



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA

IRIALDA SABOIA CARVALHO

MOTIVAÇÃO AO ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL:
construção e evidências de validade de um instrumento avaliativo

FORTALEZA – CEARÁ

2020

IRIALDA SABOIA CARVALHO

**MOTIVAÇÃO AO ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL:
construção e evidências de validade de um instrumento avaliativo**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Área de concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Thereza Maria Magalhães Moreira

Coorientador: Prof. Dr. José Wicto Pereira Borges

FORTALEZA – CEARÁ

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Carvalho, Irialda Saboia.

MOTIVAÇÃO AO ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL:
construção e evidências de validade de um
instrumento avaliativo [recurso eletrônico] /
Irialda Saboia Carvalho. - 2020.
114 f. : il.

Trabalho de conclusão de curso (GRADUAÇÃO) -
Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências
da Saúde, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2020.

Orientação: Prof. Dr. Thereza Maria Magalhaes
Moreira.

Coorientação: Prof. Dr. José Wicto Pereira
Borges.

1. Estilo de Vida Saudável. 2. Motivação. 3.
Instrumento de mensuração. 4. Estudo de
Validação.. I. Título.

IRIALDA SABOIA CARVALHO

MOTIVAÇÃO AO ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL: CONSTRUÇÃO E
EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE UM INSTRUMENTO AVALIATIVO

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Aprovada em: 30 de novembro de 2020.

BANCA EXAMINADORA



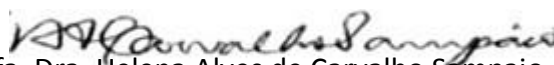
Profa. Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará – UECE



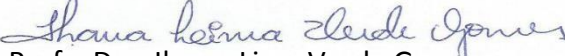
Profa. Dra. Malvina Thais Pacheco Rodrigues
Universidade Federal do Piauí – UFPI



Profa. Dra. Daniele Braz da Silva Lima
Secretaria Municipal de Saúde – SMS



Profa. Dra. Helena Alves de Carvalho Sampaio
Universidade Estadual do Ceará – UECE


Profª. Dra. Ilvana Lima Verde Gomes
Universidade Estadual do Ceará – UECE


Profª. Dra. Raquel Sampaio Florêncio
Universidade Estadual do Ceará – UECE


Profª. Dra. Hana Nogueira Bezerra
Universidade Estadual do Ceará – UECE

AGRADECIMENTOS

O Doutorado representou muito mais que um grau acadêmico, significou uma jornada de amadurecimento e consolidação da minha trajetória. Foram quatro anos de crescimento pessoal e profissional. Essa jornada foi realizada com muita luta, insegurança e angústias, mas os obstáculos foram superados e hoje estou aqui para agradecer aos que estiveram comigo e me motivaram durante esta caminhada.

Agradeço a Deus e Nossa Senhora pelas suas presenças em todos os instantes, me dando forças para perseverar, iluminando e guiando meus passos. Obrigada por mais uma vitória e por todas as graças alcançadas!

À minha família, em especial aos meus pais Vicente e Jacinta, pelo amor incondicional, amizade, doação, incentivo e confiança. Obrigada pelas orações diárias, que foram alimento espiritual para me dar força e fé para conclusão deste ciclo. Amo vocês!

Aos meus irmãos, Paulo Filho, Pâmila e Ana Jacinta, que sempre torceram por mim, oferecendo apoio, amor e incentivo. Querida Pâmila, obrigada por me ajudar na validação semântica do instrumento. Sua ajuda foi essencial para eu conseguir concluir essa etapa! Vocês são os melhores irmãos! Amo vocês!

À minha orientadora, professora Dra. Thereza Magalhães, pela amizade, paciência, orientações e ensinamentos durante todos esses anos. Sinto-me privilegiada por ter sido sua orientanda e a considero muito mais que uma orientadora acadêmica! Minha eterna gratidão e amizade.

Ao meu coorientador e amigo, Dr. Wicto Borges, não tenho palavras para expressar minha gratidão por todos os ensinamentos emanados para conclusão desta tese. Obrigada pelo incentivo ao estudo da motivação, amizade, apoio e compreensão. Você é ser de luz!

Aos membros da banca examinadora por aceitarem participar e pela disposição em contribuir com o aprimoramento deste trabalho.

Ao Programa de Doutorado em Saúde Coletiva pela oportunidade de realização desta conquista, e aos seus professores, pelos ensinamentos.

Ao Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem (GRUPECCE) pelas contribuições para minha formação desde a graduação. Em especial, aos bolsistas da graduação que ajudaram na coleta de dados.

Às minhas amigas, Dafne e Laryssa, que me acompanham desde a graduação. Obrigada pela ajuda durante as dificuldades com a TRI, companheirismo, incentivo e amizade de vocês!

Aos amigos e colegas da turma do Doutorado Acadêmico em Saúde Coletiva da UECE pelos momentos de reflexão, apoio e aprendizado. Nosso convívio e aprendizado foi enriquecedor e trouxe amizades duradouras.

Às minhas amigas do grupo “Luluzinhas”, Kellyane, Raquel e Suellen. Obrigada pelo apoio, incentivo e amizade durante esses quatro anos.

Aos funcionários do PPSAC, em especial à Marnessa e Gabriela, pela presteza e atenção sempre dispensadas aos alunos.

Às minhas colegas de trabalho da Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) do Itaperi, que trocavam os plantões comigo para eu não chegar tão cansada nas aulas no início dessa caminhada.

Às minhas colegas de trabalho do HGeF (Ten Michelle Helcias, Ten Luanna Nayra, Ten Gizelly Castelo, Ten Sara Livia e Asp Auzilene), que compartilham comigo a vida militar e me ajudaram nesses últimos meses com as trocas de serviços para eu conseguir concluir a tese.

Aos pacientes das Unidades de Atenção Primária, que participaram da coleta e contribuíram imensamente para a conclusão da pesquisa.

Enfim, a todos que ajudaram e contribuíram direta ou indiretamente para este trabalho, deixo aqui a minha enorme e sincera gratidão.

RESUMO

O Estilo de Vida (EV) dos indivíduos pode ser caracterizado por padrões de comportamento identificáveis, que podem ter profundo efeito na saúde da população e são relacionados com diversos aspectos, que refletem as atitudes, valores e oportunidades na vida das pessoas. A adoção de comportamentos saudáveis é um desafio às pessoas, pois a regularidade de um comportamento e sua transformação em hábito implica em múltiplas questões, principalmente na motivação, que é a força que emerge, regula e sustenta as ações de cada indivíduo. A motivação é um processo complexo que influencia o início de uma atividade e sua manutenção com persistência e vigor ao longo do tempo. Acredita-se que vários fatores psicossociais podem influenciar a adoção de EV saudáveis, principalmente fatores motivacionais. Com isso, é nessa perspectiva que se pensou na criação de um instrumento sobre motivação ao EVS. O estudo tem como objetivo: construir e validar um instrumento sobre motivação ao estilo de vida saudável (EVS) por meio da Teoria de Resposta ao Item. **Método:** Trata-se de um estudo metodológico, de abordagem quantitativa. A construção e validação do instrumento para mensuração do EVS se realizou a partir da Psicometria em três etapas que envolvem procedimentos teóricos, empíricos e analíticos. Com a finalidade de validar o instrumento criado, o estudo foi realizado junto a usuários acompanhados nas Unidades de Atenção Primárias em Saúde (UAPS) de Fortaleza-Ceará-Brasil. A análise do instrumento criado foi realizada com base na TRI realizando análise fatorial dos itens, avaliação da dimensionalidade e confiabilidade, estimação dos parâmetros dos itens, curva de informação do teste e construção da escala. Para a estimação dos parâmetros foi utilizado o Modelo de Resposta Gradual de Samejima. As análises se deram no Software livre R nos pacotes psych e mirt. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (nº 3.345.431), em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Para apresentação dos resultados desta pesquisa, optou-se por organizá-los em três artigos sequenciais. **Resultados:** O primeiro artigo é uma revisão integrativa da literatura, que analisou elementos constitutivos do traço latente EV em adultos e sua validade. O segundo artigo apresentou a construção teórica do Questionário de Motivação ao EVS (QMEVS) e sua validade interna. O terceiro artigo analisou a validade dessa estrutura interna durante administração do QMEVS. Com o arcabouço da TAD e de uma revisão integrativa foram construídos 29 itens distribuídos em cinco dimensões, com seus conceitos e definições constitutivas. Na calibração dos parâmetros dos itens, foi constatada discriminação elevada em 20 desses itens e a escala com os itens foi desenvolvida em uma métrica (50, 5), com quatro níveis interpretativos (amotivação, motivação extrínseca e motivação intrínseca). **Conclusão:** A versão final do QMEVS tem 20 itens agrupados nos domínios de relacionamentos, sono e repouso, atividade física e hábitos alimentares, apresentando o domínio relacionamentos como dominante. Ele mostrou-se um instrumento com evidência de validade interna e externa, estando apto a ser utilizado.

Palavras-chave: Estilo de Vida Saudável; Motivação; Estudo de Validação.

ABSTRACT

The Lifestyle (EV) of individuals can be characterized by identifiable patterns of behavior, which can have a profound effect on the health of the population and are related to several aspects, which reflect people's attitudes, values and opportunities in their lives. The adoption of healthy behaviors is a challenge to people, because the regularity of a behavior and its transformation into a habit implies multiple issues, mainly in motivation, which is the strength that emerges, regulates and sustains the actions of each individual. Motivation is a complex process that influences the beginning of an activity and its maintenance with persistence and vigor over time. It is believed that several psychosocial factors can influence the adoption of healthy EVs, mainly motivational factors. With this, it is in this perspective that the creation of an instrument on motivation to EVS was considered. The study has the general objective: to build and validate an instrument on motivation to healthy lifestyle (EVS) through the Item Response Theory. Method: This is a methodological study, with a quantitative approach. The construction and validation of the instrument for measuring EVS was carried out based on Psychometry in three stages that involve theoretical, empirical and analytical procedures. In order to validate the instrument created, the study was carried out with users monitored at the Primary Health Care Units (UAPS) in Fortaleza-Ceará-Brazil. Data analysis of the created instrument was performed based on the IRT, performing factor analysis of the items, assessment of dimensionality and reliability, estimation of the parameters of the items, test information curve and construction of the scale. To estimate the parameters, the Samejima Gradual Response Model was used. The analyzes took place in the Free Software R in the psych and mirt packages. This research was approved by the Research Ethics Committee of the State University of Ceará (n° 3,345,431), in accordance with Resolution 466/12 of the National Health Council. In order to present the results of this research, we chose to organize them in three sequential articles. Results: The first article is an integrative literature review, which analyzed elements that make up the latent EVS trait in adults and its validity. The second article presented the theoretical construction of the EVS Motivation Questionnaire (QMEVS) and its internal validity. The third article analyzed the validity of this internal structure during QMEVS administration. With the framework of the TAD and an integrative review, 29 items were built, distributed in five dimensions, with their concepts and constitutive definitions. In the calibration of the item parameters, high discrimination was found in 20 of these items and the scale with the items was developed in a metric (50, 5), with four interpretative levels (motivation, extrinsic motivation and intrinsic motivation). Conclusion: The final version of the QMEVS has 20 items grouped in the domains of relationships, sleep and rest, physical activity and eating habits, presenting the relationships domain as dominant. It proved to be an instrument with evidence of internal and external validity, being able to be used.

Keywords: Healthy Lifestyle; Motivation; Validation Study.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 01:	Fatores que influenciam no estilo de vida. Fortaleza-Ceará, 2018.	17
Quadro 02:	Exemplo de qualidade da motivação e sua aplicação à prática de Estilo de Vida Saudável.	27
Quadro 03:	Sistema de Classificação dos <i>Experts</i> , segundo Joventino (2010). Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018.	30
Quadro 04:	Crerios psicométricos para escolha dos itens. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2020.	30
Figura 01:	Subteorias da Teoria da Autodeterminação.	22
Figura 02:	<i>Continuum</i> da autodeterminação com seus estilos de regulação.	24
Artigo 1		
Figura 01:	Fluxograma de seleção dos estudos. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2020.	39
Figura 02:	Sumarização dos constituintes avaliativos do Estilo de Vida dos questionários incluídos no estudo. Fortaleza, CE - Brasil – 2020.	43
Quadro 01:	Caracterização da produção científica que utilizou questionários para avaliar Estilo de Vida – Fortaleza, CE - Brasil – 2020.	40
Quadro 02:	Principais dimensões, validade e confiabilidade dos questionários para avaliar Estilo de Vida – Fortaleza, CE - Brasil – 2020	41
Artigo 2		
Quadro 01:	Quadro teórico que compõem o traço latente “Motivação à prática do Estilo de Vida Saudável” baseado na TAD, após sugestões dos especialistas. Fortaleza, 2020.	54
Tabela 01:	Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e teste binomial das definições constitutivas e operacionais do traço latente “Motivação à prática do Estilo de Vida Saudável”. Fortaleza, 2020.	56
Tabela 02:	Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e Teste binomial dos itens do questionário “Motivação à prática do Estilo de Vida Saudável” baseado na TAD. Fortaleza, 2020.	57
Tabela 03:	Cargas fatoriais da Análise Fatorial Exploratória e confiabilidade do QMEVS. Fortaleza-CE-Brasil, 2020.	59
Figura 01:	Diagrama de sedimentação obtido na Análise Paralela do QMVS 29 itens. Fortaleza-CE-Brasil, 2020.	58
Artigo 3		
Figura 01:	Diagrama de sedimentação obtido na Análise Paralela do QMVS 20 itens. Fortaleza-CE-Brasil, 2020.	72
Figura 02:	Função de Informação do Teste. Fortaleza- Ceará- Brasil, 2020.	74
Figura 03:	Curva Característica do Item 23 do QMEVS.	76
Tabela 01:	Estimação dos parâmetros dos itens do QMEVS em uma amostra de pacientes da Atenção Primária à Saúde. Fortaleza, CE, Brasil, 2020.	73
Quadro 01:	Ancoragem dos itens nos níveis âncora e escala interpretativa dos escores do QMEVS. Fortaleza, Ceará-2020.	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DCV	Doença Cardiovascular
EV	Estilo de Vida
EVS	Estilo de Vida Saudável
GRUPECCE	Grupo de Pesquisa Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
OMS	Organização Mundial de Saúde
QMEVS	Questionário de Motivação ao Estilo de Vida Saudável
SUS	Sistema Único de Saúde
TAD	Teoria da Autodeterminação
TRI	Teoria de Resposta ao item
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	
2.1	GERAL	15
2.2	ESPECÍFICOS	15
3	REVISÃO DE LITERATURA	
3.1	Estilo de Vida	16
3.2	Estilo de Vida e promoção da saúde	21
3.3	Teoria da Autodeterminação	26
4	MÉTODO	28
5	RESULTADOS	36
	Artigo 1: Instrumentos de avaliação de estilo de vida em adultos: revisão integrativa	37
	Artigo 2: Questionário de motivação ao estilo de vida saudável: construção do quadro teórico e evidências de validade	49
	Artigo 3: Validade do questionário sobre motivação ao estilo de vida saudável segundo a teoria da resposta ao item	67
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
	REFERÊNCIAS	85
	APÊNDICE A: Carta Convite aos Juízes	98
	APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-Juízes	99
	APÊNDICE C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-Pacientes	100
	APÊNDICE D: Roteiro de instrução para avaliação do questionário motivação ao estilo de vida saudável (QMEVS)	101
	APÊNDICE E: QMEVS- 1ª versão	108
	APÊNDICE F: QMEVS	110
	ANEXO	111

1 INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objeto a criação e validação de um instrumento para avaliar a motivação ao estilo de vida saudável em adultos. Tal interesse decorre principalmente das últimas décadas terem representado um período de mudanças nas condições de vida e saúde da população brasileira, em acentuado processo de envelhecimento, com padrão de trabalho exaustivo, lazer modificado e profundas transformações no estilo e qualidade de vida (FERRARI et al., 2017). Nesse sentido, as mudanças nos perfis epidemiológico e demográfico da população tiveram como consequência maior exposição dos indivíduos a fatores de risco relacionados às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

As DCNT representam uma preocupação à saúde mundial, pois apresentam altos índices de morbimortalidade e redução da qualidade de vida. São reconhecidas como as mais representativas no contexto de ações de promoção à saúde e prevenção da doença no campo da Saúde Coletiva, destacando-se como importante problema de saúde pública. Assim, maior expectativa de vida, transição nutricional e estilo de vida contemporâneo, que se traduzem em comportamentos pouco saudáveis, contribuem para elevados índices de morbimortalidade por DCNT na população (ZANGIROLANI, 2018).

Percebe-se que esses dados justificam a importância de a equipe de saúde conhecer a situação de saúde da população e o desenvolvimento de metas factíveis para a prevenção, promoção e controle dos fatores de riscos para as DCNT. Desse modo, o intuito de conhecer melhor o estilo de vida (EV) da pessoa adulta, relacionando-o com o cuidado em saúde deve ser adotado para compreender a ocorrência de agravos à saúde, nos quais o modo de vida do sujeito tem papel relevante. O EV pode ser compreendido como conjunto de decisões, padrões de comportamento, valores e atitudes individuais, passíveis de algum senso de controle, que exercem influência sobre a saúde (RODRIGUES et al., 2018). Segundo a Organização Mundial da Saúde, estilo de vida é “o conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização”(WHO, 2004).

O EV contemporâneo estimula o consumismo de baixo custo com redução da alimentação saudável, maus hábitos alimentares e atividades laborais com pouco esforço físico que favorece aparecimento de doenças crônicas (MOREIRA; GOMES; SANTOS, 2010). Nos grandes centros urbanos e nas áreas mais industrializadas, observam-se significativas mudanças nas condições e no estilo de vida da população, com impactos

negativos para a saúde. Nesse contexto, o EV dos indivíduos deve ser observado, pois devido questões culturais e sociais pode ser prejudicial à saúde, contribuindo para morbidade e mortalidade populacional (PÔRTO et al., 2015).

Nos últimos anos, a análise do EV ganhou força no meio científico como elemento importante para investigação e avaliação da saúde dos indivíduos. A adoção de EV desempenha papel significativo na promoção da saúde e prevenção de doenças. Além disso, elementos do EV, tais como restrição ou não uso de fumo e álcool, bom relacionamento familiar e entre amigos, prática de sexo seguro, controle do estresse, além de visão otimista da vida, também são relevantes à saúde e bem-estar (PÔRTO et al., 2015). Com isso, o EV adotado pela população propicia desenvolvimento ou manutenção de fatores que afetam a saúde. Tradicionalmente estes fatores são individualmente modificáveis conforme escolhas e decisões de cada sujeito, estas atitudes são refletidas na saúde geral do indivíduo e em seu estilo de vida (CARDOSO, 2017).

Destaca-se que o EV está relacionado ao modo de vida dos indivíduos, ou seja, comportamentos e atitudes que a pessoa adota diante das necessidades e exigências da vida social na qual está inserida. Considera-se, contudo, que a mudança de hábitos e adoção de práticas comportamentais saudáveis é influenciada principalmente pela motivação, entendida como fator que desperta, mantém e dirige o comportamento do indivíduo para certo caminho (BORGES; MIRANDA; FREITAS, 2017). Nesse aspecto, destaca-se a Teoria da Autodeterminação (TAD), área de estudo do comportamento e da motivação, que tem contribuído para compreensão das razões que levam as pessoas a adotarem e manterem determinados comportamentos, nomeadamente no âmbito da saúde e da doença (RYAN; PATRICK; DECI; WILLIAMS, 2008).

A TAD é uma macro teoria sobre a motivação humana que se preocupa com o desenvolvimento e funcionamento da personalidade em contextos sociais, mais concretamente, com as causas e as consequências do comportamento autónomo. Ela pressupõe que a motivação do sujeito não está diretamente relacionada com os fatores do envolvimento social, pois eles são mediados por três necessidades psicológicas básicas fundamentais ao desenvolvimento humano: autonomia, competência e relacionamento. Estas necessidades determinam a regulação do comportamento dos sujeitos, que assenta num *continuum* motivacional, oscilando entre formas menos e mais autodeterminadas (RYAN; DECI, 2000).

À luz dessa teoria pretendemos compreender o processo pelo qual as pessoas iniciam e mantêm uma mudança comportamental promotora de estilo de vida saudável.

Dessa forma, a avaliação da motivação ao EV saudável em adultos se torna relevante à medida que possibilita avaliação geral da saúde individual e contribui significativamente para modificações na qualidade de vida das pessoas por interferir na sua capacidade física, emocional, interação social, atividade intelectual, exercício profissional e outras atividades do cotidiano (RIBEIRO et al., 2015). Assim, uma pessoa motivada que adota estilo de vida saudável, possivelmente estará prevenindo ou controlando o risco de complicações relacionadas às doenças crônicas, ou até mesmo controlando este agravo (RODRIGUES et al., 2017).

Percebe-se associação entre EV e boa qualidade de saúde, mas isso ainda não está bem estabelecido nem quais são os instrumentos mais adequados para avaliação da motivação ao EV saudável. Diante de buscas na literatura, principalmente brasileira, percebe-se a carência de instrumentos que avaliem a motivação ao EVS. A maioria dos questionários encontrados aborda a avaliação da qualidade de vida, em domínios específicos, com pontuação separada e com uma estrutura semelhante de questões, muitas vezes mal formuladas e de difícil compreensão ao indivíduo.

Diante do exposto, o presente estudo apresenta a seguinte questão norteadora para o processo de investigação: Como mensurar a motivação ao EVS em adultos? Ao considerar que o desenvolvimento da motivação se dá a partir da interação das características pessoais, contextuais e reflete a iniciação, desistência ou permanência do indivíduo na busca de uma meta, pretende-se identificar as possíveis implicações da motivação dos indivíduos para a prática de um EVS.

Acredita-se que vários fatores psicossociais podem influenciar a adoção de EVS, principalmente fatores motivacionais. Com isso, é nessa perspectiva que se pensou na criação de um instrumento sobre motivação ao EV saudável. Além do que já foi exposto, a realização deste estudo justifica-se também porque a doutoranda atua desde a graduação no campo da Saúde Coletiva, com participação em projetos do Grupo de Pesquisa “Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem” (GRUPECCE) que envolve estudos com hipertensão, complicações associadas, sobrepeso, obesidade e adesão ao tratamento em populações de idosos, adultos e adultos jovens.

Essa ligação com os agravos crônicos continuou na pós-graduação, onde pôde apresentar como objeto de sua dissertação a análise da associação do letramento funcional em saúde e qualidade de vida de adultos hipertensos. Contudo, durante o mestrado, havia interesse em trabalhar o EV de adultos hipertensos e sua associação com o letramento, no entanto, após diversas buscas na literatura, notou-se que os instrumentos encontrados não

ofertavam classificação adequada para realização da análise pretendida, porque eram específicos para uma faixa etária e apresentavam dificuldades de preenchimento e/ou compreensão. Dessa forma, surgiu a necessidade da criação de um instrumento de avaliação do EV baseado no fator motivacional. Assim, formulou-se a tese: A construção de instrumento sobre motivação ao EV em adultos será capaz de subsidiar a autogestão do cuidado de si.

Sabe-se que a utilização de intervenções apropriadas ao contexto do paciente depende da correta inferência diagnóstica. Dessa forma, a realização deste estudo potencializará, a partir do instrumento desenvolvido, ações de promoção da saúde relacionadas a mudanças de EV como possibilidade de prevenção efetiva de morbidades.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Construir e validar instrumento sobre motivação ao EVS.

2.2 Específicos

- a) Identificar os elementos constitutivos e indícios de validade dos instrumentos de avaliação do EV em adultos;
- b) Construir um questionário com conteúdo válido sobre motivação ao EVS;
- c) Analisar a validade da estrutura interna desse instrumento desse instrumento;
- d) Criar um modelo de mensuração da Motivação ao EVS.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Para dar suporte e embasamento na construção do instrumento de motivação ao EV saudável, o capítulo de revisão foi dividido em quatro tópicos:

3.1 Estilo de Vida

Desde a década de 70, o EV é reconhecido como um dos principais determinantes dos problemas de saúde da população, principalmente em DCNT, doenças súbitas e acidentes. Estas morbidades acarretam perda de anos vividos com qualidade e elevada despesa em serviços de saúde. Pesquisadores destacam a influência que o EV exerce sobre a qualidade de vida das pessoas, ou seja, o EV é fator preponderante para manutenção da qualidade de vida e saúde das pessoas (SILVA; BRITO; AMADO, 2014).

O termo EV e seus principais desenvolvimentos derivam do campo das ciências humanas e sociais, tais como Sociologia e Antropologia, a partir de referenciais como marxismo, sociologia compreensiva de Weber, psicanálise e culturalismo antropológico americano. Para essas ciências, os EV são padrões grupais, sobre os quais a estrutura social exerce influência significativa na produção dos comportamentos (MADEIRA et al., 2018).

Atualmente, as teorias de EV saudável sugerem que as orientações para a saúde são moldadas por importantes fatores sociais, culturais, econômicos, históricos e políticos. Nesse sentido, algumas políticas públicas relacionadas à saúde e ao EV já existem e estão implantadas no Brasil, como o Pacto pela Saúde, o Pacto pela Vida, a Política Nacional de Promoção da Saúde, o Programa Academia da Saúde, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, o Programa Nacional de Controle ao Tabagismo e a Política de Atenção Integral em Álcool e Outras Drogas (FERRARI, 2017).

Ao considerar que muitos aspectos do EV podem afetar a saúde, algumas investigações têm demonstrado que o EV passou a ser um dos mais importantes determinantes da saúde, pois representa um conjunto de ações cotidianas que refletem as atitudes e valores das pessoas (SILVEIRA, 2015; NAHAS, 2013). Contudo, o EV do indivíduo não pode ser abordado como resultado único de escolhas individuais, mas como um conjunto de interações influenciadas e condicionadas pelas estruturas socioeconômicas, culturais, ambientais e fatores de risco comportamentais (MALTA et al., 2015). Os fatores de risco podem ser monitorados pelos estilos de vida adotados,

incluindo decisões sobre atividades de lazer, prática de atividade física, hábitos alimentares adequados, uso de álcool, tabaco ou drogas ilícitas (MALTA et al., 2015).

Segundo Nahas, Barros e Francalacci (2000), destacam cinco características principais do EV: nível de stress, características nutricionais, atividade física habitual, comportamento preventivo e qualidade dos relacionamentos humanos como aspectos que afetam a saúde geral e estão associados ao bem estar psicológico (SILVEIRA ET AL., 2018; NAHAS; BARROS; FRANCALACCI, 2000). Além dos comportamentos de risco que influenciam o EV, destaca-se também presença de morbidades (hipertensão, diabetes, obesidade, hipertensão, câncer, dentre outras doenças), espiritualidade e fatores psicológicos, como determinantes e influenciadores no EV adotado pelo indivíduo.

Mudanças nos hábitos alimentares, na atividade física, no consumo de fumo e álcool no curso da vida poderiam contribuir para redução das taxas de doenças crônicas. Contudo, é necessária intervenção sobre determinantes intermediários e distais que condicionam comportamentos e estilos de vida (GEIB,2012). Assim, conforme o quadro 01, destacam-se os fatores influenciadores no EV.

Quadro 01: Fatores que influenciam no EV. Fortaleza-Ceará, 2018.



Fonte: elaborado pela autora.

O conceito de EV passou a ser adotado para explicar a ocorrência de agravos à saúde, nos quais o modo de vida do sujeito tem papel importante. São múltiplos os determinantes da saúde e estes podem ser agrupados em categorias, nas quais se encontram elementos que fazem as pessoas se manterem saudáveis.

O EV apresenta associações significativas com variáveis demográficas e socioeconômicas. A desigualdade socioeconômica e seu impacto nas condições de saúde das pessoas e grupos humanos tem se tornado relevante tema de pesquisa em saúde coletiva. Cada grupo social apresenta riscos diferentes para muitas doenças e adoção

variada de EV (BORBA et al., 2016). Assim, a primeira categoria constitui o ambiente social e econômico, que incluem: sexo, salário, emprego, escolaridade e fatores sociais.

Geralmente, homens são mais vulneráveis às doenças e morrem mais precocemente que mulheres, principalmente por não buscarem cuidados de atenção primária à saúde, o que inclui atividades relacionadas à promoção de EV mais adequado (FERRARI et al., 2017). Outro fator relevante é escolaridade, que pode interferir positivamente no EV adotado pelo indivíduo (REGIS et al., 2016). O trabalho pode ser visto como influência no estilo e na qualidade de vida das pessoas, considerando boa parte das horas do dia elas dedicam-se às atividades laborais. Nesse cenário das relações entre homem e trabalho, salientam-se questões relacionadas ao perfil do EV e qualidade de vida no trabalho influenciando e sendo influenciadas constantemente (TEIXEIRA et al., 2015).

Outra categoria é o ambiente físico natural ou construído pelo homem. O meio ambiente é um determinante do EV, pessoas de uma mesma região geográfica, separadas apenas por alguns quilômetros, podem ter estilos de vida diferentes no que tange à prática de atividade física, principalmente entre as áreas urbanas e rurais. A maior oferta de equipamentos e espaços públicos de lazer em áreas urbanas, como praças, quadras, calçadões, ciclovias, pode estar associada ao elevado índice de prática de atividade física dos indivíduos (REGIS et al., 2016). É relevante destacar que o EV pode ser compreendido como forma cultural e social de viver, abrangendo hábitos e condutas capazes de contribuir de forma positiva ou negativa para a saúde (TEIXEIRA et al., 2015).

A quarta categoria considera as atitudes pessoais, ou seja, os comportamentos das pessoas que criam riscos ou benefícios para a saúde. As últimas décadas têm representado um período de mudanças nas condições de vida e de saúde da população brasileira, que está em acentuado processo de envelhecimento, com um padrão de trabalho e lazer modificados. Nesse sentido, as mudanças nos perfis epidemiológico e demográfico das populações tiveram como consequência maior exposição dos indivíduos aos fatores de risco relacionados às DCNT (FERRARI et al., 2017).

O processo de urbanização pode estar associado à limitação da prática de atividades fora de casa, pois, com o aumento da violência, crianças e adolescentes estão substituindo as atividades cotidianas e brincadeiras de rua por atividades sedentárias. Adicionalmente, avanços tecnológicos e facilidades obtidas decorrentes da modernização parecem ter favorecido modificação de hábitos de vida dos indivíduos, sobretudo no que se refere à adoção de EV sedentário (DIAS et al., 2014).

Os comportamentos sedentários envolvem atividades de baixa intensidade com gasto energético reduzido, tais como assistir televisão, jogar vídeo games ou usar o computador. Estes comportamentos têm sido associados a outros comportamentos prejudiciais à saúde, como estresse, uso de bebidas alcóolicas e tabagismo. O hábito de assistir televisão pode influenciar as escolhas alimentares da população, pois a maioria dos alimentos veiculados pela mídia é de alta densidade energética, contribuindo no aumento da obesidade na população (DIAS et al., 2014).

Embora existam evidências positivas para a saúde com relação ao EV e à atividade física, observa-se que uma grande parcela da população não segue um EV adequado. Sabe-se que benefícios da prática regular de atividade física no lazer e da alimentação equilibrada são reconhecidos para a prevenção de várias doenças crônicas, no entanto, a adoção desses comportamentos pela população brasileira ainda é, sem dúvida, insuficiente (SZWARCWALD et al., 2015).

É notório o impacto dos hábitos pessoais e do EV em nossa saúde. Sendo assim, as mudanças comportamentais podem ser muito efetivas na prevenção e controle das doenças associadas à inatividade física, alimentação inadequada e outros hábitos de vida errôneos (NAHAS, 2003). Uma vez que os fatores de risco modificáveis relacionados ao EV respondem por grande parte das mortes por doenças cardiovasculares no mundo, sua mensuração e monitoramento tornam-se essenciais para o planejamento de estratégias e ações para o controle do EV não saudável, prevenção de doenças e promoção da saúde (FERRARI et al., 2017).

O EVS pode ser o início da manutenção da saúde e prevenção de doenças. Assim, atividade física regular, alimentação equilibrada e variada, bons relacionamentos sociais, manutenção de comportamento preventivo e controle do estresse são parâmetros individuais relevantes à manutenção de EVS (CARDOSO et al., 2016).

Comportamentos são opções feitas por indivíduos, mas podem ser condicionados por acesso a informações e serviços, pressão dos pares e padrões culturais que moldam as chances de as pessoas serem saudáveis. Desse modo, pensar sobre escolhas e EV nos conduz a um território complexo que ainda demanda análises e investimentos conceituais (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; MADEIRA et al., 2018).

Diante do contexto, entende-se a importância de os indivíduos adotarem EVS para evitarem consequências de comportamentos lesivos à saúde, que incluem atividade física irregular ou sedentarismo, estresse cotidiano, alimentação desequilibrada e consumo de substâncias psicoativas (SILVA; BRITO; AMADO, 2014). Desse modo,

pensar sobre escolhas e EV nos conduz a um território complexo que ainda demanda análises e, sobretudo, investimentos conceituais.

A realização da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, na cidade de Ottawa, Canadá, em 1986, traz em sua carta um conceito de saúde ampliado dentro de uma compreensão social, defendendo a promoção da saúde na possibilidade de diminuição das iniquidades nas condições de saúde da população pelas ações intersectoriais dos diversos segmentos da sociedade, instituições governamentais, não-governamentais e da participação popular (WHO, 2002).

A partir dos anos 2000, a Promoção da Saúde (PS) no Brasil se fortalece com a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde, em 2006. Nesse momento, a política faz introdução conceitual sobre PS em sua perspectiva mais contemporânea e destaca sete ações prioritárias: alimentação saudável; prática corporal e atividade física; prevenção e controle do tabagismo; redução da morbimortalidade por uso abusivo de álcool e outras drogas; redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; e promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2006; MADEIRA et al, 2018). O referencial teórico da Promoção da Saúde (PS) acrescenta o conceito da determinação social às discussões acerca das relações entre EV e saúde, visando a favorecer a superação do modelo de culpabilidade individual centrada na abordagem de risco epidemiológico (MADEIRA et al., 2018).

Os comportamentos saudáveis são indicados como aspectos de PS, sem que fiquem claras suas relações com aspectos macroestruturais da sociedade (ROCHA et al., 2014). A recente revisão da Política Nacional de PS publicada em 2014 retoma a discussão dos princípios, valores e diretrizes que devem subsidiar as ações em PS, entendidas como conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, e tendo o princípio da equidade como base da distribuição de oportunidades, considerando especificidades individuais e coletivas (BRASIL, 2015; ROCHA et al., 2014).

Assim, há necessidade da criação de estratégias de promoção da saúde e, principalmente, de detecção de grupos de risco para intervir com ações preventivas, que são ações de baixo custo, porém eficazes, que englobam, principalmente, educação em saúde e modificação do EV (LIMA, ALMEIDA, 2014). Assim, o objeto de estudo abordado nesta pesquisa passa pela reflexão dos propósitos da saúde coletiva, estabelecida como campo que se destina à educação e promoção da saúde das populações.

3.2 Teoria da Autodeterminação (TAD)

Para análise da Teoria da Autodeterminação, optou-se por utilizar a análise pautada na perspectiva de Meleis, dividida nos segmentos: descrição, análise, crítica, teste e apoio. Neste estudo, a ênfase principal está na descrição, pois é a etapa responsável por identificar elementos conceituais pertinentes às ideias centrais da teoria (MELEIS, 2012).

A Teoria da Autodeterminação-TAD (*Self-Determination Theory*) foi elaborada em 1981, por Richard M. Ryan e Edward L. Deci, para estabelecer uma psicologia com responsabilidade social e política com foco em saúde e bem estar psicológicos (SILVA; WENDT; ARGIMON, 2010; DECI; RYAN, 1985).

Deci e Ryan (1985) propuseram que a TAD estabelece que as pessoas sejam estimuladas a aprender pelas necessidades de satisfação e amadurecimento. Com isso, a TAD procura compreender como as necessidades psicológicas básicas, em interação com os fatores socioambientais, integram e desenvolvem personalidade e motivação autônoma construtiva, para um desenvolvimento em níveis mais elaborados e unificadores do *self*, bem como as condições que fortalecem estes fatores (LIMA FILHO, 2016; DECI; RYAN, 2004).

A base inicial da TAD é a concepção do ser humano como organismo vivo, orientado para o crescimento, desenvolvimento do *self* e integração com as estruturas sociais. O comportamento humano, de acordo com essa teoria, encontra-se regulado por três necessidades psicológicas inatas (autonomia, competência e relacionamento) e pode ser intrínseca e extrinsecamente motivado ou desmotivado (VIEIRA et al., 2016).

A motivação intrínseca está relacionada às necessidades de autonomia, competência e vínculos sociais, é a base para o crescimento e a integridade social e psicológica. Nesse caso, a participação em uma atividade acontece voluntariamente e não há a presença de recompensas extrínsecas, como, por exemplo, dinheiro e prêmios. A pessoa propõe-se a realizar algo ou envolve-se numa tarefa, porque esta é inerentemente agradável ou interessante (VIEIRA et al., 2016; DECI; RYAN, 2000).

