



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

VALÉRIA CRISTINA ZAMATARO TESSARO

**MANUTENÇÃO E ALTERAÇÃO DOS ESTÁGIOS DE  
MUDANÇA DE COMPORTAMENTO PARA A PRÁTICA DE  
ATIVIDADE FÍSICA NO TEMPO LIVRE EM POPULAÇÃO DE  
40 ANOS E MAIS (2011-2015)**

---

Londrina  
2019

VALÉRIA CRISTINA ZAMATARO TESSARO

**MANUTENÇÃO E ALTERAÇÃO DOS ESTÁGIOS DE  
MUDANÇA DE COMPORTAMENTO PARA A PRÁTICA DE  
ATIVIDADE FÍSICA NO TEMPO LIVRE EM POPULAÇÃO DE  
40 ANOS E MAIS (2011-2015)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Maria Rigo Silva  
Coorientador: Prof. Dr. Mathias Roberto Loch

Londrina  
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

T338 Tessaro, Valéria Cristina Zamataro .  
Manutenção e alteração dos estágios de mudança de comportamento para a prática de atividade física no tempo livre em população de 40 anos e mais (2011-2015) / Valéria Cristina Zamataro Tessaro. - Londrina, 2019.  
155 f.

Orientador: Ana Maria Rigo Silva.  
Coorientador: Mathias Roberto Loch.  
Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2019.  
Inclui bibliografia.

1. Saúde Coletiva - Tese. 2. Estudo longitudinal - Tese. 3. Estilo de vida - Tese. 4. Atividade motora - Tese. I. Silva, Ana Maria Rigo. II. Loch, Mathias Roberto. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

CDU 614

VALÉRIA CRISTINA ZAMATARO TESSARO

**MANUTENÇÃO E ALTERAÇÃO DOS ESTÁGIOS DE MUDANÇA DE  
COMPORTAMENTO PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA NO  
TEMPO LIVRE EM POPULAÇÃO DE 40 ANOS E MAIS (2011-2015)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Maria Rigo Silva  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof. Dr. Camilo Molino Guidoni  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Celita Salmaso Trelha  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof. Dr. Edmarlon Giroto  
Universidade Estadual de Londrina – UEL

---

Prof. Dr. Inácio Crochemore Mohnsam da Silva  
Universidade Federal de Pelotas – UFPel

Londrina, 03 de setembro de 2019.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por sempre me guiar e me dar tranquilidade para conduzir meus estudos e atingir meus objetivos.

Agradeço aos meus orientadores Dr<sup>a</sup>. Ana Maria Rigo Silva e Dr. Mathias Roberto Loch que me auxiliaram com suas valiosas sugestões e direcionamentos em todas as etapas do presente trabalho.

Agradeço aos docentes do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina e especialmente à Professora Dr<sup>a</sup>. Mariana Ragassi Urbano pelo auxílio na fase inicial da pesquisa.

Agradeço aos membros da banca examinadora pelo interesse, disponibilidade e contribuições.

Outro agradecimento especial é dirigido à Sandra Lage, funcionária do setor de Pós-Graduação da Universidade Estadual de Londrina, sempre terna e que, por diversas vezes, encorajou-me durante esta jornada.

“Foi o tempo que dedicastes à tua rosa que a  
fez tão importante.”  
(Antoine de Saint-Exupéry)

TESSARO, Valéria Cristina Zamataro. **Manutenção e alteração dos estágios de mudança de comportamento para a prática de atividade física no tempo livre em população de 40 anos e mais (2011-2015)**. 2019. 155p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2019.

## RESUMO

**OBJETIVO:** Analisar a manutenção e a alteração dos estágios de mudança de comportamento para atividade física no tempo livre (AFTL) e fatores associados em indivíduos de 40 anos e mais de idade, residentes em Cambé – PR, no período entre 2011 e 2015. **MÉTODOS:** Para a estruturação desta tese, elaboraram-se dois artigos científicos com métodos, resultados e conclusões próprias, com dados obtidos do projeto de pesquisa de base populacional VIGICARDIO, para o qual se entrevistou uma amostra representativa de indivíduos de 40 anos e mais do município de Cambé, Paraná, em dois momentos: linha de base (2011) e seguimento (2015). Ambos os artigos são estudos epidemiológicos observacionais, o primeiro do tipo longitudinal e o segundo do tipo transversal e coorte prospectiva que utilizaram dados dos dois períodos do VIGICARDIO. O primeiro verificou a manutenção e a alteração dos estágios de mudança de comportamento para a AFTL e a associação com características sociodemográficas e o segundo manuscrito analisou a prevalência e incidência de não intenção de prática de atividade física no tempo livre (NIPAFTL) e fatores associados. **RESULTADOS:** Artigo 1 – Observaram-se frequências elevadas de indivíduos que se mantiveram nos estágios de pré-contemplação (n=172; 57,0%) e de manutenção (n=119; 51,3%). Entre os que se mantiveram no estágio de pré-contemplação, verificou-se maior proporção de homens (RR=1,59; IC95%: 1,21-2,11), com idade  $\geq$  60 anos (RR=1,35; IC95%: 1,03-1,78), com menor escolaridade (RR=1,24; IC95%: 1,04-2,33) e das classes C (RR=1,71; IC95%: 1,17-2,49) e D/E (RR=1,88; IC95%: 1,12-3,18). Quanto aos que permaneceram no estágio de manutenção houve menor proporção entre os indivíduos das classes D/E (RR=0,35; IC95%: 0,14-0,87) em relação às classes A/B. Artigo 2 - A prevalência de NIPAFTL foi de 34,4%, e após ajuste dos modelos foi superior em homens, nos indivíduos de menor escolaridade, nas classes econômicas C e D/E, naqueles com algum tipo de dependência funcional, em tabagistas, nos que consumiam irregularmente frutas, verduras e/ou legumes e naqueles que não consultaram médico nos últimos 12 meses. Indivíduos com diabetes, sobrepeso ou obesidade apresentaram menor prevalência. A incidência de NIPAFTL foi de 26,2%, e nas análises ajustadas foi maior entre os sujeitos das classes econômicas D/E, que tinham autopercepção ruim/muito ruim de saúde, tabagistas e com consumo irregular de frutas, verduras e/ou legumes. **CONCLUSÕES:** Na amostra populacional estudada, tanto a prevalência em 2011 quanto a manutenção e a incidência de NIPAFTL (indivíduos no estágio de pré-contemplação) após quatro anos, foram elevadas. Verificaram-se associações com variáveis sociodemográficas, de condições de saúde, de estilo de vida e de utilização de serviços de saúde. Os achados também salientaram iniquidades dos subgrupos mais vulneráveis (indivíduos das classes econômicas D/E, tabagistas e com consumo irregular de frutas, verduras e/ou legumes) que tiveram tanto prevalências maiores no estudo da linha de base, quanto incidências maiores após quatro anos. Dessa forma, reforça-se a importância de identificar os estágios de

mudança de comportamento e fatores associados, a fim de delinear e direcionar ações públicas intersetoriais para a promoção de um estilo de vida ativo.

**Palavras-chave:** Atividade Motora. Comportamentos de Risco à Saúde. Estudos Longitudinais. Estilo de Vida.

TESSARO, Valéria Cristina Zamataro. **Maintenance and alteration of the stages of change for leisure time physical activity in a population aged 40 years or over (2011-2015)**. 2019. 155p. Thesis (Doctorate in Public Health) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2019.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To analyze the maintenance and the alteration of the stages of change for leisure time physical activity (LTPA) and associated factors in individuals aged 40 years or over, living in Cambé - PR, between 2011 and 2015. **METHODS:** For structuring this thesis, two scientific articles were elaborated with its own methods, results and conclusions, based on data from the VIGICARDIO population-based research project, for which a representative sample of individuals aged 40 years or over from Cambé, Paraná was interviewed in two moments: baseline (2011) and follow-up (2015). Both articles are observational epidemiological studies, being the first a longitudinal study and the second a cross-sectional study and prospective cohort that used data from both periods of VIGICARDIO. The first verified the maintenance and the alteration of the stages of change for LTPA and its association with sociodemographic characteristics and the second study analyzed the prevalence and incidence of non-intention to practice leisure time physical activity (NIPLTPA) and associated factors. **RESULTS:** Article 1 – There were observed high frequencies of individuals who remained in the precontemplation (n=172; 57,0%) and maintenance (n=119; 51,3%) stages. Among those who remained in the precontemplation stage, there was a higher proportion of men (RR=1,59; 95%CI: 1,21-2,11), aged  $\geq 60$  years (RR=1,35; 95%CI: 1,03-1,78), with lower education (RR=1,24; 95%CI: 1,04-2,33) and from classes C (RR=1,71; 95%CI: 1,17-2,49) and D/E (RR=1,88; 95%CI: 1,12-3,18). Regarding those who remained in the maintenance stage, there was a lower proportion among individuals in classes D/E (RR=0,35; 95%CI: 0,14-0,87) in relation to classes A/B. Article 2 - The prevalence of NIPLTPA was 34,4%, and after adjusting the models it was higher in men, in less educated individuals, in economic classes C and D/E, in those with some type of functional dependence, in smokers, in those with irregular consumption of fruits/vegetables and in those who did not attend a doctor in the last 12 months. Individuals with diabetes and overweight had lower prevalence. The incidence of NIPLTPA was 26,2%, and in the adjusted analyzes it was higher among the subjects of the economic classes D/E, in those with poor/very poor self-perception of health, smokers and in those with irregular consumption of fruits/vegetables. **CONCLUSIONS:** In the population sample studied, both the prevalence in 2011 and the maintenance and incidence of NIPLTPA (individuals in the precontemplation stage) after four years, were high. Associations with sociodemographic, health, lifestyle and health service use variables were found. The findings also showed inequalities of the most vulnerable subgroups (individuals in the D/E economic class, smokers and those with irregular consumption of fruits/vegetables) that had both higher prevalence in the baseline study and higher incidence after four years. Thus, it is reinforced the importance of identifying the stages of change and associated factors, in order to delineate and direct intersectoral public actions to promote an active lifestyle.

**Keywords:** Physical Activity. Health Risk Behaviors. Longitudinal Studies. Lifestyle.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Localização e limites do município de Cambé no estado do Paraná, Brasil .....	28
<b>Figura 2</b> – Fluxograma da população do estudo VIGICARDIO 2011-2015 .....	31
<b>Figura 3</b> – Fluxograma da população dos estudos de prevalência e incidência .....	60

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 –</b>	Características sociodemográficas e estágios de mudança de comportamento para atividade física no tempo livre de indivíduos de 40 anos e mais, residentes em Cambé – Paraná, entrevistados no estudo da linha de base (n=1180) e no estudo de seguimento (n=885) .....	42
<b>Tabela 2 –</b>	Manutenção e alteração dos estágios de mudança de comportamento para atividade física no tempo livre, após quatro anos, de indivíduos de 40 anos e mais, residentes em Cambé – Paraná (n=885) .....	43
<b>Tabela 3 –</b>	Manutenção e alteração dos estágios de mudança de comportamento para atividade física no tempo livre e características sociodemográficas associadas, após quatro anos, de indivíduos de 40 anos e mais, residentes em Cambé – Paraná (n=885) .....	44
<b>Tabela 4 –</b>	Características sociodemográficas de indivíduos de 40 anos e mais, residentes em Cambé – Paraná, da amostra do estudo da linha de base (2011), elegíveis para o estudo de seguimento e da amostra do estudo de seguimento (2015) .....	65
<b>Tabela 5 –</b>	Prevalência (2011) e incidência (2015) do estágio de pré-contemplação e inatividade física total no tempo livre em indivíduos de 40 anos e mais, residentes em Cambé – Paraná .....	67
<b>Tabela 6 –</b>	Prevalência e fatores associados a não intenção de prática de atividade física no tempo livre (estágio de pré-contemplação) do estudo da linha de base (2011) em indivíduos de 40 anos e mais, residentes em Cambé – Paraná (n=1180) .....	69
<b>Tabela 7 –</b>	Incidência e fatores associados a não intenção de prática de atividade física no tempo livre (estágio de pré-contemplação) após quatro anos, em indivíduos de 40 anos e mais, residentes em Cambé – Paraná (n=583) .....	71

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AF	Atividade Física
AFTL	Atividade Física no Tempo Livre
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
ESF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMC	Índice de Massa Corporal
IPARDES	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
MTT	Modelo Transteórico de Estágio de Mudança de Comportamento
NIPAFTL	Não Intenção de Prática de Atividade Física no Tempo Livre
ODK	Open Data Kit
OMS	Organização Mundial da Saúde
PR	Paraná
RP	Razão de Prevalência
RR	Risco Relativo
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEL	Universidade Estadual de Londrina
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	19
2.1	MODELO TRANSTEÓRICO DE ESTÁGIO DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO.....	19
2.1.1	Histórico e Definição.....	19
2.1.2	Fatores Associados aos Estágios de Mudança de Comportamento.....	22
2.1.3	Potencialidades e Limitações .....	23
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	26
3.1	GERAL.....	26
3.2	ESPECÍFICOS .....	26
<b>4</b>	<b>MÉTODOS</b> .....	27
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	27
4.2	POPULAÇÃO E LOCAL DO ESTUDO .....	27
4.3	PLANO DE AMOSTRAGEM, COLETA DE DADOS E REGISTRO DO ESTUDO DA LINHA DE BASE.....	28
4.4	PLANO DE AMOSTRAGEM, COLETA E REGISTRO DE DADOS DO ESTUDO DE SEGUIMENTO .....	30
4.5	FONTE DE FINANCIAMENTO .....	32
4.6	ASPECTOS ÉTICOS .....	32
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	34
5.1	ARTIGO 1: ESTÁGIOS DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO PARA ATIVIDADE FÍSICA NO TEMPO LIVRE EM ADULTOS BRASILEIROS: ESTUDO LOGITUDINAL .....	34
5.1.1	Resumo .....	34
5.1.2	Abstract.....	34
5.1.3	Introdução.....	35
5.1.4	Métodos .....	36
5.1.4.1	População e amostra.....	36
5.1.4.2	Procedimentos para coleta de dados e variáveis.....	37
5.1.4.3	Procedimentos de tabulação e análise de dados.....	39
5.1.4.4	Considerações éticas .....	40
5.1.5	Resultados.....	40

5.1.6	Discussão .....	46
5.1.7	Referências.....	49
5.2	ARTIGO 2: NÃO INTENÇÃO DE PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA NO TEMPO LIVRE: PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA EM ADULTOS DE 40 ANOS E MAIS.....	56
5.2.1	Resumo .....	56
5.2.2	Abstract.....	56
5.2.3	Introdução.....	57
5.2.4	Métodos .....	58
5.2.4.1	População e amostra.....	58
5.2.4.2	Procedimentos para coleta de dados e variáveis.....	61
5.2.4.3	Procedimentos de tabulação e análise de dados.....	63
5.2.4.4	Considerações éticas .....	64
5.2.5	Resultados.....	65
5.2.6	Discussão .....	72
5.2.7	Conclusão.....	77
5.2.8	Referências.....	78
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>86</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>88</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>102</b>
	APÊNDICE A – Formulário de Coleta de Dados de 2011.....	103
	APÊNDICE B – Formulário de Coleta de Dados de 2015.....	125
	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de 2011 .....	149
	APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de 2015.....	150
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>152</b>
	ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UEL 2011.....	153
	ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UEL 2015 .....	154

## 1 INTRODUÇÃO

A atividade física (AF) é definida como qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética que resulte em gasto energético maior do que os níveis de repouso (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985).

A prática regular da AF é apontada como um fator protetor para a saúde que possibilita minimizar, ou evitar a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis como as cardiovasculares, respiratórias crônicas, obesidade, diabetes, alguns tipos de câncer, além de problemas ortopédicos, depressão e outras morbidades (HIRAYAMA; LEE; HIRAMATSU, 2010; MAMMEN; FAULKNER, 2013; KYU *et al.*, 2016; VARGUESE *et al.*, 2016; WIKLUND, 2016; TONG *et al.*, 2019).

A AF pode ser realizada de muitas maneiras diferentes e por isso, é representada por quatro domínios: no deslocamento (praticada como meio de locomoção e utilizada para ir de um lugar para outro, por meio de caminhada ou de bicicleta), no trabalho (realizada enquanto o indivíduo está trabalhando), nas ocupações domésticas (inclui tarefas domésticas como: cozinhar, limpar, fazer reparos em casa ou atividades de jardinagem) e no tempo livre ou no lazer (engloba jogos, esportes, caminhadas e exercícios físicos realizados no lazer como: dança, yoga, tai chi, entre outros) (PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE, 2018).

Uma pessoa pode ser ativa ou inativa em um ou mais desses contextos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2010), para um sujeito adulto ser considerado ativo ele deve atingir 150 minutos de AF de intensidade moderada, ou 75 minutos de intensidade vigorosa por semana, ou uma combinação equivalente, independentemente da frequência.

Apesar do conhecimento científico sobre os benefícios AF ter se ampliado nos últimos anos, a alta prevalência de inatividade física ainda é realidade em vários países, incluindo o Brasil e atinge 23% dos adultos e aproximadamente 80% dos adolescentes na população global (OMS, 2015; HEATH *et al.*, 2012, SALLIS *et al.* 2016; BRASIL, 2018).

