Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

INFLUÊNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA NA ADOLESCÊNCIA SOBRE O NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA NA IDADE ADULTA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

MARIO RENATO DE AZEVEDO JÚNIOR

Orientadora: Cora Luiza Pavin Araújo
Co-Orientador: Marcelo Cozzensa da Silva

PELOTAS, RS
Novembro de 2004

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

INFLUÊNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA NA ADOLESCÊNCIA SOBRE O NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA NA IDADE ADULTA

Mestrando: Mario Renato de Azevedo Júnior

Orientadora: Cora Luiza Pavin Araújo
Co-orientador: Marcelo Cozzensa da Silva

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas para obtenção do título de Mestre.

PELOTAS, RS
Novembro de 2004

A994i Azevedo Júnior, Mario Renato de
Influência da atividade física na adolescência sobre o nível de atividade física na idade adulta / Mario Renato de Azevedo Júnior ; orientadora Cora Luiza Pavin Araújo ; co-orientador Marcelo Cozzensa da Silva. – Pelotas, 2004.
119f.

Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas, 2004.

1. Atividade Física – Adolescentes – Adultos. I. Araújo, Cora Luiza Pavim. II. Silva, Marcelo Cozzensa da III. Título.

CDD: 613.71

Ficha Catalográfica: Vivian Iracema Marques Ritta CRB 10/1488

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE

Banca examinadora:

_____

Prof. Dr. Mauro Virgílio Gomes de Barros
Universidade de Pernambuco

_____

Prof. Dra. Rosângela da Costa Lima
Universidade Federal de Pelotas

_____

Prof. Dr. Aluísio Jardim Dornellas de Barros
Universidade Federal de Pelotas

_____

Profa. Dra. Cora Luiza Pavin Araújo (Orientadora)
Universidade Federal de Pelotas

Pelotas, 25 de novembro de 2004

“O nascimento do pensamento é igual ao nascimento de uma criança: tudo começa com um ato de amor. Uma semente há de ser depositada no ventre vazio. E a semente do pensamento é o sonho. Por isso os educadores, antes de serem especialistas em ferramentas do saber, deveriam ser especialistas em amor: intérprete dos sonhos”.

Rubem Alves

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS…… **06**

PROJETO DE PESQUISA…… **08**

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO..... **49**

ARTIGO..... **61**

RELATÓRIO PARA A IMPRENSA..... **85**

ANEXOS..... **88**

AGRADECIMENTOS

Diferentemente do que eu pensava, a seção de agradecimentos foi a parte mais difícil de concluir nesta tese. Não que eu tenha pouco a dizer, pelo contrário, tenho muito a agradecer e muitas pessoas a abraçar neste momento tão importante.

Vou começar pelo começo (não reparem a redundância), mas não posso deixar de primeiro agradecer aos meus pais e minha família, por tudo que sou hoje, pelo muito que fizeram por mim, permitindo sempre que todas as condições necessárias para que eu buscasse meus sonhos fossem oferecidas. Sendo assim, mãe e pai, esta vitória também é de vocês, pois mais um sonho foi conquistado. Mas como vocês mesmo me ensinaram, a vida é uma busca constante e espero ter vocês ao meu lado na conquista de muitos outros sonhos. A toda a minha família, pois não tenho dúvidas de que um ambiente fraterno, de amor e amizade, foi fundamental para que eu tivesse total tranqüilidade e segurança para buscar meus sonhos. Meus irmãos, Marcelo e Maurício, muito obrigado.

Um sincero agradecimento à minha namorada Samanta, pelo amor, amizade e paciência, pois não deve ser fácil conviver com um mestrando estressado em período de provas e entrega de trabalhos. Mais do que isso, como já te disse, a segurança e tranqüilidade do nosso amor foram fundamentais para que eu também buscasse os meus sonhos profissionais mais altos. Se eu me lembro bem, se não fosse a tua insistência, eu nem teria feito a seleção para este mestrado. Muito obrigado.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, que com competência conduzem este tão reconhecido curso e, ao me fazerem olhar para trás, vejo o quanto aprendi nestes quase dois anos de convivência, amizade e muito trabalho. Muito obrigado a todos.

Gostaria também de registrar meu sincero agradecimento à professora Iná Santos, pelos comentários durante a revisão do projeto de pesquisa e importantes sugestões no momento da apresentação dos resultados parciais deste estudo durante o seminário de pesquisa. Por tudo, muito obrigado.

À minha orientadora, professora Cora, que me incentivou sempre, cobrou quando necessário, mas acima de tudo, esteve presente em todos os momentos deste trabalho. A tua orientação, teu respeito aos meus posicionamentos e, principalmente, tua competência no momento de maior indefinição sobre os rumos deste estudo foram fundamentais para que obtivéssemos este resultado. Além disso, a amizade e o

carinho demonstrados por ti fazem com que te considere mais do que uma professora, educadora ou orientadora, e sim uma grande amiga. Espero ter o prazer de trabalhar contigo por muitos anos ainda. Um profundo e eterno muito obrigado.

Aos meus colegas que foram parceiros nesta difícil jornada acadêmica e que, assim como eu, passaram por difíceis momentos no decorrer deste curso, mas que sempre estiveram presentes e nunca negaram estender a mão para ajudar quem quer que fosse. Colegas, muito obrigado.

Um agradecimento sincero aos meus amigos e co-orientadores Marcelo Cozzensa, por toda a ajuda na elaboração do projeto de pesquisa e, ao Pedrinho, pelo apoio no momento de analisar e organizar as idéias deste artigo. Sem o auxílio de vocês este trabalho não seria o mesmo. Pela amizade e respeito, a vocês, um muito obrigado.

A todos que não foram citados, mas que de alguma forma contribuíram para a conclusão deste projeto, meu profundo agradecimento.

PROJETO DE PESQUISA

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

INFLUÊNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA NA ADOLESCÊNCIA SOBRE O NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA NA IDADE ADULTA

Projeto de Pesquisa

Mario Renato de Azevedo Júnior

Orientadora: Cora Luiza Pavin Araújo
Co-Orientador: Marcelo Cozzensa da Silva

Pelotas, RS
2003

1- INTRODUÇÃO

O progresso alcançado pela sociedade moderna trouxe uma série de benefícios para o homem. O desenvolvimento tecnológico proporcionou consideráveis avanços em todas as áreas do conhecimento e, no campo da medicina, muitas doenças que um dia foram responsáveis por elevado número de mortes, hoje estão controladas e praticamente extintas.

Importantes alterações resultantes do avanço tecnológico foram observadas no estilo de vida das pessoas que, ao usufruírem as facilidades do progresso, passaram cada vez mais a assumirem padrões de vida sedentários e, deste ponto de vista, pouco saudáveis. A vida moderna deixou de exigir do indivíduo elevado consumo energético, ao facilitar suas atividades básicas.

Os atuais padrões de morbimortalidade mostram que as doenças infecciosas foram substituídas pelas doenças crônico-degenerativas (Barreto & Carmo, 2000). Entre essas, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2, osteoporose, doenças cardíacas, surgem como grandes vilãs da saúde pública.

As evidências de que o sedentarismo e a obesidade estão relacionados com o aumento das prevalências das doenças crônico-degenerativas vêm sendo amplamente discutidas na literatura (Lakka et al., 1994; Greendale et al., 1995; Haapanen-Niemi et al., 1999). Portanto, a identificação de fatores que favoreçam o estilo de vida ativo, em especial no período de lazer, adquire fundamental importância para qualquer iniciativa no que se relaciona à saúde pública.

1.1- Justificativa

Iniciativas em termos de saúde pública muitas vezes se deparam com a dificuldade de promover qualquer mudança de padrões comportamentais em adultos. A aquisição de hábitos saudáveis, como alimentação adequada e prática de atividades físicas, se tornam mais fáceis à medida que são incentivados e consolidados na infância e adolescência.

Entre os fatores que favorecem a determinação de estilos de vida ativos no adulto está a experiência com atividade física na adolescência. Estudos indicam que os adolescentes que se envolvem em atividades físicas têm maior probabilidade de se tornarem adultos ativos (Glenmark et al., 1994; Hirvensalo et al., 2000;Trost et al., 2002; Alfano et al., 2002; Tammelin et al., 2003).

Nesse sentido, as atividades físicas sistematizadas, caracterizadas pela prática regular de uma mesma atividade e que são ótimas opções de práticas físicas nos períodos de lazer, adquirem fundamental importância ao oportunizarem aos jovens o prazer e os benefícios para a saúde, através da atividade física. Na adolescência, escolas, clubes e associações possibilitam o acesso a atividades esportivas mediante formação de equipes, escolinhas e grupos de dança, apresentando caráter competitivo ou não. Da mesma forma, as academias oferecem, entre outras atividades, aulas de ginástica, lutas e musculação. Há ainda quem adquire o hábito de correr, caminhar ou andar de bicicleta, na busca dos benefícios da atividade física.

Considerando a prática de atividades físicas como fonte de relevantes benefícios para a saúde e a experiência com atividades físicas na adolescência, em especial aquelas sistematizadas, como importante fator influenciador do estilo de vida ativo do adulto, é que se justifica a execução deste projeto.

1.2- Revisão de Literatura

Visando identificar estudos sobre a relação da participação em atividades físicas sistematizadas na adolescência e atividade física no adulto, pesquisou-se em diversas bases de dados nacionais e internacionais. O resultado das pesquisas está apresentado abaixo, e os passos seguidos foram: realização das buscas, utilizando diferentes estratégias; leitura minuciosa dos resumos encontrados; identificação dos artigos mais relevantes e aquisição dos artigos relevantes na íntegra.

Estratégias das buscas:

1. Sports/statistics & numerical data AND adolescence
2. Physical fitness in adolescence AND health status
3. Physical fitness in adolescence AND attitude to health
4. Physical activity extracurricular participation
5. Physical activity in adulthood AND adolescent participation in sports
6. International Physical Activity Questionnaire

Resultados

Fonte	Total de resumos encontrados	Total de resumos relevantes
Medline	552	58
ISI Web of Science	76	9
Lilacs	22	3
Adolec	45	2
Total	695	72

1.2.1- Evidências sobre a importância da atividade física para a promoção da saúde

De acordo com Caspersen et al. (1985), atividade física é definida como "qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética, que resulte em um gasto energético".

Pate et al. (1995) e o Colégio Americano de Medicina do Esporte (ACSM, 1998) estabelecem que para o indivíduo obter benefícios para a saúde é necessário que acumule 30 minutos ou mais de atividades físicas de intensidade moderada, na maioria dos dias da semana, ou que se envolva em atividades vigorosas por, no mínimo, 20 minutos, em pelo menos três dias da semana.

As atividades físicas de intensidade moderada são aquelas que possuem entre três e seis equivalentes metabólicos (MET), enquanto que as atividades vigorosas possuem mais de seis METs (Ainsworth et al, 2000; Craig et al, 2003). O Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) classifica como atividades moderadas aquelas que "precisam de algum esforço físico e que fazem respirar um pouco mais forte do que o normal", enquanto que as atividades vigorosas "precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar muito mais forte do que o normal" (Craig et al, 2003).

A obesidade vem sendo considerada uma das principais ameaças à saúde pública no mundo desenvolvido (Bouchard, 2003). A prática da atividade física pode prevenir ou reduzir a obesidade. O aumento do gasto calórico, somado a hábitos alimentares saudáveis, pode representar a manutenção ou a perda de peso (Andersen et al., 1999).

A importância de um estilo de vida ativo, na prevenção de doenças cardíacas, parece estar bem esclarecida. Estudos têm mostrado que os efeitos benéficos da

atividade física ajudam a prevenir o desenvolvimento de doenças do coração (Lakka et al., 1994; NIH Consensus Conference, 1996; Haapanen et al., 1996; Haapanen-Niemi et al., 1999;).

Maiores níveis de atividade representam melhores condições do sistema ósseo. A osteoporose também possui associação com atividade física, visto que a densidade óssea está diretamente associada com o nível de atividade física. (Greendale et al., 1995).

A atividade física parece ter efeito benéfico na prevenção contra o câncer de cólon. White et al. (1996) encontraram associação entre atividade física e câncer de cólon, sendo que a ocorrência da doença foi menor entre as pessoas ativas.

Problemas de ordem emocional, como depressão e angústias, têm associação inversa com a prática de atividades físicas (Camacho et al.,1991; Goodwin, 2003).

Outra constatação importante sobre o efeito da atividade física vem de estudos que têm demonstrado uma relação inversa entre os níveis de atividade física e a mortalidade por todas as causas (Haapanen et al., 1996; Lissner et al., 1996; Andersen et al., 2000).

A mensuração de atividade física pode ser realizada de diferentes maneiras. Em pesquisas de base populacional, o método mais utilizado é o questionário, devido a sua fácil aplicação e baixo custo, se comparado a métodos observacionais, monitores de freqüência cardíaca, sensores de movimento e testes físicos.

Além do método de mensuração a ser utilizado, outro importante fator, a ser considerado, é o critério adotado para determinar o *status* de atividade física. O ponto de corte entre o estilo de vida sedentário e o estilo de vida ativo varia entre os estudos (Steptoe et al., 1997; Pormeleau et al., 2000; Gomes et al. 2001; Martinez-Gonzales et al. 2001; Hallal et al., 2003; Varo et al., 2003). Essa multiplicidade de métodos de

mensuração e de definição do *status* de atividade física dificulta a comparabilidade dos resultados entre os diferentes estudos.

1.2.2- Prevalências de atividade física no período de lazer

Steptoe et al. (1997) estudaram a prática de exercício físico no lazer entre adultos de 18 e 30 anos, em 21 países europeus. Conforme os resultados, a prevalência de exercício físico nas duas semanas precedentes à entrevista foi de 73,2% e 68,3% entre homens e mulheres, respectivamente. A prática de exercício físico, em pelo menos cinco dias, no mesmo período, obteve uma prevalência de 35,5% para os homens e 29,7% entre as mulheres ($p<0,001$). Segundo os autores, exercício físico no período de lazer é um dos poucos comportamentos relacionados à saúde mais prevalentes entre os homens, embora, após análise ajustada para a idade, quatro países (Dinamarca, Finlândia, Hungria e Suécia) apresentaram prevalências maiores entre as mulheres.

Barros et al. (2001) pesquisaram os níveis de atividade física no lazer dos trabalhadores da indústria, no estado de Santa Catarina, Brasil. No total da amostra, 59,0% dos homens e 83,4% das mulheres foram considerados como insuficientemente ativos.

Pormeleau et al. (2000) estudaram a prevalência de inatividade física nos países Bálticos, através de dados de pesquisas nacionais, com amostras representativas de adultos da Estônia, Lituânia e Letônia. Considerando as atividades realizadas no período de lazer, concluíram que aproximadamente metade da amostra (Lituânia: 60%; Letônia: 52%; Estônia: 43%) realizava somente atividades leves, como assistir a televisão, ler ou outras atividades sedentárias. Para ser considerado

fisicamente ativo, o indivíduo deveria envolver-se em atividades moderadas, como caminhadas ou andar de bicicleta, durante pelo menos quatro horas por semana.

Gomes et al. (2001) avaliaram a atividade física em uma amostra probabilística de 4331 indivíduos com 12 anos ou mais, moradores do município do Rio de Janeiro, Brasil. Entre os homens, 59,8% referiram que nunca realizavam atividade física no lazer e, entre as mulheres, o percentual foi de 77,8%. A atividade física no período de lazer foi classificada conforme três categorias: “nunca”, “às vezes” ou “sempre”. Uma limitação deste estudo é a imprecisa definição metodológica sobre as categorias de freqüência de atividade física, em que faltam maiores esclarecimentos sobre o que foram consideradas práticas de atividade física “às vezes” ou “sempre”. De acordo com o estudo, o nível de atividade física cai na idade adulta e, quanto maior a escolaridade, maior a freqüência de atividade física no lazer, em ambos os sexos.

Martinez-Gonzales et al. (2001) ao estudarem 15 países da União Européia, encontraram na Finlândia a maior prevalência de indivíduos ativos no período de lazer (91,9%) e a menor em Portugal (40,7%). A prevalência de homens ativos foi maior em relação às mulheres (75,8% e 71,1% respectivamente). Para determinação do nível de atividade física, os autores multiplicaram o equivalente metabólico de cada atividade (MET) pelo tempo gasto para executá-la. Nessa mesma amostra, Varo et al. (2003) encontraram prevalências de indivíduos ativos que variaram de 56,7%, na Suécia a 12,2%, em Portugal. Para esses autores, foram considerados ativos aqueles indivíduos que utilizavam mais do que 10% da energia gasta no seu tempo de lazer com atividades físicas de intensidade igual ou superior a 4 MET.

Hallal et al. (2003), ao estudarem uma amostra representativa da cidade de Pelotas, Brasil, encontraram uma prevalência de sedentarismo de 41,1%. Nesse

estudo, a exemplo deste projeto, foi utilizado o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) para medir o nível de atividade física dos indivíduos, em que foram considerados sedentários aqueles indivíduos que realizavam menos de 150 minutos por semana de atividades físicas moderadas e vigorosas. A prevalência de sedentarismo, com relação ao hábito de fumar, variou entre os grupos que nunca fumaram (41,9%), ex-fumantes (43,5%), fumantes moderados -20 cigarros ou menos por dia- (37,6%) e fumantes pesados –mais de 20 cigarros por dia- (38,4%). Considerando a situação conjugal dos indivíduos, a prevalência de sedentarismo foi maior entre aqueles que atualmente não possuem companheiro (41,9%) se comparado aos indivíduos com companheiro (40,6%). Tanto para o tabagismo, como para a situação conjugal, as diferenças encontradas não foram significativas, exceto quando consideramos somente as mulheres, onde a prevalência de sedentarismo foi significativamente maior entre mulheres sem companheiro atual (44,8%), se comparado àquelas com companheiro (39,4%) (p=0,02). Nesse estudo, foi medido o nível de atividade física total, considerando todas atividades diárias do indivíduo no trabalho, atividades no lar, transporte e lazer.

1.2.3- Fatores determinantes da prática de atividades físicas em adultos

São muitos os fatores que determinam o estilo de vida ativo em adultos. Trost et al. (2002) realizaram um estudo de revisão sobre os fatores relacionados com a participação de adultos em atividades físicas. Os autores encontraram 38 estudos publicados entre os anos de 1998 e 2000. De acordo com sua revisão, sugerem que os fatores relacionados à atividade física em adultos sejam assim divididos: a) demográficos e biológicos; b) psicológicos, cognitivos e emocionais; c) habilidades e

atributos comportamentais; d) sociais e culturais; e) ambiente físico; f) características da atividade física.

De acordo com Trost et al. (2002), a atividade física diminui com a idade e os homens são consistentemente mais ativos do que as mulheres. No mesmo sentido, Leslie et al. (2001), Martinez-Gonzales et al. (2001), Gomes et al. (2001) e Varo et al. (2003) encontraram resultados que confirmam a associação inversa entre idade e atividade física. A maior prevalência de atividade física entre os homens, comparados às mulheres, também foi relatada no estudo de Steptoe et al. (1997), no qual 35,5% dos homens e 29,7% das mulheres participaram de atividades físicas, por cinco ou mais vezes, nas duas semanas que precederam a pesquisa. Gomes et al. (2001) relataram que 40,2% dos homens e 22,2% das mulheres referiram se envolver às vezes ou sempre em atividades físicas no período de lazer.

Para Trost et al. (2002), baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade estão associados a menores níveis de atividade física. Reforçando tais constatações, a escolaridade também esteve diretamente associada com a atividade física no lazer em outros estudos (Droomers et al., 1998; Pormeleau et al. 2000; Andersen et al., 2000; Martinez-Gonzales et al., 2001; Gomes et al., 2001; Varo et al., 2003).

Segundo Trost et al. (2002), a confiança pessoal na habilidade de ser fisicamente ativo aparece como um consistente fator que influencia os indivíduos na busca por atividades físicas. Além disso, o apoio recebido para a prática regular de atividades físicas vindas dos pais, irmãos, outros membros da família ou amigos está associado a comportamentos ativos. Ainda, segundo os autores, a falta de tempo, de equipamentos, de oportunidades e de segurança estão associados a um estilo de vida sedentário, sendo portanto consideradas como barreiras à prática de atividades físicas. A participação em atividades físicas na infância e adolescência, bem como hábitos

dietéticos saudáveis, possuem uma relação positiva com comportamentos ativos na vida adulta, enquanto que o tabagismo estabelece uma relação negativa.

A influência do ambiente físico sobre a participação em atividades físicas permanece como uma área de elevada prioridade para pesquisas futuras (Trost et al., 2002). As evidências disponíveis, embora limitadas, sugerem que o acesso a instalações para a prática de atividade física, a satisfação com as atividades, a segurança no bairro, o acesso a equipamentos em casa e a freqüente observação de outras pessoas se exercitando podem ser importantes fatores.

Domingues et al., (2002) estudaram o nível de conhecimento da população de Pelotas, Brasil, através de uma amostra representativa, e concluíram que maiores níveis de atividade física estão associados a um nível elevado de conhecimento acerca da importância do exercício físico para a saúde. Entretanto, os autores ressaltam a limitação do delineamento transversal, utilizado no estudo, onde a causalidade reversa impede a afirmação de que as pessoas têm maior conhecimento sobre exercício físico por que são ativas ou, de que são ativas por saberem mais sobre exercício físico.

O Quadro 1 apresenta um resumo dos principais estudos de prevalência e fatores relacionados à atividade física no lazer em adultos.

Quadro 1 - Resumo dos principais estudos de prevalência e fatores relacionados à atividade física (AF) no lazer em adultos.

Autor/Ano	Delineamento	Amostra	Local	Principais Resultados
Steptoe et al., 1997	Transversal	Adultos de 18 a 30 anos	21 países europeus	A prevalência de exercício físico, nas duas semanas que antecederam a entrevista, variou, aproximadamente, entre 60% e 80% entre os países.
Pormeleau et al., 2000	Transversal	6461 indivíduos adultos	Estônia, Lituânia e Letônia	Aproximadamente metade da amostra realizava somente atividades leves no período de lazer, como assistir a televisão, ler ou outras atividades sedentárias. AF esteve positivamente associada com a escolaridade.

