



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - DOUTORADO**

---



**LUANA KAROLINE FERREIRA**

**DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA DE UMA ESCALA  
AVALIATIVA DO ESTILO DE VIDA DE IDOSOS BRASILEIROS**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Elisa Caputo Ferreira  
Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Juliana Fernandes Filgueiras Meireles**

Juiz de Fora

2022



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - DOUTORADO



---

**LUANA KAROLINE FERREIRA**

DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA DE UMA ESCALA  
AVALIATIVA DO ESTILO DE VIDA DE IDOSOS BRASILEIROS

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
em Psicologia como requisito parcial à obtenção do título de  
Doutora em Psicologia por Luana Karoline Ferreira.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Elisa Caputo Ferreira

Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Juliana Fernandes Filgueiras Meireles

Juiz de Fora

2022

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Ferreira, Luana Karoline.

Desenvolvimento e Avaliação Psicométrica de uma Escala Avaliativa do Estilo de Vida de Idosos Brasileiros / Luana Karoline Ferreira. -- 2022.

303 f. : il.

Orientadora: Maria Elisa Caputo Ferreira

Coorientadora: Juliana Fernandes Filgueiras Meireles

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2022.

1. Estilo de Vida saudável. 2. Qualidade de Vida. 3. Envelhecimento. 4. Psicometria. 5. Construção de escalas. I. Caputo Ferreira, Maria Elisa, orient. II. Fernandes Filgueiras Meireles, Juliana, coorient. III. Título.

**LUANA KAROLINE FERREIRA**

**DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA DE UMA ESCALA AVALIATIVA DO  
ESTILO DE VIDA DE IDOSOS BRASILEIROS**

Tese apresentada  
ao Programa de Pós-  
graduação em  
Psicologia  
da Universidade  
Federal de Juiz de  
Fora como requisito  
parcial à obtenção do  
título de Doutora em  
Psicologia. Área de  
concentração:  
Psicologia.

Aprovada em 24 de maio de 2022.

**BANCA EXAMINADORA**

Prof(a)Dr(a) Maria Elisa Caputo Ferreira - Orientadora  
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof(a)Dr(a) Juliana Fernandes Filgueiras Meireles - Coorientadora  
Kennesaw State University

Prof(a)Dr(a) Lélío Moura Lourenço  
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof(a)Dr(a) Cláudia Helena Cerqueira Mármora  
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof(a)Dr(a) Heloisa Gonçalves Ferreira

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof(a)Dr(a) Fabiane Rocha da Frota Morgado  
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Juiz de Fora, 18/05/2022.



Documento assinado eletronicamente por **Juliana Fernandes Filgueiras Meireles, Usuário Externo**, em 24/05/2022, às 16:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Heloísa Gonçalves Ferreira, Usuário Externo**, em 24/05/2022, às 16:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fabiane Frota da Rocha Morgado, Usuário Externo**, em 24/05/2022, às 16:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Claudia Helena Cerqueira Marmora, Professor(a)**, em 24/05/2022, às 16:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Elisa Caputo Ferreira, Professor(a)**, em 24/05/2022, às 16:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Lelio Moura Lourenco, Coordenador(a)**, em 25/05/2022, às 18:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf ([www2.ufjf.br/SEI](http://www2.ufjf.br/SEI)) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **0790831** e o código CRC **58A105DC**.

Dedico esse trabalho à memória das vítimas de COVID- 19 que por tamanho descaso, não tiveram a chance de envelhecer ou desfrutar de uma velhice plena e digna.

Dedico também aos idosos que, mesmo em um momento delicado da humanidade, com toda a angústia e medo que os acompanhava, aceitaram participar desse estudo com boa vontade. A todos a minha gratidão!

## AGRADECIMENTOS

Em um país onde a maior parte da população não tem acesso às universidades e onde muitos não possuem as condições básicas para se viver, fazer doutorado é um grande privilégio. Desejo que este trabalho possa auxiliar no avanço das pesquisas relacionadas à longevidade e que contribua para gerar soluções que permitam uma vida mais digna a milhões de idosos brasileiros.

À minha orientadora, Maria Elisa, por ser uma grande inspiração durante nossos 5 anos de convivência. Por ter depositado toda confiança no meu trabalho e por ser um grande exemplo de ética, força e perseverança. O meu muito obrigada por toda a paciência e por todos os ensinamentos. Eu tenho sorte de ter tido uma grande educadora e amiga me acompanhando durante minha formação como pesquisadora.

À Juliana, por ter sido mais do que a minha coorientadora. Por ter pegado na minha mão em diversas etapas do meu trabalho, por ter sido sempre preocupada com a excelência e, principalmente, com o meu aprendizado durante todo o processo. Obrigada por todas as experiências compartilhadas e por todo o suporte mesmo com todas as adversidades ocorridas nos últimos anos.

Tive sorte de ter tido ao meu lado duas orientadoras, Maria Elisa e Juliana. Enfim, agradeço por todo suporte profissional e emocional dedicado a mim durante esse tempo. Vocês sempre terão um lugar especial no meu coração.

Agradeço imensamente a todas as pessoas, que mesmo sem me conhecer, se engajaram e tornaram possível a realização desse trabalho. A todos os gestores, secretárias, pesquisadores, *influencers*, professores e idosos que ajudaram essa pesquisa chegar em diversos cantos do país, o meu muito obrigada. Em especial, à Cacilda por ter auxiliado nas coletas do norte. Marlen por prontamente auxiliar no engajamento dos professores da prefeitura de Juiz de Fora. Gleici, por todo auxílio nas coletas no Paraná. À comunidade Maturi pela recepção e envolvimento dos participantes. Ao Aurélio Alfieri, por prontamente aceitar contribuir com a divulgação desse trabalho.

À Ana Carolina e Mariana, bolsistas de iniciação científica, sempre proativas e dispostas a fazer o melhor pela pesquisa. Muito obrigada a toda dedicação de vocês na terceira etapa desse trabalho.

À amiga Tassiana, por todo apoio e preocupação, por ter compartilhado aprendizados, angústias e receios pelo caminho e se tornado uma grande companheira na minha vida acadêmica e pessoal.

Aos amigos do LABESC por todo apoio durante esses anos, debates e contribuições com a pesquisa. Em especial a Letícia, pela troca e por ter contribuído para que a trajetória parecesse menos solitária.

Aos colegas do grupo de pesquisa “Saúde Coletiva, Estilo de Vida e Envelhecimento” da UFSCar por todas as discussões que contribuíram para o enriquecimento desse trabalho. Em especial à Profa. Grace pela recepção e abertura.

Aos meus pais Roberto e Nilcea, por ter me dado todas as condições necessárias durante a vida para que eu pudesse chegar até aqui. À minha irmã pela amizade e apoio. E ao meu sobrinho João, principal motivo para eu acreditar que um mundo melhor é possível.

Ao meu companheiro Davi, por toda a sua calma, paciência, confiança e por ser um ser humano admirável que me dá todo suporte e incentivo para continuar. Aos meus sogros, Rita e Araki, por terem me recebido de braços abertos e por todo apoio durante a pandemia. Em especial à Rita, por contribuir ativamente na divulgação dessa pesquisa e na revisão desse trabalho.

À minha psicóloga, Rossana Fernandes, que desempenha o seu trabalho com muito carinho e dedicação. São anos de apoio psicológico, primordiais para que eu possa desenvolver um trabalho do qual me faz feliz.

Aos professores e colegas do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFJF, por contribuírem com a minha formação e proporcionarem discussões que, sem dúvidas, mudaram a minha visão sobre o meu trabalho.

À Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado Minas Gerais (FAPEMIG) pelo apoio financeiro concedido.

## RESUMO

O Brasil vive um período acelerado de envelhecimento demográfico, com importantes implicações para indivíduos, famílias e sociedades. O estilo de vida é um importante fator que pode causar tantos efeitos positivos quanto negativos à saúde. No entanto, a escassez de instrumentos voltados para avaliação desse construto, dificulta o desenvolvimento de pesquisas da área. O objetivo deste estudo foi desenvolver e avaliar as qualidades psicométricas de um instrumento avaliativo do estilo de vida de idosos. Participaram da pesquisa indivíduos de ambos os sexos acima de 60 anos. A presente tese foi desenvolvida em quatro etapas, sendo que as duas últimas ocorreram remotamente, devido a pandemia de COVID-19. Na primeira etapa, os itens do instrumento foram gerados por meio de uma revisão de literatura e análises das entrevistas de 8 idosos institucionalizados, com idades entre 60 e 90 anos ( $M= 81,0$ ;  $DP= 11,12$ ) e 32 não institucionalizados, com idades entre 60 e 93 anos ( $M= 68,86$ ;  $DP= 3,97$ ). Inicialmente, foram elaborados 96 itens que compuseram uma única escala. Além disso, as instruções, o formato e as opções de resposta também foram desenvolvidos. Na segunda etapa, a validade de conteúdo foi averiguada por 12 peritos e 20 integrantes do público-alvo com idades entre 60 e 84 anos ( $M= 68,8$ ;  $DP= 7,74$ ). Alguns itens foram excluídos e reformulados. As etapas 3 e 4, analisaram as qualidades empíricas e psicométricas da nova escala em uma amostra de 700 idosos com idades entre 60 e 98 anos ( $M=67,9$ ;  $DP=7,07$ ) das cinco regiões do Brasil. Análise fatorial exploratória e confirmatória foram conduzidas. A “Escala de Estilo de Vida de Idosos” (EEVI) é composta por 19 itens, com cargas fatoriais que variaram entre 0,546 a 0,807. Eles ficaram divididos em quatro subescalas: “Comportamento Preventivo”, “Alimentação”, “Atividade Física” e “Qualidade dos Relacionamentos”. Todas as subescalas apresentaram  $\alpha > 0,7$ . A partir desse modelo, encontrou-se boas medidas de ajustamento ( $\chi^2/GL = 1,28 / RMSEA = 0,037 / NFI = 0,904 / NNFI = 0,973 / CFI = 0,977 / GFI = 0,953$ ). A escala apresentou indicadores de validade convergente, apresentando correlação com a qualidade de vida relacionada à saúde física, mental e o IMC. A escala também apresentou capacidade de discriminar grupos quanto ao estado nutricional, comorbidades e sexo. A partir do ponto de corte estabelecido, são possíveis três classificações: estilo de vida pouco saudável, saudável e muito saudável. A EEVI demonstrou boas qualidades psicométricas para idosos brasileiros não institucionalizados acima dos 60 anos e seu uso é recomendado nessa população.

**Palavras-chave:** Estilo de Vida saudável; Qualidade de Vida; Envelhecimento; Psicometria; Construção de escalas.

## ABSTRACT

Brazil is experiencing an accelerated period of demographic aging, with important implications for individuals, families and societies. Lifestyle is an important factor that can have both positive and negative health effects. However, the scarcity of instruments aimed at evaluating this construct makes it difficult to develop research in the area. The aim of this study was to develop and evaluate the psychometric qualities of an instrument to assess the lifestyle of the elderly. Individuals of both sexes over 60 years old participated in the research. The present thesis was developed in four stages, the last two of which occurred remotely, due to the COVID-19 pandemic. In the first stage, the instrument items were generated through a literature review and analysis of interviews with 8 institutionalized elderly people, aged between 60 and 90 years ( $M= 81.0$ ;  $SD= 11.12$ ) and 32 non-institutionalized, aged between 60 and 93 years ( $M= 68.86$ ;  $SD= 3.97$ ). Initially, 96 items were elaborated that composed a single scale. In addition, instructions, format and response options were also developed. In the second stage, the content validity was verified by 12 experts and 20 members of the target audience aged between 60 and 84 years ( $M= 68.8$ ;  $SD= 7.74$ ). Some items have been deleted and reworded. Steps 3 and 4 analyzed the empirical and psychometric qualities of the new scale in a sample of 700 elderly people aged between 60 and 98 years ( $M=67.9$ ;  $SD=7.07$ ) from the five regions of Brazil. Exploratory and confirmatory factor analysis were conducted. The “Elderly Lifestyle Scale” (EEVI) is composed of 19 items, with factor loadings that ranged from 0.546 to 0.807. They were divided into four subscales: “Preventive Behavior”, “Food”, “Physical Activity” and “Quality of Relationships”. All subscales showed  $\alpha > 0.7$ . From this model, good adjustment measures were found ( $\chi^2/GL = 1.28$  /  $RMSEA = 0.037$  /  $NFI = 0.904$  /  $NNFI = 0.973$  /  $CFI = 0.977$  /  $GFI = 0.953$ ). The scale presented indicators of convergent validity, showing a correlation with quality of life related to physical and mental health and BMI. The scale also showed the ability to discriminate groups in terms of nutritional status, comorbidities and sex. From the established cut-off point, three classifications are possible: unhealthy, healthy and very healthy lifestyles. The EEVI demonstrated good psychometric qualities for non-institutionalized elderly Brazilians over 60 years of age and its use is recommended in this population.

**Keywords:** Healthy Lifestyle; Quality of life; Aging; Psychometry; Construction of scales.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP	Atitudes Preventivas
ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AF	Atividade Física
AFE	Análise Fatorial Exploratória
AL	Alimentação
AP	Atitudes Preventivas
COVID-19	<i>Corona Virus Disease 2019</i>
CP	Comportamento Preventivo
DP	Desvio Padrão
EEVI	Escala de Estilo de Vida Saudável
EEVISI	Escala de Estilo de Vida Saudável para idosos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
MCS	<i>Mental Component Summary</i>
MEV	Medicina do Estilo de Vida
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização não governamental
PCS	<i>Physical Component Summary</i>
QR	Qualidade dos Relacionamentos
SF-12	<i>Medical Outcome Study 12-item Short Form</i>
SF-36	<i>Medical Outcome Study 36-item Short Form</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	<i>World Health Organization</i>

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Julgamento dos juízes em relação ao título, formato, instruções e escore total.....	117
TABELA 2	Dados descritivos da amostra do pré-teste 1.....	123
TABELA 3	Dados descritivos da amostra do pré-teste 2.....	125
TABELA 4	Relação de instituições contatadas que aceitaram, recusaram e não responderam o convite para divulgar a pesquisa.....	131
TABELA 5	Dados descritivos da amostra piloto.....	135
TABELA 6	Frequência absoluta e relativa de idosos por estado brasileiro.....	138
TABELA 7	Frequência relativa e absoluta de idosos quanto as características sociodemográficas.....	140
TABELA 8	Análise descritiva das respostas dos idosos.....	142
TABELA 9	Análise empírica dos itens.....	145
TABELA 10	Valores de referência para AFE.....	146
TABELA 11	KMO individual dos itens da EEVI – última rodada.....	147
TABELA 12	Comunalidades dos itens da EEVI - última rodada.....	148
TABELA 13	Cargas fatoriais de cada item da EEVI - última rodada.....	148
TABELA 14	Valores de referência para AFC.....	149
TABELA 15	Correlações (Spearman) para análise de validade convergente da EEVI.....	151
TABELA 16	Validade discriminante da EEVI em relação à faixa etária, estado civil, classificação de IMC, escolaridade, situação de trabalho, comorbidades e renda familiar.....	153
TABELA 17	Validade discriminante da EEVI em relação ao sexo, moradia e etnia.....	154
TABELA 18	Análise empírica dos itens para a EEVI – ajustada.....	155
TABELA 19	Síntese do ajuste geral e do modelo de mensuração da EEVI.....	162

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Hipótese inicial de itens da subescala “Comportamento preventivo”.....	74
QUADRO 2	Hipótese inicial de itens da subescala “Alimentação”.....	81
QUADRO3	Hipótese inicial de itens da subescala “Exercícios Físicos”.....	88
QUADRO4	Hipótese inicial de itens da subescala “Qualidade dos Relacionamentos”.....	95
QUADRO 5	Hipótese inicial de itens da subescala “Controle do estresse”.....	100
QUADRO 6	Apresentação do título, instruções e opções de resposta da nova escala.....	102
QUADRO 7	Apresentação detalhada dos itens que foram excluídos.....	106
QUADRO 8	Reformulação dos itens de acordo com as sugestões dos Juízes (J).....	113
QUADRO 9	Reformulação dos itens de acordo com a especificação dos fatores.....	116
QUADRO 10	Teste de KMO e Bartlett da EEVI.....	147

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	Paradigma do estilo de vida saudável (Cockerham, 2005).....	32
FIGURA 2	Modelo de tabela apresentada no celular e computador (Modelo 1).....	150
FIGURA 3	Modelo de escala <i>Likert</i> apresentada no celular e computador (Modelo 2)....	133
FIGURA 4	Modelo final (Modelo 3).....	134
FIGURA 5	Análise de caminho.....	150

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO I	Parecer Consusubstanciado do Comitê de Ética.....	205
ANEXO II	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Etapa 1.....	208
ANEXO III	Julgamento dos juízes da escala quanto à representatividade dos itens.....	209
ANEXO IV	Julgamento dos juízes da escala quanto à redação dos itens.....	212
ANEXO V	Julgamento dos juízes em relação aos fatores que os itens pertencem.....	215
ANEXO VI	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da etapa 2 (Pré-teste 1 e 2).....	218
ANEXO VII	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Etapa 3).....	219
ANEXO VIII	Medical Outcome Study 12-item Short Form (SF-12) (Etapa 3).....	220
ANEXO IX	Análise Fatorial Exploratória.....	223
ANEXO X	Análise Fatorial Confirmatória.....	239

## LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE I	Entrevista Semiestruturada.....	250
APÊNDICE II	Primeira versão da Escala “Escala de Estilo de Vida Saudável para Idosos” (EEVSI).....	251
APÊNDICE III	Formulário para avaliação dos peritos.....	257
APÊNDICE IV	Segunda versão da escala após a análise dos peritos.....	269
APÊNDICE V	Formulário para o pré-teste 1 e 2.....	272
APÊNDICE VI	Versão da escala submetida ao segundo pré-teste e à terceira quarta etapa.....	274
APÊNDICE VII	Formulário completo terceira etapa.....	277

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>2</b>	<b>OBJETIVO</b> .....	23
	2.1 OBJETIVO GERAL.....	23
	2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
<b>3</b>	<b>HÍPOTES</b> .....	24
<b>CÁPÍTULO 1: REFERÊNCIAL TEÓRICO</b> .....		25
	1.1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.....	25
	1.2 ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL.....	29
	1.3 ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL E ENVELHECIMENTO .....	36
	1.4 DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA DE ESCALAS.....	45
	<b>1.4.1 Primeira etapa: Geração dos itens</b> .....	47
	<b>1.4.2 Segunda etapa: Análise teórica dos itens</b> .....	51
	<b>1.4.3 Terceira etapa: Análise empírica dos itens</b> .....	54
	<b>1.4.4 Quarta etapa: Análise psicométrica</b> .....	55
<b>CAPÍTULO 2: DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA</b> .....		62
	2.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	62
	2.2 ASPECTOS ÉTICOS.....	63
	2.3 PRIMEIRA ETAPA: GERAÇÃO DOS ITENS.....	63
	<b>2.3.1 Métodos</b> .....	63
	2.3.1.1 <i>Participantes</i> .....	64
	2.3.1.2 <i>Instrumentos para coletas de dados</i> .....	64
	2.3.1.3 <i>Procedimento de coleta de dados</i> .....	65
	2.3.1.4 <i>Análise dos dados</i> .....	66
	<b>2.3.2 Resultados e Discussão</b> .....	67
	2.3.2.1 <i>Comportamento preventivo</i> .....	67
	2.3.2.2 <i>Fator nutricional</i> .....	75
	2.3.2.3 <i>Exercícios físicos</i> .....	82
	2.3.2.4 <i>Qualidade dos relacionamentos</i> .....	89
	2.3.2.5 <i>Controle do estresse</i> .....	96
	2.3.2.6 <i>Informações gerais da escala</i> .....	101
	<b>2.3.3 Considerações sobre a primeira versão</b> .....	102
	2.4 SEGUNDA ETAPA: ANÁLISE TEÓRICA DOS ITENS.....	103
	<b>2.4.1. Julgamento dos peritos</b> .....	103

2.4.1.1	<i>Métodos</i> .....	103
2.4.1.1.1	Participantes.....	103
2.4.1.1.2	Procedimento de coleta de dados.....	104
2.4.1.1.3	Análise dos dados.....	105
2.4.1.2.	<i>Resultados e Discussão</i> .....	105
<b>2.4.2.</b>	<b>Considerações sobre a segunda versão</b> .....	119
<b>2.4.3.</b>	<b>Julgamento da população-alvo (Pré-teste)</b> .....	120
2.4.3.1	<i>Métodos</i> .....	120
2.4.3.1.1	Participantes.....	121
2.4.3.1.2	Procedimento de coleta de dados.....	122
2.4.3.1.3	Análise dos dados.....	122
2.4.3.2	<i>Resultados e discussão</i> .....	122
2.4.3.2.1	Primeiro Pré-teste.....	122
2.4.3.2..	Segundo Pré-teste.....	125
<b>2.4.3</b>	<b>Considerações sobre a terceira versão</b> .....	126
2.5	TERCEIRA E QUARTA ETAPAS: ANÁLISE EMPÍRICA E PSICOMÉTRICA.....	127
<b>2.5.1</b>	<b>Métodos</b> .....	127
2.5.1.1	<i>Participantes</i> .....	128
2.5.1.2	<i>Instrumentos para coletas de dados</i> .....	129
2.5.1.3	<i>Procedimento de coleta de dados</i> .....	129
2.5.1.4	<i>Estudo Piloto</i> .....	132
2.5.1.5	<i>Análise dos dados</i> .....	136
<b>2.5.2</b>	<b>Resultados</b> .....	136
2.5.2.1	<i>Análise empírica</i> .....	142
2.5.2.2	<i>Análise psicométrica</i> .....	147
2.5.2.3	<i>Análise empírica após modelo ajustado</i> .....	155
2.5.2.4	<i>Ponto de corte</i> .....	156
<b>2.5.3</b>	<b>Discussão</b> .....	157
<b>2.5.4</b>	<b>Considerações sobre a versão final</b> .....	161
<b>CAPÍTULO 3:</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	165
<b>REFERÊNCIAS</b>	.....	169
<b>ANEXOS</b>	.....	205
<b>APÊNDICES</b>	.....	250

## 1 INTRODUÇÃO

O estilo de vida é caracterizado por um conjunto de comportamentos reproduzidos de forma constante. Esses comportamentos são produtos da interação entre as oportunidades de vida, ou seja, de circunstâncias não modificáveis, como etnia, idade, condições de vida, renda, dentre outros, e experiências de socialização, aquelas que possibilitam que o indivíduo faça escolhas ao longo da vida (COCKERHAM, 2005; WHO -World Health Organization, 2010). Desse modo, as oportunidades e as escolhas de vida de uma pessoa influenciam na formação dos hábitos e na adoção de comportamentos ou ações individuais, que podem preservar ou prejudicar a saúde (COCKERHAM, 2005; WHO -World Health Organization, 2010). O aumento das doenças crônicas nas últimas décadas como obesidade, hipertensão, diabetes, dentre outros, são temas de pesquisas que abordam o impacto do estilo de vida na saúde da população (CHRISMAN *et al.*, 2015; FERRARI *et al.*, 2017; MALTA *et al.*, 2015; MINUZZI *et al.*, 2019; ZHAO *et al.*, 2019).

Junto ao aumento das doenças crônico degenerativas, o mundo também vivencia o aumento da expectativa de vida. Assim, os idosos são o segmento da sociedade de crescimento mais acelerado (WHO, 2015). O envelhecimento é entendido como um processo contínuo que envolve o declínio das funções biológicas e pode ocorrer em ritmos distintos de pessoa para pessoa (GRAEFF, 2014). Trata-se de um acontecimento inerente à condição humana, o qual ocorre desde o nascimento. Ele é influenciado por variáveis psicológicas, sociais, culturais e históricas. A última fase desse processo, vivenciada por indivíduos a partir dos 60 anos, é um estágio da vida marcado por mudanças biopsicossociais como redução das funções orgânicas, aposentadoria, mudanças de ordem familiar e social, dentre outros (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). Essa população possui as taxas mais altas de doenças crônicas e de condições que requerem maiores recursos financeiros para cuidado (WHO, 2015).

Diversos estudos vêm surgindo nos últimos anos a fim de esclarecer o papel do estilo de vida saudável no envelhecimento (LOURIDA *et al.*, 2019; STOCKS *et al.*, 2018; VISSER *et al.*, 2018). A preocupação em adotar hábitos saudáveis reflete um comportamento preventivo de saúde. Embora o idoso se encontre na última fase do desenvolvimento, esses comportamentos se mantêm importantes, uma vez que, eles não só previnem as doenças, mas também as tratam e conseguem prolongar a funcionalidade física e mental do indivíduo (MCPHEE *et al.*, 2016; MORENO-AGOSTINO *et al.*, 2020; WHO,

2015). Hábitos relacionados ao estilo de vida podem melhorar consideravelmente a qualidade de vida dessa população (BAYÁN-BRAVO *et al.*, 2017; FERRARI *et al.*, 2017; FERREIRA; MEIRELES; FERREIRA, 2018; GOUVEIA *et al.*, 2017; LI *et al.*; 2018; ZARAGOZA-MARTÍ *et al.*, 2018). Os comportamentos de estilo de vida mais analisados nas pesquisas por impactarem a saúde de idosos são o tabagismo (BARBARESKO; RIENKS; NÖTHLINGS, 2018; CHATZIRALLI *et al.*, 2016; MICHELLETI *et al.*, 2019, VISSER *et al.*, 2018), o consumo de álcool (FOOTIT; ANDERSON, 2011; KOHNO *et al.* 2019; PENG *et al.*, 2020; RONKSLEI *et al.*, 2011), a prática de exercícios físicos (BLAIR *et al.*, 2015; LI *et al.*, 2018; MCPHEE *et al.*, 2016; MORENO-AGOSTINO *et al.*, 2020) e a alimentação (AGUERO; LEIVA, 2015; CARNEIRO; ANDRADE, 2017; MORENO-AGOSSTINO *et al.*, 2020; XU *et al.*, 2015).

Além desses fatores, componentes de ordem psicossocial vêm sendo associados a melhores indicadores de saúde dos idosos, como o engajamento e o apoio social (HILL *et al.*, 2016; LEVASSEUR *et al.*, 2019; SOWA *et al.*, 2016; ZHOURI *et al.*, 2019) e a regulação emocional (FAYE *et al.*, 2018; GAFFEY *et al.*, 2016; KROEMEKE, 2019; MOOS *et al.*, 2006; ZHANG; SIMON; DONG, 2014). Outros fatores preventivos também são citados, como a necessidade de realização de *checkups* e consultas médicas regulares para diagnóstico precoce e prevenção de agravos de saúde (LIMA *et al.*, 2018; VIRGINI *et al.*, 2015), a qualidade do sono (LOPES *et al.*, 2015; SCULIN; BLIWISE, 2015) e o treinamento cognitivo (GAMAGE; HEWAGE; PHATIRANA, 2019; JOUBERT; CHAINAI, 2018; KIM, 2017; SPOSITO; NERI; YASSUDA, 2015; WOODS *et al.*, 2018).

Com o aumento do interesse relacionado ao tema, é necessário atentar-se aos instrumentos disponíveis para avaliação do estilo de vida em idosos. Existem instrumentos desenvolvidos para avaliar o estilo de vida de indivíduos e populações, tais como o Estilo de Vida Fantástico (WILSON; NIELSEN; CILISKA, 1984), o qual foi criado com o propósito de avaliar comportamentos de jovens adultos; e o Pentáculo do Bem-estar (NAHAS; BARROS; FRANCALACCI, 2000), que tem como objetivo avaliar populações adultas. No entanto, nenhum dos instrumentos disponíveis foram desenvolvidos considerando questões importantes para o público idoso (como *layout*, subescalas e composição dos itens), assim como também não abordam fatores importantes do estilo de vida dessa população. Além disso, as propriedades psicométricas dos mesmos não estão claramente descritas na literatura.

A revisão de Ferreira, Meireles e Ferreira (2018) verificou que a maioria dos estudos que buscam avaliar o estilo de vida de idosos utilizam questionários desenvolvidos pelos próprios pesquisadores como método de avaliação, dificultando a realização de estudos que buscam comparar populações distintas. Ademais, algumas pesquisas adotam instrumentos que avaliam separadamente os diferentes componentes do estilo de vida, aplicando uma escala ou questionário para cada fator que se deseja avaliar, como por exemplo, uma escala para alimentação, outra para atividade física, outra para qualidade do sono e assim, sucessivamente (CERIN *et al.*, 2012; FREITAS; MEEREIS; GOLÇALVES, 2021; MENEGUCI *et al.*, 2015). Esse tipo e metodologia torna o tempo de aplicação dos questionários longo e cansativo, além de dificultar a avaliação do estilo de vida como um todo, fazendo com que os autores optem por avaliar poucos fatores associados ao estilo de vida relacionado à saúde da população idosa (FERREIRA; MEIRELES; FERREIRA, 2018; PÔRTO *et al.*, 2015).

A falta de opções metodológicas válidas para avaliar o estilo de vida de idosos, demonstra uma lacuna de conhecimento para os avanços das pesquisas sobre o estilo de vida dessa população. Por esse motivo, a presente pesquisa busca preencher essa lacuna por meio do desenvolvimento de uma escala para avaliação do estilo de vida de idosos. Acredita-se que o desenvolvimento desse instrumento possa facilitar a realização de pesquisas no campo da psicologia, nutrição, educação física, gerontologia, dentre outras áreas de conhecimento, uma vez que, será possível unificar diversas temáticas importantes para a avaliação do estilo de vida de idosos. Conhecer melhor o estilo de vida dessa população pode contribuir com o fortalecimento e criação de intervenções e de políticas que visam a melhora das condições de vida e da saúde física e mental desse público. Assim, essas ações podem impactar diretamente no desenvolvimento de estratégias mais eficazes para melhorar a saúde de idosos brasileiros.

A presente tese será dividida em três capítulos. O primeiro deles apresenta o referencial teórico que embasa a presente pesquisa. Dessa forma, serão abordados conceitos relevantes envolvidos neste trabalho, como aspectos biopsicossociais do envelhecimento, os aspectos teóricos do estilo de vida saudável, o panorama atual de pesquisas relacionadas à temática e os passos necessários para o desenvolvimento de uma nova escala. No segundo capítulo será abordado o desenvolvimento da pesquisa, contemplando a geração dos itens da nova escala (primeira etapa), a análise teórica dos itens (segunda etapa), a análise empírica (terceira etapa) e psicométrica dos itens (quarta etapa). Ressalta-se que, após a descrição da

metodologia de cada uma das etapas, será realizada a apresentação de seus resultados e discussão, uma vez que os resultados da etapa anterior influenciam na etapa seguinte. Por fim, no terceiro capítulo deste trabalho, serão apresentadas as considerações finais derivadas da presente pesquisa.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Desenvolver e avaliar as qualidades psicométricas de um instrumento avaliativo do estilo de vida de idosos brasileiros

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Compor um conjunto de itens que farão parte do instrumento proposto, assim como desenvolver as devidas instruções aos pesquisadores e à população investigada.

Verificar a validade de conteúdo do novo instrumento por meio do julgamento de peritos e idosos.

Verificar a estrutura fatorial, a validade discriminante e convergente da nova escala, bem como sua confiabilidade por meio da investigação de sua consistência interna e teste-reteste.

### 3 HÍPOTESES

- 1) O instrumento desenvolvido será capaz de avaliar as atitudes relacionadas ao estilo de vida da população idosa, possibilitando que esse construto seja melhor investigado.
- 2) O conjunto de itens e as informações gerais da escala serão adequados;
- 3) A escala terá validade de conteúdo atestada pelos peritos e pelos idosos;
- 4) A escala apresentará estrutura fatorial adequada e apresentará bons indicadores de confiabilidade atestada pela sua consistência interna e pelo procedimento teste-reteste.
- 5) A escala apresentará indicadores de validade convergente se correlacionando a qualidade de vida relacionada à saúde física e mental e o IMC;
- 6) A escala será capaz de discriminar grupos quanto as variáveis sociodemográficas como sexo, moradia, etnia, faixa etária, estado civil, IMC, escolaridade, situação de trabalho, comorbidades e renda familiar.

## CAPÍTULO I: REFERÊNCIAL TEÓRICO

Este capítulo tem como objetivo apresentar a teoria que fundamenta a presente pesquisa. Para tanto, o mesmo foi dividido em quatro tópicos. No primeiro, abordou-se questões relacionadas ao processo de envelhecimento, tais como os aspectos biológico, psicológicos e sociais. Posteriormente, buscou-se descrever os aspectos teóricos envolvidos no conceito de estilo de vida saudável. Em seguida, no terceiro tópico buscou-se apresentar os componentes do estilo de vida, importantes para a saúde do idoso. Por fim, o quarto tópico descreve as etapas necessárias para o desenvolvimento de uma escala psicométrica. Desse modo, o quarto tópico foi subdividido em quatro fases a saber: geração dos itens, análise teórica dos itens, análise empírica dos itens e análise psicométrica.

### 1.1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Como o resultado do desenvolvimento socioeconômico e da queda nas taxas de natalidade, a população mundial vem envelhecendo de forma rápida nas últimas décadas (CHENG *et al.*, 2020). O Brasil contribui com esse cenário, uma vez que se estima que o número de idosos no país, pode chegar a 41,5 milhões em 2030. Os últimos dados divulgados pelo IBGE (Intituto Brasileiro de Geografia e Estatística), em 2015, demonstraram que 19,6 milhões de pessoas já fazem parte dessa realidade (IBGE, 2015). Ressalta-se que a Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842, de janeiro de 1994) e o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de outubro de 2003), pertencentes a legislação brasileira, consideram idosos, aquelas pessoas acima dos 60 anos. Ademais, Schaie e Willis (1996) propuseram a divisão dessa população em grupos de “velhos-jovens” (60 a 75 - 80 anos), “velhos” (75 - 80 até os 90 anos) e “velhos-velhos” (acima dos 90 anos).

Esse quadro de envelhecimento acelerado traz a necessidade de compreender as demandas que surgem nessa etapa da vida. Sabe-se que essa fase traz alterações biopsicossociais. As mudanças de natureza biológica são mais reconhecidas por se tratarem de um processo natural, que ocorre desde o nascimento. Assim, o indivíduo vivencia alterações em todo o corpo. Cabelos brancos, crescimento do nariz e do pavilhão auditivo, redução dos pelos do corpo e surgimento de rugas na pele, são alterações físicas facilmente

observadas (BARSANO *et al.*, 2014; LUSTRI; MORELLI, 2007). Alterações sensoriais também ocorrem, como a redução da capacidade gustativa e olfativa. Além disso, perde-se a capacidade de focalizar objetos de perto e, também de ouvir sons de frequência muito alta ou muito baixa (BARSANO *et al.*, 2014). A redução da massa muscular pode prejudicar a locomoção, a respiração e a digestão (PEREIRA, 2016).

Ocorre a redução do número de neurônios e de neurotransmissores, levando a uma condução nervosa mais lenta. A redução de 10% na massa cerebral e de 20% no fluxo sanguíneo do cérebro, também ocorre no sistema nervoso (NORONHA, 2012). Por esse motivo, o idoso apresenta redução dos processos mentais, o levando a ter um comportamento mais lento no que diz respeito a movimentação e pensamento (PAPALIA; FIELDMAN, 2013). No âmbito cardiovascular, a contração do coração se torna mais prolongada. A ocorrência de alargamento e tortuosidade nas artérias propiciam a elevação da pressão arterial (NORONHA, 2012; PEREIRA, 2016). Mudanças no sistema gastrointestinal, interferem no consumo de alimentos e na absorção de diversos nutrientes, aumentando o risco de desnutrição. Alterações no fígado, nos rins, no pâncreas e no sistema hormonal também são uma realidade, interferindo na metabolização de substâncias (NORONHA, 2012; MORIGUTI *et al.*, 2016; PEREIRA, 2016). Apesar de todas as alterações citadas, vale destacar que as alterações fisiológicas que aparecem em decorrência do envelhecimento não são consideradas patologias. Esse processo é denominado senescência, ou seja, envelhecer é um processo progressivo, natural e marcado pela redução da reserva funcional. O acometimento por patologias, como resultado do estresse físico e emocional, acidente ou doença, é chamado de senilidade (CIOSAK *et al.*, 2011).

O envelhecimento, como em outras etapas da vida, também traz demandas emocionais. Isso ocorre por causa do surgimento de fatores específicos dessa fase, como: a aposentadoria, que resulta em modificações no poder aquisitivo, perdas afetivas, como morte de amigos e familiares, aproximação da sua própria morte e a necessidade de adaptação frente aos novos problemas da vida, como as perdas cognitivas e o surgimento de doenças (FERREIRA; SIMÕES, 2011; PAPALIA; FIELDMAN, 2013). No âmbito social, modificam-se os papéis desempenhados, fazendo com que o idoso ocupe um novo lugar na sociedade. Esse lugar está relacionado à forma com que a cultura no qual o indivíduo está inserido enxerga a velhice. Modificações no âmbito familiar, devido à necessidade de cuidados, assim como uma nova forma de se olhar após a saída do mercado de trabalho,

também ocorrem. Ressalta-se que os desdobramentos dessas alterações podem ser tanto positivos quanto negativos (PILLETI; ROSSATO; ROSSATO, 2014).

Nessa perspectiva, fatores financeiros, familiares e condicionados à saúde física e mental podem levar alguns idosos à institucionalização. Em outras palavras, visto as demandas comuns dessa fase, alguns idosos precisam abrir mão da sua moradia, para se alocarem em instituições que prestam cuidados especializados a esse público. No Brasil, esses locais são chamados de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) (RDC/ANVISA nº 283, de 26 de setembro de 2005). Assim, os fatores mais comuns para institucionalização, são: número reduzido de familiares aptos a prestarem assistência, não possuir filhos, viuvez, múltiplas doenças físicas e demenciais, conflitos familiares diversos e maus tratos. (DUTRA *et al.*, 2016; LINI; PORTELA; DORING, 2016).

Visto todos esses fatores, é comum enxergar o envelhecimento como uma etapa da vida caracterizada pelas perdas. A sociedade, no geral, tem dificuldade em pensar sobre a própria velhice. Essa dificuldade pode estar atrelada à limitação dos indivíduos em pensar sobre o seu próprio futuro, admitir a passagem do tempo e a chegada do seu fim. Do ponto de vista das ciências biológicas, por muito tempo estudou-se a velhice apenas na perspectiva da patologia. Somente no século XX, quando se observou o aumento do número de idosos no mundo, começaram os estudos do processo natural do envelhecimento, por meio da disciplina chamada gerontologia (BEAUVOIR, 1976).

A perspectiva psicológica denominada *lifespan* permite uma abordagem menos negativa do processo de envelhecimento (BALTES, 1987; BALTES; LINDENBERGER; STAUDINGER, 2006). Ela estuda o desenvolvimento individual, denominado ontogênese, da concepção até a velhice. Nessa visão, o desenvolvimento não é finalizado na idade adulta, ele se estende. Logo, não existe supremacia em nenhuma fase da vida. Todas elas são caracterizadas por um processo contínuo e inovador. O desenvolvimento também é tratado como um processo multidirecional, onde categorias comportamentais podem se tornar mais ou menos evidentes, durante um mesmo período da vida. Ao longo de sua existência, o indivíduo sempre estará envolvido em um processo de ganhos e de perdas ou de crescimento e declínio. Essas questões são influenciadas pela interação entre fatores genéticos e as experiências vivenciadas por uma pessoa, formando a chamada plasticidade interindividual. Ressalta-se que a ontogênese também é influenciada por condições sócio-históricas, ou seja, o quadro sociocultural de uma determinada época, influencia no desenvolvimento

relacionado à idade (BALTES, 1987; BALTES; LINDENBERGER; STAUDINGER, 2006).

O envelhecimento pode ser visto como um processo heterogêneo, resultado de interações graduadas pela idade, pela história e influências não normativas. As graduadas pela idade são mediadas por processos genéticos, biológicos e ambientais, intimamente ligados à idade cronológica. Já as interações históricas, também chamadas de normativas, são caracterizadas por fatores psicossociais associados ao tempo e ao contexto histórico de uma determinada população. Geralmente, essa interação ocorre de forma homogênea para a maioria das pessoas de uma mesma comunidade (BALTES, 1987; BALTES; LINDENBERGER; STAUDINGER, 2006).

Por fim, as interações não normativas referem-se a condições biológicas e ambientais não previsíveis e sem caráter universal (BALTES, 1987; BALTES; LINDENBERGER; STAUDINGER, 2006; SCORALICK-LEMPKE; BARBOSA, 2012), como o acometimento por uma doença ou perda dos familiares. Assim, por essa perspectiva, o envelhecimento saudável está associado à preservação do potencial de desenvolvimento, sendo possível equilibrar as limitações e as potencialidades. Mesmo na velhice é importante considerar que potencialidades podem ser otimizadas por meio de intervenções, sendo possível a aquisição de novas aprendizagens (SCORALICK-LEMPKE; BARBOSA, 2012).

A capacidade de se ter uma velhice positiva pode ser chamada de envelhecimento ativo. A primeira base do envelhecimento ativo consiste na manutenção da saúde. A segunda, na participação social, onde o idoso se mantém ativo na sociedade por meio da realização de atividades remuneradas ou não. Já a terceira, relaciona-se com a segurança, caracterizada por políticas públicas voltadas para a necessidade da pessoa idosa, assegurando proteção e dignidade, auxiliando as famílias e a comunidade nos cuidados de seus membros mais velhos (TEIXEIRA; NERY, 2008).

Nessa perspectiva, também se tem o conceito de envelhecimento bem-sucedido, caracterizado por um conjunto de fatores que ajudam o indivíduo a manter sua funcionalidade na velhice de forma eficaz. Esse tipo de envelhecimento é construído a partir de três vertentes. A primeira delas se refere ao baixo risco de desenvolvimento e doenças ou incapacidades, que surgem como desdobramentos das patologias. A segunda baseia-se na manutenção de um funcionamento físico e mental elevado, independente do avanço da idade. Já a terceira e última, refere-se ao empenho ativo na vida, que consiste no envolvimento do

idoso na sociedade. Dessa forma, esse modelo reforça a ideia de que o envelhecimento é compatível com uma vida fisicamente e mentalmente saudável (ROWE; KAHN, 1998).

Tanto o envelhecimento ativo quanto o bem-sucedido trazem a ideia de preservar a saúde e autonomia dos indivíduos ao longo do seu desenvolvimento. Ações relacionadas à preservação da saúde podem contribuir para essa ideia. Assim, a adoção de um estilo de vida saudável representa a oportunidade de adquirir os meios necessários para a senescência. Nos próximos tópicos, será possível compreender qual é a relação do estilo de vida saudável com o envelhecimento.

## 1.2 ESTILO DE VIDA

O conceito de estilo de vida aparece como tema principal de diversos estudos das ciências da saúde, realizados no Brasil (FERRARI *et al.*, 2017; MALTA *et al.*, 2015; MINUZZI, *et al.*, 2019) e no mundo (JUN *et al.*, 2017; CHRISMAN *et al.*, 2015; ZHAO *et al.*, 2019). Esse cenário se deve à uma transição epidemiológica, onde o mundo, que antes tinha como principal razão de morte as doenças agudas, passou a ter como principal causa de mortalidade, as doenças crônicas (COCKERHAM, 2005). Mudanças relacionadas à industrialização, urbanização, sedentarismo e hábitos alimentares são responsáveis por esse quadro (SILVA *et al.*, 2017). Assim, uma vez que a medicina não pode curar as doenças crônicas, percebeu-se que um estilo de vida negativo, aquele composto por comportamentos prejudiciais à saúde, poderia causar essas doenças, enquanto estilos de vida positivos, aqueles que reduzem as chances de desenvolvimento de doenças, podem preveni-las.

O estilo de vida é um conceito derivado das ciências humanas e sociais, que surgiu no século XX, nos trabalhos de Max Weber (1946). Na concepção de Weber (1946), o estilo de vida aborda a forma em que as pessoas se comportam em conjunto. Ele não associou o estilo de vida a indivíduos, e sim a grupos de *status*, tratando o tema no âmbito coletivo. Esse grupo de *status* é caracterizado como um agregado de pessoas originadas de classes sociais semelhantes e que, conseqüentemente, compartilham do mesmo estilo de vida. Logo, uma pessoa que deseja fazer parte de um determinado grupo é obrigada a compartilhar um estilo de vida semelhante. Visto isso, entende-se que a estrutura social é um importante pilar do estilo de vida, uma vez que influencia significativamente no comportamento das pessoas. Outros autores também corroboram essa visão (ALMEIDA; CASOTI; SENA, 2018;

COCKERHAM; RÜTTEN; ABEL, 1997; MADEIRA *et al.*, 2018; MENÉNDEZ, 1998; MONTOYA; SALAZAR, 2010).

A ideia de estrutura e agência, derivada do campo sociológico, podem ser utilizadas para se entender a complexidade dos comportamentos de estilo de vida. Nesse caso, entende-se como estrutura aqueles fatores que influenciam ou delimitam o campo de decisão dos indivíduos. Classe social, religião, etnia, dentre outros, são exemplos de fatores estruturais. Já o conceito de agência, diz respeito à capacidade dos indivíduos de tomarem as próprias decisões e de agirem livremente, de acordo com as suas escolhas. Considerando essas definições, a estrutura pode ser um fator dificultador da agência (ARBOLEYA, 2013; COCKERHAM, 2005).

A agência humana, ou as escolhas dos indivíduos, consiste em três elementos básicos. O primeiro deles é a interação, quando o indivíduo recorda padrões de pensamento e ações do passado capazes de manter a ordem e a estabilidade em seu universo social. O segundo diz respeito à projetividade, representada pelo momento em que o indivíduo consegue gerar imagens de ações futuras. Assim, pensamentos, crenças e comportamentos são reconfigurados de forma criativa. O terceiro refere-se à resposta prática avaliativa, que é quando finalmente os indivíduos realizam o julgamento prático das trajetórias alternativas possíveis relacionadas às respostas a situações urgentes (EMIRBAYER; MISCHÉ, 1998). Portanto, apesar de no contexto de agência os indivíduos serem influenciados pelo seu passado, nada impede que eles sejam orientados para o futuro (COCKERHAM, 2005).

Ancorado na ideia de estrutura e agência, Bourdieu (2009) descreveu o conceito de *habitus*. Para esse sociólogo, *habitus* consiste em um sistema moldado pelas estruturas sociais, ou seja, pelas condições de vida de um indivíduo. Essas condições de vida determinam comportamentos individuais, que foram criados e adaptados de forma inconsciente. Nessa concepção, o estilo de vida é um produto do *habitus*, que foi historicamente construído mediante as experiências e as relações sociais, englobando tanto práticas individuais quanto práticas coletivas (WACQUANT, 2002).

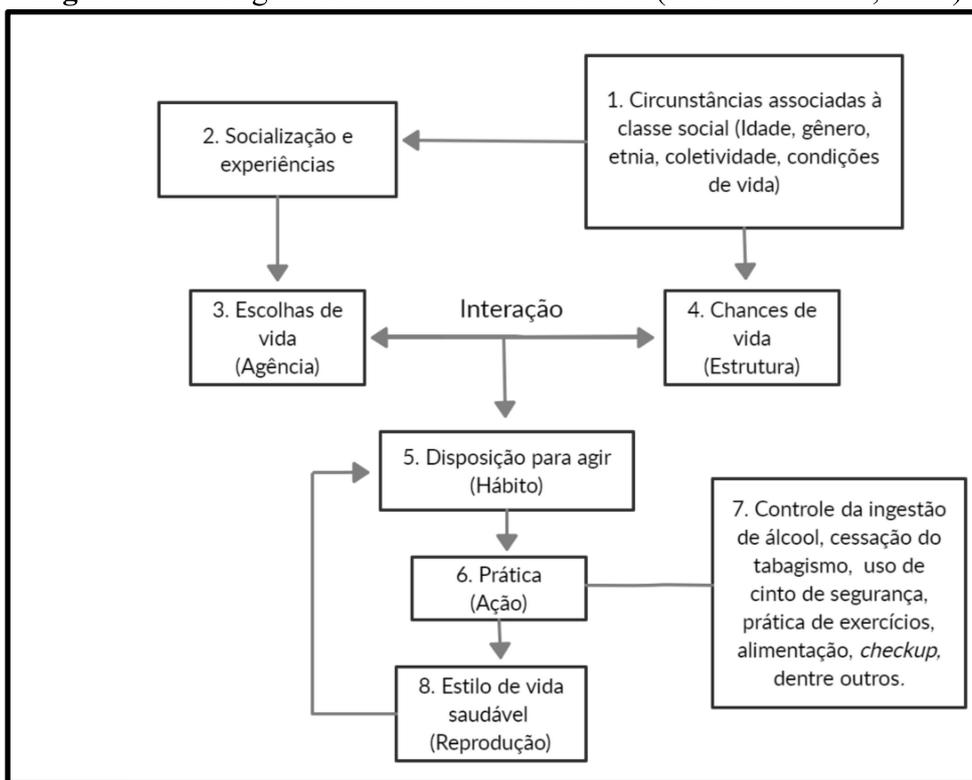
A Organização Mundial de Saúde (OMS) caracteriza o conceito de estilo de vida como um conjunto de hábitos, que impactam a saúde das pessoas e que podem ser influenciados, modificados ou até encorajados pelo processo de socialização do indivíduo ao longo de sua vida (WHO, 2004). A ingestão do álcool, o uso de tabaco, hábitos alimentares e exercícios são colocados como exemplos de comportamentos de estilo de vida pela OMS (WHO, 2004).

Atualmente, a chamada medicina do estilo de vida (MEV) surgiu como uma disciplina, baseada em evidências científicas, que promove o aconselhamento médico acerca de comportamentos importantes para a qualidade de vida das pessoas (SANTOS-LOBATO; SANTOS-LOBATO; CALDATO, 2020). A Associação Americana de Escolas Médicas reconhece a MEV devido à sua importância para o tratamento de doenças crônicas (SANTOS-LOBATO; SANTOS-LOBATO; CALDATO, 2020). A instituição ainda reforça a necessidade de implementação da disciplina no treinamento dos futuros médicos a fim de reduzir custos relacionados à saúde. A MEV utiliza como pilares metodológicos os aconselhamentos relacionados à alimentação, atividade física, saúde do sono, cessação do tabagismo, controle da ingestão de álcool, bem-estar emocional e redução do estresse (SANTOS-LOBATO; SANTOS-LOBATO; CALDATO, 2020).

Considerando o cenário descrito, percebe-se que o conceito de estilo de vida utilizado hoje, é muito diferente daquele proposto por Weber (1946), uma vez que esse conceito foi integrado aos regimes corporais presentes na nossa modernidade, onde os indivíduos são considerados os responsáveis pelo seu próprio corpo (COCKERHAM, 2005). A ideia sobre o estilo de vida saudável disseminada na literatura chama atenção das pessoas para a sua responsabilidade individual no cuidado da saúde (MADEIRA *et al.*, 2018). Alguns autores argumentam que a ideia de estilo de vida vigente na literatura atual desconsidera aspectos sociais, importantes nessa temática, fazendo com que a abordagem empregada seja simplista. Ou seja, apenas a ideia de padrões comportamentais, utilizada em muitos estudos, não explica totalmente o estilo de vida, uma vez que para compreender melhor essa problemática, é necessário entender a origem desse conceito (COCKERHAM, 2005; FERREIRA; CASTIEL; CARDOSO, 2017; MENÉNDEZ, 1998; MIROWSKI; ROSS, 2003).

Visto os pontos discutidos, Cockerham (2005) chamou atenção para o fato de não existir, até então, nenhuma teoria que explicasse o estilo de vida saudável. Considerando a emergência do tema, esse autor propôs o modelo teórico de estilo de vida saudável, ilustrado na figura abaixo:

**Figura 1:** Paradigma do estilo de vida saudável (COCKERHAM, 2005).



Fonte: Traduzido pela autora (2022).

O modelo proposto por Cockerham (2005) propõe quatro categorias como bases para o estilo de vida saudável, a saber: as circunstâncias associadas à classe social, a socialização e experiências, as escolhas e as chances de vida. A primeira delas se refere às variáveis estruturais, as quais consideram a idade, o gênero, a etnia, a coletividade, entendida como as relações sociais dos indivíduos juntamente com os valores e as ideias que essas relações constituem, bem como as condições de vida das pessoas. Esses fatores fornecem o contexto social que irão propiciar a socialização e as oportunidades de experiências dos sujeitos, representado pela segunda categoria. Dessa forma, a socialização e as experiências influenciam nas escolhas de vida (terceira categoria), enquanto as variáveis estruturais constituem as chances de vida (quarta categoria).

As escolhas e as chances de vida de um indivíduo interagem ao longo da vida. Essa interação tem como desdobramento a disposição para agir, ou seja, a execução de comportamentos individuais inconscientes (*Habitus*), que podem se desdobrar em práticas (ações) que englobam os comportamentos de cuidados com a saúde propriamente ditos e, conseqüentemente, ao estilo de vida saudável, quando o indivíduo está disposto a reproduzir constantemente os comportamentos (COCKERHAM, 2005).

Pela definição de Cockerham (2005), estilos de vida saudáveis consistem em padrões de comportamentos relacionados a saúde, baseados nas opções de escolhas disponíveis, considerando as oportunidades que um indivíduo encontra ao longo da vida (COCKERHAM, 2014). Logo, o estilo de vida saudável é entendido como um conjunto de informações, que não estão envolvidas apenas com o conceito de saúde, mas também com o contexto socioeconômico, religioso, afetivo, político, dentre outros. É importante considerar que essas informações, embora interdependentes, também interagem entre si ((ALMEIDA; CASOTI; SENA, 2018).

Essa definição de estilo de vida dialoga com os determinantes sociais para a saúde propostos pela OMS (2010), na qual saúde é um fator influenciado pelas condições em que as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem, abrangendo diversas disciplinas para além do comportamento social (COCKERHAM; HAMBY; OATES, 2017; WHO, 2010). A equidade em saúde, educação, ocupação, renda, economia, saneamento básico, dentre outros assuntos, são considerados fatores determinantes para a saúde (WHO, 2010).

Fatores sociais, normalmente não modicáveis, funcionam como agentes que podem facilitar ou dificultar a adoção de hábitos saudáveis. Isso tem sido demonstrado em diversos estudos (CHRISTENSEN; CARPIANO, 2014; KANG *et al.*, 2019; MORRIS *et al.*, 2018; REININGER *et al.*, 2016). Uma pesquisa conduzida por Christensen e Carpiano (2014) buscou avaliar a relação entre classe social e Índice de Massa Corporal (IMC) de mulheres dinamarquesas, considerando o modelo de estilo de vida de Cockerham (2005). Os pesquisadores encontraram relação entre as características culturais e socioeconômicas da amostra e o engajamento em comportamentos saudáveis, como prática de atividade física, alimentação voltada para a prevenção de doenças, hábito de cozinhar os próprios alimentos, dentre outros fatores. A adoção de um estilo de vida saudável, por consequência, estava associada à classificação de IMC dessas mulheres, ou seja, quanto melhores os aspectos socioeconômicos, maior era a adoção de hábitos saudáveis e mais adequado era o peso corporal. Esses resultados evidenciam um efeito cascata quando consideradas as influências das questões estruturais nos comportamentos dos indivíduos.

No estudo de Morris *et al.* (2018), realizado com adultos americanos, homens e mulheres negras demonstraram ser menos engajados em comportamentos associados ao controle do peso do que os indivíduos brancos, levando-os ao maior risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Nesse contexto, ressalta-se que a

discriminação percebida, presentes no cotidiano de grupos minoritários, tem sido associada a piores indicadores de saúde em diversos estudos (COCKERHAM *et al.*, 2017; PARADIES *et al.*, 2015; WILLIANS, 2019; WILLIANS *et al.*, 2019). A hipótese para esses resultados é de que essas pessoas teriam uma maior taxa de sofrimento por estresse crônico, associado às condições de vida. Além disso, elas teriam uma menor capacidade de buscar por instituições que fornecem serviços de saúde, maior probabilidade de adiar exames médicos e maior desconfiança em relação as informações dadas pelos profissionais de saúde (COCKERHAM *et al.*, 2017; PARADIES *et al.*, 2015; POWELL *et al.*, 2019; WILLIANS, 2019; WILLIANS *et al.*, 2019).

Já no trabalho de Reininger (2016) foi demonstrado como a aculturação, ou seja, o processo de adaptação a uma cultura distinta daquela que um indivíduo se originou, pode influenciar nas escolhas alimentares de uma população. Neste trabalho realizado com mexicanos-americanos, indivíduos que vivem na fronteira entre o México e os Estados Unidos, demonstrou que aqueles menos adaptados à cultura americana e que falavam espanhol faziam escolhas alimentares mais saudáveis em relação aos indivíduos bilíngues e melhor adaptados. Logo, as condições de moradia e socioculturais também impactam na saúde da população e na adoção de ações relacionadas ao estilo de vida saudável. Nesse aspecto, considera-se que as condições relacionadas ao bairro e região de moradia, questões de saneamento básico, acesso à energia elétrica bem como questões relacionadas ao ambiente e renda familiar se relacionam com o estilo de vida saudável (COCKERHAM *et al.*, 2017; JEON; BUETTNER; HUR, 2014; FINGER *et al.*, 2019; LEI *et al.*, 2017; MAY; AZAR; MATTHEWS, 2018).

No que diz respeito à esfera de ações, existem inúmeros componentes que têm sido associados como parte de um estilo de vida saudável, portanto, determinantes para a manutenção da saúde. Loef e Walach (2012) publicaram uma meta-análise com 15 artigos, envolvendo 531.804 participantes de 17 países, por um período de 13 anos. Ações como cessação do tabagismo, redução da ingestão de bebidas alcoólicas, alimentação saudável, exercícios regulares e manutenção do peso adequado são considerados bons hábitos e podem reduzir a mortalidade por doenças crônicas em 66% (LOEF; WALACH, 2012). Diversos outros estudos atuais também associam esses componentes à prevenção de doenças e à uma melhor qualidade de vida (BAYÁN-BRAVO *et al.*, 2017; FERRARI *et al.*, 2017; GOUVEIA *et al.*, 2017; LI *et al.*, 2018; ZARAGOZA-MARTÍ *et al.*, 2017). Assim estudos que abordam o estilo de vida saudável além de associarem os comportamentos em saúde dos

indivíduos à prevenção de doenças, demonstraram que bons hábitos estão associados ao aumento de 7 a 18 anos na expectativa de vida em diversos países, como Japão, Inglaterra, Dinamarca, Noruega, Alemanha, Canadá e Estados Unidos (KHAW, *et al.*, 2008; LI; HÜSING; KAAKS, 2014; LI *et al.*; 2018; MANUEL *et al.*, 2016; O'DOHERTY *et al.*, 2016; TAMAKOSHI *et al.*, 2009).

A maior parte dos estudos que buscam investigar o estilo de vida utilizam métodos quantitativos de avaliação (FERREIRA, MEIRELES, FERREIRA, 2018). Assim, é possível encontrar alguns instrumentos que permitem avaliar esse construto. O Pentágulo do Bem-estar é um instrumento brasileiro, desenvolvido por Nahas, Barros e Francalacci (2000) com o objetivo de avaliar o estilo de vida de indivíduos e grupos populacionais. Ele possui 15 itens, divididos em cinco componentes, a saber: comportamento preventivo, fator nutricional, nível de atividade física habitual, qualidade dos relacionamentos e controle do estresse. As possibilidades de resposta foram distribuídas em uma escala que varia de 0 (nunca) a 3 pontos (sempre). A escala foi desenvolvida para adultos e seus resultados podem ser interpretados tanto de forma individual quanto de forma coletiva. A principal limitação desse instrumento foi que o seu processo de criação os itens foram gerados por meio de informações provenientes da literatura. Além disso, não foram realizadas técnicas a fim de identificar indícios de validade de conteúdo do instrumento. Sua validação psicométrica só foi realizada anos mais tarde com populações jovens e demonstrou indicadores aquém daqueles desejados (BOTH *et al.*, 2008; HERNANDEZ *et al.*, 2007).

Outro instrumento criado para esse fim é o Estilo de Vida Fantástico, desenvolvido por Wilson, Nielsen e Ciliska (1984), para a população abaixo de 65 anos no Canadá. O objetivo do seu desenvolvimento foi auxiliar médicos que trabalham com prevenção, a avaliar e conhecer o estilo de vida de seus pacientes. Esse instrumento é composto por 25 questões divididas em nove domínios a saber: família e amigos, atividade física, nutrição, cigarro e drogas, álcool, sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro, tipo de comportamento, introspecção e trabalho e satisfação com a profissão. As suas opções de resposta são distribuídas em uma escala *Likert* de cinco para 23 questões e opções dicotômicas para dois itens. Ressalta-se que no caso dessa escala, o escore total permite classificar o indivíduo quanto ao estilo de vida em cinco categorias a saber: "Excelente" (85 a 100 pontos), "Muito bom" (70 a 84 pontos), "Bom" (55 a 69 pontos), "Regular" (35 a 54 pontos) e "Necessita melhorar" (0 a 34 pontos).

O Estilo de Vida Fantástico foi traduzido e validado para a população brasileira de jovens adultos por Añez, Reis e Petroski (2008). Sua aplicação já foi realizada em estudantes (BONFIM *et al.*, 2017), jovens adultos (AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008), trabalhadores (FERNANDES *et al.*, 2009; SHARRATT *et al.*, 1984), diabéticos (MOCTEZUMA *et al.*, 2003, PORTO *et al.*, 2018) e hipertensos (PAZ *et al.*, 2011; PORTO *et al.*, 2018). É importante destacar que já no processo de criação do presente instrumento não se considerou a sua aplicação em indivíduos com mais de 65 anos, caracterizando-se como uma limitação do instrumento. Além disso, o processo de construção foi realizado apenas no âmbito clínico há 37 anos, evidenciando a necessidade de desenvolvimento de novas medidas. Nesse seguimento, dois trabalhos de revisão constataram que a maioria dos estudos que buscam avaliar o estilo de vida utilizam instrumentos autoconstruídos pelos próprios pesquisadores, não existindo nenhum instrumento padrão-ouro para avaliar comportamentos pertencentes a essa temática (FERREIRA, MEIRELES, FERREIRA, 2018; PÔRTO *et al.*, 2015).

Visto os pontos abordados nesse tópico, entende-se que o estilo de vida saudável é um construto complexo, formado pela interrelação entre oportunidades e escolhas de vida. Essas oportunidades e escolhas são influenciadas pelas características sociodemográficas e pelas experiências de socialização que um indivíduo adquire ao longo da vida. Como desdobramento desses acontecimentos, ocorrem as ações, o último fator envolvido nessa cadeia, entendidas como comportamentos que inferem na saúde das pessoas.

Um estilo de vida saudável se faz necessário em todas as etapas da vida. O presente trabalho busca investigar os comportamentos de estilo de vida saudável, ou seja, as ações, que impactam a saúde de pessoas com mais de 60 anos. Essa temática tem sido considerada de grande relevância tanto para um envelhecimento bem-sucedido quanto para a redução da carga das doenças crônicas. Por esse motivo, no próximo tópico, será abordado com mais detalhes a associação entre estilo de vida e envelhecimento.

### 1.3 ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL E ENVELHECIMENTO

Comportamentos relacionados ao estilo de vida vêm sendo considerados como os principais preditores de um envelhecimento bem-sucedido. Desigualdade social, obesidade, fatores cardiovasculares e doenças crônicas estão associadas à perda da autonomia, da qualidade de vida e à mortalidade de indivíduos idosos (LOURIDA *et al.*, 2019; SOWA *et al.*, 2016; VISSER *et al.*, 2019). Fatores ligados a doenças crônicas e comorbidades podem

ser prevenidos e tratados com a adoção de hábitos saudáveis. Como consequência disso, pode-se reduzir os gastos em saúde, uma vez que hoje, com o envelhecimento populacional, essas questões representam um grande problema de saúde pública no Brasil e no mundo (WHO, 2015).

