é um tratamento com excelente custo-efetividade. Os dados aqui apresentados demonstram a importância do estilo de vida no manejo e prevenção de DCV

Recomenda-se que pesquisas futuras possibilitem a continuidade da investigação sobre o estilo de vida em pacientes com DCV, comparando os participantes de programas de reabilitação com aqueles que não fazem parte deste tipo de acompanhamento.

Referências

ACLM. **Lifestyle medicine**. Disponível em: <<https://lifestylemedicine.org/>>. Acesso em: 02 jan. 2021.

ARNETT, D. K. *et al.* 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. **Circulation**, v. 140, n. 11, 10 set. 2019.

ATALLAH, N. *et al.* How healthy lifestyle factors at midlife relate to healthy aging. **Nutrients**, v. 10, n. 7, 1 jul. 2018.

BARBARESKO, J.; RIENKS, J.; NÖTHLINGS, U. Lifestyle Indices and Cardiovascular Disease Risk: A Meta-analysis. **American Journal of Preventive Medicine**. Elsevier Inc., 1 out. 2018.

BARNES, P. J. Mechanisms of development of multimorbidity in the elderly. **European Respiratory Journal**, v. 45, n. 3, p. 790–806, 1 mar. 2015.

BARROSO, W. K. S. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, n. 3, p. 516–658, 3 mar. 2021.

BRASIL. **Relação Anual de Informações Sociais - Rais**. Ministério do Trabalho e Previdência. 2021.

BRASIL, M. DA S. **Vigitel Brasil 2019**. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2020.

BURGESS, E.; HASSMÉN, P.; PUMPA, K. L. Determinants of adherence to lifestyle intervention in adults with obesity: a systematic review. **Clinical Obesity**, v. 7, n. 3, p. 123–135, jun. 2017.

CHAN, M. **Ten years in public health, 2007–2017**. Geneva: 2017.

COSTANTINO, S.; PANENI, F.; COSENTINO, F. Ageing, metabolism and cardiovascular disease. **Journal of Physiology**. 2016.

CUNHA, E. F. D. *et al.* Avaliação do estilo de vida de pacientes com infarto agudo do miocárdio admitidos em uma unidade coronariana Lifestyle assessment of patients with acute myocardial of admitted in a coronary unit. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 14, n. 071, p. 18–21, 2016.

DE SOUSA, J. L. *et al.* Markers of inequality in self-rated health in Brazilian adults according to sex. **Cadernos de Saude Publica**, v. 36, n. 5, 2020.

DOUGHTY, K. N. *et al.* Lifestyle Medicine and the Management of Cardiovascular Disease. **Current Cardiology Reports**, v. 19, n. 11, p. 116, 4 nov. 2017.

DRAGER, L. F. *et al.* 1º Posicionamento Brasileiro sobre o Impacto dos Distúrbios de Sono nas Doenças Cardiovasculares da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 111, n. 2, p. 290–340, 2018.

FALUDI, A. *et al.* Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose - 2017. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 109, n. 1, p. 1–76, 2017.

FERREIRA, L. K.; MEIRELES, J. F. F.; FERREIRA, M. E. C. Evaluation of lifestyle and quality of life in the elderly: a literature review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 5, p. 616–627, out. 2018.

FORMAN, D. E. *et al.* Multimorbidity in Older Adults With Cardiovascular Disease. **Journal of the American College of Cardiology**. Elsevier USA, 15 maio 2018.

FRANÇA, G. **Relação entre escolaridade e renda no Brasil na década de 1990**. Dialética, 2022.

GARDONA, R. G. B.; BARBOSA, D. A. The importance of clinical practice supported by health assessment tools. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 4, p. 1815–1816, ago. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Brasília, 2022.

KATZ, D. L. Lifestyle Is the Medicine, Culture Is the Spoon: The Covariance of Proposition and Preposition. **American Journal of Lifestyle Medicine**. 1 set. 2014.

LINZ, D. *et al.* Sleep and cardiovascular risk: how much is too much of a good thing? **European Heart Journal**, v. 40, n. 20, p. 1630–1632, 21 maio 2019.

LOEF, M.; WALACH, H. The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: A systematic review and meta-analysis. **Preventive Medicine**, v. 55, n. 3, p. 163–170, set. 2012.

MALACHIAS, M. *et al.* 7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial. **Arquivos**, v. 107, n. 3, 2016.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Diretrizes da OMS para atividade física e comportamento sedentário: num piscar de olhos. **Group Psychotherapy for Students and Teachers (RLE: Group Therapy)**, p. 45–45, 2020.

PERK, J. *et al.* European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. **European Heart Journal**, v. 33, n. 13, p. 1635–1701, 1 jul. 2012.

POWELL-WILEY, T. M. *et al.* Obesity and Cardiovascular Disease: A Scientific Statement from the American Heart Association. **Circulation**, 2021.

PRÉCOMA, D. B. *et al.* Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 113, n. 4, p. 787–891, 2019.

RIZZUTO, D.; FRATIGLIONI, L. Lifestyle factors related to mortality and survival: A mini-review. **Gerontology**. 2014.

RUY, E. *et al.* DIRETRIZ DE REABILITAÇÃO CARDÍACA. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. 2020.

SABIA, S. *et al.* Influence of individual and combined healthy behaviours on successful aging. **CMAJ**, v. 184, n. 18, p. 1985–1992, 11 dez. 2012.

SANTOS, T. T. DE S. *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com doenças cardiovasculares em um hospital geral. **Journal of Nursing and Health**, v. 11, n. 1, p. 0–2, 2021.

SIMÃO, A. *et al.* I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arq Bras Cardiol**, v. 101, n. 6.2, p. 1–63, 2013.

SOWA, A. *et al.* Predictors of healthy ageing: Public health policy targets. **BMC Health Services Research**. 5 set. 2016.

WANG, D. D. *et al.* Fruit and Vegetable Intake and Mortality: Results from 2 Prospective Cohort Studies of US Men and Women and a Meta-Analysis of 26 Cohort Studies. **Circulation**, p. 1642–1654, 2021.