Barros, 2001	Transversal	4225 trabalhadores da indústria do Estado de Santa Catarina	Brasil	A prevalência de indivíduos insuficientemente ativos no período de lazer foi de 59,0% entre homens e 83,4% entre as mulheres.
Gomes et al., 2001	Transversal	4331 indivíduos, de ambos os sexos, com 12 anos ou mais	Brasil	Entre os homens, 59,8% referiram que nunca realizavam atividade física no lazer e, entre as mulheres, este percentual foi de 77,8%. AF esteve negativamente associada com a idade. AF esteve positivamente associada com a escolaridade.
Martinez-Gonzales et al., 2001	Transversal	15239 indivíduos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 15 anos	15 países da União Européia	A maior prevalência de indivíduos ativos foi encontrada na Finlândia (91,9%) e, a menor, em Portugal (40,7%). A prevalência de atividade física foi maior entre os homens (75,8%) se comparado às mulheres (71,1%). AF esteve negativamente associada com a idade e positivamente associada com a escolaridade.
Trost et al., 2002	Estudo de revisão	Adultos	Estados Unidos	O nível de AF diminui com a idade e os homens são consistentemente mais ativos do que as mulheres. AF do adulto esteve positivamente associada com nível socioeconômico, escolaridade, AF e hábitos dietéticos saudáveis na infância e adolescência. Tabagismo esteve negativamente associado com AF do adulto.
Hallal et al., 2002	Transversal	3182 adultos, com 20 anos ou mais	Brasil	A prevalência de sedentarismo foi de 41,1%, considerando todas as atividades desenvolvidas no trabalho, transporte e lazer.
Domingues et al., 2002	Transversal	3182 adultos, com 20 anos ou mais	Brasil	Maiores níveis de AF estão associados ao nível de conhecimento sobre a importância do exercício físico para a saúde.
Varo et al., 2003	Transversal	15239 indivíduos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 15 anos	15 países da União Européia	A maior prevalência de indivíduos ativos foi encontrada na Suécia (56,7%) e, a menor, em Portugal (12,2%). AF esteve negativamente associada com a idade e positivamente associada com a escolaridade.

1.2.4- A atividade física na adolescência e sua influência na determinação de estilos de vida ativo no adulto

Os motivos que determinam um padrão de vida sedentário, a partir da adolescência, são muitos. Sallis et al. (2000), em um estudo de revisão, encontraram, como fatores associados à atividade física, entre adolescentes, variáveis psicológicas, comportamentais, sociais e ambientais.

Estiveram positivamente associados com a prática de atividades físicas entre adolescentes: o aconselhamento para a prática de atividade física; o interesse em ser ativo; a competência percebida para o desempenho das atividades; as experiências anteriores com atividades físicas; o apoio dos pais e de outras pessoas importantes, como irmãos e amigos e as oportunidades oferecidas para a prática de atividades físicas. De acordo com os autores, a depressão e o sedentarismo, no período após a escola ou finais de semana, estiveram negativamente associados com a atividade física entre os adolescentes.

As atividades esportivas organizadas são excelentes oportunidades para os adolescentes se envolverem em atividades físicas. Estas podem ser oferecidas por clubes, academias, associações e pela escola, mediante formação de equipes, escolinhas esportivas e grupos de dança. Segundo Boreham et al (1997), aulas de Educação Física, assim como a participação em esportes extracurriculares, podem exercer um importante papel na promoção de saúde e aptidão, a longo prazo, em crianças. De acordo com Vilhjamsson & Thorlindsson (1997), ao estudarem fatores relacionados à atividade física em escolares de 15 e 16 anos, concluíram que os adolescentes que percebem as melhoras produzidas pelo exercício e esporte são significativamente mais ativos e, aqueles satisfeitos com as aulas de Educação Física, são mais ativos fora da escola.

A atividade física decresce com o aumentar da idade na adolescência (Telama & Yang, 2000; Pate et al. 2002). O interesse, nestes resultados, se justifica pelo fato de que o nível de atividade física, nesta faixa etária, tem sido reportado como um forte preditor de um estilo de vida ativo no adulto (Taylor et al., 1999; Hirvensalo et al., 2000; Alfano et al., 2002; Tammelin et al., 2003).

Pate et al. (2002), identificaram claramente o declínio da atividade física em seu estudo com escolares de sete a 16 anos, sendo que os mais jovens apresentaram 100% de prática de atividades físicas em pelo menos cinco dias da semana e no mínimo 60 minutos por dia, conforme as recomendações do "United Kingdom Expert Consensus Group", caindo para 29,4% aos dezesseis anos.

Na mesma direção, Telama & Yang (2000) avaliaram 2309 crianças e adolescentes de nove, 12, 15 e 18 anos, em 1980, e repetiram as avaliações nos mesmos indivíduos em 1983, 1986 e 1989. Encontraram que o decréscimo da atividade física e da participação específica em esportes começa a partir dos 12 anos de idade.

No "Youth Risk Behavior Surveillance" – Estados Unidos 2001- (CDC, 2002) cerca de dois terços (64,6%) dos estudantes do âmbito nacional participaram em atividades que os fizeram suar e respirar com dificuldade por, no mínimo, 20 minutos, em pelo menos três dias (definição de atividades físicas vigorosas) na semana que antecedeu à pesquisa. No total, os meninos foram mais ativos (72,6%) do que as meninas (57,0%).

Aarnio et al. (2002), em estudo longitudinal com três anos de acompanhamento, observaram as mudanças no padrão de atividade física no lazer em adolescentes aos 16, 17 e 18 anos. Entre seus resultados, destaca-se que somente 19,1% dos meninos e 11,2% das meninas foram considerados muito ativos (atividade

física em quatro dias ou mais na semana) no período de três anos. Do total da amostra, 35,2% dos meninos e 20,5% das meninas relataram participar de esportes organizados (que envolvem competição), sendo que deste grupo, 80,4% e 61,2%, de meninos e meninas respectivamente, foram considerados muito ativos nos três anos de acompanhamento. A adesão à prática de atividade física no período de lazer foi maior entre aqueles que participavam de esportes organizados, sendo a razão de "odds" de 13,2 para os meninos e 8,9 para as meninas se comparados àqueles que não participavam de esportes organizados, destacando assim a forte correlação entre esportes e padrões de atividade física persistentes. Segundo os autores, a participação em atividades esportivas organizadas, no período de lazer, sem competição, deveria ser estimulado para aqueles que não têm vontade de competir.

Com relação à influência da atividade física durante a adolescência na determinação do estilo de vida do adulto, Hirvensalo et al. (2000) estudaram a continuidade da atividade física entre homens e mulheres de 65 a 84 anos. A coleta dos dados ocorreu nos anos de 1988 (linha de base) e 1996. De acordo com os resultados, cerca de 16% dos indivíduos permaneceram ativos nos oito anos de acompanhamento. Em ambos os sexos, a participação em atividades esportivas competitivas, na idade de 10 a 19 anos, esteve positivamente associada com a manutenção de elevados níveis de atividade física na vida adulta. Na análise retrospectiva, a participação em atividades esportivas competitivas durante um determinado período de idade (10-19; 20-39; 40-64) esteve fortemente associada com a participação no período seguinte.

Alfano et al. (2002) estudaram uma amostra de 486 mulheres, com idades entre 18 e 39 anos, e encontraram uma associação positiva entre a participação em

atividades esportivas na adolescência e o nível de atividade física na idade adulta, enquanto que para a obesidade, a associação foi negativa.

Tammelin et al. (2003) entrevistaram 7794 homens e mulheres da coorte de nascimento de 1966 do norte da Finlândia, aos 14 e 31 anos de idade. Os autores encontraram uma associação positiva entre a frequência de atividades esportivas na adolescência (duas vezes na semana para homens e uma vez para mulheres) e o elevado nível de atividade física enquanto adulto. Segundo os autores, a participação dos homens em esportes com bola, outros esportes de intensa resistência (corridas de longa duração), de combate e "track and field" (provas de atletismo que envolvem corridas, saltos e lançamentos) estão associados com níveis de atividade física elevados, ou muito elevados, na idade adulta. O mesmo aplica-se a mulheres que praticavam equitação, corrida de orientação (emprega o auxílio de mapas e bússolas para orientar o percurso), "track and field", ciclismo, ginásticas e corridas. Neste estudo, nível elevado de atividade física foi caracterizado pelo envolvimento em atividades físicas que fazem suar e respirar com dificuldade, por duas ou três vezes na semana, em seções de, no mínimo, 20 minutos, enquanto que para alcançar o nível muito elevado, a freqüência de atividade física deveria ser superior a quatro seções semanais. Entre os homens, 40% dos indivíduos que jogavam futebol aos 14 anos praticavam o mesmo tipo de esporte aos 31 anos.

Ainda sobre a influência da atividade física na infância e adolescência na determinação de estilos de vida ativo na idade adulta, cabe destacar o estudo de Taylor et al. (1999), que avaliaram a associação entre experiências com esportes individuais e coletivos ou atividades físicas informais com o nível de atividade física em homens adultos de 32 a 60 anos. Esses autores encontraram uma associação negativa entre atividades físicas impostas na infância (6-12 anos) e o nível de

atividade física no adulto; enquanto que a associação entre o encorajamento para a prática de atividades físicas na adolescência entre os 13 e 18 anos e o nível de atividade física no adulto foi positiva.

O Quadro 2 apresenta um resumo dos principais estudos que abordaram a atividade física na adolescência e sua associação com a atividade física no adulto.

Quadro 2 - Resumo de estudos sobre atividade física (AF) na adolescência e sua associação com a atividade física do adulto.

Autor/Ano	Delineamento	Amostra	Local	Principais Resultados
Vilhjamsson & Thorlindsson, 1997	Transversal	1200 escolares de 15 e 16 anos	Islândia	Adolescentes que percebem as melhoras produzidas pelo exercício e esporte são significativamente mais ativos e aqueles satisfeitos com as aulas de Educação Física são mais ativos fora da escola.
Taylor et al., 1999	Transversal	105 homens com idades entre 32 e 60 anos	Estados Unidos	Quando encorajado, a prática do exercício na adolescência esteve diretamente relacionada à AF no adulto.
Sallis et al., 2000	Estudo de Revisão	Adolescentes de 10 a 19 anos	Estados Unidos	Estiveram positivamente associados com AF entre adolescentes, o aconselhamento para a prática de AF, o interesse em ser ativo, a competência percebida para o desempenho de AF, as experiências anteriores com AF, o apoio dos pais e de outras pessoas importantes, como irmãos e amigos e as oportunidades oferecidas para a prática de AF. Depressão e sedentarismo no período após a escola ou finais de semana estiveram negativamente associados com a AF entre os adolescentes.
Hirvensalo et al., 2000	Coorte	1224 adultos com idades entre 65 e 84 anos	Finlândia	Cerca de 16% dos indivíduos permaneceram ativos no período de 8 anos e, a participação em atividades esportivas competitivas na idade de 10 a 19 anos esteve positivamente associada com a manutenção de elevados níveis de atividade física na vida adulta.
Telama & Yang, 2000	Longitudinal	2309 crianças e adolescentes de 9, 12, 15 e 18 anos	Finlândia	O decréscimo da atividade física e da participação específica em esportes começa a partir dos 12 anos de idade.

CDC, 2002	Transversal	Amostra representativa de estudantes de 50 Estados e do Distrito de Columbia	Estados Unidos	Cerca de dois terços (64,6%) dos estudantes do âmbito nacional participaram de atividades físicas vigorosas por, no mínimo, 20 minutos, em pelo menos três dias, na semana que antecedeu a entrevista.
Alfano et al., 2002	Transversal	486 mulheres com idades entre 18 e 39 anos	Estados Unidos	A participação em esportes organizados na infância está associada a baixos valores de IMC e altos níveis de atividade física no adulto
Pate et al., 2002	Transversal	375 escolares de 7 a 16 anos	Estados Unidos	Identificaram o declínio da atividade física com o ganho de idade, caindo de 100%, aos 7 anos, para 29,4% aos 16 anos.
Aarnio et al., 2002	Longitudinal	1557 homens e 1697 mulheres com idades de 16, 17 e 18 anos	Finlândia	Somente 19,1% dos meninos e 11,2% das meninas foram considerados muito ativos nos três anos de acompanhamento.. A adesão à prática de AF no período de lazer foi maior entre aqueles que participavam de esportes organizados.
Tammelin et al., 2003	Coorte	7794 homens e mulheres	Finlândia	Associação positiva entre o envolvimento com atividades esportivas na adolescência e o elevado nível de atividade física enquanto adulto

1.3- Definição de Termos

Para a melhor compreensão deste projeto, segue abaixo a definição de alguns termos importantes utilizados neste trabalho.

* ***Atividade física suficiente para a obtenção de benefícios para a saúde:***

Serão considerados suficientemente ativos aqueles indivíduos que se envolveram com atividades físicas moderadas ou vigorosas por um período igual ou superior a 150 minutos na última semana (Pate, 1995; ACSM, 1998).

* ***Atividades físicas sistematizadas na adolescência***

São atividades físicas, esportivas ou não, realizadas no período de lazer. Podem ser desenvolvidas na escola, clubes, academias, associações, equipes do bairro ou por conta própria, desde que mantida uma freqüência regular por, no mínimo, seis meses consecutivos. Na escola, somente serão consideradas as atividades extracurriculares.

2- OBJETIVOS

2.1- Objetivo Geral

Avaliar a associação entre a participação em atividades físicas sistematizadas na adolescência e prática atual de atividade física no lazer .

2.2- Objetivos Específicos

- Determinar a prevalência da prática de atividade física no lazer;

- Investigar a associação entre a prática de atividade física no lazer com as seguintes variáveis:
    - demográficas: sexo, idade e cor da pele;
    - socioeconômicas: nível econômico, escolaridade e situação conjugal;
    - comportamentais: tabagismo e participação em atividades físicas sistematizadas na adolescência.

- Avaliar a associação entre a participação em atividades físicas sistematizadas na adolescência e prática atual de atividade física no lazer segundo sexo, cor da pele, idade, nível econômico, escolaridade, situação conjugal e tabagismo.

3- HIPÓTESES

- A prevalência de indivíduos suficientemente ativos durante o período de lazer será aproximadamente 30%;

- Indivíduos do sexo masculino, de cor branca, com idade inferior a 30 anos, que nunca fumaram e sem companheiro apresentam maior freqüência de prática de atividade física;

- Atividade física no período de lazer estará positivamente associada com escolaridade e nível econômico;

- A participação em atividades físicas sistematizadas durante a adolescência está positivamente associada com prática de atividade física no lazer do adulto, diminuindo conforme a idade;

- Indivíduos de cor branca, nível econômico e escolaridade alta e que participaram de atividades físicas sistematizadas na adolescência são adultos mais ativos.

4- MARCO TEÓRICO

A atividade física é considerada como um dos principais fatores que favorecem a um estilo de vida saudável, podendo atuar de forma preventiva ou curativa para muitas doenças. Entretanto, os indivíduos da sociedade moderna têm cada vez menos praticado atividades físicas.

As barreiras que impedem os indivíduos de se engajarem em uma prática regular de atividades físicas são inúmeras. Além da falta de conhecimento sobre os benefícios da atividade física, motivos como falta de tempo e equipamentos, pouco ou nenhum incentivo, falta de dinheiro, poucas opções de espaços para a realização de atividades, entre outros, são referidas na literatura (Trost et al., 2002). Por outro lado, alguns fatores favorecem a prática regular de atividades físicas, tais como a busca pela melhora ou manutenção da saúde, motivos estéticos ou envolvimento social (Myers & Roth, 1997).

As atividades físicas realizadas no tempo de lazer são aquelas que melhor caracterizam o verdadeiro estado de quão ativo um indivíduo é, pois partem de uma opção pessoal à busca de atividades, com o objetivo de encontrar o prazer ou os benefícios para a saúde que elas proporcionam.

De modo a facilitar e melhor orientar o processo de determinação do desfecho, foi criado para este estudo um modelo teórico. O modelo empregado propõe que até o desfecho, prática atual de atividades físicas, exista uma cadeia de determinantes hierarquizados, os quais são os principais fatores envolvidos na prática de atividade física nos indivíduos adultos.

No ponto mais elevado da cadeia, no nível distal, encontram-se as variáveis demográficas, representadas pelo sexo, cor da pele e idade. Essas, por si só, são capazes de determinar o desfecho. Ao considerarmos o sexo dos indivíduos, espera-se

que os homens realizem mais atividade física no tempo de lazer. Em relação à cor da pele, as pessoas brancas tendem a ser mais ativas porque os brancos representam, na sua maioria, as classes mais favorecidas financeiramente. De acordo com a idade, espera-se que a atividade física assuma uma relação inversa, pois como muitos estudos comprovam, os níveis de atividade física caem com o passar dos anos (Leslie et al. 2001; Martinez-Gonzales et al. 2001; Gomes et al. 2001; Varo et al. 2003).

As variáveis demográficas influenciam as variáveis socioeconômicas, escolaridade, nível econômico e situação conjugal, localizadas no 2º nível. Entre os determinantes do *status* de atividade física no lazer, as condições econômicas tendem a ser um importante fator, pois melhores condições financeiras proporcionam mais opções de atividades, como freqüência a academias e clubes esportivos. Da mesma maneira, quanto maior a escolaridade, mais oportunidades de conhecimento sobre a importância da atividade física e, conseqüentemente, maior busca pela prática. Em relação à situação conjugal, pessoas sem companheiro atual tendem a ser mais ativas no seu período de lazer.

No nível proximal, encontra-se a variável comportamental referente ao hábito de tabagismo, onde se espera que indivíduos que nunca fumaram apresentem maiores níveis de atividade física.

Sem receber influência das variáveis do primeiro e segundo níveis e, localizada ao lado da cadeia principal, encontra-se a variável atividade física sistematizada na adolescência, que por si só, irá determinar o desfecho.

Um estilo de vida ativo na fase adulta sofre forte influência do estilo de vida desempenhado na adolescência. Estudos mostram que adolescentes ativos tendem a tornarem-se adultos ativos (Glenmark et al., 1994; Hirvensalo et al., 2000;Trost et al., 2002; Alfano et al., 2002; Tammelin et al., 2003). Sendo assim, as oportunidades e o

apoio para que o adolescente participe de atividades físicas assumem um importante papel na determinação do seu futuro.

As atividades físicas sistematizadas oferecidas no período de lazer, caracterizadas pela prática regular de uma mesma atividade, são alternativas importantes para a prática regular de atividades físicas entre os adolescentes. Entre elas, as atividades desenvolvidas na escola, mediante formação de escolinhas, equipes esportivas ou grupos de dança são excelentes opções de atividades de lazer para adolescentes. Clubes, associações e academias também contribuem com a oferta de atividades regulares.

As oportunidades de atividades físicas sistematizadas podem ter importante influência na adoção de um estilo de vida ativo na adolescência, e conseqüentemente, na vida adulta.

5- MODELO TEÓRICO

6- METODOLOGIA

6.1- Delineamento

O delineamento do estudo será do tipo transversal, de base populacional, na área urbana da cidade de Pelotas-RS. O delineamento transversal foi escolhido por atender aos objetivos do estudo e as exigências do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, visto que a pesquisa será organizada pelos dezesseis alunos mestrandos do curso, em forma de consórcio.

6.2- População de estudo

Indivíduos com 20 anos ou mais, de ambos os sexos, residentes na zona urbana da cidade de Pelotas.

6.3- Amostragem

Cada mestrando participante do consórcio realizou cálculos de tamanho de amostra que atendessem aos objetivos gerais e específicos de seus projetos, incluindo estimativas para prevalência e associação. De forma a facilitar a logística do trabalho de campo e, também para diminuir os custos deste processo, optou-se por utilizar uma amostra por conglomerados. Para definição dos conglomerados, foi utilizada a grade de setores censitários do Censo Demográfico de 2000.

A partir desses resultados, verificou-se que o número de domicílios que atenderia aos objetivos de todos seria de 1400, considerando os acréscimos de 10% para perdas e recusas e 15% para controle de fatores de confusão. Em função da necessidade de reduzir os efeitos de delineamento, baseado em estudos anteriores que utilizaram 20 domicílios por setor, decidiu-se amostrar 10 domicílios em cada um dos setores selecionados. De forma a se obter um número igual de setores para os 16 mestrandos participantes do consórcio, em vez de 140 setores, aumentou-se a amostra para 144 setores (9 por mestrando), resultando num total de 1440 domicílios.

Para cada um dos 404 setores censitários (foram excluídos 4 setores especiais), foi calculada a renda média do chefe do domicílio. Os setores foram então colocados em ordem crescente, e foi calculado o número cumulativo de domicílios do primeiro ao último setor. O número total de domicílios (92407) foi dividido por 144 de forma a se obter o pulo para a seleção sistemática a ser realizada, que foi 642. O número 88 foi selecionado aleatoriamente, entre 1 e 642, usando o Stata 8.0,

determinando o primeiro setor a ser incluído na amostra – aquele que incluía o 88º domicílio. Ao número 88 foi adicionado 642, de forma que o segundo setor selecionado foi o que incluía o 730º domicílio. Este processo foi repetido até que o número obtido superasse o total de domicílios. Neste ponto, 144 setores haviam sido selecionados. Esta amostragem sistemática de setores ordenados pela renda média do chefe do domicílio equivale a um processo de estratificação.

A seleção de domicílios dentro de cada setor selecionado seguiu uma lógica semelhante à seleção de setores. O número de domicílios do setor registrado pelo Censo Demográfico de 2000 foi dividido por 10 (o número de domicílios desejados) de forma a se obter o pulo. Um número entre 1 e o pulo de cada setor foi determinado de forma aleatória, sendo este o primeiro domicílio. Os domicílios seguintes foram determinados pela adição do valor do pulo, repetindo o processo até o fim do setor. Cada setor estudado teve seus domicílios enumerados para esta seleção, sendo que a estratégia descrita acima foi aplicada à lista obtida para cada setor. Em caso de aumento do número de domicílios em relação ao Censo, foram selecionados mais do que os 10 domicílios inicialmente planejados. O oposto ocorreu nos setores onde houve redução do número de domicílios.

6.4- Critérios de Exclusão

Não serão incluídos no estudo indivíduos institucionalizados (asilos, hospitais, prisões, etc.) ou indivíduos com incapacidade motora severa (tetraplégicos, paralisia cerebral, etc).

6.5- Cálculo do Tamanho da Amostra

6.5.1. Para determinação da prevalência de atividade física no período de lazer

Prevalência estimada: 30%

Erro aceitável: 4 pontos percentuais

Nível de confiança: 95%

Número de pessoas: 504

Acréscimo para perdas e recusas: + 10% = 555

Efeito do delineamento: 3,6

Amostra necessária: 1998

6.5.2. Para estudo de associação entre atividade física no período de lazer e as diversas exposições

Para os seguintes cálculos, foram utilizados um Nível de Confiança de 95% e Poder estatístico de 80%. Na amostra final há o acréscimo de 10% para perdas e recusas e 15% para controle de fatores de confusão, considerando um efeito de delineamento de 3,6.