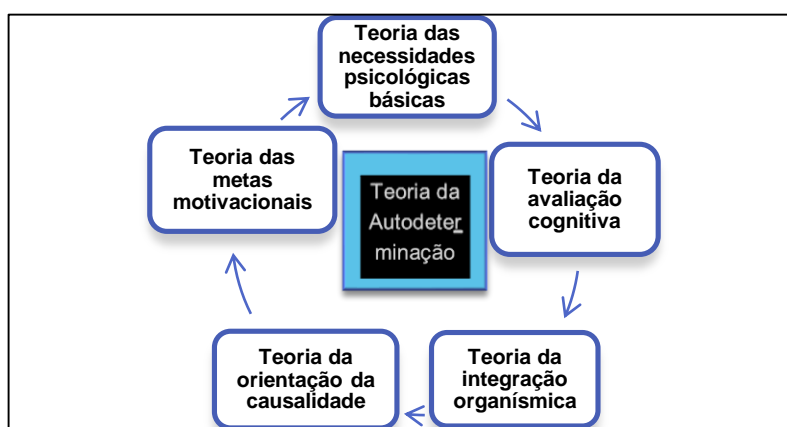
Em relação a motivação extrínseca, essa pode ser definida como um comportamento que leva o indivíduo a fazer uma atividade vislumbrando recompensas. Isso evidencia que o envolvimento na atividade acontece com vistas a realização de um objetivo, não há a presença de qualquer interesse intrínseco (VIEIRA et al., 2016).

A desmotivação/amotivação é ausência da motivação intrínseca e extrínseca, autodeterminação e aspiração em relação ao comportamento alvo. Ela caracteriza-se pela

falta de necessidade de satisfação e os comportamentos não são regulados por um controle intencional do indivíduo (VIEIRA et al., 2016; DECI;RYAN, 2000).

Com isso, a TAD tem como objeto de estudo as condições do contexto social que facilitam a saúde psicológica, bem como apresenta como hipótese principal a noção de que o bem estar psicológico pode ser alcançado a partir da autodeterminação, que representa um conjunto de comportamentos e habilidades que beneficiam a pessoa da capacidade de ser o agente causal em relação ao seu futuro tendo por base a relevância da motivação (BORGES; MIRANDA; FREITAS, 2017; WEHMEYER, 1999; DECI e RYAN, 1985). É considerada uma macro teoria da motivação e contempla um conjunto formado por cinco subteorias que, de modo coordenado, interagem, se complementam e se relacionam entre si (CERNEV, 2015; CERNEV; HENTSCHKE, 2012; REEVE, 2012; DECI; RYAN, 2012; 2008; 2000).

Figura 1: Subteorias da Teoria da Autodeterminação.



Fonte: elaborado pela autora com base na TAD (cernev, 2015; cernev; hentschke, 2012; reeve, 2012; deci; Ryan, 2012; 2008; 2000).

Uma das principais subteorias propostas pela macroteoria da Autodeterminação é a denominada de “*teoria das necessidades psicológicas básicas*”. Essa subteoria explica que as pessoas possuem necessidades inatas que, satisfeitas, são percebidas como uma condição necessária à sua vida ou essencial ao seu bem-estar (REEVE, 2006). São três as necessidades psicológicas básicas e interdependentes: autonomia, competência e a necessidade de pertencer (DECI; RYAN, 2011).

A autonomia reflete a necessidade de ser o autor da sua própria ação, ou seja, indica a disposição de agir por meio da vontade pessoal refletindo seus valores. A pessoa age de forma autónoma quando se identifica com aquilo que faz e, mesmo quando influenciada por fatores externos, mantém o sentimento de iniciativa e valor. A

competência refere-se à necessidade da pessoa ser eficiente no seu esforço, desenvolver habilidades pessoais e ser capaz de atingir o resultado desejado (DECI e RYAN, 2012).

A necessidade de pertencer ou de relacionamento leva a pessoa a procurar integrar-se e ser aceita pelos outros, não deixando, no entanto, de ser ela própria, mas encontrando segurança nessa interação (RYAN; DECI, 2002). O pertencimento se refere à necessidade das pessoas desenvolverem conexões significativas com os outros, a importância do relacionamento com os outros é essencial para promover uma relação de confiança e vínculo (RYAN et al., 2008).

Por sua vez, a *Teoria das Avaliações Cognitivas* uma subteoria que visa especificar os fatores que explicam a associação entre os fatores contextuais e os diferentes tipos de motivação, onde foco principal é o efeito das variáveis do contexto social nos comportamentos intrinsecamente motivados (RYAN; DECI, 2000). Segundo Ryan e Deci (2002) os comportamentos intrinsecamente motivados são aqueles em que há satisfação inerente à atividade realizada, não dependendo esta satisfação de recompensas para além da própria atividade. Os comportamentos extrinsecamente motivados estão dependentes de contingências e resultados externos à atividade em si.

Os pressupostos dessa teoria assentam no conceito de *locus* de causalidade que se relaciona com a necessidade de autonomia e a percepção/necessidade de competência (RYAN; DECI, 2002). Se um acontecimento é associado a uma causa mais externa, diminui o sentimento de autonomia bem como a motivação intrínseca. Pelo contrário, se um acontecimento é associado a uma causa mais interna, aumenta o sentimento de autonomia e a motivação intrínseca. Dessa forma, a teoria da avaliação cognitiva busca investigar os efeitos da motivação intrínseca sobre o bem estar pessoal. Conforme Ryan e Deci (2002), a motivação intrínseca é essencial para o desenvolvimento físico e social de todos os indivíduos, pois é através dos interesses inerentes que despontam e desenvolvem habilidades humanas.

Outra a ser destacada é a *Teoria da Integração Organísmica*, que foca sua análise nos comportamentos extrinsecamente motivados complementando assim a teoria da avaliação cognitiva. Ela procura compreender em que medida o comportamento não motivado intrinsecamente pode ser autónomo, tendo por base o conceito de internalização e integração (ALMEIDA, 2013). A internalização e a integração são processos pelos quais os comportamentos extrinsecamente motivados se tornam mais autodeterminados. As pessoas assimilam e reconstituem a regulação externa, isto é, a regulação externa do comportamento vai sendo progressivamente assumida pelas próprias pessoas, tornando

esse comportamento mais autorregulado e assim progressivamente integrado no *self*. O que não significa que à medida que a regulação extrínseca se torna mais internalizada se transforma em motivação intrínseca (RYAN; DECI, 2000).

Deci e Ryan (1985) introduziram esta subteoria para estabelecer uma taxonomia onde a motivação se estrutura em um *continuum* que abarca diferentes graus de autodeterminação da conduta, ou da forma mais autodeterminada para menor, em motivação intrínseca, motivação extrínseca e amotivação (Figura 2). Assim, na teoria da integração organísmica, existem quatro formas de motivação extrínseca que são reguladas conforme seu comportamento: regulação externa, introjetada, identificada e integrada.

A regulação externa é a forma mais básica e menos autónoma de motivação extrínseca, a pessoa age em resposta a exigências externas para obter uma recompensa ou para evitar consequências negativas (REEVE; DECI; RYAN, 2004). Na regulação introjetada a decisão para a ação surge em resultado de pressões internas como a culpa, a ansiedade ou à procura de reconhecimento social. O comportamento é controlado internamente pela própria pessoa, mas não é autodeterminado (LEVESQUE et al., 2007).

A motivação extrínseca ocorre quando o comportamento é escolhido e valorizado pelo próprio, mas ainda centrado nas consequências ou benefícios daí resultantes. Na regulação integrada, a forma mais autónoma ou autodeterminada de motivação extrínseca, embora partilhando alguns aspectos com a motivação intrínseca, na regulação integrada a ação não possui um fim em si mesma, mas é realizada para obter determinados resultados pessoalmente importantes (RYAN; DECI, 2000).

Figura 2: *Continuum* da autodeterminação com seus estilos de regulação.

Comportamento	Não autodeterminado		Autodeterminado
Motivação	Amotivação	Motivação extrínseca	Motivação intrínseca
Estilos regulatórios	Sem regulação	Regulação externa Regulação introjetada Regulação identificada Regulação integrada	Regulação intrínseca
Processo regulatório	<ul style="list-style-type: none"> Non intencional Non valorizado Incompetência Perda de controle 	<ul style="list-style-type: none"> Obediência Recompensas externas Evitar punição Autocontrole Implicações do ego Recompensas internas Culpa Importância pessoal Comportamento estável Congruência Consciência 	<ul style="list-style-type: none"> Interesse Prazer Diversão Satisfação inerente

Fonte: Adaptado de RYAN e DECI (2000).

Outro arcabouço teórico digno de nota é a *Teoria da orientação da causalidade*, que tem como foco a investigação das diferenças de regulação dos indivíduos em relação aos seus próprios comportamentos autônomos e comportamentos controlados. Ela atende de forma particular à influência do contexto social na motivação e no comportamento, bem como na integração das experiências ao longo da vida. As orientações causais dividem-se em três tipos: orientação autônoma, orientação controlada e orientação impessoal, que diferem em grau de autonomia (RYAN; DECI, 2004).

A orientação autônoma compreende os indivíduos que possuem um alto grau de capacidade de escolha, de iniciação e regulação de conduta, promovendo o desenvolvimento da motivação intrínseca e motivação extrínseca bem integrada. A orientação controlada predomina quando as pessoas realizam a conduta porque pensam que “devem fazê-la”, compreende a regulação por meio de diretivas externas ou internas, relaciona-se com a regulação externa e introjectada. A orientação impessoal compreende a não intencionalidade da ação, relaciona-se com a amotivação, ou seja, está relacionada aos sentimentos depressivos ou graus elevados de ansiedade (ARAÚJO, 2015; RYAN; DECI, 2002).

Finalmente, mas não menos importante, tem-se a *teoria das metas motivacionais ou do conteúdo dos objetivos*, uma das mais recentes teorias adicionada à TAD e surgiu da necessidade de gerar impacto sobre a motivação, o bem estar psicológico e diferenciar as metas intrínsecas e extrínsecas (DECI; RYAN, 2008). As metas pessoais podem variar com os objetivos da pessoa. Para Vansteenkiste, Lens e Deci (2006), os objetivos intrínsecos conduzem à satisfação direta das necessidades psicológicas básicas, devendo à partida, relacionar-se positivamente com o bem-estar e a adaptação positiva.

Em nível conceitual, a TAD alicerça-se nessas subteorias ou mini teorias e cada uma está relacionada com fenómenos específicos, que em comum, têm subjacente o conceito de necessidades psicológicas básicas e uma perspectiva organísmica do ser humano. Em conjunto as cinco microteorias procuram explicar o comportamento humano e os processos motivacionais que o suportam. Cada uma delas representa parte do modelo geral, organizando-se integradamente para constituir um todo coerente para formação da TAD (RYAN; DECI, 2002).

3.3 MOTIVAÇÃO À PRÁTICA DO ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL

Deci e Ryan (2004) afirmam que o ser humano tem uma tendência natural, inata e construtiva para o crescimento, na qual ele busca uma elaboração e integração do *self*. O ambiente social pode facilitar ou dificultar o desenvolvimento e a integração para a qual o ser humano está propenso ou, ainda, pode interromper e fragmentar o processo de crescimento. Assim, a TAD em interação com os fatores socioambientais, integram e desenvolvem personalidade e motivação autônoma construtiva.

A motivação pode ser definida como um estado energético interno que dirige o comportamento ou a ação, e se relaciona com direção e persistência (DECI; RYAN, 2000; RYAN; DECI, 2007). Não pode ser diretamente observada, mas inferida de comportamentos como escolha de tarefas, esforço e verbalizações. Além disso, abrange metas que provêm direção à ação e requerem atividades que envolvem esforço e persistência (CAVENAGHI, 2009).

Muitas teorias da motivação centram-se na quantidade de motivação, enquanto a TAD adiciona mais complexidade à classificação da qualidade da motivação. As pessoas não diferem apenas no nível de motivação, mas também na orientação da motivação, ou tipo de motivação (RYAN; DECI, 2000). Neste sentido, a TAD ultrapassa a distinção mais simplista entre motivação intrínseca versus extrínseca, e atende particularmente aos diferentes tipos de motivação que integram a categoria da motivação extrínseca, algumas das quais constituem formas mais empobrecidas de motivação, mas outras representam estados mais ativos (RYAN; DECI, 2000).

Assim, além da distinção tradicional entre motivação intrínseca e extrínseca, a TAD avança com a distinção fundamental entre motivação autônoma (agir por conta própria), e controlada, agir em resposta a uma pressão externa ou interna. Em contraste com a motivação, a amotivação, de acordo com Deci e Ryan (2008), corresponde a uma falta de intenção para a ação, porque a pessoa não valoriza o comportamento ou resultado, ou não se sente competente para o realizar, traduzindo-se num vazio motivacional.

Nos últimos anos, a TAD tem sido utilizada como modelo teórico de suporte de diversos estudos, com aplicações em vários contextos. Ela evidencia o efeito positivo do suporte autônomo, proporcionado por outros significativos do contexto social, no comportamento da pessoa. Assim, a escolha da TAD, como modelo teórico para este trabalho, prende-se com a reconhecida aplicação dos seus princípios no estudo do processo motivacional em diversos comportamentos de saúde e pode ter um impacto importante na motivação auto determinada para prática de EV saudável.

No quadro 04 é apresentado exemplo de a qualidade da motivação e sua aplicação à prática de EVS, pois explicita o *continuum* da motivação e distingue os diferentes tipos de regulação associados à motivação extrínseca, procurando descrever a regulação em cada um deles, contemplado os níveis de competência, autonomia e relacionamento, associados a cada tipo de regulação motivacional. Além disso, o quadro a seguir representa, via TAD, como a motivação pode influenciar na prática do EVS, descrevendo tipo de orientação motivacional, de regulação e satisfação das necessidades de autonomia, competência e relacionamento. Assim, a TAD auxilia na melhor compreensão dos motivos que levam a pessoa a aderir ou não a um EVS.

Quadro 02: Exemplo de qualidade da motivação e sua aplicação à prática de EVS.

Qualidade da motivação	Amotivação	Motivação extrínseca				Motivação intrínseca
Orientação motivacional	Amotivação	Motivação controlada		Motivação autônoma		Motivação autônoma
Tipo de Regulação	Regulação inexistente	Regulação externa	Regulação introjectada	Regulação identificada	Regulação integrada	Regulação intrínseca
Qualidade do comportamento	Completamente controlado.	Controle externo.	Controle interno.	Misto de controle externo e valores internos.	Comportamento consistente com valores e objetivos pessoais.	Controle interno.
Descrição da regulação	Ausência total de motivação.	As razões não se associam ao comportamento. Apenas para reconhecimento social.	Comportamento em função de recompensa interna: sentimento de orgulho ou evitar sentimento de culpa por não aderir.	Comportamento em função da valorização pessoal dos objetivos e dos resultados.	Comportamento é associado à identidade. Comportamento é mais estável.	Comportamento é realizado pelo prazer ou divertimento, e não por uma recompensa ou resultado externo.
Efeitos sobre a prática do EVS	Associa-se a resultados negativos, tais como emoções negativas.	Associa-se à desistência e emoções negativas. Por vezes, útil para adesão em curto prazo.	Útil para a adesão a curto prazo. Não se associa a emoções positivas nem a autoimagem positiva.	Adesão a longo prazo. Associa-se a algumas emoções positivas, como a satisfação pessoal.	Boa adesão a longo prazo. Associa-se a uma autoimagem positiva.	Melhor adesão a longo prazo. Resultados muito positivos, incluindo diversão, prazer e satisfação.
Exemplo de motivos para prática de EVS	Não pratico um EVS. Não gosto. Não ter EVS.	Faço para ter o reconhecimento das pessoas.	Tenho um EVS para não me sentir culpado ou para evitar críticas.	Pratico EVS pelos benefícios proporcionados, por ex.: para melhorar minha saúde.	Pratico EVS porque sei que é importante para mim.	É divertido e me sinto bem. Gosto de ter um EV saudável.
Competência	Não se sente nada competente.	Sente-se um pouco.	Sente-se um pouco.	Sente-se competente.	Sente-se competente.	Sente-se muito competente.
Autonomia	Não autónomo. Não sente que teve opção de escolha.	Pouca autonomia.	Pouca autonomia.	Autonomia moderada.	Autonomia elevada.	Autonomia muito elevada.
Relacionamento	Nenhum relacionamento. Não se sente ligado aos outros no contexto do comportamento. Sente-se alienado e/ou indesejado.	Pouquíssimo relacionament. Sente-se pressionado para estar ali.	Pouco ou relacionamento negativo. Não se sente ligado a outros. Sente-se pressionado pelos outros para permanecer.	Relacionamento positivo. Sente-se ligado aos outros no contexto.	Relacionamento mais positivo. Sua ligação aos outros no contexto tem sentido. Sentimento de pertença e conforto.	Relacionamento elevado, mas não necessário, em práticas individuais. Grupalmente, sente fazer sentido a ligação com outros no contexto.

Fonte: adaptado de Almeida, 2013.

A teoria da autodeterminação (estuda comportamento e motivação) tem contribuído para compreensão das razões que levam as pessoas a adotarem e manterem determinados comportamentos, nomeadamente no âmbito da saúde-doença (RYAN; PATRICK; DECI;

WILLIAMS, 2008). A aplicação dos princípios deste modelo teórico no estudo dos processos motivacionais em diferentes comportamentos de saúde é reconhecidamente relevante cientificamente, assim como sua aplicação no contexto da prática dos cuidados de saúde. Assim, a razão da escolha da TAD, como modelo teórico para esta tese prende-se à reconhecida aplicação de seus princípios no estudo do processo motivacional em comportamentos de saúde, bem como na utilidade dos resultados em intervenção.

4 MÉTODO

Trata-se de um estudo metodológico, que, segundo Polit e Beck (2018), investiga, organiza e analisa dados para construir, validar e avaliar instrumentos e técnicas de pesquisa, centrada no desenvolvimento de ferramentas específicas de coleta de dados para melhorar a confiabilidade e validade de instrumentos.

A construção e validação do instrumento de motivação ao EVS se realizou a partir da Psicometria que desenvolve uma discussão epistemológica em torno do emprego do número no estudo científico dos fenômenos naturais tendo como objeto de estudo o traço latente (PASQUALI, 2009).

Para Pasquali (2009), para alcançar o propósito do estudo, é necessário a realização de etapas bem definidas e que deverão ser delineadas em três grandes polos: procedimentos teóricos, procedimentos empíricos (experimentais) e procedimentos analíticos (estatísticos). Essas fases admitem métodos, técnicas e análises diferentes, contribuindo então para a construção e validação do instrumento de motivação ao EV saudável, uma vez que este requer arcabouço teórico-metodológico cuidadoso e coerente.

No que diz respeito às fontes de evidência para a validade, existem diretrizes que listam cinco fontes de possíveis evidências de validade. Destes, quatro parecem apropriados: baseado em evidências, no conteúdo do teste, evidência baseada em processos de resposta, evidência com base na estrutura interna e na evidência baseada nas relações com outras variáveis. A quinta fonte de evidências é a provas de validade e consequências dos testes (CIZEK, 2016)

Etapa 1: Procedimentos Teóricos

Na fase teórica da elaboração de instrumentos de medida, houve enfoque na questão da teoria da autodeterminação que fundamentou a construção científica, ou seja, a explicitação da teoria sobre o construto ou objeto para o qual se desenvolveu um instrumento de medida (PASQUALI, 2009). Essa fase deixou claro o fenômeno a ser

medido, chamado de traço latente. A definição do traço latente foi obtida de duas maneiras: definições constitutivas e as definições operacionais (PASQUALI, 2009).

Nessa etapa foi realizada a dimensionalidade do construto sendo definidas as definições constitutivas e operacionais. Em seguida, foi realizada a elaboração de itens e a validação de seu conteúdo. A dimensionalidade diz respeito à estrutura interna e semântica. Este atributo foi definido a partir dos conceitos e domínios que foram definidos para o EV saudável que orientou a construção do instrumento de medida.

A elaboração das definições operacionais designou a passagem do terreno abstrato para o concreto. Nessa fase se fundamentou a validade do instrumento, baseando-se na legitimidade da representação empírica e comportamental do traço latente (PASQUALI, 2009). Uma definição de um construto é operacional quando ele é definido, não mais em termos de outros construtos, mas em termos de operações concretas, isto é, de comportamentos físicos pelos quais o construto se expressa. A definição operacional do construto deve ser mais abrangente possível (BALAN, 2008).

A elaboração das definições operacionais foi otimizada pela realização de revisão integrativa da literatura. A formulação da pergunta foi realizada a partir da estratégia PVO, ficando assim definida: (P) a população corresponde aos “adultos”; (V) variável de interesse: instrumentos que avaliam EV; (e como desfecho/ resultado esperado (O):constituintes e indícios de validade dos instrumentos. Assim, a revisão integrativa foi realizada a partir da pergunta: quais os constituintes e indícios de validade dos instrumentos que avaliam EV de adultos?

Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados eletrônicas Science Direct, Cinahl, Scopus, Medline/Pubmed e na biblioteca virtual Scielo. Foram utilizados os descritores: "Adult"; "Life Style"; "Validation Studies" de acordo como a terminologia do Medical Subject Headings (Mesh). Para sistematizar a busca, foi utilizada a equação: "Adult" AND "Life Style" AND "Validation Studies".

Foram critérios de inclusão: artigos sobre construção de questionários de EV em adultos; disponíveis na íntegra; em língua portuguesa, inglesa ou espanhola. Foram excluídos: revisão de literatura, teórica ou editorial e estudos com apenas um domínio do EV. Desse trabalho, alinhado à teoria da autodeterminação, resultou o arcabouço teórico que permitiu prévia visualização do traço latente, que teve seu conteúdo validado.

A validade de conteúdo é a avaliação sistemática do conteúdo do instrumento para verificar se ele realmente constitui uma representação adequada do objeto a ser mensurado. Os itens do instrumento devem representar de maneira fiel seus objetivos, a

área do conteúdo deve ser inteiramente descrita e definida, e esse processo avaliativo ficará a critério de um corpo de especialistas no tema (PASQUALI, 2003).

O instrumento foi submetido à avaliação por um comitê de especialistas na área da saúde, para verificar a evidência de validade relacionada ao conteúdo e pertinência conceitual. Participaram dessa etapa oito especialistas. Foi realizado contato via e-mail, sendo anexada a carta convite (APÊNDICE A) com as respectivas informações sobre a pesquisa e atribuições dos especialistas no estudo. Após aceite, foi encaminhado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), questionário de caracterização dos especialistas e instrumento-piloto para validação do conteúdo (APÊNDICE D). Pretendeu-se que o painel de juízes fosse composto por membros de uma equipe multidisciplinar com título de doutor ou mestre, experiência com criação de instrumentos e envolvidos com o ensino, pesquisa e extensão.

Um painel de três a cinco juízes é suficiente para a realização dessa tarefa. Os juízes foram selecionados por meio do sistema de classificação de *Experts* no assunto, desenvolvido por Joventino (2010), que se baseia nos seguintes critérios: ser doutor; possuir tese; ser mestre; possuir dissertação na área de IC; possuir artigos publicados na área; possuir prática profissional em ensino, pesquisa ou extensão recente, de no mínimo, 5 anos na área de IC; ser especialista na área do objeto (Quadro 2).

Quadro 03: Sistema de Classificação dos *Experts*. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2020.

Crítérios	Pontos
Ser doutor	4
Tese na área	2
Ser mestre	3
Dissertação na área	2
Artigos publicados na área	1
Prática profissional recente de, no mínimo, 5 anos na área	2
Ser especialista na área	2

Fonte: Joventino (2010).

A validação de conteúdo foi realizada a partir dos critérios da psicometria baseado nos itens desenvolvidos por Pasquali (1998) (Quadro 03).

Quadro 04: Critérios psicométricos para escolha dos itens. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2020.

Crítério / Descrição
Crítério comportamental: O item deve expressar um comportamento, não uma abstração ou construto. Deve poder permitir à pessoa uma ação clara e precisa, de sorte que se possa dizer a ela “vá e faça”.
Crítério da simplicidade: Um item deve expressar uma única ideia. Itens que introduzem explicações de termos ou oferecem razões ou justificativas são normalmente confusos porque introduzem ideias variadas e confundem o respondente.
Crítério da clareza: Deve ser inteligível até para o estrato mais baixo da população-meta; utilizar frases curtas, com expressões simples e inequívocas. Frases longas e negativas incorrem facilmente na falta de

clareza. O linguajar típico da população-meta deve ser utilizado na formulação dos itens. Assim, são admissíveis e mais apropriadas expressões conhecidas por tal população, ainda que elas possam parecer linguisticamente menos castiças. A preocupação aqui é a compreensão das frases (que representam tarefas a serem entendidas e, se possível, resolvidas), não sua elegância artística.
Critério da relevância: A expressão (frase) deve ser consistente com o traço (atributo, fator, propriedade psicológica) definido e com as outras frases que cobrem o mesmo atributo. Isto é, o item não deve insinuar atributo diferente do definido, o item deve expressar o atributo que realmente deseja medir.
Critério da precisão: O item deve possuir uma posição definida no contínuo do atributo e ser distinto dos demais itens que cobrem o mesmo contínuo. O item deve ser útil na medida do atributo.
Critério da modalidade: Formular frases com expressões de reação modal, isto é, não utilizar expressões extremadas, como excelente, miserável, etc. A intensidade da reação da pessoa é dada na escala de resposta. Se o próprio item já vem apresentado em forma extremada, a resposta na escala de respostas já está viciada.
Critério da tipicidade: Formar frases com expressões condizentes (típicas, próprias, inerentes) com o atributo.
Critérios referentes ao conjunto dos itens (o instrumento todo)
Critério da amplitude: Este critério afirma que o conjunto dos itens referentes ao mesmo atributo deve cobrir toda a extensão de magnitude do contínuo desse atributo.
Critério do equilíbrio: Os itens do mesmo contínuo devem cobrir igual ou proporcionalmente todos os segmentos (setores) do contínuo, devendo haver, portanto, itens fáceis, e médios difíceis (para aptidões) ou fracos, moderados e extremos (no caso das atitudes). De fato, os itens devem se distribuir sobre o contínuo numa disposição que se assemelha à da curva normal: maior parte dos itens de dificuldade mediana e diminuindo progressivamente em direção às caudas (itens fáceis e difíceis em número menor).

Fonte: Pasquali (1998).

Para fazer as avaliações, foi utilizada uma escala categórica ordinal de quatro pontos, variando entre um e quatro, sendo as opções de resposta três e quatro consideradas adequadas. Os itens foram avaliados seguindo os critérios: 1) Definições constitutivas, operacionais e operacionalização do construto em itens NÃO é indicativa(o) da motivação ao EVS (pontuação:01); 2) Definições constitutivas, operacionais e operacionalização do construto em itens é MUITO POUCO indicativa(o) motivação ao EVS (pontuação:02); 3) Definições constitutivas, operacionais e operacionalização do construto em itens é CONSIDERAVELMENTE indicativa(o) da motivação ao EVS (pontuação:03); e 4) Definições constitutivas, operacionais e operacionalização do construto em itens é MUITÍSSIMO indicativa(o) da motivação ao EVS (pontuação:04).

Após avaliação dos especialistas, para determinar o nível de concordância entre eles, foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para cada item, para o conjunto de itens de cada área do conteúdo e para o conjunto total de itens do instrumento. Para Alexandre e Coluci (2011), o IVC compreende um método muito utilizado na área da saúde. Mede a proporção ou a porcentagem de especialistas que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. Este método emprega uma

escala tipo Likert com pontuação de um a quatro de acordo com o quadro 04. O escore do índice é calculado por meio da soma de concordância dos itens que serão marcados por “3” ou “4” pelos especialistas. Os que receberem pontuação “1” ou “2” serão revisados ou eliminados. Dessa forma, o IVC será definido como a proporção de itens que recebe uma pontuação de 3 ou 4 pelos especialistas. A fórmula utilizada para calcular o IVC de cada item será: $(IVC = \text{Número de respostas 3-4} / \text{Número total de respostas})$

Para que o instrumento tenha IVC excelente, este deverá atingir o valor entre os itens (IVCi) de 0,75 ou superior e média de IVC do conjunto de itens de 0,90 ou superior. Ademais, será considerado o seguinte padrão de avaliação: $IVCi \geq 0,78$ excelente; $IVCi$ entre 0,60 e 0,71 bom; e $IVCi < 0,59$ ruim. (POLIT; BACK; OWEN, 2007). Foram eliminados do painel de itens, aqueles que obtiveram IVCi ruim

Para análise dos itens e adequação a critérios psicométricos selecionados, foi calculada média aritmética dos critérios, pela somatória das notas do indicador dividida pelo total de especialistas. Foi analisada confiabilidade/consistência interna dos itens com Alpha de Cronbach e realizado Teste Binomial considerando nível de significância de 5% ($p > 0,05$) para estimar confiabilidade estatística dos IVC. Por meio do software Factor, a confiabilidade foi avaliada pela estimação da qualidade das pontuações dos fatores via índice de determinação do fator ($FDI > 0,80 =$ adequada qualidade) e Orion marginal confiabilidade ($> 0,80 =$ adequada qualidade) (MAES et al., 2019).

Após adequação das solicitações dos juízes, durante análise semântica o piloto foi aplicado em entrevista cognitiva a quinze pessoas atendidas em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Fortaleza-Ceará em novembro de 2019. Foram observadas as dificuldades na compreensão das palavras/termos presentes nos itens, verificando necessidade de adequações e reformulação de resposta aos itens. O instrumento foi alterado quanto às respostas dos itens e foi reaplicado a mais quinze usuários de outra UAPS municipal para fechamento da estrutura piloto (APÊNDICE E).

Etapa 2: Procedimento empírico (experimental)

Com a finalidade de validar o instrumento criado, o estudo foi realizado nas Unidades de Atenção Primárias em Saúde (UAPS) de Fortaleza-Ceará-Brasil. Atualmente, para efeito administrativo, a cidade encontra-se dividida em seis Secretarias Regionais (SR) e uma administrativa (I, II, III, IV, V, VI e centro). A seleção das UAPS foi realizada em sorteio e foram selecionadas duas UAPS de cada regional. As Unidades de Atenção Primária em Saúde sorteadas foram: UAPS Carlos Ribeiro, UAPS Floresta, UAPS Irmã Hercília, UAPS Paulo Marcelo, UAPS Meton de Alencar, UAPS César Carls,

UAPS Dom Aluisio Loscheider, UAPS Turbay Barreira, UAPS Paracampas, UAPS José Walter, UAPS Messejana e UAPS Edmar Fujita.

A coleta de dados se deu de janeiro a março de 2020. Em virtude da pandemia COVID-19, a coleta foi interrompida e não foi possível realizar entrevista na UAPS Turbay Barreira, UAPS José Walter e UAPS Edmar Fujita. Nesse sentido, o questionário foi aplicado a 543 pacientes atendidos em nove Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) no município de Fortaleza-Ceará. Foram critérios de inclusão: adultos ≥ 18 anos de idade e aguardando atendimento. Buscou-se preservar a heterogeneidade, com o intuito de incluir respondentes para os diversos níveis da escala. Foram excluídos aqueles com déficit cognitivo, que não se comunicavam verbalmente e os que estavam com alguma enfermidade contagiosa que impossibilitasse a interação.

Na Teoria de Resposta ao Item (TRI), a amostragem para calibração dos itens deve ser não probabilística subordinada a objetivos específicos do cientista (ARANGO, 2005). Segundo Rodrigues (2012), por se tratar de construção e validação de instrumentos usando a TRI, é necessária amostra grande para conseguir respondentes que cubram todo o traço latente estudado. Assim, amostras grandes com número de respondentes igual ou superior a 1000 apresentam maior chance de cobrir todo o traço latente estudado.

A coleta de dados foi realizada durante entrevista estruturada. A abordagem foi realizada em visita às UAPS, sendo aplicado instrumento de caracterização clínico-epidemiológica e o Questionário de Motivação ao EVS (APÊNDICE E). Inicialmente, a doutoranda se apresentou e explicou o tema da pesquisa. Em seguida, foi realizado convite para participação na pesquisa e, caso concordasse em participar do estudo, os adultos assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (APÊNDICE C).

Etapa 3: Procedimento analítico

Esta etapa visou validar o instrumento via análise psicométrica e de procedimentos estatísticos para verificar consistência interna do instrumento; calibração ou estimação dos parâmetros dos itens; Curva de Informação do Teste; tratamento dos dados e construção da escala via TRI. A análise estatística dos itens foi dividida em análise clássica e análise com a TRI. Na clássica, a qualidade do instrumento foi medida pela fidedignidade. A consistência interna do conjunto de itens foi verificada com alfa (α) de Cronbach, sendo usado o pacote psych (REVELLE, 2010) do software livre R.

Antes da análise pela TRI, fez-se necessário analisar a dimensionalidade, ou seja, verificar se o conjunto de itens estava medindo somente um único traço latente. Esta

constatação foi realizada pela análise fatorial. Pasquali (2009), afirma que a análise fatorial possui como lógica verificar quantos construtos comuns são necessários para explicar as covariâncias (intercorrelações) dos itens. Assim, pela análise fatorial pôde-se saber quanto cada fator estava associado a cada variável e o quanto o conjunto de fatores explicavam a variabilidade geral dos dados originais.

Foi aplicado o Modelo de Resposta Gradual de Samejima da TRI, que assume categorias de resposta ordenadas. Para evidências de validade da estrutura interna realizou-se inicialmente uma calibração forçada com estimação dos parâmetros da TRI, discriminação (a) e dificuldade (b) com todos os itens do QMEVS. Foram observadas adequações dos parâmetros e magnitude de seus erros padrões. Quanto à interpretação do parâmetro a (discriminação do item) foram aceitáveis valores $> 0,6$ e quanto maior o valor de a, maior o poder de discriminação do item; quanto ao parâmetro b (dificuldade/ posicionamento). Após estimação dos parâmetros foi elaborada a função da informação do teste (FIT). Os parâmetros foram estimados no pacote estatístico mirt do software R.

Com a exclusão de alguns itens optou-se por realizar Análise Fatorial Exploratória (AFE) com extração dos fatores por meio de análise paralela sobre matriz de correlação policórica e rotação promim no Software Fator, para observação da distribuição dos itens nos fatores e variância explicada de cada fator. Para estabelecimento da presença de uma dimensão dominante para satisfazer o pressuposto de unidimensionalidade da TRI foi adotada a convenção de que uma variância explicada pelo primeiro fator superior a 20% indica unidimensionalidade essencial.

As evidências baseadas no desenvolvimento de teste e processos de administração foram observada via Curva Característica do Item (CCI) e construção da escala interpretativa dos escores. A construção da escala foi realizada com base nos níveis âncora das categorias com boa discriminação ($a > 0,6$). Os níveis âncora são pontos da escala selecionados para serem interpretados. As categorias dos itens foram posicionadas ao atingirem a proporção de 65% de resposta.

Para facilitar a compreensão foi realizada uma transformação linear na escala do traço latente (θ), normalmente fixada com média 0 (zero) e desvio padrão 1 (um), Escala (0,1), no processo de estimação dos parâmetros dos itens e indivíduos. A escala foi transformada para Escala (50,05), isto é, com média 50 e desvio padrão 05. Após o posicionamento das categorias dos itens na escala foi realizada interpretação de cada nível, segundo representação do item e da categoria de resposta ancorada no nível.

Aspectos éticos

A presente tese integra o projeto guarda-chuva: “ Construção e validação de questionários para avaliação de fatores relacionados à saúde cardiovascular (EV, estresse e adesão ao tratamento)”. O projeto foi encaminhado à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) via Plataforma Brasil e foi respeitado o que rege a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde referente a pesquisas com seres humanos.

Os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa assinaram TCLE após o esclarecimento da pesquisa, ficando-lhes assegurado direito à privacidade, sigilo e acesso aos dados (APÊNDICE C). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará sob o parecer nº 3.345.431 (ANEXO A).

5 RESULTADOS

Para apresentação dos resultados desta pesquisa, optou-se por organizá-los em artigos, que, posteriormente serão enviados para revistas científicas.

O primeiro artigo é uma revisão integrativa que analisou os constituintes e indícios de validade dos instrumentos avaliativos de EV em adultos.

O segundo artigo traz a construção teórica do instrumento de Motivação ao EVS (QMEVS), sua validação de conteúdo e estrutura interna.

O terceiro artigo analisou, por meio da TRI, evidências da validade da estrutura interna do QMEVS, evidências essas baseadas no desenvolvimento de testes e administração do referido questionário.