WANG, X. *et al.* Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: Systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. **BMJ**, v. 349, 29 jul. 2014.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases**. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1>. Acesso em: 02 jan. 2021.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cardiovascular diseases**. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases/#tab=tab_1>. Acesso em: 22 mar. 2022a.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. 2022.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus disease (COVID-19)**. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1>. Acesso em: 30 maio. 2022c.

WILSON, D. M. C.; CILISKA, D. Lifestyle Assessment: Development And Use of the FANTASTIC Checklist. **CAN. FAM. PHYSICIAN**, v. 30, 1984.

ZHANG, Y. B. *et al.* Combined lifestyle factors, all-cause mortality and cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. **Journal of Epidemiology and Community Health**. 1 jan. 2021.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta dissertação foi apresentado e discutido a importante relação do estilo de vida com a DCV, destacando o impacto positivo que os comportamentos saudáveis, principalmente quando associados, possuem na prevenção e no manejo da doença. No entanto, os achados da revisão sistemática apresentada possibilitaram observar que não há, até o presente momento, um instrumento validado de avaliação do estilo de vida para adultos com doenças cardiovasculares.

Foi apresentado o processo de elaboração e validação inicial do instrumento QAEV-DCV. Identificou-se o criterioso processo de construção e validação de instrumentos científicos e a importância deste para a obtenção de resultados de confiabilidade. O instrumento desenvolvido neste estudo demonstrou ter um elevado grau de evidência de validade de conteúdo, além de sua relevância para avaliar o estilo de vida de pacientes com doenças cardiovasculares.

Ao aplicar o QAEV-DCV em adultos e idosos participantes do programa de reabilitação cardíaca, identificou-se o predomínio de um estilo de vida classificado como Muito Bom, nesta amostra. O que sugere que o referido programa contribui para a melhora ou manutenção de um estilo de vida saudável em todos os pilares relacionados à DCV.

Como limitações do estudo, destaca-se que a amostra selecionada tem características sociodemográficas e comportamentais bastante homogêneas. Isso pode estar relacionado ao local selecionado para coleta de dados. Diante disso, sugere-se a continuidade dos estudos de validade deste instrumento.

Entende-se que este trabalho pode contribuir tanto para fins científicos, como para discussão dos comportamentos do estilo de vida como terapêutica na prevenção e tratamento de DCV e DCNT. Aponta-se a importância da interdisciplinaridade neste processo, pois os pilares discutidos neste estudo abrangem diferentes saberes, e a contribuição da interdisciplinaridade pode ser uma poderosa ferramenta na complexidade de mudança para um estilo de vida mais saudável.

REFERÊNCIAS GERAIS

- ACLM. **Lifestyle medicine**. Disponível em: <<https://lifestylemedicine.org/>>. Acesso em: 02 jan. 2021.
- ACOSTA, T. *et al.* A demonstration area for type 2 diabetes prevention in Barranquilla and Juan Mina (Colombia). **Medicine**, v. 97, n. 1, 2018.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência e Saúde Coletiva e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061–3068, 2011.
- ARNETT, D. K. *et al.* 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. **Circulation**, v. 140, n. 11, 10 set. 2019.
- ATALLAH, N. *et al.* How healthy lifestyle factors at midlife relate to healthy aging. **Nutrients**, v. 10, n. 7, 1 jul. 2018.
- BARBARESCO, J.; RIENKS, J.; NÖTHLINGS, U. Lifestyle Indices and Cardiovascular Disease Risk: A Meta-analysis. **American Journal of Preventive Medicine**. 1 out. 2018.
- BARNES, P. J. Mechanisms of development of multimorbidity in the elderly. **European Respiratory Journal**, v. 45, n. 3, p. 790–806, 1 mar. 2015.
- BARROSO, W. K. S. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, n. 3, p. 516–658, 3 mar. 2021.
- BOLARINWA, O. Principles and methods of validity and reliability testing of questionnaires used in social and health science researches. **Nigerian Postgraduate Medical Journal**, v. 22, n. 4, p. 195, 2015.
- BONN, S. E. *et al.* App-technology to improve lifestyle behaviors among working adults - the Health Integrator study, a randomized controlled trial. **BMC Public Health**, v. 19, n. 273, p. 1–8, 2019.
- BORG, G. **Escalas de Borg para a dor e o esforço percebido**. São Paulo: Manole, 2000.
- BOTH, J. *et al.* Validação da escala “Perfil do Estilo de Vida Individual.” **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 13, p. 5–14, 2008.
- BRADBURN, N.; SUDMAN, S.; WANSINK, B. **Asking QuAsking questions: the definitive guide to questionnaire design—for market research, political polls, and social and health questionnairesestions**. San Francisco: Jossey-Bass, 2004.
- BRASIL. **GUIA DE ATIVIDADE FÍSICA PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA**. Brasília: 2021.
- BRASIL. **Relação Anual de Informações Sociais - Rais**. Ministério do Trabalho e Previdência: 2021.
- BRASIL. **Vigitel Brasil 2019**. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2020.