Quadro 3- Cálculo do tamanho de amostra para as exposições a serem estudadas

Exposição	Razão não exposto/ exposto	Risco relativo	Frequência no grupo não exposto	Total	Amostra final
Escolaridade Alta	85:15	2,0	26%	227	*1035*
Idade 20-29	80:20	2,0	22%	235	*1073*
Nível econômico Alto	76:24	2,0	26%	163	*746*
Sexo Masculino	50:50	2,0	25%	130	*592*
Cor da pele Branca	12:88	2,0	25%	292	*1333*
Tabagismo Nunca fumou	47:53	2,0	25%	132	*602*
Situação Conjugal Sem companheiro	61:39	2,0	25%	136	*620*
Atividades Físicas Sistematizadas na adolescência	70:30	2,0	25%	153	*670*

6.6- Variáveis a serem estudadas

*** Desfecho**

- Atividade física suficiente para a obtenção de benefícios para a saúde.

*** Variáveis independentes**

- Variáveis demográficas

  - idade;

  - sexo;

  - cor da pele.

- Variáveis socioeconômicas
  - nível econômico;

  - escolaridade;

  - situação conjugal.

-Variáveis comportamentais
  - tabagismo;

  - participação em atividades físicas sistematizadas na adolescência;

  - razão para a prática de atividade física sistematizada na adolescência;

  - razão para a prática atual de atividade física no lazer.

6.7- Quadro de Variáveis

Variável	Definição	Tipo de Variável
Idade	Anos completos	Numérica
Sexo	Masculino Feminino	Categórica binária
Cor da pele	Branca Não branca	Categórica binária
Nível econômico ANEP	Em 5 níveis (A,B,C,D e E)	Categórica ordinal
Escolaridade	Anos completos de estudo	Numérica
Situação Conjugal	Com companheiro atual Sem companheiro atual	Categórica binária

Tabagismo	Nunca fumou Ex-fumante Fumante atual	Categórica
Participação em atividades físicas sistematizadas na adolescência	Sim Não	Categórica binária
Razão para a prática de atividades físicas sistematizadas na adolescência	Opção pessoal Imposição	Categórica
Razão para a prática atual de atividade física no lazer	Orientação médica Porque gosta Porque acha importante para a saúde	Categórica
Nível de atividade física	Atividade física suficiente Baixa atividade física	Categórica binária

6.8- Definição operacional do desfecho

- Atividade física suficiente para a obtenção de benefícios para a saúde: Para a verificação do nível de atividade física serão utilizadas as questões referentes às atividades físicas no lazer do Questionário Internacional de Atividades Físicas (IPAQ) – versão longa. Serão considerados suficientemente ativos aqueles indivíduos que alcançarem escore igual ou superior a 150 minutos, na última semana, de atividades físicas moderadas ou vigorosas (Pate, 1995; ACSM, 1998). O tempo gasto com atividades vigorosas deve ser multiplicado por dois (Craig, 2003).

6.9- Definição operacional da exposição

- Participação em atividades físicas sistematizadas durante a adolescência (10 a 19 anos): ter participado da mesma atividade física regularmente, por no mínimo seis meses consecutivos. Serão consideradas: competições e treinamentos de futebol, futsal, voleibol, basquete, atletismo, handebol, lutas, natação, ginástica olímpica/artística, ginástica rítmica desportiva, ciclismo, "mountain bike", ensaios e apresentações de dança, aulas de ginástica, hidroginástica, caminhadas, corridas e musculação. Tais atividades podem ser desenvolvidas na escola, clubes, academias, associações ou equipes do bairro que disputam competições. Na escola, somente serão consideradas as atividades extracurriculares.

6.10- Instrumento

O instrumento a ser utilizado para medir a prática de atividade física será o International Physical Activity Questionnaire (Questionário Internacional de Atividades Físicas) - IPAQ – versão longa, proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC). O IPAQ foi desenvolvido pelo Internacional Consensus Group (Craig et al. 2003), entre 1997 e 1998, com o objetivo de ser uma adequada medida de níveis de atividade física populacionais, para adultos de 18 a 65 anos, para vários países.

Como o interesse deste estudo está focado nas atividades desempenhadas no período de lazer, utilizaremos somente a seção 4 do questionário - Atividades Físicas de Recreação, Esporte, Exercício e de Lazer- composta de seis perguntas que verificam a prática de atividades físicas por um período de sete dias.

6.11- Seleção e Treinamento dos Entrevistadores

Serão selecionadas entrevistadoras com pelo menos dezoito anos e segundo grau completo para realizarem a coleta dos dados. O processo de seleção contará com avaliação curricular, entrevistas e prova teórica.

As candidatas inicialmente selecionadas participarão de um treinamento específico, que incluirá leitura e discussão dos instrumentos a serem aplicados.

Após o treinamento, aproximadamente 96 entrevistadoras serão selecionadas para a última fase do processo de seleção, que consiste na realização do estudo-piloto, sob a supervisão dos mestrandos.

6.12- Estudo-Piloto

Nesta etapa, serão realizadas a última avaliação e testagem do questionário numa situação real de trabalho de campo. Das 96 entrevistadoras, 32 ficarão encarregadas da coleta de dados, e 64 ficarão como entrevistadoras suplentes.

A seleção final será feita com base na avaliação do desempenho das entrevistadoras no estudo-piloto.

6.13- Logística

Cada entrevistadora deverá entrevistar, em média, três domicílios por dia (cerca de 8 indivíduos). A supervisão dos setores censitários será dividida entre os dezesseis mestrandos. Semanalmente, haverá reunião com as entrevistadoras para esclarecimento de dúvidas e revisão dos questionários e do andamento do trabalho de campo.

6.14- Controle de Qualidade

O controle de qualidade será realizado pelos alunos mestrandos, com re-visita de 10% dos domicílios, sorteados aleatoriamente, com aplicação de um questionário reduzido para a verificação de possíveis erros ou respostas falsas. Ainda, os questionários serão revisados atentamente para o controle de possíveis erros no preenchimento.

6.15- Coleta, digitação e análise de consistência

Os entrevistadores visitarão as casas sorteadas no processo de amostragem e entrevistarão todos os indivíduos residentes naquele domicílio que preencham os requisitos da amostra. Caso um ou mais possíveis entrevistados não estejam em casa no momento, as entrevistas serão agendadas e as casas novamente visitadas. Caso o morador se recuse a responder o questionário, serão realizadas mais duas tentativas, em dias e horários diferentes, pelo entrevistador. Caso a recusa persista, uma última tentativa será feita pelo supervisor do setor.

Os dados coletados serão digitados duas vezes e em seguida será feita a comparação das duas digitações. Para a digitação dos dados será utilizado o *software* EPI-INFO versão 6, com checagem automática de amplitude e consistência. Com estas etapas pretende-se corrigir falhas que possam ter ocorrido durante a digitação e/ou que tenham escapado à correção da codificação. Ao final deste processo, estará finalizado o banco de dados a ser analisado.

.

6.16- Análise Estatística

O plano de análise proposto define as seguintes etapas: inicialmente será realizada a análise univariada de todos os dados coletados, com cálculo das medidas de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas e de proporções para as variáveis categóricas. A seguir, processar-se-á a análise bivariada, subsidiada pelo modelo teórico da pesquisa, aplicando teste Qui-quadrado e Tendência Linear para variáveis categóricas.

- Nível distal: variáveis demográficas
- Nível intermediário: variáveis socioeconômicas
- Nível proximal: variáveis comportamentais
- Desfecho: prática atual de atividades físicas suficientes para a obtenção de benefícios para a saúde.

A associação entre a exposição *participação em atividades físicas sistematizadas na adolescência* com o desfecho será analisada separadamente, tendo em vista que não faz parte da cadeia principal proposta pelo modelo teórico.

Através de regressão logística, serão avaliados os fatores associados para a prática suficiente de atividades físicas no lazer ajustando para fatores de confusão.

A análise dos dados será realizada com o programa STATA 7.0.

6.17- Aspectos Éticos

O estudo será submetido à Comissão Científica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

Aos entrevistados será solicitado somente consentimento informado verbal, visto que não haverá procedimentos que ponham em risco a integridade física dos indivíduos.

6.18- Financiamento

Este estudo está inserido em um consórcio de mestrado, sendo financiado pelo programa de Pós Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas e pelos alunos mestrandos.

6.19- Divulgação dos resultados

Os resultados do estudo serão divulgados através da apresentação da dissertação, necessária à obtenção do título de Mestre em Epidemiologia, pela publicação total ou parcial dos achados em periódicos científicos, e na imprensa local.

7- CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

	2003						2004											
Etapas	**J**	**A**	**S**	**O**	**N**	**D**	**J**	**F**	**M**	**A**	**M**	**J**	**J**	**A**	**S**	**O**	**N**	**D**
Elaboração do projeto																		
Revisão de literatura																		
Preparação do instrumento																		
Planejamento Logístico																		
Seleção dos entrevistadores																		
Treinamento dos entrevistadores																		
Estudo-piloto																		
Coleta dos dados																		
Revisão dos questionários																		
Controle de qualidade																		
Digitação dos dados																		
Limpeza dos dados																		
Análise de consistência																		
Análise dos dados																		
Redação do artigo																		
Entrega/defesa da dissertação																		

8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Aarnio M, Winter T, Peltonen J, Kujala UM, Kaprio J. Stability of leisure-time physical activity during adolescence--a longitudinal study among 16-, 17- and 18-year-old Finnish youth. Scand J Med Sci Sports 2002;12(3):179-85.

2- Ainsworth BE, Haskell WL, Whitt MC, Irwin ML, Swartz AM, Strath SJ, et al. Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. Med Sci Sports Exerc 2000;32(9 Suppl):S498-504.

3- Alfano CM, Klesges RC, Murray DM, Beech BM, McClanahan BS. History of sport participation in relation to obesity and related health behaviors in women. Prev Med 2002;34(1):82-9.

4- American College of Sports Medicine. Position Stand: The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults. Med Sci Sports Exerc 1998;30(6):975-91.

5- Andersen RE, Wadden TA, Bartlett SJ, Zemel B, Verde TJ, Franckowiak SC. Effects of lifestyle activity vs structured aerobic exercise in obese women: a randomized trial. Jama 1999;281(4):335-40.

6- Andersen LB, Schnohr P, Schroll M, Hein HO. All-cause mortality associated with physical activity during leisure time, work, sports, and cycling to work. Arch Intern Med 2000;160(11):1621-8.

7- Barreto ML, Carmo EH. Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. In: CA M, editor. Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. 2 ed. São Paulo-Brasil: Hucitec; 2000. p. 7-32.

8- Barros MV, Nahas MV. [Health risk behaviors, health status self-assessment and stress perception among industrial workers]. Rev Saude Publica 2001;35(6):554-63.

9- Boreham CA, Twisk J, Savage MJ, Cran GW, Strain JJ. Physical activity, sports participation, and risk factors in adolescents. Med Sci Sports Exerc 1997;29(6):788-93.

10- Bouchard C. Introdução. In: Bouchard C, editor. Atividade Física e Obesidade. Barueri,SP-Brasil: Manole; 2003. p. 3-22.

11- Camacho TC, Roberts RE, Lazarus NB, Kaplan GA, Cohen RD. Physical activity and depression: evidence from the Alameda County Study. Am J Epidemiol 1991;134(2):220-31.

12- Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Health Rep 1985;100(2):126-31.

13- CDC. Centers for Disease Control and Prevention - Youth Risk Behavior Surveillance - United States 2001. In: Surveillance Summaries - MMWR; 2002.

14- Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. Med Sci Sports Exerc 2003;35(8):1381-95.

15- Domingues, MR; Araújo, CLP; Gigante, DP. Conhecimento da população sobre exercício físico. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pelotas – Mestrado em Epidemiologia, Pelotas, 2002.

16- Droomers M, Schrijvers CT, van de Mheen H, Mackenbach JP. Educational differences in leisure-time physical inactivity: a descriptive and explanatory study. Soc Sci Med 1998;47(11):1665-76.

17- Glenmark B, Hedberg G, Jansson E. Prediction of physical activity level in adulthood by physical characteristics, physical performance and physical activity in adolescence: an 11-year follow-up study. Eur J Appl Physiol Occup Physiol 1994;69(6):530-8.

18- Gomes VB, Siqueira KS, Sichieri R. Atividade física em uma amostra propabilística da população do município do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública 2001;17(4):969-976.

19- Goodwin RD. Association between physical activity and mental disorders among adults in the United States. Prev Med 2003;36(6):698-703.

20- Greendale GA, Barrett-Connor E, Edelstein S, Ingles S, Haile R. Lifetime leisure exercise and osteoporosis. The Rancho Bernardo study. Am J Epidemiol 1995;141(10):951-9.

21- Haapanen N, Miilunpalo S, Vuori I, Oja P, Pasanen M. Characteristics of leisure time physical activity associated with decreased risk of premature all-cause and cardiovascular disease mortality in middle-aged men. Am J Epidemiol 1996;143(9):870-80.

22- Haapanen-Niemi N, Vuori I, Pasanen M. Public health burden of coronary heart disease risk factors among middle-aged and elderly men. Prev Med 1999;28(4):343-8.

23- Hallal PC; Victora, CG; Wells, JCK; Lima, RC. Physical Inactivity: Prevalence and Associated Variables in Brazilian Adults. Medicine and Science in Sports and Exercise 2003; 35(11): *in press*.

24- Hirvensalo M, Lintunen T, Rantanen T. The continuity of physical activity--a retrospective and prospective study among older people. Scand J Med Sci Sports 2000;10(1):37-41.

25- IPAQ (Questionário Internacional de Atividade Física). www.celafiscs.com.br/docs/IPAQ versão longa.doc

26- Kaplan GA, Strawbridge WJ, Cohen RD, Hungerford LR. Natural history of leisure-time physical activity and its correlates: associations with mortality from all causes and cardiovascular disease over 28 years. Am J Epidemiol 1996;144(8):793-7.

27- Lakka TA, Venalainen JM, Rauramaa R, Salonen R, Tuomilehto J, Salonen JT. Relation of leisure-time physical activity and cardiorespiratory fitness to the risk of acute myocardial infarction. N Engl J Med 1994;330(22):1549-54.

28- Leslie E, Fotheringham MJ, Owen N, Bauman A. Age-related differences in physical activity levels of young adults. Med Sci Sports Exerc 2001;33(2):255-8.

29- Lissner L, Bengtsson C, Bjorkelund C, Wedel H. Physical activity levels and changes in relation to longevity. A prospective study of Swedish women. Am J Epidemiol 1996;143(1):54-62.

30- Martinez-Gonzalez MA, Varo JJ, Santos JL, De Irala J, Gibney M, Kearney J, et al. Prevalence of physical activity during leisure time in the European Union. Med Sci Sports Exerc 2001;33(7):1142-6.

31- Myers RS, Roth DL. Perceived benefits of and barriers to exercise and stage of exercise adoption in young adults. Health Psychol 1997;16(3):277-83.

32- NIH Consensus Development Panel on Physical Activity and Cardiovascular Health. Physical activity and cardiovascular health. Jama 1996;276(3):241-6.

33- Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. Jama 1995;273(5):402-7.

34- Pate RR, Freedson PS, Sallis JF, Taylor WC, Sirard J, Trost SG, et al. Compliance with physical activity guidelines: prevalence in a population of children and youth. Ann Epidemiol 2002;12(5):303-8.

35- Pomerleau J, McKee M, Robertson A, Vaasc S, Kadziauskiene K, Abaravicius A, et al. Physical inactivity in the Baltic countries. Prev Med 2000;31(6):665-72.

36- Sallis JF, Prochaska JJ, Taylor WC. A review of correlates of physical activity of children and adolescents. Medicine and Science in Sports and Exercise 2000;32(5):963-975.

37- Steptoe A, Wardle J, Fuller R, Holte A, Justo J, Sanderman R, et al. Leisure-time physical exercise: prevalence, attitudinal correlates, and behavioral correlates among young Europeans from 21 countries. Prev Med 1997;26(6):845-54.

38- Tammelin T, Nayha S, Hills AP, Jarvelin MR. Adolescent participation in sports and adult physical activity. Am J Prev Med 2003;24(1):22-8.

39- Taylor WC, Blair SN, Cummings SS, Wun CC, Malina RM. Childhood and adolescent physical activity patterns and adult physical activity. Med Sci Sports Exerc 1999;31(1):118-23.

40- Telama R, Yang X. Decline of physical activity from youth to young adulthood in Finland. Med Sci Sports Exer 2000;32(9):1617-1622.

41- Trost SG, Owen N, Bauman AE, Sallis JF, Brown W. Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. Med Sci Sports Exerc 2002;34(12):1996-2001.

42- Varo JJ, Martinez-Gonzalez MA, De Irala-Estevez J, Kearney J, Gibney M, Martinez JA. Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. Int J Epidemiol 2003;32(1):138-46.

43- Vilhjalmsson R, Thorlindsson T. Factors related to physical activity: a study of adolescents. Soc Sci Med 1998;47(5):665-75.

44- White E, Jacobs EJ, Daling JR. Physical activity in relation to colon cancer in middle-aged men and women. Am J Epidemiol 1996;144(1):42-50.

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

1- INTRODUÇÃO

Os 16 mestrandos da turma de 2003-2004 do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas realizaram um estudo transversal, de base populacional, com a finalidade de aprofundar conhecimentos sobre a saúde da população urbana da cidade de Pelotas (RS).

O trabalho de pesquisa foi organizado na forma de consórcio entre os mestrandos, com a elaboração conjunta de um instrumento (questionário), onde foram investigadas questões de interesse geral e específicos do estudo de cada mestrando. Dessa forma, os mestrandos realizaram todas as etapas do estudo desde o planejamento, a execução até o encerramento do trabalho de campo.

Este relatório se refere a todas atividades desenvolvidas nesta investigação.

2- QUESTIONÁRIO

A população-alvo do presente estudo foram indivíduos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a três anos. De forma a facilitar a aplicação das questões gerais e específicas do estudo de cada mestrando, o instrumento foi organizado em quatro blocos:

- Bloco “A”: aplicado em crianças com idades entre três e nove anos, 11 meses e 29 dias e em suas mães ou responsáveis, elegíveis para o estudo, englobando variáveis demográficas, comportamentais e de saúde;

- Bloco “B”: aplicado em adolescentes com idades entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias, elegíveis para o estudo, englobando variáveis demográficas, comportamentais e de saúde;

- Bloco “C”: aplicado em adultos com idade igual ou superior a 20 anos, elegíveis para o estudo, englobando variáveis demográficas, comportamentais e de saúde;

- Bloco “D”: respondido por um morador do domicílio, preferencialmente a dona de casa, contendo questões socioeconômicas.

3- MANUAL DE INSTRUÇÕES

Concomitantemente à confecção do questionário, foi elaborado um manual de instruções com o objetivo de auxiliar as entrevistadoras no trabalho de campo. O manual abordava inicialmente algumas considerações gerais sobre entrevistas domiciliares, cuidados e métodos ideais de abordagem, reversão de recusas, entre outros.

Além disso, o manual apresentava explicações sobre a codificação do questionário e instruções específicas para cada questão contida nos quatros blocos do instrumento. Estas instruções, incluindo exemplos, visavam esclarecer as entrevistadoras com relação a situações que poderiam ocorrer durante o trabalho de campo.

4- ESTUDO PRÉ-PILOTO

Em julho de 2003 foi realizado um estudo pré-piloto com o objetivo de proporcionar uma experiência inicial em trabalho de campo, oportunizar uma análise preliminar das perguntas do questionário específico do estudo de cada mestrando e, além disso, fornecer uma idéia sobre prevalência dos desfechos estudados, importantes para alguns dos estudos.

A realização deste estudo pré-piloto foi fundamental, pois diante dos resultados apresentados, tomou-se a decisão de mudar o tema de pesquisa, visto que a idéia de estudar o nível de atividade física em adolescentes da cidade de Pelotas foi prejudicada diante das dificuldades observadas com relação à compreensão e aplicabilidade do instrumento selecionado para obter a medida de desfecho. Sendo assim, optou-se por estudar a associação entre a participação em atividades físicas sistematizadas na adolescência e a prática atual de atividade física no lazer, em adultos.

5- PROCESSO DE AMOSTRAGEM

O processo de amostragem utilizou como unidade amostral primária os setores censitários da cidade de Pelotas, segundo dados do Censo Demográfico de 2000 (IBGE).

Entre os 408 setores censitários da zona urbana da cidade, quatro foram excluídos por serem considerados especiais (casas prisionais e hospitais). Os demais foram listados em ordem crescente de acordo com a renda média do chefe dos

domicílios do setor. Através de sorteio sistemático foram selecionados 144 setores que fizeram parte da amostra. A opção por selecionar 144 setores teve dois objetivos principais: a distribuição igual entre os 16 mestrandos envolvidos na pesquisa, cabendo a cada um a responsabilidade por nove setores censitários e pela necessidade de minimização do efeito de delineamento amostral esperado para alguns estudos. Para o desfecho "atividade física", por exemplo, no consórcio de pesquisa do ano de 2002 obteve-se um efeito de delineamento amostral de 4,5 para uma amostra de 20 domicílios em cada um dos 80 setores selecionados. Aumentar o número de setores e diminuir o número de domicílios por setor foi a estratégia escolhida para que todas as pesquisas envolvidas no consórcio tivessem a possibilidade de obterem o tamanho de amostra suficiente para as diversas associações estudadas.

Cada mestrando ficou responsável pelo reconhecimento dos seus nove setores e pela supervisão do trabalho de contagem do número de domicílios elegíveis para o estudo (excluindo domicílios desabitados e puramente comerciais) em cada setor. De posse da listagem e do número de domicílios sorteou-se, de forma sistemática, aqueles que fariam parte da amostra. Partindo-se do número de domicílios em cada setor, definido pelo Censo Demográfico de 2000 (IBGE) e, tendo em vista a decisão prévia de estudar 10 domicílios por setor censitário, foi possível determinar o "pulo" a ser observado entre os domicílios, durante a seleção sistemática. De maneira simples, o número de domicílios previsto pelo IBGE para cada setor foi dividido por 10 (domicílios) para obtenção do pulo, enquanto que um sorteio aleatório escolheu um número entre 1 e o valor do pulo para a escolha do primeiro domicílio.

Em caso de aumento do número de domicílios em relação ao Censo Demográfico (IBGE, 2000), foram selecionados mais do que os 10 domicílios inicialmente planejados. O oposto ocorreu nos setores onde houve redução do número de domicílios.

Sendo assim, a previsão inicial foi de uma amostra composta por 1440 domicílios. Conforme os dados do IBGE (2000), a média de moradores com idade igual ou superior a 20 anos era de 2,1 por domicílio e, portanto, o número previsto de adultos a serem estudados era de 3024 indivíduos.

6- RECONHECIMENTO DOS SETORES CENSITÁRIOS

Em cada setor sorteado realizou-se a contagem de todos domicílios e classificação quanto ao *status* de ocupação (residencial, comercial ou desabitado).

