

Avaliação Clínica e Diagnóstico em
Medicina do Estilo de Vida

Estilo de vida ruim: um novo diagnóstico sindrômico?

*Poor lifestyle syndrome: a new syndromic diagnosis?**Estilo de vida no saludable: ¿un nuevo diagnóstico sindrômico?*Bruno Albuquerque Colontoni¹; Eduarda Araujo Baras²; Nancy Huang³; Marcelo Rezende Young Blood⁴DOI: <https://doi.org/10.61661/BJLM.2025.v4.161>

RESUMO

Introdução: O crescimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) está diretamente associado à adoção de estilos de vida não saudáveis, refletindo mudanças socioculturais das últimas décadas. A ausência de ferramentas diagnósticas que antecipem esses riscos dificulta uma abordagem preventiva eficaz. **Objetivo:** Propor e descrever a Síndrome do Estilo de Vida Ruim como um novo diagnóstico sindrômico, baseado na análise dos seis pilares da Medicina do Estilo de Vida (MEV). **Resultados:** A Síndrome do Estilo de Vida Ruim é definida pela insuficiência em pelo menos três dos seis pilares da MEV. A aplicação de questionários simples e validados permite que o profissional identifique pacientes em alto risco para DCNT, mesmo antes da manifestação clínica ou laboratorial das doenças. **Conclusão:** Reconhecer o estilo de vida ruim como um diagnóstico sindrômico facilita a comunicação clínica, promove intervenções precoces e fortalece estratégias de prevenção em saúde. Este conceito amplia a atuação dos profissionais, tornando possível atuar antes do surgimento das doenças, contribuindo para a redução da morbimortalidade associada às DCNT.

Palavras-chave: estilo de vida; diagnóstico, síndrome; doenças não transmissíveis; inquéritos e questionários.

Filiação dos autores: 1 Grupo Multiprofissional de Reabilitação Intensiva, Médico, Brasil; 2 Universidade Nove de Julho, Brasil; 3 Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Pesquisadora de pós-doutoramento, Brasil; 4 Universidade Estadual de Ponta Grossa, Chefe do Serviço de Neurologia, Brasil.

Editor Chefe responsável

pelo artigo: Nancy Huang

Autor correspondente:

Eduarda Araujo Baras

E-mail:eduardaaraujo_baras@hotmail.com**Conflito de interesses:**

declaram não haver

Fonte de financiamento:

declaram não haver

Parecer CEP: não se aplica

Recebido em: 29/05/2025

Aprovado em: 04/09/2025

Publicado em: 19/09/2025





ABSTRACT

Introduction: The rise of Noncommunicable Chronic Diseases (NCDs) is closely linked to unhealthy lifestyle habits, reflecting significant sociocultural changes in recent decades. The lack of diagnostic tools to anticipate risks limits effective preventive approaches. **Objective:** To propose and describe the Poor Lifestyle Syndrome as a new syndromic diagnosis based on the analysis of the six pillars of Lifestyle Medicine (LM). **Results:** The Poor Lifestyle Syndrome is defined by insufficiency in at least three of the six LM pillars. The use of simple and validated questionnaires allows healthcare professionals to identify patients at high risk for NCDs even before clinical or laboratory manifestations. **Conclusion:** Recognizing a poor lifestyle as a syndromic diagnosis enhances clinical communication, promotes early interventions, and strengthens preventive health strategies. This concept broadens professional practice, enabling action before the onset of diseases and contributing to the reduction of morbidity and mortality associated with NCDs.

Keywords: life style; diagnosis; syndrome; noncommunicable diseases; surveys and questionnaires.

RESUMEN

Introducción: El aumento de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) está estrechamente relacionado con hábitos de vida poco saludables, reflejo de cambios socioculturales recientes. La ausencia de herramientas diagnósticas que anticipen estos riesgos limita la eficacia de los enfoques preventivos. **Objetivo:** Proponer y describir el Síndrome de Estilo de Vida Pobre como un nuevo diagnóstico síndrome, basado en el análisis de los seis pilares de la Medicina del Estilo de Vida (MEV). **Resultados:** El Síndrome de Estilo de Vida Pobre se define por la insuficiencia en al menos tres de los seis pilares de la MEV. La aplicación de cuestionarios simples y validados permite identificar pacientes con alto riesgo de ECNT, incluso antes de la aparición de manifestaciones clínicas o de laboratorio. **Conclusión:** Reconocer un estilo de vida pobre como diagnóstico síndrome mejora la comunicación clínica, favorece intervenciones tempranas y fortalece las estrategias de prevención en salud. Este concepto amplía el campo de acción profesional, permitiendo intervenir antes del inicio de las enfermedades y contribuyendo a la reducción de la morbimortalidad asociada a las ECNT.

