IX Congresso Brasileiro de Medicina do Estilo de Vida
I CONGRESSO LATINOAMERICANO DE MEDICINA DO ESTILO DE VIDA

O que muda entre dois Mapas de Saúde?

Hábitos de vida e marcadores de saúde em 1.354 adultos reavaliados: coorte retrospectiva

Daniel José Matos de Medeiros Lima[1,2], Gabriel Xavier Marantes[3]

Faculdade de Medicina de Campos (FMC), Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil. [1]
Centro Universitário de Volta Redonda, RJ, Brasil. [2]
LifeUP Ltda, Rio Grande do Sul, Brasil. [3]

Mensagem principal: quem relatou melhora de hábitos entre o 1º e o 2º Mapa teve, em média, redução maior de peso, cintura, sintomas depressivos e triglicerídeos. O desenho não permite atribuir esse efeito ao Mapa.

1 Por que este estudo?

O Mapa de Saúde reúne, em um relatório visual para o paciente, marcadores clínicos, corporais, de saúde mental e hábitos de vida. Automonitoramento e feedback estão entre as técnicas de mudança de comportamento com melhor evidência [1–3]. Ainda não se sabe se quem usa o Mapa muda hábitos, nem se essa mudança acompanha os marcadores.



Figura 1. Exemplo ilustrativo do Mapa de Saúde e do aplicativo.

2 O que perguntamos

P1 Os hábitos de vida mudaram entre o 1º (M1) e o 2º Mapa (M2)?

P2 Quem melhorou hábitos teve mudança maior nos marcadores de saúde?

P3 O intervalo entre M1 e M2 se associou às mudanças? Essa associação passa pelos hábitos?

3 Como fizemos

Coorte retrospectiva com dados de rotina, relatada segundo STROBE/RECORD [5,6]. Para cada paciente, comparamos o primeiro (M1) e o segundo Mapa completo (M2), feitos em dias diferentes. Foram analisados dados registrados entre junho de 2024 e junho de 2026.

5.000 registros › **4.179** mapas completos › **1.358** pares M1–M2 › **1.354** adultos analisados

- **Hábitos:** comparamos treino de força, atividade aeróbica e álcool entre M1 e M2. Melhorou: ao menos um hábito melhor e nenhum pior. Piorou: ao menos um pior e nenhum melhor. Estável: sem mudança, ou um melhor e outro pior.
- **Peso:** excluímos 277 pares em que o M2 repetia a pesagem do M1, sem nova medida.
- **Análise:** mudança (M2 − M1) por regressão linear ajustada por valor inicial, intervalo, idade e sexo; erros-padrão robustos; correção FDR [7].
- **Controles negativos:** altura e HDL, que não deveriam mudar com os hábitos, não diferiram entre os grupos.

Participantes (no M1)

Adultos analisados	**1.354**
Mulheres	**902 (66,6%)**
Idade, anos	**43 [37–51]**
IMC, kg/m²	**27,5 [24,4–31,7]**
PHQ-9 ≥ 10	**386 (28,6%)**
Intervalo M1–M2, dias	**114 [49–208]**
≤30 | 31–90 | 91–180 | >180 dias	**261 | 270 | 422 | 401**

Mediana [intervalo interquartil] ou n (%).

4 Os hábitos mudaram?

Em todos os hábitos, mais pacientes melhoraram do que pioraram (p < 0,001). A maioria, porém, relatou o mesmo hábito nos dois mapas.