- BURGESS, E.; HASSMÉN, P.; PUMPA, K. L. Determinants of adherence to lifestyle intervention in adults with obesity: a systematic review. **Clinical Obesity**, v. 7, n. 3, p. 123–135, jun. 2017.
- CAMERON, D. *et al.* A theory-based online health behaviour intervention for new university students: results from a repeat randomized controlled trial. **Trials**, v. 16, n. 555, p. 1–15, 2015.
- CAMPO-ARIAS, A.; OVIEDO, H. C. Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. **Rev. salud pública**, v. 10, n. 5, p. 831–839, 2008.
- CHAGAS, C. A. *et al.* Prevalência estimada e fatores associados à hipertensão arterial em indígenas adultos Krenak do Estado de Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. 1–15, 2020.
- CHAN, M. **Ten years in public health, 2007–2017**. Geneva: 2017.
- COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 925–936, 2015.
- COSTANTINO, S.; PANENI, F.; COSENTINO, F. Ageing, metabolism and cardiovascular disease. **Journal of Physiology**, 15 abr. 2016.
- CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. **PSYCHOMETRIKA**, v. 16, n. 3, 1951.
- CUNHA, E. F. D. *et al.* Avaliação do estilo de vida de pacientes com infarto agudo do miocárdio admitidos em uma unidade. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 14, n. 071, p. 18–21, 2016.
- DE SOUSA, J. L. *et al.* Markers of inequality in self-rated health in Brazilian adults according to sex. **Cadernos de Saude Publica**, v. 36, n. 5, 2020.
- DE VET, H. C. W. *et al.* **Measurement in Medicine**. 1. ed. Cambridge University Press, 2011.
- DE WAURE, C. *et al.* Lifestyle Interventions in Patients with Coronary Heart Disease. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 45, n. 2, p. 207–216, ago. 2013.
- DONG, L. *et al.* Diet, lifestyle and cognitive function in old Chinese adults. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 63, p. 36–42, 2016.
- DOUGHTY, K. N. *et al.* Lifestyle Medicine and the Management of Cardiovascular Disease. **Current Cardiology Reports**, v. 19, n. 11, p. 116, 4 nov. 2017.
- DRAGER, L. F. *et al.* 1º Posicionamento Brasileiro sobre o Impacto dos Distúrbios de Sono nas Doenças Cardiovasculares da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 111, n. 2, p. 290–340, 2018.
- EIKELENBOOM, N. *et al.* Effectiveness of personalised support for self-management in primary care : a cluster randomised controlled trial. **Br J Gen Pract**, v. 66, n. May, p. 354–361, 2016.
- FALUDI, A. *et al.* Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose - 2017. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 109, n. 1, p. 1–76, 2017.

FERNANDES, A. C. *et al.* Impact of a brief psychological intervention on lifestyle, risk factors and disease knowledge during phase I of cardiac rehabilitation after acute coronary syndrome. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, v. 38, n. 5, p. 361–368, 2019.

FERREIRA, L. K.; MEIRELES, J. F. F.; FERREIRA, M. E. C. Evaluation of lifestyle and quality of life in the elderly: a literature review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 5, p. 616–627, out. 2018.

FONTANA, I. L. **Impact du style de vie sur le vieillissement cognitif : Étude des modérateurs du déclin cognitif tout au long de la vie adulte . Comment les différences hommes / femmes amènent à reconsidérer l ' influence du style de vie sur le fonctionnement cognitif ?** 2017. Tese de Doutorado. Université Paris Saclay (COMUE).

FORMAN, D. E. *et al.* Multimorbidity in Older Adults With Cardiovascular Disease. **Journal of the American College of Cardiology**, 15 maio 2018.

FRANÇA, G. **Relação entre escolaridade e renda no Brasil na década de 1990**. Dialética, 2022.

FRANSE, C. B. *et al.* The effectiveness of a coordinated preventive care approach for healthy ageing (UHCE) among older persons in five European cities : A pre-post controlled trial. **International Journal of Nursing Studies**, v. 88, n. April, p. 153–162, 2018.

GARDONA, R. G. B.; BARBOSA, D. A. The importance of clinical practice supported by health assessment tools. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 4, p. 1815–1816, ago. 2018.

GODWIN, M. *et al.* Concurrent and Convergent Validity of the Simple Lifestyle Indicator Questionnaire. **Family Medicine**, v. 2013, 2013.

GOLEM, D. L. *et al.* An Integrative Review of Sleep for Nutrition. **Adv Nutr.**, v. 5, 2014.

GRACINO, M. E. *et al.* Análise da capacidade dos médicos para o trabalho, na cidade de Maringá. **Rev Bras Med Trab**, v. 16, n. 4, p. 417–428, 2018.

HAIR, J. F. J. *et al.* **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. São Paulo: Bookman, 2007.

HAMAM, F. A. *et al.* The association of eating habits and lifestyle with overweight and obesity among health sciences students in Taif University , KSA. **Journal of Taibah University Medical Sciences**, v. 12, p. 249–260, 2017.

HILES, S. A. *et al.* Unhealthy lifestyle may increase later depression via inflammation in older women but not men. **Journal of Psychiatric Research**, v. 63, p. 65–74, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Brasília, 2022.

JUNIOR, J. A. B.; MATSUDA, L. M. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Rev Bras de Enfermagem**, v. 65, n. 5, p. 751–757, 2012.

KAAR, J. *et al.* Sleep, health behaviors, and behavioral interventions: Reducing the risk of cardiovascular disease in adults. **World J Cardiol.**, v. 9, n. 5, 2017.

KATZ, D. L. Lifestyle Is the Medicine, Culture Is the Spoon: The Covariance of Proposition and Preposition. **American Journal of Lifestyle Medicine**, 1 set. 2014.