Palabras clave: estilo de vida; diagnóstico; síndrome; enfermedades no transmisibles; encuestas y cuestionarios.

Como citar: Colontoni BA, Baras EA, Huang N, Blood MRY. Estilo de vida ruim: um novo diagnóstico síndrome? Braz J lifestyle Med. 2024;3:1-14. <https://doi.org/10.61661/BJLM.2025.v4.161>



Introdução

Desde o século XX, a humanidade é desafiada pelo incremento de tecnologia, reestruturação econômica e a criação de uma matriz social que transformou a maneira como a população adoece e morre. Apesar dos desafios promovidos pela pandemia do COVID-19, o sucesso das estratégias de vacinação demonstrou que somos capazes de superar os desafios das doenças infectocontagiosas com mais habilidade do que enfrentamos as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

Em 1946, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu o conceito de saúde como um bem estar global e não apenas como a ausência de doença [1]. Assim, a evolução do perfil epidemiológico da população nos permite compreender que um estilo de vida ruim é a base fisiopatológica para grande parte das patologias que causam maior morbimortalidade no mundo, as DCNT [2].

Dentre as doenças mais complexas da modernidade, a obesidade é um bom exemplo com grande interface com o comportamento e estilo de vida. A crescente revolução social vivida a partir de todas as mudanças após a segunda guerra mundial fez com que, desde os anos 1960, a população vivesse progressivamente um ganho médio de peso, com aumento da prevalência dos distúrbios metabólicos. Entretanto, apenas em 1985, a obesidade foi reconhecida como doença e, ainda hoje, no século XXI, a minoria dos médicos a reconhecem como diagnóstico nos prontuários [3].

Outras doenças e síndromes relacionadas ao estilo de vida, como fibromialgia e dor crônica, também recebem resistência dos profissionais de saúde para diagnóstico e tratamento, em especial pela dificuldade do profissional em lidar com as características multifatoriais que causam a doença, o que o faz tender a ignorar o diagnóstico [4-6].

Egger sugere que, sendo a metainflamação a base para a quase totalidade das doenças crônicas, é importante compreender os fatores antropogênicos que levam ao adoecimento do paciente, considerando desde a alimentação ruim, sedentarismo, consumo de substância tóxicas, solidão e distúrbios da saúde mental relacionados a estresse, até questões político-econômicas de um país [7].

Compreender a causa imediata (ou proximal), a origem da causa (medial) e a causa mais distal é olhar para o paciente além das questões fisiopatológicas e compreender como a importância da interação do indivíduo com seu meio determina o adoecimento.

A partir dos conhecimentos da Medicina do Estilo de Vida (MEV) e a organização da vida do paciente a partir dos 6 pilares da MEV: nutrição, exercício físico, controle do estresse, sono, uso de tabaco e álcool e relacionamentos saudáveis, podemos compreender que é plausível propor que um estilo de vida ruim já é sintoma de um quadro clínico que tende a se desdobrar no processo de adoecimento e estabelecimento de um diagnóstico clássico. Dessa forma, o quadro clínico deste estilo de vida ruim pode ser diagnosticado na prática médica mesmo antes do início de qualquer alteração em exames complementares utilizados para avaliação rotineira.

Deve-se considerar que, apenas observar o processo de estilo de vida ruim ao longo dos anos, sem um trabalho de alerta mais enfático, não tem sido suficiente para propor um trabalho preventivo de saúde para a população.

A necessidade do desenvolvimento contínuo de ferramentas para estratificação do risco cardiovascular em populações assintomáticas é um exemplo da incapacidade de prever de maneira eficaz os riscos cardiovasculares na população.



Em 2023, a American Heart Association propôs o escore PREVENT: a calculadora mais moderna para cálculo de eventos duros em cardiologia, acrescentando determinantes de saúde, função renal e obesidade [8,9]. Entretanto, as questões sociais estão mais relacionadas à pobreza do que a percepção de estresse crônico, solidão ou outras questões de saúde mental, as quais também são importantes para avaliação de risco cardiovascular [10-12].

A capacidade funcional e o sedentarismo também não são considerados parâmetros associados ao risco cardiovascular, apesar de haver fortes evidências sobre a importância desses índices no prognóstico e na evolução fisiopatológica dos pacientes [13].