ARTIGO 1

ELEMENTOS CONSTITUINTES E VALIDADE DOS INSTRUMENTOS AVALIATIVOS DO ESTILO DE VIDA EM ADULTOS: revisão integrativa

Irialda Saboia Carvalho
José Wicto Pereira Borges
Thereza Maria Magalhães Moreira

Resumo: o presente estudo teve como objetivo analisar os constituintes e indícios de validade dos instrumentos avaliativos do estilo de vida (EV) em adultos. Revisão integrativa, sem delimitação temporal, com coleta de dados nas bases Science Direct, Cinahl, Scopus, Medline/Pubmed e Scielo. Foram selecionados oito estudos que utilizaram os questionários EV Fantástico, Questionário de experiência do paciente, MEDLIFE, MLCDP, questionário de triagem “prescrever vida saudável”, MOCHAD-10, KomPAN e CHAT. Os domínios mais presentes foram hábitos alimentares, atividade física, relacionamentos, sono, estresse, lazer, bem-estar, tristeza e uso de drogas lícitas (álcool e tabagismo). A maioria dos instrumentos tinha boa consistência interna e viabilidade para aplicação, contudo apenas um instrumento foi validado para o Brasil e este é multidimensional, o que o torna de difícil aplicação. Conclui-se que a avaliação do EV em adultos ainda é campo aberto para a pesquisa, pois os diferentes instrumentos analisados têm limitações, não havendo um questionário ideal e completo para avaliação do EV saudável em adultos.

Palavras-chave: Estilo de Vida; Instrumentos; Questionários.

INTRODUÇÃO

Na atualidade, muito se comenta sobre as teorias do estilo de vida (EV) e sugere-se que as orientações à saúde são moldadas por relevantes fatores sociais, culturais, econômicos, históricos e políticos¹. Com isso, o EV é o “conjunto de hábitos e costumes influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização. Esses hábitos e costumes incluem uso de substâncias (álcool, fumo, chá ou café), hábitos nutricionais e exercício. Têm relevantes implicações na saúde e, frequentemente, são objeto de investigação epidemiológica”². O EV pode ser caracterizado por padrões de comportamentos identificáveis, que podem ter profundo efeito na saúde da população e está relacionado com diversos aspectos que refletem atitudes, valores e oportunidades na vida das pessoas².

Dada a importância que o tema assume mundialmente, percebe-se nas últimas décadas a ocorrência de mudanças nas condições de vida e saúde da população requer engajamento entre indivíduo e profissionais de saúde para que a mudança de fato aconteça e seja eficiente. Ao perceber no cotidiano profissional o quão difícil é para os indivíduos alterar positivamente seu EV com vistas a prevenir doenças ou seguir efetivamente o próprio tratamento, os instrumentos avaliativos podem subsidiar o planejamento do

cuidado. Tais instrumentos podem identificar dificuldades na adoção do EV saudável (EVS), caracterizar hábitos e avaliar o nível de conhecimento sobre práticas saudáveis, direcionando ações promotoras de saúde.

Existe reconhecida associação entre EV e boa qualidade de saúde, entretanto ainda não está bem estabelecido quais os instrumentos mais adequados para avaliar o EV³, pois na literatura poucos são os questionários que avaliam EV e não há um “padrão-ouro” para mensuração desse construto. Apesar da constante criação de novos instrumentos, muitos não têm sido validados adequadamente. Assim, é necessário conhecer detalhadamente tais instrumentos, seus itens, domínios, formas previstas de avaliação e, especialmente, suas propriedades de medida, antes de utilizá-los, pois a qualidade da informação fornecida por esses instrumentos depende, em parte, de suas propriedades psicométricas⁴. Desse modo, observam-se instrumentos com estruturas diferentes que avaliam, inclusive, dimensões muitas vezes distintas. Assim, o objetivo desse estudo foi analisar os constituintes e indícios de validade dos instrumentos avaliativos do EV em adultos.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura sobre instrumentos avaliativos do EV em adultos, com organização e síntese dos resultados obtidos, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para discussão sobre os métodos, resultados de pesquisas e reflexões já realizados na área e sobre a realização de futuros estudos^{5,6,7}. O estudo cumpriu criteriosamente as seis etapas previstas para esse tipo de pesquisa: seleção de questão norteadora; definição das características das pesquisas primárias da amostra; seleção das pesquisas que compuseram a amostra; análise dos achados dos artigos; interpretação dos resultados e relato da revisão em exame crítico⁶.

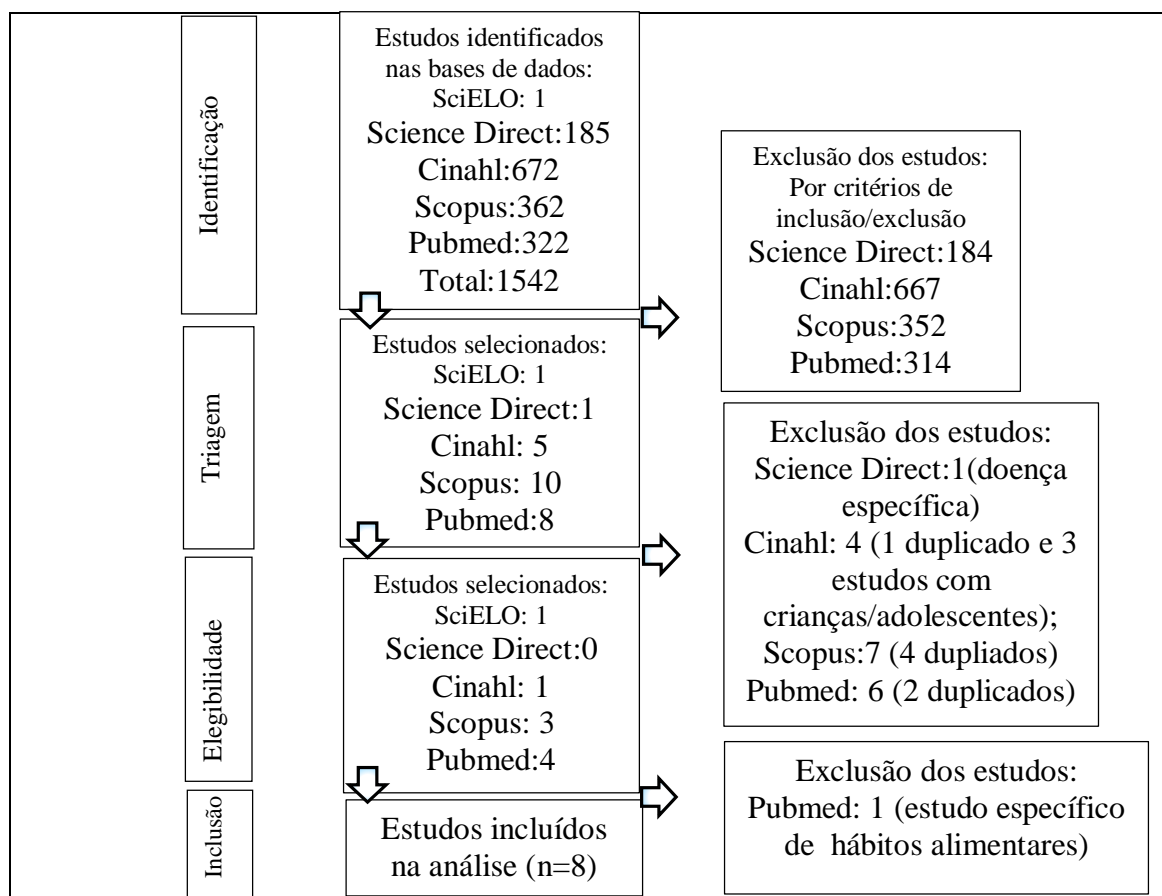
A formulação da pergunta de partida dessa revisão se deu a partir da estratégia PVO, ficando assim definida: P(População) corresponde a “adultos”; V (variável de interesse) foram os instrumentos avaliativos do EV; e O (outcome = resultado) os constituintes e indícios de validade dos instrumentos. Assim, a Revisão Integrativa foi realizada a partir da pergunta: quais os constituintes e indícios de validade dos instrumentos avaliativos do EV em adultos?

Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados eletrônicas Science Direct, Cinahl, Scopus, Medline/Pubmed e Scielo. Foram utilizados os descritores: "Adult"; "Life Style"; "Validation Studies" segundo terminologia do Medical Subject Headings

(Mesh). Para sistematizar a busca, elaborou-se a equação: "Adult" AND "Life Style" AND "Validation Studies". A busca dos estudos ocorreu de maio a julho de 2019. A seleção dos artigos foi realizada por dois pesquisadores e os dados foram comparados. Os critérios de inclusão no estudo foram: artigos sobre instrumentos/questionários avaliativos do EV em adultos; disponíveis na íntegra; em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, sem delimitação temporal. Foram excluídos: revisão de literatura ou teórica, editorial e estudos com apenas um domínio do EV.

Como resultado das buscas foram encontrados 1542 artigos nas cinco bases de dados, sendo realizadas leituras de seus títulos e resumos, fazendo-se uma triagem quanto à relevância e à propriedade com que responderam o objetivo do estudo. Após essa primeira análise, foram pré-selecionados 25 artigos. Em seguida, realizou-se leitura criteriosa dos trabalhos na íntegra e chegou-se ao total de oito artigos selecionados para o estudo. Para descrição das buscas utilizou-se o fluxograma PRISMA para explicar como foi realizada a busca e seleção dos estudos (Figura 1).

Figura 1: Fluxograma de seleção dos estudos. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2020.



Após a busca da literatura, seleção dos artigos e organização dos dados, iniciou-se a tradução, leitura, interpretação e discussão dos resultados para proceder a

revisão integrativa. Os estudos foram analisados descritivamente para composição de dois grupos de resultados. O primeiro foi constituído por elementos de caracterização dos estudos. Para a extração dos dados relevantes foram selecionadas as variáveis: tipo de estudo, local do estudo, sujeitos, amostra, ano de realização, coleta de dados e instrumentos de avaliação de EV. O segundo grupo abordou os domínios constituintes, elementos de validade e confiabilidade.

Para sumarizar os elementos constituintes que os questionários continham foi utilizada a técnica de nuvem de palavras, gerada a partir do WordArt. Por se tratar de revisão, dispensou o envio para um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

RESULTADOS

O resultado contou com oito artigos com instrumentos avaliativos do EV. O quadro 01 sintetiza informações dos autores, ano de publicação, tipo de estudo, amostra, local de coleta de dados e qual o instrumento avaliativo do EV.

Quadro 01: Caracterização da produção científica sobre questionários para avaliar EV. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2020.

Autor	Ano	Tipo de estudo	Amostra / Local	Instrumento
Añez, R. R.; Reias, R. S.; Petroski, E. L.	2008	Estudo de validação	62 adultos jovens/ Brasil	Questionário EV Fantástico
Brauer, R. et al.	2018	Estudo metodológico	164 / 57 franceses e 107 ingleses	Questionário de experiência do paciente para melhorar os serviços de EV na atenção primária
Bhatti, Z. U. et al.	2013	Estudo metodológico	308 pacientes / País de Gales	Principais Decisões de Mudança de Vida (MLCDP)
Sotos-Prieto, M. et al.	2014	Estudo metodológico	988 indivíduos / Espanha	EV Mediterrâneo (MEDLIFE)
Bully, P. et al.	2016	Estudo transversal e de validação	126 pacientes / Espanha	Questionário de triagem “prescrever vida saudável” para detectar comportamentos saudáveis- PVS-SQ
Oliveira, D. et al.	2019	Estudo transversal	3948 indivíduos/ Reino Unido	Motivação para mudar comportamento para escala de redução do risco de demência (MOCHAD-10)
Kowalkowska, J. et al.	2018	Estudo transversal	954 indivíduos/ Polónia	Questionário de crenças, hábitos alimentares e nutrição (KomPAN)
Goodyear-Smith, F.; Arroll, B.; Coupe, N.	2009	Estudo de validação	755 pacientes/ Nova Zelândia	Ferramenta para encontrar casos e avaliação de ajuda (CHAT)

Sobre a caracterização dos estudos, o período de publicação compreendeu os anos de 2008 a 2019. Quanto ao delineamento dos estudos, as pesquisas eram estudos metodológicos/validação e estudos transversais. Dois foram realizados na Espanha, um no Brasil, um na Nova Zelândia, um na Polónia, um no País de Gales, e um com franceses e ingleses. A maioria dos estudos tinha amostras significativas para validação dos

instrumentos analisados. De fato, o EV é um dos fatores mais relevantes para manutenção da saúde e favorece o prolongamento da longevidade do indivíduo.

Para avaliação de EV, foram utilizados os seguintes instrumentos: EV Fantástico, Questionário de experiência do paciente, MEDLIFE, MLCDP, questionário de triagem “prescrever vida saudável”, MOCHAD-10, KomPAN e CHAT. O quadro 2, a seguir, apresenta os principais domínios, validade e confiabilidade dos instrumentos analisados.

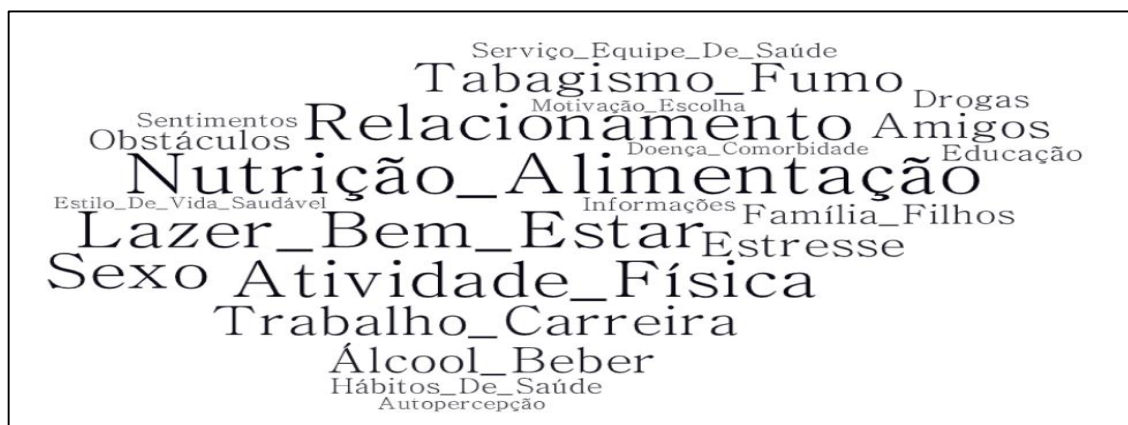
Quadro 02: Principais dimensões, validade e confiabilidade dos questionários avaliativos do EV. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2020.

Instrumento	Descrição
EV Fantástico	<p>Dimensões/constituintes: Família; Amigos; Atividade; Nutrição; Uso de cigarros/ drogas; Álcool; Sono; Cinto de Segurança; Estresse; Sexo; Comportamento; Discernimento; Trabalho; Lazer.</p> <p>Validade: Índice de concordância (IC) do EV entre duas aplicações em 3 grupos foi 80,7% e índice de concordância Kappa = 0,70.</p> <p>Confiabilidade: Consistência interna do instrumento avaliada pelo alfa de Cronbach, que foi de 0,69. Correlação intraclassa entre escore geral do pré e pós-teste foi de R = 0,92 (p = 0,2).</p>
Questionário de experiência do paciente	<p>Dimensões/constituintes: Acessibilidade a programas e serviços de saúde; Programa/serviço para apoiar mudanças de EV; Informações e suporte da equipe de saúde; Relacionamento com profissionais; Confiança nas informações de nutrição e atividade que os profissionais de saúde repassam; Segurança nos profissionais de saúde; Obstáculos/dificuldades para mudança de hábitos nutricionais e prática de atividade física.</p> <p>Validade: Entrevista cognitiva e teste piloto para validação interna.</p> <p>Confiabilidade: não fez.</p>
MEDLIFE	<p>Dimensões/constituintes: Alimentação; Atividade Física; Dormir; Lazer; Tempo sentado; Relacionamentos/amigos/família; Fumo; Estresse; Trabalho; Autopercepção de EVS.</p> <p>Validade: Validade de conteúdo e consistência interna foram calculadas em regressão linear e ajustadas para determinar coeficientes β e quantificar associação entre cada item. Pontuação média do índice MEDLIFE para os participantes foi de 11,3.</p> <p>Confiabilidade: Índice MEDLIFE mostrou boa consistência interna pelo coeficiente α de Cronbach (0,75).</p>
MLCDP	<p>Dimensões/constituintes: Educação; Carreira / Trabalho/ Escolha de carreira; Família / Relacionamentos/ Ter filhos; Relacionamento sexual; Fumar; Beber álcool; Lazer/viajar; Vestimenta/Roupas/maquiagem; Socialização; Atividade física/praticar esportes/ natação; Dirigir; Saúde (presença de doenças).</p> <p>Validade: Valor Kappa de 0,81 (p\leq0,0001, CI=0,69-0,93). “Concordância quase perfeita”.</p> <p>Confiabilidade: Coeficiente de correlação intraclassa (ICC) revelou ICC de 0,707 (p \leq0,0001; CI=0,61-0,78) = boa confiabilidade.</p>

Questionário de triagem “prescrever vida saudável”	<p>Dimensões/constituintes: Atividade física; Alimentação (consumo de frutas e legumes); Tabagismo.</p> <p>Validade: Correlação de Spearman para viabilidade e confiabilidade</p> <p>Confiabilidade: Confiabilidade e validade concorrente para consumo de frutas e vegetais ($r=0,59$; $r=0,50$); uso de tabaco ($r=0,76$) como seu desempenho geral na detecção de dieta não saudável (precisão=76,8%) e fumantes (precisão=86,8%) foram boas. A reprodutibilidade (0,38), correlação entre minutos de atividade física (0,34) para detecção de atividade física foi baixa.</p>
MOCHAD-10	<p>Dimensões/constituintes: Hábitos de saúde; Sentimentos; Domínios de motivação.</p> <p>Validade: A Análise Fatorial Exploratória (AFE) resultou em estrutura parcimoniosa de 10 itens e 2 fatores (5 itens cada, cargas fatoriais > 0,3) que explicaram 52,83% da variância total.</p> <p>Confiabilidade: Escala final com escores de confiabilidade moderada-alta (Fator 1α= 0,809; Fator 2α = 0,701; A geral = 0,785).</p>
KomPAN	<p>Dimensões/constituintes: Dieta; Tabagismo; Consumo de álcool/energéticos; Assistir TV/computador (tempo gasto); Atividade física; Estado de saúde; Sono; Doenças/comorbidades.</p> <p>Validade: kappa para itens de EV variou de 0,42-0,96 e para nível de conhecimento sobre nutrição variou 0,46–0,73.</p> <p>Confiabilidade: Concordância da classificação cruzada foi 90,4% e variou de 80,6% (autoavaliação da dieta durante semana em comparação a fim de semana) a 98,7% (tabagismo atualmente); Para o questionário autoadministrado foi 87,4% e variou de 76,7% (tempo gasto assistindo TV/uso de computador) para 96,1% (fumando atualmente);</p>
CHAT	<p>Dimensões/constituintes: Inatividade; Tabagismo; Álcool/ drogas; Tristeza/Depressão; Ansiedade; Estresse.</p> <p>Validade: Validação segundo padrões para relatórios de estudos de declaração de precisão diagnóstica (STARD) para testes de diagnóstico. Sensibilidade variou de 80-98% para condições mais comuns</p> <p>Confiabilidade: (depressão, dependência de nicotina, ansiedade, consumo de álcool).</p>

A partir dos estudos, identificou-se os principais constituintes que estruturam os instrumentos avaliativos do EV, conforme apresentado a seguir na nuvem de palavras (figura 02).

Figura 02: Sumarização dos constituintes avaliativos do EV dos questionários incluídos no estudo. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2020.



A partir dos estudos analisados, identificaram-se diversos fatores intervenientes na saúde dos indivíduos variando desde fatores intrínsecos (sexo, idade e genética) até fatores extrínsecos, que se associam ao EV, que é um dos componentes mais importantes para se ter boa saúde. A autopercepção de saúde, hábitos, uso de bebidas alcoólicas e outras drogas, trabalho, realização de atividade física, lazer, estresse, bem-estar, alimentação e relacionamentos predispoem o indivíduo a ter ou não EVS.

DISCUSSÃO

O EV das populações é comumente enfatizado, com promoção a campanhas antitabagistas, redutoras do consumo de álcool, de incentivo à alimentação saudável e regularidade da prática de atividades físicas⁹. Com isso, destaca-se a criação e validação de instrumentos para avaliar a relação entre EV, boa qualidade de saúde e os efeitos do comportamento individual sobre saúde. Embora existam evidências positivas para saúde com relação ao EV e atividade física, observa-se que relativa parcela da população não segue EV adequado⁴.

Entre os principais resultados desse estudo tem-se o consenso de que são necessárias atitudes para manutenção do EVS: alimentação equilibrada, prática de exercícios físicos regulares, evitar uso de álcool e fumo, repouso adequado, boas horas de sono, lazer, não ser estressado, manter bom relacionamento com familiares/amigos e equilíbrio psicológico^{10,11,12,13,14,15,16,17,18}.

Os fatores de risco modificáveis relacionados ao EV respondem por grande parte das mortes mundiais por doenças cardiovasculares. Sua mensuração e

monitoramento é essencial ao planejamento de estratégias e ações para controle do EV não saudável, prevenção de doenças e promoção da saúde¹.

Em relação aos instrumentos criados e validados sobre EV, destaca-se o questionário "EV fantástico" com consistência interna e externa adequadas para avaliação do EV de adultos jovens. Recomenda-se sua utilização na atenção primária e em estudos epidemiológicos. Contudo, a mensuração do construto "EV" é tarefa difícil por causa das múltiplas dimensões que o compõem e em razão das dificuldades que envolvem sua medição direta de maneira objetiva¹¹.

O questionário de experiência do paciente auto-administrado modificado para avaliar serviços de EV na atenção primária passou por desenvolvimento rigoroso. A avaliação da experiência do paciente em programas de EV pode ser usado para complementar outros dados para avaliar a eficácia geral de tais programas. Os programas de EV são cada vez mais oferecidos via digital para prevenção de diabetes, prevenção de doenças cardiovasculares e/ou controle de peso. Este trabalho inicial para desenvolver e testar novo questionário de experiência do paciente auto-administrado, para programas de EV aplicado no computador foi criado a partir de perguntas com base nas percepções de profissionais e pacientes quanto a questões críticas a serem avaliadas para melhoria da qualidade de saúde. Estas perguntas são autoadministradas e identificam os principais aspectos dos programas que podem requerer melhorias. O teste piloto em francês e inglês sugeriu pequenas alterações adicionais de redação. Entretanto, o instrumento ainda não foi validado e sua validação é necessária, incluindo análise de confiabilidade, escala de itens e validação¹².

O estudo de BHATTI et al.¹³ visou desenvolver, validar e avaliar as propriedades psicométricas do questionário "*Major Life Changing Decisions Profile*" (MLCDP). A versão final do questionário MLCDP foi constituído de 29 itens de fácil entendimento e o tempo de aplicação é em torno de seis minutos. O estudo fornece um método para avaliar o aspecto crítico do impacto do EV na vida dos pacientes e a influência dos MLCDs em longo prazo. Não foi projetado para detectar mudanças, mas para identificar o número de decisões importantes na vida, em que um paciente considera ter sido afetado. Além disso, as questões do instrumento são complexas e altamente subjetivas. Com isso, é necessário criar uma ferramenta semelhante ao MLCDP, que seja sensível a mudanças clínicas bem como estudar um grupo controle para ver se há diferença na abordagem entre pessoas com e sem doença crônica e para confirmar a suposição que os MLCDs integram o curso normal da vida¹³.

O índice *Mediterranean Lifestyle* (MEDLIFE)¹⁴ é um índice derivado de 28 itens avaliadores da adesão do indivíduo ao EV mediterrâneo, incluindo avaliação da dieta, atividade física e interação social. É o primeiro índice a incluir avaliação geral de hábitos. Considerando que o MEDLIFE implica em avaliação abrangente de EV, ele ajuda a realizar associações entre dieta mediterrânea, EV e doença crônica. MEDLIFE é um instrumento válido para medir adesão ao EV mediterrâneo, que pode ser usado no futuro epidemiológico e clínico¹⁴.

O questionário de triagem “*Prescribe Healthy Life*” (PVS-SQ)¹⁵ provou ser uma ferramenta simples e prática para uso no contexto real da atenção básica, com garantia de validade e confiabilidade, mas a dimensão de atividade física pode ser melhorada. O estudo destaca lacuna crítica na área da avaliação da atividade física, alegando falta de medidas de atividade física fáceis de administração e com robusta validade e confiabilidade do instrumento¹⁵.

O instrumento “*Motivation to Change Behaviour for Dementia Risk Reduction* (MOCHAD-10)¹⁶, apesar de trabalhar com risco para demência, foi selecionado, pois os pacientes estudados não apresentavam a doença e o questionário avalia motivação para mudar EV para redução do risco de desenvolver demência. O estudo relata a estrutura fatorial e confiabilidade das pontuações de uma escala depois de ser aplicada em amostra de meia-idade no Reino Unido. Sua versão australiana com 27 itens do MCLHB-DRR foi reduzida a uma versão curta de 10 itens, robusta e parcimoniosa com escala de dois fatores¹⁶. A motivação para mudança integra a modificação de comportamentos de risco relacionados à saúde. O estudo investiga as propriedades de grande escala em países culturalmente semelhantes da Europa, contudo espera-se a comparação do questionário com outro método de avaliação dietética ou biomarcadores em pesquisas futuras¹⁶.

O “*Case-finding and Help Assessment Tool*” (CHAT)¹⁷ é uma ferramenta curta, validada, autoaplicável e com boa aceitabilidade. É relevante para avaliação do EV e saúde mental de pacientes adultos na atenção primária. Como ferramenta simples, com poucos recursos e tempo, permite que os profissionais avaliem rapidamente as importantes necessidades mentais e sociais de seus pacientes. A pergunta de ajuda reduz o número de achados falso-positivos e identifica problemas sobre quais pacientes indicam preocupações e sua prontidão para mudar¹⁷.

Os instrumentos apresentados neste estudo são baseados em questionários, nos quais os indivíduos preenchem e são avaliados por aspectos relacionados aos

parâmetros individuais relativos a seu EV. Um EV adequado contribui para manutenção da saúde, prática de atividade física, hábitos alimentares saudáveis, não fumo e não álcool, bom relacionamento familiar e entre amigos, prática de sexo seguro, controle do estresse, além de visão otimista da vida, elementos com papel significativo na promoção da saúde e prevenção das doenças.

CONCLUSÃO

Esse trabalho permitiu uma prévia visualização dos instrumentos validados avaliadores do EV. A maioria dos instrumentos apresentou boa confiabilidade e viabilidade, contudo apenas um questionário foi validado para o Brasil. Os domínios mais associados ao estudo foram hábitos alimentares, atividade física, relacionamentos, sono, estresse, lazer, bem-estar, tristeza e uso de drogas lícitas (álcool e tabagismo).

Esta revisão integrativa permitiu identificar esses instrumentos e os fatores que compõem o EV, mas ainda inexistem um “padrão-ouro”, ou seja um instrumento completo e objetivo, que proporcione segurança na avaliação do EV. Assim sugerimos a realização de novos estudos com maior rigor metodológico que busquem proporcionar maior validade e confiabilidade na avaliação do EV no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Ferrari TK, César CLG, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M, Fisberg RM. Estilo de vida saudável em São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde pública* 2017 [citado ano mês dia]; 33(1): e00188015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00188015>.
2. World Health Organization. A glossary of terms for community health care and services for older persons. Genebra: WHO, 2004 [citado ano mês dia]; 5. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68896>.
3. Pôrto EF, Kümpel C, Castro AAM, Oliveira IM, Alfieri FM. Como o estilo de vida tem sido avaliado: revisão sistemática. *Acta fisiatr.* 2015 [citado ano mês dia];22(4):199-205. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20150038>.
4. Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2017 [citado ano mês dia];26(3):649-659. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000300022>.
5. Whittemore R, Knafl K. The Integrative Review: Updated Methodology. *Journal of Advanced Nursing*. 2005 [citado ano mês dia]; 52(5):546-553. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>.

6. Mendes K, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a incorporação de evidências na Saúde e na Enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2008 [citado ano mês dia]; 17(4):758-64. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.
7. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010 [citado ano mês dia]; 8(1):102-106. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>.
8. Galvão CM. Evidence hierarchies. *Acta paul enferm*. 2006 [citado ano mês dia];19(2):5. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000200001>.
9. Both J, Borgatto AF, Nascimento JV, Sonoo CN, Lemos CAF, Nahas MV. Validação da Escala “Perfil do Estilo de Vida Individual. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde* 2008 [citado ano mês dia]; 13(1):5-15. Disponível em: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.13n1p5-14>.
10. Nahas MV. *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. 5 ed. Londrina: Midiograf; 2010.
11. Añez CRR, Reis RS, Petroski EL. Brazilian version of a lifestyle questionnaire: translation and validation for young adults. *Arq bras cardiol* 2008 [citado ano mês dia];91(2):92-98. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0066-782x2008001400006>.
12. Brauer P, Royall D, Kaethler A, Mayhew A, Israeloff-Smith M. Development of a patient experience questionnaire to improve lifestyle services in primary care. *Primary health care research & development* 2018 [citado ano mês dia]; 19:542–552. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/s1463423617000937>.
13. Bhatti ZU, Salek SS, Bolton CE, George L, Hlaco JP, Jones SM, et al. The development and validation of the major life changing decision profile (MLCDP). *Health and quality of life outcomes* 2013 [citado ano mês dia]; 11(78). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-78>.
14. Sotos-Prieto M, Moreno-Franco B, Mordovás J, León M, Casasnovas JA, Peñalvo J. Design and development of an instrument to measure overall lifestyle habits for epidemiological research: the mediterranean lifestyle (medlife) index. *Public health nutrition*. 2015 [citado ano mês dia]; 18(6):959–967. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1368980014001360>.
15. Bully P, Sanchez A, Grandes G, Pombo H, Arietalenizbeaskoa MS, Arce V, et al. Metric properties of the “prescribe healthy life” screening questionnaire to detect healthy behaviors: a cross-sectional pilot study. *BMC public health*. 2016 [citado ano mês dia]; 16(1228). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3898-8>.
16. Oliveira D, Aubeeluck A, Stuppel E, Kim S, Orrell M. Factor and reliability analysis of a brief scale to measure motivation to change lifestyle for dementia risk reduction in the UK: the mochad-10. *Health and quality of life outcomes* 2019 [citado ano mês dia]; 17(1):75. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1143-8>.

17. Kowalkowska J, Wadolowska L, Czarnocinska J, Czlapka-matyasik M, Galinski G, Jezewska-zychowicz M, et al. Reproducibility of a questionnaire for dietary habits, lifestyle and nutrition knowledge assessment (kompan) in polish adolescents and adults. *Nutrients* 2018 [citado ano mês dia]; 10(1845). Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu10121845>
18. Goodyear-smith F, Arroll N, Coupe N. Asking for help is helpful: validation of a brief lifestyle and mood assessment tool in primary health care. *Annals of family medicine* 2009 [citado ano mês dia]; 7(3): 239–244. Disponível em: <https://doi.org/10.1370/afm.962>.

ARTIGO 2

QUESTIONÁRIO DE MOTIVAÇÃO AO ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL: construção do quadro teórico e evidências de validade

Irialda Saboia Carvalho
José Wicto Pereira Borges
Thereza Maria Magalhães Moreira

Resumo: Neste artigo o objetivo foi construir um questionário avaliativo da motivação ao estilo de vida saudável (EVS) e investigar evidências de validade de seu conteúdo e estrutura interna. Estudo metodológico com duas fases: 1) Teórica: identificação das dimensões da motivação para o EVS; construção do instrumento, validação de conteúdo por especialistas e análise semântica junto a indivíduos que vivenciam/vivenciaram o tema abordado; 2) Empírica: procedimentos empíricos consistiram na aplicação do instrumento a 543 pacientes atendidos em nove Unidades de Atenção Primária à Saúde para analisar suas propriedades psicométricas. Com o arcabouço da Teoria da Autodeterminação e de uma revisão integrativa foram construídos 29 itens distribuídos em cinco dimensões com seus conceitos e definições constitutivas. A validação de conteúdo dos itens mostrou-se excelente, indicando boa formulação teórica e no Teste Binominal a maioria apresentou $p > 0,05$, alfa de Cronbach de 0,90 e Ômega de McDonald de 0,93. Para validação clínica foi realizada Análise Fatorial. Esta pesquisa possibilitou o desenvolvimento do Questionário de Motivação ao EVS (QMEVS) e seu conteúdo mostrou-se capaz de subsidiar profissionais de saúde a atuarem junto do paciente para avaliar sua motivação ao EV.

Palavras-chave: Motivação; Estilo de Vida Saudável; Instrumento; Validação.

INTRODUÇÃO

O Estilo de Vida Saudável (EVS) é tema prioritário nas agendas políticas contemporâneas, em especial na saúde pública,¹ e pode ser interpretado hegemonicamente como conjunto de comportamentos individuais capazes de favorecer a saúde². Segundo a Organização Mundial da Saúde³, o EVS se caracteriza como um conjunto de hábitos e costumes que podem ser influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização. Estes hábitos são os mais diversos, a exemplo de utilização de substâncias (chá, cigarro, álcool), exercícios e alimentação balanceada².

Estudos mostram que o EVS se tornou um dos fatores mais relevantes na determinação da saúde, pois representa comportamentos diários, que refletem atitudes e

valores pessoais^{3,4}. No entanto, o EV não pode ser compreendido unicamente como resultado de escolha pessoal, mas de uma série de interações influenciadas e reguladas por fatores de risco socioeconômicos, culturais, ambientais e comportamentais⁵. Tradicionalmente, estas escolhas são individualmente modificáveis segundo o desejo individual de mudança do EV e inclui decisões sobre atividades de lazer, exercício físico, dieta adequada, bebida, fumo ou drogas ilegais⁵, dentre outros.

Adotar EVS é desafio às pessoas, pela regularidade dos comportamentos manifestos e pela necessária transformação de hábitos, o que implica em múltiplas questões⁶, principalmente relacionadas à motivação, pois esta é a força que emerge, regula e sustenta as ações de cada indivíduo. A motivação é um processo complexo que influencia o início de uma atividade e sua manutenção com persistência e vigor ao longo do tempo^{7,8}. A Teoria da Autodeterminação(TAD)^{9,10} vê a motivação como caracterizada por fatores intrínsecos, extrínsecos ou sua ausência. A motivação intrínseca é a forma mais autodeterminada da motivação e caracteriza o sujeito pela realização de atividades, satisfação, gosto e prazer em realizá-las. Já a motivação extrínseca caracteriza o indivíduo pela realização de atividades por recompensa, punição, julgamento ou pressão externa de amigos, família, cultura ou da mídia. A amotivação implica na ausência da percepção pelo indivíduo de associações entre seus interesses e as ações praticadas. Essas diferentes formas de regulação produzem alterações qualitativas na motivação, que se evidenciam na menor ou maior autodeterminação individual para realizar escolhas e agir^{9,10,11}.

Os métodos avaliativos do EVS têm ganho espaço na ciência. Porém, revisão integrativa que identificou os questionários avaliativos EV revelou que os instrumentos não possuem uma estrutura teórica albergada na motivação, abrindo espaço à criação de ferramentas eficazes para avaliação da motivação ao EVS. Ante o exposto, foi objetivo deste estudo construir um questionário avaliativo da motivação ao EVS e observar evidências de validade de conteúdo, de processo de resposta e de estrutura interna.

MÉTODO

O presente estudo metodológico foi constituído de duas fases: 1) Teórica: identificação das dimensões da motivação ao EVS, construção do instrumento, validação de conteúdo por especialistas e análise semântica junto a indivíduos que vivenciam/vivenciaram o tema abordado. Ressalte-se que o polo teórico é a dimensionalidade do construto, estabelecendo as definições constitutivas e operacionais, seguindo com a

elaboração dos itens e a validação de conteúdo¹³, fase 2) Empírica: aplicação do instrumento para análise de suas propriedades psicométricas¹².

Para a compreensão do construto realizou-se em estudo anterior revisão da literatura que analisou os estudos publicados sobre instrumentos avaliativos do EV em adultos e suas características, alinhando esses resultados à TAD^{9,10}. Desses procedimentos constituiu-se o traço latente Motivação ao EVS. Assim, foram elaboradas definições constitutivas, organizada em domínios para cobrir o traço latente. Essas definições foram teoricamente trabalhadas e delas resultaram as dimensões operacionais, das quais foram desenvolvidos os itens do instrumento piloto de avaliação do traço¹³. A estrutura das questões e de suas respostas foi construída com base nos tipos de motivação da TAD^{9,10}.

Após construído, o banco de itens foi enviado a um comitê de especialistas da saúde, para verificar evidências de validade de seu conteúdo e pertinência conceitual. Participaram dessa etapa oito especialistas¹³. Foi realizado contato via e-mail, sendo anexada carta convite com informações sobre a pesquisa e suas atribuições como especialista no estudo. Depois do aceite, foi encaminhado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o questionário de caracterização dos especialistas e o instrumento piloto para validação do conteúdo. Pretendeu-se que o painel de juízes fosse composto por membros de uma equipe multidisciplinar com título de Doutor ou Mestre, com experiência na criação de instrumentos e envolvido com ensino, pesquisa e extensão.