A inatividade física é apontada como um dos problemas mais relevantes de saúde da atualidade por gerar grande morbimortalidade entre a população e pelo grande impacto nos custos dos serviços de saúde (LEE *et al.*, 2012; DING *et al.*, 2016).

Segundo a OMS (2018), conforme os países se desenvolvem economicamente, os níveis de inatividade física aumentam progressivamente, podendo alcançar em determinados lugares até os 70%, devido à urbanização, ao aumento do uso de tecnologias, a modificações no ambiente de trabalho (com a transição para ocupações mais sedentárias) e nos meios de transporte.

Dentre todos os domínios da AF, a prática no tempo livre contribui para as maiores reduções do risco de mortalidade prematura por todas as causas e por câncer (AUTENRIETH *et al.*, 2011; ZHAO *et al.*, 2014).

É importante destacar que a prática de atividade física no tempo livre (AFTL) não está relacionada somente à vontade do indivíduo. Existe uma cadeia complexa de diferentes aspectos ligados à adoção da prática regular de AF e que devem ser considerados, entre eles os sociodemográficos, biológicos, comportamentais, ambientais, psicocognitivos, entre outros. A influência simultânea dessas variáveis pode determinar também, o nível de AF da população (TROST *et al.*, 2002; BAUMAN *et al.*, 2012; TRAPÉ *et al.*, 2017).

Os motivos que influenciam os hábitos de práticas de AF, interferindo e/ou definindo o tipo e a intensidade praticada pelo indivíduo, são denominados fatores determinantes da AF. Em algumas situações eles podem ser identificados como facilitadores ou barreiras do comportamento ativo, pelo fato de representarem condições que agem positiva ou negativamente na tomada de decisão para a sua realização. Uma barreira percebida é um fator que, segundo julgamento do indivíduo, dificulta a adoção de um estilo de vida fisicamente ativo (SEABRA *et al.*, 2008; REICHERT, 2011; BAUMAN *et al.*, 2012).

Diante desse cenário, algumas teorias e modelos podem ser empregados para explicar o comportamento de saúde dos indivíduos, dentre eles, o modelo transteórico de estágio de mudança de comportamento (MTT), que permite distinguir sujeitos dispostos a fazerem modificações no estilo de vida daqueles que não têm a intenção de mudar. A sua construção considera cinco estágios pelos quais as pessoas podem se mover, não necessariamente de maneira linear: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992; PROCHASKA; REDDING; EVERS, 2008).

Sujeitos em diferentes estágios divergem em conhecimentos, motivações, atitudes e autoeficácia no que concerne à prática de AF. Assim sendo, o

desenvolvimento de ações e estratégias para promoção de um estilo de vida ativo poderia ser guiado segundo os estágios de mudança de comportamento, uma vez que, as pessoas possuem características distintas de acordo com estágio em que se encontram (DUMITH; DOMINGUES; GIGANTE, 2008).

Além da identificação dos estágios de mudança de comportamento para AFTL é indispensável compreender os diferentes fatores associados, pois os mesmos podem auxiliar a reconhecer os grupos que são mais vulneráveis a apresentarem um comportamento ativo e/ou inativo fisicamente (CASAS *et al.*, 2018).

Embora a maioria dos estudos considere o MTT útil para o planejamento de intervenções para a promoção de AF baseadas no reconhecimento da prontidão e da transição do indivíduo para a sua prática, ele apresenta limitações para abordar outros fatores relacionados a esse processo, que vão além dos individuais, como o ambiente físico e social onde se vive ou trabalha (ADAMS; WHITE, 2004; ROMAIN *et al.*, 2018).

Devido a isso, uma análise que contemplasse também a perspectiva ecológica, com uma visão ampla da causalidade do comportamento em saúde, tornaria mais fácil compreender outras condições que levam as pessoas aderirem ou não à prática de AF (BAUMAN *et al.*, 2012; SALLIS *et al.*, 2012).

Por conseguinte, compreendendo a complexidade do contexto em que está inserida a prática de AF, entende-se que existe um limite de culpabilização do sujeito frente às suas ações, uma vez que nem sempre há possibilidade real de escolha dos seus hábitos e estilo de vida (TROST *et al.*, 2002; TRAPÉ *et al.*, 2017).

A justificativa para a elaboração do presente trabalho foi pautada na necessidade de analisar e compreender melhor os fatores relacionados aos estágios de mudança de comportamento e, especialmente aos indivíduos que estão no estágio de pré-contemplação, visto que apresentam comportamento considerado de risco sem intenção de modificá-lo em um período de seis meses. Uma possível explicação para que as pessoas permaneçam no estágio de pré-contemplação é que embora as ações das políticas públicas até possam sensibilizá-las, diante da característica complexa, multidimensional e multifatorial da AF, elas acabam não tendo intenções claras ou condições de mudar seu comportamento.

É provável que esse seja o primeiro estudo brasileiro com informações sobre a incidência de não intenção de prática de atividade física no tempo livre (NIPAFTL) na população adulta. Entende-se que a exploração desses dados pode contribuir de

maneira significativa para a produção de novos conhecimentos científicos sobre o assunto, apoiando a implantação e reestruturação de políticas públicas de saúde voltadas para os subgrupos populacionais mais vulneráveis.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 MODELO TRANSTEÓRICO DE ESTÁGIO DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

#### 2.1.1 Histórico e Definição

Diante da complexidade de se considerar todas as influências possíveis no comportamento das pessoas, foram idealizados modelos ou teorias que pudessem auxiliar os pesquisadores a abordar as variáveis que se acreditam estarem mais fortemente relacionadas à AF. Dentre os modelos ou teorias que procuram entender melhor o comportamento humano e apoiar o planejamento de estratégias e desenvolvimento de intervenções para a promoção da saúde está o MTT. Criado na década de 70, este tem sido aplicado em muitos comportamentos de saúde e permite distinguir os indivíduos dispostos a fazer mudanças em determinado hábito daqueles que não pretendem mudar, considerando-se os processos cognitivos, comportamentais e ambientais envolvidos nessa mudança (DICLEMENTE; PROCHASKA, 1982).

O MTT foi desenvolvido com base na análise comparativa de mais de duas dezenas de teorias e de modelos psicoterápicos com foco na mudança de comportamento, dentre eles, a teoria cognitiva comportamental, a teoria existencial/humanista, a psicanálise e a *gestalt*. Os estudos mostraram que essas teorias apresentavam limitações e nenhuma delas tornava claro o processo de motivação para a mudança. Por isso, era necessário outro modelo, baseado no pressuposto de que as modificações de comportamento bem-sucedidas dependiam da aplicação de processos certos, nos estágios certos (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992).

Esse modelo foi empregado inicialmente no tratamento do uso de tabaco e mais recentemente vem sendo amplamente utilizado no estudo do consumo de drogas ilícitas, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e/ou gravidez, hábitos alimentares, autocuidado do diabetes, controle da síndrome metabólica, mapeamento do comportamento do câncer, manejo do estresse e prevenção do *bullying* (SPENCER, *et al.*, 2002; HOROWITZ, 2003; SPENCER; PAGELL; ADAMS,

2005; EVERS *et al.*, 2006; PROCHASKA *et al.*, 2007; NIDECKER *et al.*, 2008; WRIGHT; VELICER; PROCHASKA, 2009; KIM; KIM; PARK, 2011).

A partir da década de 1990, começou a ser aplicado para a AF devido às evidências publicadas em algumas revisões sistemáticas demonstrando os benefícios de um estilo de vida ativo (SPENCER *et al.*, 2006).

O MTT utiliza estágios de mudança para integrar os processos e princípios de modificação das principais teorias de intervenção e por isso, o nome Transteórico. Conhecido também como “Modelo de Estágios de Mudança”, permite descrever como as pessoas se movem por meio de uma série de cinco estágios distintos, em uma ordem do “menos saudável” para o “mais saudável”, à medida que avaliam a informação e a relevância da AF para suas vidas. Os estágios descritos nesse modelo são: pré-contemplação (o indivíduo não realiza AF e não tem a intenção de modificar seu comportamento em um período de seis meses - NIPAFTL), contemplação (existe a intenção de modificar o comportamento em seis meses), preparação (existe a intenção de mudar no próximo mês), ação (o indivíduo já incorporou o comportamento há menos de seis meses), manutenção (as mudanças no comportamento são mantidas há mais de seis meses). São considerados inativos os indivíduos que se encontram nos estágios de pré-contemplação, contemplação e preparação e ativos aqueles que estão nos estágios de ação e manutenção. É importante ressaltar que, as pessoas podem passar por todos os estágios, mas não se movimentam necessariamente de forma linear, transitando por eles em movimentos espirais em que podem progredir ou regredir, sem uma ordenação lógica (PROCHASKA; REDDING; EVERS, 2008).

Vale considerar que, posteriormente, surgiu uma nova classificação denominada de “estágio da recaída”, o qual determina a regressão do indivíduo para qualquer uma das fases anteriores do comportamento. A recaída deve ser interpretada como parte do processo de mudança e não simplesmente como um “fracasso” do indivíduo por não ter conseguido alcançar os objetivos estabelecidos (DIAS, 2009).

As características dos indivíduos em cada estágio de mudança de comportamento foram descritas por Prochaska, Redding e Evers (2008):

No estágio de pré-contemplação os sujeitos não têm conhecimento ou são pouco informados sobre as consequências dos seus hábitos, ou ainda, tentaram

mudá-los e se frustraram. Evitam ler, falar ou pensar sobre seu comportamento de risco, dando pouca importância para que seja iniciada uma tentativa de mudança de atitude. São frequentemente identificadas como pessoas desmotivadas ou resistentes para terapia ou programas de AF. Outra explicação para os indivíduos permanecerem nesse estágio é que as políticas públicas de promoção à saúde ainda não estariam prontas para atingi-los ou não foram direcionadas para atender as suas necessidades. De acordo com Norcross, Krebs e Prochaska (2011), pessoas do convívio como família, amigos, vizinhos ou empregadores são cientes que os pré-contempladores sofrem com essa situação.

No estágio de contemplação, os indivíduos são mais esclarecidos quanto às vantagens da modificação dos seus hábitos do que os que se encontram no estágio de pré-contemplação, porém também são cientes das dificuldades que terão em relação às mudanças. Essa ambivalência pode fazer com que as pessoas permaneçam, muitas vezes, por longos períodos nesse estágio. São indivíduos que não estão prontos para programas tradicionais que exijam a ação imediata de mudança de comportamento.

Na preparação, as pessoas pretendem agir em breve e, por isso, têm um plano de ação e se esforçam para a adoção do novo comportamento.

No estágio de ação, os sujeitos já fizeram alterações evidentes em seus estilos de vida nos últimos seis meses.

Manutenção é o estágio onde os indivíduos mantêm as mudanças em seu estilo de vida há pelo menos seis meses até aproximadamente cinco anos, segundo estimativas. Esses indivíduos trabalham para evitar recaídas e estão menos propensos a realizar transformações em seus hábitos do que aqueles que estão no estágio de ação.

Dumith, Gigante e Domingues (2007) analisaram, em uma pesquisa transversal de base populacional, realizada na área urbana da cidade de Pelotas, no estado do Rio Grande do Sul, o perfil de indivíduos adultos fisicamente inativos, mas que tinham intenção de iniciar a prática de AF. A conclusão foi que houve maior identificação desses sujeitos com o perfil de indivíduos regularmente ativos do que com o daqueles que não faziam AF e não pretendiam fazê-la, considerando variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais.

De acordo com um estudo de revisão de literatura, que teve como objetivo traçar um panorama geral sobre os fatores associados aos estágios de mudança de

comportamento para a prática de atividades físicas em adultos, foi constatado que indivíduos com maior probabilidade de estar nos estágios mais avançados (ação e manutenção) são homens, brancos, jovens, solteiros, com maior escolaridade, não tabagistas, sem sobrepeso ou obesidade, com maior nível de AF e de aptidão física (DUMITH; DOMINGUES; GIGANTE, 2008).

O MTT inclui, além dos estágios de mudança de comportamento, outros construtos como: equilíbrio decisional, autoeficácia e processos de mudança. O equilíbrio decisional, ou tomada de decisão, reflete a percepção do indivíduo sobre os prós e contras para se engajar na AF. A autoeficácia reflete o nível de confiança que se sente para progredir pelos estágios mediante vários desafios (exemplo: a falta de equipamentos ou más condições de tempo, entre outros) e assim, adotar novos comportamentos para aderir com sucesso à AF. Processos de mudança refletem as experiências cognitivas e emocionais utilizadas para facilitar o progresso através dos estágios de mudança (PROCHASKA; REDDING; EVERS, 2008).

### 2.1.2 Fatores Associados aos Estágios de Mudança de Comportamento

Foi realizada uma revisão na literatura sobre os fatores associados aos estágios de mudança de comportamento para AFTL na população geral (jovens, adultos e idosos) a partir de trabalhos conduzidos com delineamento longitudinal nas bases de dados Cochrane Library, Medline/PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde publicados nos últimos cinco anos. Dos 49 estudos encontrados, apenas seis investigaram fatores associados aos estágios de mudança de comportamento. Os demais não verificaram características dos sujeitos relacionadas aos estágios (como por exemplo: sexo, faixa etária, classe econômica, entre outros) uma vez que, o foco era analisar o efeito de intervenção baseada nos estágios de mudança de comportamento para AF, ou porque tinham delineamento transversal, ou ainda pelo fato de terem sido publicados em outro idioma que não o português ou o inglês.

No conjunto dos seis artigos, sete variáveis foram analisadas: sexo, idade, etnia, estado civil, índice de massa corporal (IMC), autopercepção de saúde e consumo de frutas, verduras e/ou legumes.

Com relação ao sexo, os estudos apresentaram resultados conflitantes. Dois não encontraram associação (HUANG *et al.*, 2015; LIPSCHITZ *et al.*, 2015) e em um

deles verificou-se maior proporção de homens que progrediram para o estágio de manutenção (JIANG *et al.*, 2016).

Quanto à idade, em uma das pesquisas foi observada associação inversa com os estágios de mudança de comportamento para AF (ZHOU *et al.*, 2016) e em outra, predomínio de pessoas mais velhas ( $\geq 65$  anos de idade) no estágio de ação e mais jovens ( $< 65$  anos de idade) no estágio de manutenção (HUANG *et al.*, 2015). No estudo conduzido por Lipschitz *et al.* (2015), tanto os indivíduos mais jovens ( $\leq 34$  anos de idade) quanto os mais velhos ( $\geq 65$  anos de idade) tiveram maior probabilidade de ficar nos estágios inativos – pré-contemplação, contemplação e preparação.

Relativo ao estado civil, diversas categorias (casado, morando com o parceiro, solteiro, separado, divorciado e viúvo) foram avaliadas e verificou-se que não houve associação com os estágios de mudança de comportamento para AF. Da mesma forma, isso aconteceu com a etnia (branca, hispânica, afro-americana, índio-americano e outras combinadas) que também não revelou nenhum tipo de associação (LIPSCHITZ *et al.*, 2015).

Menor IMC, melhor autopercepção de saúde e maior consumo de frutas, verduras e/ou legumes se associaram aos estágios mais ativos (ação e manutenção) (FLEIG *et al.*, 2015; TAYMOORI; BERRY, 2015; JIANG *et al.*, 2016).

Nos seis estudos selecionados, embora tenha se notado semelhança conceitual na definição dos estágios de mudança de comportamento (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção), o ponto de corte de AF para definir quem fazia parte das categorias de ação e manutenção variou substancialmente. Observou-se estudo com prática regular de AF de 150 minutos semanais de intensidade moderada (JIANG *et al.*, 2016) até estudo que não definiu claramente o ponto de corte adotado (TAYMOORI; BERRY, 2015).

### 2.1.3 Potencialidades e Limitações

Pesquisas sobre o MTT têm focado na relação entre os estágios e as variáveis de esforço para conduzir a mudança de comportamento para o exercício. Por exemplo, indivíduos que estão mais dispostos a mudar de estágio consideram que os prós são mais importantes do que os contras para se engajar na AF regular, em comparação a indivíduos que ainda não estão considerando a mudança. As

avaliações de autoeficácia sugerem que a confiança dos indivíduos é significativamente maior nas fases mais avançadas dos estágios de mudança de comportamento. Dessa forma, o MTT tem vantagens em relação à identificação tanto da prontidão do indivíduo, quanto da transição para prática de AF (HALL; ROSSI, 2008).

No entanto, é sabido que as mudanças profundas de comportamento (tais como alterações do estilo de vida) exigem, a princípio, compreensão da situação externa (o que ocorre onde o sujeito está inserido) e depois um movimento interno – e normalmente lento – em direção às modificações de hábitos. Nesse sentido, o MTT é útil no planejamento de estratégias e desenvolvimento de intervenções para a promoção de saúde. Segundo esse modelo, pressupõe-se que as pessoas devam receber intervenções apropriadas direcionadas para o estágio de mudança de comportamento em que se encontram (PROCHASKA; REDDING; EVERS, 2008).