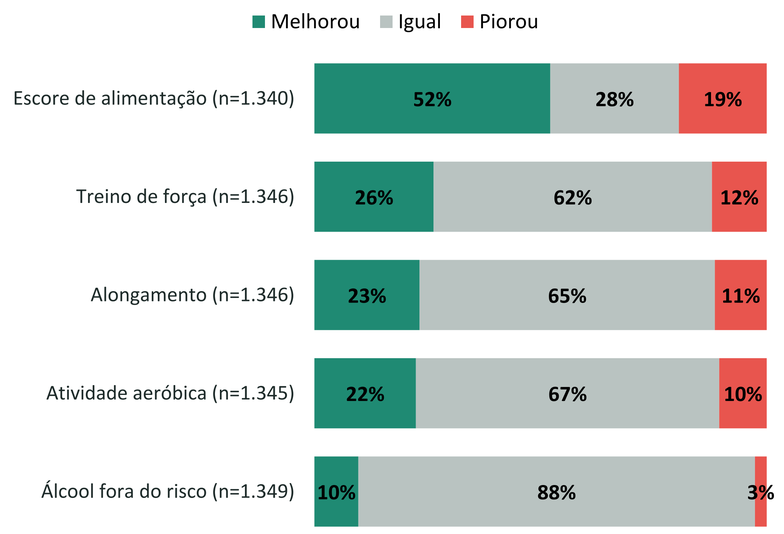
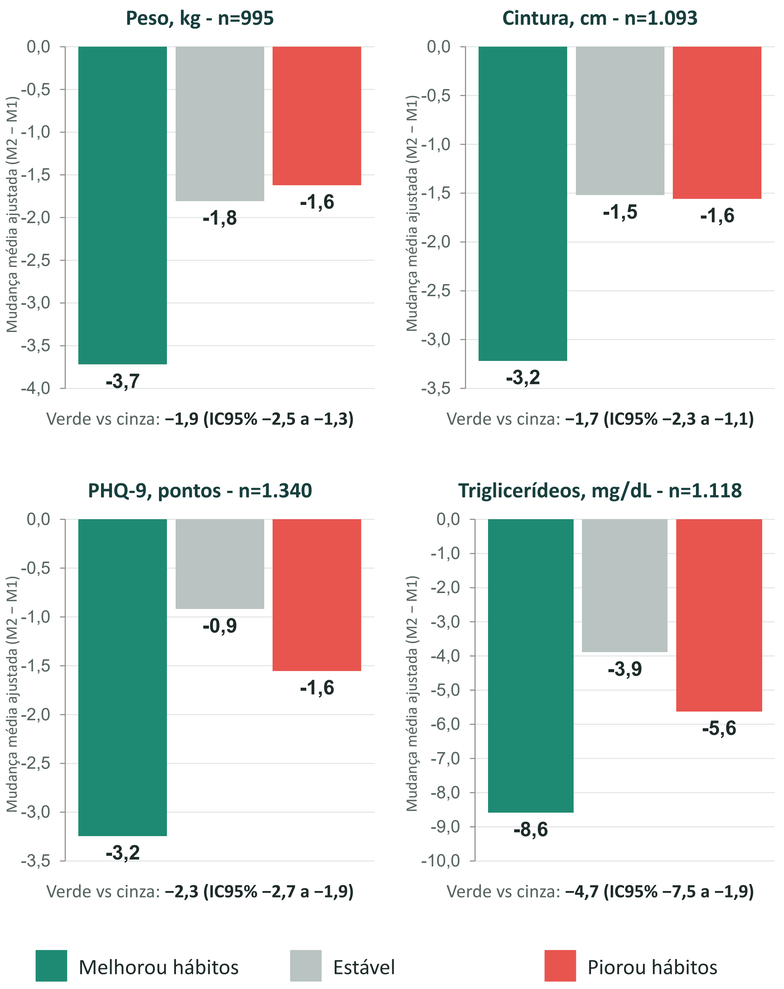


Gráfico 1: cada barra soma 100% dos pacientes com o dado nos dois mapas. No escore de alimentação (0–100), qualquer aumento conta como melhora.

5 Hábitos e marcadores

Quem melhorou hábitos (verde) teve redução maior que os estáveis (cinza). Quem piorou não diferiu dos estáveis no peso, na cintura e nos triglicerídeos.

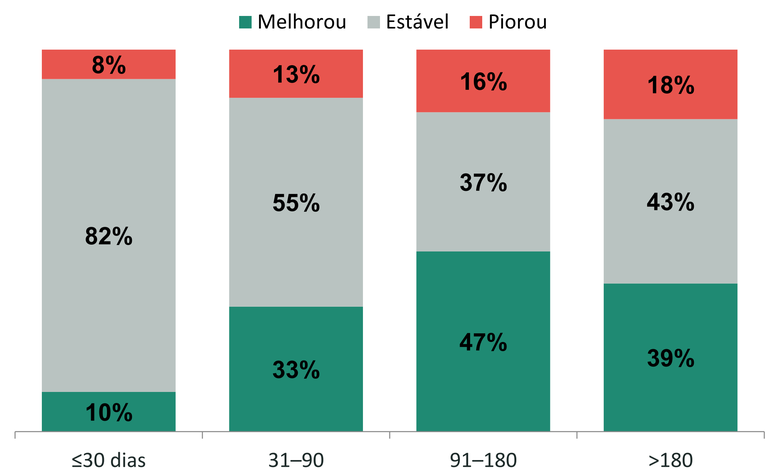


Coerência e controles. Cada +10 pontos no escore de alimentação associou-se a −1,1 kg e −1,2 ponto no PHQ-9. HDL (−0,3 mg/dL; IC95% −1,1 a 0,5) e altura não acompanharam os hábitos, como esperado. Ao excluir reavaliações com ≤30 dias não alterou os resultados.