A análise dos juízes sobre pertinência dos itens como fenômeno de investigação deu-se via escala categórica ordinal de quatro pontos (1-Não indicativo [...] a 4-Muitíssimo indicativo)^{13,14,15,16}. Foram disponibilizados 20 dias para devolução do material. Foi calculado Índice de Validade de Conteúdo (IVC) considerando-se: $IVC_i \geq 0,78$ excelente; IVC_i de 0,60-0,71 bom, e $IVC_i < 0,59$ ruim¹⁷. Para estimar confiabilidade estatística dos IVC fez-se teste exato de distribuição binomial, com nível de significância 5% ($p > 0,05$) e proporção de 0,75 para a concordância almejada no *International Business Machines Statistics Package Social Science* versão 23.0 (IBM SPSS 23.0).

Após adequação das solicitações dos juízes, para a análise das evidências de validade de processo desposta o instrumento foi aplicado em entrevista cognitiva a 15 pessoas atendidas em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Fortaleza-Ceará em novembro de 2019 buscando identificar dificuldades na compreensão das palavras e termos presentes nos itens¹⁴. Após esta etapa, o instrumento foi reaplicado a mais 15 usuários de outra UAPS municipal para conclusão de sua estrutura piloto.

Após as fases do polo teórico, iniciou-se a fase empírica, na qual o instrumento foi aplicado a 543 adultos, saudáveis ou cronicamente adoecidas. A coleta de dados se deu em nove UAPS de Fortaleza-Ceará-Brasil, de janeiro-março/ 2020.

A análise das evidências de validade de estrutura interna se deu com uso do pacote psych do software R e Factor. Foi verificada confiabilidade do instrumento pelo coeficiente Alfa de Cronbach, com valores de referência: $<0,6$ =baixa; moderada= $0,6|0,7$ e $0,7|0,9$ =alta confiabilidade¹⁸. Pelo software Factor, confiabilidade foi analisada pela estimação da qualidade das pontuações dos fatores que, usando o índice de determinação do fator (FDI) ($>0,80$ =adequada qualidade) e ORION marginal confiabilidade ($>0,80$ =adequada qualidade)¹⁹.

Para observar as evidências de validade de estrutura interna foi realizada Análise Fatorial Exploratória (AFE), com extração dos fatores via análise paralela sobre matriz de correlação policórica e rotação Promin, realizada no Software Factor. Considerou-se carga fatorial $\geq 0,3$ para carregamento do item no fator²⁰. Itens compartilhados entre os fatores foram eliminados. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (nº 3.345.431), em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A partir de um estudo de revisão anterior foi construído o quadro teórico da motivação ao EVS sendo o construto direcionado as necessidades segundo estímulos internos ou externos para adoção, prática de hábitos e costumes saudáveis. Inicialmente o instrumento foi organizado em três domínios (comportamentos, atividade física e hábitos alimentares saudáveis), que foram avaliados pelos juízes quanto à coerência com o traço latente e organização. Após esta análise, esse quadro foi reorganizado em cinco domínios: aspectos psicoemocionais (bem-estar, tristeza e estresse), atividade/repouso (atividade física, sono e lazer) e enfrentamento de drogas lícitas (tabagismo/alcoolismo), relacionamentos e hábitos alimentares (Quadro 01).

Os especialistas do presente artigo eram do sexo feminino (63,0%), com média de idade de 36 anos, residindo predominantemente na região Nordeste (87,5%), seguido da região do Sul (12,5%). Eram enfermeiros (50%), educador físico (25%), psicólogo (12,5%) e economista com experiência em construção de instrumentos (12,5%). Em relação ao tempo de formação, houve média de 12,25 anos, mínimo de 6 e

máximo de 21 anos. Quanto à pós-graduação *stricto senso*, 62,5% possuíam Doutorado e 37,5% Mestrado. Todos os juízes possuem experiência na docência.

Quadro 01: Quadro teórico do traço latente “Motivação ao EVS” baseado na TAD, após sugestões dos especialistas. Fortaleza-Ceará-Brasil 2020.

Traço latente		Definição do traço				
Motivação à prática do EVS		corresponde ao direcionamento das necessidades de acordo com estímulos internos ou externos para adoção, prática de hábitos e costumes que podem favorecer ou prejudicar o estado de saúde.				
Domínios	Indicadores/Definições constitutivas	Definições Operacionais	Qualidade da motivação/ qualificação para avaliação			
Aspectos psicoemocionais: Envolve um conjunto de ações e atitudes que podem ter efeito profundo na saúde do indivíduo, caracteriza-se pela condição momentânea que surge de experiências cotidianas e de caráter afetivo, provocando alterações em várias áreas do funcionamento psicológico e fisiológico. Corresponde aos aspectos psicoemocionais: bem estar, estresse e tristeza.	Bem estar: Estado de satisfação e extensão da percepção de seu próprio estado de saúde (NOC,2016). Consiste no conjunto de práticas que engloba o bem estar físico, psicológico, mental e espiritual.	Ser satisfeito com o trabalho/estudo.	Amotivação	Não trabalhar/estudar. Não ser satisfeito com trabalho/estudo.		
			Motivação extrínseca	Trabalhar/estudar apenas para ter o reconhecimento das pessoas. Trabalhar/estudar por obrigação. Trabalhar/estudar para ter melhores condições de vida e realizar objetivos pessoais. Trabalhar/estudar porque é importante.		
			Motivação intrínseca	Ser motivado, satisfeito, feliz e realizado com meu trabalho/estudo.		
		Ser satisfeito com a espiritualidade.	Amotivação	Não cultivar a espiritualidade.		
			Motivação extrínseca	Buscar a espiritualidade apenas para poder acompanhar amigos ou familiares. Buscar a espiritualidade para não sentir culpa por não seguir nenhuma doutrina. Buscar a espiritualidade para ter o reconhecimento de Deus. Buscar a espiritualidade para manter o equilíbrio na vida.		
			Motivação intrínseca	Ser feliz com a escolha espiritual.		
	Tristeza: Percepção de tristeza ou falta de ânimo constitui-se na resposta humana às situações de perda, desapontamento e outras adversidades que afetam o emocional do indivíduo.	Enfrentar a tristeza / falta de ânimo; estar satisfeito com os acontecimentos da vida.	Amotivação	Sentir-se triste e deprimido. Ficar para baixo, depressivo ou sem esperança.		
			Motivação extrínseca	Pouco interesse ou prazer para realizar atividades diárias. Evitar se abater com as adversidades da vida. Evitar demonstrar os sentimentos por vergonha do que as pessoas irão falar. Realizar atividades que proporcionem alegria/satisfação evitando momentos de tristeza.		
			Motivação intrínseca	Ser feliz e alto astral.		
			Estresse: Conjunto de reações que o organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação decorrente de estímulo ou situação que exija esforço para se adaptar.	Reconhecer o nível de estresse.	Amotivação	Ser estressado.
					Motivação extrínseca	Sentir-se cansado e irritado constantemente devido a rotina diária. Evitar ser estressado para não tratar as pessoas de forma grosseira. Evitar ser estressado para manter um clima agradável no trabalho/estudo/casa. Evitar fatores estressores/ ter um controle dos fatores que causam estresse.
					Motivação intrínseca	Não se irritar/estressar com facilidade. Levar uma vida tranquila.
Atividade/ repouso: A atividade é identificada como qualquer movimento corporal produzido pelo sistema musculoesquelético que resulta em gasto energético. Consiste em	Sono: qualidade das horas dormidas permite melhor desempenho físico e mental.	Identificar a qualidade do sono;	Amotivação	Ter dificuldades para dormir. Ter insônia.		
			Motivação extrínseca	Utilizar chás/ medicações para conseguir dormir. Depender das pessoas para lhe proporcionar uma boa qualidade de sono. Dormir para não atrapalhar a memória, concentração e habilidade nas funções do trabalho. Dormir para recarregar as energias e sentir-se descansado.		
			Motivação intrínseca	Ter facilidade e dormir bem.		
	Lazer: Reside na possibilidade de suscitar atitudes ativas durante a utilização do tempo livre.	Ocupar o tempo livre para descansar ou para realizar atividades que trazem prazer.	Amotivação	Não tenho momentos de lazer.		
			Motivação extrínseca	Aproveitar os momentos de lazer para mostrar aos outros que desfruta das horas vagas. Aproveitar os momentos de lazer para não sentir culpa por não desfrutar das horas vagas.		

um fator de proteção para saúde e apresenta diversos efeitos benéficos ao organismo, sendo recomendada como uma estratégia de promoção da saúde e prevenção de doenças.	Atividade física: Qualquer movimento corporal produzido pelo sistema musculoesquelético que resulta em gasto energético. Consiste em um fator de proteção para saúde.	Praticar atividade física de forma regular; realizar exercícios ou esportes.		Aproveitar os momentos de lazer com familiares e/ amigos. Aproveitar os momentos de lazer para descansar.
			Motivação intrínseca	Sentir prazer e satisfação nos momentos de lazer.
			Amotivação	Não praticar AF.
			Motivação extrínseca	Ter resistência e saúde. Ser atraente para os outros. Ser influenciado por amigos/família/profissionais de saúde. Conhecer novas pessoas. Melhorar a forma física. Ser melhor na atividade. Perder peso. Manter a saúde.
Enfretamento de drogas lícitas O consumo de drogas lícitas, especialmente álcool e tabaco, é um dos principais problemas de saúde. O abuso dessas drogas compreende não somente danos físicos e mentais, mas também sociais.	Uso do tabaco: Ato de consumir cigarros ou outros produtos que contenham tabaco, cujo princípio ativo é a nicotina.	Utilizar tabaco;	Amotivação	Ter o hábito de fumar
			Motivação extrínseca	Ter o hábito de fumar por prazer. Ter o hábito de fumar por ser influenciado pela mídia/ amigos/ familiares. Ter o hábito de fumar para combater o estresse. Não ter o hábito fumar por saber dos riscos à saúde.
			Motivação intrínseca	Não fumar
	Uso do álcool: Abuso e a dependência do álcool, ameaçam valores políticos, econômicos e sociais, sendo um indicador negativo de saúde.	Ingerir bebida alcóolica regularmente ou de forma moderada;	Amotivação	Ingerir bebida alcóolica regularmente ou de forma moderada.
			Motivação extrínseca	Ingerir bebida alcóolica por prazer. Ingerir bebida alcóolica ocasionalmente por ser influenciado pela mídia/amigos/ familiares. Não ingerir bebida alcóolica por culpa ou medo das consequências. Não ingerir bebida alcóolica por saber dos riscos à saúde.
			Motivação intrínseca	Não ingerir bebida alcóolica.
Relacionamentos: Corresponde a processos interativos e habilidade de se relacionar bem com outras pessoas.	Família e Amigos: A boa convivência com familiares, amigos e/ou grupos sociais contribui para saúde física e mental do ser humano, proporciona bem-estar e equilíbrio emocional.	Ter pessoas para conversar assuntos pessoais considerados importantes por cada indivíduo; cultivar amigos; participar de atividades grupais e comunitárias.	Amotivação	Não ter ninguém para conversar. Não se relacionar com as pessoas.
			Motivação extrínseca	Manter um relacionamento social por interesse profissional. Fazer amizades em troca de benefícios pessoais. Conviver com as pessoas para desopilar do estresse do cotidiano. Dar afeto para receber.
			Motivação intrínseca	Gostar de fazer amizades. Sentir alegria ao se relacionar e conviver com as pessoas.
Hábitos alimentares Saudáveis: Corresponde ao conjunto de atos e atitudes relacionados a alimentação que visam a manutenção da saúde e qualidade de vida.	Alimentação saudável: Proporcionam ao organismo humano condições para uma vida saudável e exercem grande influência sobre a saúde.	Ter uma alimentação equilibrada com a ingestão de frutas, verduras e legumes, evitando a ingestão de alimentos ricos em gorduras e açúcares.	Amotivação	Não ter uma alimentação equilibrada.
			Motivação extrínseca	Ser influenciado por amigos/familiares/ profissionais de saúde para realizar uma alimentação saudável. Realizar dieta por medo de engordar. Perder peso. Ser saudável.
			Motivação intrínseca	Ter uma alimentação equilibrada por gostar e sentir-se bem.

As Tabelas 01 e 02 apresentam os IVC e teste binomial das definições constitutivas e operacionais do constructo.

Tabela 01: Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e teste binomial das definições constitutivas e operacionais do traço latente “Motivação à prática do EVS”. Fortaleza, 2020.

	Definições constitutivas	IVC^a	p^b	Definições Operacionais	IVC^a	P^b
Bem-estar	Extensão da percepção de seu próprio estado de saúde. Consiste no conjunto de práticas que engloba o bem estar físico, psicológico, mental e espiritual.	0,75	0,63	Estar satisfeito com o trabalho/ estudos/ espiritualidade.	0,75	0,63
Lazer	Reside na possibilidade de suscitar atitudes ativas durante a utilização do tempo livre.	0,88	0,37	Ocupar o tempo livre para descansar ou para realizar atividades que trazem prazer.	0,75	0,63
Sono	A qualidade das horas dormidas permite melhor desempenho físico e mental.	0,88	0,37	Identificar a qualidade do sono; Reconhecer fatores intervenientes para dormir.	0,88	0,37
Estresse	Conjunto de reações que o organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação decorrente de estímulo ou situação que exija esforço para se adaptar.	1,0	0,1	Reconhecer o nível de estresse.	0,88	0,63
Tristeza	A percepção de tristeza constitui-se na resposta humana às situações de perda, desapontamento e outras adversidades que afetam o emocional do indivíduo.	0,88	0,37	Sentir tristeza ou deprimido; perder o interesse e satisfação com acontecimentos da vida.	0,75	0,63
Uso do tabaco	O ato de consumir cigarros ou outros produtos que contenham tabaco, cujo princípio ativo é a nicotina causa dependência física e psicológica, corresponde a um dos principais fatores de risco a saúde.	0,88	0,37	Utilizar tabaco.	0,75	0,63
Uso do Álcool	O abuso e a dependência de substâncias químicas, tais como o álcool, ameaçam valores políticos, econômicos e sociais, sendo um indicador negativo de saúde.	0,88	0,37	Ingerir bebida alcóolica regularmente ou de forma moderada.	0,88	0,37
Relacionamentos	A boa convivência com familiares, amigos e/ou grupos sociais contribui para saúde física e mental do ser humano, proporciona bem estar e equilíbrio emocional.	0,88	0,37	Ter pessoas para conversar assuntos pessoais considerados importantes por cada indivíduo; cultivar amigos; participar de atividades grupais e comunitárias.	0,88	0,37
Prática de Atividade física	A atividade física é identificada como qualquer movimento corporal produzido pelo sistema musculoesquelético que resulta em gasto energético. Consiste em um fator de proteção para saúde e apresenta diversos efeitos benéficos ao organismo, sendo recomendada como uma estratégia de promoção da saúde e prevenção de doenças.	0,88	0,37	Praticar atividade física de forma regular; Praticar exercícios ou esportes.	0,88	0,37
Alimentação saudável	Hábitos alimentares adequados proporcionam organismo humano condições para uma vida saudável e exercem grande influência sobre a saúde.	0,88	0,63	Ter uma alimentação equilibrada com a ingestão de frutas, verduras e legumes, evitando a ingestão de alimentos ricos em gorduras, açúcares e sal.	0,88	0,37

a: Índice de Validade de Conteúdo do Ítem (IVC); b: Teste Binomial.

Apesar de todas as definições constitutivas e operacionais terem sido validadas, as descrições com IVC $<0,78$ foram reorganizadas conforme sugestões dos especialistas. No teste binominal, todas as definições apresentaram $p>0,05$, indicando concordância entre os juízes.

A partir do quadro 1 foram elaborados 29 itens e suas respectivas respostas pela qualidade da motivação (amotivação, motivação extrínseca e intrínseca) baseados na TAD. As definições operacionais (DO) proporcionaram a elaboração dos itens do questionário. A tabela 02 apresenta os itens e sua validação de conteúdo. Os juízes também avaliaram pertinência das opções de resposta de cada item, cujos IVC variaram de 0,75-1, sendo consideradas adequadas.

Tabela 02: Índice de Validade de Conteúdo (IVC) e Teste binomial dos itens do questionário “Motivação ao EVS” baseado na TAD. Fortaleza, 2020.

Itens	IVC ^a	p ^b
1. Estou motivado com meu trabalho?	1,0	0,1
2. Estou motivado com meu estudo?	1,0	0,1
3. Estou motivado com minha espiritualidade?	0,88	0,37
4. Aproveito meu tempo livre para descansar?	0,88	0,37
5. Aproveito minhas horas de lazer para realizar atividades que me trazem prazer?	0,88	0,37
6. Qual a minha motivação para desfrutar do meu tempo de lazer?	1,0	0,1
7. Qual a minha motivação para desfrutar do momento de dormir?	0,75	0,63
8. Qual a minha motivação para ter boas horas de sono?	0,88	0,37
9. Qual a minha motivação para o enfrentamento do estresse?	1,0	0,1
10. Qual a minha motivação para o enfrentamento do excesso de raiva?	0,88	0,37
11. Qual a minha motivação para o enfrentamento da tristeza?	1,0	0,1
12. Qual a minha motivação para o enfrentamento da falta de ânimo?	0,88	0,37
13. Qual a minha motivação para despertar o interesse com os acontecimentos cotidianos da minha vida?	0,88	0,63
14. Qual a minha motivação para desenvolver a satisfação com os acontecimentos da minha vida?	0,75	0,63
15. Qual a minha motivação para o enfrentamento do tabagismo?	0,88	0,37
16. Qual a minha motivação para o enfrentamento da ingestão de bebida alcóolica?	0,88	0,37
17. Qual a minha motivação para encontrar pessoas para conversar comigo?	0,88	0,37
18. Qual a minha motivação para ter uma relação de amizade com os meus colegas de trabalho?	0,88	0,37
19. Qual a minha motivação para ter uma relação de amizade com os meus colegas de estudo?	0,75	0,63
20. Qual a minha motivação para ter um bom relacionamento com as pessoas do meu convívio?	0,88	0,37
21. Qual a minha motivação para cultivar amizades?	1,00	0,1
22. Qual a minha motivação para participar de atividades em grupos?	1,00	0,1
23. Qual a minha motivação para prática de atividade física?	1,00	0,1
24. Pratico atividade física de forma regular (mínimo de 2 a 3 vezes por semanas)?	0,88	0,37
25. Qual a minha motivação para prática de esportes (voleibol, natação, ciclismo, caminhada rápida, corrida)?	0,88	0,37
26. Qual minha motivação para ter uma alimentação saudável?	0,88	0,37
27. Qual a minha motivação para evitar a ingestão de alimentos gordurosos?	0,88	0,37
28. Qual a minha motivação para evitar a ingestão de alimentos ricos em açúcares?	0,88	0,37
29. Qual a minha motivação para evitar a ingestão de sal ou alimentos salgados?	0,88	0,37

a: Índice de Validade de Conteúdo do Ítem (IVC); b: Teste Binomial.

A validação dos itens do instrumento apresentou, em sua maioria, excelente IVC indicando boa formulação teórica. Os itens com $IVC \leq 0,88$ foram ajustados seguindo as

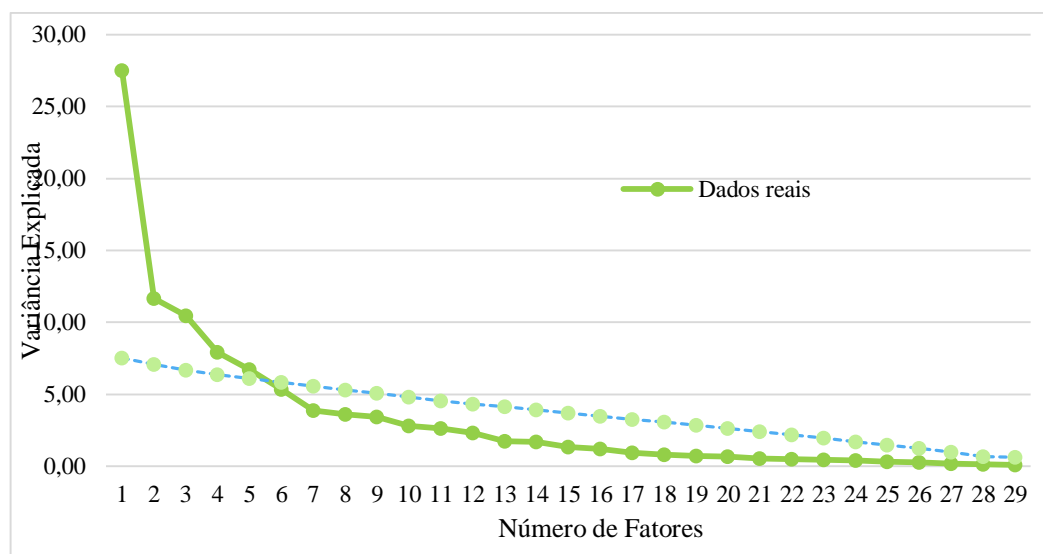
sugestões dos juízes. No Teste Binominal, os 29 itens apresentaram $p > 0,05$, indicando concordância entre juízes. A versão final do QMEVS ficou com 29 itens e IVC total de 0,90.

Na análise semântica, durante entrevista cognitiva, observou-se que os respondentes tiveram dificuldade no entendimento das respostas, considerando o questionário longo e cansativo (Apêndice E). Assim, a forma das respostas dos itens foi modificada para que os pacientes pudessem compreendê-las. As perguntas permaneceram e as respostas foram resumidas em palavras que identificam a qualidade da motivação baseada nos fatores reguladores motivacionais da TAD. Após adequação das respostas do instrumento (Apêndice F), o questionário foi reaplicado a uma amostra de mais quinze pacientes atendidos na UAPS. A entrevista cognitiva realizada com a nova versão do instrumento demonstrou compreensão pela população-alvo e entendimento dos pacientes para responder os itens perguntados.

Após análise semântica, o instrumento foi aplicado a uma amostra de 543 pessoas atendidas em nove UAPS de Fortaleza. Observou-se que a maioria foi composta por adultos com idade média de $42 \pm 15,6$ anos, maioria do sexo feminino (72,7%), metade de cor parda (50,8%), pouco mais de um terço deles com ensino médio completo (37,8%) e 51,9% com renda ≤ 2 salários mínimos. Quanto ao estado civil, 71,4% era de casados/união consensual e 54,3% eram católicos.

Por meio do gráfico de sedimentação (Figura 1) da Análise Paralela foi realizada exploração da redução dos itens da escala nos fatores, o qual indicou extração de cinco dimensões, atingindo variância explicada acumulada de 64,2%, sendo da primeira à última, respectivamente, 27,5%, 11,6%, 10,4%, 7,9% e 6,7%.

Figura 1: Diagrama de sedimentação obtido na Análise Paralela do QMEVS de 29 itens. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2020.



Em seguida foi realizado a Análise Fatorial Exploratória (AFE) em busca de observar correspondência teórica e empírica dos cinco fatores, mostrando uma estrutura fatorial coerente com a teoria do traço latente desenvolvida (Quadro1), mas com algumas diferenças.

A tabela 03 apresenta o carregamento dos itens nos fatores. Observa-se que o item 01 apresentou carga fatorial baixa em todos os fatores, mas foi considerado o valor de 0,267 próximo a carga fatorial considerada para carregamento do item no fator 2. Os itens 02 e 03 que foram delineados para os aspectos psicoemocionais carregaram no fator sobre relacionamentos. O grupo de itens da dimensão Atividade e repouso formou duas dimensões distintas: sono e repouso (itens 04 a 09) e atividade física (itens 23 a 25). Os itens delineados para relacionamentos e hábitos alimentares saudáveis carregaram em suas respectivas dimensões. Os itens sobre enfrentamento de drogas lícitas (itens 15 e 16) não construíram dimensão distinta das demais e tiveram compartilhamento de carga entre as dimensões relacionamento e atividade física. Assim, os itens 15 e 16 foram eliminados. A dimensão com maior quantidade de informações foi a que representava os relacionamentos.

Tabela 03: Cargas fatoriais da Análise Fatorial Exploratória (AFE) e confiabilidade do QMEVS. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2020.

Item	Fator1	Fator2	Fator3	Fator3	Fator5
	Sono e Repouso	Relacionamentos	Aspectos psicoemocionais	Hábitos Alimentares Saudáveis	Atividade Física
Item 01	0,07	0,26	0,03	0,01	0,03
Item 02	0,17	0,37	0,12	0,10	0,12
Item 03	0,25	0,34	-0,03	0,01	-0,17
Item 04	0,86	0,02	-0,04	0,00	0,00
Item 05	0,94	0,04	-0,01	-0,02	0,05
Item 06	0,93	0,02	-0,00	0,02	0,00
Item 07	0,68	-0,05	-0,00	-0,04	-0,04
Item 08	0,56	-0,08	0,07	-0,04	0,00
Item 09	0,07	-0,08	0,76	0,03	0,00
Item 10	-0,02	-0,00	0,89	-0,00	-0,00
Item 11	-0,03	0,00	0,93	-0,05	0,05
Item 12	-0,02	0,09	0,83	-0,04	0,00
Item 13	-0,00	0,52	0,25	0,04	-0,14
Item 14	0,01	0,53	0,18	0,04	-0,10
Item 15	0,03	0,66	-0,00	0,22	-0,58
Item 16	-0,01	0,68	0,00	0,26	-0,64
Item 17	-0,00	0,80	-0,06	-0,14	-0,03
Item 18	0,02	0,45	0,02	-0,06	0,04
Item 19	0,03	0,40	0,03	0,02	0,07

Item 20	-0,05	0,84	-0,07	-0,15	0,07
Item 21	-0,01	0,84	-0,05	-0,21	0,06
Item 22	-0,06	0,51	0,04	0,04	0,29
Item 23	-0,00	0,06	0,01	0,18	0,80
Item 24	0,01	-0,04	0,01	0,22	0,76
Item 25	-0,00	-0,03	-0,01	0,26	0,83
Item 26	0,01	0,02	-0,09	0,69	0,18
Item 27	-0,00	0,00	-0,01	1,01	-0,06
Item 28	-0,03	-0,03	0,02	1,00	-0,01
Item 29	-0,01	0,01	-0,00	1,00	-0,02
ORION	0,96	0,91	0,93	0,99	0,94
FDI	0,98	0,95	0,96	0,99	0,97
Alfa	0,86	0,85	0,90	0,93	0,94

Ainda na tabela 4, os índices ORION, FDI e Alfa de Cronbach mostraram adequada confiabilidade do QMEVS com todos os índices dentro dos padrões estabelecidos. Os ajustes na AFE foram aceitáveis com NNFI= 0,921; CFI= 0,947; GFI= 1,00; AGFI=1,00.

DISCUSSÃO

A primeira etapa da criação do questionário contempla a fundamentação teórica sobre o construto para o qual se quer elaborar um instrumento de medida, isto é, a definição das suas propriedades, a concepção da dimensionalidade desses atributos, bem como a definição constitutiva e operacional desses, a construção dos itens e a validação de conteúdo^{21,22}.

Este estudo realizou a construção e validação interna de um instrumento mensurador da motivação ao EVS com base na Psicometria^{13,15}. A dimensionalidade teórica do instrumento se deu a partir de anterior revisão integrativa sobre EV e adotou a Teoria da Autodeterminação (TAD)^{10,11} como referencial teórico por ser considerada uma das abordagens mais relevantes para o estudo da motivação. Avaliar o EV é uma incumbência difícil devido aos domínios que o compõem e aos obstáculos para medir objetivamente o EVS que é determinado por diversas condutas que impactam na saúde populacional²³.

Durante o desenvolvimento de instrumentos, um dos pontos cruciais é o número e qualificação dos juízes²⁴. Este estudo apresentou quantidade adequada de especialistas para análise do instrumento¹³ e qualificação satisfatória. A análise de conteúdo foi feita por oito especialistas da saúde e essa diversificação permitiu melhor abrangência na avaliação dos itens.

O IVC total do instrumento foi de 0,90 e revelou a excelente validade de conteúdo do QMEVS. O instrumento contempla cinco domínios, sendo o primeiro domínio dos aspectos emocionais com bem-estar, tristeza e estresse. O bem estar pessoal está intimamente

relacionado à condição de saúde do indivíduo e essa responsabilidade vai além do setor de saúde, exigindo da população escolher um EVS^{25,26}. O estresse é um dos conceitos mais estudados, pois se manifesta na vida cotidiana como fator que pode colocar em risco a saúde psicológica e física das pessoas²⁷. O indivíduo, ao sentir tristeza, raiva, depressão, ansiedade, dificuldades no relacionamento familiar, baixa autoestima e avaliação negativa da imagem corporal apresenta falta de estímulos para continuar fazendo dieta, praticar exercícios físicos e cuidar de si, ou seja, para manter EVS²⁸. Quanto ao domínio relacionamentos, este se refere às relações interpessoais estabelecidas no contexto da família e círculo de amigos, pois, quanto mais afetos positivos, mais o indivíduo torna-se satisfeito com a vida, além de demonstrar autoestima e bem-estar mais elevados²⁶.

A motivação para o enfrentamento de drogas lícitas representa melhoria na qualidade de vida e promove EVS. O uso de drogas representa um agressor entre tantos outros presentes na vida moderna, causa diversos danos ao indivíduo e deve ser abordado em concepção ampla, considerando aspectos bio-psico-socioculturais, direcionando para ações de promoção da saúde, valorização do EV, buscando o equilíbrio do homem no meio ambiente²⁹.

O quarto domínio contempla a inatividade física que é o quarto principal fator de risco para mortalidade no mundo³⁰. A prática de exercícios físicos está relacionada a comportamentos que melhoram a saúde e geram autopercepção mais positiva³¹. Em se tratando da motivação para a prática de atividade física, os indivíduos são mais motivados por fatores como diversão, aparência e para se sentirem competentes, quando comparados a outras pessoas. Estes dados indicam predominância dos fatores relacionados à motivação intrínseca autodeterminada (diversão e competência), que, conforme a TAD, justificam o interesse pelas atividades, pelo prazer e satisfação que tais práticas proporcionam, as quais são determinantes da persistência, alegria e bem-estar psicológico³¹.

O último domínio do instrumento traz os hábitos alimentares saudáveis. Nota-se que nas últimas décadas, como consequência do modo urbano de vida, houve aumento no consumo de alimentação insalubre. As alterações na qualidade e quantidade da dieta, associadas com mudanças no estilo de vida, condições socioeconômicas, culturais e demográficas têm se refletido na saúde populacional, resultando em aumento considerável da prevalência de sobrepeso e obesidade³¹. Apesar do que, por muitas décadas, os padrões alimentares da população tenham sido ignorados e, às vezes, considerados insalubres, é relevante começar a discutir sobre padrões, hábitos alimentares e identificar a motivação das pessoas para mudar EV. Daí se depreende a importância dos indivíduos adotarem EVS, pois muitas doenças

decorrem de comportamentos lesivos à saúde, como diminuição dos níveis de atividade física, estresse, sono irregular, alimentação desequilibrada e uso de substâncias psicoativas.

As pessoas não diferem apenas no nível de motivação, mas também na orientação da motivação, ou no tipo de motivação. As opções de resposta da primeira versão do QMEVS ficaram graduadas por meio de uma escala baseada na TAD, classificada segundo a qualidade e fatores reguladores da motivação^{7,10,11}. Dessa forma, as respostas foram estruturadas em: amotivação (regulação inexistente), motivação extrínseca (regulação externa, introjectada, identificada e integrada) e motivação intrínseca (regulação intrínseca)^{7,10,11}. Baseando-se na interação entre ambiente e necessidades psicológicas básicas e universais de autonomia, a TAD postula que a motivação varia com o tipo de regulação associada. Essas diferentes formas de regulação produzem alterações qualitativas na motivação, que se evidenciam no menor ou maior grau de autodeterminação individual para realizar escolhas e agir^{10,11}.

O nível mais baixo de autodeterminação, denominado amotivação, implica na ausência de percepção pelo indivíduo de associações entre seus interesses e as ações praticadas, Não há uma significação ou sentido pessoal para as ações, as quais assumem caráter aleatório, alheio às interferências internas ou externas que incidem sobre as escolhas da pessoa^{10,11,33}.

A motivação extrínseca, na qual as ações são praticadas em função dos resultados almeçados ou das recompensas vislumbradas não é unitária, isto é, pode se apresentar sob quatro diferentes formas, progressivamente mais próximas da autodeterminação: (a) regulação externa, (b) regulação por introjeção, (c) regulação por identificação, (d) regulação integrada. Na motivação intrínseca, a pessoa sente-se estimulada, aprecia e aproveita a atividade pelo que ela representa, extraindo benefícios na sua realização, independentemente dos resultados concretos que obterá. A TAD afirma que o nível mais elevado de qualidade autônoma nas ações e escolhas do indivíduo pressupõe a presença de motivação intrínseca^{10,11,33}. A partir desses pressupostos da TAD, foi criado o QMEVES e após a análise semântica teve sua versão adaptada para versão curta, pois torna-se melhor para ser aplicada nos diversos ambientes de saúde/educação e mais compreensível para os usuários de diversos letramentos.

A AFE mostrou coerência com o traço latente, contudo apresentou algumas diferenças na distribuição dos itens nos fatores. O item 01 não carregou em nenhum dos cinco fatores, mas devido seu valor ser próximo ao considerado para o carregamento no fator, foi delineado para o fator de relacionamentos juntamente com os itens 02 e 03. O grupo de itens da dimensão atividade e repouso formou duas dimensões distintas: sono e repouso (itens 04 a 09) e atividade física (itens 23 a 25). Os itens de relacionamentos e hábitos alimentares

saudáveis carregaram em suas respectivas dimensões. Os itens sobre enfrentamento de drogas lícitas (itens 15 e 16) não construíram uma dimensão distinta e tiveram compartilhamento de carga fatorial entre as dimensões relacionamento e atividade física. A dimensão com maior quantidade de informações foi a dos relacionamentos. Assim, o estudo da dimensionalidade demonstrou uma dimensão dominante, indicando unidimensionalidade essencial.

O instrumento foi construído baseado na TAD, que traz o ser humano com tendência natural, inata e construtiva para crescimento, no qual ele busca cada vez mais a elaboração e integração do *self*. Nesse sentido, observa-se que os comportamentos são orientados por contextos que oferecem subsídios às necessidades psicológicas, demandando autonomia, competência e conectividade de relacionamentos, que podem variar com o tipo de motivação^{10,11}.

CONCLUSÃO

Este estudo descreve a construção do QMEVS a partir de um quadro teórico desenvolvido, sua validade de conteúdo e análise semântica. Considerando a correspondência empírica, a elaboração foi subsidiada com a realização de uma revisão integrativa sobre questionários avaliativos do EV, publicada em estudo anterior, e a motivação foi baseada na TAD, permitindo a associação entre os conceitos abstratos da teoria com os indicadores do EV.

O QMEVS é um instrumento com 27 itens distribuídas em cinco dimensões, com alta consistência interna, evidências de validade de conteúdo e de estrutura interna. Contudo, considerando-se a relevância do polo analítico e demais propriedades psicométricas do instrumento, sugere-se a criação de uma escala para mensuração da motivação ao EV por meio da Teoria da Resposta ao Item para verificar se o instrumento se apresenta como medida válida para mensurar o referido construto.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases progress monitor. Genebra, WHO: 2020 [citado ano mês dia]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/ncd-progress-monitor-2020>.

2. Madeira FB, Filgueira DA, Bosi MLM, Nogueira JAD. Estilos de vida, habitus e promoção da saúde: algumas aproximações. *Saúde soc.* 2018 [citado ano mês dia];27(1):106-115. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018170520>.
3. Podmelle RM, Zimmermann RD. Fatores Influentes no Estilo de Vida e na Saúde dos idosos brasileiros: uma revisão integrativa. *Estud. interdiscipl. envelhec.* 2018 [citado ano mês dia];23(1):103-123. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/download/74679/51075>.
4. Nahas MV. *Atividade Física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo.* 6 ed. Londrina: Midiograf; 2013.
5. Malta DC. Estilos de vida da população brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2014 [citado ano mês dia];24(2):217-226. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-497420150002000004>.
6. Maggi RM. *Estratégia para promoção do estilo de vida ativo em usuários do sistema único de saúde [Trabalho Conclusão de Curso de Especialização].* Criciúma: Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde Coletiva, Universidade do Extremo Sul Catarinense; 2012 [citado ano mês dia]. 76 p. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/1563/1/Rosana%20Mengue%20Maggi.pdf>.
7. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist* 2000 [citado ano mês dia];55(1):68-78. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>.
8. Pansera SM, Valentini NC, Souza MS, Berleze A. Motivação intrínseca e extrínseca: diferenças no sexo e na idade. *Psicol. Esc. Educ.* 2016 [citado ano mês dia];20(2):313-320. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-353920150202972>.
9. Ryan R, Deci E. Overview of Self-Determination Theory: An Organismic Dialectical Perspective. In: Deci E, Ryan R. *Handbook of Self-Determination Research.* Rochester: The University; 2002. p. 3-33.
10. Deci EL, Ryan RM. *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior.* New York: Plenum; 1985.
11. Deci EL, Ryan RM. Self-Determination Theory. In: Lange PAM, Kruglanski AW, Higgins ET. *Handbook of theories of social psychology.* Los Angeles: Sage; 2012. p. 416-437.
12. Pasquali L. *Psicometria.* *Rev da Esc Enferm da USP.* 2009 [citado 2019 set 30];43(spe):992-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000500002>.
13. Pasquali L. *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação.* 4 ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2003.
14. Borges JWP, Moreira TMM, Andrade DF. Questionário de relação interpessoal no cuidado de enfermagem: elaboração e validação. *Rev, Latino-Am Enfermagem* 2017 [citado ano mês dia];25:e2962. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2128.2962>.
15. Borges JWP, Moreira TMM, Rodrigues MTP, Oliveira CJ. Validação de conteúdo das definições operacionais da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online* 2016 [citado ano mês dia];8(3):4651. Disponível em: [10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4651-4658](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4651-4658).