Silva e Silva (2015) realizaram um estudo de revisão sistemática, em que foram analisados 22 artigos sobre os estágios de mudança de comportamento para AF em adolescentes, baseados no MTT. Concluiu-se que por meio da utilização desse modelo é possível conhecer apropriadamente os estágios de mudança de comportamento e os diferentes fatores relacionados. Isso possibilita intervenções mais efetivas para cada estágio, com a adoção de estratégias diferenciadas que visam modificar as atitudes dos sujeitos para exercerem um comportamento favorável para a prática de AF.

Assim, para indivíduos que estão no estágio de pré-contemplação, objetivando aumentar a motivação e a conscientização, indicam-se abordagens com grupos operativos para esclarecimento de dúvidas; desenvolvimento de pensamentos sobre mudanças, riscos e benefícios; compreensão sobre os possíveis aspectos positivos da adoção de hábitos saudáveis e apresentação de casos bem sucedidos de mudança de comportamento. Para o estágio de contemplação, com o propósito de trabalhar a motivação e a ambivalência, recomendam-se a entrevista motivacional e os grupos operativos. No estágio de preparação, os indivíduos devem ser recrutados para programas orientados para a ação e nesse caso, também são sugeridas a entrevista motivacional e os grupos operativos. Nos estágios de ação e manutenção, com objetivos ligados à cognição e à aquisição de habilidades, propõem-se os grupos operativos, palestras e oficinas (DIAS; NONATO; CHAVES, 2010).

O MTT, por seu entendimento simples e aplicação facilitada, tem sido empregado em vários países do mundo na prevenção das condições de saúde e no autocuidado. No Brasil, ele foi considerado no Projeto Diretrizes Clínicas da Associação Médica Brasileira/Conselho Federal de Medicina para rastreamento do sedentarismo em adultos e promoção da AF na atenção primária à saúde (RIJKEN *et al.*, 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2009).

Embora a maioria dos estudos tenha demonstrado a efetividade do MTT na adoção de intervenções para promover a prática de AF, houve críticas de determinados autores por suas limitações quanto às evidências da modificação de alguns comportamentos não saudáveis em certas populações (KAHN *et al.*, 2002; ADAMS; WHITE, 2004; BRUG *et al.*, 2004; SPENCER *et al.*, 2006; ROMAIN *et al.*, 2018). Isso ocorreu, particularmente, devido ao modelo não considerar o contexto social em que ocorrem essas mudanças e por não garantir que a aplicação de intervenções de promoção de AF, baseadas somente nos estágios de mudança de comportamento, seja totalmente eficaz.

No entanto, importantes observações foram feitas sobre os motivos pelos quais existem estudos que contradizem a aplicação do MTT. Podem existir problemas metodológicos no que diz respeito ao recrutamento e acompanhamento dos participantes nas pesquisas, ou mesmo à maneira pela qual as intervenções com base nos estágios de mudança têm sido utilizadas ou aplicadas na prática. É possível, portanto, que alguns resultados negativos encontrados se devam ao modo como se operacionalizou o modelo e não necessariamente à sua conceitualização ou construção (RIEMSMA *et al.*, 2003; PROCHASKA, 2009).

Como qualquer outra teoria utilizada na compreensão de comportamentos relacionados à saúde, o MTT pode receber adaptações e aprimoramentos, à medida que mais profissionais e pesquisadores o apliquem em diferentes situações, como nas questões de saúde pública e populações em risco (PROCHASKA; REDDING; EVERS, 2008).

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 GERAL

Analisar a manutenção e a alteração dos estágios de mudança de comportamento para atividade física no tempo livre e fatores associados em indivíduos de 40 anos e mais de idade, residentes em Cambé – Paraná (PR), no período entre 2011 e 2015.

#### 3.2 ESPECÍFICOS

- Descrever a manutenção e a alteração dos estágios de mudança de comportamento para a atividade física no tempo livre, ocorridas no período entre 2011 e 2015.
- Analisar a manutenção e a alteração (positiva e negativa) dos estágios de mudança de comportamento para a atividade física no tempo livre, após quatro anos, e sua associação com características sociodemográficas.
- Comparar a prevalência no ano de 2011, e a incidência após quatro anos, do estágio de pré-contemplação e da inatividade física total no tempo livre.
- Analisar a prevalência de não intenção de prática de atividade física no tempo livre dos indivíduos e fatores associados no ano de 2011.
- Analisar a incidência de não intenção de prática de atividade física no tempo livre dos indivíduos e fatores associados, no período entre 2011 e 2015.

## 4 MÉTODOS

### 4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A presente tese compreende dois estudos epidemiológicos observacionais, o primeiro do tipo longitudinal e o segundo do tipo transversal e longitudinal (coorte prospectiva). Ambos utilizaram dados de dois períodos, 2011 e 2015. Esta pesquisa é parte do projeto intitulado: “Incidência de mortalidade, morbidade, internações e modificações nos fatores de risco para doenças cardiovasculares em amostra de residentes com 40 anos e mais de idade em município de médio porte do Sul do Brasil: Estudo de coorte VIGICARDIO 2011-2015”. O projeto VIGICARDIO foi iniciado em 2011 por docentes e discentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL) em parceria com o serviço de saúde do município de Cambé – PR e teve como objetivo o estudo das doenças cardiovasculares (SOUZA *et al.*, 2013).

### 4.2 POPULAÇÃO E LOCAL DO ESTUDO

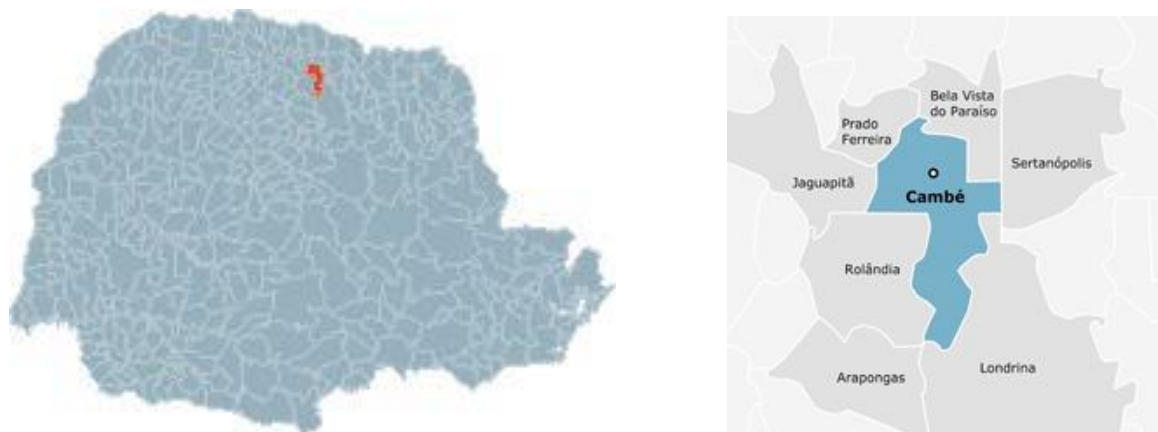
A população de ambos os estudos foi constituída de adultos de 40 anos e mais de idade, residentes da área urbana do município de Cambé, PR. Optou-se pela seleção desta faixa etária em virtude da maior ocorrência de complicações cardiovasculares em indivíduos com 40 anos e mais, segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O município de Cambé fica localizado na região metropolitana de Londrina, norte do Paraná, Sul do Brasil (Figura 1). Entre as várias razões de escolha do município, destacaram-se a facilidade de acesso, a possibilidade de cobertura de toda a área urbana, o baixo índice de verticalização residencial, a relativa estabilidade da população residente e o apoio demonstrado pelo poder público para operacionalização do estudo (SOUZA *et al.*, 2013).

Em 2010, segundo o censo demográfico, o município contava com uma população total de 96.735 habitantes, sendo que 96,1% dessa população residia na área urbana. Nesse mesmo período, a densidade demográfica era de 195,47 hab/km<sup>2</sup>, o índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,734 (considerado de médio desenvolvimento) e o índice de Gini de 0,40. O percentual da população com

rendimento nominal mensal per capita de até meio salário mínimo era de 28,6% . A economia do município baseava-se na agropecuária, atividades industriais, comércio e prestação de serviços. A colonização foi composta principalmente de descendentes de japoneses, italianos, portugueses e espanhóis que ocuparam a região na época em que havia incentivo à colonização em diversas regiões do estado pela Companhia de Terras do Norte do Paraná (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010; INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL, 2018).

Figura 1 - Localização e limites do município de Cambé no estado do Paraná, Brasil.



**Fonte:** Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), 2018.

#### 4.3 PLANO DE AMOSTRAGEM, COLETA DE DADOS E REGISTRO DO ESTUDO DA LINHA DE BASE

No estudo da linha de base foram considerados elegíveis todos os indivíduos com 40 anos e mais de idade, residentes da área urbana de Cambé. Para o cálculo do tamanho da amostra foi eleita a população total de 92.888 habitantes, segundo dados relativos ao censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano de 2007, uma vez que os dados do ano de 2010 ainda não estavam disponíveis durante o planejamento da pesquisa. O cálculo foi executado no aplicativo StatCalc do programa Epi Info 3.5.1 com prevalência estimada do desfecho de 50%, margem de erro de três pontos percentuais e intervalo de

confiança de 95%, resultando em uma amostra de 1.066 sujeitos (em estudos com vários desfechos é habitual se utilizar 50% na prevalência estimada a fim de maximizar o tamanho da amostra). Um total de 25% foi adicionado a esse valor por conta das possíveis perdas e recusas, perfazendo 1.332 indivíduos. Porém, na divisão proporcional entre os setores censitários, a amostra resultou em 1.339 indivíduos a serem entrevistados devido à aproximação do número para o próximo inteiro.

Após o cálculo do tamanho da amostra, a próxima etapa do plano de amostragem foi a definição dos setores censitários, domicílios e moradores a serem entrevistados. Primeiramente, todos os 86 setores censitários da região urbana de Cambé foram incluídos e, para cada setor, definiu-se uma cota de indivíduos a serem entrevistados proporcional ao número de homens e mulheres e à faixa etária (40 anos e mais de idade). Em seguida, foi utilizado um mapa com a divisão da área urbana do município por setores censitários com o objetivo de identificar as quadras, ruas e domicílios que seriam incluídos no estudo. As quadras de cada setor censitário foram numeradas para que fosse realizado o sorteio do ponto inicial do percurso. Após a definição da quadra que correspondia ao ponto inicial, um novo sorteio foi realizado para determinar o canto da quadra em que seria iniciado o percurso em sentido anti-horário, resultando em uma rota contínua. O domicílio inicial também foi definido via sorteio e um intervalo de um para dois domicílios foi adotado para que fosse garantida a representatividade amostral evitando concentração de entrevistados em certas ruas ou quadras. Por fim, em cada domicílio foram identificados os indivíduos com 40 anos e mais de idade e apenas um morador de cada domicílio foi abordado. Nas situações em que mais de um morador atendesse às condições de entrevista, realizava-se sorteio para seleção do participante. As entrevistas eram realizadas até que se atingisse a cota de sexo e faixa etária dentro do setor censitário.

Os seguintes critérios de exclusão foram adotados: indivíduos com deficiência visual e/ou auditiva graves não corrigidas, ou de estágios avançados de transtornos mentais que impediam o entendimento e execução dos procedimentos da entrevista e/ou pessoas que não compreendiam o idioma português, desde que não tivessem um cuidador que estivesse apto a fornecer as informações solicitadas.

A coleta de dados do VIGICARDIO foi efetuada por 25 estudantes de graduação e pós-graduação do Centro de Ciências da Saúde da UEL, devidamente

treinados.

Para a obtenção dos dados foram realizadas entrevistas, utilizando-se um instrumento impresso, medidas antropométricas, aferição da pressão arterial e exames laboratoriais com uso de material biológico (sangue). Um estudo piloto foi conduzido em um bairro da cidade vizinha, para teste e correções do instrumento de coleta e preparação dos entrevistadores. A abordagem dos participantes nos domicílios se dava por meio da apresentação do entrevistador, explanação dos objetivos e detalhes da pesquisa e apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). O instrumento para coleta de dados era composto por 136 questões divididas em sete blocos: caracterização, hábitos de vida, capacidade funcional, utilização de serviços de saúde, condições de saúde, tratamento medicamentoso e medidas antropométricas (Apêndice A).

Dos 1.339 elegíveis para o estudo, 93 se recusaram e 66 não foram contatados após três tentativas em horários e datas distintas. Assim, a amostra final do VIGICARDIO foi composta por 1.180 pessoas (taxa de resposta de 88,1%). As informações obtidas no questionário físico foram registradas em documento de papel e posteriormente fez-se a dupla digitação e comparação, a fim de identificar e corrigir inconsistências, por meio do software Epi Info® versão 3.5.3.

A coleta de dados do estudo da linha de base foi realizada no primeiro semestre de 2011, com duração média da entrevista de 30 minutos (SOUZA *et al.*, 2013).

#### 4.4 PLANO DE AMOSTRAGEM, COLETA E REGISTRO DE DADOS DO ESTUDO DE SEGUIMENTO

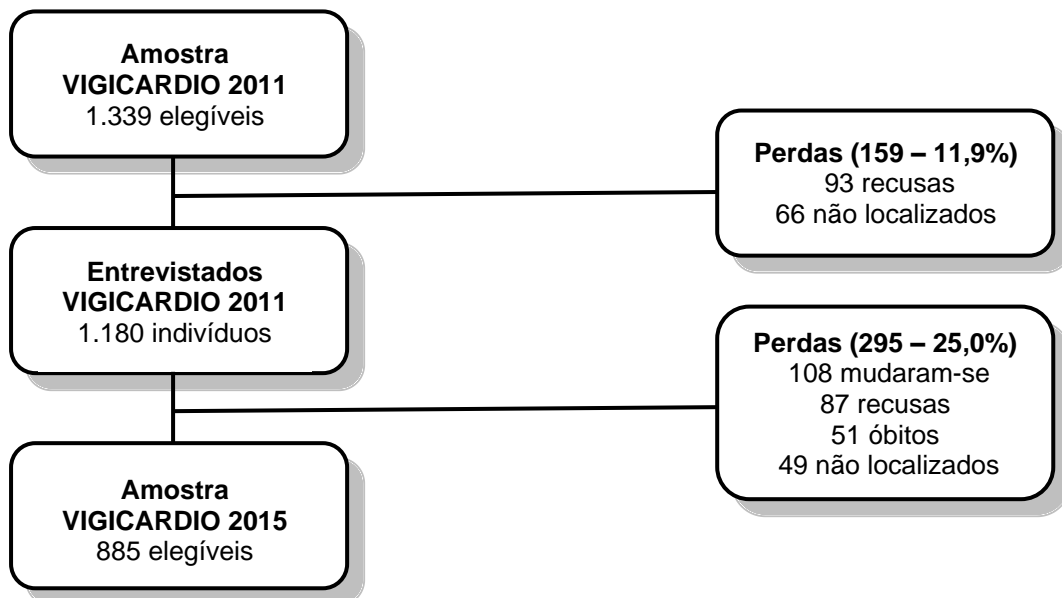
No estudo de seguimento, após quatro anos da linha de base, os mesmos sujeitos foram convidados a participar da pesquisa. As entrevistas foram conduzidas por dez estudantes de graduação e nove de pós-graduação do Centro de Ciências da Saúde da UEL. A fim de otimizar a coleta de informações foram contratados três entrevistadores colaboradores, previamente treinados. A logística da obtenção de dados, no entanto, sofreu alterações de modo que as entrevistas passaram a ser pré-agendadas com os participantes por meio de contato telefônico realizado a partir dos dados pessoais coletados em 2011. Caso não fosse possível o agendamento via telefone, eram realizadas visitas domiciliares para localização do participante. Os agendadores das entrevistas repassavam datas e horários aos entrevistadores por

meio de arquivo eletrônico compartilhado, e a partir disso eram feitas três visitas domiciliares em dias e horários alternados antes de ser considerada perda. O instrumento de coleta também sofreu modificações passando a conter 180 questões divididas em sete blocos (caracterização sociodemográfica, condições de saúde, uso de medicamentos, hábitos de vida, utilização de serviços de saúde, capacidade funcional e capital social). Ainda foram realizadas medidas antropométricas, de pressão arterial e efetuados exames laboratoriais (Apêndice B).

Dos 1.180 indivíduos considerados elegíveis para o estudo de seguimento, houve 295 perdas: 108 mudaram-se de cidade ou para outras localidades não identificadas, 87 recusaram-se a participar, 51 foram a óbito e 49 não foram encontrados no domicílio após três tentativas em dias e horários diferentes. Assim, 885 foram reentrevistados (taxa de resposta de 75%).

O fluxograma representado na Figura 2 demonstra a composição da população nos dois períodos do VIGICARDIO (2011 e 2015).