A revisão de Ferreira, Meireler e Ferreira (2018) demonstrou que diversas ações de estilo de vida são investigadas como promotoras de qualidade de vida da população de idosos, como a redução do consumo de álcool, a cessação do tabagismo, a alimentação saudável e a prática de exercícios. No entanto, foi possível também encontrar estudos abordando outros fatores preventivos, como a qualidade do sono, autocuidado em saúde e de fatores psicossociais, como o engajamento em atividades e o controle do estresse.

Em relação ao consumo de álcool, embora alguns estudos demonstrem que a baixa ingestão não é um fator deletério, e pode até mesmo ser associado à melhores indicadores de saúde (KOHNO *et al.* 2019; PENG *et al.*, 2020; RONKSLEI *et al.*, 2011), sabe-se que o seu uso exacerbado pode levar ao desenvolvimento de doenças neurológicas, hepáticas, psiquiátricas, dentre outras (HILLERMACHER *et al.*, 2018; PENG *et al.*, 2020; PLANAS-BALVÉ *et al.*, 2017; SIMPSON *et al.*, 2019). Para Peng *et al.* (2020), a ingestão excessiva álcool pode aumentar o risco de desenvolvimento de demência e Alzheimer, porém, sua ingestão em baixas quantidades não tem demonstrado a mesma associação. O leve consumo de álcool também tem sido associado ao maior engajamento em atividades sociais e uma melhor funcionalidade (KELLY *et al.*, 2018). Estudo realizado por Stocks *et al.* (2018) examinou 19.114 australianos e americanos acima dos 65 anos e constatou que homens com alta escolaridade, não fumantes e que consumiam no máximo duas doses de bebida alcoólica ao dia tinham uma melhor qualidade de vida relacionada à saúde.

Ressalta-se que atualmente não existem recomendações relacionadas ao limite de ingestão de álcool especificamente para a população de idosos. Porém, o *Dietary Guidelines for Americans 2015-2020* define como consumo moderado de álcool uma a duas doses ao dia, sendo uma dose para mulheres e até duas para os homens. O *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (1995) também indica que o consumo de álcool para ser considerado de leve a moderado equivale de uma a sete doses por semana para mulheres, e de uma a 14 doses por semana para homens. Alguns estudos mostraram que esses valores não têm sido demonstrados como prejudiciais para a saúde de idosos (DOWNER *et al.*, 2015; GORDIS, 1995; NIXON; LEWIS, 2019).

A cessação do tabagismo é indicada em diversos estudos como um determinante do estilo de vida saudável (BARBARESKO; RIENKS; NÖTHLINGS, 2018; MICHELLETI, *et al.*, 2020; VISSER *et al.*, 2019). Uma metanálise realizada por Astuti *et al.* (2017) analisou 84 estudos e concluiu que o envelhecimento biológico é mais acelerado entre os fumantes, quando comparados com aqueles que nunca fumaram e aos ex-fumantes. O hábito de fumar leva o organismo ao estresse oxidativo, acelerando o processo de envelhecimento celular e aumentando o risco de diversas doenças como as cardiovasculares, câncer, doenças pulmonares, dentre outras (BARBARESKO; RIENKS; NÖTHLINGS, 2018; KIM *et al.*, 2019). Logo, ao contrário do álcool, o tabagismo, independente da dosagem e em qualquer etapa da vida, é associado a piores indicadores de saúde (ASTUTI *et al.*, 2017; RICHARDSON; MCNEILL; BROSE, 2019).

A qualidade do sono tem sido apontada por influenciar na boa memória, na saúde cognitiva e na saúde mental de idosos. Logo, também é considerada um fator importante no estilo de vida desse público (LOPES *et al.*, 2015; SCULIN; BLIWISE, 2015). Sabe-se que com a idade, inúmeras alterações ocorrem na qualidade do sono, como: menor tempo de sono, tendência a dormir mais tarde e acordar mais cedo, aumento do número de cochilos durante o dia e de vezes que se desperta durante a noite, dentre outros fatores (DUFFY; ZITTING; CHINOI, 2015; MANDER; WINER; WALCKER, 2017). Como medidas não farmacológicas para se amenizar essas questões é indicado a adoção de comportamentos relacionados ao estilo de vida saudável como alterações na alimentação, evitar álcool e cigarro, manter horários regulares para dormir, limitar os cochilos diurnos e restringir o tempo na cama. Geralmente, essas mudanças comportamentais refletem em uma melhor qualidade do sono (BAH; GOODMAN; LLIFF, 2019).

Além da ingestão do álcool, do tabagismo e da qualidade do sono, o idoso também deve se atentar para realização de exames preventivos ou *checkups*, pois, eles se fazem muito importantes nesse público e devem ser realizados regularmente como parte de um estilo de vida saudável. O período apropriado para a realização desse procedimento varia entre os indivíduos e deve ser indicado pelos profissionais de saúde. Esses exames permitem identificar fatores de risco para o desenvolvimento das doenças e seu diagnóstico precoce. A partir disso, é possível propor intervenções em tempo adequado para que se evite os agravos em saúde e se mantenha a funcionalidade do idoso o quanto for possível. Para realizar o procedimento de *checkup* é necessária uma avaliação médica (LIMA *et al.*, 2018; VIRGINI *et al.*, 2015).

A avaliação da pressão arterial, da glicemia, imunização por vacinas e exames preventivos como de próstata, de mama, ginecológicos e gastrointestinais estão incluídos entre aqueles necessários para essa população (VIRGINI *et al.*, 2015). Isso se dá devido as chances aumentadas desse público de desenvolver diabetes, hipertensão, doenças coronarianas e diversos tipos de câncer (HU *et al.*, 2019; YANIK, KATKI; ENGELS, 2017). O idoso também pode prevenir perdas cognitivas, por meio de atividades que trabalham a memória e funções executivas como leitura, artesanato, jogos e até mesmo a prática de exercícios físicos (GAMAGE; HEWAGE; PHATIRANA, 2019; JOUBERT; CHAINAI, 2018; KIM, 2017; SPOSITO; NERI; YASSUDA, 2015; WOODS *et al.*, 2017).

A alimentação e a prática de exercícios físicos são fatores amplamente estudados dentro do conceito de estilo de vida saudável (CARNEIRO; ANDRADE, 2017; MORENO-AGOSTINO *et al.*, 2020; XU *et al.*, 2015). Uma estratégia global sobre alimentação, atividade física e saúde proposta pela OMS e aprovada na 57ª Assembleia Mundial de Saúde em 2004, lançou a discussão sobre o desafio de prevenir e combater doenças crônicas não transmissíveis, como doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade e câncer (OMS, 2004). De acordo com esse documento, os principais fatores de risco para o desenvolvimento dessas patologias são: hipertensão arterial, hipercolesterolemia<sup>1</sup>, sedentarismo, tabagismo e ingestão de frutas, verduras e legumes insuficientes (OMS, 2004). Nesse sentido, é possível observar que, além do consumo insuficiente de alguns alimentos se apresentarem por si só como um fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas, uma alimentação desequilibrada também pode facilitar o desenvolvimento de outros fatores de risco citados, como hipertensão e hipercolesterolemia (MENEZES *et al.*, 2010).

Baseado nessas alterações, a alimentação do idoso deve ser equilibrada com o propósito de prevenir a desnutrição e tratar os casos de sobrepeso e obesidade. Indica-se uma dieta equilibrada em termos de proteínas, carboidratos e lipídios. Deve-se atentar a ingestão de água visto que essa população tem maior risco de desidratação. Uma vez que é comum a inapetência<sup>2</sup>, deve-se adotar estratégias para incentivar a ingestão alimentar, como promover um ambiente alimentar agradável e familiar, comer em companhia, e atentar-se ao sabor e textura para que a comida esteja a gosto do indivíduo, principalmente nas ILPIs (BARKOUKIS *et al.*, 2016; VOLKERT *et al.*, 2018). Deve-se dar atenção ao consumo de fontes proteicas, como carnes magras e leguminosas a fim de combater o processo de

---

<sup>1</sup>Aumento da concentração de colesterol no sangue.

<sup>2</sup> Ausência de apetite.

sarcopenia, entendida como a perda de massa magra que pode afetar a funcionalidade muscular do idoso (BARKOUKIS *et al.*, 2016).

Estudos indicam que uma alimentação baseada em frutas, legumes e vegetais é eficaz em prevenir e tratar a hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia, doenças cardíacas, dentre outras. Além disso, esses alimentos contêm vitaminas, minerais, fibras e compostos bioativos, que aumentam as chances de os indivíduos alcançarem as suas necessidades nutricionais (LAPUENTE *et al.*, 2020; MILLER *et al.*, 2017; TIAN *et al.*, 2018). Um estudo de coorte realizado por Miller *et al.* (2017), que incluiu pessoas de 18 países, demonstrou que o consumo de 3 a 4 porções de vegetais por dia foi associado a um menor risco de morte por problemas cardiovasculares. A OMS recomenda pelo menos cinco porções diárias desses alimentos ao dia para prevenção de doenças crônicas (WHO, 1990). Já o Guia alimentar da População Brasileira (BRASIL, 2015) recomenda que a base da alimentação dos brasileiros seja composta por alimentos *in natura*, isto é, aqueles alimentos originados diretamente de plantas e animais, como folhas, frutos, ovos e leite ou minimamente processados. Entende-se como minimamente processados aqueles alimentos que foram submetidos ao processo de limpeza, moagem, secagem, pasteurização, dentre outros, e que não envolve a adição de sal, açúcar e outros ingredientes ao alimento original (BRASIL, 2015).

Além disso, os idosos devem evitar o consumo de alimentos ultraprocessados (RICO-CAMPÁ *et al.*, 2019; SROUR *et al.*, 2019; STEELE *et al.*, 2016). Entende-se como alimentos ultraprocessados, aqueles fabricados por indústrias e acrescidos de ingredientes, como açúcar, sal, óleo e gorduras e substâncias exclusivamente industriais como, proteínas de soja e do leite, extratos de carnes, substâncias derivadas do processamento de óleos, gorduras, carboidrato e proteínas e até mesmo substâncias sintetizadas em laboratórios (BRASIL, 2015). Atualmente, sabe-se que o consumo de ultraprocessados está associado ao maior consumo de açúcares e gordura. Além disso, sua ingestão regular é associada ao maior risco de mortalidade, desenvolvimento de doenças cardiovasculares, obesidade, dentre outras (RICO-CAMPÁ *et al.*, 2019; SROUR *et al.*, 2019; STEELE *et al.*, 2016).

O consumo de gorduras, sal e açúcar também devem ser controlados uma vez que estão associados a dislipidemias, hipertensão e diabetes (JULIBERT *et al.*, 2019; MALIK *et al.*, 2019; SHAN *et al.*, 2019; VILELA *et al.*, 2019). Em suma, considera-se uma alimentação equilibrada aquela em que sua base é composta por frutas, legumes e verduras, com o consumo controlado de gorduras, sal e açúcar e como a mínima ingestão possível de

alimentos ultraprocessados (BRASIL, 2015, LAPUENTE *et al.*, 2020; RICO-CAMPÁ *et al.*, 2019).

Somado a esses fatores, manter-se fisicamente ativo é um elemento fundamental para a manutenção de um estilo de vida saudável na população de idosos (LI *et al.*, 2019; MCPHEE *et al.*, 2016; MORENO-AGOSTINO *et al.*, 2020). Os benefícios da prática de exercícios físicos na saúde geral dessa população já são bem estabelecidos (BANGSBO *et al.*, 2019; FALCK *et al.*, 2019; HÅKANSSON *et al.*, 2017; LABRA *et al.*, 2015; MCPHEE, *et al.*, 2016; MORENO-AGOSTINHO *et al.*, 2020; SHERRINGTON *et al.*, 2017; STEFLL *et al.*, 2017; WAHID *et al.*, 2016). Uma metanálise realizada por Falck *et al.* (2019) demonstrou que o treinamento físico traz benefícios não só para a saúde física, mas também para a cognitiva, uma vez que alguns estudos têm demonstrado benefícios da prática até mesmo para a memória. Håkansson *et al.* (2017) apontaram em ensaio clínico que um programa de exercícios físicos levou à melhora da memória operacional, ou seja, aquela responsável pelo aprendizado, raciocínio, compreensão da linguagem, dentre outros.

A prática de exercícios também é um fator importante para prevenção de queda em idosos, uma vez que ajuda a combater os efeitos da sarcopenia ou perda de massa muscular (MCPHEE *et al.*, 2016). Além disso, sabe-se que a ocorrência de quedas em idosos fisicamente ativos é menos problemática, uma vez que apresentam menor probabilidade de sofrer fraturas ósseas (MCPHEE *et al.*, 2016). Uma compilação de oito estudos de coorte realizada por Moreno-Agostino *et al.* (2020), ao acompanhar por 10 anos 130.521 idosos de 26 países, concluiu que o envolvimento do idoso em qualquer nível de atividade física esteve associado à redução da probabilidade do declínio rápido no envelhecimento.

A OMS divide a atividade física do cotidiano dos idosos da seguinte forma: atividades de lazer, como dança ou jardinagem; atividade física funcional, que se configura como o envolvimento com algum tipo de trabalho; atividade física de transporte como ciclismo e caminhada; tarefas domésticas; e exercícios planejados (WHO, 2020). Na visão de Caspersen, Powell e Christenson (1985), o que diferencia atividade física de exercícios físicos é o tipo de movimentação. Qualquer movimentação que leve o indivíduo a um gasto energético acima do estado de repouso pode ser considerada atividade física. Os movimentos que ocorrem de forma organizada e repetida e são acompanhados de um objetivo, como a melhora dos componentes da aptidão física, são denominados exercícios físicos.

Ressalta-se que a prescrição de exercícios para esse público deve levar em consideração o estado de saúde e a capacidade funcional (LEE; JACKSON;

RICHARDSON, 2017). Sabe-se que, mais importante que o tipo de exercício, é o ato de evitar o comportamento sedentário, uma vez que a inatividade física está associada ao maior risco de mortalidade precoce por todas as causas. Portanto, qualquer tipo de movimentação, seja ela associada às práticas sistematizadas ou apenas atividades ligadas à rotina e ao trabalho doméstico, podem ser benéficas para os idosos (BANGSBO *et al.*, 2019; LABRA *et al.*, 2015; LEE; JACKSON; RICHARDON, 2017; MCPHEE *et al.*, 2016; MORA; VALENCIA, 2018).

A OMS recomenda 150 minutos de atividade aeróbica de intensidade moderada ou 75 minutos de atividade aeróbica de alta intensidade ao longo da semana para essa população (WHO, 2020). Os indivíduos com baixa mobilidade devem praticar por pelo menos três vezes por semana, exercícios que trabalhem o equilíbrio a fim de prevenir quedas. Para a manutenção da capacidade funcional, recomenda-se de duas a três vezes por semana a prática de exercícios que trabalhem os grandes grupos musculares. Como, muitas vezes, o idoso não consegue realizar nenhuma atividade, é sugerido que ele realize atividades que sejam compatíveis com o seu estado de saúde, para que o mesmo se mantenha o mais ativo o quanto for possível (WHO, 2020).

As diretrizes de atividade física para americanos publicada por Piecy *et al.* (2018) sugerem que idosos façam atividades multicompetentes, que incluam atividades aeróbicas, treinamento de equilíbrio e fortalecimento muscular. Essa estratégia pode reduzir o risco de quedas. Os autores observam que atividades como dança, ioga, tai chi, jardinagem ou esportes, incorporam vários desses exercícios (PIECY *et al.*, 2018). Esse tipo de atividade tem sido apontado em diversos estudos como atividades ideais para essa população (CORDES *et al.*, 2019; LEE; JACKSON; RICHARDON, 2017; MORA; VALENCIA, 2018; PIECY *et al.*, 2018).

Fatores psicossociais como o suporte e engajamento social (HILL *et al.*, 2016; LEVASSEUR *et al.*, 2019; SOWA *et al.*, 2016; ZHOURI *et al.*, 2019) e o controle do estresse (FAYE *et al.*, 2018; GAFFEY *et al.*, 2019; MOOS *et al.*, 2007; ZHANG *et al.*, 2014), também se apresentam como pontos importante para um estilo de vida de vida saudável para a população de idosos. O apoio social está associado a uma melhor adaptação da velhice impactando na saúde física e mental dos idosos. Trabalho remunerado e voluntário, participação ativa na comunidade, apoio da família e dos amigos e realização de atividades criativas são considerados componentes importantes para a qualidade de vida de idosos (SOWA *et al.*, 2016).

Estudos demonstram que o baixo apoio social está relacionado ao maior sofrimento psicológico e a pior avaliação da saúde (BARGER; MESSERLI-BURGY; BARTH, 2014; BØEN; DALGARD; BJERTNESS, 2012; CAETANO; SILVA; VETTORE, 2013; DAI *et al.*, 2016). Além disso, existem diversos estudos demonstrando que a interação social funciona como um fator protetor para o desenvolvimento de quadros de demências (LIVINGSTON *et al.*, 2020; SOLOMON *et al.*, 2014; SOMMERLAD *et al.*, 2019). O relatório da comissão *Lancet*, publicado em 2020 (LIVINGSTON *et al.*, 2020), apontou o baixo contato social como um fator de risco para desenvolvimento de demências juntamente ao baixo nível educacional, obesidade, hipertensão, diabetes, tabagismo, deficiência auditiva e depressão.

Além disso, o apoio social apresenta-se como um dos artifícios para prevenção do estresse na velhice. O estresse é um elemento que acompanha o processo de doença. Ele é capaz de causar alterações no organismo, como a dilatação do córtex suprarrenal, atrofia dos órgãos linfáticos e úlceras gastrointestinais (SELYE, 1956). O conjunto de respostas fisiológicas ocorridas no organismo em situação de estresse é denominado Síndrome Geral de Adaptação (SGA) e ocorre por meio de três fases, a saber: alarme, resistência e exaustão (SELYE, 1956). Na primeira fase, ocorrem manifestações agudas, o córtex suprarrenal se dilata e o sangue se torna mais concentrado. Essas alterações visam preparar o organismo para reações de fuga ou luta e preparam o indivíduo para enfrentar a situação. A motivação e entusiasmo, causada pelas alterações hormonais, podem gerar mais produtividade (LIPP; MALAGRIS, 1995; LIPP, 2010)

Na segunda fase, de resistência, o córtex suprarrenal acumula grânulos de secreção hormonal segregados, o que leva a diluição do sangue (LIPP, 2010). Logo, nessa fase, as manifestações da primeira etapa desaparecem e o indivíduo aumenta sua capacidade de resistência (SELYE, 1956). O organismo busca por reequilíbrio, o que demanda muita energia levando o indivíduo à sensação de desgaste (LIPP; MALAGRIS, 1995). Quando o agente causador do estresse é contínuo e o indivíduo não consegue desenvolver estratégias para lidar com a situação, o organismo esgota sua energia entrando na terceira fase, a de exaustão (LIPP, 2010). Assim, ocorrem alterações metabólicas, causando a imunossupressão do indivíduo e possível ocorrência de diversos problemas de saúde como distúrbios psiquiátricos, relacionados ao sono, dependência e abuso de substâncias (CORTEZ; SILVA, 2007). Lipp (2000) propõe ainda um modelo quadrifásico, adicionando a fase de quase exaustão, quando o indivíduo está enfraquecido e não consegue se adaptar ou resistir ao

componente estressor. As doenças surgem, mas ainda não são tão graves como na fase de exaustão, permitindo que o indivíduo ainda consiga atuar na sociedade. Logo, a quase exaustão, aparece como a fase final da fase de resistência do modelo trifásico, proposto por Selye (1956).

Lipp (1994) traz os conceitos de distresse e eustresse. O distresse configura-se como o estresse excessivo, com desdobramentos metabólicos e sensoriais já descritos. Já o eustresse equivale ao estresse insuficiente, necessário para o desempenho de um indivíduo. Ele conta com a participação de mecanismos cerebrais interpretativos, proveniente da aprendizagem e do repertório de condicionamento de respostas que o indivíduo acumula ao longo da vida. Uma vez que o envelhecimento traz modificações biopsicossociais, o estresse é recorrente no cotidiano do idoso. A falta de aceitação do indivíduo sobre sua nova condição está relacionada ao estresse crônico nessa idade. Nessa faixa etária, começa a surgir componentes estressores específicos como problemas de saúde, questionamentos sobre a morte e problemas físicos, sociais e cognitivos. Por esse motivo, boas estratégias de controle de estresse para a manutenção da saúde dessa população são fundamentais (GAFFEY *et al.*, 2016; MOOS *et al.*, 2006; ZHANG *et al.*, 2014).

Além do apoio social, outras estratégias têm se demonstrado importantes para controle do estresse na velhice. As emoções positivas e o otimismo, que ocorrem quando um indivíduo consegue avaliar um problema de forma positiva, têm demonstrado efeitos protetores na saúde dos idosos (FAYE *et al.*, 2018; KROEMEKE, 2019; LAZARUS; FOLKEMAN, 1984). A flexibilidade cognitiva, ou seja, a capacidade de compreensão e aceitação ou buscar meios de solucionar determinada situação, também é importante para a qualidade de vida de indivíduos dessa idade, uma vez que, pensamentos negativos recorrentes estão associados à piores indicadores de saúde (FAYE *et al.*, 2018; GAN *et al.*, 2015; KROEMEKE, 2019; SERGESTROM *et al.*, 2010). Além disso, a espiritualidade ou religiosidade tem sido associada a melhores indicadores de saúde, uma vez que podem funcionar como uma fonte de apoio ao indivíduo idoso, auxiliando-o a lidar com diversas situações que exigem adaptação, como traumas, acidentes, luto, dentre outros (BRYAN *et al.*, 2016; KROK, 2015; SCANDRETT; MICTHEL, 2010; TOBIN; SLATCHER, 2016).

Tendo em vista os componentes de estilo de vida destacados, é importante ressaltar que a revisão realizada por Ferreira, Meireles e Ferreira (2018) demonstrou que não existem instrumentos de avaliação do estilo de vida especificamente desenvolvido e avaliado para a população de idosos. Dessa forma, os métodos de coleta de dados mais utilizados são

questionários construídos pelos próprios pesquisadores. Por conta disso, a criação de uma escala que busca avaliar o estilo de vida dessa população pode contribuir para o desenvolvimento de pesquisas na área, uma vez que pode facilitar o método de aplicação das pesquisas, aumentar as chances de se obter dados confiáveis, permitir comparações amostrais e avaliar intervenções. Nesse sentido, no tópico a seguir serão abordados os passos necessários para o desenvolvimento de uma nova escala.

#### 1.4 DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA DE ESCALAS

As escalas psicométricas tratam-se de instrumentos utilizados nas pesquisas científicas quando a variável que se pretende investigar não pode ser observada diretamente, como é o caso dos sentimentos e das crenças, por exemplo (REPOLD; GURGEL, 2014). Esse tipo de variável também pode ser chamado de variável latente ou construto (PASQUALI, 1996). Nesse sentido, a psicometria é um meio que permite medir os processos mentais. Ela utiliza ferramentas e métodos estatísticos, a fim de representar com precisão os conhecimentos relacionados à natureza. Em outras palavras, ao invés de se utilizar a linguagem para descrever fenômenos naturais observados, utilizam-se técnicas matemáticas com o objetivo de descrever determinados construtos (PASQUALI, 2009). Ressalta-se que a psicometria é uma área da psicologia que tem interface com a estatística, ou seja, embora ela utilize teorias estatísticas em sua operacionalização, ela continua sendo uma área da psicologia, primordial para se assegurar a qualidade desses instrumentos (PASQUALI, 2010).

Na psicologia, o desenvolvimento de novos instrumentos é um dos temas de maior interesse, uma vez que a qualidade deles é muito importante para garantir a exatidão dos resultados encontrados nos estudos, além de representarem novos recursos metodológicos para pesquisadores da área de avaliação psicológica (REPOLD; GURGEL, 2014). Assim, existem diversas justificativas que sustentam a importância da quantificação na psicologia. Em primeiro lugar, os escores fornecidos pelas escalas psicométricas auxiliam na avaliação de modelos teóricos, uma vez que possibilita a realização de testes empíricos de hipótese. Além disso, os instrumentos psicológicos auxiliam na avaliação da efetividade de intervenções. Logo, podem ser utilizados para aferir os impactos de políticas públicas ou para saber se determinadas intervenções trazem benefícios a um grupo específico de pessoas.

Isso pode ser feito por meio da avaliação de atributos como qualidade de vida e bem-estar subjetivo, por exemplo (HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015).

Outro fator refere-se à reprodutibilidade, uma vez que bancos de dados baseados em análises quantitativas podem ser checados por outros cientistas, proporcionando críticas mais consistentes relacionadas à conclusão das pesquisas. Por fim, os escores produzidos dessas escalas permitem localizar um indivíduo em relação a um grupo de referência. Isso facilita a comunicação entre profissionais, já que os informa acerca das fraquezas e potencialidades de seus pacientes (HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015).

Antes de desenvolver um instrumento, o pesquisador deve levar em consideração alguns pontos presentes no cenário científico. Inicialmente, deve-se verificar se existem instrumentos já desenvolvidos que buscam medir o construto que se deseja trabalhar. Caso existam instrumentos e os mesmos já sejam utilizados em diversas culturas, o pesquisador pode optar por adaptá-los à cultura alvo. Nesse caso, o pesquisador deve estar atento ao fato da expressão do traço latente poder variar entre culturas, trazendo a necessidade de inclusão de novos itens. O contrário também é possível, ou seja, alguns itens do instrumento também podem não fazer sentido quando trazidos para uma cultura diferente (HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015). Portanto, deve-se valorizar a adaptação cultural de um instrumento, pois o processo de adaptação é um procedimento que favorece a comparação de estudos transculturais (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015; HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015).

Em contrapartida, embora o processo de construção de um instrumento seja complexo, ele permite uma escala de acordo com as particularidades da população a qual ele se destina. A complexidade envolvida nos procedimentos de criação de uma escala é o principal ponto negativo envolvido no processo (HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015). É possível, inclusive, verificar na literatura, um significativo aumento na construção de escalas, porém, os procedimentos adotados pelos pesquisadores nem sempre são adequados (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; COLUCI, ALEXANDRE; MILANI, 2015). Por isso, ao verificar a necessidade do desenvolvimento de um novo instrumento e optar por realizar esse procedimento, o pesquisador deve estar ciente da necessidade de seguir a metodologia adequada a fim de tornar a escala apropriada e confiável (COLUCI, ALEXANDRE; MILANI, 2015)

Pasquali (1998) sugeriu a divisão desses procedimentos em três eixos: teóricos, empíricos e analíticos. Esses procedimentos visam assegurar diversos indicadores de

validade do instrumento. Os procedimentos teóricos definem a variável latente que está sendo investigada e especifica os aspectos comportamentais em que a mesma se manifesta. Os procedimentos empíricos englobam os aspectos experimentais da investigação, como o planejamento da pesquisa e a coleta de dados. Já os procedimentos analíticos envolvem o tratamento estatístico dos dados e a análise dos resultados (REPOLD; GURGEL, 2014).

A seguir, esses procedimentos são explicados detalhadamente. Para uma melhor compreensão, eles foram divididos didaticamente. Os dois primeiros subtópicos (Geração dos itens e Análise teórica dos itens) representam os procedimentos teóricos. No terceiro subtópico (Análise empírica dos itens), são descritos os procedimentos empíricos. Por fim, no subtópico de análise psicométrica são apresentados os procedimentos analíticos necessários para a validação da escala.

#### **1.4.1 Primeira etapa: Geração dos itens**

A primeira etapa do processo de desenvolvimento de uma escala de avaliação psicológica é a etapa de geração dos itens. Para que a geração dos itens seja possível, existem diversos aspectos teóricos que devem ser levados em consideração. Para Hutz, Bandeira e Trentini (2015), antes de dar início a elaboração dos itens, deve se realizar uma minuciosa revisão de literatura, levando em consideração a teoria em que o novo teste irá se basear e os instrumentos que foram construídos de acordo com essa teoria. O estudo teórico da variável latente permite que o pesquisador descreva as dimensões do teste. A dimensionalidade do construto é entendida como os atributos que definem o construto estudado, os quais devem ser conceituados detalhadamente (PASQUALI, 1998). Clark e Watson (1995) relatam que é necessário que o pesquisador defina se a variável latente é uma medida unidimensional ou multidimensional. Caso ela seja definida como multidimensional, o novo instrumento será dividido em subescalas ou fatores, uma vez que, existe mais de uma variável latente afetando as respostas dos sujeitos (CLARK; WATSON, 1995; PASQUALI, 2010).

Essa revisão de literatura pode resultar em definições construtivas ou operacionais. As definições são consideradas construtivas quando um construto é explicado por meio de outros construtos. Esse tipo de definição estabelece fronteiras acerca da ideia expressa pelo construto, ou seja, fornece limites semânticos que devem ser respeitados dentro da teoria que será utilizada para a construção do instrumento de medida. Já as definições operacionais são

expressas por meio de comportamentos físicos representantes do construto estudado. Em outras palavras, as definições operacionais, ao contrário das construtivas, não são mais definidas por outros construtos, e sim por comportamentos concretos onde é possível observar a características do construto (PASQUALI, 1998).

Hutz, Bandeira e Trentini (2015) relatam que apesar das definições operacionais serem baseadas na literatura, pode ocorrer de alguns traços latentes ainda não terem sido abordados por outros pesquisadores. Por isso, pode-se optar por recorrer a procedimentos adicionais. Assim, é possível realizar entrevistas com o público-alvo a fim de incluir na escala traços que representam as características culturais da amostra do qual o instrumento se destina. Caso o pesquisador ainda considere que o construto necessita de um maior detalhamento, ele pode recorrer a especialistas na área, como psicólogos, clínicos ou pesquisadores.

Para Morgado et al., (2014), quando a geração de itens é realizada por meio de informações provenientes da literatura, diz-se que a mesma ocorreu de forma indutiva. Em contrapartida, quando se realiza a geração de itens a partir de depoimentos da população alvo, considera-se que a geração de itens ocorreu de forma dedutiva. DeVellis (2012) recomenda que o pesquisador realize essa etapa do desenvolvimento da escala, adotando como estratégia a combinação dos dois métodos. Assim, após o levantamento bibliográfico, deve-se realizar uma pesquisa qualitativa, coletando a opinião do público-alvo por meio de entrevistas, grupos focais, painéis de especialistas, dentre outros métodos dessa natureza (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015; HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015; MORGADO *et al.*, 2017).

Após a revisão de literatura e procedimentos adicionais que podem ser adotados, o pesquisador consegue iniciar o processo de formulação dos itens, por meio das categorias comportamentais identificadas nas definições operacionais. Ressalta-se que um bom instrumento de medida deve conter itens que ocupam toda a extensão do construto, ou seja, seus itens devem abarcar o maior número possível de categorias comportamentais que expressam o construto abordado (PASQUALI, 1998).

Além disso, os itens devem ser objetivos, simples, claros, relevantes e precisos. A objetividade é garantida quando o respondente é capaz de responder o item com facilidade, podendo concordar, discordar ou dizer se consegue executar determinada tarefa abordada pela questão. O item também deve expressar uma única ideia. O criador deve evitar introduzir explicações de termos, justificativas ou exprimir duas ideias em uma mesma frase,

garantindo que o item não fique confuso. Ademais, um item claro deve ser capaz de ser compreendido por pessoas com baixo nível de instrução. Frases curtas e claras normalmente são mais fáceis de serem compreendidas (HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015; PASQUALI, 1998).

Hutz, Bandeira e Trentini (2015) acrescentam que o item deve testar uma porção específica da variável, bem como deve se distinguir dos outros itens evitando que várias questões tenham o objetivo de avaliar a mesma porção do construto. O pesquisador deve se preocupar também com a estruturação do questionário, atentando-se para a organização dos itens de acordo com os domínios e o formato geral do instrumento. Essa estruturação e a sequência em que os itens se apresentam no questionário pode reduzir o esforço físico e mental do respondente. Além disso, esse cuidado aumenta as chances de as questões serem tratadas com interesse e que o entrevistado se mantenha focado até o fim do questionário. Por esse motivo, os itens devem se apresentar em uma ordem lógica e o seu direcionamento, se possível, deve ser sempre da questão mais geral para a mais específica e da menos delicada para o mais pessoal (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Na etapa de geração de itens, o pesquisador também precisa se preocupar em elaborar o título, as instruções, as opções de resposta, o formato de apresentação e o escore total do novo instrumento. Recomenda-se que o título seja curto e de fácil compreensão. Deve-se tomar os cuidados necessários relacionados à acessibilidade da escala, ou seja, o título deve ser criado a fim de ser encontrado com facilidade pelos demais pesquisadores interessados pelo tema e que podem, futuramente, utilizar o instrumento (PASQUALI, 2010). Assim como o título, as instruções devem ser claras, permitindo que o respondente consiga entender com facilidade aquilo que está sendo pedido (PASQUALI, 2010).

Quanto às opções de resposta, Coluci, Alexandre e Milani (2015) relatam que deve se considerar a natureza do item, ou seja, a forma em que ele foi elaborado. Assim, frases interrogativas requerem tipos de respostas distintas das frases positivas ou negativas, por exemplo. As escalas de resposta mais comuns são as de estimativa direta, como as escalas *likert*, adjetivas, de faces, analógicas, dentre outras. Os pesquisadores também devem decidir como será a disposição dos itens, o espaçamento bem como o formato da nova escala. Deve-se preocupar-se, inclusive, em explicar o que representa o escore total do instrumento, bem como a forma em que ele deve ser calculado. Esses são pontos importantes, considerando que a escala será aplicada por outros pesquisadores (MALHOTRA, 2012).

Em relação ao número de itens propostos, Pasquali (1998) relata que eles podem ser formulados de acordo com dois enfoques: da psicometria tradicional positivista e da teoria dos traços latentes. Na primeira, os itens não são desenvolvidos a partir de uma teoria, mas sim selecionados a partir de um conjunto de itens que parecem avaliar o construto pretendido. Essa seleção de itens é submetida a uma análise estatística posteriormente, para verificar quais itens realmente representam o construto investigado. Nesse enfoque, deve-se iniciar com um número de itens três vezes maior do que aquele que se deseja ter no final de todas as etapas de desenvolvimento da escala. Já na teoria dos traços latentes, os itens incluídos possuem validade teórica e, nesse caso, não é necessário que o montante inicial ultrapasse 10% do número de itens pretendido (PASQUALI, 1998).

Hutz, Bandeira e Trentini (2015) relatam que, apesar de, inicialmente, parecer que o instrumento contém muitos itens, deve-se considerar que alguns deles serão descartados nas etapas futuras, ou seja, muitos itens serão retirados por serem considerados inadequados pelos juízes ou não serem compreendidos pela população-alvo (segunda etapa) ou não se demonstrarem adequados na análise psicométrica (quarta etapa). Apesar disso, a quantidade inicial de itens também deve considerar a complexidade do construto, uma vez que, para avaliar algumas variáveis latentes, não são necessários muitos itens para cobrir o construto pretendido. Ademais, ressalta-se a necessidade de que se tenha pelo menos três itens para cada fator, para que o mesmo possa se sustentar (HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015). Após a adoção dos procedimentos apontados nesse tópico, o instrumento estará pronto para passar para a próxima etapa do seu processo de desenvolvimento.

#### **1.4.2 Segunda etapa: Análise teórica dos itens**

Após a geração inicial de itens, é necessário investigar a validade de conteúdo do instrumento piloto. A análise de conteúdo é uma etapa primordial para a qualidade da nova escala, pois permite associar conceitos, que até o momento são abstratos, a indicadores observáveis. Essa etapa tem o objetivo de determinar em qual proporção os itens elaborados representam todas as facetas do construto abordado. Ela também avalia se os itens propostos são compreensíveis e, de fato, representam o conceito medido. Portanto, trata-se de uma avaliação abrangente (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

A primeira etapa para avaliar a validade de conteúdo ocorre por meio de um comitê composto por juízes especialistas (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015; PASQUALI, 1998). Podem ser considerados especialistas profissionais clínicos, pesquisadores que publicam sobre o tema abordado, especialistas em criação e adaptação transcultural de escalas, dentre outros. É importante se assegurar sobre a experiência e a qualificação dos juízes (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Quanto ao número de peritos necessários para essa etapa, a literatura é controversa. Pasquali (1998), por exemplo, recomenda no mínimo 6 juízes. Já Lynn (1986) apontou a necessidade de no mínimo cinco e o máximo de dez juízes. Hutz, Bandeira e Trentini (2015) sugerem o mínimo de dois juízes, sendo que incluir três juízes pode ser importante caso haja necessidade de desempate. Porém, para esses autores, a inclusão de muitos peritos pode tornar o procedimento mais complexo. Não obstante, para Lynn (1986), quanto maior for o número de juízes maior será essa confiança. Desse modo, ter o mínimo de cinco avaliadores facilita a detecção de avaliadores outliers. Apesar das divergências, é importante que se leve em consideração tanto as características dos instrumentos, como a qualificação e a disponibilidade dos peritos necessários (LYNN, 1986).

O primeiro passo dessa etapa é a confecção de uma carta direcionada aos peritos, contendo a explicação do objetivo do estudo, uma descrição detalhada do instrumento, a conceituação de seus domínios e a explicação sobre a pontuação e a forma de resposta (PASQUALI, 1998). No primeiro estágio, os juízes devem verificar se o conteúdo está adequado ao público-alvo e se a estrutura dos domínios, assim como o seu conteúdo, está correta. Os peritos também devem avaliar se os itens contidos em cada um dos domínios são representativos (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Trata-se de uma avaliação geral, voltada para a abrangência do instrumento. Deve ser avaliado também a redação dos itens e se os conceitos foram bem empregados e podem ser compreendidos pelos respondentes. Nessa fase, é possível sugerir a inclusão ou eliminação de itens, bem como se acrescentar sugestões para a melhor adequação dos mesmos (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Para orientar e padronizar a avaliação entre os avaliadores, recomenda-se o desenvolvimento de um formulário, onde os itens e os aspectos a serem avaliados estejam dispostos em uma tabela. Pode-se incluir também espaço para que os peritos possam fazer comentários adicionais, como sugestões de alteração e de inclusão de novos itens, por exemplo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015;

HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015; PASQUALI, 2010). Pasquali (1998) recomenda que seja adotado 80% como critério de concordância entre os juízes. Esse critério deve servir como base para se considerar a pertinência de um item na escala. No entanto, este não é o único meio de avaliar o grau de concordância entre os juízes. Pode-se utilizar também o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) que demonstra o percentual de juízes que concordaram com determinado aspecto do instrumento. Dessa forma, se avalia cada componente isoladamente e posteriormente o instrumento como um todo. Para tal, utiliza-se uma escala *Likert* que varia de um (não relevante, não representativo ou não claro) a quatro (muito relevante, representativo ou muito claro). Ressalta-se que os itens que recebem pontuação um ou dois devem ser revisados ou eliminados. O índice de concordância é calculado dividindo o número de respostas três ou quatro pelo número total de respostas. A taxa de concordância aceitável é de 0,78, quando analisado os itens individualmente. Considerando o instrumento como um todo, deve haver com concordância de no mínimo 0,80 e, preferencialmente, acima de 0,90 (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Após a análise dos juízes, os itens devem ser submetidos ainda a uma segunda etapa, chamada de pré-teste ou análise semântica, que tem como objetivo verificar se os itens são compreendidos pela população alvo do instrumento. É necessário que se verifique se os itens podem ser compreendidos por pessoas com baixo nível de escolaridade. Por isso, recomenda-se que a amostra dessa etapa contenha uma população com níveis de estudo mais variável quanto possível, ou seja, sujeitos de baixa e alta instrução. Em relação ao tamanho amostral, Pasquali (1998) sugere uma amostra de aproximadamente 30 pessoas. Já Malhotra (2012) indica de 15 a 30 entrevistados. Ressalta-se que caso sejam necessárias várias etapas no pré-teste, essa amostra pode chegar a um número bem maior (MALHOTRA, 2012).

Essa etapa deve envolver a avaliação da compreensão de todos os aspectos no questionário, ou seja, deve-se verificar o entendimento não só dos itens, mas também do enunciado, do formato, do *layout* e das instruções. Pasquali (1998) recomenda que se discuta com população alvo dúvidas relacionadas aos itens. Uma das técnicas que pode ser utilizada nessa etapa é a checagem dos itens em grupos de três ou quatro pessoas, situação denominada *brainstorming*. Nesse cenário, deve ser apresentado ao grupo cada um dos itens, pedindo para que ele seja reproduzido, com as próprias palavras, pelos membros do grupo. Caso a reprodução dos itens não deixe dúvidas, significa que o item pode ser compreendido corretamente.

Para Malhotra (2012), essa etapa deve ser conduzida com entrevistas pessoais, mesmo que o objetivo do questionário seja a aplicação via telefone, correio ou meios eletrônicos. Essa estratégia permite que o pesquisador verifique a reação dos entrevistados ao responder as perguntas. Depois de realizada as modificações necessárias, é possível a realização de um segundo pré-teste por telefone, correio ou meio eletrônico, caso seja essa a intenção de aplicação dos questionários na pesquisa real. É importante que o último pré-teste, teste potenciais equívocos do método de entrevista real, ou seja, o método de aplicação que será adotado após a finalização do instrumento.

Malhotra (2012) sugere que a operacionalização dessa etapa seja realizada em duas partes: a análise protocolar e o interrogatório. Geralmente, na análise protocolar, também chamada de *debriefing*, é solicitado que o entrevistado “pense em voz alta” ao responder o questionário. Essa etapa é gravada a fim de se analisar as reações e falas do entrevistado posteriormente. Após essa etapa, inicia-se o interrogatório, onde é solicitado que o participante descreva o significado de cada item do instrumento, justificando sua resposta e apontando possíveis dificuldades de se compreender a questão. Ressalta-se que após mudanças significativas no questionário com base na análise protocolar e no interrogatório, deve ser dado andamento em um novo pré-teste. Espera-se que um pré-teste bem executado tenha várias etapas, até que não sejam mais necessárias novas mudanças (MALHOTRA, 2012). Após as alterações e testagem realizada nessa etapa, o instrumento piloto está apto a seguir para as etapas de análise empírica e psicométrica.

### **1.4.3 Terceira etapa: Análise empírica dos itens**

Depois das etapas teóricas necessárias para o desenvolvimento de uma escala psicométrica é necessário aplicar o instrumento em um grande número amostral. A análise empírica tem como objetivo avaliar a performance de cada item individualmente. Essa análise demonstra se o item é apropriado e se está apto a fazer parte da nova escala (DEVELLIS, 2012; HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015).

Em relação a operacionalização dessa etapa, é recomendado que o instrumento piloto seja aplicado na população alvo do estudo. O pesquisador deve preocupar-se em descrever essa amostra quanto à suas características sociodemográficas, como sexo, idade, classificação socioeconômica, escolaridade, dentre outros (PASQUALI, 2010). Em relação ao número amostral, deve-se levar em consideração o número de itens da escala. Desse

modo, cinco a dez participantes por item ou 100 pessoas por fator presente no instrumento, parece ser o suficiente (PASQUALI, 2010). De acordo com DeVellis (2012) e Hair Júnior *et al.* (2009), quanto maior o número amostral maior a garantia de estabilidade de um fator.

Ressalta-se que a determinação do número amostral ideal para esse tipo de estudo é um desafio frequente enfrentado pelos pesquisadores (WOLF *et al.*, 2013). Por isso, é possível encontrar na literatura debates sobre o tema e outras linhas de pensamento (GOODHUE; LEWIS; THOMPSON, 2007; WOLF *et al.*, 2013). A revisão de Morgado *et al.* (2017) demonstrou que o método de proporção relacionado ao número de itens da escala ainda é a forma mais utilizada para cálculo amostral. Apesar disso, alguns autores relatam que existem outros parâmetros importantes (número de variáveis latentes abordadas, tamanho do efeito, nível de significância, dentre outros) que também devem ser considerados (GOODHUE; LEWIS; THOMPSON, 2007; WOLF *et al.*, 2013).

Em relação ao julgamento dos itens, para DeVellis (2012), eles devem ser julgados de acordo com os seguintes aspectos: correlação entre os itens e entre itens e escore total, variância, média de escores de cada item e coeficiente alfa. Os primeiros dois critérios citados dizem respeito à correlação interna do instrumento. Assim, itens de boa qualidade devem ter uma boa correlação com os demais itens da escala (correlação entre os itens). Além disso, itens confiáveis também devem possuir uma alta correlação com o escore total do instrumento (correlação item-escore total). Ressalta-se que itens individuais confiáveis geram uma escala de alta confiabilidade, caso os mesmos sejam incluídos. Quando o item apresenta um valor de correlação próximo a zero, ele deve ser excluído, pois considera-se que trata de questões muito fáceis ou difíceis, ou que não representam a variável latente abordada. Para Hair Júnior *et al.* (2009), o valor de 0,50 deve ser considerado o mínimo para aceitável para a correlação item-escore total.

Quanto a variância, trata-se de verificar o quão dispersa são as respostas dadas pelos respondentes. Para que um instrumento seja considerado confiável, espera-se que ele tenha uma alta variância, pois, se determinados itens recebem respostas iguais, parte-se do princípio de que mesmo não consegue distinguir os indivíduos em relação ao construto avaliado (DEVELLIS, 2012). Assim, itens com a variância igual a zero, onde todos os sujeitos apontaram a mesma resposta, devem ser excluídos (HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015). Com relação média de escores de cada item, DeVellis (2012) postula que é desejável uma média próxima ao centro. Essas médias de escores são representadas pela soma da pontuação da avaliação dos respondentes para cada item, dividido pelo número

total de entrevistados. Logo, médias próximas às extremidades também acusam um item com dificuldade de detectar certos valores do construto, portanto, também apresentam uma baixa variância.

O último aspecto indicado por DeVellis (2012), chamado de coeficiente alfa, refere-se à precisão do teste. Ele é considerado o parâmetro mais importante da análise empírica, pois, se os critérios anteriores (correlação entre itens, correlação itens-escore total e variância) apresentarem resultados ruins que irão proporcionar um valor de alfa abaixo do recomendado. Quanto à recomendação mínima aceitável para o coeficiente alfa, depende do metodologista que o pesquisador deseja seguir como referência (DEVELLIS, 2012). Malhotra (2012), por exemplo, relata que valores acima de 0,60 são aceitáveis. Já DeVellis (2012) recomenda a adoção de um parâmetro mais conservador de 0,70. Por fim, após os passos citados nessa etapa, instrumento será conduzido à última fase do seu desenvolvimento, a análise psicométrica.

#### **1.4.4 Quarta etapa: Análise psicométrica**

A qualidade dos resultados encontrados em estudos depende do instrumento utilizado. Um bom instrumento é capaz de gerar resultados confiáveis e medir o construto abordado com o máximo possível de precisão. Para assegurar bons resultados, as qualidades psicométricas das escalas precisam ser averiguadas (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Para Pasquali (2009), a psicometria investiga o sentido das respostas dos participantes aos itens do instrumento. Para isso, diversos atributos podem ser utilizados (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Nesse caso, a validade e a confiabilidade são apontadas como pontos centrais na avaliação da qualidade dos instrumentos de pesquisa (HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015).

A validade é um parâmetro que busca verificar se a escala, de fato, está medindo aquilo que ela se propõe a medir. Assim, um instrumento é válido quando ele cumpre com o seu objetivo de avaliar o construto desejado (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015). Os parâmetros de validade podem ser divididos em três grupos, também chamados de modelo trinitário, são eles: validade de conteúdo, validade de construto e validade de critério (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015; PASQUALI, 2009).

Considera-se que um teste possui validade de conteúdo quando ele “constitui uma amostra representativa de um universo finito de comportamentos” (PASQUALI, 1998, pp.101). A evidência desse tipo de validade pode ser obtida por meio da análise do conteúdo do teste, considerando o tema do instrumento, a forma em que os itens foram descritos e o formato da escala (HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015). Esse tipo de validade busca julgar se os itens elaborados para medir um construto, de fato, representam facetas importantes do conceito abordado. Assim, pode-se também averiguar o grau em que um item é relevante e representativo para uma variável latente (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

A validade de conteúdo pode englobar duas fases, caracterizadas pela combinação de métodos qualitativos e quantitativos. A primeira envolve o processo de construção do instrumento como a conceituação dos domínios e a formulação dos itens, procedimentos descritos na primeira etapa. Já a segunda é compreendida pelo julgamento dos peritos e a consulta a representantes da população alvo, procedimentos descritos na segunda etapa (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Ressalta-se que alguns autores consideram apenas a consulta a juízes como etapa inclusa na validação de conteúdo (MALHOTRA, 2012). Já outros possuem uma visão mais generalista, e consideram que a validade de conteúdo se inicia já na primeira parte de desenvolvimento da escala (HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015).

A validade de construto é considerada por Paquali (2009) como a forma mais fundamental de validade dos instrumentos psicológicos, uma vez que ela verifica se a hipótese de expressão de comportamentos que foram atribuídos a variável latente está adequada ao construto (PASQUALI, 2009). A validade de construto pode ser denominada, principalmente, como convergente ou discriminante (HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015). A validade convergente é verificada quando o teste apresenta uma alta correlação com outra variável latente, já reconhecida na literatura por se relacionar com o construto abordado. Já a validade discriminante é caracterizada por uma correlação nula entre o construto que está sendo testado e um outro construto qualquer, conhecido por não se relacionar com a variável abordada (PASQUALI, 2007). Ela também pode ser definida como a capacidade do construto estudado de discriminar grupos (HAIR JUNIOR et al., 2009).

Apesar da validade convergente e discriminante se apresentarem como formas de verificar a validade de construto de uma escala, a principal forma de testar esse parâmetro é por meio da Análise Fatorial Exploratória (AFE) e Análise Fatorial Confirmatória (AFC). A análise fatorial permite identificar variáveis ou fatores específicos relacionados ao construto-

alvo. Isso ocorre por meio a interrelação entre os dados. Esse procedimento é necessário para reduzir os dados, chegando a um número menor de fatores necessários para explicar o construto (HAIR JUNIOR et al., 2009; HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015).

A AFE é caracterizada pela extração de fatores, onde itens com alta correlação se agrupam em um mesmo fator. Em outras palavras, os itens são sintonizados de acordo com a sua correlação. Itens com correlações menores, embora ainda se correlacionem, devem ser agrupados em fatores diferentes. Sendo assim, cada fator é caracterizado por itens interrelacionados. A AFC é responsável por testar o quanto dados reais se ajustam ao modelo que o pesquisador lançou como hipótese. Desse modo, o modelo teórico proposto para explicar a variável latente por meio de características expressas nos itens é testado por meio de um conjunto de índices de ajuste, que demonstram o quanto o modelo reflete o conjunto de dados observados (HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015).

O último tipo de validade citada, a validade de critério, representa a capacidade do teste de prever o desempenho do respondente. Essa validade pode ser de dois tipos: preditiva e concorrente. A preditiva indica a força da relação entre os escores do teste em um dado momento, com os escores do critério, obtido em um momento posterior (PASQUALI, 2009). Assim, a validade preditiva verifica se o teste consegue prever um fenômeno futuro. No caso da validade concorrente, tanto a medida de interesse (construto abordado) quanto a medida de critério são coletados em um mesmo momento (HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015). Assim, o pesquisador pode adotar dois instrumentos que buscam avaliar o mesmo construto a fim de se comparar os seus resultados (MALHOTRA, 2012).

Além dos parâmetros de validade, também deve-se adotar critérios para avaliar a confiabilidade ou fidedignidade da nova escala. A confiabilidade visa verificar a estabilidade do instrumento, ou seja, busca averiguar a capacidade reproduzir um resultado de forma consistente ao longo do tempo (HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015; PASQUALI, 2009). Entende-se que a fidedignidade é um parâmetro fundamental, visto que se considera que um teste com baixa confiabilidade não avalia adequadamente o construto abordado. A ideia de erro de medida é um termo muito importante para entender o conceito de fidedignidade (HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015).

Na psicometria, o erro na testagem é sempre considerado. O erro consiste na diferença entre o escore observado e o escore real de um respondente. O escore observado é aquele obtido pelo participante durante a testagem. Já o escore real é aquele que o

respondente deveria receber, considerando o seu nível de habilidade verdadeiro, mas é desconhecido. Assim, o erro refere-se a fatores desconhecidos que podem influenciar no desempenho do indivíduo. O erro de medida pode ser alterado caso os participantes respondam muitas vezes o mesmo teste. Assim, a média entre escores do respondente, chegará próximo do escore real. No entanto, aplicar o mesmo teste, por diversas vezes, não é uma estratégia viável (HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015). Por esse motivo, pode-se optar por utilizar técnicas multivariadas a fim de estimar a confiabilidade e o erro. As mais utilizadas são: fidedignidade de teste-reteste, de formas alternadas e do avaliador, duas metades e coeficiente alfa  $-\alpha$  (HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015; MALHOTRA, 2012; PASQUALI, 2009).

A fidedignidade teste-reteste é configurada pela aplicação do mesmo instrumento em uma mesma amostra, em dois momentos distintos. Nessa técnica, é avaliada a correlação entre os escores dos dois momentos (HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015). Dessa forma, a estabilidade do instrumento é averiguada ao longo do tempo (DEVELLIS, 2012; MALHOTRA, 2012; PASQUALI, 2009). O valor de correlação gera um coeficiente que varia de -1 a +1. Valores próximos a zero indicam ausência de relação. Quando o teste obtém valores acima de 0,80, considera-se que o mesmo tem alta fidedignidade (HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015; MALHOTRA, 2012). Contudo, essa técnica tem alguns pontos negativos como o período de aplicação decorrido entre as avaliações. Quando esse período é muito curto (dias ou semanas) os participantes podem lembrar de suas respostas anteriores, influenciando no seu novo escore. Em contrapartida, quando o período é longo (meses ou anos), podem gerar coeficiente menores. Além disso, maior a chance de ocorrer fatores não controlados na vida do respondente.

No caso da fidedignidade de formas alternadas, opta-se também por avaliar o mesmo sujeito em dois momentos distintos. No entanto, as escalas utilizadas também possuem itens diferentes. Nesse caso, aconselha-se que o instrumento avalie o mesmo construto, tenha o mesmo número de itens, o mesmo formato, instruções e grau de dificuldade. Apesar desse método reduzir as chances de aprendizado do entrevistado, é difícil que o pesquisador tenha a possibilidade de aplicar dois ou mais testes equivalentes em um mesmo grupo (HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015).

Já na fidedignidade do avaliador busca verificar a correlação dos escores quando o teste é aplicado por dois avaliadores diferentes. A verificação da similaridade entre as respostas e a correlação encontrada, já é considerada um indicador de confiabilidade. Já na

técnica de duas metades, o teste é dividido em duas partes e, dessa forma, é verificada a correlação entre as mesmas. Caso a correlação seja elevada, existirá evidência de fidedignidade. Uma das limitações desse método é que dependendo de como essas metades forem divididas (números pares, ímpares, ordem crescente, etc.), o pesquisador poderá obter valores de correlação distintos (HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015).

Por fim, um dos métodos mais utilizados é o coeficiente alfa, também chamado de alfa de Cronbach ou consistência interna. Esse coeficiente é produto da média dos valores de correlação do teste, quando o mesmo é dividido em duas metades. No entanto, nesse caso, essa média é produto dos coeficientes gerados em todas as possibilidades de divisão do instrumento (HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015). O valor de alfa geralmente varia entre 0 e 1. Valores acima de 0,90 são considerados excelentes, entre 0,80 e 0,89 são considerados bons e entre 0,70 e 0,79, são considerados aceitáveis (DEVELLIS, 2012; HAIR JÚNIOR ET AL., 2009; HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015). No entanto, valores de alfa concentrados entre 0,60 e 0,69 são classificados como questionáveis, entre 0,50 e 0,59 como ruins e abaixo de 0,50 como inaceitáveis (HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015). Para contornar as limitações presentes em cada técnica, o pesquisador pode optar por adotar mais de um método. Quanto mais critérios adotados, maior a indicação de validade e fidedignidade do instrumento.

Assim, nesse capítulo foi apresentado os passos metodológicos necessários para o desenvolvimento de uma escala psicométrica. A adoção dessas etapas auxilia na criação de instrumentos de boa qualidade, impactando automaticamente, nos resultados das pesquisas científicas. Ressalta-se que os conceitos sobre validade utilizados na presente tese (conteúdo, construto e critério) se referem a um campo tradicional da área de desenvolvimento de instrumentos. Assim, historicamente validade é tratada como indicadores relacionados ao alcance do teste e à capacidade do mesmo mensurar aquilo que se propõe. A partir do documento *Standarts for Educationand Psychological Testing (American Educational Research Association, American Psychological Association, National Councilon Measurement in Education, AERA, APA, NCME, 1999)*, foi proposto definições contemporaneas do processo de validade de testes psicológicos. Em outras palavras, o documento reorganiza e renova termos conceituais dos métodos aqui apresentados. Neste documento, validade é vista como um conceito mais abrangente, que engloba um conjunto de evidências que reforçam a qualidade do teste. Logo, ao invés de se trabalhar com o

conceito de tipos de validade o documento propõe chamar esse conjunto de técnicas de fontes de evidência (PRIMI; NUNES, 2009).

Na vertente contemporânea é reconhecido cinco fontes de evidências, a saber: 1) Evidência baseada no conteúdo, que levanta dados sobre a representatividade dos itens do teste e se eles são abrangentes do construto que se pretende avaliar; 2) Evidência baseada no processo de resposta, levantamento de dados sobre os processos mentais envolvidos na realização das tarefas propostas pelo teste; 3) Evidências baseadas na estrutura interna, levantamento de dados sobre a estrutura das correlações presentes no teste; 4) Evidências baseadas nas relações com variáveis externas, que levanta dados sobre a correlação entre os scores do instrumento com outras variáveis; e por fim, 5) Evidências baseadas nas consequências de testagem, que trata-se de um conceito não trabalhado no campo tradicional, mas que diz respeito a verificação das consequências sociais intencionais e não intencionais do uso do teste (AERA, APA, NCME, 1999; PRIMI; NUNES, 2009).

Apesar da vertente contemporânea apresentar nomenclaturas recentes, principalmente no desenvolvimento de testes de inteligência da psicologia cognitiva, é importante destacar que ela ainda não é frequentemente utilizada (WANG *et al.*, 2021; PRIMI; NUNES, 2009;). Portanto, optou-se em adotar na presente tese nomenclaturas da psicometria tradicional uma vez que, ainda são as terminologias mais utilizadas no Brasil e no mundo (WANG *et al.*, 2021; MORGADO *et al.*, 2017; PRIMI; NUNES, 2009).

## **CAPÍTULO 2: DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA**

Este capítulo tem como objetivo apresentar todos os procedimentos adotados para a criação do instrumento. Inicialmente, foram descritos a caracterização da investigação e os aspectos éticos envolvidos no estudo. Posteriormente, bucou-se apresentar de forma minuciosa o percurso metodológico das quatro etapas do desenvolvimento da escala, fornecendo informações sobre os participantes do estudo, os procedimentos de coleta de dados e as técnicas de análise de dados adotadas. Visto que os resultados de cada etapa do estudo influenciam diretamente na execução da etapa seguinte, optou-se por apresentar os resultados de cada fase, assim como a discussão dos mesmos, também neste capítulo.

### **2.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA**

Este trabalho possui características de métodos mistos de pesquisa. Optou-se por esse método pelo fato de que determinados problemas de pesquisas podem ser respondidos mais claramente através da combinação de abordagens quantitativas e qualitativas (THOMAS; NELSON; SILVERMAN, 2012). Desse modo, foi utilizado o método misto sequencial: na primeira etapa realizou-se um estudo qualitativo e, nas etapas seguintes, pesquisas de caráter quantitativo. Como previsto nesse tipo de combinação, os resultados da primeira parte influenciam no que ocorrerá posteriormente.

### **2.2 ASPECTOS ÉTICOS**

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) sob o número de inscrição 12635219.5.0000.5147 e parecer número 3.529.151 (ANEXO I).

Foram elaborados três Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), um para cada etapa. Neles, os procedimentos foram descritos de acordo com o momento da pesquisa que o TCLE foi destinado. Além dos objetivos e procedimentos do estudo, nesse termo foi explicado que a participação na pesquisa ocorreria de forma voluntária, sem custo ou retorno financeiro para o participante e os mesmos poderiam retirar seu consentimento

ou interromper sua participação a qualquer momento. Ressalta-se ainda, que todos os dados ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por cinco anos, mantendo o sigilo e anonimato dos participantes.

## 2.3 PRIMEIRA ETAPA: GERAÇÃO DOS ITENS

O objetivo da primeira etapa foi desenvolver um conjunto de itens para integrar a nova escala. Além dos itens, também foram elaboradas informações gerais relacionadas ao instrumento, como título, sigla, instruções, formato e escore total.

### 2.3.1 Métodos

A pesquisa desenvolvida nesta primeira etapa é caracterizada como qualitativa e descritiva. Para fomentar informações que permitiram viabilizar o desenvolvimento dos itens do instrumento, foi utilizada a combinação de duas abordagens: a dedutiva e a indutiva. Na abordagem dedutiva, busca-se utilizar dados presentes na literatura sobre o tema e o conteúdo de escalas prévias. Já na indutiva, utiliza-se como base para elaboração dos itens, uma pesquisa qualitativa realizada com o público-alvo do instrumento (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; DEVELLIS, 2012; MORGADO *et al.*, 2014; MORGADO *et al.*, 2017).

Para a execução da abordagem dedutiva, foi realizado um levantamento bibliográfico de trabalhos relacionados ao estilo de vida, envelhecimento e construção de escalas. Nesse levantamento, foi possível verificar quais os componentes do estilo de vida marcam a qualidade de vida da população idosa. No caso da abordagem indutiva, optou-se pela realização de entrevistas com a população a que a nova escala se destina, nas quais foram abordados pontos encontrados no levantamento bibliográfico (Comportamentos de prevenção, Fator Nutricional, Exercícios Físicos, Qualidade dos Relacionamentos e Controle do Estresse). A entrevista é uma técnica muito utilizada em pesquisas qualitativas da qual consistem na interação entre duas ou mais pessoas. Nela, busca-se compreender aspectos subjetivos do indivíduo por meio de seus depoimentos (BATISTA; MATOS; NASCIMENTO, 2017). Por meio das entrevistas, buscou-se captar conceitos, crenças, experiências e as particularidades envolvidas no estilo de vida dos idosos.

### 2.3.1.1 *Participantes*

A amostra foi constituída por 40 idosos residentes em Juiz de Fora, Minas Gerais. Desses, 18 eram homens e 22 eram mulheres. Foram incluídas pessoas acima de 60 anos que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa. A amostra contou com 32 idosos não institucionalizados e oito institucionalizados. Ressalta-se que quatro desses idosos tinham vínculo de institucionalização com uma instituição filantrópica e os outros quatro com uma instituição privada.

A idade da amostra total variou entre 60 e 93 anos [Desvio Padrão (DP) = 3,97]. No grupo de idosos não institucionalizados a média de idade foi de 68,86 anos, sendo que 21 deles tinham entre 60 e 70 anos, dez deles idades entre 71 e 80 anos e apenas um se encontrava acima dos 90 anos. Já a média de idade dos idosos institucionalizados foi de 81,0 anos (DP=11,12) sendo que dois tinham idades entre 60 e 70 anos, um entre 70 e 80 anos, três entre 80 e 90 anos e um acima de 90 anos.