16. Borges JWP, Moreira TMM, Rodrigues MTP, Souza ACC, Silva DB. Content validation of the dimensions constituting non-adherence to treatment of arterial hypertension. *Rev da Esc Enferm*. 2013 [citado ano mês dia];47(5):1076–82. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000500010>.
17. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health*. 2007 [citado ano mês dia];30(4):459–67. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nur.20199>.
18. Campo-Arias A, Villamil-Vargas M, Herazo E. Reliability and dimensionality of the alcohol use disorders identification test (audit) in university students from Tunja (Colombia). *Psicol. Caribe*. 2012 [citado ano mês dia]; 28(2):276-283. Disponível em: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/4377/6769>.
19. Maes M, Vojdani A, Geffard M, Moreira Eg, Barbosa Ds, Michelin Ap, et al. Schizophrenia phenomenology comprises a bifactorial general severity and a single-group factor, which are differently associated with neurotoxic immune and immune-regulatory pathways. *Biomol Concepts*. 2019 [citado ano mês dia]; 10(1):209–225. Disponível em: 10.1515/bmc-2019-0023.
20. Ferrando PJ, Lorenzo-Seva U. Program FACTOR at 10: origins, development and future directions. *Psicothema*. 2017 [citado ano mês dia]; 29(2):236-241. Disponível em: 10.7334/psicothema2016.30.
21. Medeiros RKS, Ferreira Júnior MA, Pinto DPRS, Vitor AF, Santos VEP, Barichello E. Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência* 2015 [citado ano mês dia]; 4(4):127-135. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14009>.
22. Pasquali L. Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed; 2010.
23. Backes MTS, Rosa LM, Fernandes GCM, Becker SG, Meirelles BHS, Santos SMA. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. *Rev. Enferm UERJ*. 2009 [citado ano mês dia]; 17(1):111-7. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-513371>.
24. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011 [citado ano mês dia]; 16(7):3061-3068. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>.
25. Silva MLT, Frassão CHTM, Candido SS, Bachur SK. Avaliação do estilo de vida em docentes da área da saúde. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo* 2018 [citado ano mês dia];27(3):118-23. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20172703S118-23>.
26. Franco JR, Silva Junior MB, Borges JWP, Silva ES. Análise do comportamento de promoção da saúde e do bem-estar pessoal em universitários. *Rev APS*. 2019 [citado ano mês dia]; 22(1). Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16710#:~:text=Os%20universit%C3%A1rios%20demonstraram%20mediano%20comportamento,32%2C%20p%20%3C%20%2C005>).

27. Hirschle ALT, Gondim SMG. Estresse e bem-estar no trabalho: uma revisão de literatura. *Ciênc. saúde coletiva* 2020 [citado ano mês dia];25(7): <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.27902017>.
28. Franca CL, Biagini M, Mudesto APL, Alves ED. Contribuições da psicologia e da nutrição para a mudança do comportamento alimentar. *Estud. Psicol.* 2012 [citado ano mês dia]; 17(2):337-345. Disponível em: [https://doi.org/10,1590/s1413-294x2012000200019](https://doi.org/10.1590/s1413-294x2012000200019).
29. Buchele F, Coelho EBS, Lindner SR. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. *Ciênc. saúde coletiva* 2009 [citado ano mês dia]; 14(1):267-273. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100033>.
30. Ferreira MS, Castiel LD, Cardoso MHCA. Sedentarismo mata? Estudo dos comentários de leitores de um jornal brasileiro on-line. *Saude e Sociedade* 2017 [citado ano mês dia]; 26(1):15–28. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017155705>.
31. Carvalho FO, Contreira AR, Souza Filho NA, Bezerra TA, Moraes JFVN. Impacto da satisfação corporal sobre a motivação à prática de atividade física na comunidade acadêmica da UNIVASF-PE. *Rev Bras Educ Fís Esporte.* 2019 [citado ano mês dia]; 33(4):505-515. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rbefe/article/view/170585/161093>.
32. Grohmann M; Sica CA. Avaliação do conhecimento sobre alimentação saudável e estilo de vida em escolares com excesso de peso e seus responsáveis. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.* 2019 [citado ano mês dia]; 13(80):576-587. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/1019>.
33. Davoglio TR, Santos BS, Lettnin CC. Validação da Escala de Motivação Acadêmica em universitários brasileiros. *Ensaio: aval. Pol. Públ. Educ.* 2016; 24(92):522-545. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-40362016000300002>.

ARTIGO 3

QUESTIONÁRIO SOBRE MOTIVAÇÃO AO ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL: evidências de validade pela Teoria da Resposta ao Item

Irialda Saboia Carvalho
José Wicto Pereira Borges
Thereza Maria Magalhães Moreira

Resumo:

Analisar as evidências de validade de estrutura interna do Questionário Sobre Motivação ao Estilo de Vida Saudável (QMEVS) por meio da Teoria da Resposta ao Item (TRI). Método: estudo metodológico, delineado a partir do polo analítico da psicometria em uma amostra de 543 pacientes atendidos em nove Unidades de Atenção Primária à Saúde. As etapas de análise por meio da Teoria da Resposta ao Item foram: estimação dos parâmetros com todos os itens, avaliação da dimensionalidade e confiabilidade, estimação dos parâmetros dos itens que permaneceram e construção da escala. Para a estimação dos parâmetros foi utilizado o Modelo de Resposta Gradual de Samejima. As análises foram conduzidas no Software livre R por meio dos pacotes psych e mirt. Resultados: O instrumento inicial com 29 itens foi submetido ao processo de calibração em busca de obtenção dos parâmetros da TRI e foram realizadas nove calibrações até a definição do modelo final. O QMEVS demonstrou discriminação elevada em 20 itens e a escala foi desenvolvida em uma métrica (50,5), composta por quatro níveis interpretativos. A Função de Informação do Teste demonstrou que o QMEVS possui maior confiabilidade para mensurar a motivação de indivíduos com habilidades entre 40 e 50 pontos na escala. Em seguida, a escala foi classificada em amotivação, motivação extrínseca e motivação intrínseca. Conclusão: o instrumento criado mostrou-se consistente para medir o construto em análise, pois apresentou adequados parâmetros de validade interna e evidências baseadas em testes por meio da TRI.

Palavras-chave: Estilo de Vida; Questionário; Validação.

INTRODUÇÃO

No campo da saúde, o estilo de vida é majoritariamente objeto de estudo da epidemiologia, numa perspectiva restrita e fragmentadora, com vistas a identificar comportamentos de risco, proteção à saúde e suas associações com doenças crônicas, correspondendo ao conjunto de ações habituais que refletem atitudes, valores e oportunidades das pessoas¹. Ele representa um conjunto de comportamentos construídos por cada pessoa e modificáveis individualmente, consoante escolhas de cada um². Estas escolhas têm influência na saúde geral dos indivíduos e são influenciadas pelo nível de motivação individual ou estado energético interno, que dirige o comportamento/ação e se relaciona com direção e persistência³.

Muitas teorias da motivação centram-se na quantidade de motivação, enquanto a Teoria da Autodeterminação (TAD) adiciona mais complexidade à classificação da qualidade da motivação. As pessoas não diferem apenas no nível de motivação, mas também na orientação

da motivação ou no tipo de motivação, que se resume ao porquê da ação³. A base inicial da TAD é a concepção do ser humano como organismo vivo, orientado ao crescimento, desenvolvimento e integração com as estruturas sociais. O comportamento humano, por essa teoria, encontra-se regulado por três necessidades psicológicas inatas (autonomia, competência e relacionamento) e pode ser intrínseca e extrinsecamente motivado ou desmotivado⁴.

Assim, para além da distinção mais tradicional entre motivação intrínseca e extrínseca, a TAD avança com a distinção fundamental entre motivação autônoma (agir por escolha e vontade própria) e motivação controlada (agir em resposta a uma pressão externa ou interna)³. Dessa forma, é importante conhecer o nível de motivação de cada indivíduo para prática do estilo de vida saudável (EVS), identificando-se pessoas com baixos escores de motivação e implementando-se estratégias que visem mudança para a prática de hábitos saudáveis. Notou-se carência de estudos e instrumentos validados sobre os processos motivacionais relacionados aos hábitos e prática de estilos de vida saudáveis.

A partir dos pressupostos da TAD para a compreensão dinâmica dos processos motivacionais, foi desenvolvido um instrumento denominado “Questionário de Motivação ao EVS” (QMEVS) para avaliar a motivação do indivíduo a adoção de EVS. O QMEVS é composto por cinco dimensões: aspectos psicoemocionais, sono e repouso, relacionamentos, hábitos alimentares e atividade física. O domínio constituído pelos relacionamentos corresponde à dimensão dominante do instrumento e representa a unidimensionalidade essencial, pois sua variância está acima de 20%. Quando o primeiro fator explica, pelo menos, 20% da variância total do instrumento, considera-se existir unidimensionalidade essencial, sendo possível modelar os dados com modelos da Teoria de Resposta ao Item Unidimensional⁶.

O reconhecimento da qualidade dos instrumentos é aspecto fundamental para a sua legitimidade e confiabilidade⁷. Nesse sentido a Teoria da Resposta ao Item é uma teoria moderna que concentra-se em cada item do instrumento de medição e assume que o desempenho de determinado teste pode ser explicado por características individuais não diretamente observáveis⁸. Por meio da TRI é possível enveredar para observação de distintos tipos de evidência de validade. O parâmetro de discriminação do item que mede a força de associação entre item e variável latente é função de informação do teste (FIT), que mostra a confiabilidade do teste, evidência da validade de sua estrutura interna^{9,10}. A TRI ainda permite a observação da estrutura do item, pela curva característica do item (CCI) e a construção de escalas que promovem interpretações de pontuação precisas, mostrando evidência baseada no desenvolvimento de teste e processos de administração¹⁰.

Dessa forma, mensurar o QMEVS por meio da TRI permite melhor avaliar suas características, possibilitando verificar a constituição do traço latente subjacente ao instrumento, observar o que os itens estão efetivamente medindo, posicionar indivíduos e itens na mesma escala. Com isso, permite a construção de uma escala com pontos interpretáveis em termos do *status* de motivação ao EVS dos indivíduos, mostrando quais comportamentos estão necessitando de intervenções de saúde mais efetivas¹¹. Assim, o objetivo deste estudo foi analisar no QMEVS evidências de validade da estrutura interna por meio da TRI.

MÉTODOS

Estudo analítico, quantitativo, delineado a partir do polo analítico da Psicometria e embasado na TRI com vistas a prover a análise do QMEVS. Esse questionário, recentemente desenvolvido para o público adulto tem 29 itens agrupados em cinco dimensões: aspectos psicoemocionais, sono e repouso, relacionamentos, hábitos alimentares e atividade física. A estrutura dos itens e suas respostas foi construída com base nos tipos de motivação da TAD^{12,13}. A matriz das respostas aos itens identifica a qualidade da motivação baseada nos fatores reguladores motivacionais da TAD¹² (a) Não realiza/não possui motivação; b) faz para ter o reconhecimento das pessoas; c) faz por culpa/obrigação; d) faz pelos benefícios proporcionados; e) faz pela consciência que é importante; f) faz por sentir-se satisfeito. A validação de conteúdo dos itens do instrumento mostrou excelente IVC, indicando boa formulação teórica e no Teste Binominal a maioria apresentou $p > 0,05$, com alfa de Cronbach de 0,90 e Ômega de McDonald de 0,93, além de índices ORION e FDI com adequada confiabilidade. A análise inicial do QMEVS se deu via Teoria Clássica dos Testes (TCT) com validação e Análise Fatorial (AF) dos Itens. Contudo, à época, não foi criada para o QMEVS uma escala para classificação da motivação.

No polo empírico foi realizada aplicação do QMEVS com finalidade de avaliar suas propriedades psicométricas utilizando a TRI. O questionário foi aplicado a 543 pacientes atendidos em nove Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Fortaleza-Ceará, sorteadas em tabela de números aleatórios. Quanto à amostra, inexistiu consenso sobre o número ideal de respondentes para estudos envolvendo a TRI. Para preservar a heterogeneidade e conseguir respondentes que cubram todo o traço latente, simulações para decisão do tamanho amostral em TRI concluíram que 500 de 40.000 pessoas trazem resultados próximos^{14,15}.

Os critérios de inclusão foram: adultos ≥ 18 anos de idade e aguardando atendimento na UAPS. Buscou-se preservar a heterogeneidade, visando incluir respondentes

para os diversos níveis da escala. Foram excluídos aqueles com déficit cognitivo, sem comunicação verbal ou com alguma enfermidade contagiosa que impossibilitasse interação. A coleta de dados ocorreu de janeiro a março de 2020. A aplicação do QMEVS foi realizada por profissionais e estudantes com experiência em pesquisa e previamente treinados.

Assim, no polo analítico deram-se as etapas da análise das propriedades psicométricas de validade de estrutura interna do QMEVS; calibração ou estimação dos parâmetros dos itens; Curva de Informação do Teste; tratamento dos dados e construção da escala. Na análise da confiabilidade foi verificada a consistência interna pelo Alfa de Cronbach e Ômega de McDonald, cujos valores de referência adotados foram: <0,6=baixa; 06-<0,7=moderada; e 0,7-0,9=alta confiabilidade¹⁶.

Adotou-se o Modelo de Resposta Gradual de Samejima da TRI, que assume categorias de resposta ordenadas. Nesse modelo, a probabilidade $P_{i,k} + (\theta_j)$ de um paciente j , com traço latente (motivação ao EVS) θ_j , responder o item i na categoria j ou superior é dada pela fórmula 1: $P_{i,k} + (\theta_j) = \frac{1}{1+e^{-a_i(\theta-b_{i,k})}}$, sendo $P_{i,0} + (\theta_j) = 1$, $P_{i,k} + (\theta_j) = 0$ e k o número de categorias do item i (neste estudo $k=4$ categorias). A probabilidade de resposta na categoria k ($k=0, 1, \dots, k$) é a diferença da probabilidade em k e $k+1$. O termo a_i é um parâmetro do item i que representa o quanto o item i discrimina diferentes níveis do traço latente θ ; e o parâmetro $b_{i,k}$ a posição na escala em que a categoria k do item i passa a ter maior probabilidade¹⁷.

Para as evidências de validade de estrutura interna realizou-se inicialmente uma calibração forçada com a estimação dos parâmetros da TRI, discriminação (a) e dificuldade (b) com todos os itens do QMEVS. Foram observadas as adequações dos parâmetros e a magnitude de seus erros padrões. Quanto à interpretação do parâmetro a (discriminação) são aceitáveis valores $>0,6$ e quanto maior o valor de a , maior o poder de discriminação do item; quanto ao parâmetro b (dificuldade/posicionamento), os valores são aceitáveis no intervalo de -5 a $+5$ ¹⁸. Itens fora dos valores de referência foram excluídos, adotando-se exclusão por unidade de item, calibração e observação dos parâmetros até que o conjunto restante apresentasse adequado. Após a estimação dos parâmetros foi elaborada a função da informação do teste (FIT). Os parâmetros foram estimados por meio do pacote estatístico mirt¹⁹ do software R²⁰.

Com a exclusão de itens optou-se por realizar Análise Fatorial Exploratória (AFE) com extração dos fatores via análise paralela sobre matriz de correlação policórica e rotação promim no Software Fator, para observação da distribuição dos itens nos fatores e variância explicada de cada fator. Para estabelecimento da presença de uma dimensão dominante para

satisfazer o pressuposto de unidimensionalidade da TRI foi adotada a convenção de que uma variância explicada pelo primeiro fator superior a 20% indica unidimensionalidade essencial²¹.

Foi observada Curva Característica do Item (CCI) e construído a escala interpretativa dos escores. A CCI mostra as respostas em probabilidades e a performance do item. Itens com parâmetros $a > 1$ têm curvas acentuadas e alto poder de discriminar indivíduos c/ amotivação e motivação intrínseca.

A construção da escala foi realizada com base nos níveis âncora das categorias com boa discriminação ($a > 0,6$). Os níveis âncora são pontos da escala selecionados para serem interpretados. As categorias dos itens foram posicionadas ao atingirem a proporção de 65% de resposta, obtida pela fórmula 1. Para facilitar a compreensão, foi realizada transformação linear na escala do traço latente (θ), normalmente fixada com média 0 (zero) e desvio padrão 1 (um), Escala (0,1), no processo de estimação dos parâmetros dos itens e indivíduos. A escala foi transformada para Escala (50,05), ou média 50 e desvio padrão 05¹⁴. Após posicionamento das categorias dos itens na escala, foi realizada a interpretação de cada nível, segundo a representação do item e da categoria de resposta ancorada no nível. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (nº 3.345.431), em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

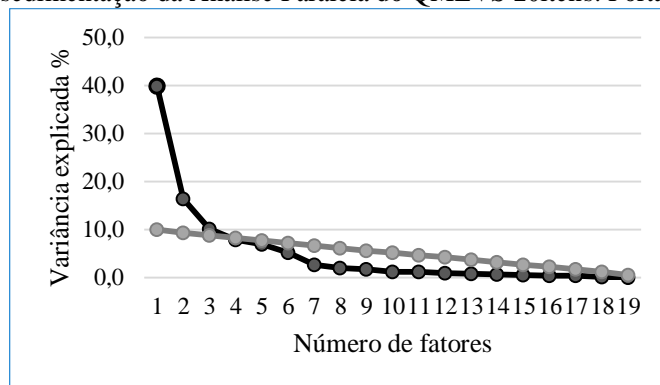
A versão inicial do QMEVS com 29 itens foi submetida à calibração em busca de obtenção dos parâmetros da TRI. Foram realizadas nove calibrações até a definição do modelo final. A tabela 1 apresenta os parâmetros estimados na primeira e décima calibração. A primeira tentativa de calibração foi realizada com todos itens e mostrou problemas no parâmetro a dos itens 3, 7, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11. Assim, para identificar quais os itens com problemas, foram realizadas novas calibrações. A segunda calibração foi realizada com a retirada apenas do item 3, a terceira com somente a retirada do item 7 e a quarta com a retirada do item 11, havendo melhoras nos parâmetros a dos itens 4, 5 e 6, indicando que os três itens retirados individualmente estavam influenciando a qualidade dos parâmetros. Contudo, nessas análises os itens 8, 9 e 10 continuaram mostrando erro e o item 12 passou a apresentar problema no a .

Na quarta calibração excluíram-se três itens (3, 7 e 11) simultaneamente e observou-se persistência nos problemas dos itens 8, 9, 10 e 12. Sucederam mais quatro calibrações para observar influência dos itens 8, 9, 10 e 12 no questionário e os problemas persistiram nos mesmos itens. A nona calibração se deu com retirada dos itens 3, 7, 8, 9, 10 e

11, persistindo erro no item 12. A décima calibração, com exclusão dos itens 3, 7, 8, 9, 10, 11, e 12, ficando a versão final do QMEVS com 20 itens com parâmetros adequados.

Após a retirada desses itens a confiabilidade foi novamente testada e observou-se alfa de Cronbach de 0,90 e Ômega de McDonald de 0,93, permanecendo os mesmos valores da versão inicial do instrumento. Este resultado demonstra que a confiabilidade do instrumento com 20 itens não estava sofrendo influência dos itens eliminados, pois não houve modificações dos índices. O estudo da dimensionalidade via análise de componentes principais sobre a matriz de correlação policórica mostrou uma dimensão dominante, explicando 38,0% da variância das respostas dos itens e confirmando a unidimensionalidade essencial do instrumento (Figura 1).

Figura 1: Diagrama de sedimentação da Análise Paralela do QMEVS 20itens. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2020.



Fonte: Autor.

As estimativas dos parâmetros dos 20 itens finais estão mostradas na tabela 1, na qual são apresentados os itens do instrumento final, os parâmetros a de discriminação, e b_2, b_3, b_4, b_5 e b_6 parâmetros de dificuldade, para cada para as categorias 2, 3, 4, 5 e 6 da escala. Para a determinação inicial dos parâmetros, assume-se que os dados seguem distribuição normal, com média =0 e desvio padrão= 1, ou seja, escala (0,1). Os itens que melhor discriminaram adequação ao traço latente foram os que possuem o parâmetro a mais elevado. Foram considerados aceitáveis valores de a acima de 0,6 e, quanto maior o valor de a , maior o poder de discriminação do item e condiciona o enquadramento do item como âncora. Sobre a dificuldade do item, sua medida se dá pelo parâmetro b , quanto maior o seu valor, maior será sua dificuldade. Assim, ao atingir itens com maior valor de b , o paciente terá maior motivação intrínseca efetiva. Observa-se que quase todos os itens possuem b negativos. Isso decorre de que estes itens tiveram maior quantidade de respostas nas categorias reguladoras da motivação extrínseca (regulação externa, regulação introjetada e regulação identificada).

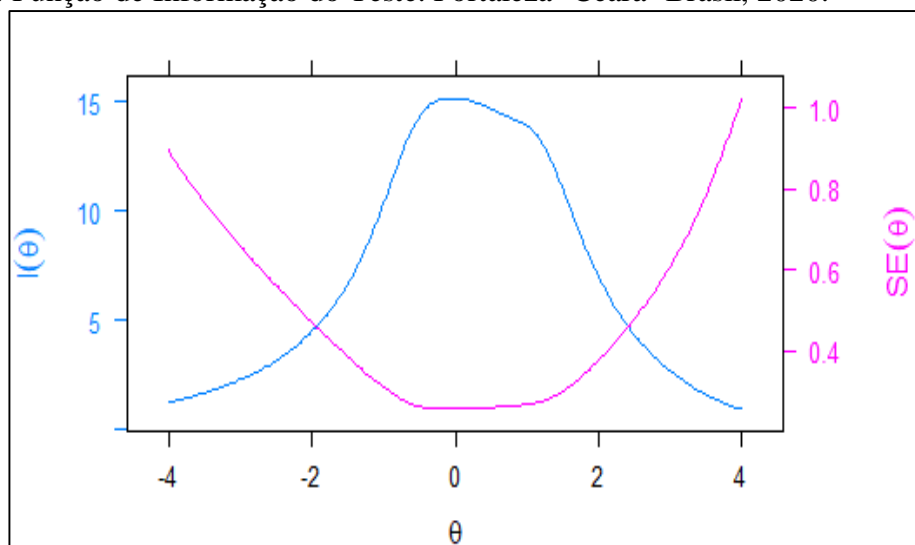
Tabela 01: Estimação dos parâmetros dos itens do QMEVS em amostra de pacientes da Atenção Primária à Saúde (APS). Fortaleza-Ceará-Brasil, 2020.

Itens	Primeira calibração						Calibração final					
	<i>a</i>	<i>b2</i>	<i>b3</i>	<i>b4</i>	<i>b5</i>	<i>b6</i>	<i>a</i>	<i>b2</i>	<i>b3</i>	<i>b4</i>	<i>b5</i>	<i>b6</i>
Qual minha motivação ...												
1. Para trabalhar?	1,12	-1,08	-0,94	-0,46	0,07	1,04	0,99	-1,18	-1,02	-0,51	0,07	1,13
2. Para estudar?	1,75	-0,08	-0,03	0,08	0,37	1,34	1,54	-0,09	-0,02	0,09	0,40	1,43
3. Para ter uma espiritualidade?	0,55	-4,54	-4,08	-3,70	-2,15	0,43	-	-	-	-	-	-
4. Para aproveitar meu tempo livre para descansar?	0,95	-2,58	-2,46	-2,08	-0,63	1,08	0,78	-3,01	-2,88	-2,44	-0,75	1,25
5. Para aproveitar minhas horas de lazer para realizar atividades que me trazem prazer?	1,11	-2,17	-2,00	-1,80	-0,65	0,62	0,90	-2,54	-2,34	-2,11	-0,77	0,72
6. Para desfrutar do meu tempo de lazer?	1,07	-2,13	-2,04	-1,80	-0,67	0,76	0,86	-2,53	-2,42	-2,14	-0,81	0,89
7. Para desfrutar do momento de dormir?	0,64	-4,19	-4,14	-2,83	-0,97	1,40	-	-	-	-	-	-
8. Para ter boas horas de sono?	0,59	-4,25	-4,09	-2,72	-0,69	1,93	-	-	-	-	-	-
9. Para o enfrentamento do estresse?	0,52	-3,05	-2,70	-1,01	0,66	4,09	-	-	-	-	-	-
10. Para o controle do excesso de raiva?	0,53	-2,79	-2,51	-0,84	0,65	4,17	-	-	-	-	-	-
11. Para o enfrentamento da tristeza?	0,59	-2,60	-2,31	-0,94	0,33	3,75	-	-	-	-	-	-
12. Para o enfrentamento da falta de ânimo?	0,65	-2,42	-1,97	-0,80	0,23	3,21	-	-	-	-	-	-
13. Para despertar o interesse com os acontecimentos cotidianos da minha vida?	0,81	-2,82	-1,82	-1,35	-0,29	1,65	0,72	-3,13	-2,00	-1,49	-0,32	1,83
14. Para estar satisfeito com os acontecimentos da minha vida?	0,84	-2,67	-1,83	-1,46	-0,39	1,55	0,77	-2,87	-1,96	-1,57	-0,42	1,66
17. Para encontrar pessoas para conversar comigo?	1,01	-1,94	-1,50	-1,36	-0,39	0,81	0,86	-2,19	-1,69	-1,53	-0,43	0,92
18. Para ter uma relação de amizade com os meus colegas de trabalho?	1,62	-0,77	-0,51	-0,37	-0,05	0,81	1,31	-0,87	-0,58	-0,42	-0,07	0,91
19. Para ter uma relação de amizade com os meus colegas de estudo?	2,27	-0,21	-0,10	-0,06	0,11	0,91	1,84	-0,22	-0,10	-0,06	0,12	1,00
20. Para ter um bom relacionamento com as pessoas do meu convívio?	1,18	-2,06	-1,63	-1,43	-0,77	0,74	1,02	-2,29	-1,82	-1,59	-0,86	0,82
21. Para cultivar amizades?	1,06	-2,29	-1,86	-1,70	-0,93	0,63	0,88	-2,63	-2,14	-1,96	-1,07	0,72
22. Para participar de atividades em grupos?	1,64	-0,52	-0,39	-0,27	0,06	0,93	1,57	-0,52	-0,39	-0,27	0,06	0,96
23. Para prática de atividade física?	2,09	-0,62	-0,57	-0,38	0,30	1,22	2,91	-0,52	-0,48	-0,31	0,28	1,07
24. Para praticar atividade física de forma regular (mínimo de 2 a 3 vezes por semanas)?	1,91	-0,57	-0,53	-0,36	0,40	1,39	2,76	-0,48	-0,44	-0,29	0,36	1,18
25. Para prática de esportes (voleibol, natação, ciclismo, caminhada rápida, corrida, etc.)?	1,95	-0,48	-0,44	-0,30	0,44	1,30	2,83	-0,40	-0,37	-0,24	0,39	1,12
26. Para ter uma alimentação saudável?	1,37	-1,33	-1,30	-0,89	0,14	1,82	1,61	-1,21	-1,19	-0,80	0,14	1,66
27. Para evitar a ingestão de alimentos gordurosos?	1,20	-1,18	-1,17	-0,63	0,33	2,31	1,37	-1,08	-1,07	-0,58	0,31	2,11
28. Para evitar a ingestão de alimentos ricos em açúcares?	1,30	-1,11	-1,08	-0,53	0,41	2,28	1,47	-1,02	-0,99	-0,49	0,38	2,09
29. Para evitar a ingestão de sal ou alimentos salgados?	1,37	-1,10	-1,07	-0,53	0,36	2,05	1,56	-1,01	-0,98	-0,49	0,33	1,89

a: parâmetro de discriminação; *b*: parâmetro de dificuldade; *b2* categoria “para ter o reconhecimento das outras pessoas”; *b3* categoria “por culpa/obrigação”; *b4* “pelos benefícios proporcionados”; *b5* “porque tenho consciência que é importante para mim”; *b6* “porque me sinto satisfeito em fazer isso”.

A Figura 2 apresenta a Curva da Informação do Teste (FIT), que representa a confiabilidade da escala. Observa-se sob a linha azul a área de motivação ao EVS que o instrumento mensura com o menor erro na medida. Fazendo a correspondência da escala com média=0 e desvio padrão=1, para uma escala com média=50 e desvio padrão=5, o QMEVS possui maior confiabilidade para mensurar a motivação de indivíduos com habilidades entre 40 e 50 pontos na escala.

Figura 02: Função de Informação do Teste. Fortaleza- Ceará- Brasil, 2020.



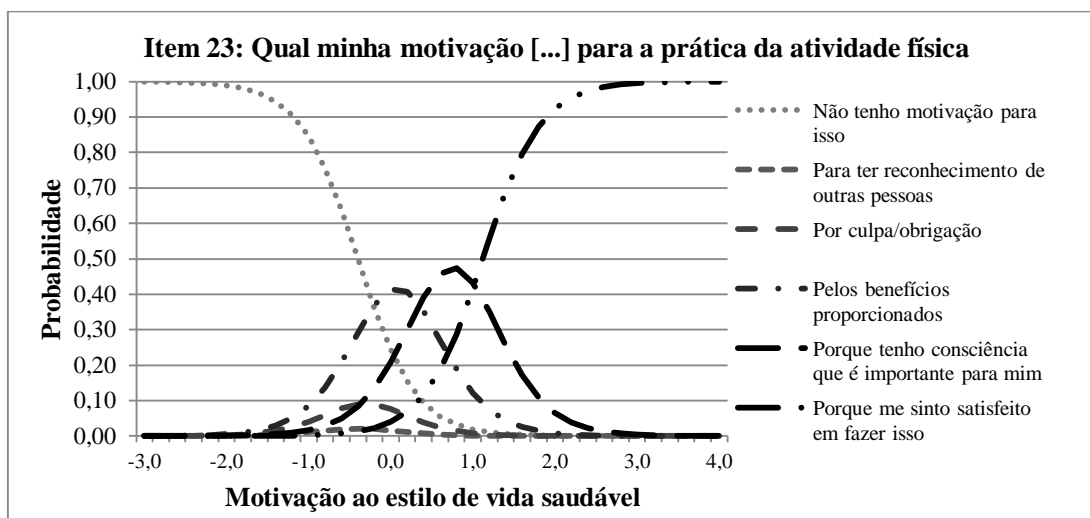
Fonte: Autor.

A figura 03 apresenta um exemplo de Curva Característica do Item (CCI). Apresenta-se o item com maior poder de discriminação dentre os 20 do QMEVS. Exemplificando o processo de resposta ao item e a quantidade de informação que o QMEVS mostrou ao ser analisado pela TRI, a Figura 3 apresenta a CCI 23.

A partir da CCI 23 – “Qual a minha motivação para prática de atividade física?” (Figura 3), pode-se interpretar que pacientes com nível de QMEVS $< -0,52$ (menor que 40 pontos na escala) provavelmente escolherão a categoria “não tenho motivação para isso”. Já uma pessoa com nível entre $-0,52$ a $-0,49$ (na faixa de 40 a 44 pontos na escala), provavelmente escolherá a categoria “para ter o reconhecimento das pessoas”. Aquele com nível entre $-0,48$ a $0,27$ (na faixa de 45 a 49 pontos na escala) provavelmente escolherá a categoria “por culpa/ obrigação” ou “pelos benefícios proporcionados”, já os que apresentarem nível entre $0,28$ a $1,06$ (na faixa de 50 a 54 pontos na escala) provavelmente escolherá a categoria “porque tenho

consciência que é importante para mim” e com QMEVS acima de 1,07 (maior que 55 pontos) provavelmente escolherá “porque me sinto satisfeito em fazer isso”.

Figura 03: Curva Característica do Item 23 do QMEVS.



Utilizando média 50 e desvio padrão 5 ou escala (50, 5), as categorias dos itens concentraram-se entre os níveis 40 a 55 da escala. Este acontecimento concentrou a interpretação da escala em quatro níveis crescentes. Cada nível apresenta as características que tornam a motivação em mais intrínseca. O quadro 1 apresenta a construção da escala interpretativa, a partir dos domínios teóricos dos itens, os níveis âncora e a interpretação dos escores.

Quadro 01: Ancoragem dos itens nos níveis âncora e escala interpretativa dos escores do QMEVS. Fortaleza-Ceará-Brasil, 2020.

Nível	Domínios	Níveis Âncora	Interpretação
40-44	Sono/ Repouso	I4 tempo livre para descansar I5 realizar as atividades que trazem prazer I6 desfrutar o tempo de lazer	Este nível representa a forma menos autônoma de motivação extrínseca. As pessoas que se encontram nesse estado são reguladas por uma ameaça, recompensa externa ou reconhecimento social. Caracterizado por regulação externa para utilizar o tempo livre para descansar e aproveitar as horas de lazer para realizar atividades prazerosas. Destinar tempo para o descanso é regulado por uma motivação extrínseca introyetada. Demonstram interesse pelos acontecimentos da vida e exibem satisfação para ter o reconhecimento de outras pessoas.
	Relacionamentos	I13 interesse com os acontecimentos da vida I14 satisfação com os acontecimentos da vida I21 cultivar amizades	
45-49	Sono/ Repouso	I4 tempo livre para descansar I5 realizar as atividades que trazem prazer I6 desfrutar o tempo de lazer	Neste nível, os pacientes realizam as atividades devido a pressões internas como culpa, ansiedade ou a busca de reconhecimento social. Ocorre ainda, a realização das atividades pelo reconhecimento e valorização pessoal dos objetivos centrado na sua consequência ou nos benefícios decorrentes como o interesse com os

	Relacionamentos	I13 interesse com os acontecimentos da vida I14 satisfação com os acontecimentos da vida I17 pessoas para conversar I20 relacionamento com pessoas do convívio I21 cultivar amizades	acontecimentos da vida com regulação introjetada, motivada por algo externo. Porém, apresentam também regulação identificada, integrada e intrínseca caracterizado por uma motivação para destinar tempo para descanso, lazer, realizar atividades que provocam prazer, relacionamento com pessoas do convívio, para conversar e cultivar amizades.
50-54	Relacionamentos Atividade física Hábitos alimentares	I1 trabalho I18 amizade com colegas de trabalho I19 amizade com colegas de estudo I22 participação em grupos I23 prática de atividade física I24 atividade física regular I25 prática de esportes I26 alimentação saudável I27 alimentos gordurosos I28 alimentos ricos em açúcar I29 ingestão de sal	Agem para obter importantes resultados pessoais, mas não necessariamente por prazer, representa um comportamento mais estável e consciente. Envolve a escolha e valorização pessoal da atividade, contudo o foco ainda está nos benefícios pessoais advindos da realização da atividade. Apresenta regulação identificada, integrada e intrínseca para o trabalho, amizade com colegas de trabalho, participação em grupos, prática de atividade física e esportes, alimentação saudável, evitando alimentos gordurosos, ricos em açúcares e ingestão de sal. O interesse com os acontecimentos da vida possui uma regulação externa integrada, tensionando para uma regulação intrínseca. Porém, a motivação para amizade com colegas de estudo mantém, nesse nível, regulação externa.
55-60	Relacionamentos	I2 estudo I19 relacionamento com colegas de estudo	A partir deste nível, os pacientes se envolvem em atividades que eles consideram interessantes, desafiadoras e prazerosas. Além dos comportamentos dos níveis anteriores, a motivação para o estudo e o relacionamento com colegas de estudo é regulado por motivação extrínseca identificada, integrada e intrínseca.

Fonte: autor

Mais detalhadamente apresenta-se a distribuição dos domínios envolvidos na motivação ao EVS. Na escala estão contemplados os itens referentes aos domínios: sono/repouso, atividade física, hábitos alimentares e relacionamentos. Os itens referentes ao domínio aspectos psicoemocionais foram todos eliminados por não apresentarem convergência na estimativa dos itens. O domínio relacionamentos esteve presente em todos os níveis da escala.

O primeiro nível da escala é demarcado pelo reconhecimento social e recompensas externas para realizar atividades de descanso e lazer, aproveitar a vida e cultivar amizades. No

nível seguinte, as atividades de descanso e lazer, interesse com os acontecimentos da vida, manter relacionamento com as pessoas do convívio, ter alguém para conversar e cultivar amizades são motivados pelas recompensas internas, culpa, importância pessoal, valorização pessoal dos objetivos e dos resultados.