É por considerar toda incapacidade da ciência moderna em apontar para um trabalho preventivo que seja eficaz no manejo do paciente que propomos um novo diagnóstico: a Síndrome do Estilo de Vida Ruim, com uma análise a partir dos 6 pilares da MEV, para que o paciente consiga compreender que, apesar da momentânea ausência de doença, existe um substrato comportamental fisiopatológico que desdobrar-se-á em DCNT no futuro.

Doença ou Síndrome?

A ciência começou a definir o conceito de doença desde o século XIV, ocasião em que a considerava como "uma condição do corpo ou de um órgão ou parte do corpo decorrente de uma lesão estrutural específica" [14]. Ao longo dos séculos, não houve consenso para uma definição universal de doença, porém o conceito atualmente aceito é que a denomina-se como a soma de fenômenos anormais em um organismo vivo com um grupo de características em comum que podem ser fisiopatológicas, etiológicas ou na manifestação dos sintomas [15].

Dentro desta heterogeneidade taxonômica, podemos agrupar os fenômenos e classificá-los por descrições sindrômicas (exemplo: sarcoidose), morbidade anatômica (cânceres), fisiopatológica (asma) ou etiológica (tuberculose) [16].

Classicamente, define-se síndrome como um conjunto de sinais e sintomas com etiologia desconhecida ou com múltiplas origens em comum. Um exemplo clássico de síndrome com múltiplas causas similares é a insuficiência cardíaca, a qual possui dezenas de etiologias possíveis, acompanhada de evoluções e propostas de tratamentos diferentes e um quadro clínico semelhante.

Com base no entendimento da importância dos pilares da MEV na construção de um raciocínio clínico, definimos que a Síndrome do Estilo de Vida Ruim é uma entidade clínica manifestada pela insuficiência em 3 ou mais desses pilares, medida objetivamente a partir de ferramentas reconhecidas.

Nesta síndrome, o objetivo é detectar um estado de alta probabilidade de ocorrência de DCNT, visto que trata-se de critérios já associados ao surgimento de tais morbidades.

Nos parágrafos subsequentes serão definidos e explicados os conceitos sobre a Síndrome do Estilo de Vida Ruim, a fim de que o leitor possa compreender a importância e a relevância deste novo diagnóstico na prática clínica. Para que seja possível incorporá-lo e aplicá-lo em cada paciente, serão propostas avaliações e questionários para cada um dos pilares da MEV, baseados e validados em diretrizes atuais. O objetivo de tais ferramentas é tornar o profissional de saúde capaz de identificar e fechar o diagnóstico de um estilo de vida ruim em seu paciente, de forma eficaz, validada e de fácil aplicabilidade.



Como delinear uma nova síndrome: espectro fenotípico, história natural e forma de adquirir a doença ou recorrência

Tendo em vista a robustez de evidências organizadas pelo campo da Medicina chamado MEV, pode-se considerar adequado compreender que uma avaliação objetiva do estilo de vida do paciente e o reconhecimento de um estilo de vida ruim como um diagnóstico síndrome podem ser úteis através de uma ferramenta para alertar especialmente a população assintomática, sendo um marcador precoce de múltiplas doenças que podem ser desencadeadas no caso de manutenção desse processo de adoecimento. No Quadro 1 verifica-se Doenças crônicas determinadas por condições do estilo de vida e ambientais.

Quadro 1. Doenças crônicas determinadas por condições do estilo de vida e ambientais

Doenças crônicas determinadas por condições do estilo de vida e ambientais
Doença cardiovascular e cerebrovascular
Neoplasias com componentes do estilo de vida
Doenças endócrinas
Doenças gastrointestinais
Doença renal crônica
Doenças relacionadas à saúde mental
Doenças musculoesqueléticas
Doenças respiratórias
Doenças do sistema reprodutor
Doenças dermatológicas
Doenças neurodegenerativas

Fonte: Elaborada pelo autor.

Classificação da Síndrome do Estilo de Vida Ruim a partir dos pilares da MEV

O desafio na proposição de uma nova entidade patológica é estabelecer critérios específicos e objetivos para um diagnóstico adequado. Ao longo de décadas, os critérios diagnósticos das doenças e síndromes têm sido mudados mediante readequação e novos achados da ciência.

Mesmo quadros como a síndrome metabólica possuem diferentes classificações estabelecidas por distintas sociedades médicas [17]. Assim como a obesidade e a síndrome metabólica, o primeiro desafio é demonstrar robustez de evidências para a aceitação da comunidade científica e, a partir dos estudos já estabelecidos, propor critérios diagnósticos.