Para esta tarefa, foram contratadas 32 auxiliares de pesquisa, sendo todas mulheres com idade igual ou superior a 18 anos e escolaridade mínima de ensino médio, as quais participaram de um treinamento para a capacitação do trabalho de contagem e identificação do *status* de ocupação dos domicílios. O controle de qualidade deste trabalho foi realizado pelos mestrandos, através da re-contagem dos domicílios de uma quadra completa de cada setor, de forma a verificar se a tarefa estava sendo corretamente realizada.

Após sorteio e identificação dos domicílios, os mestrandos realizaram uma visita aos moradores para os esclarecimentos iniciais sobre o estudo a ser realizado, identificar o número de moradores e suas respectivas idades e entregar uma carta de apresentação.

Este processo facilitou o trabalho das entrevistadoras, visto que estas sabiam antecipadamente o endereço exato dos domicílios a serem visitados, o número de moradores e quais blocos de questionários deveriam ser aplicados, além da facilidade na recepção por parte das famílias, oportunizada pela visita inicial dos mestrandos. Além disso, o controle de qualidade sobre o trabalho das entrevistadoras também foi facilitado, pois os mestrandos tinham a previsão do número de entrevistas que deveriam ser realizadas em cada setor e domicílios, e assim, controlar a produtividade de cada entrevistadora.

7- SELEÇÃO DAS ENTREVISTADORAS

De acordo com cálculos anteriores e baseado na experiência do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, em trabalho de campo, optou-se por selecionar 96 candidatas para participar do treinamento e, dentre estas, selecionou-se as 32 que apresentaram melhor desempenho no treinamento para iniciar o trabalho de campo. Os pré-requisitos necessários exigiam que as candidatas tivessem a idade mínima de 18 anos, ensino médio completo e disponibilidade semanal de 40 horas.

A primeira etapa do processo de seleção foi convidar entrevistadoras que já trabalharam em outros estudos do Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Universidade Federal de Pelotas, solicitando a essas que indicassem outras pessoas interessadas.

Em seguida, foi realizada divulgação através do Diário Popular, jornal de maior circulação da cidade, com esclarecimentos sobre o local e horário da inscrição das candidatas. Para a inscrição eram necessários o preenchimento de um formulário

com dados gerais das candidatas e a disponibilidade de horário semanal, além da entrega do currículo. Ao final, inscreveram-se 382 candidatas.

O processo de seleção respeitou os seguintes critérios:

1- Análise das fichas de inscrição e currículos para observação dos pré-requisitos básicos: idade mínima de 18 anos, ensino médio completo e disponibilidade de 40 horas semanais;
2- Experiência anterior com pesquisas;
3- Letra legível e atenção no preenchimento das fichas de inscrição.

8- TREINAMENTO DAS ENTREVISTADORAS

As 96 entrevistadoras selecionadas na primeira fase foram submetidas a um treinamento de 40 horas. O treinamento foi realizado no período de 20 a 24 de outubro de 2003, no auditório da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

O treinamento seguiu o roteiro abaixo:

8.1- Apresentação geral do Consórcio de Pesquisa

Na parte inicial do treinamento foram realizadas uma breve apresentação das pessoas envolvidas no trabalho e aula introdutória englobando os seguintes tópicos:

- histórico resumido do Centro de Pesquisas Epidemiológicas/UFPel
- pessoal envolvido no trabalho de pesquisa
- breve descrição da pesquisa (consórcio)
- esclarecimentos sobre a remuneração
- exigências quanto à carga horária
- situações comuns no trabalho de campo
- postura básica da entrevistadora

8.2- Leitura dos questionários e manual de instruções

Cada mestrando foi responsável pela leitura e explicação de cada uma das questões específicas do seu estudo, momento em que as candidatas puderam tirar suas dúvidas em relação às peculiaridades de cada questão. Além disso, um mestrando foi responsável pela leitura e esclarecimentos sobre as questões gerais dos questionários.

8.3- Dramatizações

As candidatas foram divididas em 16 pequenos grupos, supervisionados por um mestrando, onde foram simuladas entrevistas entre as próprias candidatas. Cada candidata realizou pelo menos uma entrevista com outra do grupo, sempre com o auxílio do mestrando na ocorrência de dúvidas.

Em outro momento, um mestrando realizou entrevistas com três adultos, uma adolescente e uma criança para que todas as candidatas pudessem observar. Após, foi realizado um debate sobre as dúvidas das candidatas.

8.4- Prova teórica

No penúltimo dia do treinamento foi realizada uma prova teórica sobre os conteúdos desenvolvidos durante o treinamento. O aproveitamento obtido nesta prova foi um dos critérios observados na seleção final.

8.5- Estudo piloto

Nos dias 23 (tarde) e 24 (manhã) foi realizado o Estudo Piloto, considerado a prova prática do treinamento, onde as candidatas realizaram entrevistas domiciliares com a supervisão e avaliação dos mestrandos. O Estudo Piloto foi realizado num setor censitário próximo à Faculdade de Medicina (local do treinamento), não selecionado na amostra do estudo. Cada candidata entrevistou um adulto e um adolescente ou criança. Foram entrevistados 22 crianças, 33 adolescentes e 136 adultos.

Com base no desempenho nas provas teórica e prática, foram selecionadas 32 entrevistadoras para iniciarem o trabalho de campo e organizada uma relação de suplentes para posterior necessidade de reposição ou substituição de entrevistadoras.

9- LOGÍSTICA DO TRABALHO DE CAMPO

9.1- Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de 29/10/2003 a 21/12/2003. O trabalho de pesquisa foi divulgado em meios de comunicação (jornal e rádio). Ao final da pesquisa, foram visitados 1530 domicílios nos 144 setores censitários selecionados. No total, foram entrevistadas 4500 pessoas com idade igual ou superior a três anos. A Tabela 1 descreve o número de entrevistas segundo os respectivos blocos do questionário.

Tabela 1 – Descrição do número de entrevistas de acordo com o respectivo bloco do questionário

BLOCO	Número de entrevistas
A – crianças	580
B – adolescents	820
C – adultos	3100
Total	4500

Cada mestrando ficou responsável pela supervisão da coleta de dados em nove setores e a orientação de duas entrevistadoras. De posse da listagem dos domicílios de sua responsabilidade, repassava às entrevistadoras os endereços que deveriam ser visitados e uma listagem prévia dos moradores de cada domicílio.

As entrevistadoras se apresentavam nos domicílios selecionados portando um crachá de identificação, uma carta de apresentação assinada pela coordenadora do consórcio de pesquisa e uma cópia da reportagem divulgada no jornal Diário Popular. Além disso, portavam todo o material necessário para a aplicação dos questionários. A orientação inicial era de que seu trabalho deveria alcançar a meta de seis a oito entrevistas por dia.

O material necessário para as entrevistas era o seguinte:

- folha de conglomerado (endereço dos domicílios);
- planilhas de domicílio (listagem dos moradores);
- blocos A, B, C e D (questionários);
- balança e estadiômetro (medidas antropométricas de adolescentes);
- folha de figuras (referente ao questionário sobre atividade física);
- bloco com fotos de alimentos (preferências alimentares de crianças).

As entrevistas foram realizadas com todos indivíduos residentes nos domicílios selecionados, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a três anos de idade, desde que elegíveis para o estudo.

9.2- Acompanhamento do trabalho de campo

Foi programada uma reunião semanal de cada entrevistadora com seu supervisor, conforme escala de plantões previamente definida, onde eram entregues os questionários aplicados e devidamente codificados, além do esclarecimento de eventuais dúvidas surgidas durante o trabalho de campo. Nesta reunião, também eram realizadas as aferições periódicas da balança, planejamento e entrega do material necessário para a semana seguinte de trabalho.

9.3- Codificação

A codificação dos questionários era responsabilidade das entrevistadoras e deveriam ser realizadas sempre ao final de cada dia do trabalho de campo. Toda codificação foi revisada pelo respectivo supervisor do setor censitário. As questões abertas foram codificadas pelos supervisores.

9.4- Digitação

A digitação dos dados foi responsabilidade de dois digitadores, com início concomitante ao trabalho de campo e término em 09 de fevereiro de 2004. Para a entrada dos dados, utilizou-se o programa EpiInfo 6.0. Uma arquivista era responsável pelo recebimento e preparação de lotes de 50 questionários e encaminhava-os aos digitadores para a dupla digitação. A dupla digitação gerava um terceiro arquivo capaz de detectar possíveis erros que eram corrigidos com base na resposta original do questionário. Após a correção, estes dados eram transferidos para o programa estatístico STATA 8.0 através do software Stat Transfer 5.0.

9.5- Análise das inconsistências

Após o término da digitação, cada mestrando preparou um programa de inconsistência dos seus dados em arquivo “do” para ser executado através do pacote estatístico STATA 8.0. Verificada a existência de inconsistências, foram realizadas as devidas correções de acordo com o questionário original.

9.6- Controle de qualidade

Foi elaborado um questionário padronizado, simplificado, que foi aplicado pelos supervisores em 10% das pessoas entrevistadas. Estas re-entrevistas tinham a finalidade de assegurar a confiabilidade do trabalho das entrevistadoras e medir a

concordância das respostas dos entrevistados, no menor tempo possível, não excedendo o prazo de 14 dias entre as duas entrevistas.

10- PERDAS, RECUSAS E EXCLUSÕES

Entre os 4686 indivíduos com idade igual ou superior a três anos encontrados, aproximadamente 1,0% (N= 47) foram considerados exclusões.

O total de perdas e recusas, para a amostra de 4639 indivíduos elegíveis para o estudo, totalizou aproximadamente 3,0% (N=139), sendo que 54,2% eram homens e 45,8% eram mulheres. A Tabela 2 descreve a totalização de perdas e recusas de acordo com a faixa etária em estudo.

Foram considerados como perdas ou recusas os casos em que, após pelo menos três visitas da entrevistadora e uma visita do supervisor de campo, não foi possível entrevistar o indivíduo previamente selecionado.

Tabela 2 – Descrição de perdas e recusas segundo a faixa etária.

Faixa etária (anos completos)	Número de perdas e recusas	
	N	%
Crianças (3-9 anos)	9	1,5
Adolescentes (10-19 anos)	16	1,9
Adultos (20 anos ou mais)	114	3,5
Total	139	3,1

Considerando somente a faixa etária de adultos, que é de interesse específico do presente estudo, cabe salientar que não houve diferença no percentual de perdas e recusas conforme a idade (grupos de 10 anos). Entretanto, ao considerarmos o sexo, a taxa de perdas e recusas entre os homens foi de 4,5% e, entre as mulheres, de 2,8%. Esta diferença foi estatisticamente significativa (p=0,001).

11- ORÇAMENTO DA PESQUISA

O orçamento final do trabalho de pesquisa foi de R$ 42.662,20. Os recursos foram financiados pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), através do Programa de Apoio à Pós-Graduação (PROAP) e pelos alunos mestrandos. A Tabela 3 demonstra a descrição completa sobre a origem dos recursos utilizados no trabalho de pesquisa.

Tabela 3- Descrição da origem dos recursos

Origem	**Valor em reais (R$)**
PROAP	29.000,00
Mestrandos	13.662,20
Total	42.662,20

A tabela 4 traz a descrição completa dos gastos do trabalho de pesquisa.

Tabela 4- Descrição das despesas do trabalho de pesquisa.

Itens	**Valor em reais (R$)**
Material de escritório (lápis, canetas, pincéis atômicos, borrachas, pranchetas, bolsas para carregar balanças e questionários, cartuchos de tinta para impressoras, etiquetas)	958,20
Impressão de questionários e manuais (gráfica)	2.767,00
Recursos humanos (batedoras, entrevistadoras, digitadores e secretária)	27.727,00
Vales transporte(6.700)	8.710,00
Folhas de papel (90.000)	2.500,00
Total	42.662,20

12- ALTERAÇÕES DO PROJETO

Uma significativa mudança sobre o que havia sido planejado no projeto de pesquisa diz respeito à organização dos nossos achados em dois artigos. Esta opção se deu diante da possibilidade de explorarmos os dados da melhor forma possível, impedindo que um único e extenso artigo, com prejuízos na melhor discussão de seus pontos fosse escrito.

Acreditamos que desta forma nossos resultados puderam estar mais bem demonstrados e discutidos, possibilitando uma maior contribuição ao conhecimento da área de Epidemiologia, Educação Física e Saúde Pública.

Sendo assim, o presente artigo foi elaborado de acordo com o principal objetivo de nossa pesquisa, que visava explorar a influência da atividade física sistematizada na adolescência sobre o nível de atividade física no lazer na idade adulta. Este artigo está apresentado nesta dissertação com o título: *"Relationship between physical activity practice in adolescence and adulthood in Brazilian adults"*.

Os demais objetivos específicos de nosso projeto de pesquisa serão atendidos no segundo artigo: "Padrões de atividade física no lazer: diferenças entre homens e mulheres". Neste trabalho serão exploradas as associações entre variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais com o nível de atividade física em adultos, além de avaliar os diferentes padrões de atividade física entre homens e mulheres. Em função do tempo disponível, não foi possível a conclusão deste artigo antes do prazo de entrega do volume da dissertação.

ARTIGO:

Relationship between physical activity practice in adolescence and adulthood in Brazilian adults

Este artigo será submetido à revista *Medicine & Sciense in Sports & Exercise*. As normas de publicação deste periódico estão em anexo.

Relationship between physical activity practice in adolescence and adulthood in Brazilian adults

Mario Renato Azevedo[1]

Cora Luiza Araújo[1]

Marcelo Cozzensa da Silva[1]

Pedro Curi Hallal[1]

[1] Post-graduate Program in Epidemiology – Federal University of Pelotas, Brazil

Contact: Mario Renato Azevedo. Post-graduate Program in Epidemiology, Federal University of Pelotas, Brazil. Duque de Caxias, 250. Third floor. 96030-002. Pelotas, RS, Brazil; Phone: +5553271-2442; Fax: +55532712645 E-mail: marioazevedojr@terra.com.br

Running title: Adolescent and adult physical activity

ABSTRACT

Purpose: To evaluate the association between regular physical activity practice during adolescence and leisure-time physical activity in adulthood. **Methods:** Population-based cross-sectional study in a medium-sized southern Brazilian city. A representative sample of households was selected following a multiple-stage protocol; 3100 subjects (≥ 20 yr) were interviewed. Leisure-time physical activity in adulthood was evaluated using the leisure-time section of the International Physical Activity Questionnaire (long version). The time spent in moderate activities (including walking) was summed with twice the time spent in vigorous activities, and individuals with score ≥150 $min \cdot wk^{-1}$ were classified as sufficiently active. Data on physical activity practice during adolescence was gathered based on recall; only activities performed for at least six consecutive months were considered. Regular physical education classes in school were not computed. **Results:** Approximately 1/4 (26.8%) of all subjects were classified as sufficiently active in leisure-time, and half of the individuals (50.1%) reported being involved in regular physical activity during adolescence. Adolescent physical activity increased the likelihood of sufficient physical activity in adulthood both in the crude and adjusted analyses; this effect was stronger in women (adjusted odds ratio: 1.77 - $CI_{95\%}$ 1.35; 2.33) than among men (adjusted odds ratio: 1.44 - $CI_{95\%}$ 1.10; 1.87). **Conclusion:** Consistently with previous reports from developed countries, physical activity in adolescence was positively associated with leisure-time activity in adulthood. Therefore, stimulation to physical activity in school age might be a successful intervention against the

epidemic of physical inactivity observed in adulthood both in developed and developing countries.

Key Words: exercise, sedentarism, physical inactivity, epidemiology.

INTRODUCTION

Paragraph 1: The benefits provided by physical activity practice over health are now well-established (5, 19). Conversely, the prevalence of physical inactivity remains high, particularly when leisure-time activities are considered alone (7, 11, 18, 29). Even studies evaluating all-domains of physical activity (leisure-time, occupational, commuting and housework) found proportions of inactivity above 40% (12, 16). Therefore, the identification of factors related to physical activity practice is now a public health priority (30).

Paragraph 2: Physical activity promotion is a current challenge for researchers and policy makers. In the United States, the Healthy People 2010 initiative (27) attempts to decrease the proportion of inactivity to 20% by 2010. In Brazil, the "Agita Sao Paulo" (17) aims to increase physical activity practice using a union between environmental improvements and counseling campaigns.

Paragraph 3: Several factors have been described as determinants of an active lifestyle in adulthood. These include demographic, biological, emotional, cultural, social attributes and physical environment (25). In addition, physical activity in adolescence has been shown to increase the likelihood of physical activity practice in adulthood (1, 13, 14, 22, 24). For example, in a Finnish study (13), competitive sports practice in adolescence was positively associated with physical activity in adulthood. In contrast, recent studies

suggested a weak association between physical activity practice in adolescence and adulthood (6, 26). Besides that, being forced to exercise during childhood has been shown to have a negative impact on future physical activity (23).

Paragraph 4: Furthermore, the type of physical activity may play a role on the adulthood physical activity level. Tammelin et al (22) showed that the practice of ball games, intensive endurance sports, track and field, and combat sports in adolescence, increased the likelihood of physical activity practice in later life for men, whereas among women, the same effect was observed for activities such as running, orienteering, track and field, cycling, gymnastics and riding.

Paragraph 5: Therefore the identification of early predictors of a healthy lifestyle, including physical activity practice, is warranted in terms of public health. Enjoyable experiences with physical activity and sports in adolescence might play an important role for the continuity of physical activity practice throughout the lifespan. The main objective of this investigation was to evaluate the association between regular physical activity practice during adolescence and leisure-time physical activity in adulthood.

METHODS

Paragraph 6: A population-based cross-sectional study was carried out in the last trimester of 2003 in Pelotas, a medium-sized (~320,000 inhabitants) southern Brazilian city.

Paragraph 7: A representative sample of urban households was selected in multiple-stages. In Brazil, cities are divided into census tracts by the last national demographic census (2000). In our sampling strategy, all these tracts (N=408) were initially sorted by the average monthly income of family heads, and thereafter, 144 were systematically selected, providing stratification by socioeconomic level. In 2003, fieldworkers crossed each one of the 144 selected census tract with the purpose of determining the actual number of household in each of them. At last, in each sampled tract, all households were listed, and an average number of 10 were selected (taking into account the actual number of households), following a systematic strategy taking the size of the tract into account.

Paragraph 8: Adults (≥ 20yr) living in the sampled households were selected to this investigation. Those who did not have the ability to answer the questionnaire by themselves (deaf individuals, presenting mental disorders and multiple sclerosis) were excluded. To investigate the association between physical activity in adolescence and adulthood, the actual sample size obtained (N=3100) allowed us to detect as significant odds ratios of 1.35 or higher in the gender stratified analysis.

Paragraph 9: Leisure-time physical activity in adulthood was evaluated using the leisure-time section of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ long version, previous seven days recall, Portuguese version – available at www.celafiscs.com.br). A physical activity score was built as the weekly time spent in moderate activities (including walking) plus twice the

weekly time spent in vigorous activities (12). A cut-off value of 150 min·wk^{-1} was used to classify individuals as sufficiently active or not, following current physical activity guidelines (2, 20, 28). The IPAQ does not take into account activities performed for less than 10 consecutive minutes, and the intensity classification is based on self-report (8); activities that moderately alter the respiration rate and require some physical strength are defined as moderate, whereas those producing strong increases in the same variables are classified as vigorous.

Paragraph 10: The main independent variable used was regular physical activity practice in adolescence (10-19 yr). This variable was built based on subjects' recall. Activities performed in gym clubs, join clubs, and at school (excluding regular physical education classes) were considered. Physical activities practiced without supervision (walking, jogging) were also considered. Only activities performed for at least six consecutive months were computed.

Paragraph 11: Other variables were used in the analyses: sex, age, skin color (divided into white or black/mixed following the interviewers' perception), and economic level (Brazil Criterion of Economic Classification, which considers both education of the family head and household assets, and classifies families into five groups, from A – wealthiest - to E - poorest) (3). Individuals reporting to be involved with physical activities practice in adolescence were questioned about the main reason to get engaged with them (because "they enjoyed" or "they were, somehow, obligated").

Paragraph 12: Data were gathered in household visits, by face-to-face interviews. The whole questionnaire was tested in a pilot study carried out in a census tract not included in the actual sample. Interviewers were 32 women with at least secondary education, selected after a theoretical and practical evaluation. All interviews were individual, and subjects not at home in the first visit of the interviewer were re-visited in a scheduled hour. A random sample of 10% of the interviewees was re-visited by a field supervisor and answered a short version of the whole questionnaire (quality control).

Paragraph 13: Data were doubly-entered with automatic checks for consistency and range. Next, a search for impossible or improbable combinations of answers was carried out. All analyses were performed in the software Stata 8.0 (21). After descriptive analyses (means, standard deviations, proportions, 95% confidence intervals), the prevalence of sufficient physical activity in adulthood was compared between individuals engaged in regular physical activity in adolescence and those not engaged. The adjusted analysis was carried out using Logistic regression. All analyses were carried out for the whole sample and separately for men and women, and took the clustering of the sample into account.

Paragraph 14: The Federal University of Pelotas Medical School Ethical Committee approved the study protocol. Informed consents were obtained from each subject. Individuals information (names, addresses, phone numbers) were made anonymous.

RESULTS

Paragraph 15: Among the 144 census tracts sampled, 1530 households were visited, resulting in 3214 individuals eligible. Out of these, 114 were not interviewed (non-response rate 3.5%). Among the 3100 individuals interviewed, seven did not provide all information necessary to build the physical activity score. The age range was 20 to 92 years and the mean was 43.2 (SD 16.1).

Paragraph 16: Table 1 describes the sample in terms of age, skin color and economic level, stratified by gender. The sample distribution in terms of these variables was similar to recent census data, minimizing the likelihood of selection bias. In relation to current leisure-time physical activity level, the proportion of sufficiently active individuals was 26.8% ($CI_{95\%}$ 25.3; 28.4). The design effect associated with this variable was 2.4 (intra-group correlation coefficient: 0.07; $CI_{95\%}$ 0.04; 0.09). Men (33.1%) were more likely to be sufficiently active than women (22.1%; $p< 0.001$).

Paragraph 17: Half of the individuals (50.1%) reported having participated in regular physical activities during adolescence. Table 2 describes the prevalence of participation in regular physical activities during adolescence in terms of socio-demographics variables, stratified by gender. The prevalence was higher in men (65.6%) than women (38.2%; $p<0.001$). Current age was negatively associated with physical activity in adolescence, whereas economic level was positively related to it. White women were more likely (40.0%) to

report having practiced of regular physical activity in adolescence than black/mixed women (30.1%; p=0.002). Among men, no association between skin color and physical activity in adolescence was found.