**Figura 2** - Fluxograma da população do estudo VIGICARDIO 2011-2015.



**Fonte:** o próprio autor.

No início da pesquisa, aproximadamente dois terços dos dados foram registrados em formulário impresso, duplamente digitados em banco de dados do programa Microsoft Office Excel® 2010 e posteriormente comparados por meio dos

programas Epi Info® versão 3.5.3 e Microsoft Office SpreadSheet Compare® a fim de identificar e corrigir inconsistências. Posteriormente, as informações foram obtidas em formulário eletrônico do Open Data Kit (ODK) Collect, por meio de *tablets* e armazenadas no Servidor Ona, hospedado em <https://ona.io/vigicardio>. Este servidor permitiu armazenar os dados coletados via ODK em formato compatível para o Microsoft Excel®.

A coleta de dados do estudo de seguimento foi realizada entre março a outubro de 2015, com duração média de 40 minutos.

Os achados apresentados na próxima seção desta tese (Resultados) foram estruturados em dois manuscritos. O primeiro é um estudo observacional longitudinal sobre a manutenção e a alteração dos estágios de mudança de comportamento para AFTL e sua associação com características sociodemográficas em indivíduos de 40 anos e mais (2011-2015). O segundo engloba um estudo de prevalência (2011) e de incidência (2011-2015) sobre a NIPAFTL e fatores associados em indivíduos de 40 anos e mais. Tendo em vista que cada um dos manuscritos apresenta particularidades metodológicas que dificultam a compilação em uma mesma seção de métodos, assim como ocorre no modelo tradicional de tese, tais detalhes estão descritos em suas respectivas seções de métodos.

#### 4.5 FONTE DE FINANCIAMENTO

O projeto VIGICARDIO foi contemplado no edital de financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Ambos os estudos tiveram aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UEL, sob o parecer do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 0192.0.268.000-10 em 2011 (Anexo A) e CAAE nº 39595614.4.0000.5231 em 2015 (Anexo B).

A pesquisa, em todas suas etapas, respeitou as normas da resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da

Saúde (BRASIL, 2012), que direciona pesquisas envolvendo seres humanos, e todos os participantes assinaram o TCLE (Apêndice C e Apêndice D).

## 5 RESULTADOS

### 5.1 ARTIGO 1: ESTÁGIOS DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO PARA ATIVIDADE FÍSICA NO TEMPO LIVRE EM ADULTOS BRASILEIROS: ESTUDO LONGITUDINAL

#### 5.1.1 Resumo

Objetivou-se analisar a manutenção e a alteração dos estágios de mudança de comportamento para atividade física no tempo livre (AFTL) após quatro anos, e sua associação com características sociodemográficas. No ano de 2011, realizou-se um estudo transversal de base populacional com 1180 indivíduos de 40 anos e mais, residentes em um município de médio porte do estado do Paraná, Brasil. Em 2015 foram reentrevistados 885 indivíduos. As variáveis dependentes foram a manutenção e a alteração dos estágios de mudança de comportamento para a AFTL. Para análise dos dados foi usada a regressão de Poisson ajustada. As maiores frequências encontradas se relacionaram aos indivíduos que permaneceram nos estágios de pré-contemplação (n=172; 57,0%) e de manutenção (n=119; 51,3%). Entre os que se mantiveram em pré-contemplação, observou-se maior proporção de homens (RR=1,59; IC95%: 1,21-2,11), com idade  $\geq 60$  anos (RR=1,35; IC95%: 1,03-1,78), com menor escolaridade (RR=1,24; IC95%: 1,04-2,33) e das classes C (RR=1,71; IC95%: 1,17-2,49) e D/E (RR=1,88; IC95%: 1,12-3,18). Quanto aos que continuaram em manutenção houve menor proporção das classes D/E (RR=0,35; IC95%: 0,14-0,87). Após quatro anos, foi elevada a proporção de pessoas que permaneceram no estágio de pré-contemplação (sem intenção de praticar AFTL nos próximos seis meses). A pesquisa também possibilitou identificar importantes associações com indivíduos do sexo masculino, com idade  $\geq 60$  anos, com até oito anos de estudo e de estratos econômicos desfavorecidos.

**Palavras-chave:** atividade motora; estilo de vida; estudo longitudinal.

#### 5.1.2 Abstract

The objective of this study was to analyze the maintenance and the alteration of the stages of change for leisure time physical activity (LTPA) after four years, and their association with sociodemographic characteristics. In 2011, a population-based cross-sectional study was conducted with 1.180 individuals aged 40 years or over, living in a medium-sized municipality in the state of Paraná, Brazil. In 2015, 885 individuals were re-interviewed. The dependent variables were the maintenance and the alteration of the stages of behavior change for the LTPA. For data analysis, adjusted Poisson regression was used. The highest frequencies found were related to individuals who remained in the pre-contemplation (n=172; 57,0%) and maintenance (n=119; 51,3%) stages. Among the individuals who remained in pre-contemplation, there was a higher proportion of men (RR=1,59; 95%CI: 1,21-2,11), aged  $\geq 60$  years (RR=1,35; 95%CI: 1,03-1,78), with lower education (RR=1,24; 95%CI: 1,04-2,33) and from classes C (RR=1,71; 95%CI: 1,17-2,49) and D/E

(RR=1,88; 95%CI: 1,12-3,18). Regarding those that remained in maintenance, there was a lower proportion of classes D/E (RR=0,35; 95%CI: 0,14-0,87). After four years, the proportion of people who remained in the precontemplation stage (with no intention to practice LTPA in the next six months) was high. The research also made it possible to identify important associations with males, aged  $\geq 60$  years, with up to eight years of study and disadvantaged economic strata.

**Keywords:** physical activity; lifestyle; longitudinal study.

### 5.1.3 Introdução

A atividade física (AF) como objeto de estudo no campo da coletividade tem se desvelado um fenômeno complexo. Ela está relacionada a diversos fatores de ordem biológica, socioeconômica, cultural, política, ambiental, comportamental, entre outros (BAUMAN *et al.*, 2012).

A AF é representada por quatro domínios (deslocamento, domicílio, tempo livre e trabalho) e dentre eles, a atividade física no tempo livre (AFTL) colabora para as maiores reduções do risco de mortalidade por todas as causas e por câncer (AUTENRIETH *et al.*, 2011). Pesquisas na área de epidemiologia da AF consideram a sua prática regular um dos principais fatores de proteção para prevenir ou atenuar a ocorrência de algumas doenças crônicas não transmissíveis (HIRAYAMA; LEE; HIRAMATSU, 2010; MAMMEN; FAULKNER, 2013; KYU *et al.*, 2016; VARGUESE *et al.*, 2016; WIKLUND, 2016; TONG *et al.*, 2019), além de favorecer a redução de custos com medicamentos, exames e internações (BIELEMANN; KNUTH; HALLAL, 2010; CODOGNO; FERNANDES; MONTEIRO, 2012).

No entanto, mesmo decorridas várias décadas de pesquisas e estratégias de saúde pública para aumento dos níveis populacionais de prática de AF, a alta prevalência de inatividade física ainda configura um problema de saúde em diversos países, incluindo o Brasil (OMS, 2015; HEATH *et al.*, 2012, SALLIS *et al.* 2016; BRASIL, 2018).

Entre os modelos e teorias que explicam alguns comportamentos humanos relacionados à saúde, como a prática regular de AF, está o modelo transteórico de estágio de mudança de comportamento (MTT). Um dos seus construtos são os estágios de mudança de comportamento, classificados e caracterizados como: pré-contemplação (indivíduos que apresentam comportamento considerado de risco e não têm intenção de modificá-lo em um período de seis meses), contemplação

(indivíduos que têm a intenção de modificar o comportamento em seis meses), preparação (aqueles que pretendem mudar este comportamento em 30 dias), ação (indivíduos que incorporaram o comportamento há menos de seis meses) e manutenção (indivíduos que já apresentam o comportamento há mais de seis meses). O indivíduo pode progredir ou regredir por meio dos estágios, sem uma ordenação lógica e o tempo que se permanece em cada um pode ser distinto (PROCHASKA; DICLEMENTE, 1983; DUMITH; DOMINGUES; GIGANTE, 2008; PROCHASKA; REDDING; EVERS, 2008).

Segundo Hall e Rossi (2008), indivíduos que estão mais dispostos a realizar modificações dos estágios acreditam que os prós são mais importantes do que os contras para se engajar na AF regular, em comparação com indivíduos que ainda não estão considerando a mudança.

Embora muitos estudos na literatura tenham investigado os estágios de mudança de comportamento relativos à AFTL em diversas populações e grupos, a maioria é transversal e se limita à análise de fatores associados aos estágios e não às mudanças (JEON; KIM; HEO, 2014; CARDOSO-RICARDO *et al.*; 2015; OTT *et al.*; 2015; SILVA; SILVA, 2015; VO; BOGG; 2015; ROMAIN *et al.*; 2016; VANCAMPFORT *et al.*; 2016; PRUGGER *et al.*; 2017; BRÖSTROM *et al.*; 2018).

O objetivo deste estudo foi analisar a manutenção e a alteração dos estágios de mudanças de comportamento para AFTL, após quatro anos, e sua associação com características sociodemográficas, em indivíduos de 40 anos e mais residentes em município de médio porte do Paraná.

#### 5.1.4 Métodos

##### 5.1.4.1 População e amostra

Trata-se de estudo epidemiológico observacional longitudinal, cuja população foi constituída por indivíduos de 40 anos e mais de idade, residentes em Cambé, Paraná, entrevistados em dois momentos, 2011 e 2015.

O município de Cambé está localizado na região metropolitana de Londrina, norte do Paraná, Sul do Brasil, e no ano de 2011 sua população era de 96.733 habitantes, sendo que 96% residiam na área urbana (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2010).

No estudo da linha de base, em 2011, o tamanho da amostra foi estimado com base na contagem de 2007 que totalizou 92.888 pessoas, das quais 33,1% tinham 40 anos e mais de idade (IBGE, 2010). Para o cálculo, considerou-se margem de erro de 3%, prevalência do desfecho de 50% e nível de confiança de 95%, perfazendo 1.066 indivíduos. Foi acrescentado à amostra um percentual de 25% prevendo-se eventuais perdas, resultando em 1.332 sujeitos.

Todos os 86 setores censitários da área urbana do município foram contemplados e para cada um foi definida uma cota de entrevistas com base na distribuição populacional, segundo sexo e faixa etária. Na divisão proporcional entre os setores censitários, a amostra totalizou 1.339 indivíduos, devido à aproximação do número para o próximo inteiro. Para seleção dos entrevistados, inicialmente as ruas e as quadras foram identificadas em mapas dos setores censitários da zona urbana da cidade. As quadras foram numeradas e então sorteados os pontos iniciais da coleta (quadra, esquina e residência). O percurso foi iniciado no sentido anti-horário, com intervalo amostral de 1:2. Caso houvesse dois ou mais indivíduos elegíveis para entrevista no domicílio, era procedido novo sorteio para definição. Como critérios de exclusão foram considerados indivíduos que apresentavam deficiência visual e/ou auditiva graves não corrigidas, ou de estágios avançados de transtornos mentais que impediam o entendimento e execução dos procedimentos da entrevista e/ou pessoas que não compreendiam o idioma português, desde que não tivessem um cuidador que estivesse apto a fornecer as informações solicitadas. Nesta etapa ocorreram 159 perdas, totalizando 1.180 sujeitos (SOUZA *et al.*, 2013).

Em 2015, todos os sujeitos entrevistados em 2011, localizados e com consentimento, participaram do seguimento do estudo. As entrevistas eram previamente agendadas pelo telefone informado no estudo da linha de base (2011). Quando não era possível o agendamento dessa forma, eram realizadas visitas domiciliares, considerando-se perda somente após três tentativas de procura em dias e horários diferentes. Nessa etapa, ocorreram 295 perdas (25%). Dentre elas, houve 51 óbitos, 87 recusas, 49 pessoas não foram encontradas após três tentativas e 108 mudaram de endereço. Assim, a amostra final do estudo de seguimento foi composta por 885 indivíduos, entrevistados em ambos os períodos.

#### 5.1.4.2 Procedimentos para coleta de dados e variáveis

Para a obtenção dos dados foi realizada entrevista domiciliar em ambos os momentos, por meio de formulário, com questões agrupadas em diversos blocos que investigaram aspectos relacionados à caracterização sociodemográfica, hábitos de vida, condições de saúde, uso de medicamentos, capacidade funcional, utilização de serviços de saúde e capital social. Ainda foram realizadas medidas antropométricas, de pressão arterial e exames laboratoriais (SOUZA *et al.*, 2013).

Em 2011 e 2015, a equipe de entrevistadores foi composta de alunos de graduação e pós-graduação, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e de entrevistadores colaboradores, todos previamente treinados. As entrevistas duraram, em média, 30 minutos em 2011 e 40 minutos em 2015.

As variáveis dependentes utilizadas no estudo foram a manutenção e a alteração dos estágios de mudança de comportamento para a AFTL (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção) baseados no MTT (PROCHASKA *et al.*, 1994; DUMITH, 2008; DUMITH; DOMINGUES; GIGANTE, 2008). Para a obtenção das informações sobre os estágios de mudança utilizaram-se questões do formulário (tanto de 2011, quanto de 2015) relativas ao bloco de hábitos de vida, em que os participantes eram inicialmente indagados se em uma semana normal faziam algum tipo de AF no seu tempo livre. Caso a opção de resposta fosse “sim” e praticassem há mais de seis meses eram classificados no estágio de manutenção, e há menos de seis meses no estágio de ação. Se em uma semana normal não faziam AF regular, questionava-se se pretendiam fazer nos próximos 30 dias. Caso respondessem “sim” passavam a fazer parte do estágio de preparação, e se dissessem “não” ainda se perguntava quanto à pretensão de fazer nos próximos seis meses. Uma vez que a resposta fosse positiva, os participantes eram caracterizados no estágio de contemplação, e negativa no estágio de pré-contemplação.

Considerou-se manutenção para todos os indivíduos que permaneceram, após quatro anos, nos mesmos estágios: “manteve-se em pré-contemplação”, “manteve-se em contemplação”, “manteve-se em preparação”, “manteve-se em ação” e “manteve-se em manutenção”. Quanto à alteração, esta foi classificada como “mudança positiva” (incluindo-se todos os indivíduos que progrediram, no mínimo, um estágio) e “mudança negativa” (incluindo-se todos os indivíduos que regrediram, no mínimo, um estágio) após quatro anos.

As variáveis independentes analisadas foram as características sociodemográficas (referentes ao ano de 2011) e estratificadas da seguinte forma:

- Sexo (feminino, masculino);
- Idade (40 a 59 anos, 60 e mais anos);
- Escolaridade (0 a 8 anos, 9 a 11 anos, 12 e mais anos de estudo);
- Situação conjugal (determinada pela presença de companheiro(a) incluindo casados(as) ou em união estável; sem companheiros(as) incluindo solteiros(as), divorciados(as), separados(as) e viúvos(as);
- Classificação econômica (A/B, C, D/E). As classes econômicas foram obtidas segundo o critério proposto pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2011).

#### 5.1.4.3 Procedimentos de tabulação e análise de dados

No estudo da linha de base, todos os formulários foram registrados por meio impresso e posteriormente feita a dupla digitação e a comparação dos dois bancos de dados pelo programa Epi Info<sup>®</sup> versão 3.5.1. Aproximadamente dois terços dos formulários do estudo de seguimento também foram registrados de maneira impressa, duplamente digitados em banco de dados do programa Microsoft Office Excel<sup>®</sup> 2010 e posteriormente comparados, a fim de identificar e corrigir inconsistências. O restante dos dados do estudo de seguimento foram obtidos em formulário eletrônico do ODK Collect (Open Data Kit), por meio de *tablets*, e armazenadas no Servidor Ona, hospedado em <https://ona.io/vigicardio>. Este servidor permitiu armazenar os dados coletados via ODK em formato compatível para a Microsoft Excel<sup>®</sup>.

Quanto à análise estatística, foram utilizadas as frequências absoluta e relativa para a análise descritiva dos dados. A regressão de Poisson com intervalos de 95% de confiança (IC95%) com ajuste robusto de variância foi empregada para calcular o risco relativo (RR), por meio do modelo ajustado por variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária, situação conjugal, escolaridade e classe econômica) consideradas independentemente do valor de  $p$  na análise bivariada.

Todas as análises estatísticas foram realizadas com auxílio do *software* Statistical Package for the Social Sciences - SPSS®, versão 19.0 para Windows.

#### 5.1.4.4 Considerações éticas

O estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UEL, sob o parecer do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 0192.0.268.000-10 em 2011 e CAAE nº 39595614.4.0000.5231 em 2015 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

#### 5.1.5 Resultados

No estudo da linha de base (2011), entre os 1.180 indivíduos entrevistados, a maioria era mulher (54,3%), tinha 50 anos e mais (59,7%), era casada ou vivia em união estável (73,1%), tinha até oito anos de estudo (72,9%) e era da classe econômica C ou inferior (61,9%). Com relação aos estágios de mudança de comportamento para AFTL, o estágio de pré-contemplação apresentou maior porcentagem em relação aos demais estágios (34,4%). Após quatro anos, no estudo de seguimento (2015), o perfil da amostra se manteve semelhante exceto a faixa etária, em virtude de todos os sujeitos estarem quatro anos mais velhos em relação ao estudo da linha de base (Tabela1).