- KENT, L. M.; REIERSON, P.; MORTON, D. P. Live more: Study protocol for a community-based lifestyle education program addressing non-communicable diseases in low-literacy areas of the South Pacific. **BMC Public Health**, v. 15, p. 1–8, 2015.
- KHERA, A. V. *et al.* Genetic Risk, Adherence to a Healthy Lifestyle, and Coronary Disease. **New England Journal of Medicine**, v. 375, n. 24, p. 2349–2358, 15 dez. 2016.
- KIM, E. Y. *et al.* Depression trajectories and the association with metabolic adversities among the middle-aged adults. **Journal of Affective Disorders**, v. 188, p. 14–21, 2015.
- KOHANSIEH, M.; MAKARYUS, A. N. Sleep Deficiency and Deprivation Leading to Cardiovascular Disease. **International Journal of Hypertension**, v. 2015, 2015.
- KUGATHASAN, T. A. *et al.* Activate Your Health, a 3-year, multi-site, workplace healthy lifestyle promotion program: study design. **BCM Public Health**, v. 19, p. 1–9, 2019.
- KUSHNER, R. F.; SORENSEN, K. W. Lifestyle medicine: the future of chronic disease management. **Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes**, v. 20, n. 5, p. 389–395, 2013.
- KVAHAVIK, E.; URSIN, G.; HUXLEY, R. R. Influence of Individual and Combined Health Behaviors on Total and Cause- Specific Mortality in Men and Women The United Kingdom Health and Lifestyle Survey. **ARCH INTERN MED**, v. 170, n. April, 2010.
- LI, G. *et al.* Cardiovascular mortality, all-cause mortality, and diabetes incidence after lifestyle intervention for people with impaired glucose tolerance in the Da Qing Diabetes Prevention Study: A 23-year follow-up study. **The Lancet Diabetes and Endocrinology**, v. 2, n. 6, p. 474–480, 2014.
- LIMA, A. R. S. *et al.* Limiar de tolerância de dor à pressão, estilo de vida, força muscular e capacidade funcional em idosos com sarcopenia. **Acta Fisiatr.**, v. 23, n. 2, p. 73–77, 2016.
- LINZ, D. *et al.* Sleep and cardiovascular risk: how much is too much of a good thing? **European Heart Journal**, v. 40, n. 20, p. 1630–1632, 21 maio 2019.
- LOEF, M.; WALACH, H. The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: A systematic review and meta-analysis. **Preventive Medicine**, v. 55, n. 3, p. 163–170, set. 2012.
- LOPEZ-FONTANA, I. *et al.* A global lifestyle assessment: Psychometric properties of the General Lifestyle Questionnaire. **Psychologie Francaise**, 2020.
- LU, J. *et al.* Protocol for the China PEACE (Patient- centered Evaluative Assessment of Cardiac Events) Million Persons Project pilot. **BMJ Open**, v. 6, 2016.
- LYNN M. R. Determination and quantification of content validity. **Nursing Research**, v. 35, n. 6, p. 382–386, 1986.
- MALACHIAS, M. *et al.* 7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial. **arquivos**, v. 107, n. 3, 2016.
- MAROCO, J.; GARCIA-MARQUES, T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? **Laboratório de Psicologia**, v. 4, n. 1, p. 65–90, 2006.
- MASSA, K. H. C.; DUARTE, Y. A. O.; FILHO, A. D. P. C. Analysis of the prevalence of cardiovascular diseases and associated factors among the elderly, 2000-2010. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 105–114, 2019.

- MCGEE, S. L.; HARGREAVES, M. Exercise adaptations: molecular mechanisms and potential targets for therapeutic benefit. **Nature Reviews Endocrinology**, p. 1–11, 2020.
- MENEGUCI, J. *et al.* Comportamento sedentário: conceito, implicações fisiológicas e os procedimentos de avaliação. **Motricidade**, v. 11, n. 1, p. 160–174, 2015.
- MIRMIRAN, P. *et al.* Does the association between patterns of fruit and vegetables and metabolic syndrome incidence vary according to lifestyle factors and socioeconomic status? **Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases**, v. 30, n. 8, p. 1322–1336, 2020.
- MOHER, D. *et al.* Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. **PLoS Medicine**, v. 6, n. 7, 2009.
- MOKKINK, L. B. *et al.* The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 63, n. 7, p. 737–745, 2010.
- MORA RIPOLL, R. Medicina del estilo de vida: la importancia de considerar todas las causas de la enfermedad. **Revista de Psiquiatría y Salud Mental**, v. 5, n. 1, p. 48–52, jan. 2012.
- MOZAFFARIAN, D. Dietary and Policy Priorities for Cardiovascular Disease, Diabetes, and Obesity. **Circulation**, v. 133, n. 2, p. 187–225, 12 jan. 2016.
- NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G.; FRANCALACCI, V. O Pentágono do Bem-estar - Base Conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos e/ou grupos. **Rev Bras Ativ Fis Saúde**, v. 5, n. 2, 2000.
- NASCIMENTO, B. R. *et al.* Cardiovascular Disease Epidemiology in Portuguese-Speaking Countries: data from the Global Burden of Disease, 1990 to 2016. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 110, n. 6, p. 500–511, 2018.
- NEPOMUCENO, P. *et al.* Cardiovascular risk, lifestyle and anthropometric status of rural workers in Pardo River Valley, Rio Grande do Sul, Brazil. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 18, n. 1, p. 91–96, 2020.
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Diretrizes da OMS para atividade física e comportamento sedentário: num piscar de olhos. **Group Psychotherapy for Students and Teachers (RLE: Group Therapy)**, p. 45–45, 2020.
- OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Doenças Cardiovasculares**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/doencas-cardiovasculares>>. Acesso em: 18 jun. 2021.
- PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas. **Rev. Psiquiatr. Clín.** 25(5):206-13, 1998
- PEREIRA, D. S. DE L.; OLIVEIRA, A. S.; OLIVEIRA, R. E. M. Avaliação do perfil de estilo de vida de usuários que praticam exercício físico regular comparado a usuários sedentários inseridos em uma estratégia de saúde da família – Região Sudeste do Brasil. **Rev. APS**, v. 20, n. 1, p. 30–39, 2017.
- PERK, J. *et al.* European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012): The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. **European Heart Journal**, v. 33, n. 13, p. 1635–1701, 1 jul. 2012.

PETERSON, R. A. A Meta-analysis of Cronbach's Coefficient Alpha. **Journal of Consumer Research**, v. 21, 1994.

PILATTI, L. A.; PEDROSO, B.; GUTIERREZ, G. L. Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação: Um debate necessário. **Revista Brasileira de Ensino de Ciência e Tecnologia**, v. 3, n. 1, 24 jun. 2010.

POLANSKA, K. *et al.* Early Human Development Maternal lifestyle during pregnancy and child psychomotor development — Polish Mother and Child Cohort study. **Early Human Development**, v. 91, p. 317–325, 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Research in Nursing and Health**, v. 29, n. 5, p. 489–497, out. 2006.

PÔRTO, E. F. *et al.* How life style has been evaluated: a systematic review. **Acta Fisiátrica**, v. 22, n. 4, p. 199–205, 2015.

POWELL-WILEY, T. M. *et al.* Obesity and Cardiovascular Disease: A Scientific Statement from the American Heart Association. **Circulation**. 2021.

PRÉCOMA, D. B. *et al.* Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 113, n. 4, p. 787–891, 2019.