Considerou-se o princípio da saturação para estabelecer o número de participantes, ou seja, como previsto nessa técnica, a redundância dos dados coletados justifica a interrupção de captação de novos membros para a amostra (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

### 2.3.1.2 *Instrumentos para coleta de dados*

O roteiro da entrevista (APÊNDICE I) foi elaborado a partir de revisão de literatura (FERREIRA, MEIRELES; FERREIRA, 2018), a qual teve como objetivo investigar os componentes do estilo de vida que influenciam na qualidade de vida de idosos. A partir dos achados, observou-se que os componentes encontrados poderiam ser reunidos em cinco pontos-chaves, conforme a base conceitual que foi utilizada para o desenvolvimento do Pentáculo do Bem-estar (NAHAS; BARROS; FRANCALACCI, 2000), que tem como objetivo traçar o perfil de estilo de vida de indivíduos ou grupos. Assim, os cinco componentes investigados foram: comportamento preventivo, atividade física, fator nutricional, qualidade de relacionamentos e controle do estresse. Desse modo, foi elaborado um questionário com perguntas relacionadas ao estilo de vida, considerando os cinco componentes de interesse.

### 2.3.1.3 Procedimentos de coleta de dados

As entrevistas com os idosos não institucionalizados foram conduzidas no ano de 2018, como parte do trabalho de dissertação do mestrado da pesquisadora responsável. Os idosos não institucionalizados foram selecionados a partir de uma pesquisa quantitativa que buscou avaliar a percepção de qualidade de vida dessa população. Em um universo de 383 idosos, foram selecionados aqueles que tinham as melhores e as piores pontuações nas dimensões saúde física e mental do *36-Item Short Form Survey* (SF-36), o qual avalia a percepção de qualidade de vida dessa população. Essa seleção foi realizada com o objetivo de identificar as especificidades dos comportamentos de estilo de vida importantes para manter a qualidade de vida na velhice. Assim, após a análise inicial dessa pontuação, a pesquisadora entrou em contato com os idosos cujas pontuações nos questionários foram selecionadas e foi realizado o convite para participarem da entrevista.

No caso dos idosos institucionalizados, as entrevistas foram realizadas no ano de 2019. A pesquisadora entrou em contato com duas instituições, sendo uma privada e outra filantrópica, selecionadas por conveniência para explicar os objetivos e procedimentos da pesquisa. Após a autorização prévia por parte dos responsáveis pelas instituições, foi dado início aos procedimentos da pesquisa. Uma vez que esses indivíduos eram acompanhados por uma equipe clínica na própria instituição, a equipe profissional das instituições indicou os idosos que não tinham comprometimento cognitivo para participarem da pesquisa. Após essa indicação, o convite para participar das entrevistas foi feito diretamente aos mesmos.

Em ambos, o TCLE foi assinado antes do início da entrevista (ANEXO II). Foi aplicada a mesma entrevista semiestruturada (APÊNDICE I), contendo perguntas relacionadas ao estilo de vida. No caso dos idosos não institucionalizados, a entrevista foi conduzida no local de preferência do participante, sendo que muitos preferiram que o procedimento fosse realizado em suas próprias casas, ou em locais públicos como praças e restaurantes. No caso dos idosos institucionalizados, embora todas as entrevistas tenham sido realizadas na própria instituição que os mesmos estavam vinculados, eles puderam escolher o ambiente em que gostariam de responder às entrevistas. Alguns optaram pelo dormitório, outros pelo pátio ou pela biblioteca das instituições. O roteiro da entrevista semiestruturada foi aplicado no formato de conversa, realizado sempre pela mesma pesquisadora e não houve tempo limite de duração. Todo o procedimento foi gravado por meio de um Gravador De Voz Digital da marca Sony e modelo ICD-PX470.

### 2.3.1.3 *Análise dos dados*

Inicialmente, as entrevistas passaram pelo processo de transcrição na íntegra. A análise dos dados transcritos foi feita por meio da Análise de Conteúdo, por consistir em um conjunto de técnicas para análise de comunicações (BARDIN, 2011). Como uma das possibilidades existentes nessa técnica, foram estabelecidas categorias de análise conforme estas surgiam na fala dos entrevistados. As falas foram agrupadas em categorias dentro dos cinco temas que se pretende investigar com a entrevista (comportamento preventivo, exercícios físicos, fator nutricional, qualidade dos relacionamentos e controle do estresse).

A análise temática foi empregada visando investigar os “núcleos de sentido”, que compõem a comunicação, cuja frequência de aparição pode significar um conceito importante para o objetivo analítico escolhido. O motivo de utilizar a análise temática se justifica pelo fato de que o tema é geralmente utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, atitudes, valores, crenças, tendências, etc (BARDIN, 2011).

### **2.3.2 Resultados e discussão**

A partir do levantamento bibliográfico, exposto no primeiro capítulo da presente tese, e das entrevistas, foi possível desenvolver o primeiro conjunto de itens da escala, assim como suas instruções, título, sigla, formato e escore total. A análise da entrevista permitiu identificar nos entrevistados ideias recorrentes nos discursos a respeito dos comportamentos de estilo de vida.

Além disso, a partir das cinco categorias de estilo de vida saudável, abordadas nesse trabalho (Comportamento preventivo, fator nutricional, exercícios físicos, qualidade dos relacionamentos e controle do estresse), também foram encontradas 15 subcategorias relevantes para o construto investigado.

Para manter o anonimato do(a) entrevistado(a), bem como o grupo ao qual ele pertence, foram elaborados códigos que acompanham cada uma das falas apresentadas. Assim, cada fala é acompanhada por uma identificação composta pela letra “E” (Entrevistado), seu número de identificação (1,2,3...40), o grupo ao qual o entrevistado pertence (“I” para institucionalizado e “NI” para não institucionalizado), seu sexo (“F” para feminino e “M” para masculino) e, por fim, sua idade. Um exemplo de código gerado é “E1-NI, M, 69 anos”, ou seja, o entrevistado é o de número 1, não institucionalizado, do sexo

masculino e com 69 anos. Já o código E33-I, F, 80 anos equivale ao entrevistado de número 33, institucionalizado, do sexo feminino e de 80 anos.

### 2.3.2.1 *Comportamento preventivo*

Um estilo de vida saudável é composto por uma série de comportamentos preventivos. Na revisão de literatura foram encontrados diversos fatores relacionados à prevenção que contribuem para a saúde da população de idosos (LOPES *et al.*, 2015; PENG *et al.*, 2020; SCULIN; BLIWISE, 2015; VIRGINI *et al.*, 2015; VISSER *et al.*, 2019). Inicialmente, observou-se que a ingestão de bebidas alcoólicas deve ser controlada. Dosagens de leve a moderada, não ultrapassando de uma a duas doses de bebida ao dia, não tem se apresentado como deletérias à saúde de idosos (DOWNER *et al.*, 2015; NIXON; LEWIS, 2019). Já o tabagismo deve ser evitado de modo a reduzir o risco de desenvolvimento de doenças, como as cardiovasculares, pulmonares, câncer, dentre outras (BARBARESKO; RIENKS; NÖTHLINGS, 2018; KIM *et al.*, 2018).

A qualidade do sono também é um fator que deve ser considerado para um estilo de vida saudável, uma vez que afeta a memória e a saúde mental (LOPES *et al.*, 2015; SCULIN; BLIWISE, 2015). A busca por atividades que trabalham a cognição como ler, jogar e exercitar-se previnem perdas cognitivas, portanto, podem ser atividades benéficas para essa população (GAMAGE; HEWAGE; PHATIRANA, 2019; JOUBERT; CHAINAI, 2018; KIM, 2017; SPOSITO; NERI; YASSUDA, 2015; WOODS *et al.*, 2017). Os idosos também devem se preocupar em realizar exames preventivos, ir ao médico com regularidade, realizar *checkups* e estarem em dia com a imunização por vacinas (LIMA *et al.*, 2018; VIRGINI *et al.*, 2015).

Nessa perspectiva, três subcategorias emergiram na fala dos entrevistados no componente comportamento preventivo: “Diagnóstico e tratamento de doenças”, “Adoção de comportamentos para evitar doenças” e “Sem comportamentos para evitar doenças”. As falas abaixo exemplificam a primeira subcategoria:

Se eu sinto alguma coisa eu procuro um médico, não gosto de ficar tomando remédio por conta própria. Aí procuro um médico, se mandar fazer um exame eu faço, mesmo que não tenha nada (E2-NI, F, 68 anos).

Eu tenho um clínico geral, oftalmo, ginecologista, otorrino, endócrino, cardiologista. Normalmente, eu vou uma vez por ano no endócrino que eu vou duas porque tomo remédio para tireoide, faço controle (E3-NI, F, 68 anos).

Olha, eu sou diabético, sou hipertenso, entende? Então eu faço tratamento pela universidade federal, né? (E18-NI, F, 60 anos).

A médica do posto mesmo, sempre a gente faz um controle que eu sou hipertenso, tenho colesterol alto, sempre faço essa prevenção (E22-NI, M, 60 anos).

Geralmente eu vou no médico, até porque eu tenho um posto de saúde em frente à minha casa, então sempre que tem prevenção lá eu vou (E26-NI, M, 61 anos).

Eu faço um check-up uma vez por ano, escolho um mês, geralmente junho e julho, e faço todos os exames, até mesmo dentista (E30-NI, 63 anos).

Diversos autores consideram o hábito de realizar *checkups* ou de buscar identificar doenças antes mesmo do surgimento dos sintomas como comportamento preventivo (KASL, 1974; KASL; COOB, 2013; WHEELER; RUNDAL, 1980). A fala dos idosos reforçam a necessidade desses comportamentos para a prevenção da saúde, como foi demonstrado pela literatura (LIMA *et al.*, 2018; VIRGINI *et al.*, 2015). No entanto, ressalta-se que as falas refletem comportamentos de caráter assistencial curativo (PEREIRA; RIVERA; ARTIMANN, 2013). Kals (1974) denominou hábitos como ir ao médico ou realizar *checkups*, de comportamentos em doença. Assim, ao invés da preocupação de adotar comportamentos que de fato evitem o desenvolvimento das patologias, esses idosos relataram encarar a prevenção como o diagnóstico precoce e a adoção de estratégias que impedem os agravos de doenças já instaladas. O Ministério da Saúde recomenda exames preventivos para câncer ginecológico e mamário, no caso das mulheres, e de câncer de próstata, no caso dos homens (BRASIL, 2006). Esses hábitos podem aumentar as chances de cura quando as doenças são detectadas (LIMA *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2011).

Aprofundando nesta questão, os idosos também descreveram como lógica de prevenção a busca pelo profissional médico. Essa busca foi marcada por diversas especialidades como cardiologistas, neurologistas, endocrinologistas, dentre outros. O

comportamento de busca de especialidades médicas é esperado, uma vez que uma das características da lógica preventiva da amostra foi o diagnóstico precoce e acompanhamento das doenças. Uma vez que a doença já se encontra instalada é natural que se recorra a estratégias mais específicas de saúde, incluídas na atenção secundária e terciária. Os fatos observados estão de acordo com a visão de Wheeler e Rundal (1980) que nomearam essas ações como comportamentos preventivos secundários, ou seja, aqueles que se referem a busca por profissionais e tratamentos que visam tratar as alterações percebidas na saúde. Nesse caso, é importante que o indivíduo siga o tratamento indicado para evitar complicações.

Observou-se também na fala dos idosos que o acesso aos postos de saúde é um agente facilitador para a realização de exames preventivos. Para alguns, o acesso ao SUS era o que tornava possível tanto a realização de exames preventivo quanto o tratamento de doenças crônicas (E22 e E26). Ressalta-se que, de acordo com o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de outubro de 2003), é direito do idoso a atenção integral à saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, deve ser garantido o acesso universal e igualitário para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo atenção especial às doenças com maiores prevalências em idosos. No entanto, para Veras, Caldas e Cordeiro (2013), o modelo de saúde do idoso pode englobar até sete níveis hierárquicos, indo do acolhimento aos cuidados paliativos na fase final da vida. A complexidade do SUS e as diferenças político estruturais do sistema entre os municípios do país, faz com que esse modelo seja aderido mais facilmente pelo setor privado. Assim, essas falas sugerem que o acesso ao SUS pode ser um fator que contribui para a adoção de estratégias de prevenção e, conseqüentemente, para a saúde de idosos.

Na segunda subcategoria, “Adoção de comportamentos para evitar doenças”, foi possível notar na fala de alguns idosos a preocupação em adotar hábitos que de fato evitassem ou retardassem o aparecimento de doenças, como pode ser visto a seguir:

Faço atividade física, faço academia. Porque eu sempre tive uma vida muito ativa né, e agora como eu aposentei, arrumei uma forma de manter (E5-NI, M, 76 anos).

Eu cuido, faço atividade física, ando bastante, procuro fazer assim, alguma coisa (E8-NI, F, 74 anos).

Evitar friagem, sempre procurar me agasalhar [...] (E10-NI, M, 73 anos).

Alimentação, exercícios, distrair, ter amizades, sorrir muito...é isso! (E11-NI, F, 79 anos).

[...] ah, a alimentação né, a alimentação é o principal né, é só seguir direitinho o que tá no dia a dia e tudo bem... (E21-NI, M, 60 anos).

Me vacinei recentemente contra pneumonia, vacinei contra gripe, estou me resguardando né?! Evito contato com pessoas que têm doenças altamente contagiosas (E22-NI, M, 80 anos).

Então agora eu estou me preocupando mais com saúde, com alimentação...Ah... eu não abuso na alimentação (E35-I, F, 64 anos).

“É... tomo uma vitamina... Tento ter uma alimentação mais completa, mais forte” [...] (E33-I, F, 80 anos)

[...] eu durmo bem, estou aqui distraindo fazendo caça-palavras, eu jogo um baralho, eu fico no celular, entro na internet, no Whatsapp, no Face. Então eu ocupo meu tempo assim distraindo a mente. (E35-I, F, 64 anos)

[...] Dou uma arejada na cabeça...leio muito. (E33-I, F, 80 anos)

Nessa subcategoria foi demonstrado que os idosos reconhecem a importância da alimentação e dos exercícios físicos como promotores de saúde e sua importância para um estilo de vida saudável. Os efeitos preventivos desses componentes têm sido confirmados por diversos estudos (BANGSBO *et al.*, 2019; CARNEIRO; ANDRADE, 2017; FALCK *et al.*, 2019; HÅKANSSON *et al.*, 2017).

Ademais, estratégias relacionadas ao bem-estar psicológico, como rir, ter amigos, ler, também foram citadas. Assim, os idosos também reconhecem que o engajamento em atividades que trazem a sensação de bem-estar psicológico pode prevenir esses fatores e contribuir para a saúde e qualidade de vida. Prática de exercícios físicos, convivência com os amigos, relaxamento, uso da internet, dentre outros, são exemplos de atividades que podem beneficiar a saúde mental e cognitiva de idosos (KLANYN-YOBAS *et al.*, 2015; LITWIN; STOECKEL, 2015; MEURER; BENEDETTI; MAZO, 2009; QUINTANA; CERVANTE; ISASI, 2018).

Os idosos também citaram o ato de tomar vacinas e evitar contato com doenças contagiosas como hábitos preventivos. Considerando o declínio da qualidade imunológica de acordo com a idade, é importante a adoção de medidas citadas nessa categoria para a prevenção de doenças na população de idosos. Ressalta-se que o calendário nacional de vacinação, disponível no portal do Ministério da Saúde<sup>3</sup>, orienta aos idosos que recorram as vacinas de hepatite B, febre amarela, difteria, tétano, pneumonia e influenza.

A última subcategoria da subescala de comportamento preventivo, “Sem comportamento para evitar doenças”, representa aqueles idosos que quando questionados sobre prevenção, relataram não se preocupar com isso, ou seja, os mesmos não apresentaram nenhuma estratégia que de fato preserve a saúde. São exemplos das falas que emergiram na última categoria:

Não me preocupo com nada, não. Me apareceu um monte de coisa de uma vez só. Eu penso que se eu fizer uma coisa hoje amanhã eu pago, né? Então alguma coisa errada eu fiz e estou pagando (E29-NI, M, 90 anos).

Eu não me preocupo com a prevenção de doenças porque eu sou relapso e não estou nem aí pra isso (E32-NI, M, 60 anos).

Não... Eu nunca tive com a minha idade... Eu nunca tive doença. Nunca tive, né?! Isso nunca me assustou [sobre ter doença no futuro], porque quando a gente tem alguma doença assusta, né? Não... Não evito doença não... Não teve, né?! (E34-I, F, 93 anos).

Não, não previno, eu vivo bem. Eu vivo muito bem. (E36-I, F, 88).

Preocupação em ter doenças? Eu não tenho nada. Graças a Deus! Nem gripe eu pego, não fico gripada à toa (E37-I, F, 84 anos).

Ah, preocupo com nada não. Pra mim eu deixo... Eu deixo o barco ir embora correndo. Preocupo não. Eu quero é viver a vida, preocupar com a vida pra quê, menina? (E39-I, M, 90 anos).

O Modelo de Crença em Saúde proposto por Rosenstock (2005) explica os fatores que motivam ou impedem os indivíduos de adotarem estratégias preventivas. Para esse autor,

---

<sup>3</sup><https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vacinacao/calendario-vacinacao>

existem quatro determinantes do comportamento individual: a susceptibilidade, a seriedade, os benefícios e as barreiras. Para ele, o primeiro ponto necessário para um indivíduo adotar estratégias de prevenção é a crença de que ele pode desenvolver a doença. O segundo ponto é acreditar que o desenvolvimento dessa doença pode trazer desdobramentos graves para algum setor da sua vida. Nesse seguimento, também é necessário que ele acredite que a sua mudança de comportamento realmente pode trazer benefícios para a sua vida e reduzir as chances de desenvolver a doença. Por fim, o autor considera a existência de barreiras psicológicas que podem impedir ações de prevenção, como por exemplo, o fato desses indivíduos encararem determinadas ações como dolorosas, desagradáveis, desnecessárias ou até sacrificantes, como sinalizado nas falas dos entrevistados.

Foi observado na categoria de comportamento preventivo a similaridade entre as falas dos idosos institucionalizados e não institucionalizados, uma vez que não surgiu nenhuma nova subcategoria que representasse apenas aqueles idosos residentes em ILPI. No entanto, um ponto que chama atenção é o fato de que nenhum idoso institucionalizado relatou comportamentos de diagnóstico e acompanhamento de doenças. A Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – RDC/ANVISA nº 283, de 26 de setembro de 2005, determina normas técnicas para funcionamento de uma ILPI. De acordo com essa resolução, é obrigatório a presença de uma equipe multidisciplinar na instituição, a qual deve contar com profissionais como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, dentre outros. Portanto, essa característica pode representar uma diferença na manifestação do construto “estilo de vida” entre idosos institucionalizados e não institucionalizados.

Uma vez que esses profissionais e seus respectivos protocolos de assistência à saúde já estão presentes no cotidiano dos idosos institucionalizados, é aceitável que os mesmos não tenham citados comportamentos presentes na primeira subcategoria, uma vez que não precisam tomar decisão de busca de tratamentos básicos relacionados a esse tipo de prevenção. Apesar disso, Carvalho e Santos (2015) relata que embora exista essa resolução, ainda é necessário a conscientização dos responsáveis por essas instituições a fim de garantir o envelhecimento bem-sucedido, pelo fato de muitos desses estabelecimentos não estarem totalmente adequados às normas estabelecidas na RDC 283. Logo, se o serviço de saúde fornecido em uma ILPI for deficiente, comportamentos preventivos relacionados ao acompanhamento e tratamento adequado de doenças, assim como a realização de exames preventivos, podem ser prejudicados.

Por fim, a adoção de comportamentos preventivos citadas na presente categoria fazem parte de um estilo de vida saudável à medida que impactam a qualidade de vida do indivíduo idoso. A partir da revisão de literatura e das entrevistas foi possível selecionar algumas questões importantes para o comportamento preventivo dessa população. Por esse motivo, o fator comportamento preventivo da escala buscou reunir itens que abordassem a ingestão de álcool, o tabagismo, o hábito de realizar exames preventivos, a qualidade do sono, o treinamento cognitivo, o acesso à serviços de saúde e fatores relacionados a contaminação por doenças contagiosas. Apesar da alimentação e dos exercícios físicos serem representados por fatores que serão vistos nos próximos tópicos, nesse fator restringiu-se a abordar a preocupação que esses indivíduos têm com a adoção de uma alimentação mais saudável e a prática de exercícios físicos, visto que foram componentes que apareceram nas falas dos entrevistados quando os mesmos foram questionados sobre comportamentos preventivos. Assim, a partir dos dados discutidos, um conjunto de 22 itens foi formulado.

O Quadro 1 traz esses itens, acompanhados pelo suporte teórico em que se baseou sua criação.

**Quadro 1:** Hipótese inicial de itens da subescala “Comportamento preventivo”.

Item	Descrição dos itens	Suporteteórico
1	Você se preocupa com a prevenção de doenças?	BARBARESKO; RIENKS; NÖTHLINGS, 2018; BRASIL, 2006; DOWNER <i>et al.</i> , 2015; KIM <i>et al.</i> , 2018; GAMAGE; HEWAGE; PHATIRANA, 2019; JOUBERT; CHAINAI, 2018; LIMA <i>et al.</i> , 2018; LOPES <i>et al.</i> , 2015; NIXON; LEWIS, 2019; SCULIN; BLIWISE, 2015; VIRGINI <i>et al.</i> , 2015; Entrevistas.
4	Você se preocupa em se manter mentalmente ativo?	
5	Você se preocupa em se alimentar de uma forma mais saudável?	
12	Para prevenir ou tratar doença, você busca ter uma alimentação saudável?	
13	Você realiza exames preventivos (mamografia, exame de próstata, dentre outros) indicados para a sua idade?	
14	Para evitar doenças, você se preocupa em adotar comportamentos saudáveis?	
15	Você cuida da sua saúde mental?	
16	Você ingere mais que 7 doses de bebida alcoólica por semana (ex: 7 latas de cerveja, 7 taças de vinho, 7 doses de 30 ml de aguardente)?	

20	Você realiza atividades que necessitam de raciocínio (xadrez, palavras-cruzadas, baralho, dentre outros)?
21	Você evita contato com pessoas que têm doenças contagiosas (ex: gripe)?
28	Para preservar a saúde, você pratica exercícios?
29	Você vai ao médico?
30	Você se preocupa com o controle da glicemia (açúcar no sangue)?
31	Você busca controlar sua pressão arterial?
32	Você é acompanhado por um médico geriatra?
33	Você dorme bem e se sente descansado?
57	Você toma vacinas?
58	Você tem dificuldade de acessar serviços de saúde?
71	Quando tem algum problema de saúde, busca seguir corretamente o tratamento indicado?
72	Você fuma cigarros?
75	Você acorda diversas vezes durante a noite?
89	Você tem sensação de sonolência durante o dia?

### 2.3.2.2 Fator nutricional

A alimentação é um fator primordial para o estilo de vida saudável de idosos (CARNEIRO; ANDRADE, 2017; MORENO-AGOSSTINO *et al.*, 2020; XU *et al.*, 2015). Diversos estudos têm demonstrado que uma alimentação equilibrada é indispensável para a manutenção da saúde dessa população. Desse modo, foi possível observar por meio da revisão de literatura que além da prevenção de doenças crônicas, é necessário prevenir a desnutrição em idosos, devido as alterações gastrointestinais que ocorrem em decorrência do envelhecimento (BARKOUKIS *et al.*, 2016; VOLKERT *et al.*, 2019)

Por isso, é importante uma alimentação baseada em alimentos *in natura* e minimamente processados fim de garantir um maior aporte de vitaminas e minerais (BRASIL, 2015; LAPUENTE *et al.*, 2020; MILLER *et al.*, 2017; TIAN *et al.*, 2018). Deve-se também evitar o consumo de alimentos ultraprocessados, pois eles estão associados ao aumento das doenças crônicas (RICO-CAMPÁ *et al.*, 2019; SOROUR *et al.*, 2019; STEELE

*et al.*, 2016). O consumo de fontes proteicas como carnes, laticínios e leguminosas deve ser incentivado a fim de combater a sarcopenia (BARKOUKIS *et al.*, 2016). As gorduras, o sal e açúcar podem ser consumidos de forma reduzida para prevenir dislipidemias, diabetes e hipertensão (JULIBERT *et al.*, 2019; MALIK *et al.*, 2019; SHAN *et al.*, 2019; VILELA *et al.*, 2019).

É importante também que o sabor e a textura dos alimentos agradem ao indivíduo idoso. A participação ativa do indivíduo na alimentação pode ajudá-lo a melhorar o seu estado nutricional e, automaticamente, prevenir a desnutrição. Recomenda-se também que o idoso faça várias refeições ao dia em pequenas porções, a fim de otimizar a digestão, o funcionamento gastrointestinal e aumentar as chances de alcançar as suas necessidades nutricionais (BARKOUKIS *et al.*, 2016; BRASIL, 2015; BRASIL, 2009; CAMPOS; MONTEIRO; ORNELAS, 2000; VOLKERT *et al.*, 2019).

Três subcategorias referentes ao fator nutricional emergiram das falas dos idosos investigados nessa pesquisa. Essas subcategorias são: “Alimentação saudável baseada no consumo de alimentos diversos”, “Alimentação saudável baseada na moderação” e “Alimentação não saudável”. Na primeira subcategoria, os idosos pautaram uma alimentação saudável no consumo de alimentos variados como legumes, frutas, verduras e alimentos consumidos habitualmente devido às tradições de vida. Esses fatores podem ser vistos nas falas a seguir:

É muito verde [se referindo à alimentação saudável], é uma comida colorida, ela tem que ser colorida... (E1-NI, M, 69 anos)

[...] prestando atenção na qualidade, então verdura, fruta, legumes (E3-NI, F, 68 anos).

[...] gosto muito de legumes, verduras, dou muito valor para essas coisas (E5-NI, M, 76 anos)

[...] eu fui criada na roça, e até então eu não sabia que a alimentação que tem em fazenda, roça, é uma alimentação saudável, porque se come legumes, muita fruta, laranja, banana, mamão, tudo que se colhe em fazenda, sabe? Então a vida inteira eu me alimento muito disso né... (E7-NI, M, 67 anos).

É ter um arroz com feijão, angu, uma verdura. Sempre tem uma verdura, sempre tem um legume, carne, ovo e peixe, eu gosto muito de uma sardinha (E9-NI, M, 68 anos).

Alimentação saudável é você comer verduras e frutas ... (E11-NI, F, 79 anos).

Seria uma alimentação com bastante legumes, verduras, frutas... tento meu pão integral, minha ricota, meu biscoito integral, torrada, evito doce, tomo meu café com sucralose, o adoçante sucralose que é o recomendável né, emagreci 1 kg ou 2. Então quer dizer eu tento fazer o melhor possível (E19-NI, F, 60 anos).

O alto consumo de legumes, verduras e frutas já é conhecido por trazerem benefícios para a saúde dos idosos, uma vez que além de serem ricos em fibras, vitaminas e minerais, auxiliam na prevenção das doenças crônicas (LAPUENTE *et al.*, 2020; MILLER *et al.*, 2017; TIAN *et al.*, 2018). Além disso, o Guia alimentar da população brasileira (Brasil, 2015) também considera que padrões tradicionais de alimentação devem ser considerados na formulação de diretrizes nutricionais que buscam promover a alimentação saudável. As preparações culinárias derivadas desses conhecimentos trazem combinações de alimentos que atendem melhor ao paladar das pessoas. Em diversas sociedades, os hábitos alimentares tradicionais se estabelecem fazendo com que as combinações alimentares também tenham perfil de nutrientes que se complementam, auxiliando os indivíduos a alcançarem as suas necessidades nutricionais (BRASIL, 2015). Visto a dificuldade de os idosos acompanharem as recomendações nutricionais atuais, devido aos problemas trazidos pelo processo de envelhecimento, consumir alimentos tradicionais pode ajudá-los a atingir a quantidade de nutrientes necessária para a manutenção da sua saúde.

A segunda subcategoria do fator nutricional “Alimentação saudável baseada na moderação” trouxe falas relacionadas à adoção de uma alimentação baseada na manutenção da saúde, nos aspectos sanitários e na moderação, como pode ser visto nas falas:

Por exemplo, eu não sentir gases, porque tem algumas coisas que dá gases na gente... Eu sentir mais forte, eu não ficar com a pressão alta, não ter pressão alta [...] procuro o alimento que seja mais forte, com pouco sal, mas que não vai me prejudicar, que não devo... né?! (E2-NI, F, 68 anos).

Aahhh, uma boa alimentação, é você escolher bem, fazer bem, lavar bem. Cuidar bem, porque hoje é difícil né, no meu tempo, não era tão poluído, tudo era esterco mais natural, da roça, né?! [...] (E4-NI, F, 71 anos).

Alimentar na hora certa, inclusive, esse médico falava para eu comer de três em três horas. Eu comecei a fazer depois relaxei e não fiz mais, tem mais de 20 anos que eu não sei o que é jantar eu só almoço e à noite eu só tomo café com pão (E6-NI, M, 63 anos).

No meu entendimento, são aqueles alimentos que não comprometem o organismo, gordura, fritura, eu não sou muito. O que eu gosto muito é de uma carne mal-passada, mas nem isso eu tenho feito não. Então evitar gordura, fritura... (E10-NI, M, 73 anos).

Não comer mais de 80% da sua fome, não viver tomando bebidas alcoólicas, não comer gordura, que eu já não como, só carne [...] (E22-NI, M, 80 anos).

Qualquer coisa para mim é boa alimentação. Foi feito com capricho uma coisa limpa, bem-feita... (E29-NI, M, 90 anos).

Não comer muito...você vê que eu tenho um corpo mais ou menos, né... (E34-I, F, 93 anos)

Na fala dos entrevistados, é possível observar a visão de risco e de moderação ao falarem sobre uma alimentação saudável. Em relação a visão de risco, ao contrário da primeira subcategoria, que os idosos relataram o que comiam ou gostavam de comer, nesta eles disseram aquilo que não comem. O que conduz a alimentação, nesse caso, é a ideia de minimização dos riscos (SANTOS, 2008). Logo, os mesmos relataram evitar sal ou fritura e se alimentar de uma forma que não provoquem gases ou que evite o desenvolvimento da hipertensão.

É importante ressaltar que a visão de risco pode conduzir nossas escolhas e hábitos alimentares (SANTOS, 2008). Inclusive pode estar em sintonia com a ideia de Santos (2008), que cita a ampliação da responsabilidade dos indivíduos sobre a sua alimentação, ocasionando também uma ansiedade relacionada à escolha dos alimentos. Dessa forma, a visão dos idosos sobre o comer pode ser reflexo das discussões que acompanham o cenário

da nutrição atual o que, para Santos (2008) trata-se da ideia de que o adoecimento é resultado de um cálculo inadequado dos riscos.

É possível observar também a visão de moderação. Para Klotz-Silva, Prado e Seixas (2009), a ideia de regras na alimentação também reflete as temáticas científico-nutricionais atuais. A moderação, por exemplo, é uma ideia que vem sendo associada a saúde desde o século desde o século XIX (SANTOS, 2008). Além disso, na agenda de saúde brasileira, as recomendações alimentares voltadas para idosos, trazem essa ideia de moderação, autocontrole e prudência. Pouco se fala sobre manter a autonomia e satisfação do idoso ao se alimentar (MENEZES *et al.*, 2015). Visto isso, uma vez que a desmotivação para comer é comum na velhice, o Guia Alimentar da População Brasileira é um documento que trabalha melhor essa autonomia, uma vez que considera o prazer, a acessibilidade e a participação do indivíduo, que aprende como escolher os alimentos que devem fazer parte do seu dia a dia (BRASIL, 2015).

A última subcategoria identificada no Fator nutricional foi “Alimentação não saudável”. Essa subcategoria é representada por idosos que relataram não ter uma alimentação saudável devido a problemas financeiros e a dificuldade em comer alimentos saudáveis, como pode ser visto a seguir:

Se a gente tivesse tudo controlado dentro de casa em termo de pagar as contas... Eu tenho três contas de luz atrasadas aqui em casa, avaliar o que vai pagar. Leite, suco tem que tomar todo dia (E23-NI, F, 63 anos).

Porque não dá pra comer bem, não tenho grana! Eu ganho um salário mínimo, estou pagando prestação do material da casa, todo mês sai descontado do meu salário (E24-NI, M, 68 anos).

Uma alimentação saudável é comer verdura, um ovo cozido e arroz. Olha tem dia que eu não alimento não, porque tem dia que eu não tenho fome e eu me sinto cheia sabe, eu fico empanzinada, mesmo assim alimento, mas eu me sinto cheia (E27-NI, F 64 anos).

Olha, além do arroz, eu não gosto muito de feijão. Eu sei que eu tô errada, que o feijão faz parte, faz falta na alimentação. Mas eu não gosto muito (E33-I, F, 80 anos)

Alimentação saudável é salada, que eu não gosto... (E38-I, M 64 anos)

As condições socioeconômicas são fatores que influenciam diretamente a alimentação de idosos. Além da aposentadoria ser um marco psicológico na vida do idoso, ela também passa a ser um marco econômico. Muitas vezes, o valor da renda diminui e, com a velhice, surgem novas demandas levando aos gastos com saúde e medicamentos. Logo, o orçamento destinado à alimentação é baixo (SANTOS; RIBEIRO, 2011). Para Viebig *et al.*, (2009), o consumo de hortaliças e frutas pode ser determinado pelas condições socioeconômicas de uma população.

Outro aspecto observado para os idosos que dificulta os hábitos alimentares saudáveis foram as preferências alimentares. A Pesquisa de Orçamento Familiar realizada pelo IBGE (2017/2018) identificou que o consumo de legumes, frutas e verduras dos idosos brasileiros se encontrava abaixo do recomendado. A inapetência e a falta de prazer na alimentação são comuns na população de idosos, não só pelas modificações sensoriais, mas também por aspectos psicológicos. O sentimento de solidão, muitas vezes ocasionado pelo baixo contato social, bem como o local e outras circunstâncias relacionadas ao ato de comer, podem ser responsáveis por esse comportamento, o que aumenta o risco nutricional dessa população (RIBEIRO; SANTOS, 2011). Além disso, a capacidade funcional do idoso influencia em sua capacidade tanto de preparar a própria comida quanto de comprar os alimentos necessários.

Por esses motivos, algumas recomendações podem ajudar a melhorar esses aspectos. Comer em companhia e/ ou em local agradável, cozinhar se possível buscando atender às preferências culinárias, os hábitos tradicionais e buscando prazer na alimentação (BRASIL, 2009; BRASIL, 2015). Quando não é possível participar da escolha e do preparo dos alimentos, como é o caso dos idosos institucionalizados, é possível tornar o momento das refeições o mais agradável possível para essas pessoas, investindo em talheres adequados, temperos naturais que estimulem a capacidade gustativa e tomar as providências necessárias para que o idoso tenha prazer na alimentação, para prevenir um consumo alimentar prejudicado (BRASIL, 2010). É importante ressaltar, que embora não tenha sido identificado nas falas dos entrevistados, é comum que as condições financeiras das ILPI's interfiram na alimentação de idosos residentes, principalmente nas instituições filantrópicas (CAMARGO *et al.*, 2015).

Visto os fatores discutidos é possível perceber que a alimentação é um componente primordial para o estilo de vida dos idosos. Assim, neste fator buscou-se reunir itens que abordam o consumo de alimentos *in natura*, industrializados e proteicos. Procurou-se também abordar o consumo de sal, gordura e açúcares e componentes do comportamento alimentar, como o fracionamento das refeições, o prazer em comer e o ambiente em que as refeições ocorrem. Acredita-se que esses itens comportam os achados da revisão de literatura.

Com as demandas apresentadas nas entrevistas, incluiu-se itens relacionados a moderação ao comer, os obstáculos financeiros, e as condições sanitárias dos alimentos. Dessa forma, foram elaborados 22 itens como representantes desse componente. Para adaptar a linguagem da escala à compreensão da população-alvo, optou-se por ao invés de utilizar a expressão “Fator nutricional” utilizar a palavra “Alimentação”. Visto isso, o quadro abaixo traz a descrição dos itens e o suporte teórico utilizado para a elaboração da subescala alimentação. O Quadro 2 traz a descrição dos itens e o suporte teórico utilizado para a elaboração da subescala alimentação.

**Quadro 2:** Hipótese inicial de itens da subescala “Alimentação”.

<b>Item</b>	<b>Descrição dos itens</b>	<b>Suporteteórico</b>
8	Você consome alimentos in natura (arroz, feijão, frutas, legumes, verduras, ovos, leite, dentre outros) como base da sua alimentação?	BARKOUKIS et al., 2016; BRASIL, 2010; BRASIL, 2015; LAPUENTE <i>et al.</i> , 2020; MILLER <i>et al.</i> , 2017; RICO-CAMPÁ <i>et al.</i> , 2019; SOROUR <i>et al.</i> , 2019; STEELE <i>et al.</i> , 2016; TIAN <i>et al.</i> , 2018; Entrevistas.
22	Você come frutas?	
23	Você come legumes?	
24	Você come verduras?	
27	Você sente prazer no momento das refeições?	
35	Você prefere comer alimentos in natura (arroz, feijão, frutas, legumes, verduras, ovos, leite, dentre outros)?	
39	Você considera a sua alimentação saudável?	
42	Você considera que a sua condição financeira dificulta ter uma alimentação saudável?	

43	Você consome alimentos livres de contaminação (vírus, bactérias, impurezas, dentre outros)?	
47	Você tem quem prepare as suas refeições?	
48	Você come doces em excesso?	
49	Você come alimentos industrializados (prontos para consumo)?	
54	Você tenta reduzir o consumo de alimentos industrializados?	
55	Você cozinha suas próprias refeições?	
68	Você tem acesso a alimentos in natura (arroz, feijão, frutas, legumes, verduras, ovos, leite, dentre outros) onde você mora?	
69	Você ingere de 4 a 6 refeições ao dia?	
70	Você busca incluir alimentos de boa qualidade na sua rotina?	
76	Você tenta reduzir o consumo de sal da sua alimentação?	
82	Você busca incluir alimentos considerados saudáveis a sua rotina?	
86	Você consome alimentos gordurosos (carnes gordas e frituras)?	
93	Você come carnes magras (peixe, frango, dentre outros)?	
95	Você busca comer moderadamente?	

### 2.3.2.3 Exercícios físicos

Manter-se fisicamente ativo é um fator que tem sido considerado importante para a manutenção de um estilo de vida saudável (LI *et al.*, 2019; MCPHEE *et al.*, 2016; MORENO-AGOSTINO *et al.*, 2020). A prática de exercícios é um importante fator para a prevenção de doenças crônicas. A literatura científica traz dados suficientes que demonstram o papel da prática de exercícios na redução dos riscos de desenvolvimento de doença coronariana, hipercolesterolemia, diabetes tipo 2 e hipertensão (WAHID *et al.*, 2016).

Manter-se fisicamente ativo é essencial para o envelhecimento saudável, pois é um componente que permanece importante mesmo com a progressão das doenças, pois, auxilia na manutenção da funcionalidade (NELSON *et al.*, 2007). Além disso, no cotidiano do idoso, exercitar-se pode ajudar na prevenção de quedas (SHERRINGTON *et al.*, 2017), na redução da perda de força e de massa muscular, conhecida como sarcopenia (STEFLL *et al.*, 2017) e na melhora da capacidade cognitiva (NORTHEY *et al.*, 2017). Esses fatores colaboram com a manutenção da capacidade funcional do idoso (BARBOSA *et al.*, 2014) e, conseqüentemente, no seu estilo de vida saudável.

A prática de exercícios físicos para a população de idosos deve levar em consideração o estado de saúde e a capacidade funcional dos indivíduos (LEE; JACKSON; RICHARDON, 2017). Atualmente, sabe-se que mais importante do que a prática de exercícios sistematizados, é evitar o comportamento sedentário. Portanto, tanto atividades rotineiras na vida dos idosos como caminhada, jardinagem e serviços domésticos, podem ser importantes para essa população (BANGSBO *et al.*, 2019; LABRA *et al.*, 2015; LEE; JACKSON; RICHARDON, 2017; MCPHEE *et al.*, 2016; MORA; VALENCIA, 2018). Em relação a prática de exercícios, é recomendado 150 minutos de atividade aeróbica de intensidade moderada ou 75 minutos de atividade aeróbica de alta intensidade ao longo da semana (WHO, 2020). Atividades multicompetentes, ou seja, aquelas que incluem atividades aeróbicas, treinamento de equilíbrio e fortalecimento muscular, como dança, ioga, tai chi, jardinagem ou esportes, têm sido apontadas como ideais para essa população (CORDES *et al.*, 2019; LEE; JACKSON; RICHARDON, 2017; MORA; VALENCIA, 2018; PERCY *et al.*, 2018).

Dentre os entrevistados nessa pesquisa, 19 idosos se declararam engajados na prática de exercícios, como dança, hidroginástica e musculação. Onze deles relataram praticar atividades variadas como recomendado pelas diretrizes de atividade física para americanos (PIECY *et al.*, 2018) e 17 deles relataram se exercitar três vezes ou mais por semana, como recomenda a OMS (2011). Dessa forma, duas subcategorias emergiram da fala dos entrevistados: “Percepção dos benefícios da prática de exercícios” e “Dificuldades para praticar exercícios”. Na primeira foi relatado melhora física e psicológica como pode ser visto a seguir:

A biodança se tivesse todo dia eu fazia, porque ela mexe com a mente com postura, com tudo, com tudo, com a alegria, e aquela

mulherada alegre tudo rindo, nossa é maravilhoso (E2-NI, F, 68 anos).

Quando eu não pratico nada, por alguma razão, se está chovendo, ou não posso sair, sinto a diferença. O exercício me proporciona bem-estar mesmo, a disposição... (E7-NI, F, 67 anos).

Eu acho bom, eu sinto mais firmeza, vontade de sair de movimentar, não fico mais prostrada, tão parada (E13-NI, F, 64 anos).

Melhora dores de coluna, dores de algumas coisas que eu sentia e não melhorava e praticamente eu não sinto mais (E3-NI, F, 68 anos).

Com certeza, eu tinha algumas dores e as dores desapareceram. Sentia muita dor no ombro, por causa de exercícios repetitivos de casa, e há muito tempo que eu não tenho mais dores (E4-NI, F, 71 anos).

Eu sinto mobilidade do meu corpo, eu tinha um pouco de problema de equilíbrio, melhorei bastante, coluna eu melhorei muito, melhorei assim, de uma maneira geral, mas eu sempre faço, já tem mais de trinta anos que eu faço (E8-NI, F, 74 anos).

[...] olha, a gente fica mais leve mais solta com mais vontade de viver (E11-NI, F, 79 anos)

Nossa, eu sinto uma alegria, uma euforia, ficar correndo é uma sensação tão boa, você tá de bem com a vida com aquele vento batendo no seu rosto, eu acho muito gostoso, é uma sensação maravilhosa, eu sinto falta, quando eu fiquei com a lesão, “gente, eu não posso ficar sem aquela coisa gostosa todos os dias”, sabe, parecia que eu estava me sufocando até, sem a atividade física, todos me dão essa sensação também, de alegria, de euforia (E16-NI, F, 74 anos).

A prática de exercícios pode funcionar como um fator que melhora a disposição dos indivíduos para a execução de outras atividades, melhorando assim sua qualidade de vida (POZENA; CUNHA, 2009). Nijs *et al.* (2012) relatam que os exercícios podem ser utilizados como estratégia para o tratamento da dor crônica. Por esse motivo, é comum

relatos de melhoras em distúrbios musculares esqueléticos, muito comum na população idosa. Segundo os autores o exercício pode atuar na melhora das dores nas costas, da osteoartrite, da fibromialgia, artrite reumatoide, dentre outros. A melhora dos aspectos gerais de saúde como normalização da pressão arterial e dos resultados dos exames de rotina, também são esperados, uma vez que, os exercícios podem prevenir e tratar as doenças crônicas melhorando as funções cognitivas, orgânicas e melhorando a capacidade funcional (BARBOSA *et al.*, 2014; NORTHE *et al.*, 2017; SHERRINGTON *et al.*, 2017; STEFLL *et al.*, 2017; WAHID *et al.*, 2016).

Por meio das falas foi possível notar também que a prática de exercícios pode funcionar como instrumento, não só de bem-estar físico e psicológico, mas também de autonomia, felicidade e realização pessoal. Campos *et al.* (2014) relatam que os exercícios podem auxiliar na melhora da capacidade de adaptação, companheirismo, desenvolvimento pessoal, afetividade, dentre outros. Estudos demonstram, inclusive, que a prática pode ser uma importante estratégia para a prevenção e tratamento da depressão (KVAM *et al.*, 2016; WEGNER *et al.*, 2014).

Nos relatos dos idosos que não praticavam exercícios foram elencadas as dificuldades para a aderência da prática. Identificou-se falta de ânimo e disposição, problema de saúde, falta de necessidade e de acesso, como pode ser visto a seguir:

O maior obstáculo para eu praticar algo é que eu não tenho vontade, nem ânimo (E6-NI M, 63 anos).

Não, porque eu nunca precisei. Eu não faço exercícios físicos diretamente, mas eu faço movimentos demais, resolvo meus problemas todos na rua, eu movimento muito dessa forma, mas exercício físico academia não frequento (E10-NI, M, 73 anos).

Falta um profissional assim para ensinar quais os exercícios iriam praticar. Não tenho condições financeiras para pagar esse profissional. O governo poderia ceder esse profissional... de acompanhar, de fazer um acompanhamento [...] (E18-NI, M, 68 anos).

Aquela indisposição, eu fico até preocupada, eu estava fazendo alguns exames de sangue né, minha imunidade está muito baixa, eu

sou vaidosa, minha autoestima está baixa, estou toda desmazelada (E19-NI, F, 60 anos).

O médico falou para mim que exercício com a perna nem pensar. Podia fazer uns exercícios com braço com tronco, mas com a perna nem pensar porque quanto mais fazer mais desgasta o osso do fêmur (E26-NI, M, 61 anos).

Eu, eu tive um problema, artrose no joelho, aí eu fiz a cirurgia e tirei o menisco... e eu não posso caminhar, eu não aguento (E27-NI, F, 64 anos).

O meu serviço sempre foi lidar com gado, enxada. Trabalhei até os 83 anos. Hoje só fico deitado, eu não consigo fazer nada, por causa do meu problema nas cartilagens. Hoje só não tenho dor porque tomei remédio (E29-NI, M, 90 anos).

Lá em casa tem uma academia de ginástica, eu pratiquei durante uns 4 anos eu parei, minha mulher continuou e eu parei. Eu não tenho ânimo para praticar e, além disso, sou relapso (E32-NI, M, 60 anos).

O primeiro ponto observado pela fala dos entrevistados é a falta de ânimo para a prática de exercícios. Para Horta, Ferreira e Zhao (2010), a crença cultivada pelos indivíduos que tratam a velhice como uma fase acompanhada por doenças, incapacidade e dependência, leva o indivíduo a desenvolver a conformação com essa situação. Uma vez conformado, o indivíduo desenvolve a habilidade de negar a sua capacidade de mudar uma situação em que ele se encontra. Essa negação também pode ser representada pelo sentimento de desânimo ou pela perda do interesse pela vida.

Em relação às limitações físicas, Sallis e Owen (1999) relataram que a percepção de barreiras é um dos fatores que impede a prática de exercícios físicos. Nesse caso, a barreira é a limitação física. Nota-se também, que o entrevistado E26-NI relata ter recebido orientações sobre restrições de exercícios pelo profissional médico. Ressalta-se que é importante o envolvimento de uma equipe multiprofissional para avaliar a melhor conduta relacionada à prescrição de atividade física para idosos. Fisioterapeutas e educadores físicos, por exemplo, são profissionais importantes e que têm muito a contribuir com os cuidados a esse público, podendo oferecer alternativas para os idosos que possuem agravos de saúde (CARVALHO *et al.*, 2017).

Nota-se também que o entrevistado E10-NI relata nunca ter precisado de fazer algum exercício, sugerindo uma visão curativa da necessidade da prática. Outro ponto em questão é que, muito provavelmente, esses idosos se movimentam por ainda ter uma capacidade funcional intacta. Logo, eles não enxergam a importância da prática de exercícios para prevenir agravos em saúde. Sobre essa questão, é possível que os idosos tenham pouco conhecimento sobre sua importância uma vez que, pertencem a uma geração em que os exercícios não eram considerados importantes (REICHERT *et al.*, 2007). Ademais, é importante lembrar que, como já discutido, a prática de exercícios pode prolongar a capacidade funcional e a autonomia da população de idosos (YOHANNES *et al.*, 2010). Como no fator alimentação, em relação aos exercícios físicos também foram apontadas dificuldade financeira para aderir a prática.

Outro ponto identificado nessa subcategoria foi em relação aos idosos institucionalizados. Nenhum deles relatou praticar exercícios com exceção de alguns que relataram ter apenas sessões de fisioterapia, como pode ser visto a seguir:

Sinto. Olha, tem época que eu andei assim muito enfraquecida. Iniciei a fisioterapia, logo que eu vim para cá, tem 3 anos. Porque ele se dedica só a mim e ele nota onde eu posso melhorar e onde eu não posso. (E33-I, F, 80 anos)

Já, há muito tempo tinha um clube de ginástica, então eu fazia ginástica, né... Nesse clube. Aqui, é muito parado aqui, muito parado, né?! Fazer uma ginástica, né?! (E34-I, F, 93 anos)

Quando eu dei AVC, eu fiz fisioterapia com o Jacson. Ele é muito profissional. Então eu fazia segunda, quarta e sexta na minha casa. Ele ia lá. Aí, eu fazia... Só que agora eu quase não tenho feito muito exercício não. Estou fazendo acupuntura, na quinta-feira, e tudo. Eu faço uns alongamentos. (E35-I, F, 68 anos)

Eu estou fazendo fisioterapia. (E36-I, F, 88 anos)

Ando aqui, ó. Lá embaixo eu só ando com a minha irmã. Ih... nem tem conta, desde pequena que eu faço. Ando muito, sabe, andava muito, já é um exercício bom, né, mexer com as pernas. (E37-I, F, 84 anos)

Minha vida era muito ativa antes disso aqui. Dançar, que é o que eu tenho vontade de voltar a fazer. Fazia, duas vezes por semana. Aqui a única atividade que eu tenho é essa, fisioterapia. (E38-I, M, 64 anos)

Não, nunca pratiquei exercício nenhum. (E39-I, M, 90 anos)

Estudos demonstram que a institucionalização influencia negativamente no declínio físico dos idosos. Marshal e Berg (2010) argumentam que há dificuldade de se estabelecer programas de exercícios físicos em ILPI's. Para eles, até o ano de publicação do estudo, era notável as lacunas na literatura sobre a prescrição de exercícios para idosos institucionalizados. Aparentemente, essa lacuna ainda existe. Outro ponto em questão, é o fato de ser comum que programas de exercícios oferecidos pelas instituições não ocorram de forma contínua e permanente. Assim, os idosos que relataram ter sessões de fisioterapia, são aqueles que já possuem dificuldade de mobilidade. O estudo de Alves-Silva *et al.* (2013) analisou idosos da cidade de Porto Alegre e encontrou uma menor taxa da prática de atividade física em idosos institucionalizados. Eles também possuíam uma menor autonomia pessoal e física. Essa inatividade física pode ser responsável pelo maior risco de quedas e pelo maior declínio no desempenho de atividades de vida diária que já é documentado na população que vive em ILPI's (KATO *et al.*, 2006; MARSHAL; BERG, 2010; MORRIS *et al.*, 1999; SILVA *et al.*, 2013).

Visto os pontos discutidos, foi possível elencar alguns componentes relacionados aos exercícios físicos importantes para o estilo de vida saudável de idosos. Por esse motivo, buscou-se reunir nesse fator, itens relacionados à prática de atividades físicas da vida diária e a adoção da prática de exercícios incluindo os de resistência, como indicados pela literatura. Baseado na fala dos idosos, foram desenvolvidos itens que abordam as barreiras físicas, financeiras, psicológicas e sociais percebidas para a prática. Assim, um conjunto de 20 itens foi proposto para avaliar o estilo de vida de idosos quanto a prática de exercícios, como pode ser observado no Quadro 3:

**Quadro 3:** Hipótese inicial de itens da subescala “Exercícios Físicos”.

Item	Descrição dos itens	Suporteteórico
2	Sua saúde permite que você se exercite?	BANGSBO <i>et al.</i> ; LABRA <i>et al.</i> , 2015; LEE; JACKSON;
3	Você pratica exercícios?	

6	Você sente necessidade de se exercitar?	RICHARDON, 2017; MCPHEE <i>et al.</i> , 2016; WHO, 2020; PIECY <i>et al.</i> , 2018; VALENCIA, 2017; Entrevistas.
25	As suas condições de vida possibilitam a prática de exercícios?	
26	Você realiza atividades da sua vida diária que exigem movimentação (jardinagem, trabalho de casa, caminhada)?	
36	É possível praticar exercícios onde você mora?	
46	Você se sente animado(a) para praticar exercícios?	
50	Você tem condições financeiras para praticar exercícios?	
51	Você deixa de praticar exercícios por medo de cair?	
53	Você tem sensação de bem-estar quando pratica exercícios?	
61	Você pratica exercícios de força (musculação, pilates, funcional, dentre outros)?	
62	Você sente melhora da sua condição física quando pratica exercícios?	
63	Você se sente mais disposto quando pratica exercícios?	
64	Você se sente mais feliz quando pratica exercícios?	
77	Você se preocupa em se manter fisicamente ativo?	
78	Você sente disposição para praticar exercícios?	
83	Sua condição física permite que você pratique exercícios?	
84	O seu estado de saúde impede a prática de exercícios?	
85	Você tem o hábito de caminhar?	

87	Você pratica exercícios acompanhado (a) por um profissional?	
----	--	--

#### 2.3.2.4 *Qualidade dos relacionamentos*

A qualidade dos relacionamentos é um dos fatores psicossociais mais importantes para o estilo de vida saudável de idosos (HILL *et al.*, 2016; LEVASSEUR *et al.*, 2019; SOWA *et al.*, 2016; ZHOURI *et al.*, 2019). Estes conferem ao idoso maior apoio social e engajamento na sociedade. Esses fatores facilitam a adaptação do indivíduo às adversidades presentes no envelhecimento. A literatura aponta que é importante a manutenção de uma boa relação com a família, com os amigos e a participação em atividades sociais (SOWA *et al.*, 2016). Esses fatores estão associados ao menor sofrimento psicológico, à prevenção do desenvolvimento de demências e à melhor qualidade de vida (BARGER; MESSERLIBURGY; BARTH, 2014; BØEN; DALGARD; BJERTNESS, 2012; CAETANO; SILVA; VETTORE, 2013; DAI *et al.*, 2016; LIVINGSTON *et al.*, 2020; SOLOMON *et al.*, 2014; SOMMERLAD *et al.*, 2019)

Desse modo, três subcategorias sobre o fator qualidade dos relacionamentos emergiram das falas dos idosos investigados na presente pesquisa: “Convívio familiar bom”, “Convívio familiar ruim” e “Convívio com amigos e participação em centros de convivência”. Assim, a primeira subcategoria reúne falas dos participantes que relataram ter boa relação com sua família, incluindo filhos, cônjuges e irmãos, dentre outros:

Ótima, se eu tivesse que dar uma nota eu dava 95 é muito boa. Tenho um casal de filhos que não me dá trabalho nenhum, tenho meus netinhos que faz, fala alguma coisa aí a gente fica feliz, né? (E9-NI, M, 68 anos).

Boa, eu tenho só uma irmã e filho, claro. Mas uma relação boa, meu filho é maravilhoso, ele é demais, especial (E16-NI, F, 74 anos).

Minha família é muito grande sabe... Mas ninguém é de mal com ninguém, ninguém é brigado com ninguém, todo mundo se entende muito bem né... eu me relaciono muito bem, tanto com as minhas irmãs, quanto com os meus sobrinhos, são muitos também, hoje já são rapazes, casados e tal, não tenho muita dificuldade não, não

tenho problema nenhum, todos me respeitam muito, eu respeito eles (E7-NI, F, 67 anos).

Muito boa, ih, muito boa mesmo. Combino muito com meu sobrinho, tem um que já tem idade, combino muito com a minha irmã. Minha mãe mesmo, antes de morrer, falou “cuidado com essa menina, aí” que sou eu, “a única irmã que você tem é ela, trata ela assim” aí falou “eu trato, adoro essa menina”. Todo mundo lá gosta de mim. (E35-I, F, 68 anos)

As relações estabelecidas nos núcleos familiares permitem que os idosos se sintam valorizados. A proximidade desse núcleo possibilita o desenvolvimento de vínculos afetivos, o que é imprescindível para o equilíbrio e bem-estar dos idosos (SILVA *et al.*, 2015). O convívio com a família também pode trazer suporte e segurança na velhice. Silva et al. (2015) relatam que a família é a principal fonte de apoio aos idosos no Brasil. Esse quadro se deve ao cenário de políticas públicas ineficientes e insipientes destinadas à essa população que fortalece a cultura de cuidado centrado no ambiente familiar. Assim, na sociedade brasileira o cuidado das pessoas idosas recai sobre a família. Logo, os indivíduos que não possuem familiares próximos para fornecer cuidados tem maior tendência a institucionalização. Ao mesmo tempo que o bom convívio familiar favorece a ajuda mútua também pode trazer conflitos (SILVA *et al.*, 2015). Esse fator foi identificado na segunda subcategoria, “Convívio familiar ruim”, como pode ser visto nas falas a seguir:

Minha relação com a família é mais ou menos. Me dou bem com a minha filha que mora comigo com a minha neta, vim para cá para ajudar minha filha, mas minha esposa não gostou daqui, tivemos alguns atritos sobre a cidade. O meu filho que estava aqui me deu problema também. Não sinto falta dos familiares que estão longe, sinto falta de uma pessoa do meu lado pois eu me sinto sozinho (E6-NI, M, 63 anos).

Bem, eu tenho problemas com a minha filha. Tenho uma menina de 24 anos, ela já foi casada. Ah então, ela tem uma menininha e ela tem 4 aninhos, a T. (neta) e tem o C. (neto), e ele tem 13 anos, e ela não cuida deles, eu que cuido. Eu que cuido deles, ela nem trabalhar, trabalha, então isso causa conflitos (E21-NI, F, 64 anos).

Familiares eu tenho em Londrina, Paraná. Tenho irmão lá, mas eu nem conheço, eu não sei quem é, quem é que é. (E39-I, M, 90 anos)

Muito mal. Nossa... Essa minha irmã daqui então... Não me dá assistência nenhuma. (E40-I, F, 76 anos)

Nas falas acima, é possível observar a intergeracionalidade, fenômeno caracterizado pelo envelhecimento concomitante de diversos membros de uma mesma família, em uma mesma residência (SILVA *et al.*, 2015). Essa característica traz desafios, uma vez que requer que os membros do núcleo familiar se reorganizem ao longo da vida. A convivência familiar intergeracional pode funcionar tanto como uma fonte de apoio e cuidado para o indivíduo idoso, quanto um momento de crise no ciclo vital, pois a condição leva a alterações psicossociais, exigindo adaptação do idoso e dos demais membros da família (SILVA *et al.*, 2015). Por isso, muitas vezes mesmo convivendo com familiares é comum que o idoso vivencie a velhice de uma forma solitária (LEITE *et al.*, 2008). A separação e a viuvez podem trazer sentimento de frustração, angústia, perda, arrependimento, dentre outros (FÉRES-CARNEIRO, 2003).

Além desse aspecto, como dito anteriormente, o conflito familiar ou a falta de assistência da família pode aumentar os riscos de o indivíduo sofrer institucionalização (SILVA *et al.*, 2015). Esse fator foi exemplificado nas falas dos entrevistados E39-I e E40-I. A última subcategoria, por sua vez, diz respeito àqueles indivíduos que falaram sobre a convivência com amigos e participações em locais que possibilitam essa convivência. O primeiro local de convivência citado foi a igreja, como exemplificado nas falas a seguir:

Igreja, sou de missa todos os dias. Participo de eventos dentro da comunidade, saíu toda terça e quinta dando atenção aos enfermos, porque eu faço parte do Ministério da Eucaristia, então levo comunhão para os enfermos a muitos anos, desde 1999. Essa é uma missão maravilhosa, são amigos que sempre vão fazer parte da minha vida. A gente se sente bem, tanto a gente recebe como também dá (E4-NI, F, 71 anos).

[...] meu sítio, tenho amizade boa lá também. A gente participa do ECC o movimento da igreja “Encontro de Casais com Cristo”, então a gente participa, encontra sempre os casais, eu vou no terço dos homens também às quintas (E9-NI, M, 68 anos).

A religiosidade pode ser um importante fator de apoio social. A prática da religião pode auxiliar o idoso a atuar socialmente, influenciando na sua autoestima (CARDOSO; FERREIRA, 2009). O segundo ponto de convivência citado pelos entrevistados foram grupos de amigos e de apoio, como visto a seguir:

Igual esse grupo de apoio, todos são amigos, ali é melhor que você ficar na frente de um psicólogo e ficar conversando, ajuda muito mais, é sigilo. Cada um com seu problema, cada um diferente do outro, todo mundo em busca de não viver pelo outro. É bom demais! (E12-NI, F, 60 anos).

Tenho muitos amigos, nos encontramos com frequência, saímos, vamos no barzinho, tomo uma cervejinha que eu gosto, tomo em casa também, eu gosto (E8-NI, F, 74 anos).

Saio. Eu posso sair sozinha porque eu tenho a cabeça boa. Eu vou lá pro recanto dos lagos, na granja de uma amiga minha, eu vou lá pra Piau. (E35-I, F, 68 anos)

Aqui eu vou ao cinema. Eu converso. Tem quem mora comigo, Nair, tem uma outra que sai da casa [apartamento da ILPI] dela pra vir conversar com a gente, Tereza. (E36-I, F, 88 anos)

O convívio com os amigos foi um fator importante refletido na fala, tanto de idosos não institucionalizados quanto de institucionalizados. No caso da entrevistada E35-I, percebe-se que a mesma manteve atividades como visitar amigos, mesmo sendo residente de uma instituição de longa permanência. Provavelmente, a idosa manteve atividades semelhantes àquelas desempenhadas ao longo da vida. Atchley (1989), por meio da teoria da continuidade, relata que apesar dos indivíduos terem a possibilidade de manter ativos e se adaptarem ao processo de envelhecimento, eles tendem a assumir atividades parecidas com aquelas assumidas na fase anterior da vida. Em outras palavras, um idoso pode dar continuidade aos padrões de atividades assumidos durante a vida, sendo possível a estabilidade da sua participação social.

Já a entrevistada E36-I, apesar de não sair de casa, adaptou suas atividades de convivência de acordo com as suas possibilidades, considerando sua condição de institucionalização. Os laços de amizade, assim como a família, podem prevenir depressão,

solidão e até suicídio, trazendo benefícios para a qualidade de vida (ALMEIDA; MAIA, 2010). No entanto, ao contrário da família, essas relações são construídas a partir da afinidade, representando importante fonte de apoio social e emocional para o idoso (BOWLING; BROWNE, 1991).

As praças também foram indicadas como importantes pontos de encontro entre os idosos, como é possível perceber nas seguintes falas:

Vou ao baile, eu gosto de dançar. Vou umas 2, 3 vezes por semana. Venho jogar dama na praça, todos os dias. Tenho muitos amigos aqui. (E5-NI, M, 76 anos).

Tenho vários amigos. Encontro com eles todos os dias no Parque Halfeld (E6-NI, M, 63 anos).

Tenho muitos amigos, é uma coisa muito difícil você sabe, né?! Eu sempre encontro aqui, no parque mesmo eu encontro (E22-NI, M, 80 anos).

Aqui (praça) eu tenho um montão, uns 10 amigos que eu vejo direto, hoje eu não estou vendo nenhum, mas ficamos conversando direto aqui na praça (E24-NI, M, 68 anos).