A Tabela 2 apresenta a manutenção e a alteração dos estágios de mudança de comportamento para a AFTL (2011-2015). Analisando a amostra de 885 indivíduos, verificou-se que aproximadamente 40% dos sujeitos se mantiveram nos mesmos estágios após quatro anos. As maiores frequências se referem àqueles que permaneceram nos estágios de pré-contemplação (n= 172; 57,0%) e de manutenção (n=119; 51,3%). As incidências de pré-contemplação em 2015, segundo o estágio de mudança de comportamento para a AFTL, foram: 34,2% para os sujeitos que estavam no estágio de contemplação, 31,1% para os que estavam na preparação, 21,1% na ação e 19,0% na manutenção.

A Tabela 3 mostra as proporções dos indivíduos que se mantiveram nos estágios de manutenção, ação, preparação, contemplação e pré-contemplação e que apresentaram alteração (mudança positiva e negativa) e sua associação com

características sociodemográficas, após quatro anos. A maior parte das diferenças significativas foi relacionada à manutenção do estágio de pré-contemplação. Observou-se maior proporção de homens (RR=1,59; IC95%: 1,21-2,11), de indivíduos que tinham  $\geq 60$  anos (RR=1,35; IC95%: 1,03-1,78), daqueles com menor escolaridade – 0 a 8 anos de estudo – (RR=1,24; IC95%: 1,04-2,33) e dos que faziam parte das classes C (RR=1,71; IC95%: 1,17-2,49) e D/E (RR=1,88; IC95%: 1,12-3,18). Em relação aos indivíduos que permaneceram no estágio de manutenção, houve menor proporção das classes D/E (RR=0,35; IC95%: 0,14-0,87) em comparação aos das classes A/B.

**Tabela 1** - Características sociodemográficas e estágios de mudança de comportamento para atividade física no tempo livre de indivíduos de 40 anos e mais, residentes em Cambé – Paraná, entrevistados no estudo da linha de base (n=1180) e no estudo de seguimento (n=885).

Fatores	2011		2015	
	n = 1180	%	n = 885	%
<b>Sexo</b>				
Feminino	641	54,3	495	55,9
Masculino	539	45,7	390	44,1
<b>Faixa etária (anos)</b>				
40-49	476	40,3	197	22,2
50-59	366	31,0	336	38,0
≥ 60	338	28,7	352	39,8
<b>Situação conjugal</b>				
Com companheiro	863	73,1	608	68,7
Sem companheiro	317	26,9	277	31,3
<b>Escolaridade (anos)</b>				
0-8	860	72,9	648	73,2
9-11	190	16,1	145	16,4
≥ 12	130	11,0	92	10,4
<b>Classe econômica (ABEP)</b>				
A/B	449	38,1	313	35,4
C	614	52,0	472	53,3
D/E	117	9,9	100	11,3
<b>Estágios de mudança de comportamento</b>				
Pré-contemplação	406	34,4	325	36,7
Contemplação	164	13,9	124	14,0
Preparação	276	23,4	188	21,3
Ação	46	3,9	34	3,8
Manutenção	288	24,4	214	24,2

**Fonte:** o próprio autor.

**Nota:** ABEP=Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa.

**Tabela 2** - Manutenção e alteração dos estágios de mudança de comportamento para atividade física no tempo livre, após quatro anos, de indivíduos de 40 anos e mais, residentes em Cambé – Paraná (n=885).

2015						
2011 \	PC	C	P	A	M	TOTAL
PC	172 (57,0%)	35 (11,6%)	54 (17,9%)	4 (1,32%)	37 (12,3%)	302 (34,1%)
C	41 (34,2%)	22 (18,3%)	32 (26,7%)	3 (2,5%)	22 (18,3%)	120 (13,6%)
P	60 (31,1%)	37 (19,2%)	52 (27,0%)	16 (8,3%)	28 (14,5%)	193 (21,8%)
A	8 (21,1%)	8 (21,1%)	13 (34,2%)	1 (2,63%)	8 (21,1%)	38 (4,3%)
M	44 (19,0%)	22 (9,5%)	37 (16,0%)	10 (4,31%)	119 (51,3%)	232 (26,2%)
TOTAL	325 (36,8%)	124 (14,0%)	188 (21,2%)	34 (3,8%)	214 (24,2%)	885 (100,0%)

**Fonte:** o próprio autor.

**Nota:** PC=Pré-contemplação; C=Contemplação; P=Preparação; A=Ação; M=Manutenção.

**Tabela 3** - Manutenção e alteração dos estágios de mudança de comportamento para atividade física no tempo livre e características sociodemográficas associadas, após quatro anos, de indivíduos de 40 anos e mais, residentes em Cambé – Paraná (n=885).

Variáveis	Manteve-se em M		Mudança positiva <sup>(1)</sup>		Manteve-se em A		Manteve-se em P		Manteve-se em C		Mudança negativa <sup>(2)</sup>		Manteve-se em PC	
	n (%)	RR (IC95%) (3)(4)	n (%)	RR (IC95%) (3)(4)	n (%)	RR (IC95%) (3)(4)	n (%)	RR (IC95%) (3)(4)	n (%)	RR (IC95%) (3)(4)	n (%)	RR (IC95%) (3)(4)	n (%)	RR (IC95%) (3)(4)
<b>Sexo</b>														
Feminino	67 (13,5%)	1,0	132 (26,7%)	1,0	-	1,0	37 (7,5%)	1,0	14 (2,8%)	1,0	165 (33,3%)	1,0	80 (16,2%)	1,0
Masculino	52 (13,3%)	0,93 (0,66-1,31)	107 (27,4%)	1,00 (0,80-1,25)	1 (0,3%)	-	15 (3,8%)	0,46 (0,25-1,04)	8 (2,1%)	0,75 (0,30-1,87)	115 (29,5%)	0,90 (0,73-1,10)	92 (23,6%)	1,59 (1,21-2,11)**
<b>Faixa etária (anos)</b>														
44-59	66 (12,4%)	1,0	158 (29,6%)	1,0	1 (0,2%)	1,0	38 (7,1%)	1,0	13 (2,4%)	1,0	171 (32,1%)	1,0	86 (16,1%)	1,0
≥ 60	53 (15,1%)	1,09 (0,86-2,10)	81 (23,0%)	0,74 (0,58-1,14)	-	-	14 (4,0%)	0,62 (0,34-1,12)	9 (2,6%)	1,06 (0,44-2,59)	109 (31,0%)	0,98 (0,79-1,20)	86 (24,4%)	1,35 (1,03-1,78)**
<b>Situação Conjugal</b>														
Com companheiro	90 (13,7%)	1,0	178 (27,1%)	1,0	1 (0,2%)	1,0	40 (6,1%)	1,0	16 (2,4%)	1,0	204 (31,1%)	1,0	127 (19,4%)	1,0
Sem companheiro	29 (12,6%)	1,02 (0,68-1,52)	61 (26,6%)	1,02 (0,78-1,32)	-	-	12 (5,2%)	0,92 (0,47-1,79)	6 (2,6%)	0,91 (0,31-2,68)	76 (33,2%)	1,03 (0,82-1,29)	45 (19,7%)	0,99 (0,71-1,37)
<b>Escolaridade (anos)</b>														
0-8	72 (11,1%)	0,62 (0,38-1,03)	187 (28,9%)	1,06 (0,98-2,32)	-	-	34 (5,2%)	1,03 (0,68-8,01)	14 (2,2%)	0,44 (0,14-1,36)	195 (30,1%)	0,81 (0,58-1,13)	146 (22,5%)	1,24 (1,04-2,33)**
9-11	27 (18,6%)	0,94 (0,56-1,58)	32 (22,1%)	1,03 (0,62-1,68)	-	-	15 (10,3%)	1,06 (0,99-11,38)	4 (2,8%)	0,63 (0,15-2,65)	52 (35,9%)	1,00 (0,70-1,42)	15 (10,3%)	0,77 (0,37-1,60)
≥ 12	20 (21,7%)	1,0	20 (21,7%)	1,0	1 (1,1%)	1,0	3 (3,3%)	1,0	4 (4,3%)	1,0	33 (35,9%)	1,0	11 (12,0%)	1,0
<b>Classe econômica (ABEP)</b>														
A/B	61 (18,3%)	1,0	91 (27,2%)	1,0	1 (0,3%)	1,0	25 (7,5%)	1,0	9 (2,7%)	1,0	107 (31,9%)	1,0	41 (12,2%)	1,0
C	53 (11,4%)	0,71 (0,48-1,04)	126 (27,0%)	0,91 (0,59-1,40)	-	-	24 (5,1%)	0,67 (0,36-1,24)	10 (2,1%)	1,03 (0,45-2,36)	145 (31,0%)	1,05 (0,83-1,33)	109 (23,3%)	1,71 (1,17-2,49)*
D/E	5 (6,1%)	0,35 (0,14-0,87)**	22 (26,5%)	0,89 (0,69-1,14)	-	-	3 (3,6%)	0,50 (0,14-1,83)	3 (3,6%)	1,08 (0,37-8,54)	28 (33,7%)	1,07 (0,78-1,69)	22 (26,5%)	1,88 (1,12-3,18)*
<b>TOTAL</b>	119 (13,4%)		239 (27,0%)		1 (0,1%)		52 (5,9%)		22 (2,5%)		280 (31,6%)		172 (19,4%)	

Continua na próxima página (...)

(...) *Continuação da Tabela 3*

---

**Fonte:** o próprio autor.

**Notas:**

M=Manutenção; A=Ação; P=Preparação; C=Contemplação; PC=Pré-contemplação; RR=Risco relativo; IC95%= Intervalo de confiança de 95%; ABEP=Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa.

(1) Mudança positiva=Progrediu no mínimo um estágio.

(2) Mudança negativa=Regrediu no mínimo um estágio.

(3) RR calculado a partir da Regressão de Poisson com ajuste robusto de variância.

(4) RR ajustado por variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária, situação conjugal, escolaridade, classe econômica).

\*  $p < 0,001$ .

\*\*  $p \leq 0,05$ .

### 5.1.6 Discussão

Após quatro anos, verificou-se que aproximadamente 40% dos sujeitos permaneceram nos mesmos estágios. Entre aqueles que se mantiveram no estágio de pré-contemplação houve maior proporção de homens, de indivíduos com idade  $\geq 60$  anos de idade, com até oito anos de estudo e das classes econômicas C e D/E. É importante destacar que esses achados chamam a atenção de maneira negativa, uma vez que esses sujeitos apresentam comportamento considerado de risco à saúde sem propósito de modificá-lo em um período de seis meses, segundo o MTT.

Dos que permaneceram no estágio de manutenção houve menor proporção de indivíduos das classes D/E em relação às classes econômicas mais favorecidas (A/B). Dumith, Domingues e Gigante (2008) constataram que pessoas com maior probabilidade de estarem nos estágios mais avançados (ação e manutenção) são homens, brancos, jovens, solteiros, com maior escolaridade, não tabagistas, sem sobrepeso ou obesidade, com maior nível de AF e de aptidão física.

De modo geral, uma possível explicação para os resultados envolvendo o comportamento inativo dos sujeitos (sem intenção de iniciar a AF nos próximos seis meses) pode estar relacionada à combinação de vários fatores internos e externos ao indivíduo como os demográficos, socioeconômicos, socioculturais, ambientais, comportamentais, entre outros. Estudo conduzido por Bauman *et al.* (2012), seguindo a lógica do modelo ecológico, demonstrou que diferentes níveis de determinantes (individual, interpessoal, ambiental e político) e a interação entre eles são responsáveis pela formação do comportamento em relação à AF.

Em relação ao sexo, o presente estudo demonstrou maior proporção do sexo masculino entre os indivíduos que se mantiveram em pré-contemplação após quatro anos. Resultado oposto foi observado em uma pesquisa conduzida por Jiang *et al.* (2016), que analisou padrões de comportamento para a AF, segundo os estágios de mudança, e verificou maior proporção de homens que transitaram para o estágio de manutenção. Outros dois estudos longitudinais não encontraram associação do sexo com os estágios de mudança de comportamento (HUANG *et al.*, 2015; LIPSCHITZ *et al.*, 2015).

Uma hipótese para que homens permaneçam no estágio de pré-contemplação pode ser atribuída ao fato que, em função da construção social (particularmente ligada à noção de masculinidade), tenham uma postura diferente

das mulheres quanto aos diversos tipos de riscos, sendo mais frequente a ideia de assumir ou mesmo negar as consequências ocasionadas pela exposição a comportamentos de risco à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009; SCHWARZ *et al.*, 2012; SEPARAVICH; CANESQUI, 2013).

Quanto à idade, houve maior proporção de pessoas com 60 anos e mais que se mantiveram no estágio de pré-contemplação. Estudos conduzidos por Huang *et al.* (2015) e Zhou *et al.* (2016) demonstraram que ocorreu associação inversa da idade com os estágios de mudança de comportamento, ou seja, indivíduos mais velhos foram encontrados em estágios iniciais e mais jovens no estágio de manutenção. Segundo revisão sistemática realizada por CHOI *et al.* (2017) sobre a relação da AF com fatores pessoais e ambientais, constatou-se uma tendência de associação negativa da AF com a idade.

Por outro lado, Lipschitz *et al.* (2015) verificaram que tanto indivíduos mais velhos ( $\geq 65$  anos) quanto indivíduos mais jovens ( $\leq 34$  anos) têm maior probabilidade de continuarem nos estágios considerados inativos (pré-contemplação, contemplação e preparação).

Possíveis causas para a permanência de pessoas mais velhas no estágio de pré-contemplação, ao longo dos anos, podem ser atribuídas a fatores intrínsecos (diminuição da capacidade funcional, limitação física por doenças, ou a própria maneira de ser) e extrínsecos (situação conjugal, nível socioeconômico, influência do ambiente, falta de apoio social, entre outros) (CASSOU *et al.*, 2011; GIEHL *et al.*, 2012; LOPES *et al.*, 2016). É interessante salientar que o apoio social para AFTL parece ser mais relevante para os indivíduos com mais de 40 anos do que para os adultos mais jovens (SILVA; AZEVEDO; GONÇALVES, 2013).

Os achados da presente pesquisa também demonstraram que, entre aqueles que se mantiveram no estágio de pré-contemplação, houve maior proporção de indivíduos com até oito anos de estudo e das classes econômicas C e D/E. Entre os que permaneceram no estágio de manutenção foi observada menor proporção de sujeitos das classes D/E, quando comparados às classes mais altas (A/B).

É possível que pessoas que apresentam piores níveis educacionais e integram as classes econômicas menos favorecidas tenham tido menor frequência de experiências positivas de prática de AF ao longo da sua vida ou no contexto escolar. Indivíduos com maior escolaridade e com vivências mais positivas desde a

infância são mais propensos a praticarem AFTL durante a vida (AZEVEDO *et al.*, 2007; TAMMELIN *et al.* 2014; RODRIGUES *et al.*, 2017)

Cleland *et al.* (2010) e Boone-Heinonen *et al.* (2011) demonstraram em suas pesquisas que indivíduos residentes em áreas com maior precariedade socioeconômica (em que o ambiente não dispunha de características favoráveis à prática de AF, como a falta de acesso a locais para caminhada ou que despertavam sensação de insegurança) estavam menos propensos a se engajarem na prática de AFTL. Segundo Pitanga *et al.* (2014), a disponibilidade de utilização de espaços públicos aumenta em nove vezes a chance de a população realizar AF.

Outros fatores que podem estar relacionados aos indivíduos de estratos econômicos desfavorecidos permanecerem no estágio de pré-contemplação é que, em geral, essas pessoas têm mais de uma atividade laboral, fazem mais horas extras, tendem a morar em locais pouco seguros e distantes do trabalho, utilizam transporte coletivo para se deslocarem e por isso, demoram mais no percurso, culminando em menor disponibilidade de tempo e disposição para iniciarem a AFTL (BURTON; TURRELL, 2000).

Ressalta-se que o presente estudo, em função do seu delineamento longitudinal, permitiu compreender de maneira mais aprofundada o comportamento dos sujeitos em relação à prática de AFTL. Ademais, sugere-se maior número de pesquisas que explorem essa temática em diferentes populações e que tenham associação com outras variáveis, uma vez que, a maior parte dos estudos encontrados na literatura sobre os estágios de mudança de comportamento e características relacionadas foi de caráter transversal (JEON; KIM; HEO, 2014; CARDOSO-RICARDO *et al.*; 2015; OTT *et al.*; 2015; SILVA; SILVA, 2015; VO; BOGG; 2015; ROMAIN *et al.*; 2016; VANCAMPFORT *et al.*; 2016; PRUGGER *et al.*; 2017; BRÖSTROM *et al.*; 2018).

Dentre as limitações presentes no estudo está a utilização de autorrelatos que, em geral, são influenciados pela compreensão, linguagem e escolaridade dos participantes. Porém, eles têm sido amplamente empregados em estudos epidemiológicos, ressaltando que as entrevistas foram conduzidas por pessoas com treinamento prévio e que eram estudantes de graduação ou pós-graduação da área da saúde. Outro fato é que neste estudo existem apenas duas verificações (2011 e 2015) e, por isso, não é possível avaliar se alguns indivíduos tenham passado, neste intervalo de tempo, por outros estágios de mudança de comportamento. No entanto,

esta é uma limitação comum em pesquisas longitudinais que só poderia ser controlada se houvesse um acompanhamento mais frequente dos indivíduos analisados.