RIPPE, J. M. Are We Ready to Practice Lifestyle Medicine? **The American Journal of Medicine**, v. 132, n. 1, p. 6–8, 2019.

RIZZUTO, D.; FRATIGLIONI, L. Lifestyle factors related to mortality and survival: A mini-review. **Gerontology**. 2014.

ROCHA, R. M.; MARTINS, W. DE A. **Manual de prevenção cardiovascular**. 2017.

RODRIGUEZ AÑEZ, C. R.; REIS, R. S.; PETROSKI, E. L. Versão brasileira do questionário “estilo de vida fantástico”: tradução e validação para adultos jovens. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 91, n. 2, p. 102–109, ago. 2008.

RUY, E. *et al.* **DIRETRIZ DE REABILITAÇÃO CARDÍACA**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2020.

SABIA, S. *et al.* Influence of individual and combined healthy behaviours on successful aging. **CMAJ**, v. 184, n. 18, p. 1985–1992, 11 dez. 2012.

SACHDEVA, S.; SACHDEV, T.; SACHDEVA, R. Increasing fruit and vegetable consumption: Challenges and opportunities. **Indian Journal of Community Medicine**, v. 38, n. 4, p. 192–197, out. 2013.

SANTOS, C. M. D. C.; PIMENTA, C. A. D. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 508–511, 2007.

SANTOS, T. T. DE S. *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com doenças cardiovasculares em um hospital geral. **Journal of Nursing and Health**, v. 11, n. 1, p. 0–2, 2021.

- SHARMA, K. *et al.* Non-physician health workers for improving adherence to medications and healthy lifestyle following acute coronary syndrome: 24-month follow-up study. **Indian Heart Journal**, v. 68, n. 6, p. 832–840, 2016.
- SHIMURA, A. *et al.* Which sleep hygiene factors are important? comprehensive assessment of lifestyle habits and job environment on sleep among office workers. **Sleep Health**, 2020.
- SILVA, C.; OLIVEIRA, N. C.; ALFIERI, F. M. Mobilidade funcional, força, medo de cair, estilo e qualidade de vida em idosos praticantes de caminhada. **Acta Fisiatr.**, v. 25, n. 1, p. 22–26, 2018.
- SILVA, F. M.; SOUSA, P. H. A.; SILVEIRA, R. C. DA P. Estilo e qualidade de vida de coletores de resíduos. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 19, n. 1, p. 1–10, 2017.
- SILVEIRA, P. M. DA *et al.* Escala de avaliação do perfil do estilo de vida por meio da teoria da resposta ao item. **Revista da Educação Física**, v. 26, n. 4, p. 519–527, 2015.
- SIMÃO, A. *et al.* I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arq Bras Cardiol**, v. 101, n. 6.2, p. 1–63, 2013.
- SOWA, A. *et al.* Predictors of healthy ageing: Public health policy targets. **BMC Health Services Research**. 5 set. 2016.
- SPASSOVA, L. *et al.* Randomised controlled trial to evaluate the efficacy and usability of a computerised phone-based lifestyle coaching system for primary and secondary prevention of stroke. **BMC Neurology**, v. 16, n. 22, p. 1–9, 2016.
- STANAWAY, J. D. *et al.* Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Stu. **The Lancet**, v. 392, n. 10159, p. 1923–1994, 2018.
- STREINER, D. L.; NORMAN, G. R.; CAIRNEY, J. **Health Measurement Scales**. 5. ed. [s.l.] Oxford University Press, 2015.
- TANG, W.; CUI, Y.; BABENKO, O. Internal Consistency: Do We Really Know What It Is and How to Assess It? **Journal of Psychology and Behavioral Science**, v. 2, n. 2, p. 205–220, 2014.
- TASSINI, C. C. *et al.* Assessment of the Lifestyle of University Students in the Healthcare Area Using the Fantastic Questionnaire. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 30, n. 2, p. 117–122, 2017.
- TAVAKOL, M.; DENNICK, R. Making sense of Cronbach's alphaInternational. **Journal of Medical Education**, 27 jun. 2011.
- THOMSON, H. *et al.* Protocol for a clinical trial of text messaging in addition to standard care versus standard care alone in prevention of type 2 diabetes through lifestyle modification in India and the UK. **BMC Endocrine Disorders**, v. 18, n. 63, p. 1–9, 2018.
- TRUDEL-FITZGERALD, C. *et al.* Prospective Changes in Healthy Lifestyle Among Midlife Women. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 51, n. 3, p. 327–335, 2016.
- UNZUETA, C. R. *et al.* Self-perceived level of competitiveness, tension, and dependency and lifestyles in the 'Seguimiento Universidad de Navarra' cohort study. **Public Health**, v. 157, p. 32–42, 2018.

VAN ELTEN, T. M. *et al.* Cardiometabolic Health in Relation to Lifestyle and Body Weight Changes 3–8 Years Earlier. **Nutrients**, v. 10, n. 12, p. 1–14, 2018.

VASCO, M. *et al.* Evidences on overweight of regular blood donors in a center of Southern Italy. **Clinical Epidemiology and Global Health**, v. 8, n. 3, p. 758–763, 2020.

WANG, D. D. *et al.* Fruit and Vegetable Intake and Mortality: Results from 2 Prospective Cohort Studies of US Men and Women and a Meta-Analysis of 26 Cohort Studies. **Circulation**, p. 1642–1654, 2021.

WANG, X. *et al.* Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: Systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. **BMJ**, v. 349, 29 jul. 2014.

WERNECK, A. O. *et al.* Potential influence of physical , psychological and lifestyle factors on the association between television viewing and depressive symptoms : A cross- sectional study. **General Hospital Psychiatry**, v. 60, n. December 2018, p. 37–43, 2019.

WHO. **The world health report - life in the 21st century: a vision for all**. Geneva: 1998.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO guidelines on physical activity and sedentary behavior: at a glance**. Geneva: World Health Organization, 2020.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases**. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1>. Acesso em: 2 jan. 2021a.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cardiovascular diseases**. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases/#tab=tab_1>. Acesso em: 22 mar. 2022b.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. 2022.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Coronavirus disease (COVID-19)**. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1>. Acesso em: 30 maio. 2022d.