As praças são ambientes que permitem que as pessoas usufruam do lazer e da convivência. Para os idosos, elas podem representar uma importante opção para o seu tempo livre, conferindo mais qualidade de vida, bem-estar, e afastando sentimentos de carência e solidão (SILVA; ELALI, 2015). Apesar da aposentadoria ser um marco na vida do idoso, o trabalho também se apresentou como um fator que permite a manutenção de amizades e convívio social na vida dessas pessoas, como visto a seguir:

Olha, só de associação os moradores, tenho vários amigos. O trabalho que a gente faz aqui, fazemos muitos amigos. E no bairro onde eu moro também (E10-NI, M, 73 anos).

Eu fui professora, então eu fiz muitas amizades, tem minhas amigas que nos aposentamos e moramos todos perto, eu almoço todos os dias na casa de uma, inclusive. O pessoal gosta muito de mim porque dei aula para muita gente, amizade eu tenho bastante (E28-NI, F, 60 anos).

Desse modo, o trabalho previne o rompimento do contato com outras pessoas (ANTUNES; MORÉ, 2016). O trabalho voluntário, como identificado na fala do entrevistado E10-NI, pode ser uma ferramenta de promoção de saúde, uma vez que incentiva uma vida ativa e o desempenho de papéis sociais, além de ocupar o tempo livre e aumentando a qualidade de vida dessa população (SOUZA; LAUTERT, 2008).

Assim, no componente de qualidade de relacionamentos, percebeu-se que a manutenção dos laços de amizade, as atividades de lazer e a boa relação com a família são indispensáveis para um estilo de vida saudável. Em contrapartida, conflitos nessa área podem trazer sofrimento, insegurança, solidão e instabilidade emocional, dificultando a adaptação do indivíduo nessa etapa da vida. Esses fatores ficaram evidentes tanto na literatura (HILL *et al.*, 2016; LEVASSEUR *et al.*, 2019; SOWA *et al.*, 2016; ZHOURI *et al.*, 2019) quanto nas entrevistas. Com base nas questões discutidas, considerando que o apoio afetivo foi um importante fator presente na fala dos idosos, optou-se por nomear esse componente como subescala de Qualidade dos Relacionamentos. Assim, foi proposto um conjunto de 16 itens para representar a presente subescala, os quais podem ser observados no Quadro 4:

**Quadro 4:** Hipótese inicial de itens da subescala “Qualidade dos Relacionamentos”.

Item	Descrição dos itens	Suporteteórico
7	Você frequenta ambientes ou pratica atividades que possibilitam a convivência com outras pessoas (praças, grupos religiosos, grupos de apoio, trabalho voluntário, dentre outros)?	HILL <i>et al.</i> , 2016; LEVASSEUR <i>et al.</i> , 2019; SOWA <i>et al.</i> , 2016; ZHOURI <i>et al.</i> , 2019; Entrevistas.
9	Você considera que tem amigos?	
10	Você considera satisfatória a relação que você tem com a sua família?	
11	Você considera satisfatória a relação que você tem com a sua família?	
37	Você tem uma boa relação com as pessoas que você convive no seu dia a dia?	
38	Você recebe afeto de seus familiares?	

52	Você tem o costume de visitar ou receber os seus amigos?	
56	Você realiza atividades que lhe deixam feliz?	
65	Você se sente querido por seus familiares?	
66	Você sai para encontrar os seus amigos?	
67	Você se sente feliz no ambiente em que vive?	
79	Você considera que tem amigos em que pode confiar?	
91	Você convive com seus amigos?	
92	Você se sente sozinho?	
94	Você sente que tem pessoas em quem pode confiar?	
96	Você tem pessoas com quem conversar?	

#### 2.3.2.5 Controle do estresse

O estresse tem sido um importante fator abordado dentro da temática de estilo de vida saudável, visto que o mesmo pode desencadear o desenvolvimento de doenças (FAYE *et al.*, 2018; GAFFEY *et al.*, 2019; MOOS *et al.*, 2006; ZHANG *et al.*, 2014). Acontecimentos comuns no envelhecimento como perda de amigos e familiares, acometimentos por doenças, questionamentos sobre a morte, dentre outros, exigem a capacidade de adaptação do indivíduo (GAFFEY *et al.*, 2016; MOOS *et al.*, 2007; ZHANG *et al.*, 2014). Estudos demonstram que uma postura mais otimista diante da vida, acompanhada por pensamentos positivos está associada à melhores indicadores de saúde (FAYE, *et al.*, 2018; KROEMEKE, 2019; LAZARUS; FOLKEMAN, 1984).

A capacidade de aceitação e de resolução de problemas também é um fator importante nessa etapa da vida (FAYE *et al.*, 2018; GAN *et al.*, 2015; KROEMEKE, 2019; SERGESTROM *et al.*, 2010). Ademais, a espiritualidade ou religiosidade tem sido apontada como um importante método de controle de estresse nessa população, uma vez que representa uma fonte de apoio psicológico e auxilia o indivíduo a ter melhor compreensão sobre a própria vida (BRYAN *et al.*, 2016; KROK, 2015; SCANDRETT; MICHEL, 2010; TOBIN; SLATCHER, 2016).

Dessa forma, quatro subcategorias foram identificadas no componente de controle de estresse: “Evitam o problema ou se isolam”, “Buscam refletir para ter domínio da situação”, “Buscam por apoio” e “Não buscam controlar”. Na primeira subcategoria, os idosos

relataram adotar estratégias de entretenimento para lidar com o estresse, ou seja, os mesmos diziam se engajar em atividades cotidianas de modo a não pensar nos problemas. Esses comportamentos foram exemplificados nas falas abaixo:

Se eu me sinto estressado eu procuro esquecer do problema, tento ler uma revista, um jornal, vou ver uma televisão, vou ver um futebol, um filme, vou ver aquilo que eu gosto (E25-NI, M, 71 anos).

Tem problema que deixa a gente muito triste. Eu acho que o mundo está muito diferente do que era quando eu fui criada [...] às vezes eu estou nervosa e de repente eu começo a deixar aquilo de lado porque eu passo fumar mais (E23-NI, F, 63 anos).

Eu leio muito. Tô com 3 livros aí pra ler que meus irmãos me trouxeram (E33-I, F, 89 anos).

Porque aqui se a gente não arrumar uma coisa pra fazer, uma caça-palavra, um celular, uma coisa assim pra ficar... A pessoa fica estressada (E35-I, F, 68 anos)

Estressada assim... Como é que eu vou te falar? Ah, eu não tenho muita paciência não, eu sou meia nervosa. Entendeu? Quando as coisas não anda assim...como eu quero né, aí eu fico...Ah, eu faço muito caça-palavras. Olha, eu gosto de ler dependendo do livro, da história, coisa assim... Do romance... Eu gosto de ler (E40-I, F, 76 anos).

Lazarus e Folkman (1984) descreveram um conceito denominado *coping* como um conjunto de estratégias de enfrentamento e adaptação a situações de estresse. Em outras palavras, o *coping* trata-se de esforços comportamentais e cognitivos, utilizados por um indivíduo para lidar com demandas específicas que exigem adaptação. Desse modo, uma pessoa pode desempenhar o *coping* focado na emoção ou no problema. O *coping* focado na emoção é configurado como esforços realizados para mudar o estado emocional diante de uma situação de estresse. Logo, ao invés do indivíduo visar alterar a situação que lhe causa estresse, ele opta por alterar seu estado de humor. Tabagismo, uso de tranquilizantes ou até mesmo assistir um filme de comédia, são exemplos desse tipo de *coping* (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998). Em contrapartida, o *coping* focado no problema apareceu nas falas dos entrevistados da segunda e da terceira subcategoria. Nessa

perspectiva, a segunda subcategoria “Buscam refletir para ter domínio da situação” é exemplificada nas falas a seguir:

Eu respiro, respiro fundo, penso em outra coisa distrai a cabeça e depois volto a refletir sobre aquilo e converso muito para solucionar (E16-NI, F, 74 anos).

Às vezes eu perco para não brigar, mas quando chega o conflito nada melhor do que você ouvir as pessoas, eu tinha conflito com minha ex-mulher, ela andou fazendo umas coisas que não era do meu feitio, como eu tinha duas filhas e um filho segurei o casamento máximo que eu pude, mas chegou no ponto que conversamos e cada um seguir o seu caminho para no final da vida a gente ir em paz (E22-NI, M, 71 anos).

Assim, no caso do *coping* focado no problema o indivíduo adota medidas a fim de alterar ou solucionar a situação que deu origem ao desenvolvimento do estresse como pode ser verificado nas falas anteriores. Logo, são adotadas medidas mais potentes de controle do estresse, como conversar, negociar, pedir ajuda, dentre outros (ANTONIAZZI; DELL’AGLIO; BANDEIRA, 1998). Esses fatores também podem ser percebidos na subcategoria “Busca por apoio”, onde os entrevistados alegaram buscar apoio para solucionar aquilo que os incomoda:

Consigo resolver meus problemas, através da mente e da fé, tenho muita fé. Sei que tem um superior que tá aqui me dando força, e peço muita sabedoria e... eu consigo resolver as coisas, nunca desesperei não (E2-NI, F, 68 anos).

Rezo, rezo muito, eu sou muito rezadeira. Vou a missa todos os dias, quando estou muito triste eu abro a minha bíblia rezo os salmos, tenho as minhas orações que eu rezo também é onde que... O meu refúgio é aí (E8-NI, F, 74 anos).

A oração me ajuda demais, quando eu adoeci eu disse que comunhão seria o meu remédio e isso. Minha espiritualidade minha alicerça demais diante dos problemas (E14-NI, F, 64 anos).

Eu lido no dia a dia, né. Se tiver que resolver, falo com meu irmão, não deu pra você resolver, vou ver se eu consigo resolver. Eu converso com gente aqui dentro, né, que trabalha na diretoria e resolvo meus problemas (E36-I, F, 88 anos).

Nas falas acima, é possível observar a busca por dois tipos de apoio: o de amigos e o da religião. Nesse caso, o meio de enfrentamento é denominado *coping* religioso, ou seja, a religiosidade é utilizada como estratégia de resolução dos problemas. Esse tipo de *coping* pode ser vivenciado tanto sob o ponto de vista negativo quanto positivo. O enfrentamento é negativo quando o componente estressor é reavaliado e visto como punição divina, representando um fator prejudicial ao indivíduo. No entanto, na esfera positiva desse tipo de *coping* indivíduo utiliza a fé, para receber apoio do amor e proteção de Deus, estabelecendo o seu fortalecimento espiritual e conexão com forças transcendentais (PARGAMENT *et al.*, 1988). Ao contrário das subcategorias anteriores, na quarta subcategoria “Não buscam controlar” os entrevistados relataram não controlar ou não ter nenhuma estratégia de controle do estresse, como visto a seguir:

Não existe nada que possa me sentir melhor quando eu estou com um problema. Não existe nada que eu possa recorrer que possa me tirar da angústia (E32-NI, M, 60 anos).

Antes eu esquecia dos problemas trabalhando, cozinhando, costurando. Mas depois de velha eu parei de fazer rosquinha e fazer doce, crochê tricô e a gente vai ficando desacostumada...as coisas vão mudando, fica muito vazia a vida da gente, muita solidão a vida da gente...então, hoje, se eu estou triste eu só espero passar (E17-NI, F, 80 anos).

[...] eu rodo a baiana, eu xingo eu grito, falo, num instantinho eu fico boa, entendeu? (E7-NI, F, 68 anos).

Eu bebia muito, muito mesmo, parei de beber. Foi muito difícil porque a falta da bebida, aí eu dobrei o cigarro, não porque eu quis, mas aconteceu. Agora, tive que parar tudo. Aqui [se referindo a ILPI] só dá para sonhar, filha (E38-I, M, 64 anos).

É possível observar nas falas dos entrevistados E17-NI e E38-I que os mesmos relatam que antes de serem comprometidos por problemas funcionais relacionados ao

envelhecimento, tinham uma estratégia de *coping* focado na emoção como ingerir bebidas alcoólicas, fumar e cozinhar. No entanto, para os entrevistados os problemas físicos e a institucionalização se apresentam como barreiras para a execução dessas estratégias. É importante ressaltar que o envelhecimento saudável exige a adaptação às novas exigências do ambiente. A capacidade de se adaptar, de manter a geração de ideias e soluções eficazes para os problemas podem reduzir as chances de desenvolver sintomas depressivos e contribuir com uma vida mais saudável (MÉLENDEZ; AFONSO-BENLLIURE; MAYORDOMO, 2017).

Com base nos pontos discutidos na subescala “Controle do estresse”, conclui-se que a capacidade de lidar com os problemas provenientes do envelhecimento é muito importante tanto para a saúde física quanto para a saúde mental dos idosos, impactando de forma significativa o estilo de vida saudável da população idosa. Diante das falas dos participantes e com base na literatura, o controle do estresse se justifica em uma escala avaliativa do Estilo de vida de idosos. Desse modo, nesse fator buscou-se incluir itens que abordam as estratégias de enfrentamento que foram encontradas tanto na literatura, quanto na fala dos entrevistados como o pensamento otimista, a religiosidade, a capacidade de lidar com os problemas, dentre outros. Portanto, um conjunto de 16 itens foram elaborados para representar a presente subescala. Veja Quadro 5:

**Quadro 5:** Hipótese inicial de itens da subescala “Controle do estresse”

Item	Descrição dos itens	Suporte teórico
9	Você considera que tem problemas?	FAYE <i>et al.</i> , 2018; GAN <i>et al.</i> , 2015; KROEMEKE, 2019; LAZARUS; FOLKMAN, 1984; PARGAMENT <i>et al.</i> , 1988; Entrevistas.
17	Você sente que consegue lidar com os seus problemas do dia a dia?	
18	Quando se sente triste, você busca apoio nos amigos?	
19	As suas crenças espirituais ou religiosas dão sentido a sua vida?	
34	Você busca soluções para os seus problemas?	
40	Você consegue resolver os seus problemas sozinho?	
41	Você busca se isolar quando se sente triste?	
44	Quando se sente triste, busca atividades que fazem você se sentir melhor?	

45	Você pensa de forma positiva?	
59	Você busca apoio espiritual ou religioso?	
60	Quando você tem algum problema, reage de forma agressiva?	
73	Quando se sente triste, com que frequência busca o que faz você se sentir melhor?	
74	Quando você tem um problema, com que frequência você busca por apoio religioso?	
90	Você se sente melhor quando busca por apoio espiritual/religioso?	
80	Você consegue controlar a sua raiva?	
81	Você se sente melhor quando busca por apoio espiritual/religioso?	

#### 2.3.2.6 Informações gerais da escala

Além da elaboração dos itens para cada subescala representativa do estilo de vida de idosos, também foram propostos o título, as instruções, o formato e as opções de resposta da escala. Assim, o nome proposto para a primeira versão do instrumento foi “Escala de Estilo de Vida Saudável para Idosos”, acompanhado pela sigla “EEVSI”. Esse título apresenta de forma clara e objetiva tanto o construto avaliado quanto o público-alvo no qual o novo instrumento se destina.

Quanto às instruções, procurou-se formular uma explicação simples, objetiva e clara sobre como a escala deve ser preenchida. Foi orientado que o respondente assinalasse um X na alternativa que melhor representasse os seus comportamentos no último mês. Optou-se pelo intervalo de tempo de um mês a fim de identificar comportamentos recorrentes no cotidiano do indivíduo e não apenas pontuais, ou seja, aqueles ocorrentes apenas no dia ou na semana da avaliação, pois, comportamentos passageiros não refletem o estilo de vida.

A escala foi composta por 96 itens, sendo que cada item contou com cinco opções de respostas. Essas opções de resposta refletem o escore final da escala, uma vez que as mesmas são dispostas em uma escala *Likert* de cinco pontos, especificados da seguinte forma: (1) Nunca, (2) Poucas vezes, (3) Às vezes, (4) Frequentemente e (5) Sempre. A resposta “Sempre” aponta que determinado comportamento ocorre de forma rotineira no cotidiano do indivíduo. Já a resposta “Nunca” aponta que aquele comportamento não ocorre de forma nenhuma no diaadia do respondente. As opções de alguns dos itens foram apresentadas de

forma reversa, ou seja, a pontuação foi atribuída de forma invertida (“Nunca” – 5 pontos a “Sempre” – 1 ponto)<sup>4</sup>. O escore total é realizado a partir da soma de todos os itens e quanto maior o somatório maior é a indicação de adoção de um estilo de vida saudável por parte dos respondentes. Por fim, em relação ao formato, optou-se por apresentar os itens da escala em uma tabela. Assim as linhas correspondem às perguntas e as colunas, às opções de resposta. Esta é a forma de apresentação de outras escalas criadas anteriormente e destinadas a esse mesmo público (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999; FLECK, 2006; FERREIRA; MEIRELES; FERREIRA, 2018). O Quadro 6 apresenta o modelo de apresentação do instrumento:

**Quadro 6:** Apresentação do título, instruções e opções de resposta da nova escala.

**Escala de Estilo de Vida Saudável para Idosos (EEVSI)**

**INSTRUÇÕES:** Dentro das alternativas, assinale X na opção que melhor descreve a frequência dos seus comportamentos no último mês.

		Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Frequentemente	Sempre
--	--	-------	--------------	----------	----------------	--------

**Fonte:** A autora (2020).

### 2.3.3 Considerações sobre a primeira versão

O objetivo da presente etapa foi elaborar um conjunto de itens para compor a escala avaliativa do estilo de vida de idosos. Como produto dessa etapa, a primeira versão da escala foi intitulada “Escala de Estilo de Vida Saudável para Idosos” (EEVSI). No total, 96 itens foram desenvolvidos e divididos dentro de cinco subescalas, a saber: 1) Comportamento preventivo; 2) Alimentação; 3) Exercícios físicos; 4) Qualidade dos Relacionamentos e 5) Controle do estresse. A primeira versão da escala pode ser vista no Apêndice II. Essa

<sup>4</sup> 9, 16, 42, 48, 49, 51, 58, 60, 72, 75, 84, 86, 89, 92.

primeira versão foi submetida a análise teórica, etapa que será apresentada e discutida no tópico a seguir.

## 2.4 SEGUNDA ETAPA: ANÁLISE TEÓRICA DOS ITENS

A presente etapa teve como objetivo realizar a análise da validade de conteúdo da nova escala. O estudo realizado nesse momento possui característica quantitativa, qualitativa e descritiva. Para alcançar este objetivo a primeira versão da escala foi submetida ao julgamento de peritos. Após essa fase prosseguiu-se com a etapa chamada de pré-teste, na qual a escala foi submetida ao julgamento do público-alvo.

### 2.4.1 Julgamento dos peritos

Após a geração dos itens, a primeira versão da escala foi submetida à avaliação de peritos, ou seja, indivíduos especialistas no tema abordado. Nessa avaliação, foi solicitado que eles julgassem todas as características da primeira versão da escala, como: título, instruções, formato, escore total, itens e subescalas. Os juízes avaliaram a clareza e a coesão dos itens, bem como se os mesmos representavam aspectos importantes do estilo de vida de idosos.

#### 2.4.1.1 Métodos

##### 2.4.1.1.1. Participantes

É recomendado que seis juízes colaborem com a validade de conteúdo de um instrumento (PASQUALI, 2010). No presente trabalho foram convidados 32 especialistas. Desses, 12 aceitaram participar da avaliação e 20 não responderam ao convite. Ressalta-se que todos os juízes participantes são doutores. Quanto a área de trabalho, quatro deles são especialistas em criação e validação de escalas (um nutricionista e três educadores físicos) e oito desenvolvem pesquisas na área de envelhecimento, sendo: dois psicólogos, dois médicos geriatras, três nutricionistas e um educador físico.

#### 2.4.1.1.2 Procedimento de coleta de dados

Todos os juízes foram contatados via e-mail. Foi elaborada uma explicação sobre a pesquisa e sobre o instrumento. Após o aceite foi disponibilizado um formulário de avaliação contendo todas as informações necessárias para a avaliação da escala (APÊNDICE III). A coleta de dados foi realizada entre os meses de dezembro de 2019 e março de 2020. Os formulários foram elaborados conforme recomendação de Coluci, Alexandre e Milani (2015), a fim de padronizar as respostas.

O julgamento dos peritos foi dividido em duas fases: 1) Avaliação da validade de conteúdo e 2) Análise do instrumento. Na primeira fase, foi solicitado que o juiz avaliasse cada item do instrumento quanto a sua representatividade, redação e especificação dos fatores (subescalas). Na avaliação da representatividade, eles verificaram se as perguntas representavam o construto estilo de vida e atribuíram a nota -1 (menos um) quando o item não se referia ao estilo de vida; 0 (zero) quando estava incerto se o item representava o estilo de vida e; 1 (um) quando o item representava o estilo de vida. O mesmo ocorreu na avaliação da coesão na escrita dos itens sendo que a nota -1 (menos um) deveria ser atribuída àqueles itens que deveriam ser retirados; 0 (zero) quando o item precisasse ser reformulado e; 1 (um) quando ele estivesse adequado e pudesse ser mantido. Ademais, na avaliação de especificação dos fatores, os juízes deveriam apontar se os itens estavam avaliando o comportamento preventivo, a alimentação, os exercícios físicos, a qualidade dos relacionamentos ou o controle do estresse. Para que isso fosse possível, uma breve explicação de cada uma das subescalas foi concedida. Foi fornecido um campo no formulário para que os peritos pudessem apontar sugestões de alteração dos itens ou até mesmo propor novos itens.

Por fim, na segunda fase, na avaliação do instrumento foi solicitado que os juízes julgassem o título, o formato, as instruções e o escore total do instrumento. Assim, eles poderiam apontar esses quesitos, como: -1 (menos um) – Não claro, 0 (zero) – Claro e 1 (um) – Muito claro. Nesse caso, também foi disponibilizado um campo de sugestões de alterações para cada um dos quesitos avaliados.

#### 2.4.1.1.3 Análise dos dados

A opinião dos peritos foi descrita por meio da estatística descritiva. Dessa forma foi realizada a frequência absoluta e considerou-se o critério de 80% de concordância entre os peritos na avaliação da representatividade, redação dos itens, especificação dos fatores e aspectos gerais da escala (PASQUALI, 1998, 2010).

#### 2.4.1.2 Resultados e discussão

A primeira versão da escala foi avaliada por 12 peritos. Todos devolveram os formulários preenchidos na íntegra, além de terem acrescentado sugestões relacionadas aos itens. Assim, adotando-se 80% como critério de concordância, os itens deveriam ter aprovação de pelo menos dez peritos nos quesitos de representatividade, redação e especificação dos fatores.

Quanto a avaliação da representatividade, foi solicitado que os juízes julgassem se os itens realmente refletiam o construto que se desejava avaliar, ou seja, o estilo de vida. O Anexo III traz a resposta dos peritos relacionada a este quesito. Os itens 6, 9, 34, 36, 43, 47, 50, 63, 64, 67, 68, 73, 82 e 83 foram excluídos por não apresentarem o percentual de concordância exigido.

Na avaliação de redação, onde os peritos analisaram a coesão dos itens, ou seja, se eles estavam descritos de maneira adequada, clara e compreensível em relação ao que se deseja medir, os itens 2, 4, 12, 14, 15, 23, 24, 25, 28, 29, 35, 40, 42, 46, 48, 53, 56, 62, 70, 78, 87, 89 e 90 também foram suprimidos. As avaliações podem ser encontradas no Anexo IV. Já na avaliação da especificação dos fatores (ANEXO V), onde os peritos tiveram que apontar qual subescala os itens pertenciam, os itens 18 e 75, também foram excluídos por não apresentarem 80% de concordância.

Alguns itens foram considerados semelhantes e, portanto, excluídos de modo a restar apenas uma pergunta sobre a questão que se desejava avaliar. Assim, os peritos 9 e 12 apontaram que os itens 38 (Você recebe afeto de seus familiares?) e 65 (Você se sente querido por seus familiares?) eram semelhantes uma vez que buscam avaliar o mesmo aspecto. Por isso, optou-se por manter apenas o item 65.

Os itens 79 (Você considera que tem amigos em que pode confiar?) e 94 (Você sente que tem pessoas em quem pode confiar?) também foram considerados similares pelos juízes

4, 5 e 12. Nesse caso, o item 79 foi excluído. O mesmo aconteceu nas questões 59 (Você busca apoio espiritual ou religioso?), 74 (Quando você tem um problema, com que frequência você busca por apoio religioso?) e 81 (Você se sente melhor quando busca por apoio espiritual/religioso?), também foram apontadas como similares pelos peritos 4 e 9. Optou-se por manter apenas o item 59.

O mesmo ocorreu com os itens 52 (Você tem o costume de visitar ou receber os seus amigos?), 66 (Você sai para encontrar os seus amigos?) e 91 (Você convive com os seus amigos), onde os juízes 3 e 4 apontaram que todas as questões buscavam avaliar a relação com os amigos. Desse modo, optou-se por manter apenas o item 91. O Quadro 7 traz detalhadamente o motivo da exclusão de cada um dos itens:

**Quadro 7:** Apresentação detalhada dos itens que foram excluídos

2	Sua saúde permite que você se exercite?	O juiz 9 relatou que o item avalia condição de saúde e não estilo de vida.  Os Juízes 1, 2 e 12 consideraram o item confuso uma vez que não se especifica se a pergunta se refere a saúde física ou mental e nem a forma de se exercitar.
4	Você se preocupa em se manter mentalmente ativo?	Os Juízes 8, 10 e 12 consideraram o termo mentalmente ativo como de difícil compreensão.  O item apresentou apenas 50% de concordância entre os juízes na análise de fatores, sendo considerado ambíguo uma vez que poderia estar tanto no comportamento preventivo quanto no de exercícios físicos.
6	Você sente necessidade de se exercitar?	Os Juízes 1, 4 e 8 relataram que o item acrescentou pouco ao questionário, uma vez que sentir necessidade de se exercitar não faz diferença no estilo de vida saudável. Os benefícios do exercício aparecem independente se o indivíduo se exercita por sentir necessidade ou não.

9	Você considera que tem problemas?	Os juízes 1, 2, 4, 8, 11 e 12 consideraram o item muito amplo e genérico.
12	Para prevenir ou tratar doença, você busca ter uma alimentação saudável?	Os juízes 3, 7, 8, 11, 9 3 10 consideraram o item ambíguo, podendo pertencer tanto ao fator de comportamento preventivo quanto ao de alimentação.  O item apresentou apenas 58% de concordância entre os juízes na análise de fatores, sendo considerado ambíguo uma vez que poderia estar tanto no comportamento preventivo quanto na alimentação.
14	Para evitar doenças, você se preocupa em adotar comportamentos saudáveis?	O juiz 4 considerou o item pouco específico.  O juiz 10 e 12 considerou que o respondente poderia ter dificuldade para interpretar a expressão “comportamentos saudáveis”
15	Você cuida da sua saúde mental?	Os juízes 4, 10 e 12 consideraram o item muito amplo, genérico e relatam que os respondentes teriam dificuldade com o a expressão “saúde mental”.
18	Quando se sente triste, você busca apoio nos amigos?	Os juízes 7 e 12 consideraram o item ambíguo podendo pertencer tanto ao fator de qualidade de relacionamento quanto de controle do estresse.  O item apresentou apenas 50% de concordância entre os juízes na análise de fatores, sendo considerado ambíguo uma vez que poderia estar tanto no controle do estresse quanto no de qualidade dos relacionamentos.
23	Você come legumes?	Os juízes 2, 3, 11, 12 relatara que este item já estaria contemplado em outras perguntas.
24	Você come verduras?	Os juízes 2, 3, 11, 12 relatara que este item já estaria contemplado em outras perguntas.

25	As suas condições de vida possibilitam a prática de exercícios?	Os juízes 1, 2, 4, 6, 10 e 12 consideraram o termo “condições de vida” vago e pouco específico. O juiz 9 não considerou que o item representa o construto estilo de vida.
28	Para preservar a saúde, você pratica exercícios?	O juiz 4 não achou que o item acrescenta ao instrumento. O juiz 7 considerou o item ambíguo podendo pertencer tanto ao fator de comportamento preventivos quanto de exercícios físicos. Os juízes 2 e 12 consideraram que o item já havia sido contemplado em outras questões. O item apresentou apenas 41,66% de concordância entre os juízes na análise de fatores, sendo considerado ambíguo uma vez que poderia estar tanto no comportamento preventivo quanto no de exercícios físicos.
29	Você vai ao médico?	Os juízes 3, 9, 10 e 12, deram sugestões de alteração do item acrescentando a palavra regularidade. Considerou-se que este item ficou parecido com a questão 32 após as alterações, por isso, optou-se por suprimi-lo.
34	Você busca soluções para os seus problemas?	Os juízes 4, 10 e 12 relataram que o item era muito vago e não seria capaz de discriminar grupos.
35	Você prefere comer alimentos in natura (arroz, feijão, frutas, legumes, verduras, ovos, leite, dentre outros)?	Os juízes 1, 2, 5, 6, 9, 10, 11 e 12 consideraram que esse item era semelhante ao item 8 e 68. Optou-se por manter o item 8.
36	É possível praticar exercícios onde você mora?	Os juízes 6, 8, 9, 10, 12 não consideraram que o item representa o construto estilo de vida.

38	Você recebe afeto de seus familiares?	Considerou-se que esse item estava contemplado no item 11. O juiz 8 alertou para o fato de a palavra “afeto” poderia ser difícil de ser compreendida.
40	Você consegue resolver os seus problemas sozinho?	Os juízes 4, 9 e 10 consideraram o item amplo e vago. O item apresentou apenas 41,66% de concordância entre os juízes na análise de fatores, sendo considerado ambíguo uma vez que poderia estar tanto na qualidade dos relacionamentos quanto no de controle do estresse.
41	Você busca se isolar quando se sente triste?	O item apresentou apenas 41,66% de concordância entre os juízes na análise de fatores, sendo considerado ambíguo uma vez que poderia estar tanto no fator de qualidade de relacionamentos quanto no de controle do estresse.
42	Você considera que sua condição financeira dificulta ter uma alimentação saudável?	Os juízes 4, 9 e 12 não considerou que o item representava de forma satisfatória o estilo de vida.
43	Você consome alimentos livres de contaminação (vírus, bactérias, impurezas, dentre outros)?	Os juízes 2, 4, 5, 6, 8, 9, 11 e 12 apontaram que o item além de trazer problemas quanto a interpretação dos respondentes, não representaria o estilo de vida
46	Você se sente animado(a) para praticar exercícios?	Os juízes 1, 2, 9, 11, 12 relataram que o item não reflete o construto abordado.
47	Você tem quem prepare as suas refeições?	Os juízes 4, 9 e 12 relataram que o item não reflete o construto abordado. O item apresentou apenas 66,66% de concordância entre os juízes na análise de fatores, sendo considerado ambíguo uma vez que poderia estar tanto na subescala de alimentação comportamento preventivo quanto no de qualidade dos relacionamentos.

48	Você come doces em excesso?	Os juízes 2, 3, 4, 10 e 11 relataram que o termo “excesso” poderia dificultar a interpretação do respondente. Considerou-se que este item já estaria contemplado na questão 49.
50	Você tem condições financeiras para praticar exercícios?	Os juízes 4, 6 8, 9, 11 e 12 relataram que o item não reflete o construto abordado.
52	Você tem o costume de visitar ou receber os seus amigos?	Considerou-se esse item semelhante aos itens 66 o 91. Optou-se por manter o item 91.
53	Você tem sensação de bem-estar quando pratica exercícios?	Os juízes 1, 2 e 9 relataram que o item não reflete o construto abordado.
54	Você tenta reduzir o consumo de alimentos industrializados?	Considerou-se esse item semelhante ao item 49.
56	Você realiza atividades que lhe deixam feliz?	Os juízes 2, 4 e 11 consideraram o item amplo e vago.
62	Você sente melhora da sua condição física quando pratica exercícios?	Os juízes 1. 4 e 9 relataram que o item não reflete o construto abordado.
63	Você se sente mais disposto quando pratica exercícios?	Os juízes 4, 9 e 11 relataram que o item não reflete o construto abordado.
64	Você se sente mais feliz quando pratica exercícios?	Os juízes 4, 9 e 11 relataram que o item não reflete o construto abordado. O item apresentou apenas 66,66% de concordância entre os juízes na análise de fatores, sendo considerado ambíguo uma vez que poderia estar tanto na subescala de controle do estresse quanto na de exercícios físicos.
66	Você sai para encontrar os seus amigos?	Considerou-se esse item semelhante aos itens 52 o 91. Optou-se por manter o item 91.
67	Você se sente feliz no ambiente em que vive?	Os juízes 9, 10 e 11 relataram que o item não reflete o construto abordado. O item apresentou apenas 66,66% de concordância entre os juízes na análise de fatores, sendo

		considerado ambíguo uma vez que poderia estar tanto na subescala de controle do estresse quanto na de qualidade dos relacionamentos.
68	Você tem acesso a alimentos in natura (arroz, feijão, frutas, legumes, verduras, ovos, leite, dentre outros) onde você mora?	Os juízes 1, 5, 8, 9, 10, 11 e 12 consideraram que esse item era semelhante ao item 8 e 35. Optou-se por manter o item 8.
70	Você busca incluir alimentos de boa qualidade na sua rotina?	Os juízes 4, 10, 11 e 12 consideraram que o termo “alimentos de boa qualidade” poderia dificultar a interpretação do respondente. Consideraram também o item pouco específico para se manter no instrumento.
73	Quando se sente triste, com que frequência busca fazer coisas que fazem você se sentir melhor?	Os juízes 4, 5, 6, 7, 8 11 e 12 relataram que o item não foi redigido de forma que o respondente pudesse compreender. O item apresentou apenas 58,33% de concordância entre os juízes na análise de subescalas, sendo que alguns consideraram que o item poderia pertencer a subescala de exercícios físicos e outros de controle de estresse.
74	Quando você tem um problema, com que frequência você busca por apoio religioso?	Foi indicado que a busca por apoio espiritual já era abordada no item 59, 81 e 90. Optou-se por manter o item 59.
75	Você acorda diversas vezes durante a noite?	O item apresentou apenas 41,66% de concordância entre os juízes na análise de subescalas, sendo que alguns consideraram que o item poderia pertencer a subescala de comportamentos preventivos e outros de controle de estresse.
78	Você sente disposição para praticar exercícios?	Os juízes 9, 11 e 12 relataram que o item não reflete o construto abordado.

81	Você se sente melhor quando busca por apoio espiritual/religioso?	Foi indicado que a busca por apoio espiritual já era abordada no item 59 e 74. Optou-se por manter o item 59.
82	Você busca incluir alimentos considerados saudáveis a sua rotina?	Os juízes 4, 9,10 e 11 consideraram que o termo “alimentos saudáveis” poderia dificultar a interpretação do respondente. Consideraram também o item pouco específico para se manter no instrumento.
83	Sua condição física permite que você pratique exercícios?	Os juízes 1, 4, 9 e 12 relataram que o item não reflete o construto abordado.
87	Você pratica exercícios acompanhado (a) por um profissional?	Os juízes 4, 6, 8 e 12 relataram que o item não reflete o construto abordado.
89	Você tem sensação de sonolência durante o dia?	Os juízes 1, 10 e 11 relataram que o item não reflete o construto abordado.  O item apresentou apenas 41,66% de concordância entre os juízes na análise de fatores, sendo considerado ambíguo uma vez que poderia estar tanto na subescala de controle do estresse quanto na de comportamento preventivo.
90	Você se sente melhor quando busca por apoio espiritual/religioso?	Foi indicado que a busca por apoio espiritual já era abordada no item 59, 74 e 81. Optou-se por manter o item 59.
94	Você sente que tem pessoas em quem pode confiar?	Item semelhante à questão 79. Optou-se por excluí-lo.

Fonte: A autora (2022)

Vários itens receberam sugestão de reformulação. O perito 2 apontou que no item 54 (Você tenta reduzir o consumo de alimentos industrializados?) a palavra “industrializados” deveria ser substituída por ultraprocessados, utilizando a terminologia do Guia Alimentar da População Brasileira (BRASIL, 2015). Uma vez que esse aspecto da alimentação já foi abordado item 49 (Você come alimentos industrializados (prontos para consumo)?) optou-

se por excluí-lo para não haver dois itens similares. As demais sugestões dos peritos foram lidas cuidadosamente. O Quadro 8 traz detalhes dessas sugestões e dos itens reformulados:

**Quadro 8:** Reformulação dos itens de acordo com as sugestões dos Juízes (J).

<b>Item original</b>	<b>Sugestões consideradas</b>	<b>Item reformulados</b>
1 - Você se preocupa com a prevenção de doenças?	Colocar exemplos das doenças que se deseja prevenir, como diabetes, pressão alta, obesidade, entre outras. (J12)	Você se preocupa com a prevenção de doenças, tais como, diabetes, pressão alta, obesidade, entre outras?
3 - Você pratica exercícios?	A expressão “atividade física” pode ser mais compreensível para a população de idosos. (J2)	Você pratica atividade física?
8 - Você consome alimentos in natura (arroz, feijão, frutas, legumes, verduras, ovos, leite, dentre outros) como base da sua alimentação?	Adicionar a expressão “minimamente processados”. (J5)	A maior parte da sua alimentação é composta por alimentos in natura ou minimamente processados (Por exemplo: arroz, feijão, frutas, legumes, verduras, ovos, leite, dentre outros)?
11-Você considera satisfatória a relação que você tem com a sua família?	“Você tem boa relação com a sua família?”. (J12)	Você tem boa relação com a sua família?
22 - Você come frutas?	Adicionar “legumes e verduras” nesse item junto as frutas (J2, J3)	Você consome frutas, legumes e verduras?
31 - Você busca controlar sua pressão arterial?	Manter a coerência com o item 30 (J12).	Você se preocupa com o controle da pressão arterial?
32 - Você é acompanhado por um médico geriatra?	Muitos idosos não conhecem a especialidade de geriatria, sendo preferível perguntar apenas se o respondente se preocupa em ir ao médico com regularidade. (J10)	Você vai ao médico com regularidade?

33- Você dorme bem e se sente descansado?	Sugiro separar esses itens em dois. (J12)	Você dorme bem? Você se sente descansado (a) após uma noite de sono?
49 - Você come alimentos industrializados (prontos para consumo)?	Utilizar a expressão “ultraprocessados”. (J2)	Com que frequência, você consome alimentos ultraprocessados (por exemplo: sorvetes, balas e guloseimas em geral, refresco em pó, refrigerantes, salsichas e outros embutidos, pães de forma, dentre outros)?
51 - Você deixa de praticar exercícios por medo de cair?	Você evita praticar exercícios físicos por medo de cair? (J12)	Você evita praticar atividade física por medo de cair?
57 - Você toma vacinas?	O item é muito abrangente sem um objetivo claro. Sugestão: Você busca se vacinar conforme orientações médicas? (J12)	Você busca se vacinar conforme orientações médicas?
58 - Você tem dificuldade de acessar serviços de saúde?	A expressão “acessar” pode trazer dificuldade de compreensão. Sugestão: Ela poderia ser trocada por “ser atendido em”. (J10)	Você tem dificuldade de ser atendido (a) em serviços de saúde?
69 - Você ingere de 4 a 6 refeições ao dia?	Substituir a expressão “ingere” por “consome”. (J4)	Você consome de 4 a 6 refeições ao dia?
84 - O seu estado de saúde impede a prática de exercícios?	A expressão “atividade física” pode ser mais compreensível para a população de idosos. (J2)	O seu estado de saúde impede que você pratique atividade física?
85- Você tem o hábito de caminhar?	Sugestão: Você tem o hábito de realizar ao menos 30 minutos de caminhada ao dia? (J9)	Você tem o hábito de realizar ao menos 30 minutos de caminhada ao dia?

86 - Você consome alimentos gordurosos (carnes gordas e frituras)?	O termo “carnes gordas” não deveria ser utilizado por ser difícil identificar. Deveria ser substituído por gordura da carne, gordura do leite e etc. (J2)	Com que frequência, você consome alimentos gordurosos (por exemplo: gordura da carne, manteiga, gordura do leite, frituras)?
93 - Você consome carnes magras (peixe, frango, dentre outros)?	É mais compreensível perguntar por frango e peixe do que utilizar a expressão “carnes magras”. (J2)	Com que frequência, você consome aves e peixes?

Fonte: A Autora (2022).

Ressalta-se que o perito 3 sugeriu a inclusão de um novo item que abordasse a ingestão hídrica, visto que essa população possui a ingestão aquém do recomendado. Considerou-se a sugestão do juiz coerente, visto que a questão de desidratação em idosos é considerada um importante risco para a saúde dessa população (HOOPER *et al.*, 2014; MILLER, 2015; SCHAEFER, 2017). Assim, foi incluído o seguinte item no fator alimentação: “Você se preocupa em beber água, ao longo do dia, mesmo quando não está com sede?”.

Na avaliação da especificação de fatores apenas dois itens foram reformulados (5 e 16). Em outras palavras, itens que em sua criação pertenciam inicialmente a uma subescala, foram realocados, uma vez que os peritos concluíram que os mesmos poderiam estar avaliando um aspecto diferente do estilo de vida. O Quadro 9 abaixo traz os detalhes dessa reformulação:

**Quadro 9:** Reformulação dos itens de acordo com a especificação dos fatores.

Item original (Fator original)	Especificação dos peritos	Itens reformulados (Fator final)
--------------------------------	---------------------------	----------------------------------

5 - Você se preocupa em se alimentar de uma forma mais saudável?	Apenas dois peritos classificaram o item no fator adequado (Comportamento preventivo). Dez peritos indicaram o item no fator de Alimentação.	Você busca adotar uma alimentação mais saudável e nutritiva? (Alimentação)
16 - Você ingere mais que 7 doses de bebida alcoólica por semana (ex: 7 latas de cerveja, 7 taças de vinho, 7 doses de 30 ml de aguardente)?	Nenhum dos peritos classificaram o item no fator adequado (Comportamento preventivo). Onze deles classificaram como Alimentação e apenas um como Controle do estresse.	Você ingere mais que um dose de bebida alcoólica por dia (por exemplo: Uma lata de cerveja, uma taça de vinho, dentre outros)? (Alimentação)

Fonte: A Autora (2022).

Ressalta-se que o perito 2 sugeriu que a subescala “exercícios físicos” fosse chamada de “atividade física”, pois, além de ser mais compreensível para idosos a expressão aborda todos os itens contemplados na subescala. Optou-se por seguir a sugestão por serem válidos os argumentos do avaliador. Na segunda etapa da avaliação, os peritos foram convidados a julgarem o título e sigla, formato, instruções e escore total do instrumento. A Tabela 1 traz os resultados dessa avaliação, bem como a frequência dos julgamentos considerados adequados:

**Tabela 1:** Julgamento dos juízes em relação ao título, formato, instruções e escore total

Aspecto avaliado	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	Frequência
<b>Título e sigla</b>	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	11
<b>Formato</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	11
<b>Instruções</b>	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	9
<b>Escore total</b>	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	10

Fonte: A Autora (2022).

Em relação ao título e a sigla do instrumento foi possível observar que 11 dos 12 peritos os consideraram adequados e claros. Apenas o perito 5 o avaliou como pouco claro. De acordo com esse avaliador o termo “saudável” deveria ser retirado do título “Escala de Estilo de Vida Saudável para Idosos”, uma vez que a mesma busca avaliar o estilo de vida, que não necessariamente será saudável. Embora tenham considerado o título e siglas da escala adequados, os peritos 8 e 9 também realizaram a mesma sugestão. Dessa forma, optou-se por atender a sugestão dos peritos por considerar as colocações coerentes com os objetivos de avaliação do instrumento desenvolvido. Assim, a nova escala passa a se chamar “Escala de Estilo de Vida para Idosos” e, conseqüentemente, a sua sigla é alterada para “EEVI”.

No que diz respeito ao formato da escala, a avaliação seguiu os resultados do quesito anterior, sendo que, nesse caso, o perito 9 considerou o formato pouco claro. Ele argumentou que a apresentação da escala poderia ter fontes maiores, a fim de facilitar a leitura para a população de idosos. Foi apontado que a fonte ideal para esse público seria com tamanhos entre 14 e 16. Além disso, para o perito as opções de resposta deveriam estar em todas as páginas do instrumento, para facilitar o processo de preenchimento do respondente. As solicitações foram atendidas, por acreditar-se que esse novo formato de apresentação seria mais adequado para o público-alvo. Assim, a fonte foi alterada para o tamanho 14 e as opções de resposta passaram a ser mantidas em todas as páginas no instrumento.

Apesar de considerar o formato da escala adequado, a perita 7 sugeriu que a apresentação da ordem dos itens do instrumento fosse repensada. De acordo com a avaliadora, itens organizados em blocos poderiam facilitar o raciocínio do respondente. O perito relata que, como a população é de idosos, qualquer ferramenta que facilite a aplicação seria bem-vinda. A sugestão foi aceita uma vez que outros dois instrumentos que buscam avaliar o estilo de vida (NAHAS; BARROS; FRANCALACCI, 2000; AÑEZ; REIS; PETROSKI, 2008) utilizam o formato indicado pela perita. Assim, a ordem dos itens foi repensada de forma a reuni-los de acordo com a sua subescala correspondente.

O quesito relacionado às instruções foi considerado adequado por 9 peritos. Três avaliadores apontaram que as instruções eram pouco claras. O perito 4 sugeriu que fosse dada uma explicação anterior as instruções, explicando o que o instrumento pretende avaliar. O perito 10 apontou que apesar das instruções utilizarem o termo “comportamento”, a escala busca avaliar mais do que isso, englobando modos de sentir e pensar. O mesmo foi apontado pelo perito 8, apesar da avaliação positiva que o mesmo deu para o quesito. Já o perito 12,

apesar de avaliar o quesito como pouco claro, não apresentou nenhuma sugestão. Optou-se por não acrescentar explicações acompanhando as instruções conforme o perito 4 sugeriu, pois acredita-se que o acréscimo de texto pode tornar a escala cansativa para o público-alvo. Em relação à sugestão do perito 10, a expressão “comportamentos, crenças e sentimentos” foi acrescentada a fim de englobar todos os itens avaliados pela escala.

Ademais, dois peritos avaliaram o escore total como pouco claro. O perito 1 sugeriu que as opções de resposta fossem melhor esclarecidas. O mesmo fez o seguinte comentário: *“O que significa poucas vezes? Seria 1 ou 2 vezes? As vezes são mais ou menos 3 ou 4 vezes? Digo isso para que o idoso possa compreender melhor, caso pergunte e, assim, na hora de marcar fique de forma que o aplicador possa saber”*. Já o perito 9 fez o seguinte apontamento: *“Sugiro que seja incluída uma régua que mostre a diferença entre Nunca, Poucas Vezes, Às vezes, frequentemente e Sempre. Tipo: Nunca (0%), poucas vezes (20%), as vezes (50%), frequentemente (80%) e sempre (100%)”*.

Optou-se por não acrescentar frequências, uma vez que as mesmas poderiam confundir o respondente já que os itens possuem uma natureza de respostas distintas. Em outras palavras, itens relacionados a alimentação e atividade física podem contemplar respostas de frequência diária, por exemplo. Já itens da subescala “Comportamento Preventivo”, como aqueles que abordam a frequência de ida ao médico podem ter uma frequência mensal ou anual. Adicionar frequências de respostas diferentes de acordo com a subescala poderia confundir o respondente e tornar a escala cansativa, comprometendo a qualidade das respostas. Por esse mesmo motivo, retirou-se a expressão “no último mês” da instrução da escala. Assim, a nova instrução do instrumento ficou da seguinte forma: “Dentro das alternativas, assinale X na opção que melhor descreve a frequência dos seus comportamentos, crenças e sentimentos”.

Por fim, em relação a escala *Likert*, o juiz 12 colocou o seguinte comentário: *“Na escala Likert, no lugar de frequentemente, deveria vir “muitas vezes”. Ou no lugar de “poucas vezes”, raramente”*. Dessa forma, optou-se por retirar o “frequentemente” e colocar o “muitas vezes”, ficando da seguinte forma: Nunca, Poucas vezes, Às vezes, Muitas vezes e Sempre.

### **2.4.2 Considerações sobre a segunda versão**

Após as sugestões apontadas pelos juízes, os itens 2, 4, 6, 9, 12, 14, 15, 18, 23, 24, 25, 28, 29, 34, 35, 36, 38, 40, 41, 47, 42, 43, 46, 48, 50, 52, 53, 54, 56, 62, 63, 64, 66, 67, 68, 70, 73, 74, 75, 78, 81, 82, 83, 87, 89, 90 e 94 foram excluídos. Os juízes também indicaram a necessidade de reformulação de alguns itens. Dessa forma, os itens 1, 3, 8, 11, 22, 31, 32, 49, 51, 57, 58, 69, 84, 85, 86 e 93 foram adaptados conforme as sugestões dos peritos. O item 33 (Você dorme bem e se sente descansado?) foi dividido em dois novos itens conforme sugestões dos peritos.

Retirou-se o termo “saudável” do título da escala, fazendo com que o nome do instrumento fosse alterado para “Escala de Estilo de Vida para Idosos (EEVI)”. No que diz respeito às instruções, foi considerado que a escala avalia outros componentes além do comportamento e, por isso, foi acrescentado “comportamentos, crenças e sentimentos”. Foi retirado também o período de tempo que o respondente deveria considerar para responder as questões (no último mês), uma vez que nem todos os itens avaliam comportamentos mensais. Alguns avaliam ações que podem vir a ocorrer semestralmente ou anualmente. Além disso, a opção “frequentemente” na escala *Likert* foi alterada para “muitas vezes”.

Após essas alterações, chegou-se a uma segunda versão do instrumento composta por 50 itens (APÊNDICE IV), sendo os itens 11, 13, 16, 20, 24, 30, 41 e 49 considerados reversos. Assim, a EEVI foi submetida à próxima etapa da presente pesquisa, o pré-teste.

### **2.4.3 Julgamento do público-alvo (Pré-teste)**

Após os ajustes realizados na EEVI na etapa anterior, submeteu-se a nova versão da escala à avaliação do público-alvo. Nessa etapa, conforme recomendado por Malhotra (2012), o instrumento foi submetido ao procedimento de pré-teste, até que não fosse mais apontado pelos respondentes a necessidade de reformulação dos itens. Dessa forma, foi necessário a realização de dois pré-testes para a conclusão dessa etapa.

### 2.4.3.1 Métodos

#### 2.4.3.1.1 Participantes

Foram incluídos idosos acima dos 60 anos institucionalizados e não institucionalizados. Dentre os não institucionalizados, o primeiro foi convidado por conveniência e os demais foram selecionados a partir da metodologia “bola de neve”, na qual o primeiro entrevistado indicou o próximo potencial participante e, assim, sucessivamente. Os idosos institucionalizados mantinham vínculo com uma ILPI filantrópica, da cidade de Juiz de Fora, também selecionada por conveniência. Como pré-requisito para essa etapa os idosos deveriam ter acesso à internet, de modo que a etapa pudesse ser realizada por chamada de vídeo. Essa opção metodológica ocorreu devido ao período de quarentena adotado pelo Brasil em detrimento da pandemia da *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19). Dado a importância de captar as reações dos entrevistados durante a etapa de pré-teste (MALHOTRA, 2012), a coleta foi realizada por chamada de vídeo por ser uma estratégia que oferece essa possibilidade.

Ressalta-se que a ILPI que colaborou com essa etapa do trabalho, não foi incluída nas etapas anteriores. Assim, trata-se de uma ILPI distinta daquela que participou da primeira etapa. Cada participante participou apenas de uma etapa do pré-teste, ou seja, aqueles incluídos no primeiro pré-teste não foram incluídos no segundo.

#### 2.4.3.1.2 Procedimentos de coleta de dados

A pesquisadora responsável estabeleceu contato por telefone com o participante para explicar os procedimentos da pesquisa e convidá-lo para participar. Após o aceite, foi solicitado o endereço do entrevistado e agendado um dia e horário para que a entrevista pudesse ocorrer. Em relação à ILPI, foi feito o contato com a direção da instituição para que se pudesse explicar os procedimentos, a fim de se saber a possibilidade de participação da instituição, uma vez que havia a necessidade do acesso à internet e aparelho celular. Após o aceite e confirmação dos pré-requisitos, a profissional assistente social da instituição convidou os idosos internos para participarem. Após o assentimento daqueles que tinham o interesse de participar foi dado andamento na etapa.

No dia agendado a pesquisadora e/ou colaboradores levou até a casa do participante ou na ILPI o inquérito da presente etapa impresso. Nesse inquérito continha: o TCLE específico dessa etapa que deveria ser assinado (ANEXO VI), um questionário sociodemográfico a fim de coletar dados do participante como escolaridade, renda, estado civil, dentre outros (APÊNDICE V) e a segunda versão da EEVI (APÊNDICE VI). Foi solicitado também que os entrevistados apontassem o quanto acharam a escala cansativa e difícil de ser respondida.

A entrevista foi realizada inteiramente por chamada de vídeo por meio do aplicativo *WhatsApp*. Quando o idoso tinha dificuldade de manusear os aparelhos celulares foi solicitado ajuda de algum familiar, a fim de que fosse possível o andamento da entrevista. No caso dos institucionalizados, as entrevistas foram realizadas por meio do aparelho celular da assistente social da instituição.

Em um primeiromomento foi solicitado que o participante respondesse a escala normalmente, sem interferências da pesquisadora. Posteriormente, foi dado andamento ao interrogatório, procedimento também chamado de *debriefing*, seguindo as recomendações de Malhotra (2012). Nessa etapa, foi solicitado que o participante explicasse com as próprias palavras cada um dos itens, ou seja, eles deveriam descrever sua compreensão sobre as perguntas que estavam sendo realizadas. Nesse momento, também foi possível que os mesmos colocassem as suas dúvidas relacionadas à redação e significado dos itens. Todas as entrevistas foram conduzidas pela mesma pesquisadora.

De acordo com os apontamentos realizados, foram realizadas alterações na escala e dado seguimento a um novo pré-teste. Ressalta-se que o novo pré-teste foi realizado da mesma forma do anterior. Logo, os participantes também foram orientados a assinar o TCLE e a preencher questionário sociodemográfico e a EEVI. Em seguida, foi realizado o *debriefing* onde foi possível verificar que não era necessário mais nenhuma alteração na escala.

#### 2.4.3.1.3 Análise dos dados

Em ambos os pré-testes, as respostas do questionário sociodemográfico foram analisadas quanto a sua frequência relativa e absoluta. O mesmo foi feito com as respostas das perguntas que abordavam a dificuldade e cansaço dos entrevistados em relação a escala. Em relação ao *debriefing*, as respostas foram gravadas e analisadas qualitativamente. Assim,

levou-se em consideração o comportamento e as reações dos entrevistados durante a entrevista a fim de se verificar a compreensão relacionada aos itens e realizar as alterações necessárias.

#### 2.4.3.2 Resultados e discussão

##### 2.4.3.2.1 Primeiro pré-teste

O primeiro pré-teste contou com 10 participantes, sendo sete mulheres (70%) e três homens (30%). A idade média da amostra foi de 68,4 anos (DP=6,39). Dois idosos da amostra eram institucionalizados (20%), sendo um homem e uma mulher, de 79 e 77 anos, um com 3 anos e o outro com os 8 meses de institucionalização, respectivamente. Dentre os idosos não institucionalizados, seis eram residentes da cidade de Santos Dumont, Minas Gerais, sendo dois moradores da região rural da mesma cidade e dois eram residentes de Juiz de Fora, Minas Gerais. A Tabela 2 traz os dados descritivos da presente amostra:

**Tabela 2:**Dados descritivos da amostra do pré-teste 1

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Faixa etária</b>		
60 a 69 anos	5	50
70 a 79 anos	5	50
<b>Estado civil</b>		
Solteiro(a)	1	10
Casado(a)	5	50
Viúvo(a)	3	30
Separado(a)	1	10
<b>Escolaridade</b>		
Primário	2	20
Fundamental	4	40
Ensino médio	4	40
<b>Renda</b>		
1 a 2 salários mínimos	5	50
3 a 4 salários mínimos	5	50

Fonte: A Autora (2022).

Em relação ao formato da escala, apenas 1 (10%) respondente relatou um pouco de dificuldade para responder a escala, dizendo que a dificuldade foi corrigida após ler algumas perguntas novamente. Nove deles (90%) relataram não apresentar nenhuma dificuldade. Os participantes demoraram de 10 a 20 minutos para responder a escala. Nenhum deles relatou considerar o processo cansativo.

Na etapa de *debriefing*, foi identificada a necessidade de alteração nos itens 3, 11, 15, 20, 21 e 22. No item 3 (Você realiza atividades que necessitam de raciocínio (por exemplo: xadrez, palavras-cruzadas, baralho, dentre outros?), cinco participantes consideraram apenas os exemplos para responder à questão, relatando não realizar nenhuma dessas atividades, mas possuírem o hábito de se exercitar cognitivamente, por meio do artesanato e da leitura. Visto essas considerações, por entender que alguns idosos não têm o hábito de jogar ou fazer palavras-cruzadas, optou-se por adicionar esses dois exemplos. Assim, o item 3 ficou da seguinte forma: “Você realiza atividades que necessitam de raciocínio (por exemplo: xadrez, palavras-cruzadas, leitura, artesanato, baralho, dentre outros)?”.

Na questão 11 (Você tem dificuldade de ser atendido (a) em serviços de saúde?), foi possível perceber que oito entrevistados (80%), interpretaram serviços de saúde, como acesso exclusivamente ao SUS. Assim, mesmo aqueles participantes que tinham facilidade de contatar médicos pela rede privada responderam que tinham dificuldade de acesso, por considerar os problemas relacionados ao SUS. Visto isso, optou-se por alterar o item para: “Você tem dificuldade de ser atendido(a) por serviços médicos quando necessário?”. Uma vez que o item busca avaliar se o respondente consegue ter acesso a tratamentos e meios de prevenção, associados a serviços de saúde quando sentem necessidade, acredita-se que essa modificação facilita a compreensão, considerando as explicações dadas pelos entrevistados.

No item 15 (A maior parte da sua alimentação é composta por alimentos *in natura* ou minimamente processados (por exemplo: arroz, feijão, frutas, legumes, verduras, ovos, leite, dentre outros)?), os entrevistados apresentaram dificuldade de compreender a expressão “minimamente processados”. Três consideraram que se tratava de alimentos industrializados e, por isso, responderam erroneamente ao item. Assim, a expressão “minimamente processados” foi suprimida. O item também foi padronizado de acordo com os itens 1 e 20, ficando da seguinte forma: “Com que frequência, você consome alimentos *in natura*, tais como arroz, feijão, frutas, legumes, verduras, ovos, carnes, leite, dentre outros?”.

Similarmente ao que aconteceu ao item 15, no item 20 (Com que frequência, você consome alimentos ultraprocessados (por exemplo: sorvetes, balas e guloseimas em geral, refresco em pó, refrigerantes, salsichas e outros embutidos, pães de forma, dentre outros?)), cinco idosos (50%) ficaram confusos com a palavra “ultraprocessados” e relataram que compreenderiam melhor se a expressão fosse substituída por “industrializados”. Desse modo, após alterado, o item ficou da seguinte forma: “Com que frequência, você consome alimentos industrializados tais como, sorvetes, balas e guloseimas em geral, refresco em pó, refrigerantes, salsichas e outros embutidos, dentre outros?”.

Optou-se por excluir o item 22 (Você cozinha suas próprias refeições?), pois o mesmo não fez sentido para os idosos institucionalizados, visto que não cozinham a própria comida. Portanto, para eles, esse não é um indicador de consumo alimentar. Por fim, o item 23 (Você consome de 4 a 6 refeições ao dia?) foi alterado para: “Você se alimenta de 4 a 6 vezes por dia”. Essa modificação foi realizada pelo fato de quatro idosos (40%) terem considerado como refeição, apenas o almoço e jantar, excluindo café da manhã e pequenos lanches.

Após essas alterações, a nova versão da escala ficou composta por 49 itens (APÊNDICE VI) e foi submetida ao segundo pré-teste.

#### 2.4.3.2.2 Segundo pré-teste

No segundo pré-teste também participaram 10 idosos, sendo sete mulheres (70%) e três homens (30%). A idade média da amostra foi 68,8 anos (DP=7,74). Três idosos das amostras eram institucionalizados, sendo três mulheres com 68, 73 e 84 anos. Em relação ao tempo de institucionalização uma tinha 1 ano; a segunda, 3 anos; e a última, 8 anos. Dentre os idosos não institucionalizado, cinco eram residentes em Juiz de Fora, um em Santos Dumont e outro no município de Barbacena. A Tabela 3 traz os dados descritivos da amostra:

**Tabela 3:** Dados descritivos da amostra do pré-teste 2

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Faixa etária</b>		
60 a 69 anos	6	60
70 a 79 anos	3	30
Mais de 80 anos	1	10

<b>Estado civil</b>		
Solteiro (a)	1	10
Casado (a)	4	40
Viúvo (a)	3	30
Separado (a)	2	20
<b>Escolaridade</b>		
Primário	2	20
Fundamental	4	40
Ensino médio	2	20
Superior	2	20
<b>Renda</b>		
1 a 2 salários mínimos	4	40
3 a 4 salários mínimos	3	30
5 a 9 salários	2	20
Acima de 10 salários	1	10

Fonte: A autora (2022).

No segundo pré-teste, os entrevistados também demonstraram compreender com facilidade o formato da escala. Similarmente ao primeiro pré-teste, o tempo necessário para responder a escala foi de 10 a 20 minutos. Nenhum dos entrevistados considerou o processo cansativo e apenas um deles relatou um pouco de dificuldade para responder, alegando que realizar o processo mais lentamente melhorou a dificuldade.

A partir da análise *debriefing* do segundo pré-teste foi possível verificar que os itens modificados no primeiro pré-teste foram melhor compreendidos pelos entrevistados e não foram necessárias qualquer alteração dos demais itens. Assim, a escala foi considerada compreensível na íntegra para a população de idosos, não necessitando da realização de um terceiro pré-teste. Dessa forma, a EEVI foi considerada pronta para ser submetida para a próxima etapa: Análise empírica e psicométrica dos itens.

Ressalta-se que após o segundo pré-teste, a escala foi analisada por uma especialista da língua portuguesa. Algumas alterações foram consideradas pertinentes para que os itens fossem se adequassem as regras do idioma. A versão da EEVI submetida as etapas três e quatro se encontra no APÊNDICE VI.

#### **2.4.4 Considerações sobre a terceira versão**

Após submetida à avaliação do público-alvo, a EEVI passou por algumas alterações. Para tal, dois pré-testes foram necessários. Assim, os itens 3, 11, 15, 20, 21 foram reformulados a fim de serem melhor compreendidos pelos entrevistados. Optou-se por excluir o item 22 por considerar que o mesmo não representava tanto os idosos institucionalizados quanto aos não institucionalizados. O formato e estrutura das escalas não foram alterados por terem sido considerados compreensíveis pelos respondentes.

Ao final da etapa de pré-teste, a EEVI se encontra composta por 49 itens divididos em 5 fatores: “Comportamento Preventivo” (item um ao 13); “Alimentação” (itens 16 ao 26); “Atividade Física” (itens 27 ao 33); “Qualidade dos Relacionamentos” (itens 34 ao 42); e “Controle do Estresse” (itens 43 ao 49). Sendo assim, a opinião dos peritos e do público-alvo conferiram validade de conteúdo a escala, permitindo, assim, o início da próxima etapa.

### **2.5 TERCEIRA E QUARTA ETAPAS: ANÁLISE EMPÍRICA E PSICOMÉTRICA**

Na terceira e quartas etapas da presente pesquisa, foram realizados os procedimentos estatísticos relacionados à psicometria, com o objetivo de verificar a qualidade de cada um dos itens e do instrumento. Para que isso fosse possível, a EEVI foi aplicada em uma grande e representativa amostra de idosos brasileiros.