Cada barra mostra quanto o marcador mudou, em média, do 1º para o 2º Mapa (valores negativos = redução). Até quem não mudou hábitos (cinza) melhorou um pouco, o que pode vir da variação natural entre exames ou do próprio acompanhamento clínico [4]. Por isso, a comparação que importa é entre quem Melhorou hábitos (verde) contra quem esteve Estável (cinza): no peso, −3,7 − (−1,8) = −1,9 kg a mais em quem melhorou hábitos.

6 O intervalo importa?

A proporção de quem melhorou hábitos subiu até entre 91–180 dias e não cresceu depois.



Os marcadores diferiram entre as faixas. Ao considerar a mudança de hábitos, essa diferença diminuiu:

Marcador	Faixas diferem? (p)	Considerando hábitos (p)	Redução da diferença
Peso	< 0,001	0,006	**28%**
Cintura	< 0,001	0,002	**34%**
PHQ-9	< 0,001	0,46	**70%**
Triglicerídeos	< 0,001	0,003	**24%**

Quem voltou após 30 dias teve mudanças maiores nos marcadores que quem voltou em até 30 dias. Quando levamos em conta a mudança de hábitos, essa vantagem diminuiu (coluna "Redução da diferença"). Exemplo: no peso, a perda a mais caiu de 1,9 kg para 1,4 kg, uma redução de 28%. O tempo parece importar sobretudo porque permite mudar hábitos, e não por existir um intervalo ideal. *Cautela:* em ≤30 dias, 86% a 95% das respostas sobre hábitos foram iguais às do 1º Mapa, o que sugere que o questionário pode não ter sido respondido de novo.

7 O que podemos (e não) afirmar

Podemos afirmar

- Entre reavaliados, mais pessoas melhoraram do que pioraram hábitos.
- Melhora de hábitos acompanhou redução de peso, cintura, PHQ-9 e triglicerídeos.
- O intervalo associou-se às mudanças, em parte via hábitos.

Não podemos afirmar

- Que o Mapa causou as mudanças: não houve grupo sem Mapa.
- O efeito do Mapa separado do acompanhamento clínico em que é usado.
- O mesmo para quem não voltou: a base só inclui pacientes com ≥2 mapas.
- Qual é o intervalo ideal entre avaliações.

Limitações

- Hábitos e PHQ-9 vêm do mesmo questionário autorrelatado: a associação pode ser inflada ou ter direção inversa [8]. Quem piorou hábitos também reduziu um pouco mais o PHQ-9 que os estáveis.
- Regressão à média e tratamentos concomitantes não controlados [4].
- VO_2 estimado e nota de saúde foram excluídos por serem calculados com os próprios hábitos.

Conclusão

Entre adultos reavaliados com o Mapa de Saúde, melhorar hábitos associou-se a melhores marcadores, e o intervalo pareceu importar sobretudo por permitir essa mudança. O papel do Mapa precisa ser testado com grupo comparador.

Referências: 1. Harkin B et al. Psychol Bull. 2016;142:198–229. 2. Michie S et al. Health Psychol. 2009;28:690–701. 3. Michie S et al. Ann Behav Med. 2013;46:81–95. 4. Barnett AG et al. Int J Epidemiol. 2005;34:215–20. 5. von Elm E et al. PLoS Med. 2007;4:e296. 6. Benchimol EI et al. PLoS Med. 2015;12:e1001885. 7. Benjamini Y, Hochberg Y. J R Stat Soc B. 1995;57:289–300. 8. Podsakoff PM et al. J Appl Psychol. 2003;88:879–903.

Aprovado pelo CEP (CAAE 66217922.0.0000.5244). Base secundária anonimizada. Conflito de interesse: coautor vinculado à LifeUP, fornecedora dos dados e análise estatística feita por pesquisador independente sem vínculo. Financiamento: não houve.