A International Association for Study of Pain (IASP) também obteve sucesso no esforço de inserir no CID-11 a classificação de dor crônica trazendo a descrição deste CID como uma síndrome dolorosa crônica devido aos seus fatores biológicos, psicológicos e sociais [18].

A organização da definição da síndrome com critérios mais amplos não invalida as outras abordagens de MEV, nas quais os pacientes são analisados e investigados com questionários mais detalhados por pilares. Entretanto, para fins de diagnóstico de uma entidade clínica tão complexa, aumentar o número de perguntas e questionários pode dificultar a aplicação das ferramentas e inviabilizar o seu uso clínico pelos profissionais assistentes.

O International Board of Lifestyle Medicine, em conjunto com o *American College of Lifestyle Medicine* e todas as outras entidades coirmãs, traz ferramentas validadas e objetivas de avaliação para o profissional de saúde e



tal compilação de documentos permite a construção de um raciocínio para esse novo diagnóstico síndrome [19].

Tais critérios precisam ser sucintos, validados e eficazes a fim de ter a objetividade necessária para o clínico que acompanha o paciente. Sendo assim, propomos que os pilares sejam avaliados pelos questionários a seguir:

Atividade física

Dentre todos os pilares da MEV, a atividade física é a única que é classificada como sinal vital e formalmente validado, sendo uma ferramenta suficientemente sucinta para analisar este pilar como suficiente ou insuficiente.

Nesta ferramenta, o clínico assistente pergunta para o paciente a média semanal em minutos dedicada a exercícios físicos moderados ou intensos. Se o paciente informa que pratica exercícios em menos de 149 minutos por semana, classifica-se como insuficientemente ativo e, se superior a 150 minutos por semana, classifica-se como suficientemente ativo.

Apesar da orientação formal de atividade física da American College of Sports Medicine trazer uma recomendação qualitativa dos exercícios de acordo com as diferentes faixas etárias, sugerindo atividades para o equilíbrio e de fortalecimento para os grupos específicos, se o objetivo é usar uma ferramenta simples como critério diagnóstico para compor uma soma de fatores, o Atividade Física como Sinal Vital (Physical Activity as Vital Sign- PAVS) tende a ser adequada para este fim [20], conforme descrito no Quadro 2.

Quadro 2. Questionário atividade física

Pergunta	Classificação
“Pratica exercícios físicos menos do que 149 minutos por semana?”	Insuficientemente ativo
“Pratica exercícios mais do que 150 minutos por semana?”	Suficientemente ativo

Fonte: Exercise is Medicine. [20].

Sono

Dentre os inúmeros escores validados para análise do sono, a Single-item Sleep Quality Scale (Quadro 3) se resume a perguntar: "Como é a qualidade geral do seu sono nos últimos 7 dias em uma escala de 1 (terrível) a 10 (excelente)?" . Se o paciente informar que é menor do que 7, considera-se o seu sono como insuficientemente adequado [21].

Quadro 3. Questionário sono

Pergunta	Classificação
“Como é a qualidade do seu sono nos últimos 7 dias em uma escala de 1 (terrível) e 10 (excelente)?”	Resposta for menor do que 7: sono insuficientemente adequado
	Resposta maior do que 7: suficientemente adequado

Fonte: Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. [23].



Outras escalas para avaliar o sono, como a STOP-BANG ou a Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) [22,23] com Formulário Longo validado, podem ser ótimas ferramentas para detalhar a qualidade desse pilar e planejar a intervenção. Entretanto, devido à sua complexidade de aplicação, tornam-se inviáveis para fins de critério diagnóstico dentro de uma síndrome.

Relações Sociais

O pilar das relações sociais tem uma complexidade maior que os demais, pois há uma resistência dos clínicos em relação às perguntas para esse tema.

Dentre as ferramentas disponíveis, a busca de um questionário validado exige a compreensão de três dimensões: a existência ou quantidade de interações sociais, a estrutura destas relações e a funcionalidade delas.

No desafio de encontrar ferramentas sucintas validadas para este fim, o Loma Linda Social Relationship [24] (Quadro 4) é o questionário mais adequado para a análise, com o objetivo de diagnóstico e não de análise do suporte social [22].