#### **2.5.1 Métodos**

Essa etapa consiste em uma investigação de natureza quantitativa, uma vez que, nesse tipo de método, busca-se quantificar medir opiniões e comportamentos a fim de analisá-los estatisticamente. Ademais, foi utilizado um recorte transversal já que se buscou avaliar como as variáveis se comportam em apenas um momento (THOMAS; NELSON; SILVERMAN, 2012). Não obstante, salienta-se que uma parcela de sujeitos participou do teste-reteste, ou seja, a nova escala foi aplicada pela segunda vez em uma parcela de indivíduos em um intervalo de 15 dias. Ressalta-se que essas etapas da pesquisa também foram realizadas no período da pandemia da COVID-19 e, uma vez que muitos idosos ainda se encontravam em

isolamento, a principal forma de prevenção da doença, optou-se pela aplicação da pesquisa no formato *online*.

#### 2.5.1.1 Participantes

Nesta etapa, foi realizado o cálculo amostral com base na recomendação de Pasquali (2010), o qual é considerado adequado um número de 5 a 10 participantes para cada item do instrumento, para a realização da AFE. O autor também recomenda mesma quantidade de participantes diferentes para a execução da AFC.

Foram incluídos homens e mulheres acima dos 60 anos que concordaram em participar voluntariamente dessa etapa por meio da assinatura do TCLE (ANEXO VII). Ressalta-se que não foram incluídos nessa etapa participantes das etapas anteriores. Foram excluídos aqueles participantes que não tinham completado 60 anos, que eram institucionalizados e as respostas duplicadas daqueles idosos que, equivocadamente, participaram mais de uma vez. Vale destacar que, apesar de idosos institucionalizados terem sido incluídos na primeira e segunda etapas da presente pesquisa, não foi possível incluí-los nas últimas etapas devido ao baixo número de respostas (N=10). Por esse motivo, esses idosos foram excluídos e a escala não foi avaliada empírica e psicometricamente para esse público nessa pesquisa.

Com o objetivo de se obter uma maior heterogeneidade da amostra, incluiu-se participantes de diferentes regiões brasileiras, incluindo o Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do Brasil. A coleta foi realizada no formato *online* e, para o recrutamento dos participantes, foi realizada a divulgação da presente pesquisa por meio de redes sociais, canais de Instituições que desenvolvem trabalhos com a população acima dos 60 anos, como empresas e universidades, e contato direto, por meio de indicações.

Para avaliação da confiabilidade, realizou-se o procedimento denominado teste-reteste. Assim, seguiu-se a recomendação de Thompson (2004) e selecionou-se aleatoriamente de 30 a 50 participantes que responderam novamente aos questionários após o intervalo de duas semanas. Optou-se por esse intervalo de tempo mais restrito a fim de reduzir as chances de ocorrência de fatores ambientais na vida dos participantes que pudesse interferir nos resultados, conforme indicação de Pasquali (1996).

### 2.5.1.2. Instrumentos para coletas de dados

Os dados foram coletados pelo meio online utilizando-se a ferramenta *Googleforms*. O formulário completo está no Apêndice VII. Na primeira parte, coletou-se dados sociodemográficos como nome, idade, e-mail, sexo, estado civil, etnia situação de trabalho, escolaridade, renda per capita e familiar, situação de moradia, peso, altura e doenças diagnosticadas. O peso e a altura foram utilizados posteriormente para cálculo do IMC, a fim de se verificar o estado nutricional da amostra e posterior categorização dentro dos extratos: baixo peso (abaixo de 18,49kg/m<sup>2</sup>), peso adequado (18,5 a 24,99 kg/m<sup>2</sup>), sobrepeso (25,0 a 29,99 kg/m<sup>2</sup>), ou obesidade (Acima de 30 kg/m<sup>2</sup>) de acordo com os parâmetros previstos pela OMS (WHO, 1995).

Além da nova escala, a fim de avaliar a validade convergente foi utilizado as categorizações de IMC e também foi aplicado o *12-Item Short-Form Health Survey* (SF-12) (WARE; CONSIGNKI; KELLER, 1995) (ANEXO VIII), o qual mensura a qualidade de vida. Foi utilizado a versão traduzida e adaptada para a população brasileira realizada por Camelier (2004). Trata-se de uma versão mais rápida do *36-Item Health Survey* (SF-36), composta por 12 itens divididos em 8 dimensões: função física, aspecto físico, dor, saúde geral, vitalidade, função social, aspecto emocional e saúde mental. Através de um algoritmo próprio do instrumento, dois escores podem ser mensurados: o físico (*Physical Component Summary* ou PCS) e o mental (*Mental Component Summary* ou MCS). Em ambos, a pontuação varia em uma escala de zero a cem, sendo os maiores escores associados a melhores níveis de Qualidade de Vida.

Para possibilitar a realização do teste-reteste, no final do questionário os respondentes foram perguntados ainda se aceitariam responder a EEVI novamente após um período de 15 dias, caso fossem selecionados para o reteste.

### 2.5.1.3 Procedimento de coleta de dados

A coleta foi realizada entre o período de janeiro e agosto de 2021. Uma vez que um dos objetivos da coleta é a heterogeneidade amostral, buscou-se adotar diversas estratégias de divulgação da presente pesquisa. Inicialmente, buscou-se divulgá-la por meio de contato direto (indicações) e pelas redes sociais dos próprios pesquisadores como *Facebook*, *Whatsapp*, *Instagram* e *Linkedin*. Buscou-se compartilhar o convite principalmente em

grupos e comunidades com conteúdo voltados para o público com mais de 60 anos. Outra estratégia de divulgação foi a produção de conteúdo<sup>5</sup> para um canal do *Youtube* de atividade física voltada para idosos.

A pesquisa também foi compartilhada com 20 Universidades Abertas da Terceira Idade e empresas com trabalhos direcionados ao público com mais de 60 anos, como academias, clínicas, centros de fisioterapia, centros de inclusão, agências de emprego voltadas para o público maduro, dentre outros, de todas as regiões do Brasil. Duas Universidades Abertas aceitaram repassar o convite para os seus alunos. Outras duas, alegaram não poder colaborar no momento, pois, não estavam desenvolvendo atividades online com a população-alvo. Dezesesseis universidades abertas não responderam. Além disso, foi contatado 15 empresas com serviços e produtos voltados para o público com mais de 60 anos, quatro delas não responderam a solicitação. Onze dessas empresas participaram da divulgação da pesquisa, dentre elas estavam: uma empresa voltada para inclusão de pessoas acima de 50 anos no mercado de trabalho; uma prestadora de consultoria para pessoas que querem se preparar para a aposentadoria, uma escola de ensino de informática para idosos; uma escola com atividades de treinamento cognitivo; três academias; e quatro estúdios de Pilates.

Foi contatado 40 prefeituras de todos os estados do Brasil. Elas foram identificadas em uma busca que objetivou identificar cidades com secretárias e projetos voltados para os cuidados da pessoa idosa. Dessas, seis responderam ao convite. As prefeituras de São Paulo (SP), Toledo (PR), Belo Horizonte (MG) e de Brasília (DF), alegaram que encaminharam as pesquisas por meio de listas de transmissão que continham idosos participantes dos projetos executados pelos órgãos. As Prefeituras de Juiz de Fora (MG) e Londrina (PR), buscaram informações mais detalhadas sobre a pesquisa e divulgaram ativamente a pesquisa entre os idosos atendidos pelos projetos. A pesquisa também foi repassada para os funcionários envolvidos nos projetos realizados. Como contrapartida social imediata foi oferecido um treinamento para educadores físicos atuantes em projetos direcionados à idosos e também divulgação de conteúdo sobre estilo de vida saudável para idosos participantes dos projetos<sup>6</sup>. Ressalta-se que toda contrapartida foi disponibilizada gratuitamente. Vale destacar que 34 órgãos não responderam a solicitação enviada.

---

<sup>5</sup><https://www.youtube.com/watch?v=HDSJZcKBJXk>

<sup>6</sup><https://www.youtube.com/watch?v=BUTcARztS8Y>

A pesquisa foi enviada para 89 ILPI's de todas as regiões do Brasil. No entanto, apenas 5 instituições privadas se dispuseram a ajudar. Dez filantrópicas responderam que não seria possível a participação, pois as instituições não dispunham de computadores e celulares direcionados ao uso dos idosos. Cinco instituições (três filantrópicas e 2 privadas) relataram não poder ajudar devido à crise sanitária, alegando que havia funcionários e idosos com testes positivos para COVID-19, o que dificultaria a realização de qualquer ação. Sessenta e nove instituições não responderam a solicitação. Até o dia de finalização da coleta apenas cinco idosos institucionalizados haviam respondido a pesquisa, evidenciando a dificuldade de acessar essa população pelo meio *online* durante o período pandêmico. A tabela 5 abaixo traz detalhadamente o número de instituições de cada seguimento contatada, bem como o número daquelas que responderam, não responderam e recusaram a solicitação de divulgação da pesquisa:

**Tabela 5:** Relação de instituições contatadas, que aceitaram, recusaram e não responderam o convite para divulgar a pesquisa.

	Contatadas	Aceitaram	Recusaram	Não responderam
Universidades abertas	20 (12,1%)	2 (8,3%)	2 (11,7%)	16 (13%)
Empresas	15 (9,1%)	11 (45,8%)	0	4 (3,2%)
Prefeituras	40 (24,3%)	6 (25%)	0	34 (27,6%)
ILPI's	89 (54,2%)	5 (20,8%)	15 (88,23%)	69 (56,09%)
TOTAL	164 (100%)	24 (100%)	17 (100%)	123 (100%)

Fonte: A autora (2022)

Para participar da pesquisa os idosos deveriam clicar no *link*<sup>7</sup> disponibilizado pelos próprios pesquisadores ou pelos parceiros que colaboraram com a divulgação. As informações contidas no link de acesso a pesquisa estão presentes no ANEXO IX. Esse *link* foi acompanhado por um vídeo<sup>8</sup> que tinha como objetivo os convidar para participar e explicar os objetivos da pesquisa. Ao clicar no endereço, os participantes eram direcionados

<sup>7</sup><https://forms.gle/D2HqcPOsweRhjygeA>

<sup>8</sup><https://www.youtube.com/watch?v=U5hOZkmslyk>

ao TCLE, podendo apontar se concordavam em participar da pesquisa e, em caso positivo, eram encaminhados para responder o formulário.

Após o período de 15 dias foram selecionados aleatoriamente uma amostra de 50 idosos para participarem do reteste, dentre aqueles idosos que responderam que aceitariam participar novamente e que disponibilizaram o endereço de e-mail. Dessa forma, no décimo quarto dia após o participante responder pela primeira vez, foi enviado um novo convite para o seu e-mail, solicitando que ele respondesse o EEVI novamente. Esse formulário também foi armazenado na ferramenta *Googleforms*.

#### 2.5.1.1 Estudo Piloto

Para adaptar da melhor forma possível, o *layout* da escala aprovada na etapa de pré-teste, houve uma reformulação, de forma que o instrumento pudesse ser visualizado da melhor forma possível no formato *online*. Assim, as pesquisadoras responsáveis analisaram cuidadosamente as possibilidades de apresentação da escala tanto quando acessada pelo computador quanto pelo celular. Esse procedimento ocorreu para que a disposição dos itens e das opções de respostas pudessem ser visualizadas de maneira clara, possibilitando a avaliação correta de cada um dos itens.

Nessa etapa, o formato de tabela, considerado o mais adequado na pesquisa em papel e caneta, não era reproduzido de forma compreensível para os usuários no formato online. Em outras palavras, quando os participantes acessassem a pesquisa pelo celular, eles não conseguiriam visualizar, simultaneamente, os itens e as opções de resposta, exigindo que eles deslocassem manualmente a página para responder cada pergunta. O mesmo ocorreria quando acessado pelo computador, uma vez que à medida que os participantes avançassem nas respostas aos itens, a primeira linha da tabela, que contém as opções de respostas sairia do seu campo de visão, exigindo que ele voltasse manualmente ao topo da tabela para responder cada item. O primeiro modelo testado pode ser visualizado na Figura 2.

**Figura 2:** Modelo de tabelas apresentadas no computador e celular (Modelo 1)

	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
Você se preocupa com a prevenção de doenças, tais como diabetes, pressão alta, obesidade, dentre outras?	<input type="radio"/>				
Você realiza exames preventivos indicados para a sua idade? (Por exemplo: mamografia, exame de próstata, dentre outros)	<input type="radio"/>				

**Computador**

	Nunca	Poucas vezes	Às vezes
Você se preocupa com a prevenção de doenças, tais como diabetes, pressão alta, obesidade, dentre outras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você realiza exames preventivos indicados para a sua idade? (Por exemplo: mamografia, exame de próstata, dentre outros)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Celular**

Fonte: A autora (2022).

Visto que o modelo acima foi considerado confuso quando acessado pelo celular, testou-se um segundo modelo. As opções foram colocadas abaixo de cada um dos itens em formato de escala *Likert*. Quando a pesquisa era acessada pelo computador, esse modelo conseguiu apresentar de forma adequada as opções de resposta. Não obstante, quando a pesquisa era acessada pelo celular, o problema anterior persistiu, ou seja, não era possível visualizar todas as opções de resposta sem que fosse necessário deslocar a imagem manualmente.

**Figura 3:** Modelo de escala *Likert* apresentadas no computador e celular (Modelo 2)

2)

The figure shows two versions of a Likert scale questionnaire. The left version is for a computer, and the right version is for a mobile phone. Both versions display two questions with five response options: Nunca, Poucas vezes, Às vezes, Muitas vezes, and Sempre. The mobile version has a smaller font and a more compact layout.

**Computador**

**Celular**

Fonte: A autora (2022)

Assim, testou-se um terceiro modelo, que se apresentou como o mais adequado. Nele, os itens eram apresentados separadamente com as opções de resposta uma abaixo da outra. Esse formato permitia ter uma boa visualização dos itens e das opções de resposta tanto quando a pesquisa era acessada pelo computador quanto pelo celular.

**Figura 4:** Modelo de escala final apresentadas no computador e celular (Modelo 3)

The figure shows two versions of the final Likert scale questionnaire. The left version is for a computer, and the right version is for a mobile phone. Both versions display a single question with five response options: Nunca, Poucas Vezes, Às Vezes, Muitas Vezes, and Sempre. The mobile version has a smaller font and a more compact layout.

**Computador**

**Celular**

Fonte: A autora (2022)

Após a escolha do melhor *layout* para escala ser apresentada aos participantes, a escala foi aplicada em 30 idosos, com média de idade de 68,73 anos (DP=6,71), que tiveram acesso a pesquisa por meio de divulgação na rede social da própria pesquisadora (*Facebook*) (25 mulheres e cinco homens). Os participantes deveriam clicar no *link*, disponibilizado no convite, ler o TCLE disponível na primeira parte, bem como um questionário sociodemográfico e, em seguida, responder às 49 questões da EEVI e ao SF-12. As características sociodemográficas da amostra estão disponíveis na Tabela 5.

**Tabela 5:** Dados descritivos da amostra da pesquisa Piloto.

Variável	N	%
<b>Faixa etária</b>		
60 a 69 anos	21	70
70 a 79 anos	7	23,3
Acima de 80 anos	2	6,7
<b>Estado civil</b>		
Solteiro(a)	1	3,3
Casado(a)	15	50
Viúvo(a)	5	16,7
Separado(a)	9	30
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto/primário	2	6,7
Incompleto		
Primário Completo ou Ginásio	6	20
incompleto		
Ginásio Completo ou Colegial	1	3,3
Incompleto		
Colegial Completo/Superior	2	6,7
Incompleto		
Superior Completo	19	63,3
<b>Renda</b>		
Nenhuma renda	3	10
1 a 2 salários mínimos	10	33,3
3 a 4 salários mínimos	10	33,3

5 a 9 salários mínimos	3	10
Acima de 10 salário mínimos	4	13,3

---

Fonte: A autora (2022)

Após responder às questões do EEVI, os participantes foram direcionados a duas perguntas, onde eles poderiam apontar quão foi o nível de dificuldade encontrada para responder a escala (Nenhuma, Pouca, Muita) e quão cansativo foi preencher o questionário (Nada cansativo, Um pouco cansativo, Muito cansativo). Em relação a dificuldade para responder a escala, apenas uma (3,3%) pessoa relatou muita dificuldade, oito (26,7%) responderam que tiveram pouca dificuldade e 21 (70%) apontaram não terem tido nenhuma dificuldade. Já quanto à quão cansativo foi responder ao questionário, apenas um (3,3%) indivíduo considerou cansativo, quatro (13,3%) avaliaram como um pouco cansativo e 25 (83,3%) respondentes acharam nada cansativo. Tendo em vista a alta compreensão relacionada às perguntas de pesquisa, foi dado andamento a coleta. Ressalta-se que esses 30 idosos foram incluídos na amostra final.

#### 2.5.1.4. Análise de dados

A análise dos dados da terceira etapa ocorreu em dois momentos. Em um primeiro momento, foi realizado o cálculo das frequências absoluta e relativa das seguintes variáveis: número de participantes por região do Brasil, faixa etária, estado civil, etnia, estado nutricional, escolaridade, situação de trabalho, doenças diagnosticadas, comorbidades, moradia, situação de moradia, região de moradia, renda familiar e renda individual.

Na avaliação empírica dos dados, buscou-se investigar a distribuição individual (frequência relativa), variância, média e desvio padrão dos escores de cada item. Além disso, os itens deveriam assumir valores adequados para serem considerados apropriados. Para isso, considerou-se as seguintes recomendações: média de escore do item entre 1,5 e 4,5; variância acima de 0,7; correlação item-escore total entre 0,3 e 0,7; correlação entre itens acima de 0,20; e alfa de Cronbach acima de 0,6 (MALHOTRA, 2012; MORGADO et al., 2014; PASQUALI, 2010).

Em um segundo momento, realizou-se a análise psicométrica, na qual foi verificado se o instrumento é válido e preciso. Dessa forma, nessa etapa foi verificada a validade de construto. Para análise da estrutura interna, foi utilizada a análise fatorial exploratória (a fim

de explorar ou fornecer informações sobre o número de fatores necessários para a melhor representação dos dados) e confirmatória (a fim de confirmar ou rejeitar a teoria) (MORGADO *et al.*, 2014). Em relação a análise da estrutura externa, foi realizada a correlação do novo instrumento com o SF-12 e com o IMC para a validade convergente. Para averiguar a consistência interna do SF-12 para a amostra em questão foi calculado o alpha de Cronbach, o qual apresentou uma boa consistência ( $\alpha=0,788$ ). Assim, foi considerado adequado valor acima de 0,70 (STREINER, 2003). Em seguida, foi aplicado o teste de normalidade *Kolmogorov Smirnov*. Desse modo, verificou-se que as variáveis investigadas nesta pesquisa foram consideradas não paramétricas. Assim, foi utilizado o teste U de Mann Whitney para comparar variáveis de dois grupos (Sexo, moradia e etnia) e o teste *Kruskal-Wallis* com comparações múltiplas para variáveis com mais de dois grupos (estado civil, IMC, escolaridade, situação de trabalho, comorbidades e renda familiar). Válido salientar que a validade de critério não foi realizada devido à inexistência de um instrumento considerado “padrão-ouro” para avaliação do estilo de vida dessa população.

Ademais, foi calculada a confiabilidade da escala considerando todos os seus itens e as suas subescalas, por meio do cálculo da consistência interna (alfa de Cronbach). Valores acima de 0,70 foram considerados adequados (DEVELLIS, 2012; HAIR JÚNIOR *et al.*, 2009; HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015). Ressalta-se que foram estabelecidos pontos de corte por meio do percentil 25 e do percentil 75 para a amostra total. Na etapa teste-reteste foi utilizado o coeficiente de correlação intraclasse e considerou-se valores acima de 0,80 como adequados (HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015; MALHOTRA, 2012).

Para as análises estatísticas, foram utilizados os softwares *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) na sua versão 22.0 e JASP v.0.12.2 (JASP Team, University of Amsterdam, Netherlands). Em todos os casos, o nível de significância adotado foi  $p < 0,05$ .

### **2.5.2 Resultados**

A presente pesquisa obteve, no total, 797 respostas. No entanto, foram identificados 59 indivíduos com menos de 60 anos, cinco institucionalizados e 33 que enviaram a resposta mais de uma vez, totalizando 97 participantes excluídos. Desse modo, 700 idosos participaram do estudo, representantes das cinco regiões brasileiras (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), dos 26 estados e do Distrito Federal, sendo alcançado no total

de 178 municípios participantes. A Tabela 6 traz a frequência absoluta e relativa da distribuição dos idosos por estado brasileiro.

**Tabela 6:** Frequência absoluta e relativa de idosos por estado brasileiro.

Região	Estado	Idosos	
		N	%
<b>Norte</b>			
	Acre	2	0,3
	Amapá	1	0,1
	Amazonas	8	1,1
	Pará	6	0,9
	Rondônia	5	0,7
	Roraima	1	0,1
	Tocantins	5	0,7
<b>Nordeste</b>			
	Alagoas	27	3,9
	Bahia	10	1,4
	Ceará	10	1,4
	Maranhão	1	0,1
	Paraíba	4	0,6
	Pernambuco	8	1,1
	Piauí	2	0,3
	Rio Grande do Norte	8	1,1
	Sergipe	2	0,3
<b>Centro-oeste</b>			
	Distrito Federal	11	1,6
	Goiás	3	0,4
	Mato Grosso	2	0,3
	Mato Grosso do Sul	5	0,7
<b>Sudeste</b>			
	Espírito Santo	9	1,3
	Minas Gerais	238	34
	Rio de Janeiro	79	11,3

São Paulo	161	23
<b>Sul</b>		
Paraná	50	7,1
Rio Grande do Sul	36	5,1
Santa Catarina	6	0,9
<b>TOTAL</b>	<b>700</b>	<b>100</b>

Fonte: A autora (2022)

Dentre os participantes, 528 eram mulheres (75,4%) e 172 homens (24,6%). A idade média dos participantes foi de 67,9 anos (DP= 7,07). A maioria se declarou como branca (n= 523; 74,1%), casada (n=332; 47,4%) e com ensino superior completo (n=384; 54,8%). 359 (51,2%) participantes disseram estar aposentados sem nenhum vínculo empregatício. As doenças que mais relatadas pela amostra foram: hipertensão (n=476; 68%) artrite e/ou artrose (n=115; 16,4%) e diabetes (n=99; 14,1%), sendo que 188 (26,8%) indivíduos declararam não ter sido diagnosticados com nenhuma doença e 302 (43,1%) deles apresentavam duas ou mais doenças. Ademais, a maioria dos idosos relataram morar com familiares ou amigos (n=500; 71,4%), terem casa própria (n=562; 80,2%), situada em zona urbana (n=676; 96,5%), renda familiar de 3 a 4 salários mínimos (n=203; 29%) e renda individual de 1 a 2 salários mínimos (n=248; 35,4%). A Tabela 7 traz as frequências relativa e absoluta de idosos quanto aos dados sociodemográficos em detalhes.

**Tabela 7.** Frequência relativa e absoluta de idosos quanto as características sociodemográficas

	<b>Total</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Homens</b>
<b>Total</b>	700 (100%)	528 (75,4%)	172 (24,6%)
<b>Faixa etária</b>			
60-65	357 (51%)	266 (38%)	91 (13%)
66-70	162 (23,1%)	126 (18%)	36 (5,1%)
71-75	98 (14%)	75 (10,7%)	23 (3,28%)
76-80	48 (6,8%)	37 (5,2%)	11 (1,5%)
>80	35 (5%)	24 (3,4%)	11 (1,5%)
<b>Estado Civil</b>			
Solteiro (a)	59 (8,4%)	53 (7,5%)	6 (0,8%)
Viúvo (a)	129 (18,4%)	118 (16,8%)	11 (1,5%)
Casado(a)/União de fato	332 (47,4%)	215 (30,7%)	117 (16,7%)
Divorciado(a)	180 (25,7%)	142 (20,2%)	38 (5,4%)

<b>Etnia</b>			
Negro (a)	36 (5,1%)	21 (3%)	15 (12,4%)
Amarelo (a)	16 (2,2%)	14 (2%)	6 (0,85%)
Branco (a)	523 (74,7%)	402 (57,4%)	121 (17,2%)
Pardo (a)	124 (17,7%)	90 (12,8%)	34 (4,8%)
Indígena	36 (5,1%)	21 (3%)	15 (2,1%)
<b>Estado nutricional</b>			
<18,49 kg/m <sup>2</sup>	5 (0,7%)	4 (0,5%)	1 (0,1%)
18,5 – 24,9 kg/m <sup>2</sup>	232 (33,1%)	179 (25,5%)	53 (7,5%)
25 – 29,9 kg/m <sup>2</sup>	295 (42,1%)	218 (31,1%)	77 (11%)
>30 kg/m <sup>2</sup>	168 (24%)	127 (18,1%)	41 (5,8%)
<b>Escolaridade</b>			
Analfabeto ou primário Incompleto	21 (3%)	17 (2,4%)	4 (0,5%)
Primário Completo ou Ginásio incompleto	66 (9,4%)	47 (6,7%)	19 (2,7%)
Ginásio Completo ou Colegial Incompleto	61 (8,7%)	45 (6,4%)	16 (2,2%)
Colegial Completo / Superior Incompleto	168 (24%)	137 (19,5%)	31 (4,4%)
Superior Completo	384 (54,8%)	282 (40,2%)	102 (14,5%)
<b>Situação de trabalho</b>			
Aposentado (a) mas se mantem trabalhando com vínculo empregatício	36 (5,1%)	26 (3,71%)	10 (1,42%)
Aposentado (a) mas se mantem trabalhando sem vínculo empregatício	135 (19,2%)	97 (13,8%)	38 (5,4%)
Aposentado (a) que parou de trabalhar			
Desempregado (a)	359 (51,2%)	295 (42,1%)	64 (9,14%)
Do lar	12 (1,7%)	10 (1,4%)	2 (0,2%)
Trabalha com vínculo empregatício	53 (7,5%)	53 (7,5%)	0 (0%)
Trabalha sem vínculo empregatício	40 (5,7%)	20 (2,8%)	20 (2,8%)
	65 (9,2%)	27 (3,8%)	38 (5,4%)
<b>Doenças diagnosticadas</b>			
Hipertensão	476 (68%)	370 (52,8%)	106 (15,1%)
Artrite e/ou artrose	115 (16,4%)	104 (14,8%)	11 (1,5%)
Diabetes	99 (14,1%)	65 (9,25%)	34 (4,8%)
Depressão	51 (7,2%)	44 (6,2%)	7 (1%)
Osteoporose	45 (6,4%)	42 (6%)	3 (0,4%)
Tireoide	29 (4,1%)	28 (4%)	1 (0,1%)
Câncer	26 (3,7%)	21 (3%)	5 (0,7%)
Asma	12 (1,7%)	9 (1,2%)	3 (0,4%)
Outras	98 (14%)	77 (11%)	21 (3%)
<b>Número de comorbidades</b>			
0	188 (26,8%)	125 (17,8%)	63 (9%)
1	210 (30%)	160 (22,8%)	50 (7,1%)
2	207 (29,5%)	161 (23%)	46 (6,5%)
3 ou mais	95 (13,5%)	82 (11,7%)	13 (1,8%)
<b>Moradia</b>			

Sozinho	200 (28,5%)	171 (24,4%)	29 (4,14%)
Com familiares ou amigos	500 (71,4%)	357 (51%)	143 (20,4%)
<b>Situação de moradia</b>			
Casa alugada	106 (15,1%)	74 (10,5%)	32 (4,5%)
Casa cedida	32 (4,5%)	20 (2,8%)	12 (1,7%)
Casa própria	562 (80,2%)	434 (62%)	128 (18,2%)
<b>Região de Moradia</b>			
Zona urbana	676 (96,5%)	508 (72,5%)	168 (24%)
Zona rural	20 (2,8%)	18 (2,5%)	2 (0,2%)
Zona quilombola e/ou indígena	3 (0,4%)	2 (0,2%)	1 (0,1%)
<b>Renda familiar</b>			
1 a 2 salários mínimos	134 (19,1%)	118 (16,8%)	16 (2,2%)
3 a 4 salários mínimos	203 (29%)	162 (23,1%)	41 (5,8%)
5 a 9 salários mínimos	211 (30,1%)	156 (22,2%)	55 (7,8%)
Acima de 10 salários mínimos	152 (21,7%)	92 (13,1%)	60 (8,5%)
<b>Renda individual</b>			
Nenhuma renda	38 (5,4%)	36 (5,1%)	2 (0,2%)
1 a 2 salários mínimos	248 (35,4%)	204 (29,1%)	44 (6,28%)
3 a 4 salários mínimos	195 (27,8%)	147 (21%)	48 (6,8%)
5 a 9 salários mínimos	131 (18,7%)	93 (13,2%)	38 (5,4%)
Acima de 10 salários mínimos	88 (12,5%)	48 (6,85%)	40 (5,7%)

Fonte: A autora (2021)

### 2.5.2.1 Análise empírica

Nesta fase da presente pesquisa, foi avaliado a distribuição de resposta individual, variância, média, mediana e desvio-padrão dos 49 itens da EEVI. Para essa análise, considerou-se os 700 participantes da pesquisa. Como relatado anteriormente, os itens deveriam assumir, para serem considerados adequados, valores de média de escores entre 1,5 e 4,5 e variância idealmente acima de 0,7 (MALHOTRA, 2012; MORGADO et al., 2014; PASQUALI, 2010). A Tabela 8 apresenta a análise descritiva das respostas dos participantes. Nela, é possível observar que os itens 12, 15, 18, 19, 43 e 46 apresentaram valores inadequados de variância. As médias dos itens 10 e 13 ficaram fora do intervalo ideal. Ademais, os itens 17, 35 e 37 tiveram valores de variância e média inapropriados. Apesar disso, optou-se por não os excluir nessa etapa e analisá-los com cautela na análise fatorial exploratória.

**Tabela 8.** Análise descritiva das respostas dos idosos.

	Respostas (%)					Variância	Média	Median a	DP
	1	2	3	4	5				
1. Você se preocupa com a prevenção de doenças, tais como diabetes, pressão alta, obesidade, dentre outras?	2,1	5,1	15,4	15,9	61,4	1,08	4,29	5	1,04
2. Você realiza exames preventivos, por exemplo, mamografia, exame de próstata, entre outros?	2,0	7,6	12,3	12,3	65,9	1,16	4,32	5	1,07
3. Você realiza atividades que necessitam de raciocínio, por exemplo, xadrez, palavras-cruzadas, leitura, artesanato, baralho, entre outras?	4,7	9,7	19,0	20,3	46,3	1,46	3,94	4	1,21
4. Você evita contato com pessoas que estão com doenças contagiosas, por exemplo, gripe?	6,6	8,0	24,0	22,9	38,6	1,49	3,79	4	1,22
5. Você se preocupa com o controle da glicemia (açúcar no sangue)?	6,7	5,9	19,1	16,4	51,9	1,55	4,01	5	1,24
6. Você se preocupa com o controle da pressão arterial?	5,1	6,6	17,1	13,4	57,7	1,46	4,12	5	1,20
7. Você vai ao médico com regularidade?	1,1	9,9	19,9	15,1	54,0	1,22	4,11	5	1,10
8. Você dorme bem?	2,1	10,1	24,9	32,4	30,4	1,10	3,79	4	1,05
9. Você se sente descansado (a) após uma noite de sono?	2,1	9,7	22,7	30,7	34,7	1,13	3,86	4	1,06
10. Você busca se vacinar conforme orientações médicas?	2,3	3,7	6,4	9,9	77,7	0,87	<b>4,57</b>	5	0,93
11. Você tem dificuldade de ser atendido (a) por serviços médicos quando necessário?	41,9	25,1	22,3	7,0	3,7	1,25	2,06	2	1,12
12. Quando tem algum problema de saúde, busca seguir corretamente o tratamento indicado?	0,3	1,1	5,4	15,1	78,0	<b>0,42</b>	4,69	5	0,65
13. Você fuma cigarros?	85,4	5,7	2,4	2,1	4,3	0,91	<b>1,34</b>	1	0,95
14. Você busca adotar uma alimentação mais saudável e nutritiva?	1,0	4,9	18,3	30,7	45,1	0,90	4,14	4	0,49
15. Com que frequência, você consome alimentos <i>in natura</i> , tais como arroz, feijão, frutas, legumes, verduras, ovos, carnes, leite, dentre outros?	0,1	1,9	3,9	17,9	76,3	<b>0,42</b>	4,68	5	0,65
16. Você ingere mais do que uma dose de bebida alcoólica por dia, por exemplo, uma lata de cerveja, uma taça de vinho, entre outras?	57,7	24,7	12,1	4,1	1,3	0,86	1,67	1	0,86
17. Você consome frutas, legumes e verduras?	0	2,1	9,0	22,3	66,6	<b>0,55</b>	<b>4,53</b>	5	0,74
18. Você sente prazer no momento das refeições?	0,4	3,7	8,3	24,7	62,9	<b>0,68</b>	4,46	5	0,83
19. Você considera a sua alimentação saudável?	0,4	2,1	16,4	41,9	39,1	<b>0,65</b>	4,17	4	0,80
20. Com que frequência você consome alimentos industrializados, tais como sorvetes, balas e guloseimas em geral, refresco em pó, refrigerantes, salsichas e demais embutidos, entre outros alimentos?	9,6	52,6	27,4	8,4	2,0	0,72	2,41	2	0,85
21. Você se alimenta de 4 a 6 vezes ao dia?	9,1	16,0	23,9	20,4	30,6	1,73	3,47	4	1,31
22. Você tenta reduzir o consumo de sal da sua alimentação?	5,3	7,4	15,1	23,7	48,4	1,41	4,03	4	1,18
23. Com que frequência você consome alimentos gordurosos, por exemplo,	7,4	42,7	27,0	17,0	5,9	1,04	2,71	2	1,02

gordura da carne, manteiga, gordura do leite, frituras?										
24. Com que frequência, você consome aves e peixes?	2,3	10,6	20,0	50,9	16,3	0,89	3,68	4	0,94	
25. Você busca comer moderadamente?	1,1	5,7	20,3	34,0	38,9	0,92	4,04	4	0,96	
26. Você se preocupa em beber água, ao longo do dia, mesmo quando não está com sede?	2,3	10,4	18,0	23,9	45,4	1,25	4,00	4	1,12	
27. Você pratica atividade física?	10,9	20,7	23,7	18,6	26,1	1,79	3,28	3	1,34	
28. Você realiza atividades de sua vida diária que exigem movimentação, por exemplo, jardinagem, trabalho de casa, caminhada, entre outras?	3,7	10,7	14,4	22,3	48,9	1,39	4,02	4	1,18	
29. Você evita praticar atividade física por medo de cair?	68,9	12,0	11,1	5,3	2,7	1,10	1,61	1	1,05	
30. Você pratica exercícios de força, por exemplo, musculação, pilates, funcional, entre outros?	39,9	19,1	15,1	9,3	16,6	2,22	2,44	2	1,49	
31. Você preocupa em se manter fisicamente ativo (a)?	1,9	6,7	13,4	20,6	57,4	1,08	4,25	5	1,04	
32. O seu estado de saúde impede que você pratique atividade física?	57,4	17,0	14,3	8,3	3,0	1,29	1,82	1	1,13	
33. Você tem o hábito de realizar ao menos 30 minutos de caminhada ao dia?	20,9	17,1	23,0	18,0	21,0	2,02	3,01	3	1,42	
34. Você frequenta ambientes como praças, ou pratica atividades que possibilitam a convivência com outras pessoas, por exemplo, grupos religiosos, grupos de apoio, trabalho voluntário, entre outros?	27,1	21,6	17,3	14,6	19,4	2,17	2,78	3	1,47	
35. Você tem boa relação com a sua família?	0,4	2,4	6,7	19,0	71,4	<b>0,57</b>	<b>4,59</b>	5	0,75	
36. Você se sente apoiado (a) pelos seus amigos?	1,3	5,1	15,9	28,4	49,3	0,93	4,19	4	0,96	
37. Você tem uma boa relação com as pessoas que você convive no seu dia a dia?	0	2,6	5,4	27,3	64,7	<b>0,51</b>	<b>4,54</b>	5	0,71	
38. Você se sente querido (a) por seus familiares?	1,0	3,6	8,7	21,1	65,6	0,75	4,47	5	0,87	
39. Você convive com seus amigos?	2,1	12,7	24,4	27,4	33,3	1,22	3,77	4	1,10	
40. Você se sente sozinho (a)?	38,9	22,7	26,6	8,0	3,9	1,30	2,15	2	1,14	
41. Você sente que tem pessoas em quem pode confiar?	0,6	6,1	12,4	30,0	50,9	0,87	4,24	5	0,93	
42. Você tem pessoas com quem conversar?	0,6	7,0	17,1	25,0	50,3	0,97	4,17	5	0,98	
43. Você sente que consegue lidar com os seus problemas do dia a dia?	0,6	1,9	12,9	36,0	48,7	<b>0,65</b>	4,30	4	0,80	
44. As suas crenças espirituais ou religiosas dão sentido à sua vida?	1,9	3,1	7,3	18,7	69,0	0,80	4,50	5	0,89	
45. Quando se sente triste, busca atividades que fazem você se sentir melhor?	1,7	3,9	12,6	32,6	49,3	0,87	4,24	4	0,93	
46. Você pensa de forma positiva?	0,1	2,9	9,9	33,6	53,6	<b>0,62</b>	4,38	5	0,78	
47. Você busca apoio espiritual ou religioso?	7,1	7,4	12,1	18,9	54,4	1,60	4,06	5	1,26	
48. Quando você tem algum problema, reage de forma agressiva?	30,0	35,4	28,4	4,6	1,6	0,89	2,12	2	0,94	
49. Você consegue controlar a sua raiva?	0,4	3,9	21,0	45,9	28,9	<b>0,69</b>	3,99	4	0,83	

Legenda: Respostas: 1 = nunca; 2 = poucas vezes; 3 = às vezes; 4 = muitas vezes; 5 = sempre

Fonte: A autora (2021).

Posteriormente, calculou-se a correlação item-escore total (valor ideal entre 0,3 e 0,7), correlação entre os itens (valor ideal acima de 0,20) e a confiabilidade medida através do alfa de Cronbach de cada subescala (valor ideal acima de 0,6) (MALHOTRA, 2012; MORGADO et al., 2014; PASQUALI, 2010). Verificou-se que os itens 3, 4, 8, 9, 10, 11, 13, 16, 21, 22, 23, 24, 25, 26 apresentaram valores de correlação item-escore total fora do intervalo esperado. Além disso, a subescala “Comportamento Preventivo” apresentou correlação média entre os itens abaixo do esperado, enquanto a subescala “Alimentação” apresentou valores baixos para a confiabilidade. Ademais, as subescalas de “controle de estresse” e de “atividade física” apresentaram valores desadequados tanto para correlação média entre os itens quanto para a confiabilidade. A Tabela 9 traz esses dados mais detalhadamente.

**Tabela 9.** Análise empírica dos itens.

<b>Fator</b>	<b>Item</b>	<b>Correlação Item-escore total</b>	<b>Correlação média entre itens</b>	<b>Alfa de cronbach</b>
<b>Comportamento Preventivo</b>	1	0,482	<b>0,120</b>	<b>0,639</b>
	2	0,456		
	3	<b>0,173</b>		
	4	<b>0,217</b>		
	5	0,521		
	6	0,545		
	7	0,463		
	8	<b>0,250</b>		
	9	<b>0,275</b>		
	10	<b>0,277</b>		
	11	<b>-0,190</b>		
	12	0,391		
	13	<b>-0,176</b>		
<b>Alimentação</b>	14	0,491	<b>0,095</b>	<b>0,576</b>
	15	0,445		
	16	<b>-0,147</b>		
	17	0,527		
	18	0,417		
	19	0,494		
	20	-0,329		
	21	<b>0,240</b>		
	22	<b>0,251</b>		
	23	<b>-0,191</b>		
	24	<b>0,285</b>		
25	<b>0,288</b>			
26	<b>0,299</b>			
	27	0,310		
	28	0,635		

	<b>29</b>	0,442		
	<b>30</b>	<b>-0,241</b>		
<b>Atividade física</b>	<b>31</b>	0,391	<b>0,116</b>	<b>0,453</b>
	<b>32</b>	0,496		
	<b>33</b>	<b>-0,303</b>		
	<b>34</b>	<b>0,249</b>		
	<b>35</b>	0,521		
	<b>36</b>	0,616		
	<b>37</b>	0,515		
<b>Qualidade dos relacionamentos</b>	<b>38</b>	0,592	0,209	0,704
	<b>39</b>	0,507		
	<b>40</b>	<b>-0,550</b>		
	<b>41</b>	0,481		
	<b>42</b>	0,529		
<b>Controle do estresse</b>	<b>43</b>	0,303		
	<b>44</b>	0,489		
	<b>45</b>	0,391		
	<b>46</b>	0,444	<b>0,119</b>	<b>0,485</b>
	<b>47</b>	0,419		
	<b>48</b>	<b>-0,375</b>		
	<b>49</b>	<b>0,122</b>		

Fonte: A autora (2021)

Ressalta-se que a apesar da análise empírica ter evidenciado alguns problemas iniciais entre os itens e subescalas, não houve nenhuma eliminação de itens nesse momento, conforme indicado pela literatura (DEVELLIS, 2012; HAIR JÚNIOR *et al.*, 2009). Dessa forma, seguiu-se a avaliação psicométrica dos dados e buscou-se ter cautela na avaliação desses itens e fatores.

#### 2.5.2.2. Análise psicométrica

##### A) Análise Fatorial Exploratória (AFE)

A AFE foi conduzida com uma análise aleatória de 490 idosos (10 idosos para cada item do instrumento), considerando o banco de dados com o número total de participantes. Foram testadas nove possibilidades de ajustamento por meio da combinação de três métodos de extração (Principais componentes, Fatoração de eixo principal e Método alfa de análise) com três métodos de rotação (Varimax, Equamax e Quartimax). A combinação do método de extração “Componentes Principais” e de rotação “Varimax” foi o modelo que apresentou melhor ajuste. A Tabela 8 apresenta os valores de referência utilizados para esta análise.

**Tabela 8.** Valores de referência para AFE.

<b>Índices</b>	<b>Valores de referência</b>
<b>KMO- Kaiser-Meyer-Olkin</b>	>0,6
<b>Esfericidade de Barlett</b>	$\leq 0,05$
<b>KMO individual</b>	>0,6
<b>Comunalidades</b>	>0,5
<b>Carga fatorial</b>	>0,5

Fonte: Hair Júnior *et al.* (2009)

Foram realizadas 10 rodadas na AFE com o propósito de chegar ao resultado mais ajustado aos parâmetros de referência. Durante esse processo, foram excluídos 30 itens. O Quadro 10 e a Tabela 11, 12 e 13 trazem os Testes KMO e Barlett, KMO individual, as comunalidades e as cargas fatoriais de cada item da última rodada, respectivamente. As informações sobre cada uma das rodadas da AFE e cada uma das exclusões encontram-se no Anexo X.

**Quadro 10.** Teste de KMO e Bartlett da EEVI.

<b>Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.</b>		0,830
<b>Teste de esfericidade de</b>	Aprox. Qui-quadrado	3315,477
<b>Bartlett</b>	Gl	171
	P	0,000

Legenda: gl = grau de liberdade.

Fonte: A autora (2022).

**Tabela 11.** KMO individual dos itens da EEVI – última rodada.

	1	2	5	6	7	14	15	17	19	27	28	31	33	35	36	37	38	41
1	<b>0,892<sup>a</sup></b>	-0,195	-0,184	-0,166	-0,084	-0,085	-0,070	-0,009	0,030	0,023	0,024	-0,046	-0,014	-0,118	0,003	0,002	0,067	0,011
2	-0,195	<b>0,834<sup>a</sup></b>	-0,110	-0,008	-0,416	0,029	0,002	-0,108	0,090	-0,061	-0,036	-0,014	-0,038	0,054	-0,080	-0,058	0,016	0,065
5	-0,184	-0,110	<b>0,808<sup>a</sup></b>	-0,483	-0,041	-0,004	0,079	-0,025	-0,047	-0,076	-0,044	0,039	-0,075	-0,005	-0,018	0,048	0,024	-0,051
6	-0,166	-0,008	-0,483	<b>0,804<sup>a</sup></b>	-0,178	-0,109	0,005	-0,010	0,007	0,038	0,023	0,002	0,023	0,036	0,046	-0,053	-0,078	0,038
7	-0,084	-0,416	-0,041	-0,178	<b>0,791<sup>a</sup></b>	0,088	-0,091	0,078	-0,116	-0,063	0,029	-0,058	0,064	0,048	0,025	0,066	0,006	-0,100
14	-0,085	0,029	-0,004	-0,109	0,088	<b>0,829<sup>a</sup></b>	-0,139	-0,159	-0,377	-0,102	0,066	-0,174	-0,068	0,031	0,040	-0,077	0,022	0,004
15	-0,070	0,002	0,079	0,005	-0,091	-0,139	<b>0,795<sup>a</sup></b>	-0,413	0,034	0,083	-0,094	-0,003	0,011	-0,083	0,001	0,028	0,011	-0,031
17	-0,009	-0,108	-0,025	-0,010	0,078	-0,159	-0,413	<b>0,812<sup>a</sup></b>	-0,293	0,047	-0,087	-0,023	0,005	0,061	-0,003	-0,003	-0,043	-0,009
19	0,030	0,090	-0,047	0,007	-0,116	-0,377	0,034	-0,293	<b>0,817<sup>a</sup></b>	-0,054	-0,056	0,091	0,040	-0,002	-0,114	-0,050	-0,039	-0,020
27	0,023	-0,061	-0,076	0,038	-0,063	-0,102	0,083	0,047	-0,054	<b>0,814<sup>a</sup></b>	-0,211	-0,214	-0,430	-0,017	0,022	-0,058	-0,007	-0,019
28	0,024	-0,036	-0,044	0,023	0,029	0,066	-0,094	-0,087	-0,056	-0,211	<b>0,841<sup>a</sup></b>	-0,333	-0,136	-0,026	-0,005	0,008	0,054	0,070
31	-0,046	-0,014	0,039	0,002	-0,058	-0,174	-0,003	-0,023	0,091	-0,214	-0,333	<b>0,848<sup>a</sup></b>	-0,042	-0,027	-0,054	0,049	-0,021	-0,002
33	-0,014	-0,038	-0,075	0,023	0,064	-0,068	0,011	0,005	0,040	-0,430	-0,136	-0,042	<b>0,798<sup>a</sup></b>	0,039	0,027	-0,002	0,036	0,041
35	-0,118	-0,054	-0,005	0,036	0,048	0,031	-0,083	0,061	-0,002	-0,017	-0,026	-0,027	0,039	<b>0,777<sup>a</sup></b>	-0,052	-0,173	-0,575	-0,060
36	0,003	-0,080	-0,018	0,046	0,025	0,040	0,001	-0,003	-0,114	0,022	-0,005	-0,054	0,027	-0,052	<b>0,906<sup>a</sup></b>	-0,167	-0,169	-0,147
37	0,002	-0,058	0,048	-0,053	0,066	-0,077	0,028	-0,003	-0,050	-0,058	0,008	0,049	-0,002	-0,173	-0,167	<b>0,914<sup>a</sup></b>	-0,109	-0,113
38	0,067	0,016	0,024	-0,078	0,006	0,022	0,011	-0,043	-0,039	-0,007	0,054	-0,021	0,036	-0,575	-0,169	-0,109	<b>0,797<sup>a</sup></b>	-0,094
41	0,011	0,065	-0,051	0,038	-0,100	0,004	-0,031	-0,009	-0,020	-0,019	0,070	-0,002	0,041	-0,060	-0,147	-0,113	-0,094	<b>0,864<sup>a</sup></b>

Legenda:<sup>a</sup>= Medidas de Adequação de Amostragem (MSA)

Fonte: A autora (2022).

**Tabela 12.** Comunalidades dos itens da EEVI - última rodada.

	Inicial	Extração
1	1,000	0,538
2	1,000	0,548
5	1,000	0,613
6	1,000	0,619
7	1,000	0,528
14	1,000	0,611
15	1,000	0,529
17	1,000	0,701
19	1,000	0,576
27	1,000	0,708
28	1,000	0,595
31	1,000	0,556
33	1,000	0,613
35	1,000	0,578
36	1,000	0,557
37	1,000	0,532

38	1,000	0,679
41	1,000	0,517
42	1,000	0,510

Fonte: A autora (2022)

**Tabela 13.** Cargas fatoriais de cada item da EEVI - última rodada.

	<b>Fator</b>			
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>1</b>	0,063	<b>0,707</b>	0,078	0,168
<b>2</b>	0,169	<b>0,691</b>	0,196	0,056
<b>5</b>	0,014	<b>0,760</b>	0,164	0,094
<b>6</b>	0,095	<b>0,764</b>	0,039	0,154
<b>7</b>	0,077	<b>0,717</b>	0,076	0,049
<b>14</b>	0,034	0,157	0,280	<b>0,712</b>
<b>15</b>	0,122	0,101	0,019	<b>0,709</b>
<b>17</b>	0,128	0,125	0,109	<b>0,811</b>
<b>19</b>	0,209	0,115	0,115	<b>0,711</b>
<b>27</b>	0,087	0,182	<b>0,814</b>	0,068
<b>28</b>	0,045	0,078	<b>0,738</b>	0,205
<b>31</b>	0,105	0,125	<b>0,706</b>	0,177
<b>33</b>	-0,031	0,113	<b>0,774</b>	0,020
<b>35</b>	<b>0,751</b>	0,096	-0,008	0,066
<b>36</b>	<b>0,733</b>	0,058	0,055	0,117
<b>37</b>	<b>0,711</b>	0,056	0,071	0,132
<b>38</b>	<b>0,816</b>	0,060	-0,031	0,092
<b>41</b>	<b>0,710</b>	0,081	-0,006	0,077
<b>42</b>	<b>0,684</b>	0,088	0,169	0,075

Fonte: A autora (2022)

Como pode ser visto acima, o modelo de melhor ajuste na AFE foi representado por quatro fatores sendo o primeiro representado por seis itens (35, 36, 37, 38, 41 e 42), o segundo por cinco itens (1, 2, 5, 6 e 7), o terceiro por quatro itens (27, 28, 31 e 33) e, por fim, o quarto por quatro itens (14, 15, 17 e 19), totalizando 19 itens na EEVI. Esse modelo foi testado na AFC.

## B) Análise Fatorial Confirmatória (AFC)

A AFC foi conduzida afim de confirmar o modelo encontrado na AFE. Essa etapa foi realizada com 210 idosos distintos daquele incluídos na AFE. Considerando que os dados dessa pesquisa não foram considerados paramétricos, utilizou-se o método *Diagonally Weighted Least Squares* (DWLS) para a mensuração do ajuste geral do modelo. A Tabela 14 apresenta os valores de referência e aqueles encontrados utilizados para esta análise. É possível observar que todos os índices estavam dentro dos valores considerados adequados.

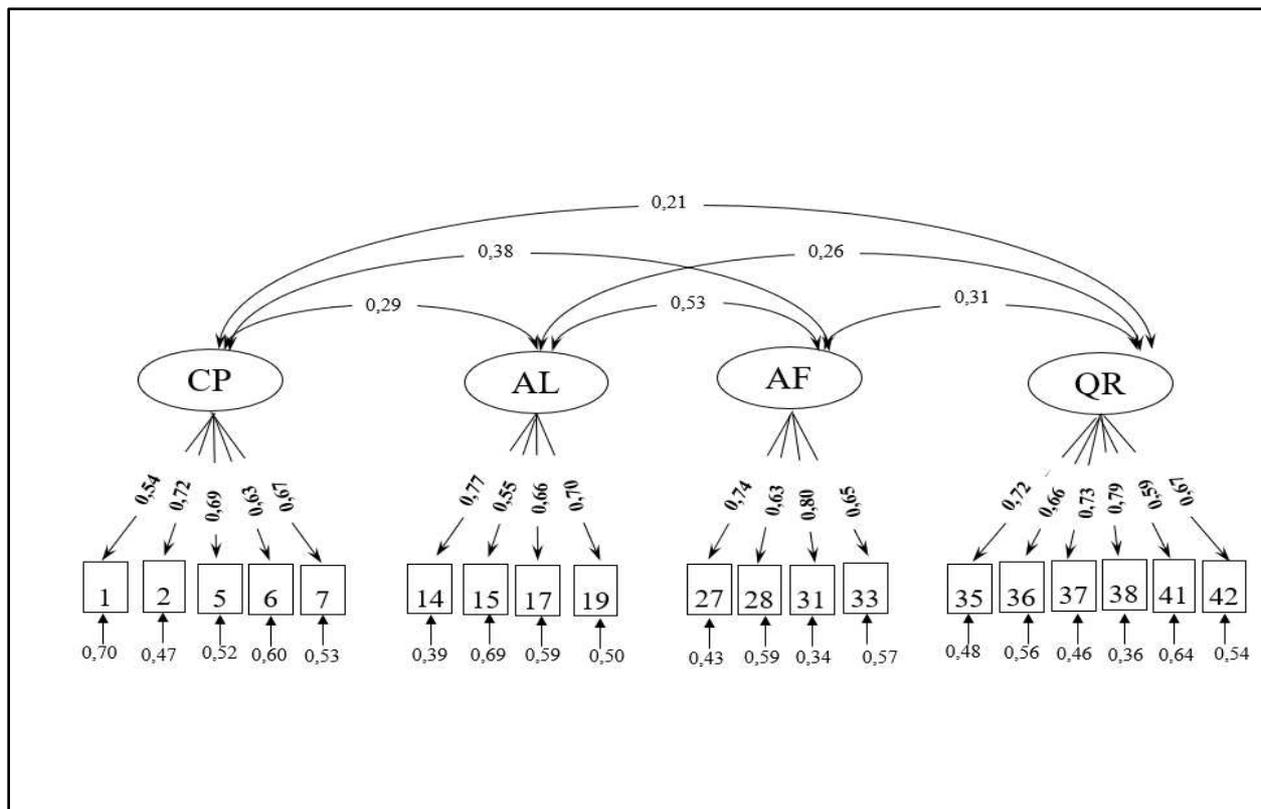
**Tabela 14.** Valores de referência e valores encontrados para AFC.

<b>Índices</b>	<b>Valores de referência</b>	<b>Valores encontrados</b>
$\chi^2/GL$ – Qui-quadrado normado	Ideal < 3 Aceitável entre 3 e 5	1,28
RMSEA - Raiz do Erro Quadrático Médio de Aproximação	< 0,08	0,037
GFI – Índice de Qualidade de Ajuste	>0,90	0,953
NFI – Índice de Ajuste Normado	>0,90	0,904
NNFI – Índice de Ajuste Não Normado	>0,90	0,973
CFI – Índice de Ajuste Comparativo	>0,90	0,977

Fonte: Hair Júnior *et al.* (2009)

Em seguida, foi verificada a unidimensionalidade da escala a fim de avaliar o quanto os itens estão fortemente associados uns aos outros. De acordo com Hair Júnior *et al.* (2009), os resíduos devem ser baixos, idealmente abaixo de 2,58. Sendo assim, o presente modelo atendeu este critério, visto que o maior resíduo positivo encontrado foi de 0,602 e o maior resíduo negativo de - 0,278. Após o ajuste geral do modelo observou-se as cargas fatoriais de cada um dos itens. Ressalta-se que cargas fatoriais altas sobre um fator indicam que elas representam pontos em comum, indicando que os itens pertencem a um mesmo construto. Desse modo, considerou-se 0,5 como o mínimo de carga fatorial (HAIR JÚNIOR *et al.*, 2009). No caso da EEVI as cargas fatoriais variaram entre 0,550 e 0,807, demonstrando indícios de validade convergente. A Figura 5 traz o diagrama visual da EEVI, demonstrando as relações causais entre os construtos. Os resultados detalhados da AFC podem ser encontrados no Anexo XI.

**Figura 5.** Análise de caminho



Legenda: CP= Comportamento Preventivo; AL= Alimentação; AF= Atividade Física; QR= Qualidade dos Relacionamentos.

Fonte: A autora (2022).

Após a confirmação do modelo da EEVI, composto por quatro fatores, buscou-se analisar com cautela cada um dos 19 itens que permaneceram no instrumento a fim de entendê-los teoricamente. Percebeu-se que todos as subescalas mantiveram a coerência com a sua formulação inicial (Primeira etapa). Assim, o primeiro fator, composto pelos itens 1, 2, 5, 6 e 7 se reuniram na subescala denominada “Comportamento Preventivo” (CP). O segundo fator agrupou os itens 14, 15, 17 e 19, representando a subescala de “Alimentação” (AL). Os itens 27, 28, 31 e 33 se juntaram no terceiro fator, sendo chamado de subescala de “Atividade Física” (AF). Por fim, o último fator ficou representado pelos itens 35, 36, 37, 38, 41 e 42, representando a subescala de “Qualidade dos Relacionamentos” (QR).

Ressalta-se que após as análises, optou-se por trocar o nome da subescala “Comportamento Preventivo” para “Atitudes Preventivas” (AP). Essa troca foi realizada para que se pudesse manter a coerência com os itens mantidos, que englobam as preocupações dos respondentes e não só os comportamentos, como exemplo do item 2 (Você

se preocupa com a prevenção de doenças, tais como diabetes, pressão alta, obesidade, dentre outras?) e do item 6 (Você se preocupa com o controle da pressão arterial?). Vale lembrar, que enquanto os comportamentos envolvem as ações individuais, as atitudes englobam tanto comportamentos como componentes afetivos e cognitivos (NEIVA; MAURO, 2011; RODRIGUES *et al.*, 2016; LIMA; CORREIA, 2017), representando melhor os itens presentes versão final da EEVI.

### C) Outros indicadores de validade

Para verificar indicadores de validade convergente, foram realizadas análises de correlação considerando tanto o escore total da EEVI quanto de suas subescalas (AP, AL, AF, QR) com a qualidade de vida relacionada à saúde física e mental, calculada a partir dos escores do SF-12, e IMC. Vale destacar que as análises levaram em consideração a amostra total do estudo (n=700). A Tabela 13 traz os resultados das correlações de Spearman.

Tabela 13. Correlações (Spearman) para análise de validade convergente da EEVI.

Variável	EEVI total	EEVIAP	EEVIAL	EEVIAF	EEVIQR
PCS	0,482*	0,154*	0,284*	0,422*	0,237*
MCS	0,600*	0,184*	0,300*	0,364*	0,306*
IMC	-0,091*	-0,003	-0,138*	-0,202*	0,062

p< 0,01

Legenda: EEVI=Escala de Estilo de Vida de Idosos; AP= Atitudes Preventivas; AL = Alimentação; AF = Atividade Física; QR= Qualidade dos Relacionamentos; PCS = *Physical Component Summary*; MCS = *Mental Component Summary*; IMC = Índice de Massa Corporal.

A autora (2022).

Na tabela acima, é possível observar que a EEVI total, EEVI AP, EEVI AL; EEVI AF e a EEVI QR apresentaram correlações positivas e significantes tanto com o PCS quanto com o MCS. Nesse sentido, quanto melhor o estilo de vida, melhor também a qualidade de vida percebida pelo idoso. Já a EEVI total, EEVI AL e EEVI AF apresentaram correlações negativas significantes com o IMC. Isso quer dizer que idosos com maiores pontuações na escala de estilo de vida, tendem a apresentar valores de IMC mais baixos.

Posteriormente, foram realizadas análises a fim de verificar a validade discriminante da EEVI total entre os grupos de separados por faixa etária, estado civil, classificação de IMC, escolaridade, situação de trabalho, comorbidades e renda familiar. Foi possível observar que a EEVI discriminou grupo pelo IMC e comorbidades. Assim, os indivíduos classificados como obesos obtiveram uma pontuação de estilo de vida menor do que àqueles classificados como eutróficos e àqueles com sobrepeso. Em relação às comorbidades os idosos com três ou mais doenças obtiveram pontuações menores do que àqueles sem nenhuma doença diagnosticada. A Tabela 16 traz os resultados detalhados dessas análises.

**Tabela 16.** Validade discriminante da EEVI em relação à faixa etária, estado civil, classificação de IMC, escolaridade, situação de trabalho, comorbidades e renda familiar.

Variável	Estilo de Vida		Qui-quadrado	p
	Média	Mediana		
<b>Faixa etária</b>				
60-65	79,02	79,00		
66-70	79,96	81,50		
71-75	81,67	82,00	5,754	0,218
76-80	79,14	81,50		
>80	79,43	82,00		
<b>Estado Civil</b>				
Solteiro (a)	79,07	79,00		
Viúvo (a)	80,47	81,00	4,383	0,223
Casado(a)/União de fato	80,16	81,00		
Divorciado(a)	78,21	80,00		
<b>IMC</b>				
Baixo peso	80,20	79,00		
Eutrófico <sup>a</sup>	79,94	81,00	6,952	<b>0,002*</b>
Sobrepeso <sup>b</sup>	80,25	82,00		
Obesidade <sup>a, b</sup>	78,09	78,00		
<b>Escolaridade</b>				
Analfabeto ou primário	77,37	80,00		
Incompleto			1,776	0,777
	80,19	82,00		

Primário Completo ou Ginásio				
incompleto	79,44	81,00		
Ginásio Completo ou Colegial				
Incompleto	79,11	80,00		
Colegial Completo / Superior				
Incompleto	79,88	81,00		
Superior Completo				
<b>Situação de trabalho</b>				
Aposentado (a) mas se mantém trabalhando com vínculo empregatício	79,82	79,00		
Aposentado (a) mas se mantém trabalhando sem vínculo empregatício	79,18	79,00		
Aposentado (a) que parou de trabalhar	80,02	81,00		
			7,318	0,198
Desempregado (a) Do lar	73,90	73,00		
Trabalha com vínculo empregatício	80,86	82,00		
Trabalha sem vínculo empregatício	79,80	82,00		
	78,08	80,00		
<b>Número de comorbidades</b>				
0 <sup>c</sup>	81,50	82,00		
1	79,32	80,00	12,795	<b>0,005*</b>
2	79,33	80,00		
3 ou mais <sup>c</sup>	77,63	77,00		
<b>Renda familiar</b>				
1 a 2 salários mínimos	78,68	81,00		
3 a 4 salários mínimos	79,08	80,00	3,941	0,268
5 a 9 salários mínimos	79,61	81,00		
Acima de 10 salários mínimos	81,06	81,50		

<sup>a</sup>= Diferença entre eutróficos e obesos; <sup>b</sup>=Diferença entre sobrepeso e obesos;

<sup>c</sup>= Diferença entre os indivíduos sem doenças diagnosticadas e com 3 ou mais doenças

Fonte: A autora (2022)

A Tabela 17 apresenta comparações entre o estilo de vida, avaliado pela EEVI, e variáveis dicotômicas (sexo, moradia e etnia). Por meio dos achados, observou-se que a escala discriminou apenas a variável sexo, sendo que as mulheres apresentaram melhores pontuações de estilo de vida em relação aos homens.

**Tabela 17.** Validade discriminante da EVI em relação ao sexo, moradia e etnia.

Variável	Estilo de Vida		Mann-Whitney U	p
	Média	Mediana		
<b>Sexo</b>				
Feminino	80,19	81,00	33412,50	<b>0,004*</b>
Masculino	77,62	79,00		
<b>Moradia</b>				
Sozinho	79,28	80,50	44754,00	0,589
Com familiares ou amigos	79,75	80,00		
<b>Etnia</b>				
Branços	79,61	81,00	39278,00	0,840
Não brancos	79,63	80,00		

Fonte: A autora (2022)

### 2.5.2.3 Análise empírica após o modelo ajustado

Foi realizada novamente a análise empírica considerando os 19 itens divididos em quatro fatores encontrados a partir do modelo proposto pela AFE e confirmado na AFC. Foram verificadas a correlação item-escore total, bem como a correlação média entre os itens e o alfa de Cronbach para cada subescala, encontrando-se, dessa vez, ajustes adequados, de acordo com os valores de referência utilizados. A Tabela 18 apresenta a análise empírica dos itens após o ajuste do modelo. Nesta etapa considerou-se também o número total de participantes (n=700).