Paragraph 18: The most frequent activities reported were soccer (53.1%) and volleyball (29.1%). Analyzing the preferred types of activities according to gender, soccer (83.0%) and volleyball (16.8%) were the most practiced activities among men. Among women; volleyball (45.4%) and dance (24.8%) were the most cited. Table 3 describes all activities reported stratified by gender. Only individuals engaged in any activity in adolescence were included in this analysis (n=1551; men=881; women=670). It is also important to note that the percentages do not add up to 100% since some individuals reported practicing more than one activity.

Paragraph 19: The reason "why I was, somehow, obligated to do it", was reported for 3.6% of those individuals engaged with physical activity during adolescence. This proportion was not associated with current physical activity level (3.2% in active and 3.7% in insufficiently active individuals; p=0.64).

Paragraph 20: Table 4 shows crude and adjusted analysis for the whole sample and stratified by gender. Individuals who were engaged in regular physical activity during adolescence were more likely to be sufficiently active in adulthood (odds ratio 2.08; $CI_{95\%}$ 1.74; 2.48). After adjusting for gender, age, skin color and economic level, individuals engaged in physical activity in adolescence were still more likely to be sufficiently active (OR: 1.56;

p<0.001). The effect of adolescent physical activity on adult activity level was higher in women than men. The adjusted odds ratios among individuals engaged in physical activity in adolescence were 1.77 (p<0.001) for women and 1.44 (p=0.007) for men.

DISCUSSION

Paragraph 21: The proportion of sufficiently active individuals in leisure time found in this study (26.8%) was similar to other studies, although the instruments and cut-off points were not exactly consistent (4, 9). In Brazil, another survey carried out in the same city in 1999, found a prevalence of sufficient physical activity (≥1000 kcal/wk) of 19.2% (9). In a sample of industrial workers from another Brazilian state, the proportion of sufficiently active individuals (≥14.3 kcal/kg/wk) was 32.3% (4). The prevalence of physical activity practice is around 5.2% in Colombia (women) (11), 32.3% in Australia (7), and it ranged from 12.2% to 56.7% in the Union European countries (29).

Paragraph 22: Relevant differences were found in the types of activities practiced by women and men in adolescence. Among men, the high prevalence of soccer was expected, given the strength of this sport within the Brazilian culture. On the other hand, because the volleyball does not include physical contact, it might have been labeled as an advisable sport for women, particularly the older ones.

Paragraph 23: The prevalence of regular physical activity practice during adolescence was negatively related to current age. This pattern was observed in both genders. This fact might be explained by the spread out knowledge built since the 80's about the benefits of physical activity for health, resulting for the search of activities other than sports (for instance, walking, lift weight, and gym classes).

Paragraph 24: Some methodological differences across studies investigating the link between physical activity practice in adolescence and adulthood difficult comparability. The main sources of inconsistency are related to the definitions of adolescent and adult physical activity. In terms of adult physical activity, the lack of comparability across studies was previously discussed (15). We opted to use the leisure-time section of the long IPAQ. This questionnaire was designed exactly with the purpose of decreasing this lack of comparability across studies, and its utilization in the present study aims to allow comparisons with future studies. In relation to the definition of adolescent physical activity, we preferred to include only activities performed for at least six months, aiming to compute only activities performed regularly. The six months time is also an approximation of a regular sports season at this age range both in clubs and schools. Physical education classes were excluded because they are more an obligation than a choice, and inclusion of these activities would dilute the true association. In our study, the existence of an instructor was not required to characterize regular participation in physical activity during adolescence. This method was preferred because walking, jogging and cycling are activities possibly performed in adolescence for six

months or more, particularly in late adolescence, and these activities are usually performed without an instructor.

Paragraph 25: Previous studies, from developed countries, showed that adolescent participation in physical activity was associated with a greater likelihood of leisure-time physical activity practice in adulthood. Our study adds to the current knowledge by showing that this effect is also observed in a developing country. In our study, the adjusted odds ratio for those engaged in regular physical activity in adolescence versus those not engaged of 1.56 is lower than reported by Hirvensalo et al (13) in Finland. However, their study was restricted to individuals aged 65-84 years and only competitive sports practice in adolescence was significantly associated with adult physical activity. In the Finnish study, the adjusted odds ratio was 1.86 ($CI_{95\%}$ 1.00; 3.45) for men and 2.31 ($CI_{95\%}$ 1.16; 4.80) for women. Restricting our analysis to the same age range (n=363), the equivalent values were 1.16 ($CI_{95\%}$ 0.53; 2.53) for men and 2.67 ($CI_{95\%}$ 1.17; 6.10) for women. In a cohort of male workers in Israel, Kraut et al (14) presented an odds ratio of 3.55 ($CI_{95\%}$ 2.97; 4.23) for those engaged in organized school age sport activities compared with those not engaged. The different magnitude of the odds ratios between our study (OR 1.44 among men) and the Kraut's one might be explained because their definition of physical activity in adolescence required at least 12 months of practice, while our study used a six months period. It is reasonable to believe that the longer the minimum period accepted to consider individuals as active in adolescence, the higher the effect estimate on physical activity level in adulthood. Contrasting findings were found by two recent studies (6, 26),

which reported only a weak association between physical activity in adolescence and adulthood.

Paragraph 26: The effect of physical activity practice in adolescence over current physical activity level was stronger in women than men. This association has been observed in previous investigations (13, 22), but so far it is poorly understood. One hypothesis for this finding is based on the different personal reasons that motivate women and men to get engaged with physical activity. Enjoyment has been shown to be related as the main reason for physical activity practice among men, while women seem to practice physical activity because they believe it is important to improve their health and for aesthetics reasons (18). The different types of activities practiced among women and men might also explain this gender-dependent effect. One study in Finland (22) demonstrated different effects of physical activity practice in adolescence over adulthood physical activity level, depending on the type of activity practiced earlier in life. Our data show that women and men reported having practiced different types of activities during adolescence, however, the effect of each activity on current physical activity level was not explored due to sample size restrictions.

Paragraph 27: Taylor et al (23) proposed that being forced to exercise during childhood have a negative impact on future physical activity. In our study, only 3.6% of the subjects reported that being forced was the main reason for practicing physical activity in adolescence, with no differences among

sufficiently and insufficiently active individuals. We opted not to explore this association more deeply due to sample size limitations.

Paragraph 28: Due to the fact that we are using a cross-sectional design, and thus, that participation in physical activity during adolescence was based on recall, a certain degree of recall error is expected. This error would be of concern if active individuals report differently their adolescent experience with physical activity in comparison to insufficiently active subjects. Kraut et al (14) proposed this bias previously. Falkner et al (10) studied between 1992-6, 137 survivors of the Buffalo Health Study, for whom energy expenditure was collected in 1960-2. They showed that individuals more active in adulthood overestimate their energy expenditure in adolescence and young-adulthood. Given that we were aware of this bias possibility prior to this study, we opted to use an easier definition of physical activity enrollment in adolescence, avoiding recalls of activity scores in adolescence that would be probably overestimated among active adults.

Paragraph 29: Current economic level was included as a confounding variable in multivariable analyses, in order to adjust the effect of adolescent physical activity on adult activity level. Some degree of misclassification is expected, because current socioeconomic level might not reflect economic level in adolescence exactly. However, the magnitude of our odds ratios is high, and therefore, even an unlikely high degree of misclassification would not change our conclusions.

Paragraph 30: In conclusion, our data reinforce that experiences with regular physical activity in adolescence protect against physical inactivity in adulthood. This result is of extremely importance in terms of public health, because identification of risk factors for inactivity is a current priority, and in this case, the risk factor detected (inactivity in adolescence) is modifiable through promotion of school age physical activity. Therefore, existent physical activity promotion programs should give special attention to children and adolescents, due to the fact that the adult lifestyle seems to be built at these ages.

ACKNOWLEDGEMENTS

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES)

REFERENCES

1. Alfano, C. M., R. C. Klesges, D. M. Murray, B. M. Beech, and B. S. McClanahan. History of sport participation in relation to obesity and related health behaviors in women. *Prev Med*. 34:82-89, 2002.

2. American College of Sports Medicine. Position Stand: The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults. *Med Sci Sports Exerc*. 30:975-991, 1998.

3. ANEP. Critério de classificação econômica Brasil. *Associação Nacional de Empresas de Pesquisa*:1, 2000.

4. Barros, M. V. and M. V. Nahas. [Health risk behaviors, health status self-assessment and stress perception among industrial workers]. *Rev Saude Publica*. 35:554-563, 2001.

5. Bauman, A. E. Updating the evidence that physical activity is good for health: an epidemiological review 2000-2003. *J Sci Med Sport*. 7:6-19, 2004.

6. Beunen, G. P., J. Lefevre, R. M. Philippaerts, K. Delvaux, M. Thomis, A. L. Claessens, B. Vanreusel, R. Lysens, B. Vanden Eynde, and R. Renson. Adolescent correlates of adult physical activity: a 26-year follow-up. *Med Sci Sports Exerc*. 36:1930-1936, 2004.

7. Burton, N. W. and G. Turrell. Occupation, hours worked, and leisure-time physical activity. *Prev Med*. 31:673-681, 2000.

8. Craig, C. L., A. L. Marshall, M. Sjostrom, A. E. Bauman, M. L. Booth, B. E. Ainsworth, M. Pratt, U. Ekelund, A. Yngve, J. F. Sallis, and P. Oja. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*. 35:1381-1395, 2003.

9. da Costa, J. S., M. F. Silveira, F. K. Gazalle, S. S. Oliveira, P. C. Hallal, A. M. Menezes, D. P. Gigante, M. T. Olinto, and S. Macedo. [Heavy alcohol consumption and associated factors: a population-based study]. *Rev Saude Publica*. 38:284-291, 2004.

10. Falkner, K. L., S. E. McCann, and M. Trevisan. Participant characteristics and quality of recall of physical activity in the distant past. *Am J Epidemiol*. 154:865-872, 2001.

11. Gomez, L. F., J. C. Mateus, and G. Cabrera. Leisure-time physical activity among women in a neighbourhood in Bogota, Colombia: prevalence and socio-demographic correlates. *Cad Saude Publica*. 20:1103-1109, 2004.

12. Hallal, P. C., C. G. Victora, J. C. Wells, and R. C. Lima. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Med Sci Sports Exerc*. 35:1894-1900, 2003.

13. Hirvensalo, M., T. Lintunen, and T. Rantanen. The continuity of physical activity--a retrospective and prospective study among older people. *Scand J Med Sci Sports*. 10:37-41, 2000.

14. Kraut, A., S. Melamed, D. Gofer, and P. Froom. Effect of school age sports on leisure time physical activity in adults: The CORDIS Study. *Med Sci Sports Exerc*. 35:2038-2042, 2003.

15. LaPorte, R. E., H. J. Montoye, and C. J. Caspersen. Assessment of physical activity in epidemiologic research: problems and prospects. *Public Health Rep*. 100:131-146, 1985.

16. Matsudo S.M., M. V. R., Araújo T., Andrade D., Andrade E., Oliveira L., Braggion G. Nível de atividade física da população de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível sócio-econômico, distribuição geográfica e de conhecimento. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*. 10:41-50, 2002.

17. Matsudo, S. M., V. R. Matsudo, T. L. Araujo, D. R. Andrade, E. L. Andrade, L. C. de Oliveira, and G. F. Braggion. The Agita Sao Paulo Program as a model for using physical activity to promote health. *Rev Panam Salud Publica*. 14:265-272, 2003.

18. Monteiro, C. A., W. L. Conde, S. M. Matsudo, V. R. Matsudo, I. M. Bonsenor, and P. A. Lotufo. A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996-1997. *Rev Panam Salud Publica*. 14:246-254, 2003.

19. Paffenbarger RS, M. J., Haskell WL, Thompson PD, Lee IM. An introduction to the Journal of Physical Activity and Health. *J Phys Activ Health*. 1:1-3, 2004.

20. Pate, R. R., M. Pratt, S. N. Blair, W. L. Haskell, C. A. Macera, C. Bouchard, D. Buchner, W. Ettinger, G. W. Heath, A. C. King, and et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Jama*. 273:402-407, 1995.

21. STATA 8.0 Statistics/Data analysis. STATA Corporation. *College Station, TX*, 1984-2003.

22. Tammelin, T., S. Nayha, A. P. Hills, and M. R. Jarvelin. Adolescent participation in sports and adult physical activity. *Am J Prev Med*. 24:22-28, 2003.

23. Taylor, W. C., S. N. Blair, S. S. Cummings, C. C. Wun, and R. M. Malina. Childhood and adolescent physical activity patterns and adult physical activity. *Med Sci Sports Exerc*. 31:118-123, 1999.

24. Telama, R., X. Yang, L. Laakso, and J. Viikari. Physical activity in childhood and adolescence as predictor of physical activity in young adulthood. *Am J Prev Med*. 13:317-323, 1997.

25. Trost, S. G., N. Owen, A. E. Bauman, J. F. Sallis, and W. Brown. Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. *Med Sci Sports Exerc*. 34:1996-2001, 2002.

26. Trudeau, F., L. Laurencelle, and R. J. Shephard. Tracking of physical activity from childhood to adulthood. *Med Sci Sports Exerc*. 36:1937-1943, 2004.

27. U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 2000.

28. U.S. Department of Health and Human Services. *Physical activity and health: A report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Center for Disease Control

and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.

29. Varo, J. J., M. A. Martinez-Gonzalez, J. De Irala-Estevez, J. Kearney, M. Gibney, and J. A. Martinez. Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. *Int J Epidemiol*. 32:138-146, 2003.

30. World Health Organization. *Global strategy on diet, physical activity and health*: World Health Organization, 2004.

Table 1- Description of the sample in terms of socio-demographics variables (n=3100).

VARIABLE	Men	Women
	% (n)[a]	% (n)[b]
Skin color		
White	80.5 (1082)	81.4 (1430)
Black/Mixed	19.5 (262)	18.6 (326)
Age (years)		
20-29	25.4 (342)	23.8 (417)
30-39	20.8 (279)	20.8 (366)
40-49	22.5 (303)	21.5 (377)
50-59	15.9 (213)	16.0 (280)
60-69	8.8 (118)	8.9 (157)
≥ 70	6.6 (89)	9.1 (159)
Economic level		
A (wealthiest)	5.1 (68)	4.6 (81)
B	20.9 (279)	19.8 (347)
C	32.8 (438)	33.1 (579)
D	34.0 (454)	36.5 (639)
E	7.2 (96)	5.9 (103)
Overall	100 (1344)	100 (1756)

[a] The maximum number of missing values was 9 (economic level).

[b] The maximum number of missing values was 7 (economic level).

Table 2- Prevalence of regular physical activity during adolescence in terms of socio-demographics variables, stratified by gender.

VARIABLE	**Men**		**Women**	
	%	p	%	p
Skin color		0.783*		0.002*
White	65.8		40.0	
Black/Mixed	64.8		30.1	
Age (years)		<0.001**		<0.001**
20-29	74.0		56.8	
30-39	68.8		44.5	
40-49	67.7		39.3	
50-59	64.3		28.2	
60-69	45.3		12.7	
≥ 70	46.1		14.5	
Economic level		<0.001**		<0.001**
A (wealthiest)	82.4		67.9	
B	75.6		56.2	
C	69.4		40.8	
D	57.4		26.1	
E	45.8		14.6	
Overall[a]	65.6		38.2	

* Wald test for heterogeneity

** Wald test for linear trend

[a] P-value <0.001 for gender differences (Wald test for heterogeneity)

Table 3- Participation in selected activities in adolescence for the whole sample and stratified by gender.

ACTIVITY	PROPORTION		
	Overall	**Men**	**Women**
	N= 1551	N= 881	N= 670
Soccer	53.1%	83.0%	13.9%
Volleyball	29.1%	16.8%	45.4%
Dance	13.0%	4.1%	24.8%
Handball	12.9%	8.2%	19.1%
Athletics	11.6%	10.8%	12.7%
Basketball	9.2%	8.6%	9.9%
Gym classes at fitness clubs	9.0%	2.6%	17.3%
Swimming	8.6%	8.2%	9.3%
Weight lifting	8.4%	10.0%	6.3%
Combat sports[a]	5.4%	8.2%	1.8%
Gymnastics	5.4%	1.7%	10.2%
Cycling	5.1%	4.8%	5.5%
Walking	4.8%	2.8%	7.5%
Jogging	4.3%	6.5%	1.5%
Others	7.8%	7.8%	7.8%

[a]- Activities such as Judo, Karate, Boxing, Capoeira, Jiu-jitsu, Taekwondo and Kung-fu.

Table 4– Effect of physical activity in adolescence on adult physical activity level for the whole sample and stratified by gender.

Individuals engaged in regular physical activity in adolescence	**Sufficient physical activity in leisure-time in adulthood**					
	Overall		**Men**		**Women**	
	OR (CI 95%)	p	OR (CI 95%)	p	OR (CI 95%)	p
Crude analysis	2.08 (1.74; 2.48)	<0.001*	1.63 (1.27; 2.10)	<0.001*	2.10 (1.63; 2.72)	<0.001*
Adjusted for gender	1.87 (1.56; 2.25)	<0.001*	---		---	
Adjusted for skin color	2.07 (1.73; 2.47)	<0.001*	1.63 (1.27; 2.10)	<0.001*	2.06 (1.59; 2.66)	<0.001*
Adjusted for age	2.01 (1.67; 2.41)	<0.001*	1.57 (1.21; 2.03)	0.001*	2.18 (1.67; 2.85)	<0.001*
Adjusted for economic level	1.86 (1.57; 2.21)	<0.001*	1.54 (1.19; 1.99)	0.001*	1.73 (1.34; 2.24)	<0.001*
Adjusted for skin color, age and economic level	**1.56 (1.30; 1.87)**	**<0.001[a]***	**1.44 (1.10; 1.87)**	**0.007***	**1.77 (1.35; 2.33)**	**<0.001***

* Wald test for heterogeneity

[a] Also adjusted for gender

RELATÓRIO PARA A IMPRENSA (PRESS-RELEASE)

Pesquisa avalia a importância da atividade física na adolescência sobre o nível de atividade física na idade adulta.

Na área de saúde pública tem se tornado freqüente o debate sobre o estilo de vida sedentário que a população vem adquirindo e suas conseqüências na ocorrência de várias doenças. Considerando a importância da atividade física como agente preventivo contra inúmeras enfermidades, o desafio de hoje é saber o que fazer para que as pessoas sejam mais ativas no seu dia-a-dia.

Neste sentido, o professor de Educação Física Mario Renato de Azevedo Júnior investigou a influência da prática de atividades físicas sistematizadas durante a adolescência sobre o nível de atividade física no período de lazer na idade adulta, como parte de sua tese de Mestrado em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas. A pesquisa ocorreu entre os meses de outubro e dezembro de 2003, quando 1530 domicílios de nossa cidade foram visitados. Desta forma, 3100 indivíduos com idade igual ou maior que 20 anos responderam ao questionário, que entre outras questões, avaliou a prática de atividades físicas no período de lazer atual e aquelas realizadas durante a adolescência.

A pesquisa mostrou que aproximadamente 60% da população adulta não realiza atividades físicas no seu período de lazer. Além disso, metade dos sujeitos entrevistados se envolveu, em algum momento de sua adolescência, com atividades físicas sistematizadas, que foram aquelas realizadas por, no mínimo, seis meses consecutivos. Foram consideradas atividades esportivas, desenvolvidas em clubes e escolas, atividades oferecidas por academias, como aulas de ginástica e musculação, além daquelas que os indivíduos tenham realizado por conta própria, como corridas e caminhadas. Os homens (66%) se envolveram mais em atividades físicas sistematizadas na adolescência do que as mulheres (38%).

Entre os achados da pesquisa, destacam-se as evidências sobre as preferências de homens e mulheres quanto ao tipo de atividades. Entre os homens, como já era esperado, o futebol foi o esporte mais praticado. Além deste, a prática do voleibol e da musculação foram muito presentes entre os adultos mais jovens. Para as mulheres, o voleibol e a dança foram as atividades mais praticadas. Chama a atenção ainda a constatação do aumento pela procura de atividades como aulas de ginástica e musculação entre as adultas mais jovens.

O trabalho ainda concluiu que a prática de atividades físicas sistematizadas durante a adolescência aumenta significativamente as chances de que este indivíduo, quando chegar na idade adulta, tenha um nível de atividade física que possa lhe trazer benefícios à saúde. Apesar de que poucas mulheres se envolvem com atividades físicas durante a adolescência, são elas que possuem a maior probabilidade de continuarem ativas quando adultas. As chances de uma mulher adulta ter um estilo de vida ativo é 50% maior se ela tiver um histórico de atividades físicas na adolescência. Entre os homens este efeito é um pouco menor (28%).

Sendo assim, o incentivo à prática de atividades físicas voltadas para a população jovem ganha em importância quando favorece o melhor desenvolvimento de suas capacidades físicas e intelectuais, oferecendo benefícios à saúde durante sua adolescência, além de aumentar suas chances de ser um adulto com um estilo de vida mais saudável.