WILSON, D. M. C.; CILISKA, D. Lifestyle Assessment: Development And Use of the FANTASTIC Checklist. **Can. Fam. Physician**, v. 30, 1984a.

WILSON, D. M. C.; CILISKA, D. Lifestyle assessment: development and use of the FANTASTIC checklist. **Canadian Family Physician**, v. 30, p. 1527–1532, 15 jan. 1984b.

ZHANG, Y. B. *et al.* Combined lifestyle factors, all-cause mortality and cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. **Journal of Epidemiology and Community Health**. 1 jan. 2021.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO POR JUÍZES

Este instrumento tem como objetivo validar o conteúdo Questionário do Estilo de Vida para Adultos com Doenças Cardiovasculares, levando em consideração as diferentes categorias de comportamentos que têm maior impacto na saúde desta população.

Pedimos que avalie o título, formato, as instruções, cada item separadamente, considerando os conceitos de clareza e pertinência/representatividade e ao final a abrangência do instrumento como um todo, conforme descrito:

Clareza: avaliar a redação, ou seja, verificar se o conceito pode ser bem compreendido e se expressa adequadamente o que se espera medir;

Pertinência ou representatividade: notar se há relação com os conceitos envolvidos, se é relevante e se atinge os objetivos propostos.

Abrangência: verificar se cada domínio foi adequadamente coberto pelo conjunto de itens e se todas as dimensões foram incluídas.

Instruções: Utilize a escala de 1 a 4 para avaliar estes critérios, assinalando um X no campo correspondente. Abaixo de cada escala, deixamos espaço para que possa redigir sugestões ou fazer comentários. O novo instrumento também foi enviado em anexo no e-mail.

AVALIAÇÃO DA VALIDADE DE CONTEÚDO

I. Avalie o título quanto à clareza (verificar se expressa adequadamente o que se espera medir).

Título: Questionário do Estilo de Vida para Adultos com Doenças Cardiovasculares

1 - Não claro	2 – Pouco claro	3 – Bastante claro	4 – Muito claro

Comentários: _____

II. Avalie o formato do instrumento quanto à clareza (verificar se o formato é compreensível) e à adequação.

Questionário do Estilo de Vida para Indivíduos com Doenças Cardiovasculares

Instruções: Assinale com um X dentro da alternativa que melhor descreve o seu comportamento ou situação no último mês.

ATIVIDADE FÍSICA	Prático mais de 150 minutos de atividade física* moderada por semana. *andar rapidamente, correr, dançar, nadar, entre outras.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Prático exercício* de fortalecimento muscular ou alongamento pelo menos 2 dias na semana. *musculação, funcional, pilates, entre outras.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	No dia a dia, procuro ser ativo* e/ou me levanto por 5 minutos, a cada 30 minutos sentado. *atividades domésticas: jardinagem, passeio com cachorro, deslocamento a pé, uso de escada, entre outras.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Consumo mais de 5 porções de frutas e verduras ao dia e também consumo cereais integrais*. *arroz, trigo, milho, aveia - integrais	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
NUTRIÇÃO	Evito consumir carnes processadas*, frituras, bebidas adoçadas, molhos e temperos prontos, lanches industrializados*. *presunto, mortadela, salame, carne... *salgadinhos, bolachas recheadas...	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Eu estou no intervalo de aproximadamente _____ quilos do meu peso considerado saudável.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Eu fumo cigarros, dispositivos eletrônicos com nicotina ou narguilê.	Mais de 10 por dia	1 a 10 por dia	Nenhum nos últimos 6 meses	Nenhum no ano passado	Nenhum nos últimos 3 anos
	A minha ingestão média por semana de álcool é: _____ doses* *1 dose = 1 lata de cerveja (340 ml) ou 1 taça de vinho (142 ml) ou 1 dose de destilado (42 ml)	Mais de 20	13 - 20	11 - 12	8 - 10	0 - 7
ALCOOL E TABACO	Eu durmo bem e me sinto descansado.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Eu durmo entre 7 e 9 horas por noite.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Reservo ao menos 5 minutos todo dia para relaxar. *ouvir música, respiração lenta, meditação, oração, entre outros	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Equilíbrio o meu tempo dedicado ao trabalho com o meu tempo dedicado ao lazer.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
ESTRESSE	Procuro cultivar amigos e estou satisfeito com meus relacionamentos.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	Meu lazer inclui reunião com amigos, atividades em grupos, participações em associações ou comunidades religiosas ou espirituais entre outras.	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre

1 - Não claro	2 – Pouco claro	3 – Bastante claro	2 – Muito claro

Comentários: _____

III. Avalie as instruções quanto à clareza (verificar se a redação está correta e se expressa adequadamente o que se espera medir).

Instruções: Assinale com um X dentro da alternativa que melhor descreve o seu comportamento ou situação no último mês.

1 - Não claro	2 – Pouco claro	3 – Bastante claro	2 – Muito claro

Comentários: _____

IV. Avalie cada item quanto à clareza (verificar se a redação está correta, se a redação permite compreender o conceito e se expressa adequadamente o que se espera medir) e à representatividade (notar se há relação com os conceitos envolvidos, se é relevante e se atinge os objetivos propostos).

QUESTÕES:

1. Prático mais de 150 minutos de atividade física moderada por semana (andar rapidamente, correr, dançar, nadar, entre outras).

O item 1 do instrumento é claro, está compreensível?

1 - Não claro	2 – Pouco claro	3 – Bastante claro	2 – Muito claro

Comentários: _____

O item 1 é representativo ao conceito explorado, é relevante?

1 - Não claro	2 – Pouco claro	3 – Bastante claro	2 – Muito claro

Comentários:_____

2. Prático exercício de fortalecimento muscular ou alongamento em pelo menos 2 dias na semana (musculação, funcional, pilates, entre outros).

O item 2 do instrumento é claro, está compreensível?