O estudo concluiu que após quatro anos de acompanhamento foi elevada a proporção de pessoas que se mantiveram no estágio de pré-contemplação, ou seja, que continuaram a não ter intenção de praticar AFTL. A pesquisa também possibilitou identificar importantes associações com indivíduos do sexo masculino, com idade  $\geq 60$  anos, com até oito anos de estudo e de estratos econômicos desfavorecidos.

Analisar os estágios de mudança de comportamento e fatores associados pode ser de grande utilidade para a elaboração ou implementação de estratégias direcionadas especialmente aos subgrupos populacionais mais vulneráveis, a fim de permitir a reflexão e compreensão sobre os fatores determinantes, riscos e benefícios de aderirem à prática de AFTL. Diante da complexidade dos diversos fatores envolvidos na escolha de um novo comportamento, propiciar que esses indivíduos minimizem ou superem barreiras pessoais, sociais e ambientais, por meio de ações intersetoriais, pode auxiliá-los a adotarem um estilo de vida considerado ativo.

#### 5.1.7 Referências

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de classificação econômica**. 2011. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 07 jul. 2018.

AUTENRIETH, C. S.; BAUMERT, J.; BAUMEISTER, S. E.; FISCHER, B.; PETERS, A.; DÖRING, A.; THORAND, B. Association between domains of physical activity and all-cause, cardiovascular and cancer mortality. **European Journal of Epidemiology**, v.26, n.2, p.91-9, 2011.

AZEVEDO, M. R.; ARAÚJO, C. L.; SILVA, M. C.; HALLAL, P. C. Tracking of physical activity from adolescence to adulthood: a population-based study. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.1, p.69-75, 2007.

BAUMAN, A. E.; REIS, R. S.; SALLIS, J. F.; WELLS, J. C.; LOOS, R. J.; MARTIN, B. W. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? **The Lancet**, v.380, n. 9838, p.258-71, 2012.

BIELEMANN, R. M.; KNUTH, A. G.; HALLAL, P. C. Atividade física e redução de custos por doenças crônicas ao Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.15, n.1, p.9-14, 2010.

BOONE-HEINONEN, J.; ROUX, A. V.; KIEFE, C. I.; LEWIS, C. E.; GUILKEY, D. K.; GORDON-LARSEN, P. Neighborhood socioeconomic status predictors of physical activity through young to middle adulthood: the CARDIA study. **Social Science & Medicine**, v.72, n.5, p.641-9, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. 130 p.

BROSTRÖM, A.; PAKPOUR, A. H.; ULANDER, M.; NILSEN, P. Development and psychometric evaluation of the Swedish propensity to achieve healthy lifestyle scale in patients with hypertension. **Journal of Clinical Nursing**, v.27, n.21-2, p.4040-9, 2018.

BURTON, N. W.; TURRELL, G. Occupation, Hours Worked, And Leisure-Time Physical Activity. **Preventive Medicine**, v.31, n.6, p.673-81, 2000.

CARDOSO-RICARDO, L. I.; ROMBALDI, A. J.; KOPP, D.; WILTGEN-FERREIRA, R.; HALLAL, P. C.; AZEVEDO, M. R. Estágios de mudança de comportamento para atividade física após uma intervenção escolar: um estudo transversal. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.20, n.6, p.569-70, 2015.

CASSOU, A. C. N.; FERMINO, R.; AÑEZ, C. R. R.; SANTOS, M. S.; DOMINGUES, M. R.; REIS, R. S. Barriers to physical activity among Brazilian elderly women from different socioeconomic status: a focus-group study. **Journal of Physical Activity and Health**, v.8, n.1, p.126-132, 2011.

CHOI, J.; LEE, M.; LEE, J.; KANG, D.; CHOI, J. Correlates associated with participation in physical activity among adults: A systematic review of reviews and update. **BMC Public Health**, v.17, n.1, p.356-69, 2017.

CLELAND, V.; BALL, K.; HUME, C.; TIMPERIO, A.; KING, A. C.; CRAWFORD, D. Individual, social and environmental correlates of physical activity among women living in socioeconomically disadvantaged neighbourhoods. **Social Science & Medicine**, v.70, n.12, p.2011-18, 2010.

CODOGNO, J. S.; FERNANDES, R. A.; MONTEIRO, H. L. Prática de atividades físicas e custo do tratamento ambulatorial de diabéticos tipo 2 atendidos em unidade

básica de saúde. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v.56, n.1, p.6-11, 2012.

DUMITH S. Proposta de um modelo teórico para a adoção da prática de atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.13, n.2, p.110-2, 2008.

DUMITH, S.C.; DOMINGUES, M.R.; GIGANTE, D.P. Estágios de mudança de comportamento para a prática de atividade física: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v.10, n.3, p.301-7, 2008.

GIEHL, M. W. C.; SCHNEIDER, I. J. C.; CORSEUIL, H. X.; BENEDETTI, T. R. B.; D'ORSI, E. Atividade física e percepção do ambiente em idosos: estudo populacional em Florianópolis. **Revista de Saúde Pública**, v.46, n.3, p.516-25, 2012.

HALL, K. L.; ROSSI, J. S. Meta-analytic examination of the strong and weak principles across 48 health behaviors. **Preventive Medicine**, v.46, n.3, p.266-74, 2008.

HEATH, G. W.; PARRA, D. C.; SARMIENTO, O. L.; ANDERSEN, L. B.; OWEN, N.; GOENKA, S.; MONTES, F.; BROWNSON, R. C. Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world. **The Lancet**, v.380, n.9838, p.272-81, 2012.

HIRAYAMA, F.; LEE, A. H.; HIRAMATSU, T. Life-long physical activity involvement reduces the risk of chronic obstructive pulmonary disease: a case-control study in Japan. **Journal of Physical Activity and Health**, v.7, n.5, p.622-6, 2010.

HUANG, H. Y.; LIN, Y. S.; CHUANG, Y. C.; LIN, W. H.; KUO, L. Y.; CHEN, J. C.; HSU, C. L.; CHEN, B. Y.; TSAI, H. Y.; CHENG, F. H.; TSAI, M. W. Application of the Transtheoretical Model to Exercise Behavior and Physical Activity in Patients after Open Heart Surgery. **Acta Cardiologica Sinica**, v.31, n.3, p.202-8, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Resultados do censo 2010**. Brasília, 2010. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas\\_pdf/total\\_populacao\\_parana.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_parana.pdf)>. Acesso em: 23 maio 2018.

JEON, D. J.; KIM, K. J.; HEO, M. Factors related to stages of exercise behavior change among university students based on the transtheoretical model. **Journal of Physical Therapy Science**, v.26, n.12, p.1929-32, 2014.

JIANG, L.; CHEN, S.; ZHANG, B.; BEALS, J.; MITCHELL, C. M.; MANSON, S. M.; ROUBIDEAUX, Y. Longitudinal Patterns of Stages of Change for Exercise and Lifestyle Intervention Outcomes: An Application of Latent Class Analysis with Distal Outcomes. **Prevention Science**, v.17, n.3, p.398-409, 2016.

KYU, H. H.; BACHMAN, V. F.; ALEXANDER, L. T.; MUMFORD, J. E.; AFSHIN, A.; ESTEP, K.; VEERMAN, L.; DELWICHE, K.; IANNARONE, M. L.; MOYER, M. L.; CERCY, K.; VOS, T.; MURRAY, C. J. L.; FOROUZANFAR, M. H. Physical activity and risk of breast cancer, colon cancer, diabetes, ischemic heart disease, and ischemic stroke events: systematic review and dose-response meta-analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **British Medical Journal**, v.354, p.i3857-67, 2016.

LIPSCHITZ, J. M.; YUSUFOV, M.; PAIVA, A.; REDDING, C. A.; ROSSI, J. S.; JOHNSON, S.; BLISSMER, B.; GOKBAYRAK, N. S.; VELICER, W. F.; PROCHASKA, J. O. Transtheoretical principles and processes for adopting physical activity: A longitudinal 24-month comparison of maintainers, relapsers, and nonchangers. **Journal of Sport and Exercise Psychology**, v.37, n.6, p. 592-606, 2015.

LOPES, M. A.; KRUG, R. R.; BONETTI, A.; MAZO, G. Z. Barreiras que influenciaram a não adoção de atividade física por longevas. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v.38, n.1, p.76-83, 2016.

MAMMEN, G.; FAULKNER, G. Physical and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. **American Journal of Preventive Medicine**, v.45, n.5, p.649-57, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde: Brasília; 2009. 40p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global Health Observatory. **Insufficient physical activity**. Genebra: WHO; 2015. Disponível em: <<http://apps.who.int/gho/data/node.main.A892?lang=en>>. Acesso em: 11 jun. 2019.

OTT, U.; STANFORD, J. B.; GREENWOOD, J. L.; MURTAUGH, M. A.; GREN, L. H.; THIESE, M. S.; HEGMANN, K. T. Stages of weight change among an occupational cohort. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v.57, n.3, p.270-6, 2015.

PITANGA, F. G.; BECK, C. C.; PITANGA, C. P. S.; FREITAS, M. M.; ALMEIDA, L. A. B. Prevalência e fatores sociodemográficos e ambientais associados à

atividade física no tempo livre e no deslocamento em adultos. **Motricidade**, v.10, n.1, p.3-13, 2014.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.5, n.3, p.390-5, 1983.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change: Applications to the addictive behaviors. **American Psychologist**, v.47, n.9, p.102-14, 1992.

PROCHASKA, J. O.; REDDING, C. A.; EVERS, K. E. The Transtheoretical model and stages of change. *In*: GLANZ, K; RIMER, B. K.; VISWANATH, K. (orgs.). **Health behavior and health education: theory, research, and practice - 4th ed.** San Francisco, CA: Jossey-Bass. 2008. p.97-121.

PROCHASKA, J. O.; VELICER, W. F.; ROSSI, J. S.; GOLDSTEIN, M. G.; MARCUS, B. H.; RAKOWSKI, W.; FIORE, C.; HARLOW, L. L.; REDDING, C. A.; ROSENBLUM, D.; ROSSI, S. R. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviours. **Health Psychology**, v.13, n.1, p.39-46, 1994.

PRUGGER, C.; WELLMANN, J.; HEIDRICH, J.; DE BACQUER, D.; DE SMEDT, D.; DE BACKER, G.; REINER, Z.; EMPANA, J. P.; FRAS, Z.; GAITA, D.; JENNINGS, C.; KOTSEVA, K.; WOOD D. Regular exercise behaviour and intention and symptoms of anxiety and depression in coronary heart disease patients across Europe: Results from the EUROASPIRE III survey. **European journal of preventive cardiology**, v.24, n.1, p.84-91, 2017.

ROCHA S. V.; ALMEIDA. M. M. G.; ARAÚJO, T. M.; VIRTUOSO, J. J. S. Fatores associados à atividade física no lazer entre residentes de áreas urbanas de um município do nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v.13, n.4, p.257-64, 2011.

RODRIGUES, P. F.; MELO, M.; ASSIS, M.; OLIVEIRA, A. Condições socioeconômicas e prática de atividades físicas em adultos e idosos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.22, n.3, p.217-32, 2017.

ROMAIN, A. J.; BERNARD, P.; HOKAYEM, M.; GERNIGON, C.; AVIGNON, A. Measuring the processes of change from the transtheoretical model for physical activity and exercise in overweight and obese adults. **American Journal of Health Promotion**, v.30, n.4, p.272-8, 2016.

SALLIS, J. F.; BULL, F.; GUTHOLD, R.; HEATH, G. W.; INOUE, S.; KELLY, P.; OYEYEMI, A. L.; PEREZ, L. G.; RICHARDS J.; HALLAL, P. C. Progress in physical activity over the Olympic quadrennium. **The Lancet**, v.388, n.10051, p.1325-36, 2016.

SCHWARZ, E.; GOMES, R.; COUTO, M. T.; MOURA, E. C. D.; CARVALHO, S. D. A.; SILVA, S. F. C. D. Política de saúde do homem. **Revista de Saúde Pública**, v.46, supl.1, p.108-16, 2012.

SEPARAVICH, M. A.; CANESQUI, A. M. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. **Saúde e Sociedade**, v.22, n.2, p.415-28, 2013.

SILVA, I. C. M.; AZEVEDO, M. R.; GONÇALVES, H. Leisure-time physical activity and social support among Brazilian adults. **Journal of Physical Activity and Health**, v.10, n.6, p.871-9, 2013.

SILVA, J.; SILVA, K. Estágios de mudança de comportamento para atividade física em adolescentes: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.20, n.3, p.214-31, 2015.

SOUZA, R. K. T.; BORTOLETTO, M. S. S.; LOCH, M. R.; GONZÁLEZ, A. D.; TIEMI, M.; CABRERA, M. A. S.; ASSAN, F.; YONAMINE, C. Y. C. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em pessoas com 40 anos ou mais de idade, em Cambé, Paraná (2011): estudo de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.22, n.3, p.435-44, 2013.

TAMMELIN, R.; YANG, X.; LESKINEN, E.; KANKAANPAA, A.; HIRVENSALO, M.; TAMMELIN, T.; RAITAKARI, O. T. Tracking of physical activity from early childhood through youth into adulthood. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v.46, p.955-62, 2014.

TONG, X.; CHEN, X.; ZHANG, S.; HUANG, M.; SHEN, X.; XU, J.; ZOU, J. The Effect of Exercise on the Prevention of Osteoporosis and Bone Angiogenesis. **Biomedical Research International**, v.2019, n.8171897, p.1-8, 2019.

VANCAMPFORT, D.; MOENS, H.; MADOU, T.; DE BACKER, T.; VALLONS, V.; BRUYNINX, P.; VANHEUVERZWIJN, S.; MOTA, C. T.; SOUNDY, A.; PROBST, M. Autonomous motivation is associated with the maintenance stage of behaviour change in people with affective disorders. **Psychiatry Research**, v.240, n.1, p.267-71, 2016.

VARGHESE, T.; SCHULTZ, W. M.; MCCUE, A. A.; LAMBERT, C. T.; SANDESARA, P. B.; EAPEN, D. J.; GORDON, N. F.; FRANKLIN, B. A.; SPERLING, L. S. Physical activity in the prevention of coronary heart disease: implications for the clinician. **Heart**, v.102, n.12, p.904-9, 2016.

VO, P. T.; BOGG, T. Testing Theory of Planned Behavior and Neo-Socioanalytic Theory models of trait activity, industriousness, exercise social cognitions, exercise intentions, and physical activity in a representative US sample. **Frontiers in Psychology**, v.6, n.1114, p.1-13, 2015.

WIKLUND, P. The role of physical activity and exercise in obesity and weight management: Time for critical appraisal. **Journal of Sport and Health Science**, v.5, n.2, p.151-4, 2016.

ZHOU, G.; WANG, D.; KNOLL, N.; SCHWARZER, R. Planning mediates between self-efficacy and physical activity among motivated young adults. **Journal of Physical Activity and Health**, v.13, n.1, p.87-93, 2016.

## 5.2 ARTIGO 2: NÃO INTENÇÃO DE PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA NO TEMPO LIVRE: PREVALÊNCIA E INCIDÊNCIA EM ADULTOS DE 40 ANOS E MAIS

### 5.2.1 Resumo

**INTRODUÇÃO:** A inatividade física é considerada um relevante problema para a saúde pública de vários países, incluindo o Brasil. O presente estudo verificou a prevalência e após quatro anos, a incidência de não intenção de prática de atividade física no tempo livre e fatores associados em pessoas de 40 anos e mais. **MÉTODOS:** Em 2011 realizou-se estudo transversal de base populacional em município brasileiro de médio porte. Em 2015 esses indivíduos foram novamente procurados. A variável dependente foi a não intenção de prática de atividade física no tempo livre e para análise dos dados utilizou-se a regressão de Poisson bruta e ajustada por dois modelos. **RESULTADOS:** A prevalência de não intenção de prática de atividade física no tempo livre foi de 34,4%, e após ajustes nos modelos foi superior em homens, nos de menor escolaridade, nas classes econômicas C e D/E, naqueles com algum tipo de dependência funcional, em tabagistas, nos que consumiam irregularmente frutas, verduras e/ou legumes e naqueles que não haviam consultado médico nos últimos 12 meses. Indivíduos com diabetes, sobrepeso ou obesidade apresentaram menor prevalência quando realizados os ajustes. A incidência de não intenção de prática de atividade física no tempo livre foi de 26,2%, e nos modelos ajustados foi maior nas classes econômicas D/E, nos que tinham autopercepção ruim/muito ruim de saúde, em tabagistas e com consumo irregular de frutas, verduras e/ou legumes. **CONCLUSÃO:** As iniquidades entre alguns subgrupos aumentaram no período analisado, uma vez que, indivíduos das classes econômicas D/E, tabagistas e que consumiam irregularmente frutas, verduras e/ou legumes partiram de uma maior prevalência no estudo da linha de base e tiveram incidência ainda maior de não intenção de prática de atividade física no tempo livre.