ANEXOS

QUESTIONÁRIOS

BLOCO D: DOMICILIAR ***RESPONSÁVEL PELO DOMICÍLIO*** ***# Este bloco deve ser aplicado a <u>apenas 1</u> <u>morador do domicílio</u>, de preferência, a dona de casa.***	**ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO**
Número do setor___ ___ ___ Número da família __ __ Número da pessoa __ __ Endereço_____ (1) casa (2) apartamento Data da entrevista __ __/ __ __/ __ __ Horário de início da entrevista __ __: __ __ Horário do término da entrevista __ __ : __ __ Entrevistadora: _____	*NQUE* *__ __ __ __ __ __ __* *TIPOM ___* *DE__ __ __ __ __ __* *HI__ __: __ __* *HT __ __ : __ __* *ENT __ __*
D1) Qual o endereço deste domicílio? Rua: _____ Número: _____ Complemento: _____ **D2) O(a) Sr(a) possui telefone neste domicílio?** (0) não (1) sim → **Qual o número? _____** **D3) Existe algum outro número de telefone ou celular para que possamos entrar em contato com o(a) Sr(a)?** (0) não (1) sim → **Qual o número?** _____ **D4) Quantas pessoas moram nesta casa?** __ __ pessoas **D5) Nesta casa mora alguma pessoa com Síndrome de Down?** (0) não (1) sim (9) IGN	*DFONE ___* *DCEL ___* *DMOR ___ ___* *DDOWN ___*
AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE OS BENS E A RENDA DOS MORADORES DA CASA. MAIS UMA VEZ LEMBRO QUE OS DADOS DESTE ESTUDO SERVIRÃO APENAS PARA UMA PESQUISA, PORTANTO O(A) SR.(A) PODE FICAR TRANQÜILO(A) PARA INFORMAR O QUE FOR PERGUNTADO. **D6) O(a) Sr.(a) tem rádio em casa?** (0) Não Se sim: **Quantos?** ___ rádios **D7) Tem televisão colorida em casa?** (0) Não Se sim: **Quantas?** ___ televisões **D8) O(a) Sr.(a) ou sua família tem carro?** (0) Não Se sim: **Quantos?** ___ carros	*DRD ___* *DTV ___* *DCAR ___*

D9) Quais destas utilidades domésticas o(a) Sr(a) tem em casa? **Aspirador de pó** (0) Não (1) Sim **Máquina de lavar roupa** (0) Não (1) Sim **Videocassete e/ou DVD** (0) Não (1) Sim	*DASPI* ___ *DMAQ* ___ *DVCR* ___
D10) Tem geladeira ? (0) Não (1) Sim	*DGELA* ___
D11) Tem freezer separado ou geladeira duplex? (0) Não (1) Sim	*DFREE* ___
D12) Quantos banheiros tem em casa? (0) Nenhum ___ banheiros	*DBAN* ___
D13) O(a) Sr(a) tem empregada doméstica em casa? (0) Nenhuma Se sim: **Quantas?** ___ empregadas	*DEMPRE* ___
D14) Qual o último ano de estudo do chefe da família ? (0) Nenhum ou primário incompleto (1) Até a 4ª série (antigo primário) ou ginasial (primeiro grau) incompleto (2) Ginasial (primeiro grau) completo ou colegial (segundo grau) incompleto (3) Colegial (segundo grau) completo ou superior incompleto (4) Superior completo	*DESCOCH* ___
D15) No mês passado quanto ganharam as pessoas que moram aqui? (trabalho ou aposentadoria) *Pessoa 1: R$ __ __ __ __ __ por mês* *Pessoa 2: R$ __ __ __ __ __ por mês* *Pessoa 3: R$ __ __ __ __ __ por mês* *Pessoa 4: R$ __ __ __ __ __ por mês* *Pessoa 5: R$ __ __ __ __ __ por mês* *(99999) ignorado/não respondeu*	*DRF1*__ __ __ __ __ *DRF2* __ __ __ __ __ *DRF3* __ __ __ __ __ *DRF4* __ __ __ __ __ *DRF5* __ __ __ __ __
D16) A família tem outra fonte de renda, por exemplo, aluguel, pensão ou outra, que não foi citada acima? (0) Não (1) Sim → **Quanto?** R$__ __ __ __ __ por mês	*DRE* __ __ __ __ __

BLOCO C: ADULTOS ***Este bloco deve ser aplicado a adultos (20anos ou mais) de ambos os sexos**	*ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO*

Número do setor___ ___ ___
Número da família __ __
Número da pessoa __ __
Endereço_____(1) casa(2) apartamento
Data da entrevista __ __/ __ __/ __ __
Horário de início da entrevista __ __: __ __
Horário do término da entrevista __ __ : __ __
Entrevistadora: _____

NQUE
__ __ __ __ __ __ __

TIPOM__
DE__ __/__ __/ __ __
HI__ __: __ __
HT __ __ : __ __
ENT __ __

G1) Qual é o seu nome? _____

G2) Qual é a sua idade? __ __ __

IDADE__ __ __

AS PERGUNTAS G3 E G4 DEVEM SER APENAS OBSERVADAS PELA ENTREVISTADORA

G3) Cor da pele: (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Outra: _____
G4) Sexo: (0) Masculino (1) Feminino (9) IGN

CORPELE ___

SEXO ___

G5) O(a) Sr(a) sabe ler e escrever?
(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO G7
(1) Sim
(2) Só assina → PULE PARA A QUESTÃO G7
(9) IGN

KLER ____

G6) Até que série o(a) Sr(a) estudou?

Anotação: _____
(Codificar após encerrar o questionário)

Anos completos de estudo: __ __ anos (88) NSA

ESCOLA __ __

G7) O(a) Sr(a) pratica alguma religião?
(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO G9
(1) Sim

PRATREL __

G8) Qual?
(0) Católica (1) Protestante (2) Evangélica (3) Espírita
(4) Afro-brasileira (5) Testemunha de Jeová
(6)Outra_____ (8) NSA

QUALREL __

G9) Qual a sua situação conjugal atual?
(1) **Casado(a) ou com companheiro(a)**
(2) **Solteiro(a) ou sem companheiro(a)**
(3) **Separado(a)**
(4) **Viúvo(a)**

COMPAN __

G10) Qual é o seu peso atual? __ __ __ ,__ kg (999) IGN

PESO
__ __ __ ,__

G11) Qual é a sua altura? __ __ __ , __ cm (999) IGN

ALTUR
__ __ __ ,__

G12) O(a) Sr(a) fuma ou já fumou?
(0) Não, nunca fumou → PULE PARA A QUESTÃO G15
(1) Sim, fuma (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês)
(2) Já fumou, mas parou de fumar há __ __ anos __ __ meses

FUMO __
TPAFU
__ __ __ __

G13) Há quanto tempo o(a) Sr(a) fuma (ou fumou durante quanto tempo)?
__ __ anos __ __ meses (8888) NSA

TFUMO
__ __ __ __

G14) Quantos cigarros o(a) Sr(a) fuma (ou fumava) por dia?
__ __ cigarros (88) NSA

CIGDIA __ __

G15) Como o(a) sr(a) considera sua saúde?
(1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim
(9) IGN

SAU __

AGORA FALAREMOS DE FRATURAS E FISIOTERAPIA

C1) Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem osteoporose ou fraqueza dos ossos?
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

YOSTE__

C2) O(a) Sr(a) já quebrou algum osso do seu corpo?

(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C3 (8) NSA
(1) Sim → **Quantas vezes? __ __** (9) IGN → PULE PARA QUESTÃO C3

YFRAVD__

YQTD__ __

SE SIM FAÇA O QUADRO ABAIXO

PARA RESPONDER AS PRÓXIMAS 5 QUESTÕES CONSIDERE SOMENTE A ÚLTIMA FRATURA OCORRIDA

a)**O que o(a) Sr(a) quebrou?**	b)**Esta fratura ocorreu?**	c) **Como foi que ocorreu esta fratura?**	d)**Fez fisioterapia após tirar o gesso ou imobilização?**	e)**Esta fratura ocorreu de <MÊS> do ano passado até o dia de hoje?**
(01) **Pé** (02) **Tornozelo** (03) **Perna** (04) **Joelho** (05) **Fêmur ou quadril** (06) **Dedos da mão** (07) **Pulso** (08) **Antebraço** (09) **Braço** (10) **Clavícula** (11) **Escápula** (12) **Cadeiras ou bacia** (13) **Costela** (14) **Vértebra** (15) **Mais de um destes locais** (16) **Outro local** _____ (88) NSA (99) IGN	(1) **Trabalhando** (2) **No seu tempo livre fora de casa** (3) **Em casa** (4) **Trânsito** (5) **Na escola** (8) NSA (9) IGN	(1) **Praticando esportes** (2) **Acidente de carro/pedestre** (3) **Violência, Brigas, Agressões** (4) **Caiu sozinho** (5) **Acidente de trabalho com máquinas, andaimes, outros equipamentos** (6) **Outro Motivo** _____ (8) NSA (9) IGN	(0) Não Sim→SE SIM (1) **Pelo SUS** (2) **Particular** (3) **Convênio** (4) **Plano de Saúde** (8) NSA (9) IGN	(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN
YLOFRT__ __	*YLUGAR__*	*YMOTFR__*	*YTIGEF___*	*YFRUTA__*

C3) O(a) Sr(a) fez fisioterapia alguma vez na vida, por outro problema?

(0) Não → PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO Sim → SE SIM

(1) **Pelo SUS** (2) **Particular** (3) **Convênio** (4) **Plano de Saúde**

(8) NSA (9) IGN

YFTOUT__

C4) Qual foi este outro problema para o(a) Sr(a) fazer fisioterapia?

(00) **Derrame** (Acidente Vascular Cerebral; Isquêmico ou Hemorrágico).
(01) **Dor nas Costas** (Lombalgias ou Cervicalgia)
(02) **Doença Respiratória** (Asma, Bronquite, Pneumonia, Enfisema, etc).
(03) **Problemas no Ombro** (Bursite, Síndrome do Supra-Espinhoso, Manguito Rotador).
(04) **Reumatismo** (Doença Reumática).
(05) **Problemas de Coluna** (Cifóse, Escoliose, Lordose e Hérnia de disco).
(06) **Entorse, Luxação, Contusão ou Distensão**.
(07) **Tendinites** (Pulso, Cotovelo e Tornozelo).
(10) **Paralisia Facial**
(11) **Outro motivo** < Escrever motivo>_____
(88) NSA
(99) IGN

YOPROB__ __

C5) O(a) Sr(a) fez fisioterapia entre <MÊS> do ano passado e o dia de hoje?

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

YFTUA__

AGORA FALAREMOS SOBRE SAÚDE

C6) Indique as 3 medidas que, na sua opinião, são as mais importantes para manter a boa saúde, começando com a mais importante de todas. (nos parênteses anteriores as opções deve ser anotada a ordem de importância dos 3 fatores citados)

MOSTRAR A FOLHA COM AS FIGURAS.

( ) (1) Ter uma alimentação saudável, evitando comer muita gordura animal;
( ) (2) Fazer exercícios físicos regularmente;
( ) (3) Não tomar bebidas alcoólicas em excesso;
( ) (4) Consultar o médico regularmente;
( ) (5) Não fumar;
( ) (6) Manter seu peso ideal;
( ) (7) Controlar ou evitar o estresse;
(9) IGN

UFAT1__

UFAT2__

UFAT3__

C7) Quantas horas por dia o(a) Sr(a) gasta com serviços domésticos, estudos e seu trabalho?

Manhã __ __ hrs __ __ min → TOTAL MANHÃ __ __ __ minutos
Tarde __ __ hrs __ __ min → TOTAL TARDE __ __ __ minutos
Noite __ __ hrs __ __ min → TOTAL NOITE __ __ __ minutos

UMANA__ __ __

UTARDI__ __ __

UNOITI__ __ __

AGORA FALAREMOS SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER

Esta seção refere-se às atividades físicas que o(a) Sr(a) fez nos últimos 7 dias, <u>unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer</u>.

C8) Desde <DIA DA SEMANA PASSADA>, em quantos dias o(a) Sr(a) caminhou por, <u>pelo menos, 10 minutos seguidos</u> no seu tempo livre? Não considere as caminhadas para ir ou voltar do seu trabalho.

___ dia(s) por SEMANA (9) IGN *QDIA* ___

(0) Nenhum → PULE PARA A RECOMENDAÇÃO ANTERIOR A QUESTÃO C10

C9) Nos dias em que o(a) Sr(a) caminhou no seu tempo livre, quanto tempo no total o(a) Sr(a) gastou POR DIA?

QTEM

____ hora(s) __ __minutos TOTAL:_ _ _ minutos (888) NSA (999) IGN ___ ___ ___

____ +____+____+____+____+____+____ = _____ ÷____ (dias) =_____minutos

Para responder as próximas questões considere que:

Atividades físicas FORTES são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal;

Atividades físicas MÉDIAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal

C10) Desde <DIA DA SEMANA PASSADA>, em quantos dias o(a) Sr(a) fez atividades <u>FORTES</u> no seu tempo livre por, pelo menos, 10 minutos, como correr, fazer ginástica, nadar rápido ou pedalar rápido?

____ dia(s) por SEMANA (0) Nenhum → PULE PARA A QUESTÃO C12 *QDVIG* ___
(9) IGN

C11) Nos dias em que o(a) Sr(a) fez estas atividades <u>FORTES</u> no seu tempo livre quanto tempo no total o(a) Sr(a) gastou POR DIA?

____ hora(s) __ __ minutos TOTAL:_ _ _ minutos (888) NSA (999) IGN

QTVIG

____ +____+____+____+____+____+____ = _____ ÷____ (dias) =_____ minutos ___ ___ ___

C12) Sem considerar as caminhadas, desde <DIA DA SEMANA PASSADA>, em quantos dias o(a) Sr(a) fez atividades <u>MÉDIAS</u> no seu tempo livre por, pelo menos, 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis?

QDMOD ___

____dia(s) por SEMANA (9) IGN

(0) Nenhum → PULE PARA A RECOMENDAÇÃO ANTERIOR A QUESTÃO C14

C13) Nos dias em que o(a) Sr(a) fez estas atividades <u>MÉDIAS</u> no seu tempo livre quanto tempo no total o(a) Sr(a) gastou POR DIA? *QTMOD*

____ hora(s) __ __ minutos TOTAL:_ _ _ minutos (888) NSA (999) IGN —— —— ——

____ +____+____+____+____+____+____+____ = _____ ÷____ (dias) =_____ minutos

SE A RESPOSTA PARA AS QUESTÕES C8, C10 E C12 FOI "NENHUM" FAÇA A QUESTÃO C14, CASO CONTRÁRIO PULE PARA A QUESTÃO C16."

C14) Desde <MÊS DO ANO PASSADO> o(a) Sr(a) fez atividades físicas no período de lazer por pelo menos três meses sem parar? *UFEZ__*

(0) Não→ PULE PARA A QUESTÃO C17 (1) Sim (8) NSA (9) IGN

C15) Por que parou de praticar as atividades físicas?

Falta de tempo	(0) Não	(1) Sim	*UFALTA __*
Preguiça	(0) Não	(1) Sim	*USONO __*
Não tinha local adequado	(0) Não	(1) Sim	*ULOCAL __*
Se machucou	(0) Não	(1) Sim	*UDOI __*
Falta de dinheiro	(0) Não	(1) Sim	*UNHERO __*
Falta de companhia	(0) Não	(1) Sim	*UCOMP __*
Achava chato / não gostava	(0) Não	(1) Sim	*UCHATO __*
Outro_____	(0) Não	(1) Sim	*UOUTR __*

(8) NSA
(9) IGN

APÓS RESPONDER A QUESTÃO C15, PULE PARA A QUESTÃO C17

C16) Qual desses motivos é o <u>principal</u> para que o(a) Sr(a) realize atividade física? *QMOT ___*

(1) **Orientação médica**
(2) **Porque gosta**
(3) **Porque acha importante para a saúde**
(4) **Outro motivo –** Qual?_____
(8) NSA (9) IGN

C17) O(a) Sr(a) se sente velho(a) demais para fazer atividade física? *UVELH__*

(0) Não (1) Sim (9) IGN

C18) O(a) Sr(a) possui alguma lesão ou doença que atrapalhe na hora de fazer atividade física? *ULES __*

(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C20 (1) Sim (9) IGN

C19) Qual? *UQLES__ __*

(01) Diabetes
(02) Doenças do coração
(03) Paralisia
(04) Problemas articulares
(05) Problemas musculares
(06) Fratura
(07) Algum tipo de câncer
(08) Hipertensão ou pressão alta
(09) Asma e/ou bronquite
(10) Outra _____
(88) NSA
(99) IGN

C20) O(a) Sr(a) gosta de praticar atividades físicas? *UGOST__*

(0) Não (1) Sim (9) IGN

C21) O(a) Sr(a) sente preguiça ou cansaço para fazer atividades físicas?
(0) Não (1) Sim (9) IGN — *UPREG__*

C22) A falta de dinheiro atrapalha o(a) Sr(a) de fazer atividades físicas?
(0) Não (1) Sim (9) IGN — *UDIN__*

C23) O(a) Sr(a) tem medo de se machucar fazendo atividades físicas?
(0) Não (1) Sim (9) IGN — *UMEDO__*

C24) A falta de companhia é um fator que dificulta que o(a) Sr(a) faça atividades físicas?
(0) Não (1) Sim (9) IGN — *UMIGO__*

C25) O(a) Sr(a) tem tempo livre para fazer atividades físicas?
(0) Não (1) Sim (9) IGN — *UTEMP__*

AGORA FALAREMOS DAS ATIVIDADES FÍSICAS QUE O SR(A) REALIZAVA NA SUA ADOLESCÊNCIA, ENTRE OS 10 E 19 ANOS DE IDADE

C26) Sem considerar as aulas de Educação Física, o(a) Sr(a) esteve envolvido <u>NA ESCOLA</u> em equipes esportivas, com treinamentos e/ou competições ou grupos de dança, por no mínimo, 6 meses consecutivos? — *QESP ___*

(0) Não (1) Sim - **Qual atividade esportiva?** (9) IGN

Futsal/Futebol de salão	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	*QFUT ___*
Futebol de campo/Futebol de 7	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	*QFUC ___*
Basquete	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	*QBAS ___*
Voleibol	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	*QVOL ___*
Handebol	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	*QHAN ___*
Atletismo	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	*QATL ___*
Natação	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	*QNAT ___*
Dança	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	*QDAN ___*
Ginástica olímpica/artística	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	*QGIN___*
Lutas	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	*QLUT___*
Outra: **Qual?**_____	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	*QOUT ___*

C27) O(a) Sr(a) participou em clubes, academias ou associações de alguma atividade esportiva ou realizou por conta própria alguma atividade física por, no mínimo, 6 meses consecutivos? — *QATIV ___*

(0) Não→ PULE PARA A RECOMENDAÇÃO ANTERIOR A QUESTÃO C28
(1) Sim - **Qual atividade?** (9) IGN

Futsal/Futebol de salão	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	*QFUT2 ___*
Futebol de campo/Futebol de 7	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	*QFUC2 ___*
Basquete	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	*QBAS2 ___*
Voleibol	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	*QVOL2 ___*
Handebol	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	*QHAN2 ___*
Atletismo	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	*QATL2 ___*
Natação	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	*QNAT2 ___*
Dança	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	*QDAN2___*
Ginástica olímpica/artística	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	*QGIN2 ___*
Lutas	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	*QLUT2 ___*
Ginástica	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	*QGIN3 ___*
Musculação	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	*QMUS2 ___*
Caminhadas	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	*QCAM2 ___*
Corridas	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	*QCOR2 ___*
Andar de bicicleta	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	*QBIC2 ___*
Outra: **Qual?**_____	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	*QOUT2 ___*

SE AS RESPOSTAS DAS QUESTÕES C26 E C27 FOREM "NÃO", PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO.

C28) Considerando somente as atividades físicas feitas durante a adolescência, o(a) Sr(a) as realizava por que gostava ou era obrigado, por algum motivo?

(0) Gostava (1) Obrigado (8) NSA (9) IGN *QAFAD* ___

AGORA FALAREMOS SOBRE CONSULTAS AO MÉDICO

C29) Desde <MÊS> do ano passado o(a) Sr(a) baixou o hospital?
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN *XHOSP* ___

C30) Desde<TRÊS MESES ATRÁS> deste ano o(a) Sr(a) consultou com médico?
(00) Não→ PULE PARA A QUESTÃO C45
Sim. **Quantas vezes?** __ __ *XCONS* __ __

SE CONSULTOU APENAS 1 VEZ, PULE PARA A QUESTÃO C31
SE CONSULTOU DUAS VEZES OU MAIS, PULE PARA A QUESTÃO C34

C31) Nessa vez, onde o(a) Sr(a) consultou? *XONDE* __ __

(01) Posto de Saúde
(02) Pronto-Socorro
(03) Ambulatório do hospital
(04) Ambulatório da Faculdade
(05) Ambulatório do Sindicato ou empresa
(06) Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde
(07) Consultório Médico Particular
(08) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial)
(09) Outro _____
(88) NSA
(99) IGN

C32) O médico lhe pediu algum exame?
(0) Não→ PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO
(1) Sim (8) NSA (9) IGN *XPED* ___

C33) Que tipo de exame?

Sangue	(0) Não	(1) Sim	*XSAN* ___
Urina	(0) Não	(1) Sim	*XURI* ___
Rx	(0) Não	(1) Sim	*XRX* ___
Eletrocardiograma (ECG)	(0) Não	(1) Sim	*XECG* ___
Ultrassonografia (ecografia)	(0) Não	(1) Sim	*XECO* ___
Endoscopia (pela boca)	(0) Não	(1) Sim	*XEDA* ___
Colonoscopia (pelo ânus)	(0) Não	(1) Sim	*XCOLO* ___
Tomografia Computadorizada	(0) Não	(1) Sim	*XTC* ___
Ressonância Magnética	(0) Não	(1) Sim	*XRM* ___
Biópsias (tecidos, secreções, raspados)	(0) Não	(1) Sim	*XBIO*__
Outro _____			*XEOUT* ___

(8) NSA
(9) IGN

PULE PARA A QUESTÃO C40

C34) Onde foram estas consultas?