1 - Não claro	2 – Pouco claro	3 – Bastante claro	2 – Muito claro

Comentários:_____

O item 2 é representativo ao conceito explorado, é relevante?

1 - Não claro	2 – Pouco claro	3 – Bastante claro	2 – Muito claro

Comentários:_____

3. No dia a dia, procuro ser ativo e/ou levantar-me por 5 minutos a cada 30 minutos sentado (atividades domésticas, jardinagem, passeio com cachorro, deslocamento a pé, uso de escada, entre outros).

O item 3 do instrumento é claro, está compreensível?

1 - Não claro	2 – Pouco claro	3 – Bastante claro	2 – Muito claro

Comentários:_____

O item 3 é representativo ao conceito explorado, é relevante?

1 - Não claro	2 – Pouco claro	3 – Bastante claro	2 – Muito claro

Comentários:_____

4. Consumo mais de 5 porções de frutas e verduras ao dia e também consumo cereais integrais (aveia, trigo, centeio, arroz – integrais).

O item 4 do instrumento é claro, está compreensível?

1 - Não claro	2 – Pouco claro	3 – Bastante claro	2 – Muito claro

Comentários:_____

O item 4 é representativo ao conceito explorado, é relevante?

1 - Não claro	2 – Pouco claro	3 – Bastante claro	2 – Muito claro

Comentários:_____

5. Evito consumir carnes processadas*, frituras, bebidas adoçadas, molhos e temperos prontos, lanches industrializados**

* presunto, mortadela, salsicha, linguiça, salame... **salgadinhos, bolachas recheadas...

O item 5 do instrumento é claro, está compreensível?

1 - Não claro	2 – Pouco claro	3 – Bastante claro	2 – Muito claro

Comentários: _____

O item 5 é representativo ao conceito explorado, é relevante?

1 - Não claro	2 – Pouco claro	3 – Bastante claro	2 – Muito claro

Comentários: _____

6. Eu estou no intervalo de aproximadamente ____ quilos do meu peso considerado saudável.

O item 6 do instrumento é claro, está compreensível?

1 - Não claro	2 – Pouco claro	3 – Bastante claro	2 – Muito claro

Comentários: _____

O item 6 é representativo ao conceito explorado, é relevante?

1 - Não claro	2 – Pouco claro	3 – Bastante claro	2 – Muito claro

Comentários: _____

7. Eu fumo cigarros, dispositivos eletrônicos com nicotina ou narguilé.

O item 7 do instrumento é claro, está compreensível?

1 - Não claro	2 – Pouco claro	3 – Bastante claro	2 – Muito claro

Comentários: _____

O item 7 é representativo ao conceito explorado, é relevante?

1 - Não claro	2 – Pouco claro	3 – Bastante claro	2 – Muito claro

Comentários: _____

8. A minha ingestão média por semana de álcool é: _____ doses*

*1 dose = 1 lata de cerveja (340 ml) ou 1 taça de vinho (142 ml) ou 1 dose de destilado (42 ml)

O item 8 do instrumento é claro, está compreensível?

1 - Não claro	2 – Pouco claro	3 – Bastante claro	2 – Muito claro

Comentários:_____

O item 8 é representativo ao conceito explorado, é relevante?

1 - Não claro	2 – Pouco claro	3 – Bastante claro	2 – Muito claro

Comentários:_____

9. Eu durmo bem e me sinto descansado.

O item 9 do instrumento é claro, está compreensível?

1 - Não claro	2 – Pouco claro	3 – Bastante claro	2 – Muito claro

Comentários:_____

O item 9 é representativo ao conceito explorado, é relevante?

1 - Não claro	2 – Pouco claro	3 – Bastante claro	2 – Muito claro

Comentários:_____

10. Eu durmo entre 7 e 9 horas por noite.

O item 10 do instrumento é claro, está compreensível?

1 - Não claro	2 – Pouco claro	3 – Bastante claro	2 – Muito claro

Comentários:_____

O item 10 é representativo ao conceito explorado, é relevante?

1 - Não claro	2 – Pouco claro	3 – Bastante claro	2 – Muito claro

Comentários:_____

11. Reservo ao menos 5 minutos todo dia para relaxar (ouvir música, respiração lenta, meditação, oração, entre outros).

O item 11 do instrumento é claro, está compreensível?

1 - Não claro	2 – Pouco claro	3 – Bastante claro	2 – Muito claro

Comentários:_____

O item 11 é representativo ao conceito explorado, é relevante?

1 - Não claro	2 – Pouco claro	3 – Bastante claro	2 – Muito claro

Comentários:_____

12. Equilíbrio o meu tempo dedicado ao trabalho com o meu tempo dedicado ao lazer.

O item 12 do instrumento é claro, está compreensível?

1 - Não claro	2 – Pouco claro	3 – Bastante claro	2 – Muito claro

Comentários: _____

O item 12 é representativo ao conceito explorado, é relevante?

1 - Não claro	2 – Pouco claro	3 – Bastante claro	2 – Muito claro

Comentários: _____

13. Procuro cultivar amigos e estou satisfeito com seus relacionamentos.

O item 13 do instrumento é claro, está compreensível?

1 - Não claro	2 – Pouco claro	3 – Bastante claro	2 – Muito claro

Comentários: _____

O item 13 é representativo ao conceito explorado, é relevante?

1 - Não claro	2 – Pouco claro	3 – Bastante claro	2 – Muito claro

Comentários: _____

14. Meu lazer inclui reunião com amigos, atividades em grupos, participações em associações ou comunidades religiosas ou espirituais entre outras.

O item 14 do instrumento é claro, está compreensível?

1 - Não claro	2 – Pouco claro	3 – Bastante claro	2 – Muito claro

Comentários: _____

O item 14 é representativo ao conceito explorado, é relevante?