**Palavras-chave:** atividade motora; estudos longitudinais; estilo de vida.

### 5.2.2 Abstract

**INTRODUCTION:** Physical inactivity is considered a relevant public health problem in many countries, including Brazil. The present study verified the prevalence and after four years, the incidence of non-intention to practice leisure time physical activity and associated factors in people aged 40 years or over. **METHODS:** In 2011, a cross-sectional population-based study was conducted in a medium-sized Brazilian municipality. In 2015 these individuals were interviewed again. The dependent variable was the non-intention to practice leisure time physical activity and for data analysis was used crude Poisson regression and adjusted by two models. **RESULTS:** The prevalence of non-intention to practice leisure time physical activity was 34,4%, and after adjustments in the models it was higher in men, in those with lower education, in the economic classes C and D/E, in those with some type of functional dependence, in smokers, in those with irregular consumption of

fruits/vegetables and in those who had not attended a doctor in the last 12 months. Individuals with diabetes and overweight had a lower prevalence when adjustments were made. The incidence of non-intention to practice leisure time physical activity was 26,2%, and in the adjusted models was higher in the economic classes D/E, in those who had poor/very poor self-perception of health, in smokers and with irregular consumption of fruits/vegetables. **CONCLUSION:** Inequities among some subgroups increased in the analyzed period, since individuals from the economic classes D/E, smokers and with irregular consumption of fruits/vegetables initiated with a higher prevalence in the baseline study and had yet greater incidence of non-intention to practice leisure time physical activity.

**Keywords:** physical activity; longitudinal studies; lifestyle

### 5.2.3 Introdução

A inatividade física tem sido indicada como importante problema de saúde pública em diversos países, incluindo o Brasil, em função, entre outros fatores, de sua relação com indicadores de morbimortalidade e pelo impacto nos custos dos serviços de saúde (LEE *et al.*, 2012; DING *et al.*, 2016; BRASIL, 2018).

A promoção das práticas corporais/atividade física (AF) é apontada como uma temática importante em diversas políticas públicas brasileiras, entre as quais estão a Política Nacional de Promoção da Saúde e o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (MALTA; SILVA, 2013; MALTA *et al.*, 2018).

A prática de AF não depende exclusivamente da vontade individual e a abordagem centrada no indivíduo é insuficiente para compreender o estilo de vida de sujeitos e populações, uma vez que, existem outros fatores relacionados como os demográficos, socioeconômicos, socioculturais, ambientais, comportamentais, entre outros (TROST *et al.*, 2002; BAUMAN *et al.*, 2012).

No contexto das teorias e modelos que buscam compreender melhor o comportamento humano, está o modelo transteórico de mudança de comportamento (MTT), elaborado por DiClemente e Prochaska (1982) na década de 70. Esse modelo, empregado para a área de AF a partir do ano de 1990, permite distinguir sujeitos dispostos a fazer modificações no estilo de vida daqueles que não têm intenção ou não pretendem mudar (SPENCER *et al.*, 2006; PROCHASKA; REDDING; EVERS, 2008; LIPSCHITZ *et al.*, 2015).

Oriundo de outras teorias, o modelo adota o princípio que as modificações no comportamento humano fazem parte de um processo, que se desdobra ao longo do

tempo por meio de uma sequência de cinco estágios, em uma ordem do “menos saudável” para o “mais saudável”, que são: pré-contemplação (indivíduos que apresentam comportamento considerado de risco e não têm intenção de modificá-lo em um período de seis meses), contemplação (indivíduos que têm a intenção de modificar o comportamento em seis meses), preparação (aqueles que pretendem mudar este comportamento em 30 dias), ação (indivíduos que incorporaram o comportamento há menos de seis meses) e manutenção (indivíduos que já apresentam o comportamento há mais de seis meses) (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992; DUMITH; DOMINGUES; GIGANTE, 2008; NAHAS, 2013).

A identificação dos estágios de mudança de comportamento é comumente considerada um dos passos iniciais para o desenvolvimento de intervenções, pois dependendo do estágio em que os sujeitos se encontram as ações podem ser diferenciadas (MARCUS *et al.*, 1992).

Embora muitas pesquisas apresentem informações sobre os estágios de mudança de comportamento relativos à prática de AFTL, em diversas populações e grupos, a maioria é transversal, limitando-se normalmente à investigação da prevalência e fatores associados (JEON; KIM; HEO, 2014; CARDOSO-RICARDO *et al.*; 2015; OTT *et al.*; 2015; SILVA; SILVA, 2015; VO; BOGG; 2015; ROMAIN *et al.*; 2016; VANCAMPFORT *et al.*; 2016; PRUGGER *et al.*; 2017; BRÖSTROM *et al.*; 2018). Estudos longitudinais que busquem um aprofundamento maior nos estágios específicos podem fornecer informações importantes, inclusive para o planejamento de ações mais efetivas.

O objetivo deste estudo foi verificar a prevalência e a incidência, após quatro anos, de não intenção de prática de AF no tempo livre (NIPAFTL) e fatores associados numa amostra populacional de adultos residentes em um município de médio porte do Paraná, Brasil.

#### 5.2.4 Métodos

##### 5.2.4.1 População e amostra

O estudo de prevalência foi realizado a partir do estudo da linha de base em 2011, com amostra populacional de indivíduos residentes em Cambé, Paraná (PR). O estudo de incidência utilizou dados prospectivos de dois períodos, 2011 e 2015.

O município de Cambé está localizado na região metropolitana de Londrina, norte do Paraná, Sul do Brasil e sua população totalizava, no ano de 2011, 96.733 habitantes, sendo que 96% residiam na área urbana (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2010).

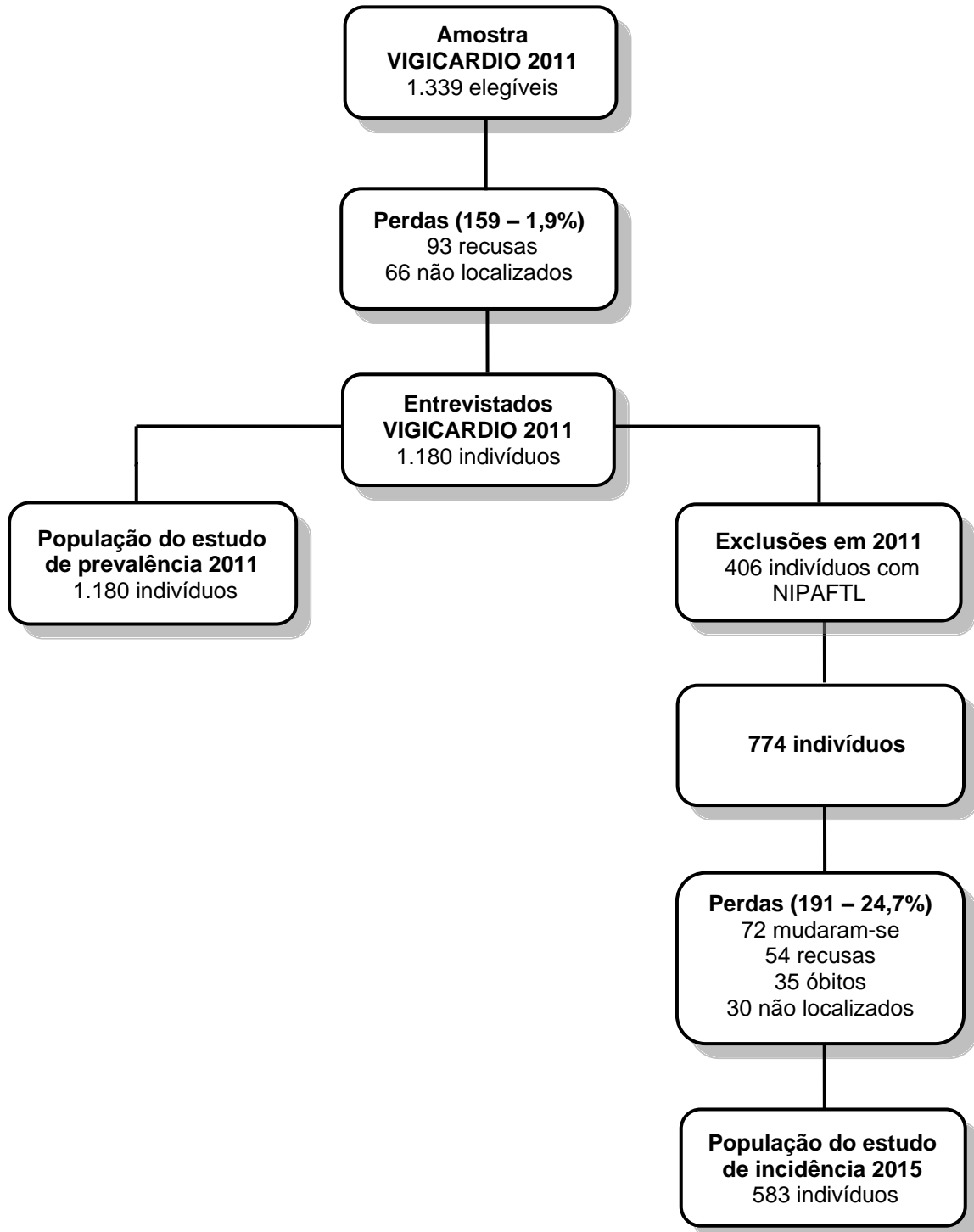
O estudo da linha de base, em 2011, consistiu em entrevistar uma amostra representativa de adultos com 40 e mais de idade, residentes no município de Cambé, PR. O tamanho da amostra foi calculado tendo por base o número de habitantes no ano de 2007 que, segundo IBGE (2010), era de 92.888 pessoas (dos quais 33,1% com 40 anos e mais de idade), margem de erro de 3%, prevalência do desfecho de 50% e nível de confiança de 95%, totalizando 1.066 indivíduos (em estudos com vários desfechos é habitual se utilizar 50% na prevalência estimada a fim de maximizar o tamanho da amostra). Foi acrescentado à amostra um percentual de 25% prevendo-se eventuais perdas, resultando em 1.332 sujeitos.

Todos os 86 setores censitários da área urbana do município foram contemplados e para cada um foi definida uma cota de entrevistas com base na distribuição populacional, segundo sexo e faixa etária. Na divisão proporcional entre os setores censitários, a amostra totalizou 1.339 indivíduos, devido à aproximação do número para o próximo inteiro. Para a identificação das pessoas a serem entrevistadas foi utilizado um mapa geográfico e as quadras de cada setor foram numeradas para definição do ponto inicial do percurso através de sorteio. O percurso foi iniciado no sentido anti-horário, o domicílio inicial também foi sorteado e adotou-se o intervalo amostral de 1:2. Caso houvesse dois ou mais indivíduos elegíveis para entrevista no domicílio, era procedido novo sorteio para definição. Nesta etapa ocorreram 159 perdas por recusa ou não localização após três tentativas, em dias e horários diferentes, totalizando 1.180 sujeitos (SOUZA *et al.*, 2013).

No segundo momento do estudo chamado seguimento, após quatro anos da linha de base, os mesmos sujeitos foram convidados a participar da pesquisa, no período de março a outubro de 2015. Dos 1.180 indivíduos entrevistados no estudo de 2011, foram excluídos para o cálculo da incidência da variável dependente desta pesquisa 406 sujeitos por possuírem o desfecho (NIPAFTL). Dos 774 restantes elegíveis para o estudo de seguimento, 72 mudaram-se de cidade ou para local não

identificado, 54 recusaram-se a participar, 35 foram a óbito e 30 não foram encontrados após três tentativas. Assim, a amostra final no seguimento foi composta por 583 participantes. A Figura 3 demonstra a população dos estudos de prevalência (2011) e incidência (2015).

**Figura 3** - Fluxograma da população dos estudos de prevalência e incidência.



**Fonte:** o próprio autor.

**Nota:** NIPAFTL=Não intenção de prática de atividade física no tempo livre.

#### 5.2.4.2 Procedimentos para coleta de dados e variáveis

Para a obtenção dos dados foi realizada entrevista em ambos os momentos, por meio de formulário, com questões agrupadas em diversos blocos que investigaram aspectos relacionados à caracterização sociodemográfica, hábitos de vida, condições de saúde, uso de medicamentos, capacidade funcional, utilização de serviços de saúde e capital social. Ainda foram realizadas medidas antropométricas, de pressão arterial e exames laboratoriais (SOUZA *et al.*, 2013).

As entrevistas ocorreram nos domicílios dos participantes com duração aproximada de 30 minutos em 2011 e 40 minutos em 2015, conduzidas por estudantes de graduação e pós-graduação, além de entrevistadores colaboradores, todos previamente treinados.

A variável dependente deste estudo foi a NIPAFTL - pessoas que se encontram no estágio de pré-contemplação - avaliada pelo MTT que caracterizou a mudança de comportamento para a prática de atividade física no tempo livre (AFTL) ao longo do tempo, por meio de cinco estágios: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção (PROCHASKA *et al.*, 1994; DUMITH, 2008; DUMITH; DOMINGUES; GIGANTE, 2008).

Para a sua obtenção foram utilizadas questões do formulário (tanto de 2011, quanto de 2015), relativas ao bloco de hábitos de vida, em que os participantes eram inicialmente indagados se em uma semana normal faziam algum tipo de AFTL. Caso a opção de resposta fosse “não” era perguntado se pretendiam fazer AF regular nos próximos 30 dias. Se respondessem “não” questionava-se se pretendiam fazer AF regular nos próximos seis meses. Uma vez que, a resposta fosse novamente negativa, os participantes eram caracterizados no estágio de pré-contemplação, por não haver intenção de mudar o comportamento quanto à prática de AFTL nos seis meses subsequentes.

Dentre os quatro domínios da AF (tempo livre, deslocamento, trabalho, domicílio) a prática de AFTL colabora para as maiores reduções do risco de mortalidade prematura por todas as causas e por câncer, além de ter diversas possibilidades de intervenção, o que justifica o foco deste estudo (AUTENRIETH *et al.*, 2011; ZHAO *et al.*, 2014).

As variáveis independentes foram divididas em quatro blocos:

a) Sociodemográficas

- Sexo (feminino, masculino);
- Idade (40 a 59 anos, 60 e mais anos);
- Escolaridade (0 a 8 anos, 9 a 11 anos, 12 e mais anos de estudo);
- Situação conjugal (determinada pela presença de companheiro(a) incluindo casados(as) ou em união estável; sem companheiros(as) incluindo solteiros(as), divorciados(as), separados(as) e viúvos(as);

- Classificação econômica (A/B, C, D/E). As classes econômicas foram obtidas segundo o critério proposto pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2011);

b) Condições de saúde

- Autopercepção de saúde (muito boa/boa, regular, ruim/muito ruim);
- Diabetes autorreferida (sim, não);
- Hipertensão arterial sistêmica autorreferida (sim, não);
- Estado nutricional (baixo peso/eutrófico  $<25 \text{ kg/m}^2$  e sobrepeso/obeso  $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ ). As categorias foram obtidas pelo índice de massa corporal (IMC) a partir do peso em quilos dividido pelo quadrado da altura em metros, seguindo a classificação do estado nutricional utilizada pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011);

- Capacidade funcional (independente, dependente). Foram avaliadas as atividades instrumentais de vida diária, segundo a Escala de Lawton, como cuidar da casa, lavar roupa, preparar refeições, fazer compras, utilizar telefone, utilizar meio de transporte e lidar com dinheiro para categorização desta variável. Os sujeitos foram considerados dependentes quando apresentavam, no mínimo, duas funções com dependência parcial ou total (SANTOS; VIRTUOSO JUNIOR, 2008);

c) Estilo de vida

- Tabagismo (sim, não). Foram considerados tabagistas aqueles que referiam fumar na época da entrevista, independente da quantidade de cigarros/dia e não tabagistas os que nunca fumaram ou ex-tabagistas;

- Consumo abusivo de álcool (sim, não). O uso abusivo do álcool foi determinado pelo consumo de mais de quatro - para mulheres - e cinco - para homens - doses de bebida alcóolica em uma mesma ocasião, pelo menos uma vez, nos últimos trinta dias. A dose foi definida como uma lata de cerveja, uma taça de

vinho ou uma dose de cachaça, uísque ou qualquer outra bebida alcóolica destilada;

- Consumo semanal de frutas, verduras e/ou legumes (irregular, regular).

Considerou-se irregular o relato de consumo de frutas, verduras e/ou legumes inferior a cinco dias por semana, independente do número de porções;

- AF no deslocamento para o trabalho (sim, não). Considerou-se “sim” para os indivíduos que se deslocavam até o trabalho caminhando ou de bicicleta;

- Percepção do esforço físico nas atividades domésticas ou no trabalho (muito leve/leve/moderado, intenso/muito intenso).

As variáveis relacionadas ao estilo de vida foram estabelecidas com base nos critérios adotados pelo Inquérito Nacional para Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL (BRASIL, 2018);

d) Utilização de serviços de saúde

- Consulta médica nos últimos 12 meses (sim, não);

- Recebeu visita da equipe de saúde da família (ESF)/agente comunitário de saúde (ACS) (sim, não). Considerou-se “sim” para os sujeitos que receberam a visita de pelo menos um membro da equipe nos últimos 12 meses.