Quadro 4. Questionário relações sociais

Pergunta	Classificação
“Eu tenho pessoas que se importam com o que acontece comigo” Classifique em uma escala de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente).	Resposta menor do que 4: conexões sociais insuficientes
“Tenho pessoas que me aceitam no meu pior e melhor” Classifique em uma escala de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente).	Resposta menor do que 4: conexões sociais insuficientes
“Tenho pessoas em quem confio em casa ou no trabalho com quem posso conversar sobre meus problemas” Classifique em uma escala de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente).	Resposta menor do que 4: conexões sociais insuficientes
“Recebo ajuda quando estou doente” Classifique em uma escala de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente).	Resposta menor do que 4: conexões sociais insuficientes

Fonte: American College of Lifestyle Medicine. [24].

Nesta ferramenta, quatro perguntas são feitas e as respostas são dadas em uma escala de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente).

- (1) Eu tenho pessoas que se importam com o que acontece comigo.
- (2) Tenho pessoas que me aceitam no meu pior e melhor.
- (3) Tenho pessoas em quem confio em casa ou no trabalho com quem posso conversar sobre meus problemas.



(4) Recebo ajuda quando estou doente.

Se a resposta em qualquer um desses domínios for inferior a 4, é importante compreender que o pilar das conexões sociais desse paciente deve ser considerado insuficiente e, assim como no pilar do sono, posteriormente para fins de estratificação e tratamento, será necessário detalhamento e um direcionamento para abordagem deste tema.

Consumo de substâncias tóxicas

A complexidade e a variedade de substâncias que podem compor esse pilar nos induz a buscarmos uma ferramenta que também permita uma análise simplificada para diagnóstico. O *National Institute on Drug Abuse (NIDA) Quick Screen* (Quadro 5) é um questionário validado que fornece a oportunidade de um bom rastreamento inicial das substâncias de abuso mais prevalentes, considerando álcool, tabaco, drogas ilegais e medicamentos por razões não médicas [25].

Quadro 5. Consumo de substâncias tóxicas

Pergunta	Classificação
<p>"No último ano, com que frequência você consumiu tabaco?"</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Diariamente (ou quase diariamente) ● Semanalmente ● Mensalmente ● Ocasionalmente ● Nunca 	<p>O paciente é considerado suficiente neste pilar se responder "nunca" para todas as perguntas. Para qualquer outra resposta, ele deve ser considerado insuficiente neste pilar.</p>
<p>"No último ano, com que frequência você consumiu medicações sem indicação clínica?"</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Diariamente (ou quase diariamente) ● Semanalmente ● Mensalmente ● Ocasionalmente ● Nunca 	<p>O paciente é considerado suficiente neste pilar se responder "nunca" para todas as perguntas. Para qualquer outra resposta, ele deve ser considerado insuficiente neste pilar.</p>
<p>"No último ano, com que frequência você consumiu drogas ilegais?"</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Diariamente (ou quase diariamente) ● Semanalmente ● Mensalmente ● Ocasionalmente ● Nunca 	<p>O paciente é considerado suficiente neste pilar se responder "nunca" para todas as perguntas. Para qualquer outra resposta, ele deve ser considerado insuficiente neste pilar.</p>
<p>"No último ano, com que frequência você fez consumo abusivo de álcool (homens > 5 doses em um dia / mulheres > 4 doses em um dia)?"</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Diariamente (ou quase diariamente) ● Semanalmente ● Mensalmente ● Ocasionalmente ● Nunca 	<p>O paciente é considerado suficiente neste pilar se responder "nunca" para todas as perguntas. Para qualquer outra resposta, ele deve ser considerado insuficiente neste pilar.</p>

Fonte: National Institute on Drug Abuse. [25].



Neste questionário, o profissional pergunta "No último ano, com que frequência você consumiu as substâncias a seguir: diariamente (ou quase diariamente), semanalmente, mensalmente, ocasionalmente ou nunca?"

Neste screening, considerou-se abuso de álcool a partir de 5 doses em um dia para homens e 4 doses em um dia para mulheres.

Nesta ferramenta, o paciente é considerado suficiente neste pilar se responder "nunca" para todas as perguntas. Para qualquer outra resposta, ele deve ser considerado insuficiente com a necessidade de estratificação e tratamento adequado.

Estresse

O pilar do estresse carrega consigo o rastreio das doenças de saúde mental. Ao analisarmos este tema como gerenciamento do estresse, é possível classificá-lo de duas maneiras: a primeira, em analogia com a análise do *Lifestyle Trial*, seria classificar o tempo dedicado ao manejo do estresse em minutos por semana, de maneira semelhante ao pilar da atividade física. A segunda maneira eficaz seria usar alguma ferramenta validada que permita a avaliação da satisfação global com a vida, como a versão abreviada do *Satisfaction with Life Scale* (SWLS) [26].