Em seguida, no nível de 50 pontos, tem-se a transição de todos os reguladores da motivação extrínseca dos quatro domínios. Destaca-se principalmente a consciência e o comportamento estável da motivação ao trabalho, amizade com colegas de trabalho/estudo, participação em grupos, prática de atividade física e os hábitos alimentares. No último domínio (55 pontos), todos os pacientes estão no mesmo nível de motivação e determina a forma mais autônoma da motivação.

Após a criação da escala, observou-se que os níveis 40, 45 e 50 contemplam a motivação extrínseca e o último nível a motivação intrínseca. Assim, optou-se por classificar os níveis da seguinte forma: pontuação <40 pontos (amotivação), pontuação de 40-54 pontos (motivação extrínseca) e pontuação ≥ 55 pontos (motivação intrínseca). Dessa forma, pela categorização da escala, torna-se possível identificar o nível de motivação em que o paciente se encontra para adoção de EVS.

DISCUSSÃO

A elaboração do QMEVS foi baseada na TAD, que ultrapassa a distinção mais simplista entre motivação intrínseca versus extrínseca, e atende particularmente aos diferentes tipos de motivação que integram a categoria da motivação extrínseca, algumas das quais constituem formas mais empobrecidas de motivação, mas outras representam estados mais ativos³. Assim, esta teoria defende que a motivação não é conceptualmente dicotômica (extrínseca e intrínseca), mas um processo contínuo que regula o comportamento do sujeito, podendo oscilar entre vários níveis de autodeterminação⁴.

O instrumento inicial com 29 itens demonstrou uma dimensão dominante e foi submetido ao processo de calibração em busca de obtenção dos parâmetros da TRI. Foram realizadas nove calibrações até a definição do modelo final, resultando em um instrumento com vinte itens. Por meio do estudo da dimensionalidade, confirmou-se que o QMEVS mede a motivação ao EVS e apresenta bom ajuste em um modelo unidimensional.

Sobre os parâmetros, houve bom desempenho dos itens referentes ao conceito de relacionamentos, sono e repouso, atividade física e hábitos alimentares, pois apresentaram

melhor poder de discriminar indivíduos quanto à motivação ao EVS. Os itens relacionados ao conceito de aspectos psicoemocionais foram todos excluídos por não apresentarem convergência com o parâmetro a , os itens apresentaram valor de $a < 0,60$. A não convergência pode ocorrer pelos seguintes fatores: item foi mal elaborado, número de respondentes foi baixo, item não discriminou pessoas (a) motivadas, item não foi compatível com essa dimensão de análise ou uma combinação desses fatores. Uma alternativa para esse resultado é a reformulação dos itens para maior discriminação ou aplicação em amostra maior²².

Em relação à dificuldade do item (parâmetro b), os resultados do QMEVES demonstram a maioria dos parâmetros de dificuldade (b) negativos. Postula-se que isso ocorreu devido aos comportamentos contidos nos itens serem inerentes das interações humanas e relacionados a fatores ambientais ligados a recompensas oriundas de reguladores da motivação extrínseca. Os processos motivacionais quase sempre são compreendidos em função do grau em que os indivíduos investem energia, interesse e esforços nas diversas atividades que vão desempenhar, podendo ou não vir ao encontro de demandas internas ou externas, dos desejos e metas pessoais de cada pessoa²³.

A Curva da Informação do Teste (CIT) apresentou o apontamento do parâmetro b entre -1 a +1. Estes valores foram transformados utilizando escala (50, 5) para melhorar a compreensão dos resultados. Assim o QMEVES possui maior confiabilidade para mensurar a motivação de indivíduos com habilidades entre 40 e 50 pontos na escala.

Pela escala construída, notou-se evolução da motivação em quatro níveis segundo seus fatores reguladores. No primeiro nível da escala, destaca-se o reconhecimento social e recompensas externas para realizar atividades de descanso e lazer, aproveitar a vida e cultivar amizades. No nível seguinte, a motivação para realização das atividades é movida pelas recompensas internas, culpa, importância pessoal, valorização pessoal dos objetivos e dos resultados. Em seguida, tem-se a transição de todos os reguladores da motivação extrínseca dos quatro domínios e destaca-se, principalmente, a consciência e o comportamento estável para realização das atividades. No último domínio, todos os pacientes estão no mesmo nível de motivação e determina a forma mais autônoma da motivação.

A TAD determina que o comportamento humano é incentivado por três necessidades: autonomia, competência e relacionamentos, que são essenciais para o desenvolvimento social e o bem estar pessoal do indivíduo^{3,4}. Os escores da escala construída correspondem aos níveis motivacionais que envolvem a autonomia, que pode ser definida como

autodeterminação do indivíduo e compreende a necessidade do ser humano de ser agente de suas ações, consequentemente determinando o seu próprio comportamento. A competência está relacionada à necessidade de produzir resultados comportamentais. A relação social ou relacionamentos refere-se à necessidade das pessoas de terem interações sociais satisfatórias dentro da sociedade. Assim, os níveis da escala são baseados na TAD e apresentam um modelo multidimensional com três tipos de motivação: motivação intrínseca (mais autodeterminada), motivação extrínseca e amotivação (menos autodeterminada) ^{3,4}.

A interpretação dos níveis da escala é uma propriedade dos modelos de TRI, que possibilita a identificação e a criação de metas para o paciente, conforme seu escore individual²⁴. Com isso, destaca-se a relevância do instrumento criado e validado para mensuração da motivação ao EVS. Estudos de validação são essenciais para promover a acurácia dos fenômenos observados na prática clínica. Em relação a motivação ao EVS, a acurácia diagnóstica significa que os dados referidos como críticos pelos avaliadores realmente representam a resposta humana ou a necessidade do paciente. Consequentemente, uma alta acurácia diagnóstica permite a implementação de intervenções adequadas, bem como o alcance dos resultados esperados para o paciente, família ou comunidade²⁵.

CONCLUSÃO

O QMEVS mostrou-se um instrumento com evidências de validade de sua estrutura interna consistente para medir o construto em análise, pois apresentou adequados parâmetros de validade interna e evidências baseadas em testes por meio da TRI. A versão final do questionário ficou composta por 20 itens nos domínios de relacionamentos, sono e repouso, atividade física e hábitos alimentares.

Recomenda-se aplicar o QMEVS a outras amostras da população e realizar novos processos de validação em públicos específicos, a fim de verificar se os itens que não foram calibrados para essa população permanecerão no instrumento em uma validação com outro público.

O instrumento deve ser constantemente aperfeiçoado e a expectativa é que o questionário validado seja divulgado e utilizado por outros profissionais e em instituições de saúde para identificação dos níveis de motivação ao EVS.

REFERÊNCIAS

1. Nahas MV; Barros MG; Francalacci V. O pentágono do bem estar: base conceitual para a avaliação do estilo de vida em indivíduos ou grupos. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2000;(5)2:48-59.
2. Madeira FB.; Filgueira DA; Bosi MLM; Nogueira JAD. Estilos de vida, habitus e promoção da saúde: algumas aproximações. *Saúde Soc*. São Paulo. 2018; (27) 1: 106-115.
3. Deci EL; Ryan RM. The 'What' and 'Why' of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*. 2000; 11: 227-268.
4. Deci EL; Ryan RM. Facilitating Optimal Motivation and Psychological Well-Being Across Life's Domains. *Canadian Psychology*. 2008; 49, 14-23. DOI: 10.1037/0708-5591.49.1.14
5. Juliana PJ; Barbosa-Rinaldi IP; Mirand ACM; Vieira LF. (Des) motivação na educação física escolar: uma análise a partir da teoria da autodeterminação. *Rev Bras Ciênc Esporte*. 2016; 38(3):259-266.
6. Rickasse MD. Multidimensional Item Response Theory – Statistics for social and behavioral sciences. New York: Springer; 2009.
7. Souza AC; Alexandre NMC; Guirardello EB. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiol. Serv. Saude, Brasília*. 2017; 26(3):649-659, jul-set.
8. Andrade DF.; Tavares HR.; Valle RC. Teoria da Resposta ao Item: conceitos e aplicações. SENAPE, 2000.
9. Silva KR et al . Evidências de Validade da Versão Brasileira da Florida Shock Anxiety Scale para Portadores de Cardioversor-Desfibrilador Implantável. *Arq. Bras. Cardiol.*, São Paulo. 2020; 114 (5): 764-772, may. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20190255>.
10. Cizek GJ. Validating test score meaning and defending test score use: different aims, different methods, *Assessment in Education: Principles, Policy & Practice*. 2016; 23 (2): 212-225. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/0969594X.2015.1063479>.
11. Borges JWP, Moreira TMM, Schmitt J, Andrade DF, Barbeta PA, Souza ACC, et al. Medição da qualidade de vida em hipertensão arterial segundo a Teoria da Resposta ao Item. *Rev Saude Publica*. 2017; 51:45.
12. Deci EL, Ryan RM, *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*, New York: Plenum; 1985.
13. Deci EL, Ryan RM, *Self-Determination Theory*, In: van Lange PAM, Kruglanski AW, Higgins ET, editores, *Handbook of theories of social psychology*, Los Angeles: Sage; 2012; 416-437.

14. Borges JWP; Moreira TMM; Andrade DF. Questionário de relação interpessoal no cuidado de enfermagem: elaboração e validação. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017; 25:e2962. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2128.2962>
15. Nunes CHSS; Primi R. Impact of the sample size in the item and subject's parameters estimates under item response theory. *Aval Psicol*. [Internet]. 2005 [cited 2015 May 26]; 4(2):141-53. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712005000200006
16. Campo-ARias A; Villamil-Vargas M; Herazo E. Reliability and dimensionality of the alcohol use disorders identification test (AUDIT) in university students from Tunja (Colombia). *Psicol Caribe*. [Internet]. 2013 [cited 2015 Oct 15]; 30(1). Disponível em: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/4377/6769>
17. Samejima F. Estimation of latent ability using a response pattern of graded scores. *Psychometrika*. 1969;34 Suppl 1:1-97. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/BF03372160>.
18. Nguyen TH; Han H; Kim MT; Can K; Chan S. An Introduction to Item Response Theory for Patient- Reported Outcome Measurement. *Patient*. 2014; 7(1):23-35. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s40271-013-0041-0>
19. Chalmers RP. Mirt: A Multidimensional Item Response Theory Package for the R Environment. *Journal of Statistical Software*. 2012; 48 (6): 1-29.
20. R DEVELOPMENT CORE TEAM. R: A language and environment for statistical computing. Version 2.13.2. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2011.
21. Vitoria F; Almeida LSE; Primi R. Psychological test's unidimensionality: concept, procedures and difficulties in their assessment. *Psic* [Internet]. 2006 [cited 2017 Mar 20]; 7(1):1-7. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142006000100002 & lng= pt& nrm=iso
22. Rodrigues MTP; Moreira TMM; Vasconcelos AM, Andrade DF; Silva DB; Barbetta PA. Instrumento mensurador de adesão para hipertensos: contribuição da Teoria da Resposta ao Item. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(3):523-30. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004439>
23. Davoglio TR; Santos BS; Lettnin CC. Validação da Escala de Motivação Acadêmica em universitários brasileiros. *Ensaio: aval. pol. públ. Educ., Rio de Janeiro*. 2016; 24 (92): 522-545, jul./set.
24. Sartes LMA; Sousa-Formigoni MLO. Avanços na Psicometria: a teoria clássica dos testes à teoria de resposta ao item. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2013; 26(2):241–250. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000200004>
25. Melo RP; Moreira RP; Fontenele FC; Aguiar ASC; Joventino ES; Carvalho EC. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. *Rev Rene, Fortaleza*. 2011; 12(2):424-31.

6 CONCLUSÃO

O QMEVS foi desenvolvido e validado com adultos no âmbito da Atenção Primária à Saúde. No processo de desenvolvimento do instrumento foram identificadas as definições constitutivas e operacionais do traço latente a partir de uma revisão integrativa sobre EV e a motivação estruturada na Teoria da Autodeterminação. A validação de conteúdo foi realizada por oito especialistas e resultou em ótimos Índices de Validade e confiabilidade.

O instrumento foi aplicado a uma amostra heterogênea, composta por pacientes adultos atendidos em nove UAPS de Fortaleza-Ceará. O QMEVS inicial possuía 29 itens e cinco domínios (aspectos psicoemocionais, sono e repouso, relacionamentos, hábitos alimentares e atividade física). Após a calibração dos itens, a versão final do instrumento ficou com 20 itens e quatro domínios (sono e repouso, relacionamentos, hábitos alimentares e atividade física), mas o domínio sobre relacionamentos apresentou dominância e representou a unidimensionalidade do instrumento. A escala do instrumento foi desenvolvida em uma métrica (50,5) e abordou cinco níveis interpretativos, que medem o nível de motivação ao EVS.

Os níveis da escala foram agrupados e ficaram categorizados nos três tipos de motivação: motivação intrínseca, motivação extrínseca e amotivação. Destaca-se que a interpretação dos níveis da escala é uma propriedade dos modelos de TRI, que possibilita identificação e criação de metas ao paciente, conforme seu escore individual. Assim, ressalta-se a relevância do instrumento criado e validado para mensuração dos níveis de motivação ao EVS.

Em relação às limitações, após a análise pela TRI, nem todas as definições constitutivas do instrumento inicial permaneceram representadas na versão final. Com isso, é necessária a realização de estudos sobre os aspectos psicoemocionais para esclarecer seu real envolvimento como dimensão do traço latente do estudo, pois todos os itens deste conceito foram eliminados do QMEVS.

Recomenda-se que este instrumento seja replicado em outra amostra da população e que seja realizada nova validação do instrumento para públicos específicos, visando fortalecer os resultados desta pesquisa e, conseqüentemente, a utilidade do QMEVS, sobretudo para os itens não calibrados na atual versão final do QMEVS.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-9, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>.

ALMEIDA, M. C. B. M. **Motivação e comportamentos de saúde, relação com a qualidade de vida, em adultos da comunidade**. 2013. 226 f. Tese (Doutorado em psicologia) – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, 2013. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/67672/2/30106.pdf>.

ANDRADE, D. F.; TAVARES, H. R.; VALLE, R. C. **Teoria de Resposta ao Item**: conceitos e aplicações. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE PROBABILIDADE E ESTATÍSTICA, 4., 2000, Caxambu, MG. **Anais [...]** Caxambu, MG: Associação Brasileira de Estatística, 2000. Disponível em: https://docs.ufpr.br/~aanjos/CE095/LivroTRI_DALTON.pdf.

AÑEZ, C. R. R.; REIS, R. S.; PETROSKI, E. L. Brazilian version of a lifestyle questionnaire: translation and validation for young adults. **Arq bras cardiol**, v. 91, n. 2, p. 92-8, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0066-782x2008001400006>.

APPEL-SILVA, M.; WENDT, G. W.; ARGIMON, I. I. L. A teoria da autodeterminação e as influências socioculturais sobre a identidade. **Psicologia em Revista**, v. 16, n. 2, p. 351-369, ago., 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-11682010000200008&script=sci_abstract.

ARANGO, H. G. **Bioestatística**: teórica e computacional. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ARAÚJO, F. N. F. *et al.* A efetividade das ações de controle da hipertensão arterial na atenção primária à saúde. **Rev Pesq Saúde**, n. 17, v. 2, p. 80-86, mai-ago, 2016. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/6025>.

BACKES, M. T. S. *et al.* Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev, Enferm, UERJ**, v. 17, n. 1, p. 111-7, 2009. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-513371>.

BALAN, M. A. J. **Construção de um questionário para análise do conhecimento sobre o atendimento inicial ao queimado**. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2008. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-578273>.

BAQUEIRO, M. G. **Testes psicométricos e projetivos: esquemas para construção, análise e avaliação**. São Paulo: Edições Loyola, 1968.

BARRETO, M. S. *et al.* Não utilização de consultas de rotina na Atenção Básica por pessoas com hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 795-804, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.12132016>.

BHATTI, Z. U. *et al.* The development and validation of the Major Life Changing Decision Profile (MLCDP). **Health and quality of life outcomes** 2013, v. 11, n. 1, p. 78. Disponível em: [10.1186/1477-7525-11-78](https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-78).

BORBA, T. T. *et al.* Associação entre periodontite e fatores sociodemográficos, índice de massa corporal e características do estilo de vida. **Rev Epidemiol Control Infec**, v. 6, n. 4, p. 185-190, 2016. Disponível em: [10.17058/reci.v6i4.8290](https://doi.org/10.17058/reci.v6i4.8290).

BORGES, J. W. P. *et al.* Content validation of the dimensions constituting non-adherence to treatment of arterial hypertension. **Rev da Esc Enferm**, v. 47, n. 5, p. 1076–82, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000500010>.

BORGES, J. W. P., *et al.* Medição da qualidade de vida em hipertensão arterial segundo a Teoria da Resposta ao Item. **Rev Saude Publica.**, v. 51, n. 45, p. 1-11, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006845>.

BORGES, J. W. P. *et al.* Validação de conteúdo das definições operacionais da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev Pesqui Cuid é Fundam Online**, v. 8, n. 3, p. 4651. Disponível em: [10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4651-4658](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4651-4658).

BORGES, J. W. P.; MAGALHÃES, T. M. M.; ANDRADE, D. F. Questionário de relação interpessoal no cuidado de enfermagem: elaboração e validação. **Rev, Latino-Am, Enfermagem**, v. 25, e2962, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2128.2962>.

BORGES, M. S.; MIRANDA, G. J.; FREITAS, S. C. A teoria da autodeterminação aplicada na análise da motivação e do desempenho acadêmico discente do curso de ciências contábeis de uma instituição pública brasileira. **Rev Contemporânea de Contabilidade**, v. 14, n. 32, p. 89-107, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5007/2175-8069.2017v14n32p89>.

BOTH, J. *et al.* Validação da escala “perfil do estilo de vida individual. **Revista brasileira de atividade física & saúde**, v. 13, n. 1, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.13n1p5-14>.

BRAGHIROLI, E. M. *et al.* **Psicologia geral**. 21ª ed. Porto Alegre: Vozes, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas

envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [online], 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf.

BRAUER, P. *et al.* Development of a patient experience questionnaire to improve lifestyle services in primary care. **Primary health care research & development**, v. 19, p. 542–552, 2018. Disponível em: 10.1017/S1463423617000937.

BÜCHELE, F.; COELHO, E. B. S.; LINDNER, S. R. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. **Ciênc, saúde coletiva**, v. 14, n. 1, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100033>.

BULLY, P. Metric properties of the “prescribe healthy life” screening questionnaire to detect healthy behaviors: a cross-sectional pilot study. **BMC Public Health**, v. 16, n. 1228, 2016. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3898-8>.

CAMPO-ARIAS, A.; VILLAMIL-VARGAS, M.; HERAZO, E. Reliability and dimensionality of the alcohol use disorders identification test (AUDIT) in university students from Tunja (Colombia). **Salud Uninorte**, v. 28, n. 2, p. 276-282, 2012. Disponível em: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/4377/6769>.

CARDOSO, B. L. C. *et al.* Estilo de vida e nível de atividade física em docentes universitários. **Rev Unimontes Científica**, v. 18, n. 1, 2016. Disponível em: <http://ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/481#:~:text=Com%20rela%C3%A7%C3%A3o%20aos%20n%C3%ADveis%20de,f%C3%ADsica%20foram%20considerados%20muito%20ativos>.

CARVALHO, F. O. *et al.* Impacto da satisfação corporal sobre a motivação à prática de atividade física na comunidade acadêmica da UNIVASF-PE. **Rev Bras Educ Fís Esporte**, v. 33, n. 4, p. 505-515, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/1807-5509201900040505>.

CAVENAGHI, A. R. A. Uma perspectiva autodeterminada da motivação para aprender língua estrangeira no contexto escolar. **Ciências & Cognição**, v. 14, n. 2, p. 248-26, 2009. Disponível em: <http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/101>.

CERNEV, F. K.; HENTSCHEKE, L. A teoria da autodeterminação e as influências das necessidades psicológicas básicas na motivação dos professores de música. **Revista da ABEM**, v. 20, n. 29, p. 88-102, jul-dez, 2012. Disponível em: <http://www.abemeducacaomusical.com.br/revistas/revistaabem/index.php/revistaabem/article/view/93>.

CIZEK, G. J. Validating test score meaning and defending test score use: different aims, different methods. **Assessment in Education: Principles, Policy & Practice**, v. 23, n. 2, p. 212-225, 2016. Disponível em: [10.1080/0969594X.2015.1063479](https://doi.org/10.1080/0969594X.2015.1063479).

CHALMERS, R. P. Mirt: A Multidimensional Item Response Theory Package for the R Environment. **Journal of Statistical Software**, v. 48, n. 6, p. 1-29, 2012. Disponível em: <https://www.jstatsoft.org/article/view/v048i06>.

COLLINS, D. **Cognitive Interviewing Practice**. London: SAGE, 2015.

D'AVILA, G. L.; SILVA, D. A. S.; VASCONCELOS, F. A. G. Associação entre consumo alimentar, atividade física, fatores socioeconômicos e percentual de gordura corporal em escolares. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1071-1081, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015214.13722015>.

DAVOGLIO, T. R.; SANTOS, B. S.; LETTNIN, C. C. Validação da Escala de Motivação Acadêmica em universitários brasileiros. **Ensaio: aval, pol, públ, Educ.**, v. 24, n. 92, p. 522-545, jul./set, 2016. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/1019>.

DECI, E. L.; RYAN, R. M. **Intrinsic motivation and self-determination in human behavior**. New York: Plenum; 1985.

DECI, E. L.; RYAN, R. M. Facilitating Optimal Motivation and Psychological Well-Being Across Life's Domains. **Canadian Psychology**, v. 49, p. 14-23, 2008. Disponível em: https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2008_DeciRyan_CanPsy_Eng.pdf.

DECI, E. L.; RYAN, R. M. Self-Determination Theory. *In*: PAM, V. L.; KRUGLANSKI, A. W.; HIGGINS, E. T. **Handbook of theories of social psychology**. Los Angeles: SAGE, 2012.

DECI, E. L.; RYAN, R. M. The 'What' and 'Why' of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. **Psychological Inquiry**, v. 11, p. 227-268, 2000. Disponível em: [10.1207/S15327965PLI1104_01](https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01).

DIAS, E. G.; SOUZA, E. L. S.; MISHIMA, S. M. Contribuições da enfermagem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa da literatura brasileira. **Rev Epidemiol Control Infec**, v. 6, n. 3, p. 138-144, 2016. Disponível em: [10.17058/reci.v6i3.7470](https://doi.org/10.17058/reci.v6i3.7470).

DIAS, P. J. P. *et al.* Prevalência e fatores associados aos comportamentos sedentários em adolescentes. **Rev Saúde Pública**, n. 48, v. 2, p. 266-274, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004635>.

DUARTE, E. N. C. *et al.* Idosos diabéticos: autopercepção do estado geral de saúde. **Atas – Investigação Qualitativa na Saúde**, v. 1, 2015. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/67>.

ERTHAL, T. C. **Manual de psicometria**. 7. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

- FERRANDO, P. J.; LORENZO-SEVA, U. Program FACTOR at 10: origins, development and future directions. **Psicothema**, v. 29, n. 2, p. 236-241, 2017. Disponível em: [10.7334/psicothema2016.30](https://doi.org/10.7334/psicothema2016.30).
- FERREIRA, M. S.; CASTIEL, L. D.; CARDOSO, M. H. C. A. Sedentarismo mata? Estudo dos comentários de leitores de um jornal brasileiro on-line. **Saude e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 15-28, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017155705>.
- FERREIRA, R. A.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Hipertensão arterial referida e utilização de medicamentos de uso contínuo no Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 5, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00160512>.
- FERRARI, T. K. *et al.* Estilo de vida saudável em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 1, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00188015>.
- FONTELES, J. L.; SANTOS, Z. M. S. A.; SILVA, M. P. Estilo de vida de idosos hipertensos institucionalizados: análise com foco na educação em saúde. **Rev. Rene**, v. 10, n. 3, p. 53-60, 2009. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4811/3555>.
- FRANCA, C. L. *et al.* Contribuições da psicologia e da nutrição para a mudança do comportamento alimentar. **Estud psicol**, v. 17, n. 2, p. 337-345, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2012000200019>.
- FRANCO, J. R. *et al.* Análise do comportamento de promoção da saúde e do bem-estar pessoal em universitários. **Rev. APS**, v. 22, n. 1, p. 7-22, jan./mar, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16710/20739>.
- GAGNE, M.; RYAN, R. M.; BARGMANN, K. Autonomy support and need satisfaction in the motivation and well-being of gymnasts. **Journal of Applied Sport Psychology**, v. 15, n. 4, p. 372-390, 2003. Disponível em: [10.1080/714044203](https://doi.org/10.1080/714044203).
- GALVÃO, C. M. Evidence hierarchies. **Acta paul enferm.**, v. 19, n. 2, p. 5-7, 2006. Disponível em: [10.1590/S0103-21002006000200001](https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000200001).
- GAUI, E. N.; OLIVEIRA, G. M. M.; KLEIN, C. H. Mortalidade por Insuficiência Cardíaca e Doença Isquêmica do Coração no Brasil de 1996 a 2011. **Arq Bras Cardiol.**, v. 102, n. 6, p. 557-565, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20140072>.
- GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 1, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100015>.
- GOODYEAR-SMITH, F.; ARROLL, B.; COUPE, N. Asking for Help is Helpful: Validation of a Brief Lifestyle and Mood Assessment Tool in Primary Health Care. **Annals of family medicine**, v. 7, n. 3, 2009. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1370%2Fafm.962>.
- GROHMANN, M.; SICA, C. A. Avaliação do conhecimento sobre alimentação saudável e estilo de vida em escolares com excesso de peso e seus responsáveis. **Revista Brasileira de**

Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, v. 13, n. 80, p. 576-587, 2019. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/1019>.

HAIR, J. F. *et al.* **Análise Multivariada de Dados**. 6 ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HIRSCHLE, A. L. T.; GONDIM, S. M. G. Estresse e bem-estar no trabalho: uma revisão de literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 7, jul., 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.27902017>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidade e Estados**. Fortaleza, Ceará. Rio de Janeiro: Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativa da População, 2015. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ce/fortaleza.html>.

JOVENTINO, E. S. **Construção e validação de escala para mensurar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. 2010. 242 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/1796>.

JULIANA PJ; BARBOSA-RINALDI IP; MIRAND ACM; VIEIRA LF. (Des) motivação na educação física escolar: uma análise a partir da teoria da autodeterminação. **Rev Bras Ciênc Esporte.**, v. 38, n. 3, p. 259-266, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbce.2015.11.010>.

KINALSKI, D. D. F. *et al.* Focus group on qualitative research: experience report. **Rev Bras Enferm.**, v. 70, n. 2, p. 424-429, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0091>.

KOWALKOWSKA, J. *et al.* Reproducibility of a questionnaire for dietary habits, lifestyle and nutrition knowledge assessment (KOMPAN) in polish adolescents and adults. **Nutrients**, v. 10, n. 2, p. 1845, 2018. Disponível em: [10.3390/NU10121845](https://doi.org/10.3390/NU10121845).

LIMA, K. S; ALMEIDA, A. M. O conhecimento sobre a Hipertensão Arterial e suas Complicações. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 38, n. 4, p. 865-881, out/dez, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt_0104-1169-rlae-22-03-00491.pdf.

MADEIRA, F. B. *et al.* Estilos de vida, hábitos e promoção da saúde: algumas aproximações. **Saúde Soc.**, v. 27, n. 1, p. 106-115, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170520>.

MAES, M. *et al.* Schizophrenia phenomenology comprises a bifactorial general severity and a single-group factor, which are differently associated with neurotoxic immune and immune-regulatory pathways. **Biomol Concepts**, v. 10, n. 1, p. 209-225, 2019. Disponível em: [10.1515/bmc-2019-0023](https://doi.org/10.1515/bmc-2019-0023).

MAGGI, R. M. **Estratégia para promoção do estilo de vida ativo em usuários do sistema único de saúde**. 2012. 76 f. Monografia (Residência em Atenção Básica) – Programa de

Residência Multiprofissional em Atenção Básica, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2012. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/1563/1/Rosana%20Mengue%20Maggi.pdf>. Acesso em:

MALTA, D. C. Estilos de vida da população brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde.**, v. 24, n. 2, p. 217-226, abr-jun, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-497420150002000004>.

MARTINS, P. **Motivação para a prática de exercício físico e autoestima em praticantes de exercício físico de ginásios da cidade de Luanda**. 2014. 84 f. Dissertação (Mestrado em Exercício e Saúde em Populações especiais) – Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2014.

MEDEIROS, R. K. S. *et al.* Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 4, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14009>.

MELEIS, A. I. **Theoretical nursing: development and progress**. 5ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

MELO, R. P. *et al.* Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Rev Rene**, v. 12, n. 2, p. 424-31, 2011. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4254>.

MENDES, K.; SILVEIRA R. C. C. P.; GALVÃO C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

MOREIRA, T. M. M.; GOMES, E. B.; SANTOS, J. C. Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 31, n. 4, p. 662-669, dez, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000400008>.

NAHAS, M. V. **Atividade Física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 6 ed. Londrina: Midiograf, 2013.

NAHAS, M. V.; BARROS, M. G. V.; FRANCALACCI, V. O pentágulo do bem estar: base conceitual para a avaliação do estilo de vida em indivíduos ou grupos. **Rev Bras Ativ Fis Saúde**, v. 5, n. 2, p. 48-59, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.5n2p48-59>.

NGUYEN, T. H. *et al.* An Introduction to Item Response Theory for Patient- Reported Outcome Measurement. **Patient.**, v. 7, n. 1, p. 23-35, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s40271-013-0041-0>.

NUNES, C. H. S. S.; PRIMI, R. Impact of the sample size in the item and subject's parameters estimates under item response theory. **Aval Psicol.**, v. 4, n. 2, p. 141-153, 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712005000200006.

OLIVEIRA, C. G. S. *et al.* Fatores de risco para a hipertensão arterial em comunidade pesqueira nordestina brasileira. **Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente**, v. 6, n. 2, p. 43-52, 2018. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/saude/article/view/5186>.

OLIVEIRA, D. *et al.* Factor and reliability analysis of a brief scale to measure motivation to change lifestyle for dementia risk reduction in the UK: the mochad-10. **Health and quality of life outcomes**, v. 17, n. 1, p. 75, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/pt/mdl-31046782>.

OLIVEIRA, L. S.; RABELO, D. F.; QUEROZ, N. C. Estilo de vida, senso de controle e qualidade de vida: um estudo com a população idosa de Patos de Minas-MG. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 12, n. 2, p. 416-430, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812012000200006.

OLIVEIRA, M. S. N. *et al.* Autocuidado de idosos diagnosticados com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. **Rev Enferm**, v. 7, n. 3, p. 490-503, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769226344>.

PANSERA, S. M. *et al.* Motivação intrínseca e extrínseca: diferenças no sexo e na idade. **Psicol. Esc. Educ**, v. 20, n. 2, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-353920150202972>.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998. Disponível em: <http://ppget.ifam.edu.br/wp-content/uploads/2017/12/Principios-de-elaboracao-de-escalas-psicologicas.pdf>.

PASQUALI, L. Psicometria. **Rev da Esc Enferm da USP**, v. 43, dez., 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000500002>.

PASQUALI, L.; PRIMI, R. Fundamentos da teoria da resposta ao item – TRI. **Avaliação Psicológica**, v. 2, n. 2, p. 99-110, 2003. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712003000200002.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

PETERS, J. C. *et al.* The effects of water and non-nutritive sweetened beverages on weight loss during a 12-week weight loss treatment program. **Obesity**, v. 22, n. 6, p. 1415-1421, jun. 2014. Disponível em: [10.1002/oby.20737](https://doi.org/10.1002/oby.20737).

PIZANI A, J. *et al.* (Des)motivação na educação física escolar: uma análise a partir da teoria da autodeterminação. **Rev Bras Ciênc Esporte.**, v. 38, n. 3, p. 259-266, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbce.2015.11.010>.

PODMELLE, R. M.; ZIMMERMANN, R. D. Fatores Influentes no Estilo de Vida e na Saúde dos idosos brasileiros: uma revisão integrativa. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, v. 23, n. 1, p. 103-123, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/riipsa/resource/pt/biblio-1006911>.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; OWEN, S. V. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. **Res Nurs Health**, v. 30, n. 4, p. 459–67, 2007. Disponível em: 10.1002/nur.20199.

PORTES, L. A. Estilo de Vida e Qualidade de Vida: semelhanças e diferenças entre os conceitos. **Lifestyle J**, v. 1, n.1, p.8-10, 2011. Disponível em: <https://revistas.unasp.edu.br/LifestyleJournal/article/view/128>.

PÔRTO, E. F. *et al.* Como o estilo de vida tem sido avaliado: revisão sistemática. **Acta Fisiatr.**, v. 22, n. 4, p. 199-205, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20150038>.

R DEVELOPMENT CORE TEAM. **R: A language and environment for statistical computing.** Version 2.13.2. Vienna: R Foundation for Statistical Computing, 2011.

REGIS, M. F. *et al.* Estilos de vida urbano versus rural em adolescentes: associações entre meio-ambiente, níveis de atividade física e comportamento sedentário. **Einstein.**, n. 14, v. 4, p. 461-467. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1679-45082016ao3788>. Acesso em:

REIS, E. **Estatística Multivariada Aplicada.** Lisboa: Silabo, 1997.

REVELLE, W. **Psych: procedures for psychological, psychometric, and personality research.** Evaston: Northwestern University, 2010.

RIBEIRO, I. J. S. *et al.* Qualidade de Vida de hipertensos atendidos na Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**, v. 39, n. 105, p. 432-440, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002011>.

RICHARDSON, RJ. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** São Paulo: Atlas, 1999.

RICKASSE, M. D. **Multidimensional Item Response Theory: Statistics for social and behavioral sciences.** New York: Springer, 2009.

ROCHA, D. G. *et al.* Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4313-4322, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.11232014>.

RODRIGUES, K. A. F. *et al.* Adhesión de la mujer hipertensa al estilo de vida saludable – una tecnología educativa en salud. *Campo Abierto. Revista de Educación.*, v. 37, n. 1, 2018. Disponível em: http://www.uece.br/dsc/index.php/arquivos/doc_download/179-tese-malvina-t-p-rodrigues-2012.

RODRIGUES, M. T. P. **Adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: desenvolvimento de um instrumento avaliativo com base na Teoria da Resposta ao Item (TRI)**. 2012. 163 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, 2012. Disponível em: http://www.uece.br/dsc/index.php/arquivos/doc_download/179-tese-malvina-t-p-rodrigues-2012.

RODRIGUES, M. T. P. *et al.* Instrumento mensurador de adesão para hipertensos: contribuição da Teoria da Resposta ao Item. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 3, p. 523-30, 2013. Disponível em: 10.1590/S0034-8910.2013047004439.

RYAN, R.; DECI, E. Active Human Nature: Self-Determination Theory and the Promotion and Maintenance of Sport, Exercise, and Health. *In*: HAGGER, M.; CHATZISARANTIS, N. **Intrinsic Motivation and Self-Determination in Exercise and Sport**. Champaign: Human Kinetics, 2007.

RYAN, R. M.; DECI, E. L. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. **American Psychologist**, v. 55, n. 1, p. 68-78, 2000. Disponível em: 10.1037/10003-066X.55.1.68.

RYAN, R.; DECI, E. Overview of Self-Determination Theory: An Organismic Dialectical Perspective. *In*: RYAN, R.; DECI, E. **Handbook of Self-Determination Research**. New York: The University Rochester, 2003.

RYAN, K.; GANNON-SLATER, N.; CULBERTSON, M. J. Improving Survey Methods with Cognitive Interviews in Small- and Medium-Scale Evaluations. **American Journal of Evaluation**, v. 33, n. 3, p. 414-430, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1177%2F1098214012441499>.

RYAN, R. M. *et al.* Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. **European Psychologist**, v. 10, p. 2-5, 2008. Disponível em: http://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2008_RyanPatrickDeciWilliams_EHP.pdf

SAMEJIMA F. Estimation of latent ability using a response pattern of graded scores. **Psychometrika**, v. 1, 1968. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/j.2333-8504.1968.tb00153.x>.

SARTES, L. M. A.; SOUSA-FORMIGONI, M. L. O. Avanços na Psicometria: a teoria clássica dos testes à teoria de resposta ao item. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 26, n. 2, p. 241–250, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000200004>.

SCHMIDT, M. A. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, p. 61-74, 2011. Disponível em: https://www.idec.org.br/pdf/schmidtetal_lancet2011.pdf.

SILVA, A. M. M.; BRITO, I. S.; AMADO, J. M. C. Tradução, adaptação e validação do questionário Fantastic Lifestyle Assessment em estudantes do ensino superior. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 19, v. 6, p. 1901-1909, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.04822013>.

SILVA, K. R. *et al.* Evidências de Validade da Versão Brasileira da Florida Shock Anxiety Scale para Portadores de Cardioversor-Desfibrilador Implantável. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 114, n. 5, p. 764-772, 2020 Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20190255>.