1 - Não claro	2 – Pouco claro	3 – Bastante claro	2 – Muito claro

Comentários: _____

V. Avalie o quadro de respostas / escore dos itens do instrumento quanto à clareza (verificar se é compreensível).

Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
Mais de 8 Kg	8 Kg	6 Kg	4 Kg	Até 2 Kg
Mais de 10 por dia	1 a 10 por dia	Nenhum nos últimos 6 meses	Nenhum no ano passado	Nenhum nos últimos 5 anos
Mais de 20	13 - 20	11 - 12	8 - 10	0 - 7
Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre

1 - Não claro	2 – Pouco claro	3 – Bastante claro	2 – Muito claro

Comentários: _____

VI. Avalie o instrumento como um todo, ou seja, todos os domínios, considerando a abrangência (verificar se todas as dimensões foram incluídas). O instrumento é abrangente?

1 - Não abrangente	2 – Necessita de grande revisão para ser abrangente	3 – Necessita de pouca revisão para ser abrangente	2 – Abrangente

Comentários: _____

Agradecemos sua participação.

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO ESTILO DE VIDA PARA ADULTOS COM DOENÇAS CARDIOVASCULARES – QAEV-DCV

Questionário de Avaliação do Estilo de Vida para Adultos com Doenças Cardiovasculares (QAEV - DCV)

Instruções: Assinale com um X dentro da alternativa que melhor descreve o seu comportamento ou situação no último mês.

ATIVIDADE FÍSICA	Pratico mais de 150 minutos de atividade física moderada a vigorosa* por semana. *faz você respirar mais rápido que o normal e aumenta os batimentos do seu coração. *ex.: andar rapidamente, correr, dançar, nadar, pedalar, entre outras atividades de intensidade equivalente.	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
	Pratico atividades de fortalecimento muscular pelo menos 2 dias na semana. *musculação, treinamento funcional, pilates, entre outras atividades equivalentes.	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
	No dia a dia, procuro ser ativo nos meus momentos de lazer e demais afazeres*. *atividades domésticas, passeio com cachorro, deslocamento a pé, uso de escada, entre outras atividades equivalentes.	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
NUTRIÇÃO	Consumo pelo menos 5 porções* de frutas ou legumes ou verduras ao dia. * 1 porção padrão = aproximadamente 80g ou 1 xícara ou equivalente.	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
	Evito consumir carnes processadas*, frituras, bebidas adoçadas, molhos e temperos prontos, lanches industrializados**. *presunto, mortadela, salsicha, salame... **salgadinhos, bolachas recheadas...	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
ÁLCOOL E TABACO	Preciso perder ou ganhar _____ quilos para me aproximar do peso que considero saudável.	Mais de 8 Kg	6 - 8 Kg	4 - 6 Kg	2 - 4 Kg	0 - 2 Kg
	Eu fumo cigarros, dispositivos eletrônicos com nicotina ou narguilé.	Mais de 10 por dia	1 a 10 por dia	Nenhum nos últimos 6 meses	Nenhum no último ano	Nenhum nos últimos 5 anos ou mais
	A minha ingestão média por semana de álcool é: _____ doses* *1 dose = 1 lata de cerveja (340 ml) ou 1 taça de vinho (142 ml) ou 1 dose de destilado (42 ml)	Mais de 20	13 - 20	11 - 12	8 - 10	0 - 7
SONO	Eu durmo bem e me sinto descansado.	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
	Eu durmo entre 7 e 9 horas por noite.	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
ESTRESSE	Reservo ao menos 5 minutos todo dia para relaxar*. *ouvir música, respiração lenta, meditação, oração, entre outras atividades equivalentes.	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
	Consigo equilibrar meu tempo de trabalho com o de lazer.	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
RELACIONAMENTOS	Procuro cultivar amizades e estou satisfeito com meus relacionamentos.	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
	Meu lazer inclui reunião com amigos, atividades em grupos, participações em associações ou comunidades religiosas ou espirituais, entre outras atividades equivalentes.	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Obrigado por aceitar fazer parte dessa pesquisa, que tem como objetivo validar o questionário de estilo de vida para adultos com doenças cardiovasculares. Agradeço desde já sua colaboração.

Inicialmente gostaria de conhecer mais sobre você.

1. **Qual a sua idade?** _____
2. **Sexo:** () Feminino () Masculino
3. **Sr.(a) sabe seu peso e altura** (mesmo que seja valor aproximado)?
Peso _____ (kg) **Altura** _____ (metros) () não sabe () prefiro não responder
4. **Você possui alguma doença diagnosticados por algum médico ou outro profissional de saúde?** (possibilidade de mais de uma resposta)
 () Nenhuma
 () Hipertensão arterial (Pressão alta)
 () Insuficiência cardíaca
 () Infarto agudo do miocárdio
 () Placa de gordura nas artérias (aterosclerose)
 () Cardiopatia congênita
 () Arritmia cardíaca
 () Angina
 () Arritmia cardíaca
 () Miocardite
 () Acidente vascular cerebral (AVC)
 () Diabetes Mellitus - Tipo _____
 () Doença renal crônica
 () Doença pulmonar crônica (ex.: enfisema, bronquite...)
 () Câncer
 () Outros _____
5. **Qual seu estado conjugal?**
 () Solteiro(a) () Casado(a) () Em união estável
 () Separado(a) ou Divorciado(a) () Viúvo(a)
6. **Outros**
 () Sozinho () Familiares () Amigos / colegas () Outros
7. **Até que série e grau o(a) Sr.(a) estudou?**
 () Ensino Fundamental (até 4ª série)
 () Ensino Fundamental (até 8ª série)
 () Ensino Médio Incompleto
 () Ensino Médio Completo
 () Ensino Superior Incompleto
 () Ensino Superior Completo
 () Pós graduação (especialização, mestrado, doutorado)

8. Qual a sua profissão:

- ☐ Autônomo ☐ Emprego fixo - assalariado ☐ Aposentado
☐ Desempregado ☐ Estudante ☐ Outro

9. Qual a faixa de renda familiar?

- ☐ Até um salário mínimo (R\$ 1.100,00)
☐ Entre um e três salários mínimos (R\$ 1.100,00 - R\$ 3.300,00)
☐ Entre três e cinco salários mínimos (R\$ 3.300,00 - R\$ 5.500,00)
☐ Acima de cinco salários mínimos (acima de R\$ 5.500,00)
☐ Não sei / Prefiro não responder