Nesta escala, o médico solicita ao paciente que avalie, em uma escala de 1 (mais baixo) a 7 (mais alto), as seguintes afirmativas:

- (a) De muitas maneiras, minha vida está próxima do meu ideal;
- (b) Estou satisfeito com a minha vida.

Apesar das análises populacionais demonstrarem que as respostas desta escala podem ser contaminadas por determinantes sociais que não necessariamente podem estar correlacionados imediatamente com a saúde mental do indivíduo ou com o gerenciamento adequado do estresse, para fins de diagnóstico essa contaminação pode ser desejável, visto que pode evidenciar fatores de risco. Uma pontuação menor que 5 em cada uma das escalas permite classificar esse paciente como insuficiente nesse pilar, reforçando a necessidade posterior de detalhamento. Conforme Quadro 6.

Quadro 6. Questionário estresse

Pergunta	Classificação
"De muitas maneiras, minha vida está próxima do meu ideal". Avalie em uma escala de 1 (mais baixo) a 7 (mais alto).	Se pontuação menor do que 5: paciente insuficiente neste pilar
"Estou satisfeito com a minha vida." Avalie em uma escala de 1 (mais baixo) a 7 (mais alto).	Se pontuação menor do que 5: paciente insuficiente neste pilar

Fonte: Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. [26].



Nutrição

O pilar da alimentação é desafiador, uma vez que a produção de ensaios clínicos randomizados é insuficiente para garantir que seja estabelecido um cálculo preciso sobre a ingestão de nutrientes.

Neste contexto, as perguntas relacionadas à nutrição do Lifestyle Short Form (Quadro 7) tendem a ser adequadamente suficientes para a análise da suficiência neste quesito para fins de diagnóstico [27]:

Quadro 7. Questionário nutrição

Pergunta	Classificação
“Nas últimas duas semanas, com que frequência você comeu fast food, bebidas açucaradas (por exemplo, refrigerantes, bebidas esportivas, suco) ou alimentos embalados (por exemplo, batatas fritas, doces, biscoitos, biscoitos)?” (a) De forma alguma (b) Vários dias (c) Mais de metade dos dias (d) Quase todos os dias (2)	Resposta letra “a”: paciente suficiente nesse pilar Resposta letras “b” e/ou “c” e/ou “d”: paciente insuficiente neste pilar
“Em um dia normal, quantas porções de frutas e vegetais integrais você come (uma porção é cerca de um punhado e não inclui suco de frutas)?” (a) Menos de 2 porções (b) 2–3 porções (c) 4–5 porções (d) Mais de 5 porções	Resposta letra “a”: paciente suficiente nesse pilar Resposta letras “b” e/ou “c” e/ou “d”: paciente insuficiente neste pilar

Fonte: Loma Linda University Health. [27].

1- Nas últimas duas semanas, com que frequência você comeu fast food, bebidas açucaradas (por exemplo, refrigerantes, bebidas esportivas, suco) ou alimentos embalados (por exemplo, batatas fritas, doces, biscoitos, biscoitos)?

- (a) De forma alguma;
- (b) Vários dias;
- (c) Mais de metade dos dias;
- (d) Quase todos os dias.

2 - Em um dia normal, quantas porções de frutas e vegetais integrais você come (uma porção é cerca de um punhado e não inclui suco de frutas)?

- (a) Menos de 2 porções;
- (b) 2–3 porções;



(c) 4–5 porções;

(d) Mais de 5 porções.

Se o paciente pontua acima do item b em qualquer um dos dois quesitos, deve, portanto, ser considerado insuficiente neste pilar. O Quadro 8 apresenta os critérios para diagnóstico da Síndrome do Estilo de Vida Ruim.

Quadro 8. Critérios para diagnóstico da Síndrome do Estilo de Vida Ruim

Pilar	Ferramenta	Insuficiente	Suficiente	Observação
Atividade física	Physical Activity as a Vital Sign (PAVS)	< 149 minutos por semana	> 150 minutos por semana	Diagnóstico positivo se paciente estiver insuficiente em 3 ou mais pilares
Sono	Single-item Sleep Quality Scale (1-10)	< 7	> 7	
Relações Sociais	Loma Linda Social Relationship	< 4 (em qualquer dimensão)	> 4	
Substâncias tóxicas	NIDA Quick Screen	Sim para qualquer resposta	Não	
Estresse	Satisfaction with Life Scale (SWLS) (1-7)	< 4	> 5	
	Consumo de ultraprocessados e vegetais integrais (Lifestyle Short Form)	< item B	> item B	

Fonte: Elaborada pelo autor.