(01)Posto de Saúde.	Sim.**Quantas vezes? __ __**	
(02)Pronto-Socorro.	Sim.**Quantas vezes? __ __**	*XLOC1__ __*
(03)Ambulatório do hospital.	Sim.**Quantas vezes? __ __**	*XVEZES1 __ __*
(04)Ambulatório da Faculdade.	Sim.**Quantas vezes? __ __**	
(05)Ambulatório do Sindicato ou empresa.	Sim.**Quantas vezes? __ __**	*XLOC2__ __*
(06)Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde.	Sim.**Quantas vezes? __ __**	*XVEZES2 __ __*
(07)Consultório Médico Particular	Sim.**Quantas vezes? __ __**	
(08)CAPS Centro de Atenção Psicossocial	Sim.**Quantas vezes? __ __**	*XLOC3 __ __*
(09)Outro _____	Sim.**Quantas vezes? __ __**	*XVEZES3__ __*
(88)NSA		
(99)IGN		

C35) Em alguma dessas consultas o médico lhe pediu algum tipo de exame? *XXPED__*

(0) Não → PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO
(1) Sim (8) NSA

C36) Em quantas consultas o médico pediu pelo menos um tipo de exame? __ __ *XXQC __ __*

(88) NSA (99) IGN

C37) Que tipos de exames o médico lhe pediu na(s) consulta(s) do <PRIMEIRO LOCAL DE CONSULTA RESPONDIDO NA QUESTÃO C34>_____? *XLOC1B __ __*

Sangue	(0) Não	(1) Sim	*X1SAN ___*
Urina	(0) Não	(1) Sim	*X1URI ___*
Rx	(0) Não	(1) Sim	*X1RX ___*
Eletrocardiograma (ECG)	(0) Não	(1) Sim	*X1ECG ___*
Ultrassonografia (ecografia)	(0) Não	(1) Sim	*X1ECO ___*
Endoscopia (pela boca)	(0) Não	(1) Sim	*X1EDA ___*
Colonoscopia (pelo ânus)	(0) Não	(1) Sim	*X1COL ___*
Tomografia Computadorizada	(0) Não	(1) Sim	*X1TC ___*
Ressonância Magnética	(0) Não	(1) Sim	*X1RM ___*
Biópsias (tecidos, secreções, raspados)	(0) Não	(1) Sim	*X1BIO__*
Outro _____			*X1EOU ___*
(8) NSA			
(9) IGN			

AS QUESTÕES C38 E C39 SOMENTE SERÃO PERGUNTADAS SE O ENTREVISTADO CONSULTOU EM MAIS DE UM LOCAL, CONFORME A QUESTÃO C34

C38) Que tipos de exames o médico lhe pediu na(s) consulta(s) do <SEGUNDO LOCAL DE CONSULTA RESPONDIDO NA QUESTÃO C34>_____? *XLOC2B __ __*

Sangue	(0) Não	(1) Sim	*X2SAN ___*
Urina	(0) Não	(1) Sim	*X2URI ___*
Rx	(0) Não	(1) Sim	*X2RX ___*
Eletrocardiograma (ECG)	(0) Não	(1) Sim	*X2ECG ___*
Ultrassonografia (ecografia)	(0) Não	(1) Sim	*X2ECO ___*
Endoscopia (pela boca)	(0) Não	(1) Sim	*X2EDA ___*
Colonoscopia (pelo ânus)	(0) Não	(1) Sim	*X2COL ___*
Tomografia Computadorizada	(0) Não	(1) Sim	*X2TC ___*
Ressonância Magnética	(0) Não	(1) Sim	*X2RM ___*
Biópsias (tecidos, secreções, raspados)	(0) Não	(1) Sim	*X2BIO__*
Outro _____			*X2EOU ___*
(8) NSA			
(9) IGN			

C39) Que tipos de exames o médico lhe pediu na(s) consulta(s) do <TERCEIRO LOCAL DE CONSULTA RESPONDIDO NA QUESTÃO C34>? _____ *XLOC3B __ __*

Sangue	(0) Não	(1) Sim	*X3SAN ___*
Urina	(0) Não	(1) Sim	*X3URI ___*
Rx	(0) Não	(1) Sim	*X3RX ___*
Eletrocardiograma (ECG)	(0) Não	(1) Sim	*X3ECG ___*
Ultrassonografia (ecografia)	(0) Não	(1) Sim	*X3ECO ___*
Endoscopia (pela boca)	(0) Não	(1) Sim	*X3EDA ___*
Colonoscopia (pelo ânus)	(0) Não	(1) Sim	*X3COL ___*
Tomografia Computadorizada	(0) Não	(1) Sim	*X3TC ___*
Ressonância Magnética	(0) Não	(1) Sim	*X3RM ___*
Biópsias (tecidos, secreções, raspados)	(0) Não	(1) Sim	*X3BIO__*
Outro _____			*X3EOU ___*

(8) NSA
(9) IGN

C40) O(a) Sr(a) teve que pagar pelo(s) exame(s)? *XPAG__*

(0) Não (1) Sim (2) Não fez o exame pedido (8) NSA

A PERGUNTA A SEGUIR DEVE SER FEITA SOMENTE PARA AS MULHERES

C41) A Sra. está grávida? *XGEST__*

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9)IGN

FALAREMOS AGORA APENAS SOBRE SUA ÚLTIMA CONSULTA NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES

C42) Qual a especialidade do médico com quem o(a) Sr(a) consultou? *PCONS___*

(1) Clínico geral (2) Psiquiatra
(3) outro especialista – **Qual**: _____ (8) NSA (9) IGN

C43) Qual o local onde o(a) Sr(a) consultou? *PLOC___ ___*

(01) Posto de saúde
(02) Ambulatório de hospital
(03) Consultório médico
(04) CAPS
(05) Ambulatório de plano de saúde
(06) Ambulatório da Faculdade de Medicina – UFPEL
(07) Pronto socorro (08) outros – **Qual?**_____(88) NSA (99) IGN

C44) Nessa consulta, recebeu algum remédio para os nervos? *PREC___*

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

SE SIM: **Qual?** _____ (Registre o nome da medicação que consta na receita, embalagem, ou bula e o codifique conforme a lista em anexo. Se o entrevistado tiver recebido mais de uma medicação, considere a que recebeu há menos tempo) *PQUAL__ __ __*

C45*)* Desde <DIA DA SEMANA> retrasada o(a) Sr(a) tomou algum remédio para os nervos ou para dormir ou outro remédio que só se vende com receita? *PTOM____*

(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C52
(1) Sim (8) NSA (9) IGN

SE SIM: **Qual? _____** *PQUALT __ __ __*

(Registre o nome que consta na receita, embalagem, ou bula e o codifique conforme a lista em anexo. Se o entrevistado tomar mais de uma medicação, considere a que toma há menos tempo)

C46) Quem indicou? *PIND___*

(1) Toma por conta própria
(2) Médico geral
(3) Médico psiquiatra
(4) Médico de outra especialidade_____
(5) Parente ou conhecido
(6) Farmacêutico
(7) Outra pessoa_____
(8) NSA
(9) IGN

C47) Há quanto tempo toma? *PTEMP*

_ _ anos _ _meses _ _dias (88, 88,88) NSA (99, 99,99) IGN

_ _ _ _ _ _

C48) Como conseguiu o remédio da última vez?

(1) Comprou na farmácia com receita médica
(2) Comprou na farmácia sem receita médica *PCOMO _*
(3) Comprou em farmácia de manipulação
(4) Retirou na farmácia municipal
(5) Outros _____(especificar)
(8) NSA
(9) IGN

C49) Toma mais algum remédio para os nervos? *PMALG___*

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

SE SIM: **Qual? _____**(Registre o nome que consta na receita, embalagem, ou bula e o codifique conforme a lista em anexo. Se o entrevistado tomar mais de uma medicação, considere a que toma há menos tempo) *PMAIS__ __ __*

VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SITUAÇÕES QUE POSSAM TER LHE ACONTECIDO DESDE <MÊS> DO ANO PASSADO

C50) O(a) Sr(a) tem alguma pessoa na família, que more na sua casa, com doença grave?

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN *PFAM___*

C51) O(a) Sr(a) perdeu o emprego?

(0) Não (1) Sim , mas já está empregado
(2) Sim e continua desempregado (8) NSA (9) IGN *PERD___*

AGORA FALAREMOS DE CAMPANHAS DE SAÚDE

C52) Há dois anos atrás teve uma campanha onde faziam o teste do dedinho, para saber se as pessoas tinham diabetes ou açúcar no sangue. **O(a) Sr(a) ficou sabendo desta campanha?** *JCAMP__*

(0) Não
Sim → SE SIM
(1) **TV** (2) **Rádio** (3) **Vizinha, amiga, parente**
(4) **Posto, agente de saúde, médico** (5) **Mais de uma opção. Quais?_____**
(8) NSA (9)IGN _____

C53)O(a) Sr(a) fez o teste do dedinho em Posto de Saúde, Associação de Diabetes ou Asilo de Mendigos na época da campanha? *JTEST__*

(0) Não→ PULE PARA A QUESTÃO C60
(1) Sim
(8) NSA (9) IGN

C54) O(a) Sr(a) fez o teste mais de uma vez na campanha? *JFZTS__*
(0) Não (1) Sim **Quantas?___**
(8) NSA (9) IGN *JQTAS__*

C55) O(a) Sr(a) lembra como foi o resultado do seu exame de açúcar no sangue?
1^0 exame (001) alto (002) normal (003) baixo. Valor _ _ _ (888) NSA (999) IGN *JEX1__ __ __*
(SOMENTE PARA QUEM FEZ MAIS DE UM EXAME)
2^0 exame (001) alto (002) normal (003) baixo. Valor _ _ _ (888) NSA (999) IGN *JEX2__ __ __*
3^0 exame (001) alto (002) normal (003) baixo. Valor _ _ _ (888) NSA (999) IGN *JEX3__ __ __*

C56) Após fazer o teste alguém lhe disse para procurar o médico?
(0) Não→ PULE PARA A QUESTÃO C60 *JIMED__*
(1) Sim
(8) NSA (9) IGN

C57) O(a) Sr(a) procurou o médico, foi consultar?
(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C60
(1) Sim *JCONS__*
(8) NSA (9) IGN

C58) O médico pediu para o(a) Sr(a) fazer um outro exame do açúcar no sangue no laboratório?
(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C60 *JOTEX__*
Sim → SE SIM
(1) **O exame confirmou o açúcar alto**
(2) **O exame deu normal**
(3) **Pediu, mas o Sr(a) não foi ou não conseguiu fazer**
(8) NSA (9) IGN

C59) O(a) Sr(a) está indo ao médico para tratar o açúcar no sangue, ou seja, diabetes? *JTTO__*
(0) Não (1) Sim (8) NSA

C60)Antes da campanha algum médico já tinha lhe dito que o(a) Sr(a) tinha:
Açúcar no sangue? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN *JDIAB__*
Pressão alta? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN *JHAS__*
Gordura no sangue, como por exemplo, colesterol ou triglicerídeos alterados? *JGORD__*
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

C61) Algum de seus pais, ou algum de seus irmãos, ou algum de seus filhos, se o(a) Sr(a) tiver filhos, têm ou tiveram açúcar no sangue? *JHIST__*
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

C62) Há dois anos atrás onde o(a) Sr(a) costumava consultar?
(1) **Posto de saúde**
(2) **Ambulatório do hospital ou faculdade** *JOND__*
(3) **Consultório médico particular ou convênio**
(4) **Ambulatório de plano de saúde**
(5) Local não especificado
(6) Outro local _____ (8)NSA

AGORA FALAREMOS SOBRE VACINAS

C63) O(a) Sr(a) conhece uma vacina contra a gripe? *CVAC __*
(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C70
(1) Sim (9) IGN

C64) O(a) Sr(a) fez a vacina contra a gripe neste ano de 2003?

(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C66
(1) Sim (8) NSA (9) IGN

FEZVAC __

C65) Onde o(a) Sr(a) fez esta vacina no ano de 2003?

(0) **Serviço de saúde particular ou convênio**
(1) **Serviço de saúde do SUS – posto de saúde ou outro**
(2) **No local onde trabalha – hospital ou posto de saúde do SUS, Secretarias da Prefeitura**
(3) **No local onde trabalha – empresa privada**
(4) **Na farmácia**
(5) **Outro local Qual? _____**
(8) NSA (9) IGN

LUGVAC __

PULE PARA A QUESTÃO C67

C66) Porque o(a) Sr(a) não fez a vacina contra a gripe neste ano de 2003?

(0) Quase nunca tenho gripe
(1) A vacina é só para velhos
(2) Gripe não é uma doença grave
(3) A vacina não faz efeito
(4) Vacina pode causar gripe
(5) A vacina é injeção
(6) Tenho alergia à vacina
(7) Outro **Qual?** _____
(8) NSA (9) IGN

PQNAOVAC __

C67) Como o(a) Sr(a) soube da vacinação contra a gripe neste ano de 2003?

(0) Meios de comunicação: TV, rádio, jornal
(1) Consulta médica ou posto de saúde
(2) Local de trabalho
(3) Amigo ou familiar
(4) Outro **Qual?** _____
(8) NSA (9) IGN

CSVAC __

C68) No ano passado o(a) Sr(a) fez a vacina contra a gripe?

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

FEZVACAP __

C69) O(a) Sr(a) sabe de quanto em quanto tempo deve ser feita a vacina contra a gripe?

(0) Não sei
(1) duas vezes por ano
(2) Uma vez por ano
(3) De 2 em 2 anos
(4) De 3 em 3 anos
(5) De 10 em 10 anos
(6) Uma vez na vida
(7) Outra _____
(9) IGN

FREQVAC __

C70) Durante a campanha de vacinação contra a gripe deste ano, nos meses de abril até agosto, o(a) Sr(a) esteve no consultório de médico particular/convênio ou em um posto de saúde do SUS?

(0) Não

SIM → SE SIM

(1) Consultei, acompanhei consulta ou outra atividade em serviço particular ou convênio

(2) Consultei, acompanhei consulta ou outra atividade em posto de saúde do SUS

(9) IGN

FOISS __

C71) O médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem alguma destas doenças?

Açúcar no sangue ou diabetes	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	*DIAB __*
Pressão alta ou hipertensão	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	*HIPERT __*
Doença do coração	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	*DCARD __*
Doença crônica do pulmão	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	*DPULM __*
Doença crônica de rins	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	*DRENAL __*
Tumor maligno ou câncer	(0) Não	(1) Sim	(9) IGN	*CANCER __*

C72) Neste ano de 2003 o(a) Sr(a) teve gripe com febre alta?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

GRIPE __

AGORA FALAREMOS SOBRE DESLOCAMENTO PARA O TRABALHO

C73) O(a) Sr(a) trabalha fora?

(0) Não →PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO

(1) Sim

GTRAB__

C74) Qual o meio de transporte o(a) Sr(a) usa para ir e voltar do trabalho?

(1) Vai a pé

(2) Bicicleta

(3) Motocicleta

(4) Ônibus

(5) Automóvel

(6) Outro Qual? _____

(8) NSA

GTRANS __

SE A RESPOSTA NÃO FOR BICICLETA (2) PULE PARA PRÓXIMA INSTRUÇÃO

C75) Quantos dias da semana o(a) Sr(a) usa a bicicleta para ir trabalhar?

___ dias. (8) NSA

GDIAS __

C76) Durante quanto tempo por dia o(a) Sr(a) anda de bicicleta, para ir e voltar do seu trabalho? Observar o tempo total diário

__ __ hora(s) __ __ minutos (888) NSA

GTDIA__ __ __

C77) O(a) Sr(a) usa a bicicleta em dias de chuva para ir trabalhar?

(0) Não (1) Sim (8) NSA

GCHUV __

C78) O(a) Sr(a) usa a bicicleta em dias de muito calor para ir trabalhar?

(0) Não (1) Sim (8) NSA

GCALOR __

C79) O(a) Sr(a) usa a bicicleta em dias muito frio para ir trabalhar?

(0) Não (1) Sim (8) NSA

GFRIO __

C80) O(a) Sr(a) utiliza a bicicleta antes das 7 da manhã ou depois das 6 da tarde para ir ou voltar do trabalho? *GNOIT __*

(0) Não (1) Sim (8) NSA

C81) Desde <MÊS DO ANO PASSADO> o(a) Sr(a) sofreu algum acidente de bicicleta no caminho de casa para o trabalho ou na volta para casa, em que se machucou?

(0) Não → PULE PARA A QUESTÃO C84 *GACID __*

(1) Sim (8) NSA (9) IGN

SE SIM **Quantas vezes? __ __**vez(es) (88) NSA *GQACI __ __*

C82) Qual o machucado mais grave que o(a) Sr(a) teve por causa do(s) acidente(s)? *GGRAV __*

(1) Arranhão ou escoriação
(2) Batida forte
(3) Corte ou perfuração na pele
(4) Fratura (quebra de osso)
(5) Lesão de órgão interno
(6) Outro machucado **Qual?**_____
(8) NSA

C83) Quantos dias o(a) Sr(a) precisou faltar ao trabalho por causa do acidente? *GFTRA __ __ __*

(000) Nenhum __ __ __ Dia(s) (888) NSA

C84) Agora eu gostaria de ver sua bicicleta, por favor.

Campainha (buzina)	(0) Não	(1) Sim	*GCAMP __*
Refletor dianteiro	(0) Não	(1) Sim	*GRDIA __*
Refletor traseiro	(0) Não	(1) Sim	*GRTRA __*
Refletor lateral	(0) Não	(1) Sim	*GRLAT __*
Refletor nos pedais	(0) Não	(1) Sim	*GRPED __*
Espelho retrovisor ao lado esquerdo	(0) Não	(1) Sim	*GRETR __*
Freio funcionando	(0) Não	(1) Sim	*GFREI __*
Farolete Dianteiro	(0) Não	(1) Sim	*GFARD __*
Farolete Traseiro	(0) Não	(1) Sim	*GFART __*

AGORA FALAREMOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

C85) Qual ou quais os métodos anticoncepcionais ou jeitos de evitar filhos que o(a) Sr(a) utiliza ou utilizou alguma vez na vida? (NÃO LER as alternativas e assinalar TODOS os métodos citados pela pessoa)

Pílula anticoncepcional (anticoncepcional oral)	(0) Não	(1) Sim	*MPIL __*
Camisinha masculina (preservativo/condom)	(0) Não	(1) Sim	*MCAMM __*
Camisinha feminina	(0) Não	(1) Sim	*MCAMF __*
Ligadura de trompas (esterilização feminina)	(0) Não	(1) Sim	*MLIGA __*
Vasectomia (esterilização masculina)	(0) Não	(1) Sim	*MVASE __*
DIU (Dispositivo Intra-Uterino)	(0) Não	(1) Sim	*MDIU __*
Diafragma	(0) Não	(1) Sim	*MDIAF__*
Geléia Espermaticida	(0) Não	(1) Sim	*MGEL__*
Método do Ritmo ou Tabelinha	(0) Não	(1) Sim	*MTAB__*
Coito Interrompido	(0) Não	(1) Sim	*MCOIT__*
Temperatura basal/Muco cervical	(0) Não	(1) Sim	*MTEMP__*
Anticoncepcional Injetável	(0) Não	(1) Sim	*MINJ __*
"Pílula do dia seguinte" ou contracepção de emergência	(0) Não	(1) Sim	*MEMER__*
Outros (Implantes, anticoncepcional hormonal vaginal, adesivos)	(0) Não	(1) Sim	*MOUT__*

(7) Nunca usou método anticoncepcional → PULE PARA A QUESTÃO C87 *MNAD__*

(8) NSA

C86) Quando o(a) Sr(a) optou pelo último método anticoncepcional algum profissional de saúde do setor público ou do setor privado lhe deu informações sobre anticoncepção e/ou jeitos de evitar filhos?

(0) Não (1) Sim, setor público (2) Sim, setor privado (8) NSA (9) IGN *MPROFS__*

C87) Quais as afirmativas sobre a pílula anticoncepcional estão corretas?

a) Se esquecer de tomar a pílula anticoncepcional um dia deve-se tomar dois comprimidos juntos no dia seguinte no mesmo horário.

(0) Não (1) Sim (9) IGN *MESQPIL__*

b) A pílula anticoncepcional deve ser tomada <u>somente</u> no dia ou na hora em que vai acontecer a relação sexual.

(0) Não (1) Sim (9) IGN *MHOPIL__*

c) Mulheres que fumam e têm mais de 35 anos podem usar a pílula.

(0) Não (1) Sim (9) IGN *MFUPIL__*

d) Mulheres que têm pressão alta ou problemas no coração podem usar a pílula.

(0) Não (1) Sim (9) IGN *MPAPIL__*

C88) Quais as afirmativas sobre a camisinha estão corretas?

a) Ao colocar a camisinha masculina deve-se apertar a ponta para evitar que ela arrebente.

(0) Não (1) Sim (9) IGN *MCREB__*

b) Além da camisinha masculina e feminina, existem outros métodos anticoncepcionais que ajudam a prevenir tanto a gravidez quanto às doenças sexualmente transmissíveis (DST).

(0) Não (1) Sim (9) IGN *MCDST__*

C89) Quais as afirmativas sobre a ligadura de trompas estão corretas?

a) A ligadura de trompas é indicada exclusivamente para pessoas que não querem ou não podem ter mais filhos.

(0) Não (1) Sim (9) IGN *MLIGIND__*

b) Mulheres que tentam desfazer a ligadura de trompas raramente conseguem ter mais filhos.

(0) Não (1) Sim (9) IGN *MLIGFI__*

C90) Quando começa um ciclo menstrual? *MINCLO__*

(1) **No primeiro dia da menstruação**
(2) **No último dia da menstruação**
(3) **No dia da ovulação**
(9) IGN

C91) Numa mulher cujo ciclo menstrual é de 28 dias, a maior possibilidade de engravidar ocorre: *MRISCO__*

(1) **No 1º dia da menstruação**
(2) **No último dia da menstruação**
(3) **No 14º dia após o início da menstruação**
(4) **No 14º dia após o término da menstruação**
(5) **Igual em todos os dias do mês**
(9) IGN

C92) O(a) Sr(a) tem filhos? *MTFIL__*

(0) Não (9) IGN

(1) Sim. **Quantos?_____** (88) NSA (99) IGN *MNFIL__ __*

Com que idade teve o 1º filho?_____ (88) NSA (99) IGN *MPRIMF __ __*

SE O ENTREVISTADO FOR HOMEM

C93.a) O Sr. já engravidou alguém que não queria ou não podia estar grávida? *MGINDH__*

(0) Não → PULE PARA A PROXIMA INSTRUÇÃO

(1) Sim (8) NSA (9) IGN

SE O ENTREVISTADO FOR MULHER

C93.b) A Sra. já esteve grávida alguma vez que não queria ou não podia estar grávida? *MGINDM__*

(0) Não → PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO

(1) Sim (8) NSA (9) IGN

C94) O(a) Sr(a) e/ou o(a) seu(sua) companheiro(a) estava usando algum método anticoncepcional? (0) Não (8) NSA (9) IGN *MGIND __*

(1) Sim. **Qual?** (NÃO LER as alternativas e assinalar TODOS os métodos citados pela pessoa).

Pílula anticoncepcional (anticoncepcional oral)	(0) Não	(1) Sim	*MGPIL __*
Camisinha masculina (preservativo/condom)	(0) Não	(1) Sim	*MGCAMM __*
Camisinha feminina	(0) Não	(1) Sim	*MGCAMF __*
Ligadura de trompas (esterilização feminina)	(0) Não	(1) Sim	*MGLIGA __*
Vasectomia (esterilização masculina)	(0) Não	(1) Sim	*MGVASE __*
DIU (Dispositivo Intra-Uterino)	(0) Não	(1) Sim	*MGDIU __*
Diafragma	(0) Não	(1) Sim	*MGDIAF__*
Geléia Espermaticida	(0) Não	(1) Sim	*MGGEL__*
Método do Ritmo ou Tabelinha (Abstinência periódica)	(0) Não	(1) Sim	*MGTABE__*
Coito Interrompido	(0) Não	(1) Sim	*MGCOIT__*
Temperatura basal/Muco cervical	(0) Não	(1) Sim	*MGTEMP__*
Anticoncepcional Injetável	(0) Não	(1) Sim	*MGINJ__*
"Pílula do dia seguinte" ou contracepção de emergência	(0) Não	(1) Sim	*MGEMER__*
Outros (Implantes, anticoncepcional hormonal vaginal, adesivos)	(0) Não	(1) Sim	*MGOUT__*

(8) NSA

AS QUESTÕES C95 A C101 DEVEM SER RESPONDIDAS POR HOMENS E MULHERES COM IDADE ATÉ 64 ANOS 11 MESES E 29 DIAS

AGORA FALAREMOS SOBRE DOR DE CABEÇA NO ÚLTIMO ANO

C95) Desde <MÊS> do ano passado o(a) Sr(a) teve dor de cabeça?