**Tabela 18.** Análise empírica dos itens para a EEVI – ajustada.

<b>Fator</b>	<b>Item</b>	<b>Correlação Item- escore total</b>	<b>Correlação média entre itens</b>	<b>Alfa de cronbach</b>
<b>Atitudes Preventivas</b>	<b>1</b>	0,553	0,454	0,806
	<b>2</b>	0,566		
	<b>5</b>	0,661		
	<b>6</b>	0,624		
	<b>7</b>	0,560		
<b>Alimentação</b>	<b>14</b>	0,597	0,468	0,778
	<b>15</b>	0,502		
	<b>17</b>	0,625		
	<b>19</b>	0,613		
<b>Atividade física</b>	<b>27</b>	0,680	0,500	0,800
	<b>28</b>	0,576		
	<b>31</b>	0,591		
	<b>33</b>	0,505		
<b>Qualidade dos relacionamentos</b>	<b>35</b>	0,619	0,471	0,842
	<b>36</b>	0,625		
	<b>37</b>	0,612		
	<b>38</b>	0,691		
	<b>41</b>	0,571		
	<b>42</b>	0,592		

Fonte: A autora (2022)

Ressalta-se que foi avaliada a confiabilidade da EEVI total, utilizando o alfa de Cronbach. Desse modo, encontrou-se um valor considerado elevado e adequado ( $\alpha=0,846$ ). Foi avaliado também a fidedignidade do instrumento por meio do teste-reteste, considerando o intervalo de 15 dias entre a primeira e a segunda resposta de um mesmo participante. Dos 700 participantes do estudo, 560 (80%) alegaram que aceitavam responder a escala pela segunda vez. No total, 67 indivíduos responderam a EEVI pela segunda vez. Desses, foram selecionados 50 indivíduos aleatoriamente, onde 44 (88%) eram mulheres e 6 eram homens (12%). A média de idade da amostra foi de 67 anos (DP=7,94), para que pudesse dar seguimento ao teste-reteste. Foi utilizado o coeficiente de correlação intraclass e

considerou-se valores acima de 0,80 como adequados (HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015; MALHOTRA, 2012). Assim, na amostra selecionada encontrou-se um valor de o alfa de Cronbach de 0,994 ( $p < 0,001$ ), considerado um indicador de demonstra alta confiabilidade.

#### *2.5.2.4 Ponto de corte*

Para que seja possível a interpretação direta dos resultados da EEVI por futuros pesquisadores e profissionais de saúde, buscou-se desenvolver pontos de corte da escala. Essa categorização se faz muito importante à medida que atribui significados aos escores obtidos pelos indivíduos avaliados pelo instrumento (HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015). Desse modo, no presente estudo utilizou-se os percentis 25% e 75% para estabelecer três categorias de resultados, que são: estilo de vida pouco saudável (pontuações abaixo de 74); estilo de vida muito saudável (pontuações entre 75 e 87) e; estilo de vida saudável (pontuações entre 88 e 95). Assim, recomenda-se que esse ponto de corte seja utilizado em estudos futuros.

### **2.5.3 Discussão**

A terceira e quarta etapa da presente pesquisa buscaram investigar os indicadores de validade e confiabilidade da EEVI em indivíduos brasileiros acima dos 60 anos. Foram realizadas separadamente a análise empírica (variância, média, correlação item-escore total, correlação interitem e confiabilidade) e psicométrica (AFE, AFC, confiabilidade, validade convergente e discriminante). Por fim, avaliou-se a reprodutibilidade da escala e estabeleceram-se pontos de cortes para que seja possível a interpretação dos dados em estudos futuros.

Na análise empírica, foram identificados problemas iniciais em alguns itens, a saber: seis itens apresentaram parâmetros inadequados quanto a variância, dois itens quanto a média e três itens tanto a variância quanto a média. Além disso, quatorze itens apresentaram valores de correlação item-escore total fora do intervalo esperado. Ademais, no que se refere as subescalas, o fator de “Comportamento Preventivo” apresentou correlação média entre os itens abaixo do esperado, enquanto o de “Alimentação” apresentou valores baixos para a confiabilidade. Já as subescalas de “controle de estresse” e de “atividade física”

apresentaram valores desadequados tanto para correlação média entre os itens quanto para a confiabilidade. Apesar de itens e subescalas fora dos parâmetros adequados, optou-se por não excluir nenhum item nessa etapa. Por isso, seguiu-se para a etapa seguinte, onde esses itens foram avaliados com cautela.

Na AFE, executada na quarta etapa, o teste de esfericidade de Bartlett e o valor do Kaiser-Meyer-Olkin demonstraram que os itens foram apropriados para a análise fatorial. Assim, foram necessárias 10 rodadas para se chegar a um modelo de melhor ajuste. Nessa etapa, 30 itens foram eliminados chegando-se a uma versão composta por 19 itens divididas em quatro fatores que foram: “Comportamento preventivo”, “Alimentação”, “Atividade Física” e “Qualidade dos Relacionamento”. Posteriormente, esse modelo foi testado e confirmado na AFC e todas as medidas de ajuste foram consideradas adequadas (HAIR JÚNIOR *et al.*, 2009).

Após essas etapas, buscou-se analisar os itens que foram mantidos no modelo final a fim de compreender teoricamente os resultados da análise estatística. Assim, o primeiro fator reuniu itens da temática de “Comportamento Preventivo”, do qual foi mantido esse nome para a subescala que ficou composta por cinco itens, sendo eles: “1) Você se preocupa com a prevenção de doenças, tais como diabetes, pressão alta, obesidade, dentre outras?”; “2) Você realiza exames preventivos indicados para a sua idade, por exemplo, mamografia, exame de próstata, entre outros?”; “3) Você se preocupa com o controle da glicemia (açúcar no sangue)?”; “4) Você se preocupa com o controle da pressão arterial?” e “5) Você vai ao médico com regularidade?”. Percebe-se que os itens reunidos nesta subescala demonstraram que questões relacionadas à prevenção de doenças, diagnóstico precoce e acompanhamento médico são importantes fatores para se obter um estilo de vida saudável. Vale destacar que, embora a velhice não é uma doença, sabe-se que as alterações orgânicas, ocorrentes nessa fase, tornam o indivíduo susceptível ao acometimento por diversos problemas de saúde.

Outro ponto observado nessa análise foi a permanência de itens que abordam preocupações (Item 1 e 4) e não só comportamentos. Por esse motivo, optou-se pela alteração do nome dessa subescala para “Atitudes Preventivas”. Entende-se que atitudes diz respeito à uma organização de crenças, divididas em três componentes: cognitivos, afetivos e comportamentais. A esfera cognitiva engloba as crenças, ideias ou opiniões que refletem o modo que o indivíduo avalia determinado fenômeno. Já a esfera afetiva se refere às emoções e sentimentos associados à essa avaliação, como por exemplo, as preocupações associadas ao que um indivíduo avalia como importante na prevenção de doenças. Por fim,

o componente comportamental, materializa os a relação entre cognição e afeto, refletindo as ações executadas por um indivíduo (NEIVA; MAURO, 2011; RODRIGUES *et al.*, 2016; LIMA; CORREIA, 2017). Desse modo, acredita-se que o termo “Atitudes” traduz de forma mais assertiva os itens reunidos no primeiro fator da EEVI. Assim, as questões evidenciadas no fator “Atitudes Preventivas” são muito importantes para prevenir agravos de saúde e aumentar as chances de manutenção da autonomia e independência dos indivíduos ao longo da vida (LIMA *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2011).

O mesmo ocorreu no segundo fator, que reuniu itens da temática de “Alimentação”, também mantendo o mesmo nome para a subescala. Neste caso, o fator foi composto por quatro itens, que são: “6) Você busca adotar uma alimentação mais saudável e nutritiva?”; “7) Com que frequência, você consome alimentos *in natura*, tais como arroz, feijão, frutas, legumes, verduras, ovos, carnes, leite, dentre outros?”; “8) Você consome frutas, legumes e verduras?” e “9) Você considera a sua alimentação saudável?”. Percebe-se que a preocupação em adotar uma alimentação saudável e o consumo de alimentos *in natura* bem como, aqueles ricos em vitaminas, minerais e fibras (frutas, legumes e verduras), comportamentos já bem conhecidos por trazer saúde e qualidade de vida, se destacaram como pontos importantes no estilo de vida de pessoas acima dos 60 anos (LAPUENTE *et al.*, 2020; MILLER *et al.*, 2017; TIAN *et al.*, 2018).

O terceiro fator reuniu itens da temática e atual subescala “Atividade Física”, sendo representado pelos quatro itens a seguir: “10) Você pratica atividade física?”; “11) Você realiza atividades de sua vida diária que exigem movimentação, por exemplo, jardinagem, trabalho de casa, caminhada, entre outras?”; “12) Você preocupa em se manter fisicamente ativo (a)?”; e “13) Você tem o hábito de realizar ao menos 30 minutos de caminhada ao dia?”. Visto os itens reunidos nessa subescala, a mesma busca avaliar o quão ativo fisicamente o indivíduo é, bem como a sua preocupação em realizar tarefas que exigem movimentação. Esses fatores já são bem conhecidos como importantes contribuintes na qualidade de vida (LI *et al.*, 2019; MCPHEE *et al.*, 2016; MORENO-AGOSTINO *et al.*, 2020)

Por fim, o quarto fator identificado foi representado por seis itens, todos eles relacionados à qualidade do relacionamento da amostra. Nesse sentido, a subescala de “Qualidade dos Relacionamentos” ficou composta pelos seguintes itens: “14) Você tem boa relação com a sua família?”; “15) Você se sente apoiado (a) pelos seus amigos?”; “16) Você tem uma boa relação com as pessoas que você convive no seu dia a dia?”; “17) Você se sente

querido (a) por seus familiares?"; "18) Você sente que tem pessoas em quem pode confiar?" e "19) Você tem pessoas com quem conversar?". Assim, essa subescala busca avaliar o quanto o indivíduo é engajado em seus relacionamentos, tendo por perto apoio psicológico considerando tanto o seu contexto familiar quanto o de amizades. Desse modo, a capacidade de manter vínculos afetivos é uma característica psicossocial extremamente importante para o estilo de vida de idosos (HILL *et al.*, 2016; LEVASSEUR *et al.*, 2019; SOWA *et al.*, 2016; ZHOURI, *et al.*, 2019).

Por meio da análise das subescalas, notou-se que os itens que se reuniram em cada um dos fatores na AFE estavam coerentes com aqueles hipotetizados inicialmente (Primeira etapa). Em outras palavras, nenhum item se reuniu em fatores não esperados. Por esse motivo, optou-se por manter o mesmo nome das subescalas que foram planejadas no início do trabalho. Não obstante, inicialmente foram elaborados itens pertencentes a cinco temáticas diferentes e no final das análises foram confirmados apenas quatro, ou seja, todos os itens hipotetizados para representar o controle do estresse foram excluídos.

Ressalta-se que o controle do estresse, embora represente um importante componente para lidar com as adversidades do envelhecimento (FAYE *et al.*, 2018; GAFFE *et al.*, 2019; MOOS *et al.*, 2006; ZHANG *et al.*, 2014), na presente amostra, os itens não mantiveram qualidades psicométricas adequadas para serem mantidos. Uma hipótese é que as características de combate ao estresse, como aceitação, otimismo, religiosidade e capacidade de lidar com os problemas não sejam fatores tão fortes para o estilo de vida saudável de indivíduos com a característica amostral do presente estudo.

Em relação a confiabilidade, encontrou-se valores de alfa de Cronbach satisfatórios (Variando de 0,778 a 0,842). Ressalta-se que esse é um indicador importante que visa avaliar a qualidade da escala. Ele também indica que os itens são altamente interrelacionados (HAIR JÚNIOR *et al.*, 2009; PASQUALI, 2010). Além disso, a escala apresentou um bom indicador de reprodutibilidade, avaliada pelo teste-reteste ( $\alpha=0,994$ ), ou seja, as respostas dadas pelos participantes em dois momentos distintos apresentaram uma excelente correlação. Dessa forma, vale destacar que a EEVI apresentou dois bons indicadores de confiabilidade. Quanto à validade convergente, a escala respondeu de forma satisfatória a maioria das medidas aplicadas. Os idosos com uma pontuação mais alta na EEVI, obtiveram pontuações mais altas tanto na qualidade de vida relacionada a saúde física quando na saúde mental. Trazer alguns estudos que apontam essa relação.

Ademais, altas pontuações na avaliação do estilo de vida também demonstraram-se estar relacionada com valores mais baixos de IMC. Essas correlações já eram esperadas, à medida que estes resultados corroboram com os de outros estudos (TOSELLI *et al.*, 2020; KWON; KIM; SO, 2020; NAKANO, 2020). É sabido que idosos que buscam adotar comportamentos saudáveis de estilo de vida, mantendo uma alimentação equilibrada, se mantendo fisicamente e socialmente ativo e prevenindo doenças crônicas, possuem uma melhor qualidade de vida e menor chances de desenvolverem um quadro de obesidade, portanto tendem a ter valores menos de IMC (TOSELLI *et al.*, 2020; KWON; KIM; SO, 2020; NAKANO, 2020).

Seguindo essa lógica, que diz respeito a validade discriminante, indivíduos obesos obtiveram menores pontuações de estilo de vida em relação aos eutróficos e indivíduos com sobrepeso, corroborando com estudos que indicam a menor aderência à comportamentos saudáveis nessa população (TOSELLI *et al.*, 2020; WONG; XU; CHEUNG, 2020). A EEVI também conseguiu discriminar grupos pelas comorbidades e pelo sexo. Assim, as mulheres apresentaram melhores pontuações de estilo de vida em relação aos homens, bem como indivíduos sem nenhuma doença em relação àqueles com três ou mais doenças diagnosticadas. Esses resultados já eram esperados à medida que já foi demonstrado em outros estudos que mulheres idosas tendem a ter mais cuidados com a saúde em relação aos homens (NAKANO, 2020; ZHANG *et al.*, 2019). Além disso, indivíduos que adotam hábitos saudáveis possuem menores chances de desenvolvimento de doenças crônicas e conseqüentemente de apresentarem comorbidades (TOSELLI *et al.*, 2020, WONG; XU; CHEUNG, 2020).

O estudo de Morgado *et al.* (2017) demonstrou que uma das principais limitações na construção de instrumentos psicométricos é a falta de pontos de cortes que permite a classificação amostral. Outros autores também recomendam a elaboração dessa classificação, uma vez que é essencial para a interpretação dos resultados das escalas em futuros estudos (HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2015; PASQUALI, 2010). Por esse motivo, no presente estudo, a fim de classificar idosos brasileiros foram definidas três categorias: estilo de vida pouco saudável, saudável e muito saudável. Assim, futuros pesquisadores e profissionais de saúde da área de geriatria e gerontologia interessados em utilizar a EEVI, podem utilizar o ponto de corte estabelecido no presente estudo para interpretar os resultados.

#### **2.5.4 Considerações sobre a terceira versão**

Após todas as análises chegou-se à versão final da escala. A Tabela 19 traz a síntese dos resultados encontrados na validação da EEVI.

**Tabela 19.** Síntese do ajuste geral e do modelo de mensuração da EEVI.

Fator	Item	Confiabilidade		Validade convergente		Validade discriminante	U	Medidas de ajustamento
		Consistência interna	Teste-reteste	Carga fatorial	Correlações			
AP	1	$\alpha=0,806$		0,546	A EEVI total, EEVI AP, EEVI AL; EEVI AF e a EEVI QR apresentaram correlações positivas e significantes tanto com o PCS quando com o MCS (qualidade de vida relacionada a saúde física e mental, respectivamente). Já a EEVI total, EEVI AL e EEVI AF, apresentaram correlações negativas significantes com o IMC.	A EEVI discriminou grupos pelo estado nutricional, comorbidades e sexo.	Maior resíduo positivo = 0,602 Maior resíduo negativo = -0,278.	$\chi^2/GL = 1,28$ RMSEA = 0,037 NFI = 0,904 NNFI = 0,973 CFI = 0,977 GFI = 0,953
	2			0,726				
	5			0,692				
	6			0,631				
	7			0,679				
AL	14	$\alpha=0,778$	$\alpha=0,994$	0,779				
	15			0,550				
	17			0,664				
	19			0,706				
AF	27	$\alpha=0,800$		0,749				
	28			0,634				
	31			0,807				
	33			0,654				
QR	35	$\alpha=0,842$		0,721				
	36			0,661				
	37			0,730				
	38			0,797				
	41			0,597				
	42			0,672				

Legenda: EEVI=Escala de Estilo de Vida de Idosos; AP= Atitudes Preventivas; AL = Alimentação; AF = Atividade Física; QR= Qualidade dos Relacionamentos; U = Unidimensionalidade; IMC= Índice de Massa Corporal; PCS= *Physical Component Summary*; MCS= *Mental Component Summary*.

Fonte: A autora (2022).

A nova versão da EEVI pode ser vista a seguir. Os itens receberam novas numerações de 1 a 19. Assim, a subescala de atitudes preventivas comporta os itens um ao cinco. Já a subescala de alimentação é composta pelos itens que vão entre o seis e nove. A subescala de atividade física é representada pelos itens que vão do 10 ao 13. Por último, a subescala de qualidade de relacionamentos está entre os itens 14 e 19.

### Escala de Estilo de Vida para Idosos (EEVI)

**INSTRUÇÕES:** Dentro das alternativas, assinale X na opção que melhor descreve a frequência dos seus comportamentos, crenças e sentimentos.

		Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1	Você se preocupa com a prevenção de doenças, tais como diabetes, pressão alta, obesidade, dentre outras?					
2	Você realiza exames preventivos indicados para a sua idade, por exemplo, mamografia, exame de próstata, entre outros?					
3	Você se preocupa com o controle da glicemia (açúcar no sangue)?					
4	Você se preocupa com o controle da pressão arterial?					
5	Você vai ao médico com regularidade?					
6	Você busca adotar uma alimentação mais saudável e nutritiva?					
7	Com que frequência, você consome alimentos <i>in natura</i> , tais como arroz, feijão, frutas, legumes, verduras, ovos, carnes, leite, dentre outros?					
8	Você consome frutas, legumes e verduras?					
9	Você considera a sua alimentação saudável?					
10	Você pratica atividade física?					
11	Você realiza atividades de sua vida diária que exigem movimentação, por exemplo, jardinagem, trabalho de casa, caminhada, entre outras?					
12	Você preocupa em se manter fisicamente ativo (a)?					
13	Você tem o hábito de realizar ao menos 30 minutos de caminhada ao dia?					
14	Você tem boa relação com a sua família?					

15	Você se sente apoiado (a) pelos seus amigos?					
16	Você tem uma boa relação com as pessoas que você convive no seu dia a dia?					
17	Você se sente querido (a) por seus familiares?					
18	Você sente que tem pessoas em quem pode confiar?					
19	Você tem pessoas com quem conversar?					

Por fim, recomenda-se que a EEVI seja utilizada em estudos futuros que tenham como objetivo a avaliação de idosos brasileiros acima dos 60 anos. Para que se alcance resultados confiáveis, sugere-se que futuros pesquisadores se atentem à algumas recomendações apresentadas a seguir:

- 1) Quando a aplicação da EEVI ocorrer no formato *online*, as opções de respostas devem acompanhar cada uma das questões, adotando-se o formato de múltipla escolha, como foi adotado na presente pesquisa.
- 2) A EEVI também pode ser utilizada em pesquisas com metodologias *offline*. Nesse caso, recomenda-se que se utilize o formato de tabela, como na imagem acima, para que a apresentação da escala não fique muito extensa. A fonte deve ser Times New Roman, no tamanho 14, como foi aprovada no pré-teste dessa pesquisa.
- 3) A pontuação gerada pela EEVI pode variar de 0 a 95 pontos, classificando os indivíduos em três categorias: estilo de vida pouco saudável (abaixo de 74 pontos), estilo de vida saudável (pontuações entre 75 e 87) e estilo de vida muito saudável (pontuações acima de 88 pontos).
- 4) A EEVI foi validada para idosos não institucionalizados, portanto, não é indicado a sua utilização em idosos residentes em instituições de longa permanência.

### CAPÍTULO 3: CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo da tese foi desenvolver e investigar as propriedades psicométricas do instrumento “Escala de Estilo de Vida de Idosos (EEVI)” realizada em quatro etapas. A escala demonstrou bons indicadores de validade e confiabilidade para o público de idosos brasileiros e poderá ser utilizada em contextos científicos e clínicos. Acredita-se que essa nova escala possa contribuir de forma significativa para a qualidade dos resultados de pesquisas que buscam avaliar o estilo de vida desse público.

Ressalta-se que o estilo de vida é um conceito multidimensional, de difícil avaliação e diversos estudos são realizados todos os anos a fim de investigá-lo e medi-lo. Acredita-se que o estilo de vida se refere ao modo de vida que os indivíduos vivenciam a vida e chegam à longevidade. Ademais, esse construto é determinado por padrões comportamentais afetados por características socioemocionais, evidenciando o desafio de construção de uma ferramenta capaz de avaliá-lo.

A primeira etapa, foi dedicada a desenvolver os itens da nova escala por meio de revisão de literatura e entrevistas com o público-alvo. Ficou evidenciada a necessidade de escalas específicas para idosos brasileiros. Para organizar as categorias temáticas, hipotetizadas como fatores iniciais da EEVI considerou-se o “Perfil de Estilo de Vida” criado por Nahas, Barros e Francalacci (2000). Ainda foram realizadas entrevistas tanto com idosos não institucionalizados quanto institucionalizados, a fim de verificar a existência de outros fatores relacionados ao estilo de vida não identificados na revisão de literatura. A princípio gerou-se 96 itens, divididos em cinco eixos temáticos a saber: comportamento preventivo, exercícios físicos, alimentação, qualidade dos relacionamentos e controle de estresse.

A segunda etapa teve como objetivo investigar as evidências de validade de conteúdo da EEVI. Para tanto, 13 peritos julgaram os itens quanto a sua relevância, a clareza, a coesão de cada item, as subescalas e os aspectos gerais do instrumento, como título, instruções, formato e escores total. Em seguida, os itens foram submetidos a dois pré-testes, quando os idosos passaram por entrevistas individuais com o objetivo de analisar a clareza, a compreensão e as demais características da escala. Assim, nessa etapa, o instrumento foi submetido a uma avaliação rigorosa, implicando em diversas modificações. O objetivo desta etapa foi proporcionar o melhor entendimento dos itens ao público-alvo. A EEVI demonstrou, nessa fase, indícios de validade de conteúdo e qualidade teórica, sendo submetida às etapas seguintes.

É válido ressaltar que, até o final da segunda etapa desta pesquisa, intencionava-se desenvolver uma versão do instrumento validada para aplicação em idosos não institucionalizados e institucionalizados. No entanto, o contexto pandêmico, que surgiu no final de 2019 e início de 2020, trouxe consigo muitas dificuldades, dentre as quais a dificuldade de acesso da população idosa a questionários *online* e a impossibilidade da coleta em ILPI'S. Espera-se que os dados coletados com o público não institucionalizado possam auxiliar estudos futuros para validação da EEVI para o público institucionalizado.

Nas etapas 3 e 4 foram realizadas as análises empírica e psicométrica da escala. Nessa fase, a escala foi aplicada em idosos não institucionalizados de todas as regiões do Brasil. Foi uma etapa considerada desafiadora por ter sido realizada totalmente no formato *online*. A coleta em instituições parceiras também foi dificultada pelo alto número de pesquisas sobre a COVID-19 aplicadas no mesmo momento, o que retardou o alcance do número amostral. Visto essas dificuldades, buscou-se elaborar cuidadosamente o *layout* da investigação, elaborar vídeos tutoriais de como manusear o telefone celular para responder a pesquisa e disponibilizar *e-mail* e telefone para suporte dos participantes. Essas estratégias auxiliaram no alcance do número amostral ideal. Além disso, buscou-se realizar todo esse percurso de forma minuciosa a fim de oferecer maior qualidade teórica, empírica e psicométrica ao instrumento criado.

Alcançado o número amostral foram realizadas a AFE e, posteriormente a AFC. Ao final desse processo chegou-se a última versão da EEVI, com 19 itens divididos em quatro sub-escalas: 1) “Comportamento Preventivo”; 2) “Alimentação”; 3) “Atividade Física”; e 4) “Qualidade dos relacionamentos”. Essa versão também apresentou indicadores de validade convergente e discriminante. Futuros pesquisadores e profissionais de saúde que pretendam utilizar a escala devem considerar que se trata de um instrumento de autorrelato válido para homens e mulheres brasileiros, com idades acima dos 60 anos. As opções de resposta variam em uma escala *Likert* de cinco pontos (1 = Nunca e 5 = Sempre). Para o escore total deve-se somar a pontuação de cada um dos itens e quanto maior o escore obtido mais saudável é considerado o estilo de vida do indivíduo. Ademais, foi determinado um ponto de corte para a escala sendo o estilo de vida categorizado, como pouco saudável (pontuações entre 61 e 74), saudável (pontuações entre 75 e 87) ou muito saudável (pontuações entre 88 e 95).

Considera-se que a presente pesquisa traz avanços para a literatura da área. Inicialmente, vale destacar o rigor metodológico adotado para a construção da EEVI. Todas as etapas foram baseadas em técnicas e parâmetros recomendados, seguindo-se o passo a passo de forma sistemática. Dessa forma, tentou-se reduzir o quanto foi possíveis limitações comuns ocorrentes no processo de desenvolvimento de escalas psicológicas. A criação da presente escala também

é um avanço, considerando as escalas de estilo de vida existentes no Brasil, por se tratar do único instrumento construído especificamente para a população de idosos. Além disso, houve a preocupação em averiguar indicadores de validade, diferente de outras escalas que possuem propriedades psicométricas ainda pouco esclarecidas.

A presente investigação buscou contribuir com uma lacuna da área de estilo de vida e envelhecimento. Contudo, algumas limitações devem ser apontadas. Uma delas diz respeito à adoção da metodologia *online* como forma de coleta de dados. Provavelmente, a presente investigação atingiu idosos com maior participação social e digital e, portanto, indivíduos sem nenhum acesso à internet e, possivelmente de menor nível socioeconômico, tiveram dificuldade de acesso à essa pesquisa. Tentou-se contornar essa limitação, acessando idosos participantes de projetos públicos e filantrópicos. Apesar disso, vale destacar que o período pandêmico levou empresas, governos e sociedade a migrarem para atividades *online* e muitos idosos também se adaptaram a esse momento. Apesar dos pontos negativos, métodos de pesquisa *online* vêm sendo apontados na literatura como um meio de baixo custo e que facilita a realização de pesquisas com amostras diversificadas e de difícil acesso. Acredita-se que com métodos *offline*, também seria desafiador alcançar participantes representantes de todas as regiões do Brasil, especialmente durante a pandemia da COVID-19.

Outro ponto em questão diz respeito ao número amostral nos dois pré-testes, participaram dessa etapa 20 idosos (10 em cada pré-teste), enquanto pesquisadores da área recomendam no mínimo 15 indivíduos (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015; MALHOTRA, 2012; PASQUALI, 2010). No entanto, justifica-se que foram realizadas entrevistas individuais até que se atingisse o ponto de saturação da amostra. Desse modo, no final do processo não foram indicados mais problemas na escala, demonstrando que o número de participantes foi suficiente para essa avaliação. Pode-se destacar como limitação também, a não possibilidade de aplicação de testes que avaliam a capacidade cognitiva da amostra. No entanto, ressalta-se que a aplicação dos mesmos ainda não foi testada em pesquisas *online*, evidenciando a necessidade de mais estudos sobre a temática.

Uma outra limitação diz respeito às medidas antropométricas autorreferidas (peso e altura). Essas medidas podem ter sido sub ou superestimadas pelos participantes, no entanto, autores indicam que o uso de medidas autorrelatadas para fornecer dados sobre estado nutricional podem ser utilizados (AMSTER, 2020; CONDE, 2013). É importante destacar que a etapa 3 e 4 foram realizadas no formato *online* e não havia alternativas metodológicas acessíveis para essa aferição.

Apesar das limitações, acredita-se que a EEVI representa uma medida com bons indicadores de validade e confiabilidade. Sugere-se que estudos futuros busquem avaliar o modelo teórico de estilo de vida na velhice de forma a possibilitar o melhor entendimento desse construto em uma vida longa. Pesquisas longitudinais também podem contribuir para verificar o comportamento do construto de acordo com o estágio de envelhecimento. Recomenda-se também, tanto a validação da EEVI para idosos institucionalizados quanto sua adaptação transcultural para outros países e idiomas. Sugere-se também, o desenvolvimento de intervenções que tenham como objetivo a promoção de comportamentos de estilo de vida saudável após os 60 anos.

Conclui-se -se que a presente escala demonstrou ser adequada para a avaliação de estilo de vida de idosos brasileiros. Espera-se que a EEVI contribua com profissionais da área de saúde e com pesquisadores que trabalham diretamente com essa população, auxiliando-os na melhor escolha de condutas interventivas e no entendimento sobre estilo de vida saudável no envelhecimento.

## REFERÊNCIAS

AMSTER, R. *et al.*, Credibility of self-reported health parameters in elderly population. **Primary Health Care Research & Development**, United Kingdom, v. 21, 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32519636/>>. Acesso em: 22 Jan. 2022.

AMERICAN EDUCATIONAL RESEARCH ASSOCIATION, AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, NATIONAL COUNCIL ON MEASUREMENT IN EDUCATION (1999). **Standards for Educational and Psychological Testing**. Washington, DC: American Educational Research Association.

AGÜERO, D. S.; LEIVA, V. A. Caracterización antropométrica, calidad y estilos de vida delanciano chileno octogenario. **Nutrición Hospitalaria**, Madrid, v. 31, n. 6, p. 2554–2560, 2015. Disponível em:<[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112015000600029](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015000600029)>. Acesso em: 23 Jul. 2021.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z.O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061–3068, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5vBh8PmW5g4Nqxz3r999vrn/?lang=pt>. Acesso em: 23 Jul. 2021.

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 57, n. 2B, p. 421–426, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/Bdpjn6hWZz45CbmLQTt95pw/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 23 Jul. 2021.

ALMEIDA, C. B. de; CASOTI, C. A.; SENA, E. L. da S. Reflexões sobre a complexidade de um estilo de vida saudável. **Avances em Enfermería**, Bogotá, v. 36, n. 2, p. 220–229, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002018000200220](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002018000200220). Acesso em: 23 Jul. 2021.

AÑEZ, C. R. R.; REIS, R. S.; PETROSKI, Edio Luiz. Versão brasileira do questionário “estilo de vida fantástico”: tradução e validação para adultos jovens. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 91, n. 2, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/hZygGvfLfbMRL44bjzjCPKh/?lang=pt>. Acesso em: 26 Jul. 2021.

ANTONIAZZI, A. S.; DELL’AGLIO, D. D.; BANDEIRA, Denise Ruschel. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 3, n. 2, p. 273–294, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/XkCyNCL7HjHTHgtWMS8ndhL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 Jul. 2021.

ANTUNES, M. H.; MORÉ, C. L. O. O. Aposentadoria, saúde do idoso e saúde do trabalhador: Revisão integrativa da produção brasileira. **Revista Psicologia, Organizações e Trabalho**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 248–258, 2016. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-66572016000300004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572016000300004). Acesso em: 26 Jul. 2021.

ARBOLEYA, A. Agência e estrutura em bourdieu e giddens pela superação da antinomia “objetivismo-subjetivismo.” **Sociologias Plurais**, Curitiba, v. 1, n. 1, 2013. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/sciplr/article/view/64705/37636>. Acesso em: 2 Aug. 2021.

ASTUTI, Y.; WARDHANA, A.; WATKINS, J. WULANINGSIH, W. Cigarette smoking and telomere length: A systematic review of 84 studies and meta-analysis. **Environmental Research**, New York, v. 158, p. 480–489, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5562268/>. Acesso em: 2 Aug. 2021.

ATCHLEY, R. C. A. Continuity Theory of Normal Aging. **The Gerontologist**, London, v. 29, n. 2, p. 183–190, 1989. Disponível em: <https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/29/2/183/581908>. Acesso em: 2 Aug. 2021.

BAH, T. M.; GOODMAN, J.; ILIFF, J. J. Sleep as a Therapeutic Target in the Aging Brain. **Neurotherapeutics**, New York, v. 16, n. 3, p. 554–568, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6694322/>. Acesso em: 2 Aug. 2021.

BARBOSA, B. R. *et al.* Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3317–3325, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hcBn67RFRt3brvSNp5YsDFh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 2 Aug. 2021.

- BARDIN, L. (2011). **Análise de conteúdo**. (3a ed.). São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARGER, S. D.; MESSERLI-BÜRKY, N.; BARTH, J. Social relationship correlates of major depressive disorder and depressive symptoms in Switzerland: nationally representative cross sectional study. **BMC Public Health**, London, v. 14, n. 1, 2014. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24656048/>>. Acesso em: 22 Jan. 2022.
- BALTES, P. B. Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. **Developmental Psychology**, Michigan, v. 23, n. 5, p. 611–626, 1987. Disponível em: <<https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0012-1649.23.5.611/>>. Acesso em: 22 Jan. 2022.
- BALTES, P. B.; LINDENBERGER, U.; STAUDINGER, U. M. (2006). LIFE Span Theory in Developmental Psychology. In R. M. LERNER; W. DAMON (Eds.), **Handbook of child psychology: Theoretical models of human development** (p. 569–664). John Wiley & Sons Inc, 2006.
- BANGSBO, J. *et al.* Copenhagen Consensus statement 2019: physical activity and ageing. **British Journal of Sports Medicine**, London, v. 53, n. 14, p. 856–858, 2019. Disponível em: <<https://bjsm.bmj.com/content/53/14/856>>. Acesso em: 22 Jan. 2022.
- BARBARESKO, J.; RIENKS, J.; NÖTHLINGS, U. Lifestyle Indices and Cardiovascular Disease Risk: A Meta-analysis. **American Journal of Preventive Medicine**, New York, v. 55, n. 4, p. 555–564, 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30241617/>>. Acesso em: 22 Jan. 2022.
- BARKOUKIS, H. Nutrition Recommendations in Elderly and Aging. **Medical Clinics of North America**, Chicago, v. 100, n. 6, p. 1237–1250, 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27745592/>>. Acesso em: 22 Jan. 2022.
- BARSANO, P. R., BARBOSA, R. P.; GONÇALVEZ, E. (2014). **Evolução e envelhecimento humano**. São Paulo: Érica, 2014.
- BATISTA, E. C.; MATOS, L. A. L.; NASCIMENTO, A. B. A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, Blumenau, v.11, n.3, p.23-38, TRI III 2017. Disponível em: <https://rica.unibes.com.br/rica/article/view/768/666>. Acesso em: 22 Jan. 2022.
- BAYÁN-BRAVO, A. *et al.* Combined Impact of Traditional and Non-Traditional Healthy Behaviors on Health-Related Quality of Life: A Prospective Study in Older Adults. **PLOS**

ONE, San Francisco, v. 12, n. 1, p. e0170513, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5266310/>>. Acesso em: 22 Jan. 2022.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1970.

BLAIR, C. K. *et al.* Physical inactivity and risk of poor quality of life among elderly cancer survivors compared to women without cancer: the Iowa Women's Health Study. **Journal of Cancer Survivorship**, New York, v. 10, n. 1, p. 103–112, 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26008207/>>. Acesso em: 22 Jan. 2022.

BØEN, H.; DALGARD, O. S.; BJERTNESS, E. The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study. **BMC Geriatrics**, London, v. 12, n. 1, 2012. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22682023/>>. Acesso em: 22 Jan. 2022.

BONFIM, R. A. *et al.* Factors associated with a fantastic lifestyle in Brazilian college students - a multilevel analysis. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 19, n. 5, p. 601–610, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rcefac/a/LPPtTgMCN6xYJGDQdh4Z97D/abstract/?lang=en>>. Acesso em: 22 Jan. 2022.

BOTH, J. *et al.* Validação da Escala Estilo de Vida Individual. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, São Paulo, v. 13, n. 1, 2008. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/778>. Acesso em: 19 jun. 2022.

BOURDIEU, P. O senso prático. Petrópolis: Vozes, 2009.

BOWLING, A.; BROWNE, P. D. Social Networks, Health, and Emotional Well-being Among the Oldest Old in London. **Journal of Gerontology**, Washington, v. 46, n. 1, p. S20–S32, 1991. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1986046/>>. Acesso em: 22 Jan. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. (2ª ed). Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Recuperado de: <http://www.diabetes.org.br/publico/images/pdf/guia-alimentar-para-a-pop-brasileira>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde** / Ministério da saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRYAN, J. L. *et al.* God, can I tell you something? The effect of religious coping on the relationship between anxiety over emotional expression, anxiety, and depressive symptoms. **Psychology of Religion and Spirituality**, Connecticut, v. 8, n. 1, p. 46–53, 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27019677/>>. Acesso em: 22 Jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção, 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_saude\\_pessoa\\_idosa.df](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.df).

CAETANO, S. C.; SILVA, C.M. F. P.; VETTORE, M. V. Gender differences in the association of perceived social support and social network with self-rated health status among older adults: a population-based study in Brazil. **BMC Geriatrics**, London, v. 13, n. 1, 2013. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24229389/>>. Acesso em: 22 Jan. 2022.

CAMARGO, M. C. S. *et al.* Aspectos relacionados à alimentação em Instituições de Longa Permanência para Idosos em Minas Gerais. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 38–43, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/Wr7rbLQQm7ySPvR6btkNfBN/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 22 Jan. 2022.

CAMELIER, A. A. **Avaliação da qualidade de vida relacionada a saúde em pacientes com DPOC: estudo de base populacional com o SF-12 na cidade de São Paulo**. Unifesp. 2016. Disponível em: <<https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/20321>>. Acesso em: 22 Jan. 2022.

CAMPOS, A. C.V. *et al.* Quality of life of elderly practitioners of physical activity in the context of the family health strategy. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 889–897, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/mjrjmZfwgtPksTGLdwRLvMz/?lang=en>>. Acesso em: 22 Jan. 2022.

CARDOSO, M. C. da S.; FERREIRA, M. C.. Envolvimento religioso e bem-estar subjetivo em idosos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 380–393, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/bBY8zvPjCQ5ySqZfQGbHh9B/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 22 Jan. 2022.

CARNEIRO, Â.; ANDRADE, J. P. Nutritional and Lifestyle Interventions for Age-Related Macular Degeneration: A Review. **Oxidative Medicine and Cellular Longevity**, Goiania, v. 2017, p. 1–13, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28154734/>>. Acesso em: 22 Jan. 2022.

CARVALHO, R. B.; SANTOS, T.. O direito à saúde no brasil: uma análise dos impactos do golpe militar no debate sobre universalização da saúde / The Right to Health in Brazil : An analysis of the impact of the military coup in the debate on universalization of Health. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Direito**, Salvador, v. 25, n. 27, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufba.br/index.php/rppgd/article/view/15209>>. Acesso em: 22 Jan. 2022.

CARVALHO, D. A. de. *et al.* Prevalência da prática de exercícios físicos em idosos e sua relação com as dificuldades e a falta de aconselhamento profissional específico. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 29, 2017. Disponível em: <<https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/6467>>. Acesso em: 22 Jan. 2022.

CASPERSEN C. J., POWELL K. E.; CHRISTENSON G. M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health**, 100 (2), 126-31, 1985. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424733/>. Acesso em: 22 Jan. 2022.

CERIN, E. *et al.* Neighbourhood environment, physical activity, quality of life and depressive symptoms in Hong Kong older adults: a protocol for an observational study. **BMJ Open**, London, v. 6, n. 1, p. e010384, 2016. Disponível em: <<https://bmjopen.bmj.com/content/6/1/e010384>>. Acesso em: 22 Jan. 2022.

CHATZIRALLI, I. *et al.* Risk Factors for Poor Quality of Life among Patients with Age-Related Macular Degeneration. **Seminars in Ophthalmology**, Orlando, p. 772-780, 2016. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08820538.2016.1181192>>. Acesso em: 22 Jan. 2022.

CHENG, X. *et al.* Population ageing and mortality during 1990–2017: A global decomposition analysis. **PLOS Medicine**, San Francisco, v. 17, n. 6, p. e1003138, 2020. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1003138#:~:text=The%20proportion%20of%20people%20aged,27.9%25%20of%20total%20global%20deaths.>>>. Acesso em: 22 Jan. 2022.

CHRISMAN, M. *et al.* Acculturation, sociodemographic and lifestyle factors associated with compliance with physical activity recommendations in the Mexican-American Mano A

Manocohort. **BMJ Open**, London, v. 5, n. 11, p. e008302, 2015. Disponível em: <<https://bmjopen.bmj.com/content/5/11/e008302>>. Acesso em: 22 Jan. 2022.

CHRISTENSEN, V. T.; CARPIANO, R. M. Social class differences in BMI among Danish women: Applying Cockerham's health lifestyles approach and Bourdieu's theory of lifestyle. **Social Science & Medicine**, New York, v. 112, p. 12–21, 2014. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24788112/>>. Acesso em: 22 Jan. 2022.

CLARK, L ; WATSON, D. **Constructing validity: Basic issues in objective scale development.** 7(3), 309-319, 1995. Disponível em: <<https://www.semanticscholar.org/paper/Constructing-validity%3A-Basic-issues-in-objective-Clark-Watson/0c3bad585e068c4168bed1cd47c6651636bbe4a9>>. Acesso em: 22 Jan. 2022.

CIOSAK, S. I. *et al.* Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. spe2, p. 1763–1768, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/9VCqQLGF9kHwsVTLk4FdDRt/?lang=en>>. Acesso em: 22 Jan. 2022.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 925–936, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/qTHcjt459YLYPM7Pt7Q7cSn/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 22 Jan. 2022.

COCKERHAM, W. C. The sociology of health in the United States: recent theoretical contributions. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1031–1039, 2014. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24820586/>>. Acesso em: 22 Jan. 2022

COCKERHAM, W. C.; HAMBY, B.W.; OATES, G. R. The Social Determinants of Chronic Disease. **American Journal of Preventive Medicine**, New York, v. 52, n. 1, p. S5–S12, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5328595/>>. Acesso em: 22 Jan. 2022.

COCKERHAM, W. C. Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 46, n. 1, p. 51–67, 2005. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15869120/>>. Acesso em: 29 Jan. 2022.

COCKERHAM, W; A. RÜTTEN, A.; ABEL, T. **Conceptualizing contemporary health lifestyles: Moving beyond Weber**, v. 46, n.1, p. 51–67, 1997. Disponível em: <<https://www.semanticscholar.org/paper/Conceptualizing-contemporary-health-lifestyles-%3A-Cockerham-R%C3%BCtten/323640a9bd1e2a305f3b01af5df176826a200534>>. Acesso em: 22 Jan. 2022.

CORDES, T. *et al.* A multicomponent exercise intervention to improve physical functioning, cognition and psychosocial well-being in elderly nursing home residents: a study protocol of a randomized controlled trial in the PROCARE (prevention and occupational health in long-term care) project. **BMC Geriatrics**, London, v.19, n.1, p.369, 2019.

CORTEZ, C. M.; SILVA, D. Implicações do estresse sobre a saúde e a doença mental: [revisão]. **ACM arq. catarin. med**, Florianópolis p.96–108, 2022. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-479394>>. Acesso em: 22 Jan. 2022.

DAI, Y. *et al.* Social support and the self-rated health of older people. **Medicine**, Baltimore, v. 95, n. 24, p. e3881, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4998465/>>. Acesso em: 22 Jan. 2022.

DEVELLIS, R. F. **Scale Development: Theory and applications**. (3<sup>rd</sup> ed.). Los Angeles: Sage Publications, 2012.

DOWNER, B. *et al.* Effects of Alcohol Consumption on Cognition and Regional Brain Volumes Among Older Adults. **American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias**, Weston, v. 30, n. 4, p. 364–374, 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25202027/#:~:text=The%20results%20from%20multiple%20linear,consumers%20had%20higher%20episodic%20memory.>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

DUFFY, J. F.; ZITTING, K. M.; CHINOY, E. D. Aging and Circadian Rhythms. **Sleep Medicine Clinics**, New York, v. 10, n. 4, p. 423–434, 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26568120/#:~:text=Aging%20is%20associated%20with%20numerous,inclusing%20sleep%20timing%20and%20structure.>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

DUTRA, R. R. *et al.* Refletindo sobre o processo de institucionalização do idoso. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 1, 2016. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/8040>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

EMIRBAYER, M.; MISCHÉ, A. What Is Agency? **American Journal of Sociology**, Chicago, v. 10, n. p. 962–1023, 1998. Disponível em: [https://www.jstor.org/stable/10.1086/231294?seq=1#metadata\\_info\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/10.1086/231294?seq=1#metadata_info_tab_contents). Acesso em: 28 Jan. 2022.

FALCK, R. S. *et al.* Impact of exercise training on physical and cognitive function among older adults: a systematic review and meta-analysis. **Neurobiology of Aging**, New York, v. 79, p. 119–130, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31051329/>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

FAYE, C. *et al.* Neurobiological Mechanisms of Stress Resilience and Implications for the Aged Population. **Current Neuropharmacology**, San Francisco, v. 16, n. 3, p. 234–270, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5843978/>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

FERREIRA, L. K. **Relação entre qualidade de vida e estilo de vida de idosos residentes em Juiz de Fora-MG: uma investigação mista sequencial**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/9906>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

FERREIRA, M. S.; CASTIEL, L. D.; CARDOSO, M. H. C. de A.. Sedentarismo mata? Estudo dos comentários de leitores de um jornal brasileiro on-line. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 15–28, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/fqvkyQJRQKf5SNXmkQBxcJc/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

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**, Rio de Janeiro. v. 21, n. 5, p. 616–627, 2018.

FERREIRA, L.; SIMÕES R. **Idoso asilado: Qual a sua imagem?** São Paulo: Fontoura, 2011.

FERRARI, T. K. Estilo de vida saudável em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/qhLsBCYzvx8QqXnGSj7ZDVj/?lang=pt>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

FÉRES-CARNEIRO, T. Separação: o doloroso processo de dissolução da conjugalidade. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 8, n. 3, p. 367–374, 2003. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/epsic/a/jjMtGzvc7JSFpVByjMKJqym/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

FLECK, M. P.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Revista de Saúde Pública**, Salvador, v. 40, n. 5, p. 785–791, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/npytCGWXKT653V5RqHyktGz/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

FINGER, J. D. *et al.* Time trends in healthy lifestyle among adults in Germany: Results from three national health interview and examination surveys between 1990 and 2011. **Plos One**, San Francisco, v. 14, n. 9, p. e0222218, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31498839/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17–27, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/Zbfsr8DcW5YNWVkyMVBByhrN/?lang=pt>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

FOOTTIT, J.; ANDERSON, D. Associations between perception of wellness and health-related quality of life, comorbidities, modifiable lifestyle factors and demographics in older Australians. **Australasian Journal on Ageing**, Reino Unido, v. 31, n. 1, p. 22–27, 2011. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22417150/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

FREITAS, C. S.; MEEREIS, E. C. W.; GONÇALVES, M. P. Qualidade de vida de idosos ativos e insuficientemente ativos do município de Santa Maria (RS). **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 57–68, 2021. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/19753>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

GAFFEY, A. E. *et al.* Aging and the HPA axis: Stress and resilience in older adults. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, New York, v. 68, p. 928–945, 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27377692/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

GAMAGE, M.W. K.; HEWAGE, C.; PATHIRANA, K. D. Associated factors for cognition of physically independent elderly people living in residential care facilities for the aged in Sri Lanka. **BMC Psychiatry**, London, v. 19, n. 1, 2019. Disponível em: <<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-018-2003-5>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

GAN, P. *et al.* Rumination and Loneliness Independently Predict Six-Month Later Depression Symptoms among Chinese Elderly in Nursing Homes. **PLOS ONE**, San Francisco, v. 10, n. 9, p. e0137176, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4559426/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

GOODHUE, D. L., LEWIS, W., & THOMPSON, R. Comparing Pls to regression and Lisrel: A response to Marcoulides, Chin, and Saunders. **MIS Quarterly**, New York, v. 36 n.3, p. 703-A10, 2012. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/41703476>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

GORDIS, E. The National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism: Past Accomplishments and Future Goals. **Alcohol health and research world**, Rockville, v. 19, n. 1, p. 5–11, 1995. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6875783/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

GOUVEIA, Élvio R. Quintal; GOUVEIA, Bruna R.; IHLE, Andreas; *et al.* Correlates of health-related quality of life in young-old and old-old community-dwelling older adults. **Quality of Life Research**, Oxford, v. 26, n. 6, p. 1561–1569, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28110442/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

GRAEFF, B. Envelhecimento, velhice e saúde: transformando o invisível em visível. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 77, 2014. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/82807>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

HAIR JÚNIOR, J. F. *et al.* **Análise multivariada de dados** (6a ed.). São Paulo: Bookman, 2009.

HÅKANSSON, K. *et al.* BDNF Responses in Healthy Older Persons to 35 Minutes of Physical Exercise, Cognitive Training, and Mindfulness: Associations with Working Memory Function. **Journal of Alzheimer's Disease**, Amsterdam, v. 55, n. 2, p. 645–657, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27716670/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

HERNANDEZ, J. A. E *et al.* Validação de contruto do instrumento Perfil do Estilo de Vida Individual. **Arquivos em Movimento**, v. 3, n.1, p. 1-15, 2007. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/am/article/download/9085/7215>. Acesso em: 19 jun. 2022.

HILL, T. D. *et al.* Perceived Social Support Trajectories and the All-Cause Mortality Risk of Older Mexican American Women and Men. **Research on Aging**, Beverly Hills, v. 38, n. 3, p. 374–398, 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26966256/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

HILLEMACHER, T. *et al.* Alcohol, microbiome, and their effect on psychiatric disorders. **Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry**, Quebec, v. 85, p. 105–115, 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29705711/#:~:text=Despite%20a%20paucity%20of%20clinical,risk%20of%20developing%20psychiatric%20disorders.>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

HUTZ, C. S.; BANDEIRA, D. R.; TRENTINI, C. M. **Psicometria**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

HOOPER, L. *et al.* Water-loss dehydration and aging. **Mechanisms of Ageing and Development**, Limerick, v. 136-137, p. 50–58, 2014. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24333321/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

HORTA, A. L. de M.; FERREIRA, D. C. de O.; ZHAO, L. M. Envelhecimento, estratégias de enfrentamento do idoso e repercussões na família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 523–528, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/LRHkfYrhyXwV4qvXnHwY6Pd/?lang=pt>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

HU, Z. *et al.* Associated risk factors and their interactions with type 2 diabetes among the elderly with prediabetes in rural areas of Yiyang City. **Medicine**, New York, v. 98, n. 44, p. e17736, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31689819/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2015). Mudanças Demográficas no Brasil no Século XXI. **Informações demográficas e socioeconômicas**. Número 3, Rio de Janeiro. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

JEON, L.; BUETTNER, C.K.; HUR, E. Family and neighborhood disadvantage, home environment, and children's school readiness. **Journal of Family Psychology**, Newbury Park, v. 28, n. 5, p. 718–727, 2014. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25150370/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

JOUBERT, C.; CHAINAY, H. Aging brain: the effect of combined cognitive and physical training on cognition as compared to cognitive and physical training alone – a systematic review. **Clinical Interventions in Aging**, Auckland, v. Volume 13, p. 1267–1301, 2018.

Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6057553/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

JULIBERT, A. *et al.* Dietary Fat Intake and Metabolic Syndrome in Older Adults. **Nutrients**, Adelaide, v. 11, n. 8, p. 1901, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31416272/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

KANG, M. *et al.* Sex differences in sociodemographic and lifestyle factors associated with diet quality in a multiethnic population. **Nutrition**, New York, v. 66, p. 147–152, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7085987/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

KASL, S. V. The Health Belief Model and Behavior Related to Chronic Illness. **Health Education Monographs**, New York, v. 2, n. 4, p. 433–454, 1974. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/109019817400200409?journalCode=heba>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

KASL, S. V.; COBB, S. Health Behavior, Illness Behavior and Sick Role behavior. **Archives of Environmental Health: An International Journal**, Berlin, v.12, n.2, p. 246,266, 2013. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00039896.1966.10664365>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

KATO, M. *et al.* Development of an exercise program for fall prevention for elderly persons in a long-term care facility. **Japan Journal of Nursing Science**, Tokyo, v.3, n.2, p.107-117. em: <<https://www.semanticscholar.org/paper/Development-of-an-exercise-program-for-fall-for-in-Kato-Izumi/aa53da88f9fc038be9187807f9db321160909a3e>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

KELLY, S. *et al.* Alcohol and older people: A systematic review of barriers, facilitators and context of drinking in older people and implications for intervention design. **Plos One**, San Francisco, v. 13, n. 1, p. e0191189, 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29370214/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

KIM, D. The effects of a combined physical activity, recreation, and art and craft program on ADL, cognition, and depression in the elderly. **Journal of Physical Therapy Science**, Moroyama, v. 29, n. 4, p. 744–747, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28533622/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

KHAW, K. T. *et al.* Combined Impact of Health Behaviours and Mortality in Men and Women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study. **PLoS Medicine**, San Francisco, v. 5, n. 1, p. e12, 2008. Disponível em:

<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18184033/#:~:text=The%20mortality%20risk%20for%20t hose,14%20y%20in%20chronological%20age.>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

KLANYN-YOBAS, P. *et al.* Effects of relaxation interventions on depression and anxiety among older adults: a systematic review. **Aging & Mental Health**, Abingdon, v. 19, n. 12, p. 1043–1055, 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25574576/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

KLOTZ-SILVA, J.; PRADO, S. D.; SEIXAS, C. M.. A força do “hábito alimentar”: referências conceituais para o campo da Alimentação e Nutrição. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1065–1085, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/7VGgLwJzNN3VVB8pwKLTNFS/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

KOHNO, K. *et al.* J-curve association between alcohol intake and varicose veins in Japan: The Shimane CoHRE Study. **The Journal of Dermatology**, New York, v. 46, n. 10, p. 902–906, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31353631/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

KROEMEKE, A.. Coping Flexibility and Health-Related Quality of Life Among Older Adults: The Compensatory Effect of Co-rumination. **Frontiers in Psychology**, Lausanne, v. 10, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30728797/#:~:text=Discussion%3A%20The%20findings%20shed%20light,the%20effect%20of%20maladaptive%20strategies.>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

KROK, Dariusz. The Role of Meaning in Life Within the Relations of Religious Coping and Psychological Well-Being. **Journal of Religion and Health**, New York, v. 54, n. 6, p. 2292–2308, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4580713/#:~:text=Search%20for%20meaning%20in%20life%20did%20not%20mediate%20the%20above%20relations.&text=These%20findings%20suggest%20that%20meaning,with%20life's%20difficulties%20and%20challenges.>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

LABRA, C. *et al.* Effects of physical exercise interventions in frail older adults: a systematic review of randomized controlled trials. **BMC Geriatrics**, London, v. 15, n. 1, 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26626157/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

LAPUENTE M. *et al.* Relation of Fruits and Vegetables with Major Cardiometabolic Risk Factors, Markers of Oxidation, and Inflammation. **Nutrients**, Adelaide, v. 11, n. 10, p. 2381, 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31590420/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

LEVASSEUR, M. *et al.* Influence of Lifestyle Redesign® on Health, Social Participation, Leisure, and Mobility of Older French-Canadians. **The American Journal of Occupational Therapy**, Rockville, v. 73, n. 5, p. 7305205030p1-7305205030p18, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31484027/#:~:text=Participants%20reported%20positive%20effects%20on,the%20participants%20reported%20no%20effect.>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer, 1984.

LEE, G. L.; JACKSON, E. A.; RICHARDSON, C. R. Exercise Prescriptions in Older Adults. **American family physician**, Kansas, v. 95, n. 7, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28409595/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

LEI Nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm). Acesso em: 28 Jan. 2022.

LEI Nº 10.741, de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741.htm). Acesso em: 28 Jan. 2022.

LEI, M. K. *et al.* Neighborhood Disadvantage and Biological Aging: Using Marginal Structural Models to Assess the Link Between Neighborhood Census Variables and Epigenetic Aging. **The Journals of Gerontology: Series B**, Oxford, v. 74, n. 7, p. e50–e59, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28329838/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

LI, K.; HÜSING, A.; KAAKS, R. Lifestyle risk factors and residual life expectancy at age 40: a German cohort study. **BMC Medicine**, Londres, v. 12, n. 1, 2014. Disponível em: <[https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-12-59#:~:text=Results,%E2%89%A410%20cigarettes%2Fday\).](https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-12-59#:~:text=Results,%E2%89%A410%20cigarettes%2Fday).)>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

LI, Y. *et al.* Impact of Healthy Lifestyle Factors on Life Expectancies in the US Population. **Circulation**, Kyoto, v. 138, n. 4, p. 345–355, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29712712/#:~:text=We%20estimated%20that%20the%20life,zero%20low%2Drisk%20lifestyle%20factors.&text=Conclusions%3A%20Adopting%20a>>

%20healthy%20lifestyle,life%20expectancy%20in%20US%20adults.>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

LIMA, A. P. *et al.* Prevalence and factors associated with the performance of prostate cancer screening in the elderly: a population-based study. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 53–59, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/xfN3YJz9LmcgVVtxPhWbpqd/?lang=en>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

LIMA, M. L.; CORREIA, I. **Atitudes: Medida, estrutura e funções**. IN VALA, J.; M. B. MONTEIRO. PSICOLOGIA SOCIAL (PP. 201- 244). LISBOA: Fundação Calouste Gulbenkian, 2017.

LINI, E. V.; PORTELLA, M. R.; DORING, M. Factors associated with the institutionalization of the elderly: a case-control study. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1004–1014, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/CPvvmfwnyWGbrcDqnRLzmxg/abstract/?lang=en>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

LITWIN, Howard ; STOECKEL, Kimberly J. Social Network, Activity Participation, and Cognition. **Research on Aging**, v. 38, n. 1, p. 76–97, 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25878191/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

LIPP, M. E. N. **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress** (2. ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

LIPP, M. E. N. **Inventário de sintomas de stress de Lipp**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

LIPP, M. E. N.; MALAGRIS, L. E. N. (1995). Manejo do estresse. In B. Range (Org.), **Psicoterapiacomportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas** (pp.279-292). Campinas: Ed. Psy II, 1995.

LIVINGSTON, G. *et al.* Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. **The Lancet**, Londres, v. 396, n. 10248, p. 413–446, 2020. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(20\)30367-6/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(20)30367-6/fulltext)>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

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

<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22735042/#:~:text=A%20combination%20of%20at%20lea st,a%20lower%20risk%20of%20mortality.>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

LOPES, J. M. *et al.* hábitos de vida em idosos do Nordeste brasileiro: estudo seccional de base populacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 521–531, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbgg/a/PtkLqMxhrj8b7tQwBVgnr8z/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

LOPES, R. M. F., NASCIMENTO, R. F. L., LOPES, P. R. O., ARGIMON, I. I. L. As interferências do estresse na terceira idade e os recursos disponíveis para enfrentá-lo. **Portal dos psicólogos**, Lisboa, p. 1–12, 2010. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0528.pdf>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

LOURIDA, I. *et al.* Association of Lifestyle and Genetic Risk With Incidence of Dementia. **Jama**, Chicago, v. 322, n. 5, p. 430, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31302669/#:~:text=Of%20the%20participants%20with%20a,CI%2C%202.09%2D3.83%5D>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

LUSTRI, W. R.; MORELLI, J. G. S. Aspectos biológicos do envelhecimento. J. N. In Rebelatto (Coord). **Fisioterapia geriátrica: a prática da assistência ao idoso**. (2a ed., Cap. 2, pp.37-84). Barueri: Manole, 2007.

LYNN, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. **Nursing Research**, New York, v. 36, n.6, p. 383-386, 1986.

LV, J. *et al.* Adherence to Healthy Lifestyle and Cardiovascular Diseases in the Chinese Population. **Journal of the American College of Cardiology**, New York, v. 69, n. 9, p. 1116–1125, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6675601/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

MADEIRA, F. B., FILGUEIRA, D. A., BOSI, M. L. M.; NOGUEIRA, J. P. D. Lifestyle, habitus, and health promotion: some approaches. **Saúde Soc. São Paulo**, São Paulo, v. 27, n.1, p. 106-115, 2018.

MALHOTRA, N. **Pesquisa de Marketing: Uma orientação aplicada**. (6a ed.). Porto Alegre: Bookman, 2012.

MALIK, V. S. *et al.* Long-Term Consumption of Sugar-Sweetened and Artificially Sweetened Beverages and Risk of Mortality in US Adults. **Circulation**, Dallas, v. 139, n. 18, p. 2113–

2125, 2019. Disponível em: <[MALTA, D. C. \*et al.\* Estilos de vida da população brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. \*\*Epidemiologia e Serviços de Saúde\*\*, Brasília, v. 24, p. 217–226, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ress/a/yQGdQ8TjsB6bBgXWdMtwDBY/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30882235/#:~:text=Background%3A%20Whether%20consumption%20of%20sugar,is%20of%20public%20health%20interest.&text=Results%3A%20We%20documented%2036%20436,%2Dyears%20of%20follow%2Dup.>. Acesso em: 28 Jan. 2022.</p>
</div>
<div data-bbox=)

MANDER, Bryce A.; WINER, Joseph R. ; WALKER, Matthew P. Sleep and Human Aging. **Neuron**, Cambridge, v. 94, n. 1, p. 19–36, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5810920/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

MANUEL, D. G. *et al.* Measuring Burden of Unhealthy Behaviours Using a Multivariable Predictive Approach: Life Expectancy Lost in Canada Attributable to Smoking, Alcohol, Physical Inactivity, and Diet. **Plos Medicine**, San Francisco, v. 13, n. 8, p. e1002082, 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27529741/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

MARSHALL, S. C.; BERG, K. Cessation of Exercise in the Institutionalized Elderly: Effects on Physical Function. **Physiotherapy Canada**, Montreal, v. 62, n. 3, p. 254–260, 2010. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21629604/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

MAY, E. M.; AZAR, S. T.; MATTHEWS, S. A. How Does the Neighborhood “Come through the Door?” Concentrated Disadvantage, Residential Instability, and the Home Environment for Preschoolers. **American Journal of Community Psychology**, New York, v. 61, n. 1-2, p. 218–228, 2018. Disponível em: <[MCPHEE, J. S. \*et al.\* Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty. \*\*Biogerontology\*\*, Dordrecht, v. 17, n. 3, p. 567–580, 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26936444/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29315625/#:~:text=Results%20showed%20that%20concentrated%20disadvantage,of%20the%20home%20learning%20environment.>. Acesso em: 28 Jan. 2022.</p>
</div>
<div data-bbox=)

MÉLENDEZ, J. C.; ALFONSO-BENLLIURE, V.; MAYORDOMO, T. Idle minds are the devil’s tools? Coping, depressed mood and divergent thinking in older adults. **Aging & Mental**

**Health**, Abingdon, v. 22, n. 12, p. 1606–1613, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29052429/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

MENEGUCI, J. *et al.* Sitting Time and Quality of Life in Older Adults: A Population-Based Study. **Journal of Physical Activity and Health**, Champaign, v. 12, n. 11, p. 1513–1519, 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25621767/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

MENÉNDEZ, E. L. Estilos de vida, riesgos y construcción social: conceptossimilares y significadosdiferentes. **Estudios Sociológicos**, Cidade do México, v. 16, n. 48, p. 37-67, 1998. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/40420500>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

MENEZES, M. F. G.; *et al.* Reflexões sobre alimentação saudável para idosos na agenda pública brasileira. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 599–610, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbgg/a/PnKpF9YxsktWGzsQsdqVysk/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

MENEZES, M. F. G. *et al.* Alimentação saudável na experiência de idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 267–275, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbgg/a/gHyqvVPtW3pr5DzNzgvZBPs/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

MEURER, S. T.; BENEDETTI, T. R. B.; MAZO, G. Z. Aspectos da autoimagem e autoestima de idosos ativos. *Motriz*, Rio Claro, v. 15, n. 4, p. 788–796, 2009. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=550036&indexSearch=ID>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

MICHELETTI, J. K. *et al.* Association between lifestyle and musculoskeletal pain: cross-sectional study among 10,000 adults from the general working population. **BMC Musculoskeletal Disorders**, London, v. 20, n. 1, 2019. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/201413?show=full>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

MILLER, Victoria; MENTE, Andrew; DEGHAN, Mahshid; *et al.* Fruit, vegetable, and legume intake, and cardiovascular disease and deaths in 18 countries (PURE): a prospective cohort study. **The Lancet**, Londres, v. 390, n. 10107, p. 2037–2049, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28864331/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

MINUZZI, Tatiane; PANDOLFO, Kelly Christine Maccarini; AZAMBUJA, Cati Reckelberg; *et al.* Relação do comportamento do perfil do estilo de vida de escolares com o de seus pais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 3563–3570, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/njKDGvQfGpyvV3jGFXzWrsf/?lang=pt>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

MIROWSKI, J.; ROSS, C. E. **Education, Social status and health**. New York: A. de Gruyter, 2003.