Destaca-se que existe uma ferramenta brasileira validada que pode ser usada para fins de abordagem do paciente, a qual possui a vantagem de trazer muitos elementos detalhados para análise da alimentação. Porém, traz a desvantagem da sua complexidade de uso da plataforma [28].

Conclusão

Em analogia com outras síndromes clínicas, como por exemplo a síndrome metabólica, podemos concluir como "sinal" semiológico achados de anamnese que não necessariamente causam sintomas no momento da consulta com o profissional de saúde, mas que são preditores de doenças crônicas não transmissíveis com robustez científica, o que torna fundamental trazê-los para o raciocínio clínico e para a prática médica de maneira ainda mais organizada.

Neste contexto, compreender um Estilo de Vida Ruim como um diagnóstico síndrome faz sentido, visto que esse movimento foi bem sucedido nos casos de obesidade, síndrome metabólica e dolorosa crônica.



A partir disso, a proposta de organizar os sistemas de rastreio para um estilo de vida ruim, com o estabelecimento de perguntas que evidenciem insuficiência no autocuidado ou no estilo de vida do paciente tem o objetivo de consolidar múltiplas dimensões em um único resultado, o qual permita ao profissional assistente prover um alerta adequado ao seu paciente, bem como, a partir dos resultados iniciais, propor mudanças e investigações mais detalhadas com as ferramentas da MEV.

Classificar Síndrome do Estilo de Vida Ruim como um diagnóstico traz uma oportunidade de novos campos de pesquisa na busca tanto de ferramentas mais acuradas para esse fim, como para classificações nas tomadas de decisão dos gestores dos sistemas de saúde para promover melhorias que proporcionem abordagens mais custo efetivas de prevenção, rastreamento de doenças e de tratamento precoce.

Esse tipo de conhecimento reforça a importância de trabalhar a anamnese do estilo de vida na formação acadêmica dos profissionais de saúde, com a proposição de disciplinas que aumentem a capacidade de comunicação dos alunos e incorporem mais horas relacionadas à MEV nos currículos das universidades.

Contribuição dos autores segundo a Taxonomia CRediT:

Colontoni BA [1]; Baras EA [6,14]; Huang N [10]; Blood MRY [12].

Referências

1. GBD 2021 Forecasting Collaborators. Burden of disease scenarios for 204 countries and territories, 2022–2050: A forecast analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 2024;403(10440):2204-56. doi:10.1016/S0140-6736(24)00685-8
2. Azzouzi S, Stratton C, Muñoz-Velasco LP, Wang K, Fourtasse M, Hong Bo-Young, Cooper R, Balicuddembe JK, Palomba A, Peterson M, Pandiyan U, Krassioukov A, Tripathi DR, Tuakli-Wosornu YA, Hajjioui B. The impact of the COVID-19 pandemic on healthy lifestyle behaviors and perceived mental and physical health of people living with non-communicable diseases: An international cross-sectional survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(13):8023. doi:10.3390/ijerph19138023
3. Engin A. The definition and prevalence of obesity and metabolic syndrome. *Adv Exp Med Biol*. 2017;960:1-17. doi:10.1007/978-3-319-48382-5_1
4. Chinn S, Caldwell W, Gritsenko K. Fibromyalgia pathogenesis and treatment options update. *Curr Pain Headache Rep*. 2016;20(4):25. doi:10.1007/s11916-016-0556-x
5. Ostovar-Kermani T, Arnaud D, Almaguer A, Garcia I, Gonzales S, Martinez YHM, Surani S. Painful sleep: Insomnia in patients with chronic pain syndrome and its consequences. *Folia Med (Plovdiv)*. 2020;62(4):645-54. doi:10.3897/folmed.62.e50705
6. Kisson NR. Chronic widespread pain. *Continuum (Minneapolis, Minn)*. 2024;30(5):1427-46. doi:10.1212/CON.0000000000001470
7. Egger G, Dixon J. Beyond obesity and lifestyle: A review of 21st century chronic disease determinants. *Biomed Res Int*. 2014;2014:731685. doi:10.1155/2014/731685
8. Khan SS, Matsushita K, Sang Y, Ballew SH, Grams ME, Surapanene A, Blaha MJ, Carson AP, Chang AR, Ciemins E, Go AS, Gutierrez OM, Hwang SJ, Jassal SK, Kovesdy CP, Lloyd-Jones DM, Shlipak MG, Palaniappan LP, Sperling L, Virani SS, Tuttle K, Neeland IJ, Chow SL, Rangaswami J, Pencina MJ, Ndumele CE, Coresh J. Development and



validation of the American Heart Association Predicting Risk of Cardiovascular Disease EVENTS (PREVENTTM) equations. *Circulation*. 2023; 149(6):430-449. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.123.067626