(0) **Não** → PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO

(1) **Sim** *EDORC__*

C96) Quantos ataques de dor de cabeça o(a) Sr(a) teve desde <MÊS> do ano passado?

(0) **menos de 5 ataques**

(1) **5 ataques ou mais** *EATAQ__*

(8) NSA (9) IGN

C97) De um modo geral, se o(a) Sr(a) não tomar remédio ou se o remédio não adiantar, esses ataques de dor de cabeça duram: *EDUR___*

(1) **Até 4 horas**
(2) **Mais de 4 horas a 3 dias**
(3) **Mais de 3 dias**
(8) NSA (9) IGN

C98) Em cada ataque de dor de cabeça, a dor de um modo geral, no início, é: *ELOC__*

(1) **Somente em um dos lados da cabeça**
(2) **Às vezes em um lado, às vezes nos dois lados da cabeça**
(3) **Dos dois lados da cabeça ao mesmo tempo**
(8) NSA (9) IGN

C99) Essa dor de cabeça, de um modo geral, é: *ETIP__*

(1) **Latejante/pulsátil**
(2) **Em pressão ou aperto**
(3) **Em fisgada ou pontada**
(4) **Outro modo**
(8) NSA (9) IGN

C100) Essa dor de cabeça, de um modo geral: *EATIV__*

(0) **Não atrapalha suas atividades do dia-a-dia**
(1) **Atrapalha um pouco suas atividades do dia-a-dia**
(2) **Atrapalha totalmente suas atividades do dia-a-dia**
(8) NSA (9) IGN

C101) Quando o(a) Sr (a) sente dor de cabeça:

Ela é acompanhada de vontade de vomitar ou enjôo? *ENAU__*
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

Ela piora na presença de luz ou claridade? *ECLAR___*
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

Ela piora com barulhos? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN *EBARU__*

Ela piora com atividades como caminhar, subir escadas, abaixar-se? *EPIAT__*
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

AS QUESTÕES C102 A C110 DEVEM SER RESPONDIDAS SOMENTE POR HOMENS COM 20 ANOS OU MAIS

AGORA FALAREMOS SOBRE RENDIDURA OU HÉRNIA NA VIRILHA

C102) O Sr. tem ou já teve rendidura ou hérnia na virilha? *HERNIA __*
(0) Não→ PULE PARA A QUESTÃO C105 (1) Sim (8) NSA (9) IGN

C103) Há quanto tempo o Sr. sabe que tem rendidura ou hérnia na virilha? *HIMES__ __ __*
__ __ ano(s)__ __ meses

C104) O Sr. já foi operado de rendidura ou hérnia na virilha? *HOPMES*
(000) Não
Sim → SE SIM: **Há quanto tempo?** __ __ano(s)__ __meses (888) NSA (999) IGN — — —

C105) O Sr. tem algum parente: pai, mãe, irmão, irmã, filho, filha, que tem ou teve rendidura ou hérnia na virilha? *HIHF___*
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

C106) Com que freqüência o Sr. costuma praticar exercícios abdominais? *HABD___*

(0) Nunca
(1) Menos de uma vez por semana
(2) Uma vez por semana
(3) Duas ou mais vezes por semana
(8) NSA (9)IGN

C107) O Sr. costuma ter prisão de ventre? *HOBST__*

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

C108) O Sr. costuma ter tosse sem estar resfriado? *HTOSSE __*

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

C109) Com que freqüência o Sr. levanta ou carrega peso durante sua jornada de trabalho ou em outra atividade? *HLVPSO __*

(0) nunca
(1) raramente
(2) geralmente
(3) sempre
(8) NSA (9) IGN

C110) Quantos lances de escada ou andares de escada o Sr. costuma subir diariamente em casa ou no trabalho? ___ ___ lances/dia *HSOBES__ __*

(00) Se não utiliza escada diariamente
(88) NSA (99) IGN

QUEREMOS AVISAR O SR. QUE PARA UMA PESQUISA COMPLEMENTAR, UM MÉDICO PODE VIR LHE FAZER UMA NOVA VISITA NOS PRÓXIMOS DIAS.

Horário do término da entrevista __ __ : __ __

AS QUESTÕES C111 A C120 DEVEM SER RESPONDIDAS SOMENTE POR MULHERES COM IDADE ENTRE 20 E 49 ANOS 11 MESES E 29 DIAS
SE FOR MULHER E TIVER IDADE ENTRE 50 E 59 ANOS, 11 MESES E 29 DIAS, PULAR PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO

AGORA FALAREMOS SOBRE A SAÚDE DA MULHER

C111) Nos últimos três meses, a Sra. menstruou normalmente? *SMENS__*

(0)Não→ PULE PARA A QUESTÃO C119 (1) Sim (9) IGN

VAMOS FALAR DAS SUAS TRÊS ÚLTIMAS MENSTRUAÇÕES. GOSTARÍAMOS DE SABER SOBRE SENTIMENTOS QUE APARECEM NA SEMANA ANTES DA MENSTRUAÇÃO E QUE DESAPARECEM LOGO QUE INICIA A MENSTRUAÇÃO.
SÓ RESPONDA SOBRE OS SENTIMENTOS QUE APARECEM ANTES DA MENSTRUAÇÃO E QUE DESAPARECEM APÓS MENSTRUAR. AQUELES QUE DURAM O MÊS INTEIRO NÃO DEVEM SER CONSIDERADOS.

C112) Na semana anterior as três últimas menstruações a Sra.:

- Ficou triste, com vontade de chorar?	(0)Não (1)Sim (9) IGN	*STRIS __*
- Ficou com muita raiva de alguém?	(0)Não (1)Sim (9) IGN	*SRAIV __*
- Ficou irritada, "briguenta" ou de mau humor?	(0)Não (1)Sim (9) IGN	*SIRIT __*
- Sentiu que estava muito nervosa ou tensa?	(0)Não (1)Sim (9) IGN	*SNERV __*
- Sentiu que estava muito confusa?	(0)Não (1)Sim (9) IGN	*SCONF __*
- Ficou com vontade de se isolar, de não ver ninguém?	(0)Não (1)Sim (9) IGN	*SISOL __*
- Sentiu que estava mais cansada do que o habitual ou com muito trabalho?	(0)Não (1)Sim (9) IGN	*SCANS __*

VAMOS FALAR AINDA DAS SUAS TRÊS ÚLTIMAS MENSTRUAÇÕES. GOSTARÍAMOS DE SABER SOBRE <u>ALTERAÇÕES EM SEU CORPO</u> QUE APARECEM NA SEMANA ANTES DA MENSTRUAÇÃO E QUE DESAPARECEM LOGO QUE INICIA A MENSTRUAÇÃO.
SÓ RESPONDA SOBRE AS ALTERAÇÕES EM SEU CORPO QUE APARECEM ANTES DA MENSTRUAÇÃO E QUE DESAPARECEM APÓS MENSTRUAR. AQUELAS QUE DURAM O MÊS INTEIRO NÃO DEVEM SER CONSIDERADAS.

C113) Na semana anterior as três últimas menstruações a Sra. teve:

- Dor ou aumento de tamanho nos seios?	(0) Não (1) Sim (9) IGN	*SEIOS __*
- Inchaço na barriga, sensação de peso ou desconforto?	(0) Não (1) Sim (9) IGN	*SBARG __*
- Dor de cabeça?	(0) Não (1) Sim (9) IGN	*SCABE __*
- Inchaço nas mãos ou nas pernas?	(0) Não (1) Sim (9) IGN	*SMAOP __*
- Ganho de peso?	(0) Não (1) Sim (9) IGN	*SGPES __*
- Dor nas costas, nas juntas ou nos músculos?	(0) Não (1) Sim (9) IGN	*SDORJ__*

C114) Algum dos problemas perguntados acima:

Atrapalhou seu relacionamento em casa?	(0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN	*SDIFA __*
Precisou que faltasse à escola?	(0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN	*SFALS __*
Precisou que faltasse ao trabalho?	(0) Não (1) Sim (8)NSA (9) IGN	*SFALT __*
Outros problemas: _____		*SDIF __*

C115) A Sra. acha que tem TPM ou Síndrome Pré-menstrual?
(0) Não→ PULE PARA A QUESTÃO C117 (1) Sim (9) IGN — *STPM __*

C116) A Sra. fez ou está fazendo tratamento para TPM ou Síndrome Pré-menstrual?
(0) Não (1) Sim, está fazendo (2) Fez, mas já parou (9) IGN — *STRAT __*

C117) A Sra. toma algum hormônio ou remédio para a menopausa?
(0) Não (1) Sim (9) IGN — *SREME __*

C118) A Sra. tem dor de cabeça 1 a 2 dias antes, ou durante a menstruação?
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9)IGN — *EMEN__*

C119) A senhora usa pílula ou injeção para não engravidar?
(0) Não→ PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO
(1) Sim (8) NSA (9) IGN — *EPIL___*

C120) O uso de pílula ou injeção para não engravidar faz aumentar seus ataques de dor de cabeça?
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN — *EAUM___*

AS QUESTÕES C121 A C130 DEVEM SER RESPONDIDAS SOMENTE POR <u>MULHERES</u> COM IDADE ENTRE <u>20 E 59 ANOS 11 MESES E 29 DIAS</u>

AGORA FALAREMOS SOBRE EXAMES DE PREVENÇÃO

C121) A Sra já ouviu falar no câncer do colo do útero ou do câncer do útero?
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN — *CCAN__*

C122) Existe um exame preventivo do câncer do colo do útero, também conhecido como pré-câncer. A Sra já ouviu falar deste exame?
(0) Não→ PULE PARA A QUESTÃO C128
(1) Sim (8) NSA (9) IGN — *CPREC__*

C123) A Sra já fez este exame? *CFEZP__ __*

(00) Não

(88) NSA (99) IGN

Sim→ **SE SIM: quantas vezes?__ __** *C2002__*

A Sra fez este exame no Posto de Saúde durante a Campanha de 2002?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

SE JÁ FEZ ESTE EXAME ALGUMA VEZ, PULE PARA A QUESTÃO C125

C124) Por que a Sra nunca fez este exame? (marcar a resposta dada pela entrevistada na coluna (1), a seguir LER AS OPÇÕES e marcar as respostas nas colunas (2) e (3). Se a primeira resposta for a opção "f", não ler as demais).

a) Acha que vai doer	(1)Sim, esp.	(2)Sim, ind.	(3)Não	*CDOI__*
b) Tem medo que dê câncer	(1)Sim, esp.	(2)Sim, ind.	(3)Não	*CMEDO__*
c) Não sabe onde faz	(1) Não Sabe, esp.	(2)Não sabe, ind.	(3)Sabe	*CNOND__*
d) O médico não pediu este exame	(1) Não pediu esp.	(2)Não pediu, ind.	(3)Pediu	*CNPED__*
e) Sente vergonha	(1)Sim, esp.	(2)Sim, ind.	(3)Não	*CVERG__*
f) Nunca tive relações sexuais (não ler)	(1) Nunca tive,esp.		(9) IGN	*CNREL__*

(6)Outra opção_____ (8) NSA *COUTR__*

(9) IGN

PULE PARA A QUESTÃO C128

C125) Há quanto tempo a Sra fez este exame? *CULPR*

Pela última vez__ __anos __ __meses *__ __ __ __*

E antes desta última vez__ __anos __ __meses *CPNPR*

(8888) NSA (9999) IGN *__ __ __ __*

C126) Onde a Sra costuma fazer este exame para evitar o câncer do colo do útero?

(1) Posto de saúde, hospital, ambulatório do SUS ou Faculdade de Medicina

(2) Clinica ou consultório por convênio *CONFZ__*

(3) Clínica ou consultório particular

(4)Outro _____

C127) O resultado deste exame demora alguns dias para ficar pronto. A Sra ficou sabendo o resultado do último exame que evita o câncer do colo do útero? *CSABU__*

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

C128) Este exame serve para ver se tem câncer no colo do útero. A Sra acha que este tipo de câncer tem cura? *CCACU__*

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

C129) A Sra consultou com ginecologista de <MÊS> do ano passado pra cá? *CGANO__*

(0) Não Sim → SE SIM: **(1)SUS (2)Convênio (3)Particular**

(8) NSA **(**9) IGN

C130) A Sra acha que o exame ginecológico dói? *CEXDO__*

(0) Não Sim

SE SIM (1) **Um pouco** (2) **Mais ou menos** (3) **Muito**

(8) NSA (9) IGN

Horário do término da entrevista __ __ : __ __

ANEXOS

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

Medicine & Science in Sports & Exercise

Manuscript Requirements

The manuscript file must be in a document format, *not* PDF format. The manuscript shall be formatted so that it is set in Times Roman font with 12-point font size; has margins of 1" top, 1" bottom, 1.5" right, 1.5" left; and is double-spaced throughout. Typical manuscript length is approximately 20 pages including references, but excluding tables and figures. Do not put figures and tables in the manuscript file. Submit all figure and table files separately from the manuscript text file. Do not use Microsoft Word for figure formatting. Please use a recognized image format--preferably .tiff.

Paragraphs should be numbered; for example, "***Paragraph Number 1*** The subjects of this study" Paragraph numbers serve as an effective method for relaying reviewer comments back to the author. Begin paragraph numbering with the first paragraph in the Introduction and end before the References section. Do not use an automatic paragraph numbering option, as titles, subtitles, abstracts, etc., are not numbered.

Order of Manuscript

An original investigation should contain the following items and satisfy the given specifications.

Title Page

1) Title of no more than 85 characters, including spaces. Do not use a complete sentence as a title.

2) Full names of the authors--Only those investigators who contributed substantially or who had a primary role in the research represented in the manuscript should be listed as authors. Manuscripts listing more than six (6) authors should provide justification. The Editor-in-Chief reserves the right to request that the author list be reduced.

3) Institutional affiliation of each author clearly identified; linked to each author by use of superscript numbers

4) Corresponding author name, mailing address, telephone, fax, and e-mail information

5) Running title of no more than 45 characters, including spaces

Abstract

1) Limit of 275 words, including numbers, abbreviations, and symbols

2) Structure states purpose, methods, results, and conclusion

Key Words

1) Four (4) to six (6) words following the abstract

2) Should not repeat terms or phrases from the title

Introduction

1) State clearly the purpose and hypothesis of the study

2) Provide relevant references

3) Do not exhaustively review the subject

Methods

1) Present subject information

2) Describe the experimental subjects and their controls

3) Insert "written informed consent" statement or animal-use statement and ethics committee approval statement (required) (see Human & Animal Experimentation Policy Statements)

4) Identify the methods, apparatus, and procedures employed with sufficient details to allow others to reproduce the results

5) Provide references for established methods and statistical procedures

6) Provide rationale for use and include a description of possible limitations for utilized methods not well known

7) Denote statistical significance when appropriate and include detailed statistical analyses, mathematical derivation, or computer programs in an appendix

Results

1) Present findings of the study in the text, tables, or figures

2) Do not include the same data in tables and figures

Discussion

1) Emphasize the original and important features of the study and avoid repeating all the data presented within the results section

2) Incorporate the significance of the findings and the relationship(s) and relevance to published observations

3) Provide only those conclusions that are supported by the study

Acknowledgments

1) Identify funding sources

2) Identify external reviewers, if any

3) Current contact information of corresponding author

4) Contact for reprints, if any

Conflict of Interest

Authors are required to state in the acknowledgments all funding sources, and the names of companies, manufacturers, or outside organizations providing technical or equipment support. In particular, authors should:

1) Disclose professional relationships with companies or manufacturers who will benefit from the results of the present study

2) State that the results of the present study do not constitute endorsement of the product by the authors or ACSM

Failure to disclose such information could result in the rejection of the submitted manuscript.

References

The format for references is that which has been adopted by the United States National Library of Medicine and employed in Index Medicus. For those not included in *Index Medicus*, adhere to the form established by the American National Standard for Bibliographic References. The reference list shall be in alphabetic order, rather than in the order of citation, and numbered. All references shall appear in the text. Examples of the types of references are as follows:

1) Books

American College of Sports Medicine. *Guidelines for Exercise Testing and Prescription.* Philadelphia, PA: Lea and Febiger, 1986, pp. 158-161.

Paffenbarger, R. S., R. T. Hyde, and A. L. Wing. Physical activity and physical fitness as determinants of health and longevity. In: *Exercise, Fitness, and Health.* C. Bouchard, R. J. Shephard, T. Stephens, J. R. Sutton, and B. D. McPherson (Eds.) Champaign, IL: Human Kinetics, 1990, pp. 33-48.

2) Doctoral Dissertations--Crandall, Craig. Alterations in human baroreceptor reflex regulation of blood pressure following 15 days of simulated microgravity exposure. *Doctoral Dissertation.* University of North Texas HSC, Dept. of Physiology, Fort Worth, Texas, August 1993.

3) Government Reports--U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy People 200: National Health and Disease Prevention Objectives* (full report,

with commentary). Washington, DC: Department of Health and Human Services, Publication 91:50212, 1991, pp. 91-125.

4) Journal Articles--Blair, S. N., N. M. Ellsworth, W. L. Haskell, M. P. Stern, J. W. Farguhar, and P. D. Wood. Comparison of nutrient intake in middle-aged men and women runners and controls. *Med. Sci. Sports Exerc.* 12:310-315, 1981.

5) Software Manuals--SAS Institute. *SAS/STAT Software: The PHREG Procedure, Version 6.* Cary, NC: SAS Institute Inc., 1991, 1054 pp.

6) Conference Proceedings: Conference proceedings can be used only if the publication has an ISBN or ISSN number. This information must accompany the reference--Matthie J. R., P. O. Withers, M.D. Van Loan, and P. L. Mayclin. Development of a commercial complex bio-impedance spectroscopic (CBIS) system for determining intracellular water (ICW) and extracellular water (ECW) volumes. In *Proceedings of the 8th International Conference on Electrical Bio-impedance.* Kuopio, Finland: University of Kuopio, Finland, ISBN: 952-90-3999-9, pp. 203-205, 1992.

7) Abstracts--An abstract can be cited when it is the only source of information.

Note: In-text reference citations shall be baseline in parentheses, not superscripts [e.g., (14,15), not ^{14,15}]. Internet sources, master of science theses, personal communications, or other unpublished material are not acceptable as references. There should not be more than 30 references for original investigations. Review articles are limited to 50 references. All book references require page numbers. Examples to follow for corporate authors, chapters, editors, center publication, etc., can be observed in the *British Medical Journal* 1:1334-1336, 1978. Journal abbreviations should follow the abbreviations of *Index Medicus* published by the Library of Congress. Use of et al.--If fewer than seven (7) authors are listed, all should be mentioned. When seven or more authors are named, list only the first three.

Figure Captions

1) Provide a caption for each figure

2) List captions together following references section

Technical Guidelines

Terminology and Units of Measurement

To promote consistency and clarity of communication and to avoid ambiguity, it is directed that authors use standard terms generally acceptable to the field of exercise science and sports medicine.

The units of measurement shall be Système International d'Unités (SI). Permitted exceptions to SI are heart rate--beats per min; blood pressure--mm Hg; gas pressure--mm Hg. Authors should refer to the British Medical Journal 1:1334-1336, 1978) and the *Annals of Internal Medicine* (106:114-129, 1987) for the proper method to express other units or abbreviations. When expressing units, authors must locate the multiplication symbol midway between lines to avoid confusion with periods; e.g., $mL \cdot min^{-1} \cdot kg^{-1}$.

The basic and derived units most commonly used in reporting research in this Journal include the following:

mass--gram (g) or kilogram (kg); force--newton (N); distance--meter (m), kilometer (km); temperature--degree Celsius (°C); energy, heat, work--joule (J) or kilojoule (kJ); power--watt (W); torque--newton-meter (N·m); frequency--hertz (Hz); pressure--pascal (Pa); time--second (s), minute (min), hour (h); volume--liter (L), milliliter (mL); and amount of a particular substance--mole (mol), millimole (mmol). Selected conversion factors: 1 N = 0.102 kg (force); 1 J = 1 N·m = 0.000239 kcal = 0.102 kg·m; 1 kJ = 1000 N·m = 0.239 kcal = 102 kg·m; 1 W = 1 $J \cdot s^{-1}$ = 6.118 $kg \cdot m \cdot min^{-1}$.

Figures

Medicine & Science in Sports & Exercise® will accept either electronic files or camera-ready artwork. Captions are required for all figures.

Preparation of Electronic Artwork:

Do not submit artwork that is embedded in a text file from a word-processing program.

Artwork should be submitted in final size and should be cropped and rotated as it will appear in the final printed piece.

Files should be saved as and submitted in .tiff or .eps format--jpeg, .gif, or files downloaded from the Internet are not acceptable.

Color files should be submitted as CMYK (not RGB).

Line art should be saved at a resolution of at least 1200 dpi (dots per inch). Photographs, CT scans, radiographs, etc. should be saved at a resolution of at least 300 dpi. Images saved at 72 dpi are not acceptable for printed publications.

Save each figure in a separate file.

Camera-Ready Artwork: The design of original figures should be consistent, drawn to the same scale, and designed as simply as possible.

There should be no gray shading or dot patterns.

Distinguish data by the use of intermittent symbols.

Appropriate distinctions for bar graphs would be a white bar, black bar, diagonal line in either or both directions, checkered pattern, horizontal or even vertical lines.

Multipanels should be aligned vertically, not horizontally, $^{1}/_{4}$-$^{3}/_{8}$ inches apart. There should be no more than three panels to any one figure.

Figures should be unmounted, high-contrast black-and-white prints designed to a one-column width of $3^1/_4$ inches, including axis labels.

Lettering (symbols, letters, and numbers) should be a minimum 10-point font and should be of professional quality with consistent spacing and alignment.

Dot matrix prints are not acceptable.

Line width should be $^3/_4$ point or greater. Two original sets of line and bar graphs should be submitted and properly identified on the reverse as to position, author, and title of manuscript.

Two (2) sets of photographs (halftones) are required (if applicable).

Indicate the top of the figure, especially when it is a radiological or histological photograph.

Tables

Tables must be typed double-spaced and should be designed to fit a one-column width ($3^1/_4$ inches) or a two column width (7 inches).

Each table shall have a brief caption; explanatory matter should be in footnotes below the table.

The table shall contain means and the units of variation (SD, SE, etc.) and must be free of nonsignificant decimal places.

Abbreviations used in tables must be consistent with those used in the text and figures. Definition symbols should be listed in the order of appearance, determined by reading horizontally across the table and should be identified by standard symbols.

Copyright © 2004, American College of Sports Medicine. All rights reserved.
Published by Lippincott Williams & Wilkins.
Copyright/Disclaimer Notice • **Privacy Policy**