MOCTEZUMA, R. R. *et al.* Validez y consistencia del instrumento FANTASTIC para medir estilo de vida en diabéticos. **Rev Med IMSS**, México, v. 41, n. 3, p. 211-220, 2003. Disponível em: <<https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=70934>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

MONTOYA, L. G.; SALAZAR, A. L. Estilo de vida y salud: un problema socioeducativo, antecedentes. **Educere**, Mérida, v. 14, n. 49, p. 287-296, 2010. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3656546>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

MOOS, R. H. *et al.* Older Adults' Coping with Negative Life Events: Common Processes of Managing Health, Interpersonal, and Financial/Work Stressors. **The International Journal of Aging and Human Development**, New York, v. 62, n. 1, p. 39–59, 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1948895/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

MORA, J. C.; VALENCIA, W. M. Exercise and Older Adults. **Clinics in Geriatric Medicine**, Philadelphia, v. 34, n. 1, p. 145–162, 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29129214/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

MORENO-AGOSTINO, D.; *et al.* The impact of physical activity on healthy ageing trajectories: evidence from eight cohort studies. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, London, v. 17, n. 1, 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32677960/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

MORGADO, F. *et al.* Scale development: ten main limitations and recommendations to improve future research practices. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/prc/a/M6fHHwfVFM9GkjCrsr9SFHz/abstract/?lang=en>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

MORGADO, F. F. R. *et al.* Diretrizes teóricas e metodológicas para criação de escalas de medida em imagem corporal. IN M. E. C. FERREIRA, M. R. CASTRO, & F. F. R.

MORGADO. **Imagem corporal: reflexões diretrizes e práticas de pesquisa** (pp. 137-156). Juiz de Fora: Editora UFJF, 2014.

MORIGUTI, J. C.; LIMA, N. K. DA C.; FERRIOLLI, E. (2016). Envelhecimento do sistema digestório. In E. V. FREITAS & L. P. Y. (Ed.). **Tratado de geriatria e gerontologia**, (4a ed, Cap. 60, pp. 607-611). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

MORRIS, J. N. *et al.* Nursing Rehabilitation and Exercise Strategies in the Nursing Home. **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, New York, v. 54, n. 10, p. M494–M500, 1999. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10568531/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

MORRIS, A. A. *et al.* Race/Ethnic and Sex Differences in the Association of Atherosclerotic Cardiovascular Disease Risk and Healthy Lifestyle Behaviors. **Journal of the American Heart Association**, Londres, v. 7, n. 10, 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29728015/#:~:text=Conclusions%3A%20Race%2Fethnic%20minorities%20are,risk%20populations%2C%20particularly%20minority%20women.>>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

NAHAS, V. M.; BARROS, M. V. G.; FRANCALASSI, V. O pentáculo do bem-estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos e grupos. **Revista Brasileira de Educação Física e Saúde**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 48-59, 2000. Disponível em: <<https://www.efdeportes.com/efd148/aplicacao-do-pentaculo-do-bem-estar-em-atividade-fisica.htm>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

NEIVA, E. R.; MAURO, T. G. **Atitudes e Mudança de Atitudes**. In C. V. Torres; E. R. Neiva (Org.). *Psicologia Social: principais temas e vertentes* (pp. 153-170). Porto Alegre: Artmed, 2011.

NELSON, MIRIAM E.; REJESKI, W. JACK; BLAIR, STEVEN N.; *et al.* Physical Activity and Public Health in Older Adults. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, Madison, v. 39, n. 8, p. 1435–1445, 2007. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17762378/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

NIJS, J; KOSEK E; VAN OOSTERWIJCK J;MEEUS M. Dysfunctional endogenous analgesia during exercise in patients with chronic pain: to exercise or not to exercise? **Pain physician**, Paducah, v. 15, n. 3 Suppl, 2012. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22786458/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

NIXON, Sara Jo ; LEWIS, Ben. Clarifying the neurobehavioral sequelae of moderate drinking lifestyles and acute alcohol effects with aging. **International Review of Neurobiology**, New York, p. 39–78, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31733667/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

NORONHA, P. A. Aspectos biológicos do envelhecimento e sua repercussão na prática clínica. In F. G. KAUFMAN. (Coord.). **Novo velho: envelhecimento, olhares e perspectivas**. (Cap. 3, pp. 69-79). São Paulo: Casa do psicólogo, 2012.

NORTHEY, Joseph Michael; CHERBUIN, Nicolas; PUMPA, Kate Louise; *et al.* Exercise interventions for cognitive function in adults older than 50: a systematic review with meta-analysis. **British Journal of Sports Medicine**, Loughborough, v. 52, n. 3, p. 154–160, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28438770/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

O'DOHERTY, M. G. *et al.* Effect of major lifestyle risk factors, independent and jointly, on life expectancy with and without cardiovascular disease: results from the Consortium on Health and Ageing Network of Cohorts in Europe and the United States (CHANCES). **European Journal of Epidemiology**, Rome, v. 31, n. 5, p. 455–468, 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26781655/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

OMS, Organização Mundial de Saúde (2015). **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf;jsessionid=392CB8D0478D8901DF5796EE942A5946?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=392CB8D0478D8901DF5796EE942A5946?sequence=6). Acessado em 05 de setembro de 2020.

OMS, Organização Mundial de Saúde. **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde**. 2011. Disponível em: [http://158.232.12.119/sdhconference/discussion\\_paper/Discussion\\_Paper\\_PT.pdf](http://158.232.12.119/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf). Acessado em 05 de setembro de 2020.

OMS, Organización Mundial de la Salud. **Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud**. Ginebra: OMS; 2004. Disponível em [http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_spanish\\_web.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf). Acesso em 22 abr. 2009.

PAPALIA, D. E.; FIELDMAN, R. D. (2013) **Desenvolvimento Humano**. (12a ed). Porto Alegre: AMGH, 2013.

PARADIES, Yin; BEN, Jehonathan; DENSON, Nida; *et al.* Racism as a Determinant of Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Plos One**, San Francisco, v. 10, n. 9, p. e0138511, 2015. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0138511>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

PARGAMENT, K. I. *et al.* Religion and the Problem-Solving Process: Three Styles of Coping. **Journal for the Scientific Study of Religion**, New York, v. 27, n. 1, p. 90, 1988. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/1387404>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

PASQUALI, Luiz. Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 23, n. spe, p. 99–107, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ptp/a/3fc9trQWqw5qVjrZrMc8fFc/?lang=pt>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PASQUALI, Luiz. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. spe, p. 992–999, 2009. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40416>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

PASQUALI, L. Principios de elaboração de escalas psicologicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, Santiago, v. 25, n. 5, p. 206–13, 1998. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=228044&indexSearch=ID>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

PASQUALI, L. Teoria e métodos de Medidas em Ciências do Comportamento. UnB: INEP, 1996.

PAZ, E. P. A. *et al.* Estilos de vida de pacientes hipertensos atendidos com la Estrategia de Salud de la Familia. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medelin, v. 29, n. 3, p. 467–476, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072011000300016](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072011000300016)>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

PENG, Bin; YANG, Qiang; B JOSHI, Rachna; *et al.* Role of Alcohol Drinking in Alzheimer's Disease, Parkinson's Disease, and Amyotrophic Lateral Sclerosis. **International Journal of Molecular Sciences**, Switzerland, v. 21, n. 7, p. 2316, 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32230811/#:~:text=The%20findings%20on%20the%20association,the%20risk%20of%20developing%20ALS.>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

PEREIRA, S. R. M. (2016). Fisiologia do envelhecimento. In E. V. FREITAS, L. PY (orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. (4a ed., Cap. 14, pp. 139-150). Rio de Janeiro: GuanabaraKoogan, 2016.

PEREIRA, Renata Cristina Arthou; RIVERA, Francisco Javier Uribe ; ARTMANN, Elizabeth. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 327–340, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/Ft6bq9kVPDcKvcPtR9THjYD/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

PIERCY, K. L. *et al.* **The Physical Activity Guidelines for Americans (2 ed)**. JAMA: New York, 2018.

PILLETI, N.; ROSSATO, M.; ROSSATO G. **Psicologia do desenvolvimento**. São Paulo: Contexto, 2014.

PLANAS-BALLVÉ, A. *et al.* Manifestaciones neurológicas del alcoholismo. **Gastroenterología y Hepatología**, Barcelona, v. 40, n. 10, p. 709–717, 2017. Disponível em: <<http://cipesalud.com.ar/wp-content/uploads/2020/09/manifestaciones-neurológicas-del-alcoholismo.pdf>>. Acesso em: 28 Jul. 2021.

PORTO, E. F. *et al.* ESTILO DE VIDA E SUAS RELAÇÕES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 361–373, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/1235>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

PÔRTO, E. F. *et al.* How life style has been evaluated: a systematic review. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 22, n. 4, 2015. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/122509>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

PRIMI, R.; NUNES, C. H. S. O. Definições contemporâneas de validade de testes psicológicos. In: RUTZ, C. S (Org.). **Avanços e polêmica em avaliação psicológica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009. p. 243-265.

POZENA, R.; FERREIRA, N. Projeto “construindo um futuro saudável através da prática da atividade física diária. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, p. 52–56, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/FFjLkYVdPtWqVx8kZv6R94B/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

POWELL, W. *et al.* Medical Mistrust, Racism, and Delays in Preventive Health Screening Among African-American Men. **Behavioral Medicine**, Washington, v. 45, n. 2, p. 102–117, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31343960/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

QUINTANA, D. *et al.* Internet Use and Psychological Well-Being at Advanced Age: Evidence from the English Longitudinal Study of Aging. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 3, p. 480, 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29522486/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

RDC Nº 283, Resolução de Diretoria Colegiada de 26 de setembro de 2005. **Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos**. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC\\_283\\_2005\\_COMP.pdf/a38f2055-c23a-4eca-94ed-76fa43acb1df](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_283_2005_COMP.pdf/a38f2055-c23a-4eca-94ed-76fa43acb1df).

REICHERT, F. F. *et al.* The Role of Perceived Personal Barriers to Engagement in Leisure-Time Physical Activity. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 97, n. 3, p. 515–519, 2007. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17267731/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

REININGER, B. *et al.* Healthy eating patterns associated with acculturation, sex and BMI among Mexican Americans. **Public Health Nutrition**, Wallingford, v. 20, n. 7, p. 1267–1278, 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28004615/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

REPPOLD, C. T.; GURGEL, L. G.; HUTZ, C. S. O processo de construção de escalas psicométricas. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 307–310, 2014. Disponível

em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712014000200018](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712014000200018)>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

RICHARDSON, S.; MCNEILL, A.; BROSE, L. S. Smoking and quitting behaviours by mental health conditions in Great Britain (1993–2014). **Addictive Behaviors**, New York, v. 90, p. 14–19, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30352340/#:~:text=In%20summary%2C%20smoking%20prevalence%20among,contribute%20to%20narrowing%20health%20disparities.>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

RICO-CAMPÀ, A. *et al.* Association between consumption of ultra-processed foods and all cause mortality: SUN prospective cohort study. **BMJ**, Londres, p. 11949, 2019. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/365/bmj.11949>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

RODRIGUES, A., ASSMAR, E. M. L.; JABLONSKI, B. **Psicologia social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

RONKSLEY, P. E. *et al.* Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis. **BMJ**, Londres, v. 342, n. feb22 1, p. d671–d671, 2011. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21343207/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

ROSENSTOCK, I. M. Why People Use Health Services. **Milbank Quarterly**, New York, v. 83, n. 4, p. Online-only-Online-only, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690262/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

ROWE, J.R.; KAHN, R.L. **Successful Aging**. Nova Iorque: Pantheon, 1998.

SALLIS, J. F.; OWEN, N. **Physical activity and behavioral medicine**. Thousand Oaks: Sage, 1999.

SANTOS, M. S. *et al.* Saberes e práticas de mulheres idosas na prevenção do câncer cérvico-uterino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 465–471, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/xCHyBky48X4tCJLvLFtTsYn/?lang=pt>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

SANTOS, G. D.; RIBEIRO, S. M. L. Aspectos afetivos relacionados ao comportamento alimentar dos idosos frequentadores de um centro de convivência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 319–328, 2011. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/FCXVX6TJSRsQsS64NY9jL6g/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

SANTOS, L. A. S. **O corpo, o comer e a comida: um estudo sobre as práticas corporais e alimentares no mundo contemporâneo**. Salvador: EDUFBA, 2008.

SANTOS-LOBATO, E. A.V.; SANTOS-LOBATO, B. L.; CALDATO, M. C. F. Medicina do Estilo de Vida na educação médica: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. e2786, 2020. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2786>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

SCANDRETT, K. G.; MITCHELL, S.L. Religiousness, Religious Coping, and Psychological Well-Being in Nursing Home Residents. **Journal of the American Medical Directors Association**, Hagerstown, v. 10, n. 8, p. 581–586, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2789967/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

SCHAEFER, R. Diagnostik und Therapie der Dehydratation beim älteren Menschen. **DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift**, Stuttgart, v. 142, n. 07, p. 481–484, 2017. Disponível em: <<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0042-121662>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

SCHAIE, K.W.; WILLIS, S.L. Learning and memory: Acquiring and retaining information. In K. W. SCHAIE; S. L. WILLIS (Ed.). **Adult Development and Aging**. New York: Harper Collins Publisher, 1996.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 25, n. 4, p. 585–593, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/estpsi/a/LTdtHbLvZPLZk8MtMNMZyb/?lang=pt>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

SCORALICK-LEMPKE, N. N.; BARBOSA, A. J. G. Educação e envelhecimento: contribuições da perspectiva Life-Span. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 29, n. suppl 1, p. 647–655, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/estpsi/a/HphbDX8GSnBHpgyVm7D9tyG/?lang=pt>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

SCULLIN, M. K.; BLIWISE, D. L. Sleep, Cognition, and Normal Aging. **Perspectives on Psychological Science**, Malden, v. 10, n. 1, p. 97–137, 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25620997/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

SEGERSTROM, Suzanne C.; ROACH, Abbey R.; EVANS, Daniel R.; *et al.* The structure and health correlates of trait repetitive thought in older adults. **Psychology and Aging**, Arlington, v. 25, n. 3, p. 505–515, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2944001/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

SELYE, H. **The Stress of life**. New York: McGraw-Hill Book Company, 1956.

SHARRATT. FANTASTIC Lifestyle Survey of University of Waterloo Employees. **Canadian family physician Medecin de famille canadien**, Montreal, v. 30, 1984. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21279102/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

SILVA, E. A. L.; ELALI, G. A. O papel das praças para o envelhecimento ativo sob o ponto de vista dos especialistas. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del Rei, v. 10, n.2, p. 392-396, 2015. Disponível em: <[https://www.academia.edu/25435206/O\\_papel\\_das\\_pra%C3%A7as\\_para\\_o\\_envelhecimento\\_ativo\\_sob\\_o\\_ponto\\_de\\_vista\\_dos\\_especialistas](https://www.academia.edu/25435206/O_papel_das_pra%C3%A7as_para_o_envelhecimento_ativo_sob_o_ponto_de_vista_dos_especialistas)>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

SILVA, A. R. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 1, p. 45–51, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/7z9ymmxmdpCLWvbXmcwKksH/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

SILVA, D. M. *et al.* Dinâmica das relações familiares intergeracionais na ótica de idosos residentes no Município de Jequié (Bahia), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2183–2191, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/pVLDgCD7L7R3sPTPjYkYq4r/?lang=pt>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

SHAN, Z. *et al.* Trends in Dietary Carbohydrate, Protein, and Fat Intake and Diet Quality Among US Adults, 1999-2016. **Jama**, Chicago, v. 322, n. 12, p. 1178, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31550032/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

SHERRINGTON, C. *et al.* Exercise to prevent falls in older adults: an updated systematic review and meta-analysis. **British Journal of Sports Medicine**, Loughborough, v. 51, n. 24,

p. 1750–1758, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27707740/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

STEFFL, M. *et al.* Relationship between sarcopenia and physical activity in older people: a systematic review and meta-analysis. **Clinical Interventions in Aging**, Auckland, v. Volume 12, p. 835–845, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28553092/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

SIMPSON, R. F. *et al.* Alcohol drinking patterns and liver cirrhosis risk: analysis of the prospective UK Million Women Study. **The Lancet Public Health**, Londres, v. 4, n. 1, p. e41–e48, 2019. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(18\)30230-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(18)30230-5/fulltext)>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

SOLOMON, A. *et al.* Advances in the prevention of Alzheimer’s disease and dementia. **Journal of Internal Medicine**, Chicago, v. 275, n. 3, p. 229–250, 2014. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24605807/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

SOMMERLAD, A. *et al.* Association of social contact with dementia and cognition: 28-year follow-up of the Whitehall II cohort study. **Plos Medicine**, San Francisco, v. 16, n. 8, p. e1002862, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31374073/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

SOUZA, L. M.; LAUTERT, L. Trabalho voluntário: uma alternativa para a promoção da saúde de idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 371–376, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/qJZrThG85WsTTCDCysq5rtR/?lang=pt>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

SOWA, A. *et al.* Predictors of healthy ageing: public health policy targets. **BMC Health Services Research**, London, v. 16, n. S5, 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27609315/#:~:text=Conclusions%3A%20Stimulation%20physical%20activity%20and,found%20to%20be%20health%20beneficial.>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

SPOSITO, G.; NERI, A. L.; YASSUDA, M. S. Cognitive performance and engagement in physical, social and intellectual activities in older adults: The FIBRA study. **Dementia & Neuropsychologia**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 270–278, 2015. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/dn/a/WCpjH7c35NcYLH55dVmGMWb/?lang=en>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

SROUR, B. *et al.* Ultra-processed food intake and risk of cardiovascular disease: prospective cohort study (NutriNet-Santé). **BMJ**, Londres, p. 11451, 2019. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/365/bmj.11451>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

STEELE, E. M. *et al.* Ultra-processed foods and added sugars in the US diet: evidence from a nationally representative cross-sectional study. **BMJ Open**, Londres, v. 6, n. 3, p. e009892, 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26962035/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

STOCKS, N. P. *et al.* Quality of Life for 19,114 participants in the ASPREE (ASpirin in Reducing Events in the Elderly) study and their association with sociodemographic and modifiable lifestyle risk factors. **Quality of Life Research**, Oxford, v. 28, n. 4, p. 935–946, 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30411180/>>. Acesso em: 28 Jan. 2022.

TAMAKOSHI, A. Healthy lifestyle and preventable death: Findings from the Japan Collaborative Cohort (JACC) Study. **Preventive Medicine**, New York, v. 48, n. 5, p. 486–492, 2009. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19254743/>>. Acesso em: 29 Jan. 2022.

TEIXEIRA, I. N. D. O.; NERI, A. L. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 81–94, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pusp/a/gZHYGynvbQ7F3pFBqChVVVd/?lang=pt>>. Acesso em: 29 Jan. 2022.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K.; SILVERMAN, S. J. **Métodos de pesquisa em atividade física (5a ed.)** São Paulo: Artmed, 2012.

THOMPSON, J. K. The (mis)measurement of body image: ten strategies to improve assessment for applied and research purposes. **Body Image**, Amsterdam, v. 1, n. 1, p. 7–14, 2004. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18089137/>>. Acesso em: 29 Jan. 2022.

TIAN, L.; JIANG, B. Effects of Consumer-to-Consumer Product Sharing on Distribution Channel. **Production and Operations Management**, Londres, v. 27, n. 2, p. 350–367, 2018.

Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/poms.12794>>. Acesso em: 29 Jan. 2022.

TOBIN, E. T.; SLATCHER, R. B. Religious participation predicts diurnal cortisol profiles 10 years later via lower levels of religious struggle. **Health Psychology**, Hillsdale, v. 35, n. 12, p. 1356–1363, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5118083/>>. Acesso em: 29 Jan. 2022.

UNITED STATES. Department of Health and Human Services and U.S. Department of Agriculture. **2015–2020 Dietary Guidelines for Americans**. 8th Edition. December 2015. Available at <http://health.gov/dietaryguidelines/2015/guidelines/>.

VERAS, R. P.; CALDAS, C.P.; CORDEIRO, Hesio de Albuquerque. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1189–1213, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/PNKYtHHScFWKVHpvnk7XmRf/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 29 Jan. 2022.

VIEBIG, R. F. *et al.* Consumo de frutas e hortaliças por idosos de baixa renda na cidade de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 806–813, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/hVGkSTrYQw7dV9zWjZ4HThg/?lang=pt#:~:text=CONCLUS%C3%95ES%3A%20O%20consumo%20de%20frutas,associado%20a%20condi%C3%A7%C3%B5es%20socioecon%C3%B4micas%20desfavor%C3%A1veis.&text=Este%20consumo%20estuvo%20positivamente%20associado%20con%20la%20renta%20y%20la%20escolaridad.>>>. Acesso em: 29 Jan. 2022.

VILLELA, P. T. M. *et al.* Salt Preference is Linked to Hypertension and not to Aging. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 113, n. 3, p. 392-399, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/abc/a/MScVnph9Y7BD73MWM3yFGWP/?lang=en#:~:text=Conclusions%3A,not%20to%20aging%20in%20outpatients.>>>. Acesso em: 29 Jan. 2022.

VIRGINI, V.; *et al.* Check-up examination: recommendations in adults. **Swiss Medical Weekly**, Basel, v. 30, n. 145, p. w140775, 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25635626/>>. Acesso em: 29 Jan. 2022.

VISSER, Marjolein; WIJNHOFEN, Hanneke A. H.; COMIJS, Hannie C.; *et al.* A Healthy Lifestyle in Old Age and Prospective Change in Four Domains of Functioning. **Journal of**

**Aging and Health**, Newbury Park, v. 31, n. 7, p. 1297–1314, 2018. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0898264318774430>>. Acesso em: 29 Jan. 2022.

VOLKERT, D. *et al.* ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. **Clinical Nutrition**, Edinburgh, v. 38, n. 1, p. 10–47, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30005900/>>. Acesso em: 29 Jan. 2022.

WAHID, A. *et al.* Quantifying the Association Between Physical Activity and Cardiovascular Disease and Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of the American Heart Association**, Londres, v. 5, n. 9, 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27628572/>>. Acesso em: 29 Jan. 2022.

WACQUANT, L. J. D. O legado sociológico de Pierre Bourdieu: duas dimensões e uma nota pessoal. **Revista de Sociologia e Política**, São Paulo, n. 19, p. 95–110, 2002. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsocp/a/HGpKfnF8jnQX3PQzWs3ZwRj/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 29 Jan. 2022.

WANG, N.; LIU, Y.; LIU, B.; *et al.* Development of the Physiological-Psychological-Social Three-dimensional Human Ageing Scale for older people. **Public Health**, v. 192, p. 61–67, 2021. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33640798/>>. Acesso em: 26 Mar. 2022.

WARE, J. E.; KOSINSKI, M.; KELLER, S. D. **SF-12: How to Score the SF-12 Physical and Mental Health Summary Scales**. Second Edition. Boston: The Health Institute, New England Medical Center, 1995.

WEBER, M. **Ensaio de sociologia**. New York: Oxford University, 1946.

WEGNER, M. *et al.* Effects of Exercise on Anxiety and Depression Disorders: Review of Meta-Analyses and Neurobiological Mechanisms. **CNS & Neurological Disorders - Drug Targets**, Baltimore, v. 13, n. 6, p. 1002–1014, 2014. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24923346/>>. Acesso em: 29 Jan. 2022.

WHEELER, J. R.C.; RUNDALL, T. G. Secondary Preventive Health Behavior. **Health Education Quarterly**, New York, v. 7, n. 4, p. 243–262, 1980. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/109019818000700401>>. Acesso em: 29 Jan. 2022.

WILSON, Douglas M. C.; NIELSEN, Eleanor; CILISKA, Donna. Lifestyle Assessment: Testing the FANTASTIC Instrument. **Canadian Family Physician**, Willowdale, v. 30, p. 1863–1866, 1984. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2154238/>>. Acesso em: 29 Jan. 2022.

WHO, World Health Organization. **Noncommunicable diseases prematurely take 16 million lives annually, WHO urges more action**, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/noncommunicable-diseases/en/>. Acesso em: 29 Jan. 2022.

WHO, World Health Organization. **WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour**. 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336656/9789240015128-eng.pdf>. Acesso em: 29 Jan. 2022.

WHO, World Health Organization. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Geneva, 2010. Disponível em: [https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf). Acesso em: 29 Jan. 2022.

WHO, World Health Organization. **A glossary of terms for community health care and services for older persons**. WHO Centre for Health Development: ageing and health technical report. Geneva, v. 5, 2004. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68896>. Acesso em: 29 Jan. 2022.

WHO, World Health Organization. **Diet nutrition, and the prevention of chronic diseases**, 1990. Disponível em: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/download/en/>. Acesso em: 29 Jan. 2022.

WILLIAMS, D. R. Stress and the Mental Health of Populations of Color: Advancing Our Understanding of Race-related Stressors. **Journal of Health and Social Behavior**, Washington, v. 59, n. 4, p. 466–485, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6532404/>>. Acesso em: 29 Jan. 2022.

WILLIAMS, D. R. *et al.* Understanding how discrimination can affect health. **Health Services Research**, London, v. 54, n. S2, p. 1374–1388, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31663121/>>. Acesso em: 29 Jan. 2022.

WOODS, A. J. *et al.* Augmenting cognitive training in older adults (The ACT Study): Design and Methods of a Phase III tDCS and cognitive training trial. **Contemporary Clinical Trials**, New York, v. 65, p. 19–32, 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29313802/>>. Acesso em: 29 Jan. 2022.

WOLF, E. J. *et al.* Sample Size Requirements for Structural Equation Models. **Educational and Psychological Measurement**, Durham, v. 73, n. 6, p. 913–934, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4334479/>>. Acesso em: 29 Jan. 2022.

XU, X. *et al.* Dietary Pattern Is Associated with Obesity in Older People in China: Data from China Health and Nutrition Survey (CHNS). **Nutrients**, Adelaide, v. 7, n. 9, p. 8170–8188, 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26404368/>>. Acesso em: 29 Jan. 2022.

YANIK, Elizabeth L.; KATKI, Hormuzd A.; ENGELS, Eric A. Cancer risk among the HIV-infected elderly in the United States. **AIDS**, Detroit v. 30, n. 10, p. 1663–1668, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26950314/>>. Acesso em: 29 Jan. 2022.

YOHANNES, A. M. *et al.* The long-term benefits of cardiac rehabilitation on depression, anxiety, physical activity and quality of life. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 19, n. 19-20, p. 2806–2813, 2010. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20738450/>>. Acesso em: 29 Jan. 2022.

ZARAGOZA-MARTÍ, A. *et al.* Relationship Between Adherence to the Mediterranean Diet and Health-Related Quality of Life and Life Satisfaction Among Older Adults. **The journal of nutrition, health & aging**, New York, v. 22, n. 1, p. 89–96, 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29300427/>>. Acesso em: 29 Jan. 2022.

ZHANG, M.; SIMON, M.; DONG, X. The Prevalence of Perceived Stress among U.S. Chinese Older Adults. **AIMS Medical Science**, New York, v. 1, n. 1, p. 40–56, 2014. Disponível em: <<https://www.aimspress.com/article/id/95#:~:text=minority%20aging%20populations.->

,Methods%3A%20This%20study%20aims%20to%20identify%20the%20stress%20level%20among,from%2011.4%25%20to%2031.8%25.>. Acesso em: 29 Jan. 2022.

ZHAO, W. *et al.* Education and Lifestyle Factors Are Associated with DNA Methylation Clocks in Older African Americans. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 16, n. 17, p. 3141, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31466396/>>. Acesso em: 29 Jan. 2022.

ZHUORI, N. *et al.* Does Social Support Affect the Health of the Elderly in Rural China? A Meta-Analysis Approach. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 16, n. 18, p. 3471, 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6765987/#:~:text=From%20the%20perspective%20of%20health,to%20different%20dimensions%20of%20health.>>. Acesso em: 29 Jan. 2022.

## **ANEXO I – Parecer consubstânciado do Comitê de ética**



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Desenvolvimento e Avaliação Psicométrica de um Instrumento Avaliativo do Estilo de Vida de Idosos

**Pesquisador:** Maria Elisa Caputo Ferreira

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 12635219.5.0000.5147

**Instituição Proponente:** Faculdade de Educação Física

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.529.151

#### Apresentação do Projeto:

A apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, Item III.

#### Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos da pesquisa estão claros e bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendidos, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, Item 3.4.1 - 4.

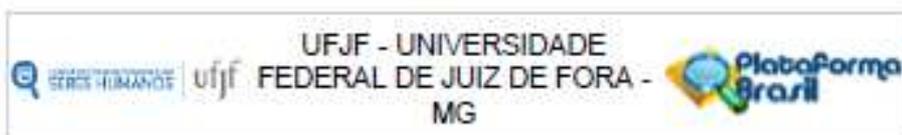
#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios são descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e os benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, Itens III; III.2 e V.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva e está em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2100-3788 Fax: (32)2100-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.528-151

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: julho de 2022.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Endereço: JOSÉ LOURENÇO KILMER SN			
Bairro: SÃO PEDRO		CEP: 36.036-000	
UF: MG	Município: JUIZ DE FORA		
Telefone: (32) 2100-3708	Fax: (32) 2100-3708	E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br	



Continuação do Parecer: 3.029-101

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1330993.pdf	02/08/2019 15:26:15		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	02/08/2019 15:26:00	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_V_TCLE3.pdf	02/08/2019 15:24:29	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_III_TCLE2.pdf	02/08/2019 15:17:56	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_IV_TCLE1.pdf	02/08/2019 15:17:03	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	02/08/2019 15:16:20	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito
Outros	termo_de_sigilo.pdf	20/06/2019 16:47:28	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito
Outros	APENDICEIEntrevistasemiestruturada.pdf	20/06/2019 16:39:59	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito
Outros	APENDICEIVsocio.pdf	20/06/2019 16:38:34	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito
Outros	ANEXO_III_8F12.pdf	20/06/2019 16:32:49	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	infraestrutura.pdf	17/04/2019 22:30:29	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito
Outros	ANEXO_I_parecerdadossecundarios.pdf	17/04/2019 22:30:15	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito
Outros	ANEXO_II_ABEP.pdf	17/04/2019 22:29:21	Maria Elisa Caputo Ferreira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

Endereço: JOSÉ LOURENÇO KELMER SN  
 Bairro: SÃO PEDRO CEP: 38.036-900  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)3102-3788 Fax: (32)3102-3788 E-mail: cnp-propeaq@ufjf.edu.br

## ANEXO II -TCLE da etapa 1 (Geração de itens)



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa "Qualidade e estilo de vida de idosos: uma investigação quanti-qualitativa". Nesta pesquisa pretendemos analisar a qualidade e o estilo de vida de idosos residentes em Juiz de Fora-MG. O motivo que nos leva a estudar é o crescimento acelerado da população de idosos do município que nos trás a necessidade de compreender a percepção de qualidade de vida e do estilo de vida deste público.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: O Sr. (a) caso aceite o nosso convite, será entrevistado por meio de um questionário que contém perguntas em relação a sua alimentação, atividade física e os aspectos psicológicos e sociais da sua vida. Esta entrevista será gravada para que seja possível a análise dos dados. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em riscos mínimos e restringe-se ao sigilo a identificação e as informações referentes aos participantes, no entanto, todos os cuidados serão tomados para preservar a sua identidade, assegurando o anonimato dos dados individuais. A pesquisa contribuirá para promover um maior interesse e compreensão de como o estilo de vida de idosos influencia na percepção de qualidade de vida deste público. Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a). O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no Laboratório de Estudos do Corpo – Faculdade de Educação Física e Desportos – UFJF e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa "Qualidade e estilo de vida de idosos: uma investigação quanti-qualitativa" de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Pesquisador (a)

PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: MARIA ELISA CAPUTO FERREIRA  
ENDEREÇO: LABORATÓRIO DE ESTUDOS DO CORPO – FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS – UFJF – RUA JOSÉ LOURENÇO KELMER, S/N – CAMPUS UNIVERSITÁRIO – BAIRRO SÃO PEDRO - JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36036-330  
FONE: (32)9945 0590 / E-MAIL: CAPUTOFERREIRA@TERRA.COM.BR

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:  
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF  
Campus Universitário da UFJF  
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa  
CEP: 36036-900  
Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

## ANEXO III-

## Julgamento dos juizes da escala quanto à representatividade dos itens

Item	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	% concordância
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	91,66
2	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	1	1	0	83,33
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
4	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	91,66
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
6	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	-1	1	75
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
9	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	-1	0	66,66
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	91,66
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	1	91,66
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	-1	1	91,66
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	83,33
16	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	83,33
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	91,66
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	1	91,66
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	91,66
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	91,66
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	91,66
25	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	1	1	0	83,33
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
31	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	91,66
32	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	-1	1	91,66
33	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	83,33
34	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	-1	0	66,66
35	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	-1	83,33
36	1	1	1	-1	1	1	1	0	-1	0	1	-1	66,66
37	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	1	91,66
38	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	1	91,66
39	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	91,66
40	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	83,33
41	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
42	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	1	1	-1	91,66
43	1	0	1	0	-1	1	1	0	-1	1	-1	1	50

44	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	1	91,66
45	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
46	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	1	-1	1	83,33
47	1	1	1	-1	1	1	1	0	-1	1	1	-1	66,66
48	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	1	91,66
49	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
50	1	1	1	0	1	1	1	-1	-1	1	-1	-1	58,33
51	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	83,33
52	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
53	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	1	1	1	91,66
54	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	91,66
55	1	1	1	-1	1	1	1	1	1	1	1	1	91,66
56	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	1	91,66
57	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
58	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	1	1	1	91,66
59	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
60	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	-1	1	83,33
61	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
62	1	1	1	-1	1	1	1	1	-1	1	1	1	83,33
63	1	1	1	-1	1	1	1	1	-1	1	-1	1	75
64	1	1	1	-1	1	1	1	1	-1	1	-1	1	75
65	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	91,66
66	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
67	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	0	0	1	75
68	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	1	-1	-1	75
69	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	91,66
70	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	-1	-1	66,66
71	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
72	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
73	1	1	1	0	0	0	0	-1	1	1	-1	0	41,66
74	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	1	91,66
75	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	83,33
76	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
77	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	1	1	1	91,66
78	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	1	0	1	83,33
79	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	91,66
80	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	91,66
81	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	1	0	1	83,33
82	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	-1	-1	75
83	1	1	1	0	1	1	1	1	-1	1	1	0	75
84	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	0	83,33
85	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
86	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	1	91,66
87	1	1	1	-1	1	0	1	0	1	1	1	-1	66,66
89	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	83,33
90	1	1	1	-1	1	1	1	1	-1	1	1	1	83,33
91	1	1	1	-1	1	1	1	1	1	1	-1	1	83,33
92	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	91,66



## ANEXO IV

## Julgamento dos juizes da escala quanto à redação dos itens

Item	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	% concordância
1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	83,33
2	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	75
3	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	83,33
4	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	66,66
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	91,66
6	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	-1	1	66,66
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	91,66
8	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	83,33
9	0	0	1	-1	1	1	1	-1	0	-1	-1	0	33,33
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	91,66
11	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	83,33
12	1	1	0	1	1	1	-1	1	1	1	-1	1	75
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
14	1	1	1	0	1	1	1	1	1	-1	1	0	75
15	1	1	1	0	1	1	1	1	1	-1	1	0	75
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	83,33
17	1	1	1	0	1	1	1	1	1	-1	1	1	83,33
18	1	1	1	1	1	1	-1	1	1	1	1	0	83,33
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	91,66
20	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	91,66
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	1	91,66
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	-1	83,33
23	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	-1	-1	66,66
24	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	-1	-1	66,66
25	0	0	1	0	1	0	1	1	-1	0	1	0	33,33
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
27	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	91,66
28	1	0	1	0	1	1	-1	1	1	1	1	0	66,66
29	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	66,66
30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
31	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	83,33
32	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	83,33
33	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	1	0	83,33
34	1	1	1	0	1	1	1	1	1	-1	-1	0	66,66
35	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	-1	-1	33,33
36	0	0	1	-1	1	1	1	1	-1	-1	1	-1	50
37	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	0	83,33
38	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	-1	1	83,33
39	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	91,66
40	1	1	1	0	1	1	1	1	0	-1	1	1	75
41	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
42	1	1	1	0	1	1	1	1	-1	1	1	-1	75
43	1	0	1	0	1	0	1	0	-1	1	-1	0	41,66

44	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	-1	1	83,33
45	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	91,66
46	0	0	1	1	1	1	1	1	-1	1	-1	0	58,33
47	1	1	1	-1	1	1	1	1	-1	1	1	-1	75
48	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	-1	1	58,33
49	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	83,33
50	1	0	1	-1	1	0	1	1	-1	1	-1	-1	50
51	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	83,33
52	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
53	0	0	1	1	1	1	1	1	-1	1	1	1	75
54	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	83,33
55	1	1	1	-1	1	1	1	1	1	1	1	1	91,66
56	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	-1	1	75
57	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	91,66
58	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	0	1	1	83,33
59	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
60	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	-1	1	83,33
61	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
62	0	1	1	-1	1	1	1	1	-1	1	1	1	75
63	0	1	1	-1	1	1	1	1	-1	1	-1	1	66,66
64	0	1	1	-1	1	1	1	1	-1	1	-1	1	66,66
65	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	1	91,66
66	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	1	1	1	91,66
67	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	-1	-1	1	83,33
68	0	1	1	1	0	1	1	0	-1	0	-1	-1	41,66
69	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	83,33
70	1	1	0	0	0	1	1	1	-1	-1	-1	-1	41,66
71	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
72	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
73	0	0	0	-1	0	0	-1	-1	-1	1	-1	0	8,3
74	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	-1	1	83,33
75	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	100
76	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	100
77	1	1	1	0	1	1	1	1	-1	1	1	1	91,66
78	1	0	1	1	1	1	1	1	-1	1	-1	1	75
79	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	1	91,66
80	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	91,66
81	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	1	-1	1	83,33
82	1	1	1	0	1	1	1	1	1	-1	-1	-1	66,66
83	0	1	1	-1	1	1	1	1	-1	1	1	0	66,66
84	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	0	83,33
85	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	91,66
86	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	1	83,33
87	1	1	1	-1	1	1	1	1	0	1	1	-1	75
89	0	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	-1	1	75
90	-1	1	1	0	1	1	1	1	-1	1	1	1	75
91	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	-1	1	83,33
92	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	91,66

<b>93</b>	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	1	83,33
<b>94</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	1	91,66
<b>95</b>	1	1	1	-1	1	1	1	1	1	1	-1	1	83,33
<b>96</b>	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	83,33





<b>92</b>	A	A	A	E	A	A	A	A	A	A	A	A	91,66
<b>93</b>	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	100
<b>94</b>	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	100
<b>95</b>	C	C	C	I	C	C	C	C	C	C	C	C	91,66
<b>96</b>	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	91,66

Legenda: I: O juiz considerou o item indefinido

## ANEXO VI – TCLE da etapa 2 (Pré-teste 1 e 2)



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PRÉ-TESTE

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa “Desenvolvimento e Avaliação Psicométrica de um Instrumento Avaliativo do Estilo de Vida de Idosos”. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa justifica-se pela falta de questionários que buscam avaliar estilo de vida dessa população. Caso você concorde em participar pediremos a sua opinião sobre algumas frases relacionadas ao estilo de vida. Será solicitado que você diga o quanto as frases são claras e compreensíveis para você. Essas frases poderão fazer parte de um novo questionário.

A pesquisa contribuirá para o avanço das pesquisas sobre estilo de vida de idosos, pois os pesquisadores poderão contar com uma forma confiável de identificar comportamentos relacionados estilo de vida deste público. Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

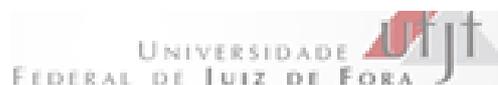
Assinatura da pesquisadora

Assinatura do participante

Nome do Pesquisador Responsável: Maria Elza Caputo Ferreira  
Campus Universitário da UFJF – Faculdade de Educação Física  
CEP: 36036-900  
Fone: (32) 9945 0590 / E-mail: CAPUTOFERREIRA@TERRA.COM

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF  
Campus Universitário da UFJF  
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa  
CEP: 36036-900  
Fone: (32) 2102-3755 / E-mail: cep.pmpesq@uff.edu.br

## ANEXO VII – TCLE da etapa 3



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PRÉ-TESTE

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa “Desenvolvimento e Avaliação Psicométrica de um Instrumento Avaliativo do Estilo de Vida de Idosos”. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa justifica-se pela falta de questionários que buscam avaliar estilo de vida dessa população. Caso você concorde em participar pediremos a sua opinião sobre algumas frases relacionadas ao estilo de vida. Iremos solicitar algumas informações sociodemográficas e socioeconômicas, como sua idade, estado civil, escolaridade do chefe da família, itens de conforto presentes na sua casa, dentre outras. Pediremos também que você informe o seu peso e altura. Posteriormente, serão realizadas perguntas que fazem parte do questionário que está sendo criado para avaliar o estilo de vida de idosos. Será solicitado também que você responda ao SF-12, um instrumento que tem como objetivo avaliar a sua qualidade de vida. Pode ser que daqui duas semanas você seja convidado para participar dessa pesquisa novamente. Caso aceite, você poderá retornar a esse mesmo local para responder a essas mesmas perguntas. Esses procedimentos devem ser realizados por uma segunda vez para que possamos testar o quanto o novo instrumento é confiável.

A pesquisa contribuirá para o das pesquisas sobre estilo de vida de idosos, pois os pesquisadores poderão contar com uma forma confiável de identificar comportamentos relacionados estilo de vida deste público. Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

Assinatura da pesquisadora

Nome do Pesquisador Responsável: Maria Eliza Capelle Ferreira  
Campus: Universidade de UFJF – Faculdade de Educação Física  
CEP: 30220-900

Assinatura do participante

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:  
CEP - Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos - UFJF  
Campus Universitário de UFJF  
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisas  
CEP: 30220-900  
Fone: (32) 2152-3788 | E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

## ANEXO VIII– SF-12

## SF-12 QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

Queremos saber sua opinião sobre sua saúde. Essa informação nos ajudará, a saber, como o (a) Sr (a) se sente e como é capaz de fazer suas atividades do dia a dia. Responda cada questão indicando a resposta certa. Se estiver em dúvida sobre como responder a questão, por favor, tente responder da melhor maneira possível.

1. Em geral, o (a) Sr (a) diria que a sua saúde é:

Excelente	1
Muito boa	2
Boa	3
Regular	4
<b>Ruim</b>	5

As perguntas seguintes são sobre coisas que o (a) Sr (a) geralmente faz no seu dia a dia (dia típico/comum) O (A) Sr (a) acha que sua saúde, AGORA, o dificulta de fazer algumas coisas do dia a dia, como por exemplo:

2. Atividades médias (como mover uma cadeira, fazer compras, limpar a casa, trocar de roupa)?

SIM Dificulta muito.	1
SIM Dificulta um pouco.	2
NÃO dificulta de modo algum.	3

3. O (A) Senhor (a) acha que sua saúde, AGORA, o dificulta de fazer algumas coisas do dia a dia, como por exemplo:

Subir três ou mais degraus de escada?

SIM Dificulta muito.	1
SIM Dificulta um pouco.	2
NÃO dificulta de modo algum.	3

Durante as últimas quatro semanas, o (a) Sr (a) teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou em suas atividades do dia a dia, como por exemplo:

4. Fez menos do que o (a) Sr (a) gostaria, por causa de sua saúde física?

Sim	1
Não	2

5. Durante as últimas quatro semanas, o (a) Sr (a) com seu trabalho ou em suas atividades do dia a dia, como por exemplo: Sentiu-se com dificuldade no trabalho ou em outras atividades, por causa de sua saúde física?

Sim	1
Não	2

Durante as últimas quatro semanas, o (a) Sr (a) teve algum dos seguintes problemas, como por exemplo:

6. Fez menos do que gostaria, por causa de problemas emocionais?

Sim	1
Não	2

7. Durante as últimas quatro semanas, o (a) Sr (a) teve algum dos seguintes problemas, como por exemplo: Deixou de fazer seu trabalho ou outras atividades cuidadosamente, por causa de problemas emocionais?

Sim	1
Não	2

8. Durante as últimas quatro semanas, alguma dor atrapalhou seu trabalho normal (tanto o trabalho de casa como o de fora)?

Não, nem um pouco.	1
Um pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

Estas questões são sobre como o (a) Sr (a) se sente e como as coisas têm andado para o (a) Sr (a) durante as últimas quatro semanas. Para cada questão, por favor, dê a resposta que mais se assemelha à maneira como o (a) Sr (a) vem se sentindo.

9. Quanto tempo (a) Sr (a) tem se sentido calmo e tranqüilo?

Todo o tempo	1
A maior parte do tempo	2
Uma boa parte do tempo	3
Alguma parte do tempo	4
Uma pequena parte do tempo	5
Nem um pouco do tempo	6

10. Quanto tempo, durante as últimas quatro semanas, o (a) Sr (a) tem se sentido com bastante energia?

Todo o tempo	1
A maior parte do tempo	2
Uma boa parte do tempo	3
Alguma parte do tempo	4
Uma pequena parte do tempo	5
Nem um pouco do tempo	6

11. Quanto tempo, durante as últimas quatro semanas, o (a) Sr (a) se sentido desanimado e deprimido?

Todo o tempo	1
A maior parte do tempo	2
Uma boa parte do tempo	3
Uma pequena parte do tempo	4

Nenhum pouco do tempo	5
-----------------------	---

12. Durante as últimas quatro semanas, em quanto do seu tempo a sua saúde ou problemas emocionais atrapalharam suas atividades sociais, tais como: visitar amigos, parentes, sair, etc?

Todo o tempo	1
A maior parte do tempo	2
Uma boa parte do tempo	3
Uma pequena parte do tempo	4
Nenhum pouco do tempo	5

## ANEXO IX

## RODADA 1

## Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,841
Teste de esfericidade de	Aprox. Qui-quadrado	7884,384
Bartlett	df	1176
	Sig.	,000

## Comunalidades

	Inicial	Extração
@1	1,000	,559
@2	1,000	,615
@3	1,000	,522
@4	1,000	,664
@5	1,000	,670
@6	1,000	,669
@7	1,000	,574
@8	1,000	,760
@9	1,000	,739
@10	1,000	,575
@11	1,000	,595
@12	1,000	,564
@13	1,000	,449
@14	1,000	,684
@15	1,000	,663
@16	1,000	,641
@17	1,000	,719
@18	1,000	,511
@19	1,000	,611
@20	1,000	,587
@21	1,000	,684
@22	1,000	,408
@23	1,000	,698
@24	1,000	,696
@25	1,000	,479
@26	1,000	,483
@27	1,000	,755
@28	1,000	,580

@29	1,000	,633
@30	1,000	,591
@31	1,000	,571
@32	1,000	,614
@33	1,000	,636
@34	1,000	,518
@35	1,000	,650
@36	1,000	,642
@37	1,000	,633
@38	1,000	,706
@39	1,000	,587
@40	1,000	,543
@41	1,000	,545
@42	1,000	,580
@43	1,000	,559
@44	1,000	,748
@45	1,000	,595
@46	1,000	,548
@47	1,000	,785
@48	1,000	,644
@49	1,000	,715

Método de Extração: Análise de  
Componente Principal.

## RODADA 2

### Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,835
Teste de esfericidade de	Aprox. Qui-quadrado	7349,829
Bartlett	df	990
	Sig.	,000

Comunalidades		
	Inicial	Extração
@1	1,000	,562
@2	1,000	,605
@3	1,000	,543
@4	1,000	,532
@5	1,000	,666
@6	1,000	,653
@7	1,000	,573
@8	1,000	,774
@9	1,000	,754
@10	1,000	,568
@11	1,000	,565
@12	1,000	,503
@14	1,000	,649
@15	1,000	,666
@16	1,000	,647
@17	1,000	,715
@18	1,000	,501
@19	1,000	,624
@20	1,000	,627
@21	1,000	,628
@23	1,000	,724
@24	1,000	,604
@27	1,000	,746
@28	1,000	,593
@29	1,000	,643
@30	1,000	,603
@31	1,000	,574
@32	1,000	,619
@33	1,000	,612
@34	1,000	,532
@35	1,000	,630
@36	1,000	,653
@37	1,000	,610
@38	1,000	,702
@39	1,000	,594
@40	1,000	,523
@41	1,000	,534
@42	1,000	,559
@43	1,000	,567
@44	1,000	,780
@45	1,000	,592

@46	1,000	,559
@47	1,000	,797
@48	1,000	,672
@49	1,000	,712

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

**ITEM 16 EXCLUÍDO - MSA = 0,582**

**RODADA 3**

**Teste de KMO e Bartlett**

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,838
Teste de esfericidade de	Aprox. Qui-quadrado	7249,837
Bartlett	df	946
	Sig.	,000

**Comunalidades**

	Inicial	Extração
@1	1,000	,567
@2	1,000	,606
@3	1,000	,565
@4	1,000	,604
@5	1,000	,653
@6	1,000	,675
@7	1,000	,563
@8	1,000	,770
@9	1,000	,746
@10	1,000	,617
@11	1,000	,664
@12	1,000	<b>,455</b>
@14	1,000	,679
@15	1,000	,648
@17	1,000	,714
@18	1,000	,500
@19	1,000	,630
@20	1,000	,628
@21	1,000	,694

@23	1,000	,658
@24	1,000	,680
@27	1,000	,754
@28	1,000	,590
@29	1,000	,647
@30	1,000	,601
@31	1,000	,569
@32	1,000	,653
@33	1,000	,563
@34	1,000	,533
@35	1,000	,630
@36	1,000	,641
@37	1,000	,642
@38	1,000	,701
@39	1,000	,605
@40	1,000	,530
@41	1,000	,543
@42	1,000	,564
@43	1,000	,566
@44	1,000	,781
@45	1,000	,592
@46	1,000	,535
@47	1,000	,804
@48	1,000	,718
@49	1,000	,732

Método de Extração: Análise de  
Componente Principal.

#### RODADA 4

##### Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,838
Teste de esfericidade de	Aprox. Qui-quadrado	7073,220
Bartlett	df	903
	Sig.	,000

Comunalidades		
	Inicial	Extração
@1	1,000	,571
@2	1,000	,612
@3	1,000	,562
@4	1,000	,671
@5	1,000	,662
@6	1,000	,676
@7	1,000	,568
@8	1,000	,771
@9	1,000	,748
@10	1,000	,620
@11	1,000	,649
@14	1,000	,676
@15	1,000	,659
@17	1,000	,716
@18	1,000	,490
@19	1,000	,624
@20	1,000	,630
@21	1,000	,693
@23	1,000	,670
@24	1,000	,693
@27	1,000	,754
@28	1,000	,593
@29	1,000	,657
@30	1,000	,613
@31	1,000	,562
@32	1,000	,657
@33	1,000	,566
@34	1,000	,531
@35	1,000	,636
@36	1,000	,642
@37	1,000	,633
@38	1,000	,701
@39	1,000	,604
@40	1,000	,530
@41	1,000	,544
@42	1,000	,565
@43	1,000	,575
@44	1,000	,780
@45	1,000	,585

@46	1,000	,544
@47	1,000	,811
@48	1,000	,718
@49	1,000	,736

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

## RODADA 6

### Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,834
Teste de esfericidade de	Aprox. Qui-quadrado	6879,445
Bartlett	df	861
	Sig.	,000

### Comunalidades

	Inicial	Extração
@1	1,000	,552
@2	1,000	,606
@3	1,000	,578
@4	1,000	,597
@5	1,000	,648
@6	1,000	,648
@7	1,000	,562
@8	1,000	,781
@9	1,000	,752
@10	1,000	,610
@11	1,000	,432
@14	1,000	,652
@15	1,000	,655
@17	1,000	,713
@19	1,000	,620
@20	1,000	,626
@21	1,000	,660
@23	1,000	,602
@24	1,000	,535
@27	1,000	,757
@28	1,000	,594
@29	1,000	,644
@30	1,000	,597

@31	1,000	,562
@32	1,000	,629
@33	1,000	,577
@34	1,000	,529
@35	1,000	,638
@36	1,000	,639
@37	1,000	,563
@38	1,000	,701
@39	1,000	,600
@40	1,000	,494
@41	1,000	,532
@42	1,000	,564
@43	1,000	,571
@44	1,000	,781
@45	1,000	,588
@46	1,000	,534
@47	1,000	,810
@48	1,000	,697
@49	1,000	,729

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

## RODADA 7

### Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,827
Teste de esfericidade de	Aprox. Qui-quadrado	6495,565
Bartlett	df	780
	Sig.	,000

### Comunalidades

	Inicial	Extração
@1	1,000	,565
@2	1,000	,596
@3	1,000	,587
@4	1,000	,661
@5	1,000	,653
@6	1,000	,664
@7	1,000	,558
@8	1,000	,784

@9	1,000	,753
@10	1,000	,619
@14	1,000	,661
@15	1,000	,654
@17	1,000	,712
@19	1,000	,624
@20	1,000	,625
@21	1,000	,696
@23	1,000	,581
@24	1,000	,610
@27	1,000	,757
@28	1,000	,586
@29	1,000	,621
@30	1,000	,592
@31	1,000	,560
@32	1,000	,664
@33	1,000	,560
@34	1,000	,541
@35	1,000	,643
@36	1,000	,640
@37	1,000	,614
@38	1,000	,709
@39	1,000	,607
@41	1,000	,554
@42	1,000	,544
@43	1,000	,567
@44	1,000	,780
@45	1,000	,585
@46	1,000	,537
@47	1,000	,808
@48	1,000	,714
@49	1,000	,732

Método de Extração: Análise de  
Componente Principal.



Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.

a. Rotação convergida em 18 iterações.

## RODADA 8

### Teste de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,832
Teste de esfericidade de	Aprox. Qui-quadrado	3980,617
Bartlett	df	276
	Sig.	,000

### Comunalidades

	Inicial	Extração
@1	1,000	,538
@2	1,000	,562
@3	1,000	,531
@5	1,000	,616
@6	1,000	,613
@7	1,000	,557
@14	1,000	,619
@15	1,000	,520
@17	1,000	,688
@19	1,000	,564
@24	1,000	,364
@27	1,000	,754
@28	1,000	,507
@30	1,000	,469
@31	1,000	,536
@33	1,000	,539
@35	1,000	,627
@36	1,000	,603
@37	1,000	,521
@38	1,000	,714
@39	1,000	,495
@41	1,000	,501
@42	1,000	,554
@45	1,000	,354

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

**RODADA 9****Teste de KMO e Bartlett**

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,830
Teste de esfericidade de	Aprox. Qui-quadrado	3343,954
Bartlett	df	190
	Sig.	,000

**Comunalidades**

	Inicial	Extração
@1	1,000	,540
@2	1,000	,589
@3	1,000	,726
@5	1,000	,644
@6	1,000	,634
@7	1,000	,560
@14	1,000	,635
@15	1,000	,558
@17	1,000	,707
@19	1,000	,585
@27	1,000	,712
@28	1,000	,591
@31	1,000	,553
@33	1,000	,618
@35	1,000	,635
@36	1,000	,563
@37	1,000	,534
@38	1,000	,727
@41	1,000	,531
@42	1,000	,560

Método de Extração: Análise de  
Componente Principal.

**Matriz de componente rotativa<sup>a</sup>**

	Componente				
	1	2	3	4	5
@38	,823				
@35	,760				
@36	,730				
@37	,712				
@41	,705				
@42	,675				
@6		,765			
@5		,761			
@7		,715			
@1		,707			
@2		,687			
@27			,818		
@33			,778		
@28			,732		
@31			,705		
@17				,811	
@15				,711	
@19				,710	
@14				,709	
@3					,842

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.

a. Rotação convergida em 5 iterações.

## RODADA 10 (última)

**Teste de KMO e Bartlett**

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		,830
Teste de esfericidade de	Aprox. Qui-quadrado	3315,477
Bartlett	df	171
	Sig.	,000

**Comunalidades**

	Inicial	Extração
@1	1,000	,538
@2	1,000	,548

@5	1,000	,613
@6	1,000	,619
@7	1,000	,528
@14	1,000	,611
@15	1,000	,529
@17	1,000	,701
@19	1,000	,576
@27	1,000	,708
@28	1,000	,595
@31	1,000	,556
@33	1,000	,613
@35	1,000	,578
@36	1,000	,557
@37	1,000	,532
@38	1,000	,679
@41	1,000	,517
@42	1,000	,510

Método de Extração: Análise de  
Componente Principal.

## Matrizes anti-imagem

	@1	@2	@5	@6	@7	@14	@15	@17	@19	@27	@28	@31	@33	@35	@36	@37	@38	@41
Correlação anti- imagem 1	,892 <sup>a</sup>	-,195	-,184	-,166	-,084	-,085	-,070	-,009	,030	,023	,024	-,046	-,014	-,118	,003	,002	,067	,011
2	-,195	,834 <sup>a</sup>	-,110	-,008	-,416	,029	,002	-,108	,090	-,061	-,036	-,014	-,038	-,054	-,080	-,058	,016	,065
5	-,184	-,110	,808 <sup>a</sup>	-,483	-,041	-,004	,079	-,025	-,047	-,076	-,044	,039	-,075	-,005	-,018	,048	,024	-,051
6	-,166	-,008	-,483	,804 <sup>a</sup>	-,178	-,109	,005	-,010	,007	,038	,023	,002	,023	,036	,046	-,053	-,078	,038
7	-,084	-,416	-,041	-,178	,791 <sup>a</sup>	,088	-,091	,078	-,116	-,063	,029	-,058	,064	,048	,025	,066	,006	-,100
14	-,085	,029	-,004	-,109	,088	,829 <sup>a</sup>	-,139	-,159	-,377	-,102	,066	-,174	-,068	,031	,040	-,077	,022	,004
15	-,070	,002	,079	,005	-,091	-,139	,795 <sup>a</sup>	-,413	,034	,083	-,094	-,003	,011	-,083	,001	,028	,011	-,031
17	-,009	-,108	-,025	-,010	,078	-,159	-,413	,812 <sup>a</sup>	-,293	,047	-,087	-,023	,005	,061	-,003	-,003	-,043	-,009
19	,030	,090	-,047	,007	-,116	-,377	,034	-,293	,817 <sup>a</sup>	-,054	-,056	,091	,040	-,002	-,114	-,050	-,039	-,020
27	,023	-,061	-,076	,038	-,063	-,102	,083	,047	-,054	,814 <sup>a</sup>	-,211	-,214	-,430	-,017	,022	-,058	-,007	-,019
28	,024	-,036	-,044	,023	,029	,066	-,094	-,087	-,056	-,211	,841 <sup>a</sup>	-,333	-,136	-,026	-,005	,008	,054	,070
31	-,046	-,014	,039	,002	-,058	-,174	-,003	-,023	,091	-,214	-,333	,848 <sup>a</sup>	-,042	-,027	-,054	,049	-,021	-,002
33	-,014	-,038	-,075	,023	,064	-,068	,011	,005	,040	-,430	-,136	-,042	,798 <sup>a</sup>	,039	,027	-,002	,036	,041
35	-,118	-,054	-,005	,036	,048	,031	-,083	,061	-,002	-,017	-,026	-,027	,039	,777 <sup>a</sup>	-,052	-,173	-,575	-,060
36	,003	-,080	-,018	,046	,025	,040	,001	-,003	-,114	,022	-,005	-,054	,027	-,052	,906 <sup>a</sup>	-,167	-,169	-,147
37	,002	-,058	,048	-,053	,066	-,077	,028	-,003	-,050	-,058	,008	,049	-,002	-,173	-,167	,914 <sup>a</sup>	-,109	-,113
38	,067	,016	,024	-,078	,006	,022	,011	-,043	-,039	-,007	,054	-,021	,036	-,575	-,169	-,109	,797 <sup>a</sup>	-,094
41	,011	,065	-,051	,038	-,100	,004	-,031	-,009	-,020	-,019	,070	-,002	,041	-,060	-,147	-,113	-,094	,864 <sup>a</sup>

a. Medidas de adequação de amostragem (MSA)

**Matriz de componente rotativa<sup>a</sup>**

	Componente			
	1	2	3	4
@38	,816			
@35	,751			
@36	,733			
@37	,711			
@41	,710			
@42	,684			
@6		,764		
@5		,760		
@7		,717		
@1		,707		
@2		,691		
@27			,814	
@33			,774	
@28			,738	
@31			,706	
@17				,811
@14				,712
@19				,711
@15				,709

Método de Extração: Análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.

a. Rotação convergida em 5 iterações.