SILVA, M. L. T. *et al.* Avaliação do estilo de vida em docentes da área da saúde. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo**, v. 27, n. 3, p. 118-23, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20172703S118-23>.

SILVEIRA, E. L. *et al.* Prevalência e distribuição de fatores de risco cardiovascular em portadores de doença arterial coronariana no Norte do Brasil. **Rev Fac Cienc Med Sorocaba**, v. 20, n. 3, p. 167-173, 2018. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/31493>.

SILVEIRA, P. M. *et al.* Escala de avaliação do perfil do estilo de vida por meio da teoria da resposta ao item. **Rev. Educ. Fís**, v. 26, n. 4, p. 519-527, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/reveducfis.v26i4.24996>.

SOTOS-PRIETO, M. *et al.* Design and development of an instrument to measure overall lifestyle habits for epidemiological research: the mediterranean lifestyle (medlife) index. **Public health nutrition**, v. 18, n. 6, p. 959-967, 2015. Disponível em: [10.1017/S1368980014001360](https://doi.org/10.1017/S1368980014001360).

SOUTELLO, A. L. S. **Qualidade de Vida e Hipertensão**: avaliação ampliada do desempenho psicométrico da versão brasileira do “Mini-Cuestionario de Calidad de vida en la Hipertensión Arterial-MINICHAL”. 2010. 177 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/311797/1/Soutello_AnaLuciaSoares_M.pdf.

SOUZA, A. C.; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 26, n. 3, p. 649-659, jul-set, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000300022>.

SOUZA, C. S. *et al.* Controle da Pressão Arterial em Hipertensos do Programa Hiperdia: Estudo de Base Territorial. **Arq Bras Cardiol.**, v. 6, n. 102, p. 571-578, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20140081>.

SOUZA, M. A. H. *et al.* Perfil do estilo de vida de longevos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 19, n. 5, p. 819-826, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150224>.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: O que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>.

STEVENS, J. P. **Applied multivariate statistics for social sciences**. Hillsdale: Erlbaum, 1992.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* Determinantes da autoavaliação de saúde no Brasil e a influência dos comportamentos saudáveis: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev bras epidemiol**, v. 18, suppl. 2, p. 33-44, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060004>.

TEIXEIRA, L. N. *et al.* As possíveis alterações no estilo de vida e saúde de professores. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 5, n. 2, p. 1669-1683, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v0i0.876>.

VARGAS, V. C. C. **Medida padronizada para avaliação de intangíveis organizacionais por meio da teoria da resposta ao item**. 2007. 207 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Centro Tecnológico, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/90026/242522.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

VIANA, M. S.; ANDRADE, A.; MATIAS, T. S. Teoria da autodeterminação: aplicações no contexto da prática de exercícios físicos de adolescentes. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 13, n. 2, p. 118, maio/ago, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/rpp.v13i2.8891>.

VITORIA, F.; ALMEIDA, L. S. E.; PRIMI, R. Psychological test's unidimensionality: concept, procedures and difficulties in their assessment. **Psic**, v. 7, n. 1, p. 1-7. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142006000100002&lng=pt&nrm=iso.

WEHMEYER, M. L. A functional model of self-determination: describing development and implementing instruction. **Focus on Autism and other Developmental Disabilities**, v. 14, n. 1, p. 53-62. Disponível em: <https://doi.org/10.1177%2F108835769901400107>.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of advanced nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16268861/>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons**. WHO: Geneva, 2004. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68896>.

_____. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: WHO, 2011. Disponível em: https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/.

_____. **Noncommunicable diseases progress monitor**. Genebra: WHO, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/ncd-progress-monitor-2020>.

ZANGIROLANI, L. T. O. *et al.* Hipertensão arterial autorreferida em adultos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência, fatores associados e práticas de controle em estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1221-1232, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018234.16442016>.

APÊNDICE A
CARTA CONVITE AOS JUÍZES

Prezada/o Dr(a),

Meu nome é Irialda Saboia Carvalho, sou enfermeira e doutoranda em Saúde Coletiva do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará. Estou desenvolvendo o projeto de pesquisa intitulado “**MOTIVAÇÃO AO ESTILO DE ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL:** construção e validação de um instrumento por meio da Teoria de Resposta ao Item”, sob a orientação da Profª. Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira e coorientação do Prof. Dr. José Wicto Pereira Borges.

Solicitamos, por meio desta, a sua colaboração para apreciação e o julgamento da adequação das definições constitutivas e das definições operacionais que compõem o construto, bem como avaliar a passagem desses conceitos abstratos para o campo da representação comportamental, ou seja, o da operacionalização do construto em itens.

Caso deseje participar, pedimos que responda este e-mail o mais rápido possível. Após sua concordância, enviaremos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as instruções para o preenchimento do instrumento e o instrumento.

Desde já, agradecemos o seu valioso apoio, oportunidade em que me coloco à sua disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,
Irialda Saboia Carvalho

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- JUÍZES

Prezado(a),

Meu nome é Irialda Saboia Carvalho, sou enfermeira e doutoranda em Saúde Coletiva do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará. Estou desenvolvendo o projeto de pesquisa intitulado “**MOTIVAÇÃO AO ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL:** construção e validação de um instrumento por meio da Teoria de Resposta ao Item”, sob a orientação da Profa. Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira e coorientação do Prof. Dr. José Wicto Pereira Borges.

O(a) Senhor(a) está sendo convidado a participar desta pesquisa cujo objetivo geral é construir e validar um instrumento sobre Motivação ao Estilo de Vida Saudável por meio da Teoria de Resposta ao Item.

Inicialmente agradeço sua concordância em participar desse estudo, pois sua participação é fundamental. Sua colaboração envolverá a apreciação e o julgamento da adequação das definições constitutivas e das definições operacionais que compõem o construto.

A participação nesse estudo não trará nenhuma despesa nem compensação financeira para o(a) senhor(a). Como benefício da participação tem-se o momento de avaliação como oportunidade de estudos e aprofundamento teórico nesse campo do conhecimento. Os riscos da participação são mínimos e envolvem eventual constrangimento ao responder o questionário.

Asseguro que as informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para a execução desta pesquisa, com garantia do sigilo das respostas. O(a) senhor(a) terá acesso a elas, caso o solicite. Atesto, ainda, que o(a) senhor(a) será informado quanto aos procedimentos e benefícios do estudo, sendo esclarecido possíveis dúvidas que possam ocorrer. Ademais, o(a) senhor(a) tem a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo sem qualquer prejuízo.

Solicitamos sua colaboração para que nos envie o material analisado de volta em um período máximo de 30 dias. Para contatos que se façam necessários, informamos que a principal pesquisadora é a Enf. Irialda Saboia Carvalho, que pode ser encontrada no Universidade Estadual do Ceará (UECE) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE)– Av. Paranjana, 1700 – Itapery – Fortaleza-CE. E-mail: irialda_carvalho@hotmail.com. Qualquer informação poderá ser obtida junto a pesquisadora através do telefone (85)998175838.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após esclarecido(a) pela pesquisadora e tendo entendido o que me foi explicado, concordo em participar da Pesquisa que tem como título: “**MOTIVAÇÃO AO ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL:** construção e validação de um instrumento por meio da Teoria de Resposta ao Item”.

Fortaleza, _____ de _____ de 2019.

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do(a) especialista

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Pacientes

Meu nome é Irialda Saboia Carvalho, sou enfermeira e doutoranda em Saúde Coletiva do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará. Estou desenvolvendo o projeto de pesquisa intitulado “**MOTIVAÇÃO AO ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL**: construção e validação de um instrumento por meio da Teoria de Resposta ao Item”, sob a orientação da Profª. Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira e coorientação do Prof. Dr. José Wicto Pereira Borges.

O(A) Senhor(a) está sendo convidado a participar desse estudo respondendo a algumas perguntas. A sua participação é importante para a realização dessa pesquisa, pois, nos ajudará a construir um instrumento que irá contribuir com o cuidado de enfermagem. De antemão lhe agradecemos e esclarecemos que a sua colaboração será responder a dois questionários, um sobre um pouco da sua vida e outro sobre motivação para prática de Estilo de Vida Saudável.

A participação nesse estudo não trará nenhuma despesa e nem compensação financeira para o(a) senhor(a). Como benefício da sua participação tem-se o momento de diálogo como possibilidade da humanização. Como riscos, a participação poderá gerar sentimento de angústia ao relembrar situações que não são praticadas para se obter um estilo de vida saudável.

Esclarecemos que será garantida a liberdade de retirar o seu consentimento em qualquer momento, e que o seu nome, idade ou qualquer informação que possa lhe identificar não serão divulgadas a terceiros. As informações que o(a) senhor(a) nos dará serão utilizadas apenas para essa pesquisa. Garantimos o acesso as informações sobre o estudo em qualquer etapa. Você terá acesso aos profissionais responsáveis para esclarecimento de eventuais dúvidas.

A responsabilidade pela realização dessa pesquisa é de Irialda Saboia Carvalho, que pode ser encontrada no Universidade Estadual do Ceará (UECE) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE)– Av. Paranjana, 1700 – Itapery – Fortaleza-CE. E-mail: irialda_carvalho@hotmail.com. Qualquer informação poderá ser obtida junto a pesquisadora através do telefone (85)998175838.

Irialda Saboia Carvalho (pesquisadora)

Eu, _____,

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação.

Sendo que: () aceito participa () não aceito participar

Fortaleza, _____ de _____ de _____.

APÊNDICE D

ROTEIRO DE INSTRUÇÃO PARA AVALIAÇÃO DO QUESTIONÁRIO: MOTIVAÇÃO AO ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL (QMEVS)

Prezado (a),

Consideramos sua colaboração valiosa. Agradecemos pelo aceite quanto ao convite formulado e solicitamos que nos envie o material analisado de volta, em um período máximo de **15 dias**, pois os resultados desta etapa serão essenciais à execução da validação empírica. O material respondido poderá ser devolvido via e-mail.

Esta pesquisa tem como objetivo construir e validar um instrumento sobre Motivação ao Estilo de Vida Saudável por meio da Teoria de Resposta ao Item. A construção do instrumento está sendo desenvolvida por meio da Psicometria. Segundo Pasquali (2009), para alcançar o propósito do estudo, é necessária a realização de etapas bem definidas e delineadas em três polos: procedimentos teóricos, empíricos (experimentais) e analíticos (estatísticos).

Na fase teórica de elaboração do instrumento, uma teoria deve fundamentar a construção científica. Além disso, deve-se deixar claro o fenômeno a ser medido, chamado de traço latente (PASQUALI, 2009). Nesta tese, o traço latente trabalhado é a “motivação ao estilo de vida saudável” e a teoria utilizada para embasar a motivação é a Teoria da Autodeterminação (TAD).

Muitas teorias da motivação centram-se na quantidade de motivação, enquanto a TAD adiciona mais complexidade à classificação da qualidade da motivação. As pessoas não diferem apenas no nível de motivação, mas também na orientação da motivação, ou tipo de motivação (Ryan; Deci, 2000). Nos últimos anos, a TAD tem sido utilizada como modelo teórico de suporte de diversos estudos, com aplicações em vários contextos. Ela evidencia o efeito positivo do suporte autônomo, proporcionado por outros significativos do contexto social, no comportamento da pessoa. Neste sentido, a TAD ultrapassa a distinção mais simplista entre motivação intrínseca versus extrínseca, e atende particularmente aos diferentes tipos de motivação que integram a categoria da motivação extrínseca, algumas das quais constituem formas mais empobrecidas de motivação, mas outras representam estados mais ativos (RYAN; DECI, 2000). Assim, a TAD apresenta a qualidade da motivação e distingue os diferentes tipos de regulação associados à motivação extrínseca. A análise da motivação pela TAD pode ser agrupada em: desmotivação, motivação extrínseca e motivação intrínseca.

Desmotivação: ausência de proatividade e interesse.

Motivação extrínseca: exige uma instrumentalidade entre a atividade e algumas consequências separáveis, como recompensas tangíveis ou verbais. A satisfação não vem da atividade em si, mas sim das consequências extrínsecas produzidas pela atividade.

Motivação intrínseca: envolve pessoas fazendo uma atividade, porque elas acham interessante em tal atividade e sentem satisfação espontânea no seu desempenho.

O quadro a seguir explicita a qualidade da motivação e distingue os diferentes tipos de regulação.

Qualidade da motivação	Amotivação		Motivação extrínseca			Motivação intrínseca
			Motivação controlada	Motivação autônoma		Motivação autônoma
Orientação motivacional	Amotivação		Motivação controlada		Motivação autônoma	
Tipo de Regulação	Regulação inexistente		Regulação externa	Regulação introjectada	Regulação identificada	Regulação Integrada
Descrição da regulação	Ausência total de motivação.		As razões não se associam ao comportamento. Apenas para recompensas externas/reconhecimento social.	Comportamento em função de recompensas internas: sentimento de evitar sentimentos de culpa.	Comportamento objetiva o resultado da ação.	Comportamento é associado à identidade, tem a necessidade obter todas as vantagens envolvidas na ação.
						Comportamento é realizado pelo sentir prazer ou divertimento ao realizar a ação.

Dessa forma, a escolha da TAD, como modelo teórico para este trabalho, prende-se com a reconhecida aplicação dos seus princípios no estudo do processo motivacional em diversos comportamentos de saúde e pode ter um impacto importante na motivação autodeterminada para prática de estilo de vida saudável.

As definições constitutivas e os itens propostos foram elaborados a partir de uma revisão integrativa da literatura, onde se identificou a dimensionalidade teórica do Estilo de Vida Saudável. As respostas para os itens construídos foram elaborados de acordo com a qualidade da motivação baseada nos fatores reguladores motivacionais da TAD. Dessa forma, as respostas estão estruturadas da seguinte forma:

- Não realiza
- Faz para ter reconhecimento das pessoas
- Faz por culpa/ansiedade/obrigação
- Faz pela valorização/ consequências
- Faz pela consciência
- Faz pelo prazer/ gostar/ se sentir bem

Para dar continuidade ao processo de construção e validação do MEVS é necessário a avaliação do material construído por especialistas no assunto para assegurar que as definições operacionais e os itens apresentem garantias de validade teórica. Essa tarefa de análise é feita por especialistas que avaliam a pertinência dos itens ao construto que representam.

CARACTERIZAÇÃO DO ESPECIALISTA

Nome:

Idade:

Cidade / Estado em que trabalha/estuda:

Função que exerce no trabalho:

Tempo de formado:

Formação acadêmica (titulação):

(caso tenha mais de um dos títulos marque mais de uma opção).

() Doutor

() Mestre

() Especialista

Produção científica:

(caso tenha mãos de um dos atributos listados abaixo, marque mais de uma opção).

() Pesquisa envolvendo Estilo de Vida ou Motivação

() Publicação envolvendo Estilo de Vida ou Motivação

() Conhecimento sobre estudos de construção e validação de materiais na área da saúde

Prática clínica:

(marque apenas uma opção).

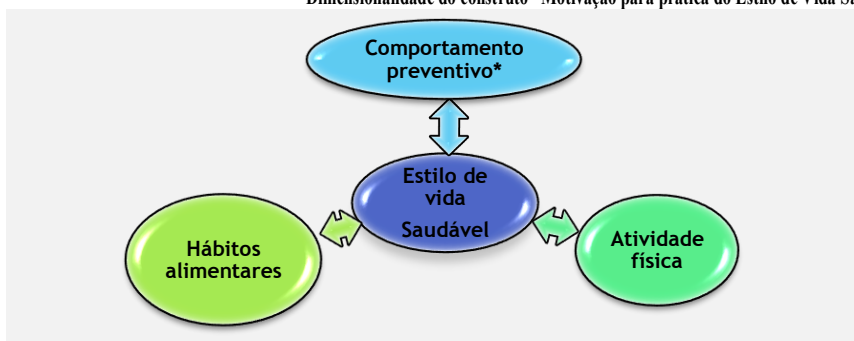
() Experiência assistencial menor que 5 anos

() Experiência assistencial entre 5 a 9 anos

() Experiência assistencial maior que 10 anos

Inicialmente, gostaríamos que avaliasse as dimensões abordadas no instrumento:

Dimensionalidade do construto “Motivação para prática do Estilo de Vida Saudável”



*Bem estar, lazer, sono, estresse, tristeza, tabagismo, alcoolismo, relacionamentos. Sumarização a partir da revisão integrativa, Fortaleza, 2019.

Caso não concorde com alguma das dimensões, solicito que a informe e justifique.

O(A) Senhor(a) tem alguma dimensão que desejaria incluir? Descreva-a.

A seguir, apresentamos o instrumento para que seja avaliado cada item. A avaliação realizar-se-á com base nos critérios para construção de itens desenvolvido por Pasquali (1998), que se baseia no critério comportamental, simplicidade, clareza, relevância, precisão, modalidade e tipicidade.

- **Critério comportamental:** o item deve expressar um comportamento, não uma abstração ou construto. Deve poder permitir à pessoa uma ação clara e precisa, de sorte que se possa dizer a ela “vá e faça”.
- **Critério da simplicidade:** um item deve expressar uma única ideia. Itens que introduzem explicações de termos ou oferecem razões ou justificativas são normalmente confusos porque introduzem ideias variadas e confundem o respondente.
- **Critério da clareza:** deve ser inteligível até para o estrato mais baixo da população-meta; utilizar frases curtas, com expressões simples e inequívocas. Frases longas e negativas incorrem facilmente na falta de clareza. O linguajar típico da população-meta deve ser utilizado na formulação dos itens. Assim, são admissíveis e mais apropriadas expressões conhecidas por tal população, ainda que elas possam parecer linguisticamente menos castiças. A preocupação aqui é a compreensão das frases (que representam tarefas a serem entendidas e, se possível, resolvidas), não sua elegância artística.
- **Critério da relevância:** a expressão deve ser consistente com o traço (atributo, fator, propriedade psicológica) definido e com as outras frases que cobrem o mesmo atributo. Isto é, o item não deve insinuar atributo diferente do definido, o item deve expressar o atributo que realmente deseja medir.
- **Critério da precisão:** o item deve possuir uma posição definida no contínuo do atributo e ser distinto dos demais itens que cobrem o mesmo contínuo. O item deve ser útil na medida do atributo.
- **Critério da modalidade:** formular frases com expressões de reação modal, isto é, não utilizar expressões extremadas, como excelente, miserável, etc. A intensidade da reação da pessoa é dada na escala de resposta. Se o próprio item já vem apresentado em forma extremada, a resposta na escala de respostas já está viciada.
- **Critério da tipicidade:** formar frases com expressões condizentes (típicas, próprias, inerentes) com o atributo.

Já o instrumento todo deve responder os seguintes critérios:

- Critério da amplitude: este critério afirma que o conjunto dos itens referentes ao mesmo atributo deve cobrir toda a extensão de magnitude do contínuo desse atributo.
- Critério do equilíbrio: os itens do mesmo contínuo devem cobrir igual ou proporcionalmente todos os segmentos (setores) do contínuo, devendo haver, portanto, itens fáceis, e médios difíceis (para aptidões) ou fracos, moderados e extremos (no caso das atitudes). De fato, os itens devem distribuir-se sobre o contínuo numa disposição que se assemelha à da curva normal: maior parte dos itens de dificuldade mediana e diminuindo progressivamente em direção às caudas (itens fáceis e itens difíceis em número menor).

Com base nesses critérios, o(a) senhor(a) deverá avaliar os itens. Para tanto, considere cada critério de adequação exposto anteriormente para cada determinante e atribua uma nota:

Pontuação	Critério
1	As definições constitutivas, operacionais e operacionalização do construto em itens NAO é indicativa(o) para a motivação ao estilo de vida saudável.
2	As definições constitutivas, operacionais e operacionalização do construto em itens é MUITO POUCO indicativa(o) para a motivação ao estilo de vida saudável.
3	As definições constitutivas, operacionais e operacionalização do construto em itens é CONSIDERAVELMENTE indicativa(o) para a motivação ao estilo de vida saudável.
4	As definições constitutivas, operacionais e operacionalização do construto em itens é MUTÍSSIMO indicativa(o) para a motivação ao estilo de vida saudável.

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DAS DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS E OPERACIONAIS

Dimensionalidade teórica e definições constitutivas do construto “Motivação para prática do Estilo de Vida Saudável”, sumarização a partir da revisão integrativa. Fortaleza, 2019.

1 – Não é indicativa; 2 – Muito pouco indicativa; 3 – Consideravelmente indicativa; 4 – Múltipla indicativa

CONCEITO ADOTADO	Nota
<i>Motivação para prática do Estilo de Vida Saudável</i> corresponde ao direcionamento das necessidades de acordo com estímulos internos ou externos para adoção, prática de hábitos e costumes saudáveis.	

DIMENSIONALIDADE TEÓRICA E DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS

COMPORTEAMENTOS

Envolve um conjunto de ações e atitudes que podem ter efeito profundo na saúde do indivíduo. Corresponde aos comportamentos: bem estar, lazer, sono, estresse, tristeza, tabagismo, alcoolismo e relacionamentos.

Bem estar: Extensão da percepção de seu próprio estado de saúde (NOC,2016). Consiste no conjunto de práticas que engloba o bem estar físico, psicológico, mental e espiritual.

Lazer: Reside na possibilidade de suscitar atitudes ativas durante a utilização do tempo livre.

Sono: A qualidade das horas dormidas permite melhor desempenho físico e mental.

Estresse: Conjunto de reações que o organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação decorrente de estímulo ou situação que exija esforço para se adaptar.

Tristeza: A percepção de tristeza constitui-se na resposta humana às situações de perda, desapontamento e outras adversidades que afetam o emocional do indivíduo.

Tabagismo: O ato de consumir cigarros ou outros produtos que contenham tabaco, cujo princípio ativo é a nicotina causa dependência física e psicológica, corresponde a um dos principais fatores de risco a saúde.

Alcoolismo: O abuso e a dependência de substâncias químicas, tais como o álcool, ameaçam valores políticos, econômicos e sociais, sendo um indicador negativo de saúde.

Relacionamentos: A boa convivência com familiares, amigos e/ou grupos sociais contribui para saúde física e mental do ser humano, proporciona bem estar e equilíbrio emocional.

ATIVIDADE FÍSICA

A atividade física é identificada como qualquer movimento corporal produzido pelo sistema musculoesquelético que resulta em gasto energético. Consiste em um fator de proteção para saúde e apresenta diversos efeitos benéficos ao organismo, sendo recomendada como uma estratégia de promoção da saúde e prevenção de doenças.

HÁBITOS ALIMENTARES SAUDÁVEIS

Hábitos alimentares adequados proporcionam organismo humano condições para uma vida saudável e exercem grande influência sobre a saúde.

Definições operacionais dos elementos que compõem o traço latente do construto “Motivação para prática do Estilo de Vida Saudável”, sumarização a partir da revisão integrativa. Fortaleza, 2019.

1 – Não é indicativa; 2 – Muito pouco indicativa; 3 – Consideravelmente indicativa;
4 – Múltipla indicativa

DOMÍNIO	INDICADORES	DEFINIÇÕES OPERACIONAIS	NOTA
Comportamento preventivo	Bem estar	Estar satisfeito com o trabalho/ estudos/ espiritualidade.	
	Lazer	Ocupar o tempo livre para descansar ou para realizar atividades que trazem prazer.	
	Sono	Identificar a qualidade do sono; Reconhecer fatores intervenientes para dormir.	
	Estresse	Reconhecer o nível de estresse.	
	Tristeza	Sentir tristeza ou deprimido; Perder o interesse e satisfação com acontecimentos da vida.	
	Tabagismo	Utilizar tabaco.	
	Alcoolismo	Ingerir bebida alcoólica regularmente ou de forma moderada.	
Atividade física	Relacionamentos	Ter pessoas para conversar assuntos pessoais considerados importantes por cada indivíduo; Cultivar amigos; Participar de atividades grupais e comunitárias.	
	Prática de Atividade física	Praticar atividade física de forma regular; Praticar exercícios ou esportes.	
Hábitos alimentares	Alimentação saudável	Ter uma alimentação equilibrada com a ingestão de frutas, verduras e legumes, evitando a ingestão de alimentos ricos em gorduras, açúcares e sal.	

Observação:

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS ITENS

A seguir, encontram-se listados os itens elaborados a partir das definições operacionais e as respostas dos itens elaborados de acordo com a qualidade da motivação (amotivação, motivação extrínseca e motivação intrínseca). Conforme apresentado nas orientações, a motivação extrínseca é definida por quatro reguladores e, a ordem das respostas segue a sequência correspondente aos reguladores (regulação externa, regulação introjectada, regulação identificada e regulação integrada). Pelo seu conhecimento e experiência dê a pontuação (1-4) para cada critério na opção que o(a) Sr(a) considera mais adequada.

1 – Não é indicativa; 2 – Muito pouco indicativa; 3 – Consideravelmente indicativa; 4 – Muíssimo indicativa**1. Estou motivado com meu trabalho?**

Nota

- Amotivação a) Não vejo porque tenho que trabalhar.
b) Busco trabalhar apenas para ter o reconhecimento das outras pessoas.
- Motivação Extrínseca c) Busco trabalhar para não me sentir culpado por não trabalhar.
d) Busco trabalhar porque objetivo independência financeira.
e) Busco trabalhar porque sinto necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas pelo trabalho.
- Mot. Intrínseca f) Busco trabalhar porque este ato me faz sentir satisfeito, feliz e realizado.

Sugestão/observação:

2. Estou motivado com meu estudo?

- Amotivação a) Não vejo porque tenho que estudar.
b) Busco estudar apenas para ter o reconhecimento das outras pessoas.
- Motivação Extrínseca c) Busco estudar para não me sentir culpado por não estudar.
d) Busco estudar porque objetivo ter conhecimento.
e) Busco estudar porque sinto necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas pelo trabalho.
- Mot. Intrínseca f) Busco estudar porque este ato me faz sentir satisfeito, feliz e realizado.

Sugestão/observação:

3. Estou motivado com minha espiritualidade?

- Amotivação a) Não vejo porque tenho que cultivar a espiritualidade.
b) Busco a espiritualidade apenas para ter reconhecimento das outras pessoas.
- Motivação Extrínseca c) Busco a espiritualidade para não sentir culpa por não a cultivar.
d) Busco a espiritualidade porque objetivo tranquilidade espiritual.
e) Busco a espiritualidade porque sinto necessidade de obter todas as benesses proporcionadas por ela.
- Mot. Intrínseca f) Busco a espiritualidade porque este ato me faz sentir satisfeito, feliz e realizado.

Sugestão/observação:

4. Aproveito meu tempo livre para descansar?

- Amotivação a) Não vejo porque tenho que aproveitar meu tempo livre para descansar.
b) Aproveito o tempo livre para mostrar as outras pessoas que descanso.
- Motivação Extrínseca c) Aproveito meu tempo livre descansando para não sentir culpa por não o aproveitar.
d) Aproveito o tempo livre para descansar porque objetivo me sentir descansado.
e) Aproveito o tempo livre para descansar porque sinto necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas pelo descanso.
- Mot. Intrínseca f) Aproveito meu tempo livre para descansar por me sentir satisfeito, feliz e realizado quando estou descansando.

Sugestão/observação:

5. Aproveito minhas horas de lazer para realizar atividades que me trazem prazer?

Nota

- Amotivação a) Não vejo porque tenho que ter momentos de lazer.
b) Aproveito os momentos de lazer para mostrar aos outros que desfruto das horas vagas de forma prazerosa.
- Motivação Extrínseca c) Aproveito os momentos de lazer para não sentir culpa por não desfrutar das horas vagas de forma prazerosa.
d) Aproveito os momentos de lazer porque objetivo o prazer almejado.
e) Aproveito os momentos de lazer com atividades prazerosas porque sinto necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por esses momentos.
f) Aproveito os momentos de lazer pelo prazer que sinto quando estou realizado essas atividades.
- Mot. Intrínseca g) Aproveito os momentos de lazer pelo prazer que sinto quando estou realizado essas atividades.

Sugestão/observação:

6. Qual a minha motivação para desfrutar do meu tempo de lazer?

- Amotivação a) Penso que não preciso desfrutar de tempo de lazer.
b) Tento encontrar tempo para aproveitar os momentos de lazer por influência dos meus amigos.
- Motivação Extrínseca c) Tento encontrar tempo para aproveitar os momentos de lazer para não sentir culpa por não desfrutar desse tempo.
d) Tento encontrar tempo para aproveitar os momentos de lazer porque objetivo o bem-estar almejado.
e) Tento encontrar tempo para aproveitar os momentos de lazer porque sinto necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por esses momentos.
- Mot. Intrínseca f) Tento encontrar tempo de lazer por me sentir satisfeito, feliz e realizado quando estou desfrutando desse tempo.

Sugestão/observação:

7. Qual a minha motivação para desfrutar do momento de dormir?

- Amotivação a) Penso que não preciso desfrutar desse momento de dormir.
b) Busco desfrutar do momento de dormir por influência de outras pessoas.
- Motivação Extrínseca c) Busco desfrutar do momento de dormir para não sentir culpa por não desfrutar desse momento.
d) Busco desfrutar do momento de dormir porque objetivo dormir bem.
e) Busco desfrutar do momento de dormir pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por esse momento.
- Mot. Intrínseca f) Busco desfrutar do momento de dormir por me sentir satisfeito, feliz e realizado quando estou dormindo.

Sugestão/observação:

8. Qual a minha motivação para ter boas horas de sono?

- Amotivação a) Penso que não preciso ter boas horas de sono.
b) Busco ter boas horas de sono por influência dos meus amigos.

- Motivação Extrínseca c) Busco ter boas horas de sono para não sentir culpa por não desfrutar desse momento.
d) Busco ter boas horas de sono porque objetivo dormir bem.
e) Busco ter boas horas de sono pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por esse momento.
- Mot. Intrínseca f) Busco ter boas horas de sono por me sentir satisfeito, feliz e realizado durante o sono.

Sugestão/observação:

9. Qual a minha motivação para o enfrentamento do estresse?

- Amotivação a) Penso que não preciso realizar o enfrentamento do estresse.
b) Busco realizar o enfrentamento do estresse por influência das pessoas ao meu redor.
- Motivação Extrínseca c) Busco realizar o enfrentamento do estresse para não sentir culpa por não enfrentar esse estado de desequilíbrio.
d) Busco realizar o enfrentamento do estresse porque objetivo alcançar o estado de equilíbrio.
e) Busco realizar o enfrentamento do estresse pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por uma vida em equilíbrio.
- Mot. Intrínseca f) Busco realizar o enfrentamento do estresse por me sentir satisfeito, feliz e realizado nesse processo de enfrentamento para atingir o estado de equilíbrio.

Sugestão/observação:

10. Qual a minha motivação para o enfrentamento do excesso de raiva?

Nota

- Amotivação a) Penso que não preciso realizar o enfrentamento do excesso de raiva.
b) Busco realizar o enfrentamento do excesso de raiva por influência das pessoas ao meu redor.
c) Busco realizar o enfrentamento do excesso de raiva para não sentir culpa por não enfrentar esse estado de desequilíbrio.
- Motivação Extrínseca d) Busco realizar o enfrentamento do excesso de raiva porque objetivo alcançar o estado de equilíbrio.
e) Busco realizar o enfrentamento do excesso de raiva pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por uma vida em equilíbrio.
- Mot. Intrínseca f) Busco realizar o enfrentamento do excesso de raiva por me sentir satisfeito, feliz e realizado nesse processo de enfrentamento para atingir o estado de equilíbrio.

Sugestão/observação:

11. Qual a minha motivação para o enfrentamento da tristeza?

- Amotivação a) Penso que não preciso realizar o enfrentamento da tristeza.
b) Busco realizar o enfrentamento da tristeza por influência das pessoas ao meu redor.
c) Busco realizar o enfrentamento da tristeza para não sentir culpa por não enfrentar esse estado de desequilíbrio.
- Motivação Extrínseca d) Busco realizar o enfrentamento da tristeza porque objetivo alcançar o estado de equilíbrio.
e) Busco realizar o enfrentamento da tristeza pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por uma vida em equilíbrio.
- Mot. Intrínseca f) Busco realizar o enfrentamento da tristeza por me sentir satisfeito, feliz e realizado nesse processo de enfrentamento para atingir o estado de equilíbrio.

Sugestão/observação:

12. Qual a minha motivação para o enfrentamento da falta de ânimo?

- Amotivação a) Penso que não preciso realizar o enfrentamento da falta de ânimo.
b) Busco realizar o enfrentamento da falta de ânimo por influência das pessoas ao meu redor.
c) Busco realizar o enfrentamento da falta de ânimo para não sentir culpa por não enfrentar esse estado de desequilíbrio.
- Motivação Extrínseca d) Busco realizar o enfrentamento da falta de ânimo porque objetivo alcançar o estado de energia.
e) Busco realizar o enfrentamento da falta de ânimo pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por uma vida cheia de energia.
- Mot. Intrínseca f) Busco realizar o enfrentamento da falta de ânimo por me sentir satisfeito, feliz e realizado nesse processo de enfrentamento para atingir o estado de energia.

Sugestão/observação:

13. Qual a minha motivação para despertar o interesse com os acontecimentos cotidianos da minha vida?

- Amotivação a) Penso que não preciso despertar o interesse com os acontecimentos cotidianos da minha vida.
b) Busco despertar o interesse com os acontecimentos cotidianos da minha vida por influência das pessoas ao meu redor.
c) Busco despertar o interesse com os acontecimentos cotidianos da minha vida para não sentir culpa por não me interessar com as pequenas coisas do cotidiano.
- Motivação Extrínseca d) Busco despertar o interesse com os acontecimentos cotidianos da minha vida porque objetivo comemorar as pequenas coisas do cotidiano.
e) Busco despertar o interesse com os acontecimentos cotidianos da minha vida pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por me interessar com as pequenas coisas do cotidiano.
- Mot. Intrínseca f) Busco despertar interesse com acontecimentos cotidianos da minha vida por me sentir satisfeito, feliz e realizado nesse processo de compreensão do meu cotidiano.

Sugestão/observação:

14. Qual a minha motivação para desenvolver a satisfação com os acontecimentos da minha vida?

Nota

- Amotivação a) Penso que não preciso desenvolver a satisfação com os acontecimentos da minha vida.
b) Busco desenvolver a satisfação com os acontecimentos da minha vida por influência das pessoas ao meu redor.
c) Busco desenvolver a satisfação com os acontecimentos da minha vida para não sentir culpa por não me satisfazer com eles.
- Motivação Extrínseca d) Busco desenvolver a satisfação com os acontecimentos da minha vida porque objetivo o sentimento de satisfação.
e) Busco desenvolver satisfação com os acontecimentos da minha vida pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas pelo sentimento de satisfação.
- Mot. Intrínseca f) Busco desenvolver a satisfação com os acontecimentos da minha vida por me sentir feliz e realizado nesse processo de satisfação.

Sugestão/observação:

15. Qual a minha motivação para o enfrentamento do tabagismo?

- Amotivação a) Penso que não preciso realizar o enfrentamento do tabagismo.
b) Busco realizar o enfrentamento do tabagismo por influência das pessoas ao meu redor.
c) Busco realizar o enfrentamento do tabagismo para não sentir culpa por não enfrentar esse vício.
- Motivação Extrínseca d) Busco realizar o enfrentamento do tabagismo porque objetivo alcançar o estado de independência desse vício.
e) Busco realizar o enfrentamento do tabagismo pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por uma vida sem esse vício.

Mot. Intrínseca f) Busco realizar o enfrentamento do tabagismo por me sentir satisfeito, feliz e realizado nesse processo de enfrentamento para atingir uma vida sem esse vício.

Sugestão/observação:

16. Qual a minha motivação para o enfrentamento da ingestão de bebida alcoólica?

- Amotivação a) Penso que não preciso realizar o enfrentamento da ingestão de bebida alcoólica.
b) Busco realizar o enfrentamento da ingestão de bebida alcoólica por influência das pessoas ao meu redor.
c) Busco realizar o enfrentamento da ingestão de bebida alcoólica para não sentir culpa por não enfrentar esse vício.
- Motivação Extrínseca d) Busco realizar o enfrentamento da ingestão de bebida alcoólica porque objetivo alcançar o estado de independência desse vício.
e) Busco realizar o enfrentamento da ingestão de bebida alcoólica pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por uma vida sem esse vício.
- Mot. Intrínseca f) Busco realizar o enfrentamento da ingestão de bebida alcoólica por me sentir satisfeito, feliz e realizado nesse processo de enfrentamento para atingir uma vida sem esse vício.

Sugestão/observação:

17. Qual a minha motivação para encontrar pessoas para conversar comigo?

- Amotivação a) Penso que não preciso encontrar pessoas para conversar comigo.
b) Busco encontrar pessoas para conversar comigo por influência das pessoas ao meu redor.
c) Busco encontrar pessoas para conversar comigo para não sentir culpa por não compartilhar com outras pessoas.
- Motivação Extrínseca d) Busco encontrar pessoas para conversar comigo porque objetivo alcançar relações sociais.
e) Busco encontrar pessoas para conversar comigo pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por compartilhar conversas nas relações sociais.
- Mot. Intrínseca f) Busco encontrar pessoas para conversar comigo por me sentir satisfeito, feliz e realizado nesse processo de compartilhar conversas nas relações sociais.