9. Khan SS, Coresh J, Pencina MJ, Ndumele CE, Rangaswami J, Chow SL, Palaniappan LP, Sperling LS, Virani SS, Ho JE, Neeland IJ, Tuttle KR, Singh RR, Elkind MSV, Lloyd-Jones DM. Novel prediction equations for absolute risk assessment of total cardiovascular disease incorporating cardiovascular-kidney-metabolic health: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2023;148(24):1982-2004. doi:10.1161/CIR.0000000000001191

10. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: Systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*. 2016;102(13):1009-16. doi:10.1136/heartjnl-2015-308790

11. Kivimäki M, Kawachi I. Work stress as a risk factor for cardiovascular disease. *Curr Cardiol Rep*. 2015;17(9):630. doi:10.1007/s11886-015-0630-8

12. Berger M, Solehac G, Roche F, Heinzer R. Insomnia, a new modifiable risk factor for heart failure?. *Eur Heart J*. 2021;42(40):4177-9. doi:10.1093/eurheartj/ehab570

13. Lechner K, Schacky C, Kenzie AL, Worm N, Nixdorff U, Lechner B, Kränkel N, Halle M, Krauss RM, Scherr J. Lifestyle factors and high-risk atherosclerosis: Pathways and mechanisms beyond traditional risk factors. *Eur J Prev Cardiol*. 2020;27(4):394-406. doi:10.1177/2047487319869400

14. Telles Correia D, Stoyanov D, Rocha Neto, HG. How to define today a medical disorder? Biological and psychosocial disadvantages as the paramount criteria. *J Eval Clin Pract*. 2022;28(6):1195-204. doi:10.1111/jep.13592

15. Jablonski S. Syndrome a changing concept. *Bull Med Libr Assoc*. 1992;80(4):323-7. PMID: 1422501; PMCID: PMC225693.

16. Cohen MM. Designações de síndromes. *Rev Genet Med*. 1976;13:266-70.

17. Huang PL. A comprehensive definition for metabolic syndrome. *Dis Model Mech*. 2009;2(5-6):231-7. doi:10.1242/dmm.001180

18. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, Keefe FJ, Mogil JS, Ringkamp M, Sluka KA, Song XJ, Stevens B, Sullivan MD, Tutelman PR, Ushida T, Vader K. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161(9):1976-82. doi:10.1097/j.pain.0000000000001939

19. Keyes D, Huecker M. Medicina do estilo de vida: Revisão de conselhos e certificações. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.

20. Exercise is Medicine. The physical activity vital sign. [Exerciseismedicine.org](https://www.exerciseismedicine.org). 2022 [cited 2025 Jun 7]. Available from: <https://www.exerciseismedicine.org>

21. Snyder E, Cai B, DeMuro C, Morrison MF, Ball W. A new single-item sleep quality scale: Results of psychometric evaluation in patients with chronic primary insomnia and depression. *J Clin Sleep Med*. 2018;14(11):1849-57. doi: 10.5664/jcsm.7478



22. Chung F, Abdullah HR, Liao P. STOP-Bang questionnaire: A practical approach to screen for obstructive sleep apnea. *Chest*. 2016;149(3):631-8. doi:10.1378/chest.15-0903
23. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*. 1989;28(2):193-213. doi:10.1016/0165-1781(89)90047-4
24. American College of Lifestyle Medicine, Loma Linda University. Lifestyle Assessment Long Form. [Internet]. [cited 2022 Aug 1]. Available from: <https://www.lifestylemedicine.org>
25. National Institute on Drug Abuse. Resource guide: Screening for drug use in general medical settings. [Internet]. 2012 [cited 2025 Feb 12]. Available from: <https://www.nida.nih.gov>
26. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166(10):1092-7. doi:10.1001/archinte.166.10.1092
27. Loma Linda University Health, The American College of Lifestyle Medicine. Lifestyle Assessment Short Form. [Internet]. 2018 [cited 2025 Jun 4]. Available from: <https://www.ihacares.com>
28. Louzada MLC, Souza TN, Frade EOS, Gabe KT, Patricio GA. QuestNova: inovação na avaliação do consumo alimentar segundo o processamento industrial. *Rev Saude Publica*.