# ANEXO XI – ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA

## Results

### Confirmatory Factor Analysis

#### Model fit

##### Chi-square test

Model	$\chi^2$	df	p
Baseline model	1956.873	171	
Factor model	187.033	146	0.012

#### Additional fit measures

##### Fit indices

Index	Value
Comparative Fit Index (CFI)	0.977
Tucker-Lewis Index (TLI)	0.973
Bentler-Bonett Non-normed Fit Index (NNFI)	0.973
Bentler-Bonett Normed Fit Index (NFI)	0.904
Parsimony Normed Fit Index (PNFI)	0.772
Bollen's Relative Fit Index (RFI)	0.888
Bollen's Incremental Fit Index (IFI)	0.977
Relative Noncentrality Index (RNI)	0.977

##### Information criteria

	Value
Log-likelihood	
Number of free parameters	44.000

**Information criteria**

---

	<b>Value</b>
Akaike (AIC)	
Bayesian (BIC)	
Sample-size adjusted Bayesian (SSABIC)	

---

**Other fit measures**

---

<b>Metric</b>	<b>Value</b>
Root mean square error of approximation (RMSEA)	0.037
RMSEA 90% CI lower bound	0.018
RMSEA 90% CI upper bound	0.052
RMSEA p-value	0.923
Standardized root mean square residual (SRMR)	0.076
Hoelter's critical N ( $\alpha = .05$ )	193.027
Hoelter's critical N ( $\alpha = .01$ )	207.790
Goodness of fit index (GFI)	0.953
McDonald fit index (MFI)	0.905
Expected cross validation index (ECVI)	1.342

---

## Parameter estimates

### Factor loadings

Factor	Indicator	Symbol	Estimate	Std. Error	z-value	p	95% Confidence Interval		Std. Est. (all)
							Lower	Upper	
Qualidade dos relacionamentos	@36	$\lambda_{11}$	0.656	0.083	7.886	< .001	0.493	0.819	0.661
	@37	$\lambda_{12}$	0.557	0.072	7.772	< .001	0.417	0.698	0.730
	@38	$\lambda_{13}$	0.701	0.091	7.663	< .001	0.522	0.880	0.797
	@35	$\lambda_{14}$	0.559	0.072	7.773	< .001	0.418	0.700	0.721
	@41	$\lambda_{15}$	0.585	0.084	6.940	< .001	0.420	0.750	0.597
	@42	$\lambda_{16}$	0.696	0.076	9.151	< .001	0.547	0.845	0.672
Comportamento preventivo	@1	$\lambda_{21}$	0.587	0.091	6.462	< .001	0.409	0.765	0.546
	@2	$\lambda_{22}$	0.736	0.087	8.487	< .001	0.566	0.906	0.726
	@5	$\lambda_{23}$	0.900	0.096	9.411	< .001	0.713	1.088	0.692
	@6	$\lambda_{24}$	0.813	0.098	8.316	< .001	0.621	1.004	0.631
	@7	$\lambda_{25}$	0.753	0.091	8.282	< .001	0.575	0.932	0.679
Atividade física	@27	$\lambda_{31}$	1.033	0.079	13.148	< .001	0.879	1.187	0.749
	@28	$\lambda_{32}$	0.732	0.083	8.857	< .001	0.570	0.894	0.634
	@31	$\lambda_{33}$	0.812	0.071	11.393	< .001	0.672	0.951	0.807
	@33	$\lambda_{34}$	0.945	0.089	10.569	< .001	0.770	1.120	0.654
Alimentação	@14	$\lambda_{41}$	0.721	0.061	11.761	< .001	0.601	0.841	0.779
	@17	$\lambda_{42}$	0.511	0.068	7.548	< .001	0.378	0.643	0.664
	@19	$\lambda_{43}$	0.597	0.068	8.765	< .001	0.463	0.730	0.706
	@15	$\lambda_{44}$	0.383	0.060	6.358	< .001	0.265	0.501	0.550

**Factor variances**

Factor	Estimate	Std. Error	z-value	95% Confidence Interval		Std. Est. (all)
				Lower	Upper	
Qualidade dos relacionamentos	1.000	0.000		1.000	1.000	1.000
Comportamento preventivo	1.000	0.000		1.000	1.000	1.000
Atividade física	1.000	0.000		1.000	1.000	1.000
Alimentação	1.000	0.000		1.000	1.000	1.000

**Factor Covariances**

		Estimate	Std. Error	z-value	p	95% Confidence Interval		Std. Est. (all)
						Lower	Upper	
Qualidade dos relacionamentos	↔ Comportamento preventivo	0.213	0.092	2.302	0.021	0.032	0.394	0.213
Qualidade dos relacionamentos	↔ Atividade física	0.312	0.086	3.625	< .001	0.143	0.480	0.312
Qualidade dos relacionamentos	↔ Alimentação	0.262	0.091	2.888	0.004	0.084	0.440	0.262
Comportamento preventivo	↔ Atividade física	0.381	0.090	4.216	< .001	0.204	0.557	0.381
Comportamento preventivo	↔ Alimentação	0.296	0.087	3.399	< .001	0.125	0.467	0.296
Atividade física	↔ Alimentação	0.538	0.068	7.943	< .001	0.405	0.671	0.538

## Residual variances

Indicator	Estimate	Std. Error	z-value	p	95% Confidence Interval		Std. Est. (all)
					Lower	Upper	
@36	0.553	0.101	5.465	< .001	0.355	0.752	0.563
@37	0.273	0.046	5.933	< .001	0.183	0.363	0.468
@38	0.283	0.067	4.208	< .001	0.151	0.414	0.365
@35	0.289	0.058	4.981	< .001	0.175	0.402	0.480
@41	0.616	0.087	7.114	< .001	0.446	0.786	0.643
@42	0.587	0.090	6.537	< .001	0.411	0.763	0.548
@1	0.812	0.130	6.243	< .001	0.557	1.066	0.702
@2	0.485	0.094	5.171	< .001	0.301	0.669	0.473
@5	0.880	0.157	5.591	< .001	0.571	1.188	0.521
@6	0.998	0.165	6.056	< .001	0.675	1.321	0.602
@7	0.663	0.108	6.119	< .001	0.451	0.876	0.539
@27	0.833	0.138	6.042	< .001	0.563	1.103	0.438
@28	0.799	0.116	6.875	< .001	0.571	1.027	0.598
@31	0.353	0.078	4.522	< .001	0.200	0.506	0.349
@33	1.198	0.145	8.252	< .001	0.914	1.483	0.573
@14	0.337	0.084	4.037	< .001	0.174	0.501	0.394
@17	0.331	0.058	5.665	< .001	0.217	0.446	0.559
@19	0.359	0.061	5.884	< .001	0.239	0.478	0.502
@15	0.339	0.084	4.036	< .001	0.175	0.504	0.698

## Implied covariance matrix

**@36 @37 @38 @35 @41 @42 @1 @2 @5 @6 @7 @27 @28 @31 @33 @14 @17 @19 @15**

---

0.98

3

0.36 0.58

5 3

0.46 0.39 0.77

0 1 4

0.36 0.31 0.39 0.60

7 1 2 1

0.38 0.32 0.41 0.32 0.95

3 6 0 7 8

0.45 0.38 0.48 0.38 0.40 1.07

6 8 8 9 7 1

0.08 0.07 0.08 0.07 0.07 0.08 1.15

2 0 8 0 3 7 6

0.10 0.08 0.11 0.08 0.09 0.10 0.43 1.02

3 7 0 8 2 9 2 7

0.12 0.10 0.13 0.10 0.11 0.13 0.52 0.66 1.69

6 7 4 7 2 3 8 2 0

0.11 0.09 0.12 0.09 0.10 0.12 0.47 0.59 0.73 1.65

3 6 1 7 1 0 7 8 1 8

0.10 0.08 0.11 0.09 0.09 0.11 0.44 0.55 0.67 0.61 1.23

5 9 2 0 4 2 2 4 8 2 1

0.21 0.17 0.22 0.18 0.18 0.22 0.23 0.28 0.35 0.31 0.29 1.90

1 9 6 0 8 4 1 9 4 9 6 0

0.15 0.12 0.16 0.12 0.13 0.15 0.16 0.20 0.25 0.22 0.21 0.75 1.33

0 7 0 8 4 9 3 5 1 6 0 7 5

0.16 0.14 0.17 0.14 0.14 0.17 0.18 0.22 0.27 0.25 0.23 0.83 0.59 1.01

6 1 7 2 8 6 1 7 8 1 3 9 4 2

0.19 0.16 0.20 0.16 0.17 0.20 0.21 0.26 0.32 0.29 0.27 0.97 0.69 0.76 2.09

3 4 7 5 2 5 1 5 4 2 1 6 2 7 2



**Residual covariance matrix**

@36	@37	@38	@35	@41	@42	@1	@2	@5	@6	@7	@27	@28	@31	@33	@14	@17	@19	@15	
0.02	0.04	<.0	<.0	<.0	0.08	0.27	<.0	0.38	<.0										
9	5	01	01	01	8	4	01	7	01										
0.12	0.03	0.06	0.09	0.02	0.09	<.0	0.20	<.0	<.0	<.0									
5	4	1	8	1	1	01	8	01	01	01									
<.0	<.0	<.0	<.0	0.01	<.0	0.03	0.08	<.0	<.0	0.02	<.0								
01	01	01	01	5	01	7	8	01	01	0	01								
0.04	0.03	0.06	0.05	0.18	0.21	0.07	<.0	<.0	<.0	<.0	<.0	<.0	<.0						
3	8	7	1	1	4	9	01	01	01	01	01	01	01						
0.04	0.04	0.07	0.06	0.08	0.01	0.03	0.05	0.02	0.01	<.0	<.0	0.01	<.0						
4	1	5	2	4	7	5	5	4	2	01	01	0	01						
<.0	<.0	<.0	<.0	<.0	0.08	0.02	0.05	<.0	<.0	<.0	0.32	0.04	<.0	<.0					
01	01	01	01	01	0	3	4	01	01	01	9	3	01	01					
<.0	<.0	<.0	<.0	<.0	<.0	0.13	<.0	0.08	0.07	0.07	0.11	0.01	0.05	0.10	<.0				
01	01	01	01	01	01	1	01	2	3	7	0	9	3	8	01				
<.0	0.09	0.03	0.06	<.0	0.01	0.04	0.00	0.00	0.10	0.01	<.0	<.0	<.0	<.0	<.0	<.0	<.0		
01	1	0	1	01	9	2	9	9	6	6	01	01	01	01	01	01	01		
0.01	0.02	0.07	0.04	0.05	0.06	<.0	<.0	<.0	<.0	<.0	0.04	<.0	0.02	0.01	<.0	<.0	<.0		
3	4	0	2	5	4	01	01	01	01	01	1	01	6	6	01	01	01		
<.0	0.05	0.08	0.02	0.06	0.00	0.02	0.01	<.0	<.0	0.05	<.0	<.0	<.0	<.0	<.0	<.0	0.07	0.02	<.0
01	1	5	2	1	4	2	1	01	01	2	01	01	01	01	01	01	1	0	01

**Modification Indices**

**Cross-loadings**

	Mod. Ind.	EPC
Qualidade dos relacionamentos → @28	11.769	0.221
Qualidade dos relacionamentos → @33	11.153	-0.273
Qualidade dos relacionamentos → @14	10.977	-0.191
Qualidade dos relacionamentos → @5	10.908	-0.216

### Cross-loadings

---

	<b>Mod. Ind.</b>	<b>EPC</b>
Qualidade dos relacionamentos → @2	10.397	0.197
Qualidade dos relacionamentos → @27	7.599	-0.228
Qualidade dos relacionamentos → @31	7.200	0.172
Qualidade dos relacionamentos → @7	7.086	0.166
Atividade física → @14	5.649	0.263
Comportamento preventivo → @19	5.042	-0.128
Qualidade dos relacionamentos → @1	4.478	-0.110
Alimentação → @36	4.413	-0.128

---

### Residual covariances

---

	<b>Mod. Ind.</b>	<b>EPC</b>
@27 ↔ @33	12.650	0.602
@5 ↔ @6	10.344	0.574
@37 ↔ @33	6.800	-0.204
@2 ↔ @7	6.113	0.318
@1 ↔ @6	5.949	0.352
@42 ↔ @28	5.842	0.226
@41 ↔ @28	5.595	0.192
@41 ↔ @5	5.349	-0.200
@1 ↔ @5	4.891	0.340
@36 ↔ @14	4.763	-0.152
@2 ↔ @6	4.597	-0.278
@1 ↔ @7	4.018	-0.214

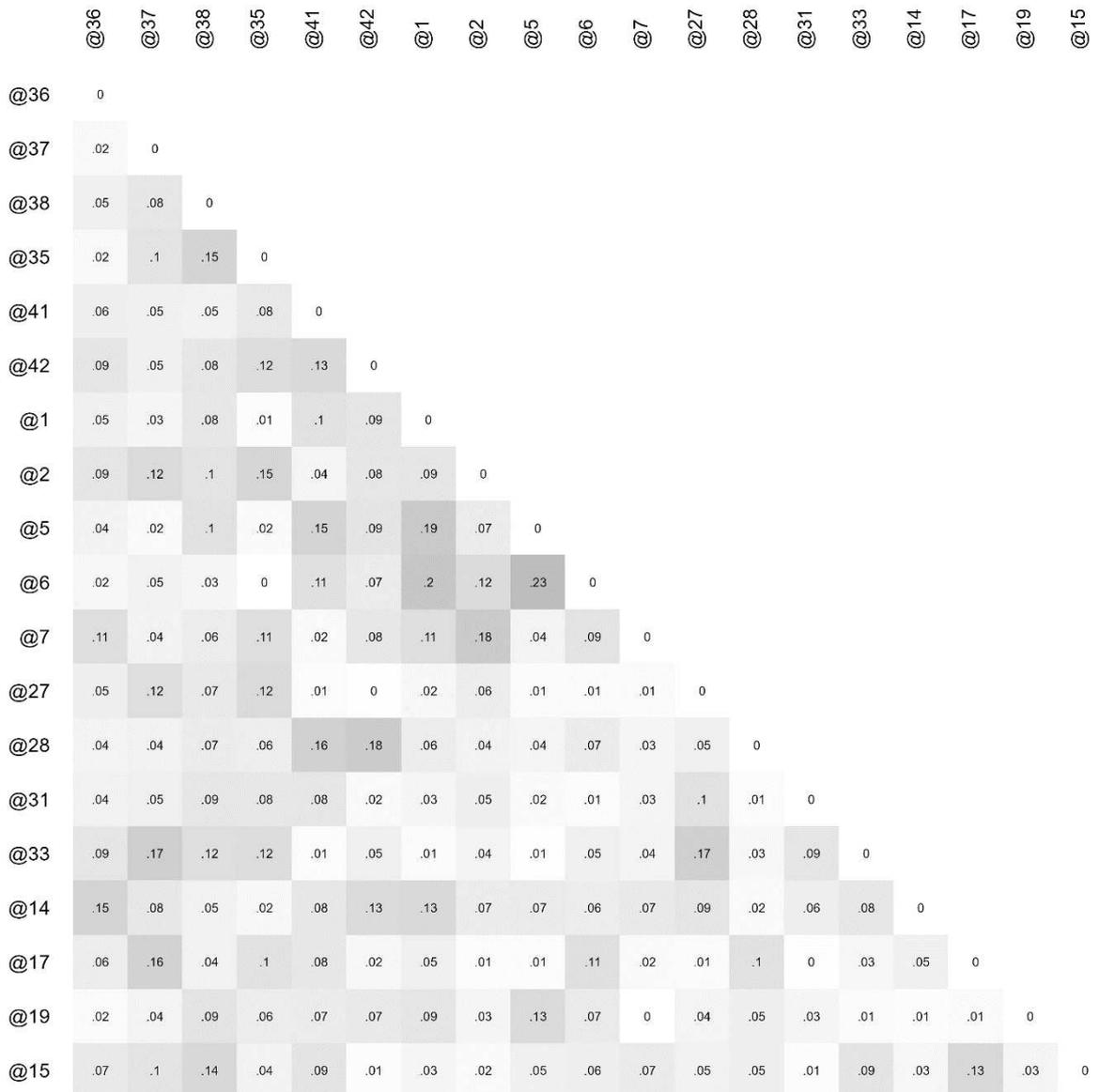
**Residual covariances**

---

	Mod. Ind.	EPC
@5 ↔ @19	3.847	-0.154

---

## Misfit plot



## # Factors

Factor1  $\sim$  lambda\_1\_1\*@36 + lambda\_1\_2\*@37 + lambda\_1\_3\*@38 + lambda\_1\_4\*@35 + lambda\_1\_5\*@41 + lambda\_1\_6\*@42

Factor2  $\sim$  lambda\_2\_1\*@1 + lambda\_2\_2\*@2 + lambda\_2\_3\*@5 + lambda\_2\_4\*@6 + lambda\_2\_5\*@7

Factor3  $\sim$  lambda\_3\_1\*@27 + lambda\_3\_2\*@28 + lambda\_3\_3\*@31 + lambda\_3\_4\*@33

Factor4  $\sim$  lambda\_4\_1\*@14 + lambda\_4\_2\*@17 + lambda\_4\_3\*@19 + lambda\_4\_4\*@15

## APENDICE I (Entrevista aplicada na etapa 1 (Geração de itens))

### Entrevista semiestruturada

#### **Identificação:**

Nome:

#### **Sobre comportamento preventivo**

- a. Você se preocupa com a prevenção de doenças?
- b. Quais comportamentos você adota para ter uma boa saúde?
- c. Caso não se preocupe com a prevenção de doenças, por qual motivo não se preocupa?

#### **Sobre alimentação:**

- a. Para você, o que é uma alimentação saudável?
- b. Como é a sua alimentação?
- c. Você considera a sua alimentação saudável?
- d. Se não considera, por qual motivo você não adere uma alimentação saudável?

#### **Sobre Exercícios físicos:**

- a. Você pratica algum tipo de exercício físico?
- b. Se não pratica, quais motivos faz com que você não seja adepto (a) a prática exercícios?
- c. Se pratica algum exercício, qual exercício e com que frequência pratica?
- d. Quando começou a praticar exercícios físicos?
- e. Você sente que existe benefícios na prática de exercícios? Quais?

#### **Sobre os Relacionamentos:**

- a. Com que frequência sai de casa?
- b. Quais os locais que gosta de frequentar? Com que frequência?
- c. Como você descreve a sua relação com a sua família?
- d. Você tem amigos? Os encontra? Com que frequência?
- e. Você possui atividades de lazer? Quais?

#### **Sobre o controle de estresse**

- a. O que você entende como estresse?
- b. Você se considera uma pessoa que sofre de estresse? Por que?
- c. Você sente que consegue lidar com os seus problemas do dia a dia?
- d. Como você lida com os seus problemas?
- e. Você tem algum hábito ou prática alguma atividade a fim de controlar o estresse? Quais?

## APÊNDICE II – Primeira versão (Etapa 1)

### Escala de Estilo de Vida Saudável para Idosos (EEVSI)

**INSTRUÇÕES:** Dentro das alternativas, assinale X na opção que melhor descreve a frequência dos seus comportamentos no último mês.

		Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1	Você se preocupa com a prevenção de doenças?					
2	Sua saúde permite que você se exercite?					
3	Você pratica exercícios?					
4	Você se preocupa em se manter mentalmente ativo?					
5	Você se preocupa em se alimentar de uma forma mais saudável?					
6	Você sente necessidade de se exercitar?					
7	Você frequenta ambientes ou pratica atividades que possibilitam a convivência com outras pessoas (praças, grupos religiosos, grupos de apoio, trabalho voluntário, dentre outros)?					
8	Você consome alimentos in natura (arroz, feijão, frutas, legumes, verduras, ovos, leite, dentre outros) como base da sua alimentação?					
9	Você considera que tem problemas?					
10	Você considera que tem amigos?					
11	Você considera satisfatória a relação que você tem com a sua família?					
12	Para prevenir ou tratar doença, você busca ter uma alimentação saudável?					

13	Você realiza exames preventivos (mamografia, exame de próstata, dentre outros) indicados para a sua idade?					
14	Para evitar doenças, você se preocupa em adotar comportamentos saudáveis?					
15	Você cuida da sua saúde mental?					
16	Você ingere mais que 7 doses de bebida alcoólica por semana (ex: 7 latas de cerveja, 7 taças de vinho, 7 doses de 30 ml de aguardente)?					
17	Você sente que consegue lidar com os seus problemas do dia-a-dia?					
18	Quando se sente triste, você busca apoio nos amigos?					
19	As suas crenças espirituais ou religiosas dão sentido a sua vida?					
20	Você realiza atividades que necessitam de raciocínio (xadrez, palavras-cruzadas, baralho, dentre outros)?					
21	Você evita contato com pessoas que tem doenças contagiosas (ex: gripe)?					
22	Você come frutas?					
23	Você come legumes?					
24	Você come verduras?					
25	As suas condições de vida possibilitam a pratica de exercícios?					
26	Você realiza atividades da sua vida diária que exigem movimentação (jardinagem, trabalho de casa, caminhada)?					
27	Você sente prazer no momento das refeições?					
28	Para preservar a saúde, você pratica exercícios?					
29	Você vai ao médico?					
30	Você se preocupa com o controle da glicemia (açúcar no sangue)?					

31	Você busca controlar sua pressão arterial?					
32	Você é acompanhado por um médico geriatra?					
33	Você dorme bem e se sente descansado?					
34	Você busca soluções para os seus problemas?					
35	Você prefere comer alimentos in natura (arroz, feijão, frutas, legumes, verduras, ovos, leite, dentre outros)?					
36	É possível praticar exercícios onde você mora?					
37	Você tem uma boa relação com as pessoas que você convive no seu dia-a-dia?					
38	Você recebe afeto de seus familiares?					
39	Você considera a sua alimentação saudável?					
40	Você consegue resolver os seus problemas sozinho?					
41	Você busca se isolar quando se sente triste?					
42	Você considera que sua condição financeira dificulta ter uma alimentação saudável?					
43	Você consome alimentos livres de contaminação (vírus, bactérias, impurezas, dentre outros)?					
44	Quando se sente triste, busca atividades que fazem você se sentir melhor?					
45	Você pensa de forma positiva?					
46	Você se sente animado(a) para praticar exercícios?					
47	Você tem quem prepare as suas refeições?					
48	Você come doces em excesso?					
49	Você come alimentos industrializados (prontos para consumo)?					
50	Você tem condições financeiras para praticar exercícios?					
51	Você deixa de praticar exercícios por medo de cair?					

52	Você tem o costume de visitar ou receber os seus amigos?					
53	Você tem sensação de bem-estar quando pratica exercícios?					
54	Você tenta reduzir o consumo de alimentos industrializados?					
55	Você cozinha suas próprias refeições?					
56	Você realiza atividades que lhe deixam feliz?					
57	Você toma vacinas?					
58	Você tem dificuldade de acessar serviços de saúde?					
59	Você busca apoio espiritual ou religioso?					
60	Quando você tem algum problema, reage de forma agressiva?					
61	Você pratica exercícios de força (musculação, pilates, funcional, dentre outros)?					
62	Você sente melhora da sua condição física quando pratica exercícios?					
63	Você se sente mais disposto quando pratica exercícios?					
64	Você se sente mais feliz quando pratica exercícios?					
65	Você se sente querido por seus familiares?					
66	Você sai para encontrar os seus amigos?					
67	Você se sente feliz no ambiente em que vive?					
68	Você tem acesso a alimentos in natura (arroz, feijão, frutas, legumes, verduras, ovos, leite, dentre outros) onde você mora?					
69	Você ingere de 4 a 6 refeições ao dia?					
70	Você busca incluir alimentos de boa qualidade na sua rotina?					
71	Quando tem algum problema de saúde, busca seguir corretamente o tratamento indicado?					

72	Você fuma cigarros?					
73	Quando se sente triste, com que frequência busca que fazem você se sentir melhor?					
74	Quando você tem um problema, com que frequência você busca por apoio religioso?					
75	Você acorda diversas vezes durante a noite?					
76	Você tenta reduzir o consumo de sal da sua alimentação?					
77	Você se preocupa em se manter fisicamente ativo?					
78	Você sente disposição para praticar exercícios?					
79	Você considera que tem amigos em que pode confiar?					
80	Você consegue controlar a sua raiva?					
81	Você se sente melhor quando busca por apoio espiritual/religioso?					
82	Você busca incluir alimentos considerados saudáveis a sua rotina?					
83	Sua condição física permite que você pratique exercícios?					
84	O seu estado de saúde impede a pratica de exercícios?					
85	Você tem o hábito de caminhar?					
86	Você consome alimentos gordurosos (carnes gordas e frituras)?					
87	Você pratica exercícios acompanhado (a) por um profissional?					
89	Você tem sensação de sonolência durante o dia?					
90	Você se sente melhor quando busca por apoio espiritual/religioso?					
91	Você convive com seus amigos?					
92	Você se sente sozinho?					
93	Você come carnes magras (peixe, frango, dentre outros)?					

94	Você sente que tem pessoas em quem pode confiar?					
95	Você busca comer moderadamente?					
96	Você tem pessoas com quem conversar?					

## **APÊNDICE III – Formulário para avaliação dos peritos**

### **INSTRUÇÕES PARA ANÁLISE DO INSTRUMENTO**

Prezado (a) Pesquisador (a),

Você está sendo convidado a participar como perito da avaliação do conteúdo da **“Escala de Estilo de Vida Saudável para Idosos”** (EEVSI). A criação da referida escala é objeto de estudo do meu Doutorado em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob orientação da professora Dr<sup>a</sup> Maria Elisa Caputo Ferreira.

O Estilo de Vida é configurado como um conjunto de hábitos adotados por um indivíduo. Esses hábitos são caracterizados por comportamentos repetidos, adquiridos ao longo da vida. Essas escolhas são determinadas por interações entre as características pessoais, as relações sociais e as condições socioeconômicas e ambientais da vida de um indivíduo. Assim, o Estilo de vida saudável engloba comportamentos que podem promover e manter a saúde. Na população de idosos, esses comportamentos podem prolongar a capacidade funcional, prevenir as doenças crônicas, preservar a saúde mental e contribuir para uma vivência autônoma e acompanhada de qualidade de vida.

Com o aumento da expectativa de vida no Brasil, instrumentos adequados e validados para identificar esses comportamentos podem ser utilizados para a elaboração de estratégias de saúde pública. Ademais, do ponto de vista científico, ainda não foi proposto instrumentos para essa população, dificultando assim investigações que buscam avaliar perfis de Estilos de Vida em amostras de idosos.

A etapa de criação dos itens foi realizada por meio da combinação do método dedutivo (revisão de literatura) e indutivo (investigação qualitativa). Neste último, foram realizadas 42 entrevistas com indivíduos com idades entre 60 e 93 anos. Dez indivíduos dessa amostra correspondem a idosos moradores de duas Instituições de Longa Permanência, uma filantrópica e outra privada. Os demais, trata-se de indivíduos não institucionalizados.

A avaliação do instrumento envolve 2 fases: 1) **AVALIAÇÃO DA VALIDADE DE CONTEÚDO** e 2) **ANÁLISE DO INSTRUMENTO**. Na fase 1, você irá responder quanto a Representatividade, Redação e Especificação dos Fatores. Na fase 2, o Título, Formato, Instruções e Escore do instrumento serão julgados.

Agradeço antecipadamente pela sua atenção e empenho e me coloco à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,  
Luana Karoline Ferreira

## AVALIAÇÃO DA VALIDADE DE CONTEÚDO

A avaliação da validade de conteúdo será composta por três passos, os quais estão descritos a seguir. Ressalto a necessidade de cumprir os passos na ordem que estão apresentados.

### **1º Passo – Avaliação da Representatividade:**

Avalie cada item quanto à representatividade (notar se os itens realmente refletem os conceitos envolvidos, se são relevantes e, se são adequados para atingir os objetivos propostos).

Para isso utilize a seguinte legenda:

**-1 = Não, o item não se refere ao estilo de vida.**

**0 = duvidoso, não tenho certeza se o item se refere ao estilo de vida**

**1 = Sim, o item se refere ao estilo de vida.**

### **2º Passo – Avaliação da Redação:**

Avalie cada item quanto à clareza (redação dos itens, se eles foram redigidos de forma que o conceito esteja compreensível e se expressa adequadamente o que se espera medir). Para isso utilize a seguinte legenda:

**-1 = Inadequado, o item deve ser retirado.**

**0 = Inadequado, o item deve ser reformulado.**

**1= Adequado, o item deve ser mantido da forma atual.**

### **3º Passo – Especificação dos Fatores:**

A partir da revisão de literatura e da análise das entrevistas, hipotetizamos que o estilo de vida de idosos pode ser dividido em cinco fatores, a saber:

**FATOR A: Qualidade dos Relacionamentos**— Este fator engloba as características de relacionamentos do indivíduo, visando identificar se o mesmo se sente apoiado, como se dá o seu relacionamento com família e amigos e, se o mesmo busca estratégia que visa fortalecer esses vínculos.

**FATOR B: exercícios físicos** — Este fator tenta englobar a prática de exercícios físicos sistematizados, o hábito de realizar atividades rotineiras que permitem o maior gasto energético e a preocupação em se manter ativo apesar de suas limitações físicas.

**FATOR C: alimentação** —Este fator abrange hábitos e comportamentos relacionados ao consumo alimentação, incluindo o consumo de alimentos de boa qualidade, de industrializados, autonomia e limitações envolvidas nas escolhas alimentares.

**FATOR D: comportamento preventivo** —Este fator engloba ações que visam promover a saúde e prevenir o surgimento de doenças como cuidado com alimentação, a preocupação em se manter fisicamente ativo, qualidade do sono, estratégias de autocuidado, acesso a serviços de saúde e vacinação.

**FATOR E: controle do estresse** —Este fator diz respeito às estratégias de enfrentamento e adaptação que o indivíduo pode adotar diante de fatores estressores que podem ocorrer na sua vida. Essas estratégias envolvem a busca por apoio social e religioso, a capacidade de solucionar problemas e atitudes que visam a regulação emocional.

Por favor, julgue os itens da tabela abaixo indicando se os mesmos pertencem ao fator **A, B, C, D ou E**. Ressalta-se que cada item deverá ser categorizado **EM APENAS UM** fator.

		O item é representativo do conceito explorado?	O item é claro e compreensível?	Qual dos fatores o item pertence?
1	Você se preocupa com a prevenção de doenças?			
2	Sua saúde permite que você se exercite?			
3	Você pratica exercícios?			
4	Você se preocupa em se manter mentalmente ativo?			

5	Você se preocupa em se alimentar de uma forma mais saudável?			
6	Você sente necessidade de se exercitar?			
7	Você frequenta ambientes ou pratica atividades que possibilitam a convivência com outras pessoas (praças, grupos religiosos, grupos de apoio, trabalho voluntário, dentre outros)?			
8	Você consome alimentos in natura (arroz, feijão, frutas, legumes, verduras, ovos, leite, dentre outros) como base da sua alimentação?			
9	Você considera que tem problemas?			
10	Você considera que tem amigos?			
11	Você considera satisfatória a relação que você tem com a sua família?			
12	Para prevenir ou tratar doença, você busca ter uma alimentação saudável?			
13	Você realiza exames preventivos (mamografia, exame de próstata, dentre outros) indicados para a sua idade?			
14	Para evitar doenças, você se preocupa em adotar comportamentos saudáveis?			
15	Você cuida da sua saúde mental?			
16	Você ingere mais que 7 doses de bebida alcoólica por semana (ex: 7 latas de cerveja, 7 taças de vinho, 7 doses de 30 ml de aguardente)?			
17	Você sente que consegue lidar com os seus problemas do dia-a-dia?			
18	Quando se sente triste, você busca apoio nos amigos?			

19	As suas crenças espirituais ou religiosas dão sentido a sua vida?			
20	Você realiza atividades que necessitam de raciocínio (xadrez, palavras-cruzadas, baralho, dentre outros)?			
21	Você evita contato com pessoas que tem doenças contagiosas (ex: gripe)?			
22	Você come frutas?			
23	Você come legumes?			
24	Você come verduras?			
25	As suas condições de vida possibilitam a pratica de exercícios?			
26	Você realiza atividades da sua vida diária que exigem movimentação (jardinagem, trabalho de casa, caminhada)?			
27	Você sente prazer no momento das refeições?			
28	Para preservar a saúde, você pratica exercícios?			
29	Você vai ao médico?			
30	Você se preocupa com o controle da glicemia (açúcar no sangue)?			
31	Você busca controlar sua pressão arterial?			
32	Você é acompanhado por um médico geriatra?			
33	Você dorme bem e se sente descansado?			
34	Você busca soluções para os seus problemas?			
35	Você prefere comer alimentos in natura (arroz, feijão, frutas, legumes, verduras, ovos, leite, dentre outros)?			

36	É possível praticar exercícios onde você mora?			
37	Você tem uma boa relação com as pessoas que você convive no seu dia-a-dia?			
38	Você recebe afeto de seus familiares?			
39	Você considera a sua alimentação saudável?			
40	Você consegue resolver os seus problemas sozinho?			
41	Você busca se isolar quando se sente triste?			
42	Você considera que sua condição financeira dificulta ter uma alimentação saudável?			
43	Você consome alimentos livres de contaminação (vírus, bactérias, impurezas, dentre outros)?			
44	Quando se sente triste, busca atividades que fazem você se sentir melhor?			
45	Você pensa de forma positiva?			
46	Você se sente animado(a) para praticar exercícios?			
47	Você tem quem prepare as suas refeições?			
48	Você come doces em excesso?			
49	Você come alimentos industrializados (prontos para consumo)?			
50	Você tem condições financeiras para praticar exercícios?			
51	Você deixa de praticar exercícios por medo de cair?			

52	Você tem o costume de visitar ou receber os seus amigos?			
53	Você tem sensação de bem-estar quando pratica exercícios?			
54	Você tenta reduzir o consumo de alimentos industrializados?			
55	Você cozinha suas próprias refeições?			
56	Você realiza atividades que lhe deixam feliz?			
57	Você toma vacinas?			
58	Você tem dificuldade de acessar serviços de saúde?			
59	Você busca apoio espiritual ou religioso?			
60	Quando você tem algum problema, reage de forma agressiva?			
61	Você pratica exercícios de força (musculação, pilates, funcional, dentre outros)?			
62	Você sente melhora da sua condição física quando pratica exercícios?			
63	Você se sente mais disposto quando pratica exercícios?			
64	Você se sente mais feliz quando pratica exercícios?			
65	Você se sente querido por seus familiares?			
66	Você sai para encontrar os seus amigos?			
67	Você se sente feliz no ambiente em que vive?			
68	Você tem acesso a alimentos in natura (arroz, feijão, frutas, legumes, verduras, ovos, leite, dentre outros) onde você mora?			

69	Você ingere de 4 a 6 refeições ao dia?			
70	Você busca incluir alimentos de boa qualidade na sua rotina?			
71	Quando tem algum problema de saúde, busca seguir corretamente o tratamento indicado?			
72	Você fuma cigarros?			
73	Quando se sente triste, com que frequência busca que fazem você se sentir melhor?			
74	Quando você tem um problema, com que frequência você busca por apoio religioso?			
75	Você acorda diversas vezes durante a noite?			
76	Você tenta reduzir o consumo de sal da sua alimentação?			
77	Você se preocupa em se manter fisicamente ativo?			
78	Você sente disposição para praticar exercícios?			
79	Você considera que tem amigos em que pode confiar?			
80	Você consegue controlar a sua raiva?			
81	Você se sente melhor quando busca por apoio espiritual/religioso?			
82	Você busca incluir alimentos considerados saudáveis a sua rotina?			
83	Sua condição física permite que você pratique exercícios?			
84	O seu estado de saúde impede a prática de exercícios?			
85	Você tem o hábito de caminhar?			





--

**II) FORMATO DO INSTRUMENTO:** Avalie o formato (*layout*) quanto à clareza (verificar se o formato é compreensível) e à adequação. (Ver o formato no instrumento em anexo)

O formato do instrumento é claro e adequado?

-1= Não claro	
0= Pouco Claro	
1= Muito Claro	

Comentários:

--

**III) INSTRUÇÕES:** Avalie as instruções quanto à clareza (verificar se a redação está correta e se expressa adequadamente o que se espera medir). (**Ver as instruções no instrumento no Anexo I**)

As instruções do instrumento são claras e adequadas?

-1= Não claro	
0= Pouco Claro	
1= Muito Claro	

Comentários:

--

**IV) ESCORE TOTAL:** Avalie o cálculo do escore total quanto à clareza (verificar se é compreensível).

A escala terá opções de resposta em escala *Likert* de 5 pontos, assim especificados: (1) Nunca, (2) Poucas Vezes, (3) Às vezes, (4) Frequentemente e (5) Sempre. A resposta “Sempre” indica uma frequência muito alta de um comportamento, contribuindo para um Estilo de Vida mais saudável, portanto tem atribuído o maior valor (5 pontos); enquanto “Nunca” indica que o comportamento saudável nunca é realizado, tendo atribuído o menor valor (1 ponto). Alguns itens possuem escore reverso<sup>9</sup>. O escore total do instrumento será realizado a partir da soma de todos os itens e quanto maior o somatório dos escores, mais saudável é o Estilo de Vida dos Idosos.

O escore do instrumento é claro e adequado?

-1= Não claro	
0= Pouco Claro	
1= Muito Claro	

Comentários:

Caso considere necessário, comentários adicionais sobre a escala poderão ser realizados abaixo:

Muito obrigada pela sua colaboração. Sua participação foi muito importante!  
Atenciosamente,

Luana K. Ferreira

---

<sup>9</sup> 9, 16, 42, 48, 49, 51, 58, 60, 72, 75, 84, 86, 89, 92.

**APÊNDICE IV– Segunda versão da escala após a análise dos peritos**

**Escala de Estilo de Vida para Idosos (EEVI)**

**INSTRUÇÕES:** Dentro das alternativas, assinale X na opção que melhor descreve a frequência dos seus comportamentos, crenças e sentimentos.

		Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<b>COMPORTAMENTO PREVENTIVO</b>	1- Você se preocupa com a prevenção de doenças, tais como, diabetes, pressão alta, obesidade, entre outras?					
	2- Você realiza exames preventivos (Por exemplo: mamografia, exame de próstata, dentre outros) indicados para a sua idade?					
	3- Para evitar doenças, você se preocupa em adotar comportamentos saudáveis?					
	4- Você realiza atividades que necessitam de raciocínio (Por exemplo: xadrez, palavras-cruzadas, baralho, dentre outros)?					
	5- Você evita contato com pessoas que tem doenças contagiosas (Por exemplo: gripe)?					
	6- Você se preocupa com o controle da glicemia (açúcar no sangue)?					
	7- Você se preocupa com o controle da pressão arterial?					
	8- Você vai ao médico com regularidade?					
	9- Você busca se vacinar conforme orientações médicas?					
	10- Você tem dificuldade de acessar serviços de saúde?					
	11- Quando tem algum problema de saúde, busca seguir corretamente o tratamento indicado?					
	12- Você fuma cigarros?					
	13- Você ingere menos que 7 doses de bebida alcoólica por semana (por exemplo: 7 latas de cerveja ou 7 taças de vinho)?					
	14- Você dorme bem?					
	15- Você se sente descansado após uma noite de sono?					
<b>ALIMENTAÇÃO</b>	16- Você se preocupa em adotar uma alimentação mais saudável e nutritiva?					
	17- A maior parte da sua alimentação é composta por alimentos in natura ou minimamente processados (ex: arroz, feijão, frutas, legumes, verduras, ovos, leite, dentre outros)?					

		Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Frequentemente	Sempre
	18- Você consome frutas, legumes e verduras?					
	19- Você sente prazer no momento das refeições?					
	20- Você considera a sua alimentação saudável?					
	21- Com que frequência, você consome alimentos ultraprocessados (Por exemplo: sorvetes, balas e guloseimas em geral, refresco em pó, refrigerantes, salsichas e outros embutidos, pães de forma, dentre outros)?					
	22- Você cozinha suas próprias refeições?					
	23- Você consome de 4 a 6 refeições ao dia?					
	24- Você tenta reduzir o consumo de sal da sua alimentação?					
	25- Você consome alimentos gordurosos (por exemplo: gordura da carne, manteiga, gordura do leite, frituras)?					
	26- Com que frequência, você consome aves e peixes?					
	27- Você se preocupa em beber água, ao longo do dia, mesmo quando não está com sede?					
<b>EXERCÍCIOS FÍSICOS</b>	28- Você pratica atividade física?					
	29- Você realiza atividades da sua vida diária que exigem movimentação (jardinagem, trabalho de casa, caminhada)?					
	30- Você evita praticar atividade física por medo de cair?					
	31- Você pratica exercícios de força (por exemplo: musculação, pilates, funcional, dentre outros)?					
	32- Você se preocupa em se manter fisicamente ativo?					
	33- O seu estado de saúde impede que você faça atividade física?					
	34- Você tem o hábito de realizar ao menos 30 minutos de caminhada ao dia?					
<b>Qualidade dos Relacionamentos</b>	35- Você frequenta ambientes ou pratica atividades que possibilitam a convivência com outras pessoas (por exemplo: praças, grupos religiosos, grupos de apoio, trabalho voluntário, dentre outros)?					
	36- Você tem boa relação com a sua família?					
		Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Frequentemente	Sempre

	37- Você tem uma boa relação com as pessoas que você convive no seu dia a dia?					
	38- Você tem o costume de visitar ou receber os seus amigos?					
	39- Você se sente querido por seus familiares?					
	40- Você convive com seus amigos?					
	41- Você se sente sozinho?					
	42- Você sente que tem pessoas em quem pode confiar?					
	43- Você tem pessoas com quem conversar?					
<b>CONTROLE DO ESTRESSE</b>	44- Você sente que consegue lidar com os seus problemas do dia a dia?					
	45- As suas crenças espirituais ou religiosas dão sentido a sua vida?					
	46- Quando se sente triste, busca atividades que fazem você se sentir melhor?					
	47- Você pensa de forma positiva?					
	48- Você busca apoio espiritual ou religioso?					
	49- Quando você tem algum problema, reage de forma agressiva?					
	50- Você consegue controlar a sua raiva?					

## APÊNDICE V – Formulário para o pré-teste 1 e 2

### Questionário sociodemográfico

1) Nome: \_\_\_\_\_

2) Idade: \_\_\_\_\_

3) Sexo: ( )Feminino                      ( ) Masculino

4) Estado Civil:

- ( ) Solteiro (a)
- ( ) Casado (a)
- ( ) Viúvo (a)
- ( ) Separado (a) /divorciado (a)
- ( ) União de fato

5) Escolaridade:

<b>Nomenclatura atual</b>	<b>Nomenclatura anterior</b>
Analfabeto / Fundamental I Incompleto	Analfabeto/Primário incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Primário completo/Ginásio incompleto
Fundamental completo/Médio incompleto	Ginásio completo/Colegial incompleto
Médio completo/Superior incompleto	Colegial completo/Superior incompleto
Superior completo	Superior completo

6) Renda mensal:

- ( ) 1 a 2 salários mínimos
- ( ) 3 a 4 salários mínimos
- ( ) 5 a 9 salários mínimos
- ( ) Acima de 10 salários mínimos

Por favor, responda às seguintes questões:

1) Em uma escala de 0 a 2, qual foi o seu nível de dificuldade para responder às perguntas desta escala?

(0) Nenhuma	(1) Pouca	(2) Muita
----------------	--------------	--------------

2) Em uma escala de 0 a 2, quão cansativo foi preencher este questionário.

(0) Nenhuma	(1) Pouca	(2) Muita
----------------	--------------	--------------

**APÊNDICE VI – Versão da escala submetida ao segundo pré-teste e à terceira quarta etapa**

**Escala de Estilo de Vida para Idosos (EEVI)**

**INSTRUÇÃO:** Entre as alternativas, a seguir, assinale **X** na opção que melhor descreve a frequência de seus comportamentos, crenças e sentimentos.

		Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1	Você se preocupa com a prevenção de doenças, tais como diabetes, pressão alta, obesidade, entre outras?					
2	Você realiza exames preventivos indicados para a sua idade, por exemplo, mamografia, exame de próstata, entre outros?					
3	Você realiza atividades que necessitam de raciocínio, por exemplo, xadrez, palavras-cruzadas, leitura, artesanato, baralho, entre outras?					
4	Você evita contato com pessoas que estão com doenças contagiosas, por exemplo, gripe?					
5	Você se preocupa com o controle da glicemia (açúcar no sangue)?					
6	Você se preocupa com o controle da pressão arterial?					
7	Você vai ao médico com regularidade?					
8	Você dorme bem?					
9	Você se sente descansado (a) após uma noite de sono?					
10	Você busca se vacinar conforme orientações médicas?					
11	Você tem dificuldade de ser atendido(a) por serviços médicos, quando necessário?					
12	Quando você está com algum problema de saúde, busca seguir, corretamente, o tratamento indicado pelo médico?					
13	Você fuma cigarros?					
14	Você busca adotar uma alimentação mais saudável e nutritiva?					
15	Com que frequência você consome alimentos <i>in natura</i> , tais como arroz, feijão, frutas, legumes, verduras, ovos, carnes, leite, entre outros?					

		<b>Nunca</b>	<b>Poucas vezes</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>Sempre</b>
<b>16</b>	Você ingere mais do que uma dose de bebida alcoólica por dia, por exemplo, uma lata de cerveja, uma taça de vinho, entre outras.					
<b>17</b>	Você consome frutas, legumes e verduras?					
<b>18</b>	Você sente prazer no momento das refeições?					
<b>19</b>	Você considera a sua alimentação saudável?					
<b>20</b>	Com que frequência você consome alimentos industrializados, tais como sorvetes, balas e guloseimas em geral, refresco em pó, refrigerantes, salsichas e demais embutidos, entre outros alimentos?					
<b>21</b>	Você se alimenta de 4 a 6 vezes ao dia?					
<b>22</b>	Você tenta reduzir o consumo de sal de sua alimentação?					
<b>23</b>	Com que frequência você consome alimentos gordurosos, por exemplo, gordura da carne, manteiga, gordura do leite, frituras?					
<b>24</b>	Com que frequência você consome aves e peixes?					
<b>25</b>	Você busca comer moderadamente?					
<b>26</b>	Você se preocupa em beber água, ao longo do dia, mesmo quando não está com sede?					
<b>27</b>	Você pratica atividade física?					
<b>28</b>	Você realiza atividades de sua vida diária que exigem movimentação, por exemplo, jardinagem, trabalho de casa, caminhada, entre outras?					
<b>29</b>	Você evita praticar atividade física por medo de cair?					
<b>30</b>	Você pratica exercícios de força, por exemplo, musculação, pilates, funcional, entre outros?					
<b>31</b>	Você se preocupa em se manter fisicamente ativo(a)?					
<b>32</b>	O seu estado de saúde impede que você pratique atividade física?					
<b>33</b>	Você tem o hábito de realizar pelo menos 30 minutos de caminhada ao dia?					

		<b>Nunca</b>	<b>Poucas vezes</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>Sempre</b>
<b>34</b>	Você frequenta ambientes como praças, ou pratica atividades que possibilitam a convivência com outras pessoas, por exemplo, grupos religiosos, grupos de apoio, trabalho voluntário, entre outros?					
<b>35</b>	Você tem boa relação com a sua família?					
<b>36</b>	Você se sente apoiado(a) pelos seus amigos?					
<b>37</b>	Você tem uma boa relação com as pessoas de sua convivência no seu dia a dia?					
<b>38</b>	Você se sente querido(a) por seus familiares?					
<b>39</b>	Você convive com seus amigos?					
<b>40</b>	Você se sente sozinho(a)?					
<b>41</b>	Você sente que há pessoas de seu convívio em quem pode confiar?					
<b>42</b>	Você tem pessoas com quem conversar?					
<b>43</b>	Você sente que consegue lidar com os seus problemas do dia a dia?					
<b>44</b>	As suas crenças espirituais ou religiosas dão sentido à sua vida?					
<b>45</b>	Quando se sente triste, busca atividades que fazem você se sentir melhor?					
<b>46</b>	Você pensa de forma positiva?					
<b>47</b>	Você busca apoio espiritual ou religioso?					
<b>48</b>	Quando você está com algum problema, reage de forma agressiva?					
<b>49</b>	Você consegue controlar a sua raiva?					

## APÊNDICE VII – Formulário Terceira etapa

# Avaliação do Estilo de Vida de Idosos Brasileiros

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa “Desenvolvimento e Avaliação Psicométrica de um Instrumento Avaliativo do Estilo de Vida de Idosos”. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa justifica-se pela falta de questionários que buscam avaliar estilo de vida dessa população. Caso você concorde em participar pediremos para você responder um questionário de identificação e outro que contem informações sobre o seu estilo de vida relacionado à saúde.

O trabalho contribuirá para o avanço das pesquisas sobre estilo de vida de idosos, pois os pesquisadores poderão contar com uma forma confiável de identificar comportamentos relacionados ao estilo de vida deste público. Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente.

Solicitamos também seu consentimento para tratamento dos seus dados pessoais, tais como nome, e-mail e sexo com a finalidade de identificação das suas respostas. Em nenhum momento essas informações serão divulgadas a terceiros.

Nome do Pesquisador Responsável: Maria Elisa Caputo Ferreira  
Campus Universitário da UFJF – Faculdade de Educação Física  
CEP: 36036-900

Dúvidas podem ser esclarecidas pelo e-mail: [labesc.pesquifj@gmail.com](mailto:labesc.pesquifj@gmail.com) Telefone: (32) 98852-1409

---

\*Obrigatório

1. Ao clicar na opção abaixo “concordo”, eu declaro que li e compreendi as informações acima e que concordo em participar da pesquisa. Caso não queira participar basta clicar em “não concordo” ou fechar a página. \* *Marcar apenas uma oval.*

Concordo

Não concordo

2. Para receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por favor, deixe o seu e-mail:

---

3. Você declara ter 60 anos ou mais? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

#### Questionário

civil, renda, escolaridade e situação de trabalho,

A perguntas dessa seção tem como objetivo compreender os aspectos sociais da sua vida. Por esse motivo, nós iremos coletar informações como idade, sexo, estado

**sociodemográfico**

de moradia e de saúde.

4. Qual o seu nome?

---

5. Qual a sua idade? \*

---

6. Em qual estado ou unidade federativa você mora atualmente? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Acre
- Alagoas
- Amapá
- Amazonas
- Bahia
- Ceará
- Distrito Federal
- Espírito Santo
- Goiás
- Maranhão
- Mato Grosso
- Mato Grosso do Sul
- Minas Gerais
- Pará
- Paraíba
- Paraná
- Pernambuco
- Piauí
- Rio de Janeiro
- Rio Grande do Norte
- Rio Grande do Sul
- Rondônia
- Roraima
- Santa Catarina
- São Paulo
- Sergipe
- Tocantins

7. Qual a sua cidade? \*

---

8. Qual o seu sexo? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Feminino

Masculino

9. Qual o seu estado civil? \* *Marcar apenas uma oval.*

Casado (a)/ União de fato

Solteiro (a)

Viúvo (a)

Divorciado (a) /Separado (a)

10. Qual a sua cor ou raça? \* *Marcar apenas uma oval.*

Preta

Amarela

Branca

Indígena

Parda

11. Qual a sua situação de trabalho? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Trabalha com vínculo empregatício

Trabalha sem vínculo empregatício

Aposentado (a) mas se mantém trabalhando com vínculo empregatício

Aposentado (a) mas se mantém trabalhando sem vínculo empregatício

Aposentado (a) que parou de trabalhar

Do lar

Desempregado (a)

Outro:

---

12. Qual a sua escolaridade? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Analfabeto ou primário Incompleto
- Primário Completo ou Ginásio incompleto
- Ginásio Completo ou Colegial Incompleto
- Colegial Completo / Superior Incompleto
- Superior Completo

13. Você tem algum problema de saúde que foi identificado pelo seu médico? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

14. Caso tenha marcado sim na pergunta anterior, marque abaixo os problemas de saúde que você tem atualmente: MARQUE TODAS AQUELAS OPÇÕES QUE SE APLICAM AO SEU CASO

*Marque todas que se aplicam.*

- Hipertensão
- Diabetes
- Osteoporose
- Artrite/artrose
- Câncer
- Mal de Parkinson
- Alzheimer
- Depressão

Outro:  \_\_\_\_\_

15. Qual o seu peso (em quilogramas)? \*

---

16. Qual a sua altura (em metros)? \*

---

17. Atualmente você mora em uma instituição de longa permanência para idosos (lar para idosos ou casas de repouso)? \* *Marcar*

*apenas uma oval.*

Não *Pular para a pergunta 21*

Sim *Pular para a pergunta 18*

#### Questionário

civil, renda, escolaridade e situação de trabalho,

A perguntas dessa seção tem como objetivo compreender os aspectos

sociais da sua vida. Por esse motivo, nós iremos coletar informações como idade, sexo, estado

**sociodemográfico**

de moradia e de saúde.

18. Há quanto tempo você mora em uma instituição de longa permanência para idosos? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Menos de um ano

Dois a cinco anos

Seis a dez anos

Mais de onze anos

19. Esse local é público, privado ou filantrópico? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Público
- Privado
- Filantrópico

20. Qual a sua renda? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- 1 a 2 salários mínimos *Pular para a pergunta 26*
- 3 a 4  salários mínimos *Pular para a pergunta 26*
- 5 a 9  salários mínimos *Pular para a pergunta 26*
- Acima  de 10 salários mínimos *Pular para a pergunta 26*

#### Questionário

A perguntas dessa seção tem como objetivo compreender os aspectos sociais da sua vida. Por esse motivo, nós iremos coletar informações como idade, sexo, estado civil, renda, escolaridade e situação de trabalho, **sociodemográfico** de moradia e de saúde.

21. Quantas pessoas moram com você? \*

*Marque todas que se aplicam.*

- Moro sozinho (a)
- Uma a três pessoas
- Quatro a sete pessoas
- Oito a dez pessoas
- Mais de dez pessoas

22. Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a renda familiar mensal? \* *Marcar apenas uma oval.*

- 1 a 2 salários mínimos
- 3 a 4 salários mínimos
- 5 a 9 salários mínimos
- Acima de 10 salários mínimos

23. Qual a sua renda? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nenhuma renda
- 1 a 2 salários mínimos
- 3 a 4 salários mínimos
- 5 a 9 salários mínimos
- Acima de 10 salários mínimos

24. A casa que você mora é: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Própria
- Alugada
- Cedida

25. Sua casa está localizada em: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Zona urbana
- Zona rural
- Zona indígena
- Zona quilombola

Comportamentos relacionados ao período da  
pandemia

Nessa seção faremos algumas perguntas  
relacionadas à COVID-19

26. Você já foi diagnosticado com coronavírus (COVID-19)? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

27. Você foi diagnosticado com coronavírus (COVID-19) nas últimas 4 semanas? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

28. Você manteve o isolamento social durante o período da pandemia? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

29. Você ainda está mantendo o isolamento social durante o período da pandemia?

\*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

30. Você já tomou a vacina para prevenção da COVID-19? \*

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

31. Caso ainda não tenha tomado, você pretende tomar a vacina para prevenção da COVID-19?

*Marcar apenas uma oval.*

Sim

Não

32. Caso tenha marcado que não pretende tomar a vacina da COVID-19, quais os motivos que o(a) levaram a tomar essa decisão? MARQUE TODAS AQUELAS OPÇÕES QUE SE APLICAM AO SEU CASO

*Marque todas que se aplicam.*

Não confio na segurança da vacina

Meu médico não indicou

Não considero a doença perigosa

Não considero claras e confiáveis as informações sobre a vacina Outro:

33. Quais são os meios de comunicação que auxiliam você, no seu dia a dia, a se informar sobre a vacina para prevenção da COVID-2019? MARQUE TODAS AQUELAS OPÇÕES QUE SE APLICAM AO SEU CASO

*Marque todas que se aplicam.*

TV (noticiário)

Rádio

Jornal impresso

Facebook

WhatsApp

Outro:  \_\_\_\_\_

34. Durante o período de pandemia da COVID-19, você notou alguma das situações abaixo? MARQUE TODAS AQUELAS OPÇÕES QUE SE APLICA AO SEU CASO \*

Marque todas que se aplicam.

- Humor depressivo
- Ansiedade
- Deixou de praticar exercícios físicos
- Se sentiu desamparado pelos familiares
- Descontrole com a alimentação
- Se sentiu desamparado pelos profissionais de saúde
- Sentiu piora da sua saúde
- Sentiu piora na qualidade do seu sono
- Dificuldade para realizar tratamentos médicos
- Se sentiu desamparado pelos amigos
- Perdeu o emprego
- Teve piora da situação financeira
- Não tinha ninguém para conversar
- Não senti nenhum desses sintomas

35. Caso tenha notado alguma outra situação que não apareceu na questão anterior, descreva-o aqui:

Escala de Estilo de  
Vida para Idosos  
(EEVI)

Agora você responderá perguntas referentes ao questionário que está sendo criado para avaliar o estilo de vida de pessoas acima dos 60 anos.

INSTRUÇÃO: Entre as alternativas, a seguir, assinale X na opção que melhor descreve a frequência de seus comportamentos, crenças e sentimentos.

36. 1. Você se preocupa com a prevenção de doenças, tais como diabetes, pressão alta, obesidade, dentre outras? \* *Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

37. 2. Você realiza exames preventivos indicados para a sua idade, por exemplo, mamografia, exame de próstata, entre outros? \* *Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

38. 3. Você realiza atividades que necessitam de raciocínio, por exemplo, xadrez, palavras-cruzadas, leitura, artesanato, baralho, entre outras? \* *Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

39. 4. Você evita contato com pessoas que estão com doenças contagiosas, por exemplo, gripe? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

40. 5. Você se preocupa com o controle da glicemia (açúcar no sangue)? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

41. 6. Você se preocupa com o controle da pressão arterial? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

42. 7. Você vai ao médico com regularidade? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

43. 8. Você dorme bem? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

44. 9. Você se sente descansado (a) após uma noite de sono? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

45. 10. Você busca se vacinar conforme orientações médicas? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

46. 11. Você tem dificuldade de ser atendido (a) por serviços médicos quando necessário? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

47. 12. Quando tem algum problema de saúde, busca seguir corretamente o tratamento indicado? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

48. 13. Você fuma cigarros? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

49. 14. Você busca adotar uma alimentação mais saudável e nutritiva? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

50. 15. Com que frequência, você consome alimentos in natura, tais como arroz, feijão, frutas, legumes, verduras, ovos, carnes, leite, dentre outros? \* *Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

51. 16. Você ingere mais do que uma dose de bebida alcoólica por dia, por exemplo, uma lata de cerveja, uma taça de vinho, entre outras? \* *Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

52. 17. Você consome frutas, legumes e verduras? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

53. 18. Você sente prazer no momento das refeições? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

54. 19. Você considera a sua alimentação saudável? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
-

Sempre

55. 20. Com que frequência você consome alimentos industrializados, tais como sorvetes, balas e guloseimas em geral, refresco em pó, refrigerantes, salsichas e demais embutidos, entre outros alimentos? \* *Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

56. 21. Você se alimenta de 4 a 6 vezes ao dia? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

57. 22. Você tenta reduzir o consumo de sal da sua alimentação? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

58. 23. Com que frequência você consome alimentos gordurosos, por exemplo, gordura da carne, manteiga, gordura do leite, frituras? \* *Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

59. 24. Com que frequência você consome aves e peixes? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

60. 25. Você busca comer moderadamente? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

61. 26. Você se preocupa em beber água, ao longo do dia, mesmo quando não está com sede? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

62. 27. Você pratica atividade física? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

63. 28. Você realiza atividades de sua vida diária que exigem movimentação, por exemplo, jardinagem, trabalho de casa, caminhada, entre outras? \* *Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

64. 29. Você evita praticar atividade física por medo de cair? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

65. 30. Você pratica exercícios de força, por exemplo, musculação, pilates, funcional, entre outros? \* *Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

66. 31. Você preocupa em se manter fisicamente ativo (a)? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

67. 32. O seu estado de saúde impede que você pratique atividade física? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

68. 33. Você tem o hábito de realizar ao menos 30 minutos de caminhada ao dia? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

69. 34. Você frequenta ambientes como praças, ou pratica atividades que possibilitam a convivência com outras pessoas, por exemplo, grupos religiosos, grupos de apoio, trabalho voluntário, entre outros? \* *Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

70. 35. Você tem boa relação com a sua família? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

71. 36. Você se sente apoiado (a) pelos seus amigos? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

72. 37. Você tem uma boa relação com as pessoas de sua convivência no seu dia a dia? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

73. 38. Você se sente querido (a) por seus familiares? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

74. 39. Você convive com seus amigos? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

75. 40. Você se sente sozinho (a)? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

76. 41. Você sente que há pessoas de seu convívio em quem pode confiar? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
-

Sempre

77. 42. Você tem pessoas com quem conversar? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

78. 43. Você sente que consegue lidar com os seus problemas do dia a dia? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

79. 44. As suas crenças espirituais ou religiosas dão sentido à sua vida? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

80. 45. Quando se sente triste, busca atividades que fazem você se sentir melhor? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

81. 46. Você pensa de forma positiva? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

82. 47. Você busca apoio espiritual ou religioso? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

83. 48. Quando você tem algum problema, reage de forma agressiva? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

84. 49. Você consegue controlar a sua raiva? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Nunca
- Poucas Vezes
- Às Vezes
- Muitas Vezes
- Sempre

SF-12  
QUESTIONÁRIO  
DE QUALIDADE  
DE VIDA  
RELACIONADA  
À SAÚDE

Queremos saber sua opinião sobre sua saúde. Essa informação nos ajudará, a saber, como o (a) Sr (a) se sente e como é capaz de fazer suas atividades do dia a dia. Responda cada questão indicando a resposta certa. Se estiver em dúvida sobre como responder a questão, por favor, tente responder da melhor maneira possível.

85. 1. Em geral, o (a) Sr (a) diria que a sua saúde é: \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Excelente
- Muito boa
- Boa
- Ruim
- Muito Ruim

As perguntas seguintes são sobre coisas que o (a) Sr (a) geralmente faz no seu dia a dia (dia típico/comum). O (A) Sr (a) acha que sua saúde, AGORA, o dificulta de fazer algumas coisas do dia a dia, como por exemplo:

86. 2. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer casa. \*

*Marcar apenas uma oval por linha.*

	SIM Dificulta muito	SIM Dificulta um pouco	NÃO dificulta de modo algum
2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

87. 3. Subir vários lances de escada? \*

*Marcar apenas uma oval por linha.*

	SIM Dificulta muito.	SIM Dificulta um pouco.	NÃO dificulta de modo algum.
3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Durante as últimas quatro semanas, o (a) Sr (a) teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou em suas atividades do dia a dia, como consequência da sua saúde física:

88. 4. Realizou menos tarefas do que gostaria? \*

*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Sim	Não
4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

89. 5. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades? \*

*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Sim	Não
5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Durante as últimas quatro semanas, o (a) Sr (a) teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou em suas atividades do dia a dia, como consequência de problemas emocionais (como sentir-se deprimido e ansioso):

90. 6. Fez menos do que gostaria, por causa de problemas emocionais? \*

*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Sim	Não
6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

91. 7. Deixou de fazer seu trabalho ou outras atividades cuidadosamente, por causa de problemas emocionais? \*

*Marcar apenas uma oval por linha.*

	Sim	Não
7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

92. 8. Durante as últimas quatro semanas, alguma dor atrapalhou seu trabalho normal (tanto o trabalho de casa como o de fora)? \* *Marcar apenas uma oval.*

- Não, nem um pouco
- Um pouco
- Moderadamente
- Bastante
- Extremamente

Estas questões são sobre como o (a) Sr (a) se sente e como as coisas têm andado para o (a) Sr (a) durante as últimas quatro semanas. Para cada questão, por favor, dê a resposta que mais se assemelha à maneira como o (a) Sr (a) vem se sentindo.

93. 9. Quanto tempo (a) Sr (a) tem se sentido calmo e tranqüilo? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Todo o tempo
- A maior parte do tempo
- Uma boa parte do tempo
- Alguma parte do tempo
- Uma pequena parte do tempo
- Nem um pouco do tempo

94. 10. Quanto tempo, durante as últimas quatro semanas, o (a) Sr (a) tem se sentido com bastante energia? \* *Marcar apenas uma oval.*

- Todo o tempo
- A maior parte do tempo
- Uma boa parte do tempo
- Alguma parte do tempo
- Uma pequena parte do tempo
- Nem um pouco do tempo

95. 11. Quanto tempo, durante as últimas quatro semanas, o (a) Sr (a) se sentiu desanimado e deprimido? \* *Marcar apenas uma oval.*

- Todo o tempo
- A maior parte do tempo
- Uma boa parte do tempo
- Alguma parte do tempo
- Uma pequena parte do tempo
- Nem um pouco do tempo

96. 12. Durante as últimas quatro semanas, em quanto do seu tempo a sua saúde ou problemas emocionais atrapalharam suas atividades sociais, tais como: visitar amigos, parentes, sair, etc? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Todo o tempo
- A maior parte do tempo
- Alguma parte do tempo
- Uma pequena parte do tempo
- Nem um pouco do tempo

97. Você aceitaria responder esse questionário novamente daqui 20 dias? \*

*Marcar apenas uma oval.*

- Sim
- Não

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

**Google** Formulários