Sugestão/observação:

18. Qual a minha motivação para ter uma relação de amizade com os meus colegas de trabalho?

Nota

- Amotivação a) Penso que não preciso ter uma relação de amizade com os meus colegas de trabalho.
b) Busco ter uma relação de amizade com os meus colegas de trabalho por influência das pessoas ao meu redor.
c) Busco ter uma relação de amizade com os meus colegas de trabalho para não sentir culpa por não compartilhar com outras pessoas.
- Motivação Extrínseca d) Busco ter uma relação de amizade com os meus colegas de trabalho porque objetivo alcançar relações sociais neste ambiente.
e) Busco ter uma relação de amizade com os meus colegas de trabalho pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por essas relações sociais neste ambiente.
- Mot. Intrínseca f) Busco ter uma relação de amizade com os meus colegas de trabalho por me sentir satisfeito, feliz e realizado com o fortalecimento dessas relações sociais.

Sugestão/observação:

19. Qual a minha motivação para ter uma relação de amizade com os meus colegas de estudo?

- Amotivação a) Penso que não preciso ter uma relação de amizade com os meus colegas de estudo.
b) Busco ter uma relação de amizade com os meus colegas de estudo por influência das pessoas ao meu redor.
c) Busco ter uma relação de amizade com os meus colegas de estudo para não sentir culpa por não compartilhar com outras pessoas.
- Motivação Extrínseca d) Busco ter uma relação de amizade com os meus colegas de estudo porque objetivo fortalecer relações emocionais com eles.
e) Busco ter uma relação de amizade com os meus colegas de estudo pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por essas relações emocionais com eles.
- Mot. Intrínseca f) Busco ter uma relação de amizade com os meus colegas de estudo por me sentir satisfeito, feliz e realizado com o fortalecimento dessas relações emocionais com eles.

Sugestão/observação:

20. Qual a minha motivação para ter um bom relacionamento com as pessoas do meu convívio?

- Amotivação a) Penso que não preciso ter um bom relacionamento com as pessoas do meu convívio.
b) Busco ter um bom relacionamento com as pessoas do meu convívio por influência de outras pessoas ao meu redor.
c) Busco ter um bom relacionamento com as pessoas do meu convívio para não sentir culpa por não compartilhar com essas pessoas.
- Motivação Extrínseca d) Busco ter um bom relacionamento com as pessoas do meu convívio porque objetivo um convívio harmônico.
e) Busco ter um bom relacionamento com as pessoas do meu convívio pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por um convívio harmônico com eles.
- Mot. Intrínseca f) Busco ter um bom relacionamento com as pessoas do meu convívio por me sentir satisfeito, feliz e realizado em um convívio harmônico com eles.

Sugestão/observação:

21. Qual a minha motivação para cultivar amizades?

- Amotivação a) Penso que não preciso cultivar amizades.
b) Busco cultivar amizades por influência de outras pessoas ao meu redor.
- Motivação Extrínseca c) Busco cultivar amizades para não sentir culpa por não a fortalecer a solidez dessas relações.
d) Busco cultivar amizades porque objetivo amizades mais sólidas.
e) Busco cultivar amizades pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por amizades mais sólidas.
- Mot. Intrínseca f) Busco cultivar amizades por me sentir satisfeito, feliz e realizado com amizades mais sólidas.

Sugestão/observação:

22. Qual a minha motivação para participar de atividades em grupos?

Nota

- Amotivação a) Penso que não preciso participar de atividades em grupos.
b) Busco participar de atividades em grupos por influência de outras pessoas ao meu redor.
- Motivação Extrínseca c) Busco participar de atividades em grupos para não sentir culpa por não socializar com outras pessoas.
d) Busco participar de atividades em grupos porque objetivo trocar experiências com outras pessoas.
e) Busco participar de atividades em grupos pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas ao trocar experiências com outras pessoas.
- Mot. Intrínseca f) Busco participar de atividades em grupos por me sentir satisfeito, feliz e realizado trocar experiências com outras pessoas nessas atividades.

Sugestão/observação:

23. Qual a minha motivação para prática de atividade física?

- Amotivação a) Penso que não preciso praticar atividade física.
b) Busco praticar atividade física por influência de outras pessoas ao meu redor.
- Motivação Extrínseca c) Busco praticar atividade física para não sentir culpa por não me exercitar.
d) Busco praticar atividade física porque objetivo me sentir bem com o meu corpo.
e) Busco praticar atividade física pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por esta prática.
- Mot. Intrínseca f) Busco praticar atividade física por me sentir satisfeito e feliz ao realizar essa prática.

Sugestão/observação:

24. Pratico atividade física de forma regular (mínimo de 2 a 3 vezes por semanas)?

- Amotivação a) Não pratico atividade física regular.
b) Pratico atividade física para acompanhar amigos ou porque sou influenciado por amigos/família/profissionais de saúde ou para fazer amizade e conhecer novas pessoas.
- Motivação Extrínseca c) Pratico atividade física por obrigação.
d) Pratico atividade física para ficar atraente e melhorar minha forma física.
e) Pratico atividade física para manter a saúde.
- Mot. Intrínseca f) Gosto e me sinto bem em praticar atividade física regularmente.

Sugestão/observação:

25. Qual a minha motivação para prática de esportes (voleibol, natação, ciclismo, caminhada rápida, corrida, etc.)?

- Amotivação a) Penso que não preciso praticar esportes.
b) Busco praticar esportes por influência de outras pessoas ao meu redor.
- Motivação Extrínseca c) Busco praticar esportes para não sentir culpa por não realizar algum.
d) Busco praticar esportes porque objetivo me sentir bem com esta prática.
e) Busco praticar esportes pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por esta prática.
- Mot. Intrínseca f) Busco praticar esportes por me sentir satisfeito e feliz ao realizar essa prática.

Sugestão/observação:

26. Qual minha motivação para ter uma alimentação saudável?

- Amotivação a) Penso que não preciso ter uma alimentação saudável.
b) Busco ter uma alimentação saudável por influência de outras pessoas ao meu redor.
- Motivação Extrínseca c) Busco ter uma alimentação saudável para não sentir culpa por comer qualquer alimento.
d) Busco ter uma alimentação saudável porque objetivo me sentir bem com esta prática.
e) Busco ter uma alimentação saudável pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por esta prática.
- Mot. Intrínseca f) Busco ter uma alimentação saudável por me sentir satisfeito e feliz ao realizar essa prática.

Sugestão/observação:

27. Qual a minha motivação para evitar a ingestão de alimentos gordurosos?

Nota

- Amotivação a) Penso que não preciso evitar a ingestão de alimentos gordurosos.
b) Busco evitar a ingestão de alimentos gordurosos por influência de outras pessoas ao meu redor.
- Motivação Extrínseca c) Busco evitar a ingestão de alimentos gordurosos para não sentir culpa por comer estes alimentos.
d) Busco evitar a ingestão de alimentos gordurosos porque objetivo me sentir bem com esta prática.
e) Busco evitar a ingestão de alimentos gordurosos pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por esta prática.
- Mot. Intrínseca f) Busco evitar a ingestão de alimentos gordurosos por me sentir satisfeito e feliz ao realizar essa prática.

Sugestão/observação:

28. Qual a minha motivação para evitar a ingestão de alimentos ricos em açúcares?

- Amotivação a) Penso que não preciso evitar a ingestão de alimentos ricos em açúcares.
b) Busco evitar a ingestão de alimentos ricos em açúcares por influência de outras pessoas ao meu redor.
- Motivação Extrínseca c) Busco evitar a ingestão de alimentos ricos em açúcares para não sentir culpa por comer estes alimentos.
d) Busco evitar a ingestão de alimentos ricos em açúcares porque objetivo me sentir bem com esta prática.
e) Busco evitar a ingestão de alimentos ricos em açúcares pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por esta prática.
- Mot. Intrínseca f) Busco evitar a ingestão de alimentos ricos em açúcares por me sentir satisfeito e feliz ao realizar essa prática.

Sugestão/observação:

29. Qual a minha motivação para evitar a ingestão de sal ou alimentos salgados?

- Amotivação a) Penso que não preciso evitar a ingestão de sal ou alimentos salgados.
b) Busco evitar a ingestão de sal ou alimentos salgados por influência de outras pessoas ao meu redor.
- Motivação Extrínseca c) Busco evitar a ingestão de sal ou alimentos salgados para não sentir culpa por comer estes alimentos.
d) Busco evitar a ingestão de sal ou alimentos salgados porque objetivo me sentir bem com esta prática.
e) Busco evitar a ingestão de sal ou alimentos salgados pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por esta prática.
- Mot. Intrínseca f) Busco evitar a ingestão de sal ou alimentos salgados por me sentir satisfeito e feliz ao realizar essa prática.

Sugestão/observação:

O(A) Senhor(a) deseja incluir algum item? Descreva-o(s).

Por fim, gostaria da sua avaliação do instrumento como um todo.

APÊNDICE E

QUESTIONÁRIO SOBRE MOTIVAÇÃO PARA PRÁTICA DE ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL-QMEVS

Leia atentamente cada item e escolha apenas a opção que melhor se ajusta à sua opinião referente aos últimos 30 dias.

1. Estou motivado com meu trabalho?

- a) Não entendo porque tenho que trabalhar.
- b) Busco trabalhar apenas para ter o reconhecimento das outras pessoas.
- c) Busco trabalhar para não me sentir culpado por não trabalhar.
- d) Busco trabalhar porque objetivo independência.
- e) Busco trabalhar porque sinto necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas pelo trabalho.
- f) Busco trabalhar porque este ato me faz sentir satisfeito e realizado.

2. Estou motivado com meu estudo?

- a) Não entendo porque tenho que estudar.
- b) Busco estudar para ter o reconhecimento das outras pessoas.
- c) Busco estudar para não me sentir culpado por não estudar.
- d) Busco estudar porque objetivo ter conhecimento.
- e) Busco estudar porque sinto necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas pelo estudo.
- f) Busco estudar porque este ato me faz sentir realizado.

3. Estou motivado com minha espiritualidade?

- a) Não entendo porque tenho que cultivar a espiritualidade.
- b) Busco a espiritualidade para ter reconhecimento das outras pessoas.
- c) Busco a espiritualidade para não sentir culpa por não a cultivar.
- d) Busco a espiritualidade porque objetivo tranquilidade espiritual.
- e) Busco a espiritualidade porque sinto necessidade de obter todas as curas proporcionadas por ela.
- f) Busco a espiritualidade porque este ato me faz sentir feliz.

4. Aproveito meu tempo livre para descansar?

- a) Não entendo porque tenho que aproveitar meu tempo livre para descansar.
- b) Aproveito o tempo livre para mostrar as outras pessoas que descanso.
- c) Aproveito meu tempo livre descansando para não sentir culpa por não o aproveitar.
- d) Aproveito o tempo livre para descansar porque objetivo me sentir descansado.
- e) Aproveito o tempo livre para descansar porque sinto necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas pelo descanso.
- f) Aproveito meu tempo livre para descansar por me sentir feliz e realizado quando estou descansando.

5. Aproveito minhas horas de lazer para realizar atividades que me trazem prazer?

- a) Não entendo porque tenho que ter momentos de lazer.
- b) Aproveito os momentos de lazer para mostrar aos outros que desfruto das horas vagas de forma prazerosa.
- c) Aproveito os momentos de lazer para não sentir culpa por não desfrutar das horas vagas de forma prazerosa.
- d) Aproveito os momentos de lazer porque objetivo o prazer almejado.
- e) Aproveito os momentos de lazer com atividades prazerosas porque sinto necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por esses momentos.
- f) Aproveito os momentos de lazer pelo prazer que sinto quando realizo essas atividades.

6. Qual a minha motivação para desfrutar do meu tempo de lazer?

- a) Penso que não preciso desfrutar de tempo de lazer.
- b) Tento encontrar tempo para aproveitar os momentos de lazer por influência dos meus amigos e/ou familiares.
- c) Tento encontrar tempo para aproveitar os momentos de lazer para não sentir culpa por não fazer isso.
- d) Tento encontrar tempo para aproveitar os momentos de lazer porque objetivo o bem-estar almejado.
- e) Tento encontrar tempo para aproveitar os momentos de lazer porque sinto necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por esses momentos.
- f) Tento encontrar tempo de lazer por me sentir feliz e realizado quando desfruto desse tempo.

7. Qual a minha motivação para desfrutar do momento de dormir?

- a) Penso que não preciso desfrutar desse momento de dormir.
- b) Busco desfrutar do momento de dormir por influência de outras pessoas.
- c) Busco desfrutar do momento de dormir para não sentir culpa por não desfrutar desse momento.
- d) Busco desfrutar desse momento porque objetivo ficar descansado.
- e) Busco desfrutar do momento de dormir porque é necessário.
- f) Busco desfrutar do momento de dormir por me sentir feliz e realizado ao dormir.

8. Qual a minha motivação para ter boas horas de sono?

- a) Penso que não preciso ter boas horas de sono.
- b) Busco ter boas horas de sono por influência das pessoas.
- c) Busco ter boas horas de sono para não sentir culpa por não desfrutar desse momento.
- d) Busco ter boas horas de sono porque objetivo dormir bem.
- e) Busco ter boas horas de sono pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por esse momento.
- f) Busco ter boas horas de sono por me sentir satisfeito e realizado durante o sono.

9. Qual a minha motivação para o enfrentamento do estresse?

Penso que não preciso realizar o enfrentamento do estresse.

- b) Busco realizar o enfrentamento do estresse por influência das pessoas ao meu redor.
- c) Busco realizar o enfrentamento do estresse para não sentir culpa por não enfrentar esse estado de desequilíbrio.
- d) Busco realizar o enfrentamento do estresse porque objetivo alcançar o estado de equilíbrio.
- e) Busco realizar o enfrentamento do estresse pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por uma vida em equilíbrio.
- f) Busco realizar o enfrentamento do estresse por me sentir feliz e realizado nesse processo de enfrentamento para atingir o estado de equilíbrio.

10. Qual a minha motivação para o controle do excesso de raiva?

- a) Penso que não preciso controlar o excesso de raiva.
- b) Busco controlar o excesso de raiva por influência das pessoas ao meu redor.
- c) Busco controlar o excesso de raiva para não sentir culpa por não enfrentar este estado de desequilíbrio.
- d) Busco controlar o excesso de raiva porque objetivo ter calma.
- e) Busco controlar o excesso de raiva pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por uma vida em equilíbrio.
- f) Busco controlar o excesso de raiva por me sentir feliz e realizado nesse processo de enfrentamento para atingir o estado de equilíbrio.

11. Qual a minha motivação para o enfrentamento da tristeza?

- a) Penso que não preciso enfrentar a tristeza.
- b) Busco enfrentar a tristeza por influência das pessoas ao meu redor.
- c) Busco enfrentar a tristeza para não sentir culpa por não enfrentar esse estado de desequilíbrio.
- d) Busco enfrentar a tristeza porque objetivo alcançar o estado de equilíbrio.
- e) Busco enfrentar a tristeza pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por uma vida em equilíbrio.
- f) Busco enfrentar a tristeza por me sentir feliz nesse processo de enfrentamento para atingir o estado de equilíbrio.

12. Qual a minha motivação para o enfrentamento da falta de ânimo?

- a) Penso que não preciso enfrentar a falta de ânimo.
- b) Busco enfrentar a falta de ânimo por influência das pessoas ao meu redor.
- c) Busco enfrentar a falta de ânimo para não sentir culpa por não enfrentar esse estado de desequilíbrio.
- d) Busco enfrentar a falta de ânimo porque objetivo alcançar o estado de energia.
- e) Busco enfrentar a falta de ânimo pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por uma vida cheia de energia.
- f) Busco enfrentar a falta de ânimo por me sentir feliz nesse processo de enfrentamento para atingir o estado de energia.

13. Qual a minha motivação para despertar o interesse com os acontecimentos cotidianos da minha vida?

- a) Penso que não preciso despertar o interesse pelos acontecimentos cotidianos da minha vida.
- b) Busco despertar o interesse pelos acontecimentos cotidianos da minha vida por influência das pessoas ao meu redor.
- c) Busco despertar o interesse pelos acontecimentos cotidianos da minha vida para não sentir culpa por não me interessar com as pequenas coisas do cotidiano.
- d) Busco despertar o interesse pelos acontecimentos cotidianos da minha vida porque objetivo comemorar as pequenas coisas do cotidiano.
- e) Busco despertar o interesse pelos acontecimentos cotidianos da minha vida pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por me interessar com as pequenas coisas do cotidiano.
- f) Busco despertar o interesse pelos acontecimentos cotidianos da minha vida por me sentir realizado neste processo de compreensão do meu cotidiano.

14. Qual a minha motivação para estar satisfeito com os acontecimentos da minha vida?

- a) Penso que não preciso estar satisfeito com os acontecimentos da minha vida.
- b) Busco estar satisfeito com os acontecimentos da minha vida por influência das pessoas ao meu redor.
- c) Busco estar satisfeito com os acontecimentos da minha vida para não sentir culpa por não me satisfazer com eles.
- d) Busco estar satisfeito com os acontecimentos da minha vida porque objetivo o sentimento de satisfação.
- e) Busco estar satisfeito com os acontecimentos da minha vida pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas pelo sentimento de satisfação.
- f) Busco estar satisfeito com os acontecimentos da minha vida por me sentir realizado nesse processo de satisfação.

15. Qual a minha motivação para não fumar?

- a) Penso que não preciso parar de fumar.
- b) Busco realizar o enfrentamento do tabagismo por influência das pessoas ao meu redor.
- c) Busco realizar o enfrentamento do tabagismo para não sentir culpa por não enfrentar esse vício.
- d) Busco realizar o enfrentamento do tabagismo porque objetivo alcançar o estado de independência desse vício.
- e) Busco realizar o enfrentamento do tabagismo pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por uma vida sem esse vício.
- f) Sou satisfeito com minha condição de não fumante.

16. Qual a minha motivação para não ingestão de bebida alcoólica?

- a) Penso que não preciso parar de ingerir bebida alcoólica.
- b) Busco realizar o enfrentamento da ingestão de bebida alcoólica por influência das pessoas ao meu redor.
- c) Busco realizar o enfrentamento da ingestão de bebida alcoólica para não sentir culpa por não enfrentar este vício.
- d) Busco realizar o enfrentamento da ingestão de bebida alcoólica porque objetivo alcançar o estado de independência deste vício.
- e) Busco realizar o enfrentamento da ingestão de bebida alcoólica para de obter todas as vantagens proporcionadas por uma vida sem este vício.
- f) Sou satisfeito com minha condição de não ingerir bebida alcoólica.

17. Qual a minha motivação para encontrar pessoas para conversar comigo?

- a) Penso que não preciso encontrar pessoas para conversar comigo.
- b) Busco encontrar pessoas para conversar comigo por influência das pessoas ao meu redor.
- c) Busco encontrar pessoas para conversar comigo para não sentir culpa por não compartilhar com outras pessoas.
- d) Busco encontrar pessoas para conversar comigo porque objetivo ter relações sociais.
- e) Busco encontrar pessoas para conversar comigo pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por compartilhar conversas nas relações sociais.
- f) Busco encontrar pessoas para conversar comigo por me sentir satisfeito e feliz neste processo de compartilhar conversas nas relações sociais.

18. Qual a minha motivação para ter uma relação de amizade com os meus colegas de trabalho?

- a) Penso que não preciso ter uma relação de amizade com os meus colegas de trabalho.
- b) Busco ter uma relação de amizade com os meus colegas de trabalho por influência das pessoas ao meu redor.
- c) Busco ter uma relação de amizade com os meus colegas de trabalho para não sentir culpa por não compartilhar com eles.
- d) Busco ter uma relação de amizade com os meus colegas de trabalho porque objetivo alcançar relações sociais neste ambiente.
- e) Busco ter uma relação de amizade com os meus colegas de trabalho pela necessidade de obter as vantagens proporcionadas por essas relações sociais neste ambiente.
- f) Busco ter uma relação de amizade com os meus colegas de trabalho por me sentir satisfeito e feliz com o fortalecimento dessas relações sociais.

19. Qual a minha motivação para ter uma relação de amizade com os meus colegas de estudo?

- a) Penso que não preciso ter uma relação de amizade com os meus colegas de estudo.
- b) Busco ter uma relação de amizade com os meus colegas de estudo por influência das pessoas ao meu redor.
- c) Busco ter uma relação de amizade com os meus colegas de estudo para não sentir culpa por não compartilhar com eles.
- d) Busco ter uma relação de amizade com os meus colegas de estudo porque objetivo fortalecer relações emocionais com eles.
- e) Busco ter uma relação de amizade com os meus colegas de estudo pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por essas relações emocionais com eles.
- f) Busco ter uma relação de amizade com os meus colegas de estudo por me sentir satisfeito e feliz com o fortalecimento dessas relações emocionais com eles.

20. Qual a minha motivação para ter um bom relacionamento com as pessoas do meu convívio?

- a) Penso que não preciso ter um bom relacionamento com as pessoas do meu convívio.
- b) Busco ter um bom relacionamento com as pessoas do meu convívio por influência de outras pessoas ao meu redor.
- c) Busco ter um bom relacionamento com as pessoas do meu convívio para não sentir culpa por não compartilhar com essas pessoas.
- d) Busco ter um bom relacionamento com as pessoas do meu convívio porque objetivo um convívio harmônico.
- e) Busco ter um bom relacionamento com as pessoas do meu convívio pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por um convívio harmônico com eles.
- f) Busco ter um bom relacionamento com as pessoas do meu convívio por me sentir feliz e realizado em um convívio harmônico com eles.

21. Qual a minha motivação para cultivar amizades?

- a) Penso que não preciso cultivar amizades.
- b) Busco cultivar amizades por influência de outras pessoas ao meu redor.
- c) Busco cultivar amizades para não sentir culpa por não cultivá-las.
- d) Busco cultivar amizades porque objetivo amizades mais sólidas.
- e) Busco cultivar amizades pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por amizades mais sólidas.
- f) Busco cultivar amizades por me sentir feliz com amizades mais sólidas.

22. Qual a minha motivação para participar de atividades em grupos?

- a) Penso que não preciso participar de atividades em grupos.
- b) Busco participar de atividades em grupos por influência de outras pessoas ao meu redor.
- c) Busco participar de atividades em grupos para não sentir culpa por não socializar com outras pessoas.
- d) Busco participar de atividades em grupos porque objetivo trocar experiências com outras pessoas.
- e) Busco participar de atividades em grupos pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas ao trocar experiências com outras pessoas.
- f) Busco participar de atividades em grupos por me sentir feliz ao trocar experiências com outras pessoas nessas atividades.

23. Qual a minha motivação para prática de atividade física?

- a) Penso que não preciso praticar atividade física.
- b) Busco praticar atividade física por influência de outras pessoas ao meu redor.
- c) Busco praticar atividade física para não sentir culpa por não me exercitar.
- d) Busco praticar atividade física porque objetivo me sentir bem com o meu corpo.
- e) Busco praticar atividade física pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por esta prática.
- f) Busco praticar atividade física por sentir prazer ao realizar essa prática.

24. Pratico atividade física de forma regular (mínimo de 2 a 3 vezes por semanas)?

- a) Não pratico atividade física regular.
- b) Pratico atividade física porque sou influenciado por amigos/família/profissionais de saúde ou para fazer amizade e conhecer novas pessoas.
- c) Pratico atividade física por obrigação.
- d) Pratico atividade física para ficar atraente e melhorar minha forma física.
- e) Pratico atividade física para manter a saúde.
- f) Gosto e me sinto bem em praticar atividade física regularmente.

25. Qual a minha motivação para prática de esportes (vôleibol, natação, ciclismo, caminhada rápida, corrida, etc.)?

- a) Penso que não preciso praticar esportes.
- b) Busco praticar esportes por influência de outras pessoas ao meu redor.
- c) Busco praticar esportes para não sentir culpa por não realizar nenhum.
- d) Busco praticar esportes porque objetivo me sentir bem com esta prática.
- e) Busco praticar esportes pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por esta prática.
- f) Busco praticar esportes por me sentir feliz ao realizar essa prática.

26. Qual minha motivação para ter uma alimentação saudável?

- a) Penso que não preciso ter uma alimentação saudável.
- b) Busco ter uma alimentação saudável por influência de outras pessoas ao meu redor.
- c) Busco ter uma alimentação saudável para não sentir culpa por comer qualquer alimento.
- d) Busco ter uma alimentação saudável porque objetivo me sentir bem com esta prática.
- e) Busco ter uma alimentação saudável pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por esta prática.
- f) Busco ter uma alimentação saudável por me sentir satisfeito e feliz ao realizar essa prática.

27. Qual a minha motivação para evitar a ingestão de alimentos gordurosos?

- a) Penso que não preciso evitar a ingestão de alimentos gordurosos.
- b) Busco evitar a ingestão de alimentos gordurosos por influência de outras pessoas ao meu redor.
- c) Busco evitar a ingestão de alimentos gordurosos para não sentir culpa por comer este alimento.
- d) Busco evitar a ingestão de alimentos gordurosos porque objetivo me sentir bem com esta prática.
- e) Busco evitar a ingestão de alimentos gordurosos pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por esta prática.
- f) Busco evitar a ingestão de alimentos gordurosos por me sentir satisfeito e feliz ao realizar essa prática.

28. Qual a minha motivação para evitar a ingestão de alimentos ricos em açúcares?

- a) Penso que não preciso evitar a ingestão de alimentos ricos em açúcares.
- b) Busco evitar a ingestão de alimentos ricos em açúcares por influência de outras pessoas ao meu redor.
- c) Busco evitar a ingestão de alimentos ricos em açúcares para não sentir culpa por comer este alimento.
- d) Busco evitar a ingestão de alimentos ricos em açúcares porque objetivo me sentir bem com esta prática.
- e) Busco evitar a ingestão de alimentos ricos em açúcares pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por esta prática.
- f) Busco evitar a ingestão de alimentos ricos em açúcares por me sentir satisfeito ao realizar essa prática.

29. Qual a minha motivação para evitar a ingestão de sal ou alimentos salgados?

- a) Penso que não preciso evitar a ingestão de sal ou alimentos salgados.
- b) Busco evitar a ingestão de sal ou alimentos salgados por influência de outras pessoas ao meu redor.
- c) Busco evitar a ingestão de sal ou alimentos salgados para não sentir culpa por comer estes alimentos.
- d) Busco evitar a ingestão de sal ou alimentos salgados porque objetivo me sentir bem com esta prática.
- e) Busco evitar a ingestão de sal ou alimentos salgados pela necessidade de obter todas as vantagens proporcionadas por esta prática.
- f) Busco evitar a ingestão de sal ou alimentos salgados por me sentir satisfeito ao realizar essa prática.

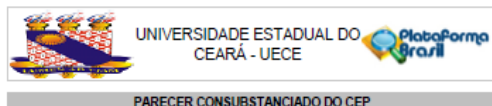
APÊNDICE F- QUESTIONÁRIO SOBRE MOTIVAÇÃO PARA PRÁTICA DE ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL-QMEVS

Leia atentamente cada item e marque um X na opção que melhor se ajusta à sua opinião referente aos últimos 30 dias.

Pergunta	Resposta					
	Não preciso disso / Não tenho motivação para isso	Para ter o reconhecimento das outras pessoas	Por culpa/ obrigação	Pelos benefícios proporcionados	Porque tenho consciência que é importante para mim	Porque me sinto satisfeito em fazer isso
Qual minha motivação ...						
1. Para trabalhar?						
2. Para estudar?						
3. Para ter uma espiritualidade?						
4. Para aproveitar meu tempo livre para descansar?						
5. Para aproveitar minhas horas de lazer para realizar atividades que me trazem prazer?						
6. Para desfrutar do meu tempo de lazer?						
7. Para desfrutar do momento de dormir?						
8. Para ter boas horas de sono?						
9. Para o enfrentamento do estresse?						
10. Para o controle do excesso de raiva?						
11. Para o enfrentamento da tristeza?						
12. Para o enfrentamento da falta de ânimo?						
13. Para despertar o interesse com os acontecimentos cotidianos da minha vida?						
14. Para estar satisfeito com os acontecimentos da minha vida?						
15. Para não fumar?						
16. Para não ingestão de bebida alcoólica?						
17. Para encontrar pessoas para conversar comigo?						
18. Para ter uma relação de amizade com os meus colegas de trabalho?						
19. Para ter uma relação de amizade com os meus colegas de estudo?						
20. Para ter um bom relacionamento com as pessoas do meu convívio?						
21. Para cultivar amizades?						
22. Para participar de atividades em grupos?						
23. Para prática de atividade física?						
24. Para praticar atividade física de forma regular (mínimo de 2 a 3 vezes por semanas)?						
25. Para prática de esportes (voleibol, natação, ciclismo, caminhada rápida, corrida, etc.)?						
26. Para ter uma alimentação saudável?						
27. Para evitar a ingestão de alimentos gordurosos?						
28. Para evitar a ingestão de alimentos ricos em açúcares?						
29. Para evitar a ingestão de sal ou alimentos salgados?						

ANEXO A

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS PARA AVALIAÇÃO DE FATORES RELACIONADOS À SAÚDE CARDIOVASCULAR (ESTILO DE VIDA, ESTRESSE E ADEÇÃO AO TRATAMENTO) PELO ENFERMEIRO.

Pesquisador: THERESA MARIA MAGALHÃES MOREIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 13440419.6.0000.5534

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.345.431

Apresentação do Projeto:

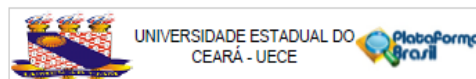
Na atenção a cronicidades na Atenção Primária em Saúde (APS) um grande desafio é o da prevenção e controle das alterações cardiovasculares. Junto a pessoas com cronicidades, promover um estilo de vida saudável, prevenir e controlar o estresse, e promover a adesão à terapêutica é o tripe sobre o qual repousa a prevenção e controle de complicações. Reconhecer os traços latentes relacionados ao adoecimento cardiovascular e ao desenvolvimento de complicações por meio de uma métrica confiável para seus atributos favorece a promoção da saúde dos acometidos. Diante do exposto, tem-se como objetivo desenvolver questionários para avaliação de fatores relacionados à saúde cardiovascular (estilo de vida, estresse e adesão ao tratamento) pelo enfermeiro, com base na Teoria de Resposta ao Item (TRI), e sua validação. Trata-se de um estudo metodológico embasado em uma modelagem estatística criada para mensurar variáveis latentes, que não podem ser medidas diretamente, mas o são indiretamente por meio de respostas apresentadas a um conjunto de itens elaborados de modo a formar um instrumento de medida. Apresentação clara e objetiva do projeto sendo evidenciado o tema, objetivo do estudo e o método.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Desenvolver questionários para avaliação de fatores relacionados à saúde cardiovascular (estilo de vida, estresse e adesão ao tratamento) pelo enfermeiro, com base na TRI.

Endereço: Av. Siles Munguba, 1700
Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-0890 Fax: (85)3101-0806 E-mail: cep@uece.br

Página 01 de 05



Continuação do Parecer: 3.345.431

e sua validação.

Objetivo Secundário: Identificar na literatura os questionários existentes com itens sobre os temas abordados (estilo de vida, estresse e adesão ao tratamento), suas dimensões, definições constitutivas, operacionais e possíveis lacunas; Construir conjuntos de itens para mensurar os traços latentes estilo de vida, estresse e adesão ao tratamento; Criar um modelo de mensuração para cada um dos três traços latentes; objetivos claros e plausíveis de serem executados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Entendemos que existem riscos da pesquisa, como a ansiedade e o constrangimento advindo das perguntas do instrumento proposto, estaremos dispostos a minimizá-los no momento em que acontecer. Iremos realizar acolhimento, onde o participante será ouvido e suas dúvidas serão esclarecidas com relação à pesquisa. Caso não seja de nossa competência, faremos os devidos encaminhamentos. Dependendo das suas condições, a pesquisa poderá ser retomada a qualquer momento se assim desejar, com seu pleno restabelecimento e consentimento, ou caso preferir, poderá o participante retirar o seu consentimento e sair da pesquisa. Ainda visando manter a segurança e privacidade do participante, a aplicação dos questionários será realizada em uma sala reservada e climatizada.

Benefícios: Consideramos existirem benefícios com a finalização da pesquisa, pois o objeto proposto levará à reflexão das necessidades de saúde, bem como poderá favorecer a organização dos processos de trabalho de forma a redirecionar as ações dos enfermeiros para a promoção da saúde.

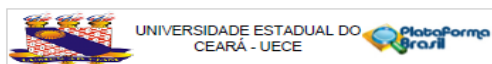
Risco e benefícios abordados com clareza, respeitando resolução nº466/2012

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) se configuram como um relevante problema de saúde pública em virtude da sua alta prevalência, morbidade e mortalidade, sendo foco de estudos mundialmente (SCHMIDT et al., 2011; ROTH et al., 2015). De forma semelhante ao que acontece no restante do mundo, as DCNT constituem o grupo de doenças de maior magnitude no Brasil, onde o Ministério da Saúde (MS) lançou em 2011 o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), cujo objetivo é conseguir até o ano 2022 promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e controle das DCNT e seus

Endereço: Av. Siles Munguba, 1700
Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-0890 Fax: (85)3101-0806 E-mail: cep@uece.br

Página 02 de 05



Continuação do Parecer: 3.345.431

fatores de risco, e fortalecer os serviços de saúde voltados à atenção às pessoas com tais agravos (BRASIL, 2011a).

Diante do exposto, busca-se desenvolver questionários para avaliação de fatores relacionados à saúde cardiovascular (EV, estresse e adesão ao tratamento) pelo enfermeiro, com base na TRI. Acredita-se que tais questionários poderão prevenir complicações em médio e longo prazo, possibilitando uma atuação mais contextualizada e direcionada por parte dos enfermeiros que atendem esses pacientes, ao identificarem precocemente fatores predisponentes ao seu adoecimento ou piora.

A aprovação do presente projeto pode se revelar uma grande contribuição à enfermagem brasileira, ao ampliar os caminhos para o desenvolvimento de seus próprios questionários, pautados no cenário do Brasil e dotados da mais forte e atual evidência estatística.

Pesquisa com relevância no cenário científico e que poderá contribuir para a redução da morbimortalidade pela DCNT.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória seguem as recomendações da resolução nº466/2012 e foram apresentados.

Recomendações:

Envio do relatório final da pesquisa ao CEP

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a ser oferecido ao CEP:

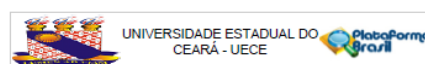
Após análise do projeto e documentos de apresentação obrigatória considero o projeto APROVADO, sendo respeitado as recomendações éticas da resolução nº466/2012

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1387568.pdf	09/05/2019 22:19:04		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	09/05/2019 22:18:04	THERESA MARIA MAGALHÃES MOREIRA	Aceito
Orçamento	ORÇAMENTO.docx	09/05/2019 22:16:29	THERESA MARIA MAGALHÃES MOREIRA	Aceito

Endereço: Av. Siles Munguba, 1700
Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-0890 Fax: (85)3101-0806 E-mail: cep@uece.br

Página 03 de 05



Continuação do Parecer: 3.345.431

Orçamento	ORÇAMENTO.docx	09/05/2019 22:16:29	MOREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_JUIZES.docx	09/05/2019 22:14:16	THERESA MARIA MAGALHÃES MOREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PACIENTES.docx	09/05/2019 22:14:04	THERESA MARIA MAGALHÃES MOREIRA	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA_UAPB_REGIONAL_VI.pdf	09/05/2019 22:10:51	THERESA MARIA MAGALHÃES MOREIRA	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA_UAPB_REGIONAL_VI.pdf	09/05/2019 22:10:00	THERESA MARIA MAGALHÃES MOREIRA	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA_UAPB_REGIONAL_VI.pdf	09/05/2019 22:09:24	THERESA MARIA MAGALHÃES MOREIRA	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA_UAPB_REGIONAL_VI.pdf	09/05/2019 22:08:50	THERESA MARIA MAGALHÃES MOREIRA	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA_UAPB_REGIONAL_VI.pdf	09/05/2019 22:08:04	THERESA MARIA MAGALHÃES MOREIRA	Aceito
Outros	ANUENCIA_VI.pdf	09/05/2019 22:07:36	THERESA MARIA MAGALHÃES MOREIRA	Aceito
Outros	carta_anuencia_CIDM.pdf	09/05/2019 22:06:05	THERESA MARIA MAGALHÃES MOREIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COSET0.doc	09/05/2019 22:04:58	THERESA MARIA MAGALHÃES MOREIRA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	09/05/2019 22:04:11	THERESA MARIA MAGALHÃES MOREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Neocasta Aprovação do CONEP:

Não

Endereço: Av. Siles Munguba, 1700
Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-0890 Fax: (85)3101-0806 E-mail: cep@uece.br

Página 04 de 05