A maior parte das informações relativas às variáveis independentes foi obtida a partir do estudo da linha de base. As exceções foram as variáveis de utilização de serviços de saúde (consulta médica nos últimos 12 meses e visita da ESF/ACS), para as quais foram usados dados de 2011 (para as análises relativas à prevalência) e de 2015 (para os cálculos de incidência). Isso aconteceu em virtude de serem variáveis que faziam referência ao último ano.

#### 5.2.4.3 Procedimentos de tabulação e análise de dados

Em relação ao processamento de dados do estudo da linha de base, todos os formulários foram registrados por meio impresso e posteriormente feita a dupla digitação e a comparação dos dois bancos de dados pelo programa Epi Info® versão 3.5.1. No início do estudo de seguimento, aproximadamente dois terços dos formulários também foram registrados em formulário impresso, duplamente digitados em banco de dados do programa Microsoft Office Excel® 2010 e posteriormente comparados, a fim de identificar e corrigir inconsistências. Na continuação do

seguimento as informações foram obtidas em formulário eletrônico do ODK Collect (Open Data Kit), por meio de *tablets*, e armazenadas no Servidor Ona, hospedado em <https://ona.io/vigicardio>. Este servidor permitiu armazenar os dados coletados via ODK em formato compatível para a Microsoft Excel®.

Quanto à análise estatística de ambos os estudos, foram utilizadas as frequências absoluta e relativa para a análise descritiva dos dados. A regressão de Poisson com intervalos de 95% de confiança (IC95%) com ajuste robusto de variância foi empregada para calcular a razão de prevalência (RP) e o risco relativo (RR), por meio do modelo bruto e dois modelos com ajuste. O Modelo 1 foi ajustado por variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária, situação conjugal, escolaridade e classe econômica) consideradas independentemente do valor de  $p$  na análise bivariada. O Modelo 2 foi ajustado por variáveis sociodemográficas independente do valor de  $p$  (sexo, faixa etária, situação conjugal, escolaridade e classe econômica) e por variáveis dos outros grupos que apresentaram  $p \leq 0,20$  na análise bivariada. Assim, para a RP foram usadas variáveis de condições de saúde (autopercepção de saúde, diabetes, estado nutricional e capacidade funcional), de estilo de vida (tabagismo, consumo abusivo de álcool, consumo semanal de frutas, verduras e/ou legumes, AF no deslocamento para o trabalho e percepção do esforço físico nas atividades domésticas ou no trabalho) e de utilização de serviços de saúde (consulta médica nos últimos 12 meses e recebeu visita ESF/ACS) e para o RR variáveis de condições de saúde (autopercepção de saúde, diabetes e capacidade funcional), de estilo de vida (tabagismo, consumo semanal de frutas, verduras e/ou legumes e AF no deslocamento para o trabalho) e de utilização de serviços de saúde (consulta médica nos últimos 12 meses).

Todas as análises estatísticas foram realizadas com auxílio do *software* Statistical Package for the Social Sciences - SPSS®, versão 19.0 para Windows.

#### 5.2.4.4 Considerações éticas

Ambos os estudos tiveram aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, sob o parecer do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 0192.0.268.000-10 em 2011 e CAAE nº 39595614.4.0000.5231 em 2015 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### 5.2.5 Resultados

As características sociodemográficas da amostra do estudo da linha de base (2011), elegíveis para o estudo de seguimento e da amostra do estudo de seguimento (2015) são apresentadas na Tabela 4. Em todos os grupos a maior parte da amostra foi composta por mulheres, com idade de 50 anos e mais, casados ou em união estável, com até oito anos de estudo e da classe econômica C ou inferior. A distribuição dos valores nos grupos aconteceu de forma semelhante, com exceção da variável faixa etária (indivíduos com 50 anos e mais) que apresentou uma proporção maior na amostra de 2015 (75,8%), em virtude de todos os sujeitos estarem quatro anos mais velhos em relação ao estudo da linha de base.

**Tabela 4** - Características sociodemográficas de indivíduos de 40 anos e mais, residentes em Cambé – Paraná, da amostra do estudo da linha de base (2011), elegíveis para o estudo de seguimento e da amostra do estudo de seguimento (2015).

Fatores	Amostra 2011		Elegíveis para o estudo de seguimento		Amostra 2015	
	n=1180	%	n= 774	%	n=583	%
<b>Sexo</b>						
Feminino	641	54,3	445	57,5	345	59,2
Masculino	539	45,7	329	42,5	238	40,8
<b>Faixa etária (anos)</b>						
44-49	476	40,3	308	39,8	141	24,2
50-59	366	31,0	244	31,5	222	38,1
≥ 60	338	28,7	222	28,7	220	37,7
<b>Situação conjugal</b>						
Com companheiro	863	73,1	567	73,2	403	69,1
Sem companheiro	317	26,9	207	26,8	180	30,9
<b>Escolaridade (anos)</b>						
0-8	860	72,9	518	67,0	396	67,9
9-11	190	16,1	147	19,0	114	19,6
≥ 12	130	11,0	109	14,0	73	12,5
<b>Classe econômica (ABEP)</b>						
A/B	449	38,1	341	44,0	235	40,3
C	614	52,0	369	47,7	299	51,3
D/E	117	9,9	64	8,3	49	8,4

**Fonte:** o próprio autor.

**Nota:** ABEP=Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa.

A Tabela 5 apresenta as prevalências (2011) e as incidências (2015) do estágio de pré-contemplação (indivíduos com NIPAFTL) e da inatividade física total (neste caso, considerando todos os sujeitos que referiram não realizar nenhum tipo de AFTL, independente de terem intenção no momento - estágios de contemplação e preparação - ou não terem - estágio de pré-contemplação) estratificadas em variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária, situação conjugal, escolaridade e classe econômica). A prevalência geral de NIPAFTL do estudo da linha de base (2011) foi de 34,4% e da inatividade física total de 71,7%. As incidências de NIPAFTL e inatividade física total, em 2015, foram de 26,2% e 48,9%, respectivamente.

No caso da variável sexo, observou-se que a prevalência de pré-contemplação foi superior nos homens (RP=1,33; IC95%: 1,13-1,56). No entanto, na inatividade física total não houve diferenças entre o sexo masculino e feminino. Quanto à incidência, não houve associação do sexo com a pré-contemplação ou com a inatividade física total, sendo inclusive os valores de risco relativo (RR) semelhantes.

Em relação à faixa etária e à situação conjugal, não foram verificadas associações nem na prevalência, nem na incidência.

Quanto à escolaridade, houve maior prevalência de pré-contemplação (RP=1,93; IC95%: 1,26-2,95) e de inatividade física total (RP=1,34; IC95%: 1,13-1,59) entre os sujeitos com até oito anos de estudo. É relevante destacar que o valor da razão de prevalência (RP) foi superior na pré-contemplação do que na inatividade física total. Os demais valores, tanto de prevalência quanto de incidência, mesmo não sendo significativos, também foram superiores no estágio de pré-contemplação em relação à inatividade física total.

No que diz respeito à classe econômica, verificou-se maior prevalência de pré-contemplação entre os indivíduos das classes C (RP=1,38; IC95%: 1,12-1,70) e D/E (RP=1,59; IC95%: 1,19-2,11) e de inatividade física total entre aqueles das classes D/E (RP=1,22; IC95%: 1,08-1,37). É importante salientar que os valores da RP das classes C e D/E do estágio de pré-contemplação foram maiores do que na inatividade física total. Em relação à incidência houve maior risco de pré-contemplação entre indivíduos das classes D/E (RR=1,86; IC95%: 1,17-2,97). Não houve associação entre classe econômica e a incidência da inatividade física total.

Os valores de RR das classes C e D/E do estágio de pré-contemplação também foram maiores do que os da inatividade física total.

**Tabela 5** - Prevalência (2011) e incidência (2015) do estágio de pré-contemplação e inatividade física total no tempo livre em indivíduos de 40 anos e mais, residentes em Cambé – Paraná.

PREVALÊNCIA (2011)							
Variáveis	Pré-contemplação (NIPAFTL) (N=1180)			Inatividade física total <sup>(1)</sup> (N=1180)			
	n	%	RP IC95% <sup>(2)(3)</sup>	n	%	RP IC95% <sup>(2)(3)</sup>	
	406	34,4		846	71,7		
<b>Sexo</b>							
Feminino	196	30,6	1,0	460	71,8	1,0	
Masculino	210	39,0	1,33 (1,13-1,56)*	386	71,6	1,01 (0,94-1,09)	
<b>Faixa etária (anos)</b>							
40-59	269	32,7	1,0	601	73,1	1,0	
≥ 60	137	38,3	1,03 (0,87-1,21)	245	68,4	0,87 (0,80-1,04)	
<b>Situação conjugal</b>							
Com companheiro	296	34,3	1,0	613	71,0	1,0	
Sem companheiro	110	34,7	1,00 (0,83-1,20)	233	73,5	1,02 (0,94-1,10)	
<b>Escolaridade (anos)</b>							
0-8	342	39,8	1,93 (1,26-2,95)*	656	76,3	1,34 (1,13-1,59)**	
9-11	43	22,6	1,30 (0,81-2,09)	119	62,6	1,12 (0,93-1,36)	
≥ 12	21	16,2	1,0	71	54,6	1,0	
<b>Classe econômica (ABEP)</b>							
A/B	108	24,1	1,0	287	63,9	1,0	
C	245	39,9	1,38 (1,12-1,70)*	461	75,1	1,08 (0,99-1,18)	
D/E	53	45,3	1,59 (1,19-2,11)*	98	83,8	1,22 (1,08-1,37)**	
INCIDÊNCIA (2015)							
Variáveis	Pré-contemplação (NIPAFTL) (N=583)			Inatividade física total <sup>(1)</sup> (N=270)			
	n	%	RR IC95% <sup>(4)(5)</sup>	n	%	RR IC95% <sup>(4)(5)</sup>	
	153	26,2		132	48,9		
<b>Sexo</b>							
Feminino	87	25,2	1,0	74	48,1	1,0	
Masculino	66	27,7	1,15 (0,87-1,51)	58	50,0	1,14 (0,88-1,48)	
<b>Faixa etária (anos)</b>							
44-59	91	25,1	1,0	75	48,1	1,0	
≥ 60	62	28,2	0,97 (0,73-1,29)	57	50,0	1,01 (0,78-1,31)	
<b>Situação conjugal</b>							
Com companheiro	114	26,3	1,0	91	46,2	1,0	
Sem companheiro	39	26,2	0,92 (0,66-1,27)	41	56,2	1,22 (0,93-1,61)	

Continua na próxima página (...)

(...) Continuação da Tabela 5

Variáveis	Pré-contemplação (NIPAFTL) (N=583)			Inatividade física total <sup>(1)</sup> (N=270)		
	n	%	RR IC95% <sup>(4)(5)</sup>	n	%	RR IC95% <sup>(4)(5)</sup>
<b>Escolaridade (anos)</b>						
0-8	119	30,1	1,56 (0,87-2,79)	84	49,7	1,03 (0,68-1,56)
9-11	22	19,3	1,11 (0,58-2,11)	27	48,2	0,98 (0,65-1,49)
≥ 12	12	16,4	1,0	21	46,7	1,0
<b>Classe econômica (ABEP)</b>						
A/B	54	21,1	1,0	59	46,1	1,0
C	78	28,0	1,17 (0,84-1,64)	61	49,6	1,08 (0,79-1,48)
D/E	21	43,8	1,86 (1,17-2,97)*	12	63,2	1,36 (0,84-2,19)

**Fonte:** o próprio autor.

**Notas:** NIPAFTL=Não intenção de prática de atividade física no tempo livre; ABEP=Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; RP=Razão de prevalência; RR=Risco relativo; IC95%= Intervalo de confiança de 95%.

<sup>(1)</sup> Inatividade física total=Inclui os estágios de pré-contemplação, contemplação e preparação.

<sup>(2)</sup> RP calculada a partir da Regressão de Poisson com ajuste robusto de variância.

<sup>(3)</sup> RP ajustada por variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária, situação conjugal, escolaridade, classe econômica).

<sup>(4)</sup> RR calculado a partir da Regressão de Poisson com ajuste robusto de variância.

<sup>(5)</sup> RR ajustado por variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária, situação conjugal, escolaridade, classe econômica).

\*  $p < 0,001$ .

\*\*  $p \leq 0,05$ .

A tabela 6 apresenta a prevalência geral de NIPAFTL no estudo da linha de base (2011) e a análise multivariada por dois modelos ajustados. Entre as variáveis sociodemográficas, os indivíduos do sexo masculino, com até oito anos de estudo, das classes econômicas C e D/E apresentaram maior prevalência após ajustes nos Modelos 1 e 2. Da mesma forma, em ambos os modelos, observou-se maior prevalência de NIPAFTL entre as sujeitos com alguma dependência na capacidade funcional, que eram tabagistas, que consumiam irregularmente frutas, verduras e/ou legumes e que não haviam consultado médico nos últimos 12 meses. Pessoas com diabetes apresentaram menor prevalência após ajustes nos Modelos 1 e 2, assim como indivíduos com sobrepeso ou obesidade que tiveram associação apenas no modelo ajustado por variáveis sociodemográficas.

**Tabela 6** - Prevalência e fatores associados a não intenção de prática de atividade física no tempo livre (estágio de pré-contemplação) do estudo da linha de base (2011) em indivíduos de 40 anos e mais, residentes em Cambé – Paraná (n=1180).

Variáveis	NIPAFTL		RP (IC95%) <sup>(1)</sup>	RP (IC95%) Modelo 1 <sup>(1)(2)</sup>	RP (IC95%) Modelo 2 <sup>(1)(3)</sup>
	n	%			
	406	34,4			
<b>Sexo</b>					
Feminino	196	30,6	1,0	1,0	1,0
Masculino	210	39,0	1,27 (1,09-1,49)**	1,33 (1,13-1,56)*	1,13 (1,02-1,35)**
<b>Faixa etária (anos)</b>					
40-59	269	32,7	1,0	1,0	1,0
≥ 60	137	38,3	1,17 (0,99-1,38)	1,03 (0,87-1,21)	1,13 (0,94-1,35)
<b>Situação conjugal</b>					
Com companheiro	296	34,3	1,0	1,0	1,0
Sem companheiro	110	34,7	1,01 (0,85-1,21)	1,00 (0,83-1,20)	0,95 (0,79-1,13)
<b>Escolaridade (anos)</b>					
0-8	342	39,8	2,46 (1,65-3,67)*	1,93 (1,26-2,95)**	1,74 (1,14-2,70)**
9-11	43	22,6	1,40 (0,87-2,24)	1,30 (0,81-2,09)	1,19 (0,74-1,89)
≥ 12	21	16,2	1,0	1,0	1,0
<b>Classe econômica (ABEP)</b>					
A/B	108	24,1	1,0	1,0	1,0
C	245	39,9	1,66 (1,37-2,01)*	1,38 (1,12-1,70)**	1,27 (1,04-1,57)**
D/E	53	45,3	1,88 (1,45-2,44)*	1,59 (1,19-2,11)**	1,38 (1,03-1,83)**
<b>Autopercepção de saúde</b>					
Muito boa/Boa	229	33,7	1,0	1,0	1,0
Regular	138	33,2	0,98 (0,83-1,17)	0,93 (0,79-1,11)	0,95 (0,80-1,14)
Ruim/Muito ruim	39	45,9	1,36 (1,05-1,75)**	1,22 (0,94-1,58)	1,24 (0,95-1,62)
<b>Diabetes (autorreferida)</b>					
Sim	35	25,4	0,71 (0,53-0,96)**	0,65 (0,49-0,88)*	0,70 (0,51-0,94)**
Não	371	35,6	1,0	1,0	1,0
<b>Hipertensão arterial sistêmica (autorreferida)</b>					
Sim	175	34,9	1,02 (0,87-1,20)	0,95 (0,81-1,11)	1,11 (0,94-1,33)
Não	231	34,1	1,0	1,0	1,0
<b>Estado nutricional (IMC)</b>					
Baixo Peso/Eutrófico	161	41,3	1,0	1,0	1,0
Sobrepeso/Obeso	245	31,0	0,75 (0,64-0,88)*	0,80 (0,68-0,93)**	0,86 (0,73-1,01)
<b>Capacidade funcional</b>					
Independente	269	30,5	1,0	1,0	1,0
Dependente	137	45,8	1,50 (1,28-1,76)*	1,31 (1,11-1,54)**	1,25 (1,06-1,48)**
<b>Tabagismo</b>					
Sim	102	43,2	1,34 (1,13-1,60)**	1,20 (1,01-1,43)**	1,15 (1,01-1,38)**
Não	304	32,2	1,0	1,0	1,0
<b>Consumo abusivo de álcool</b>					
Sim	82	39,8	1,20 (0,99-1,45)	1,15 (0,94-1,40)	1,04 (0,85-1,28)
Não	324	33,3	1,0	1,0	1,0
<b>Consumo semanal de frutas, verduras e/ou legumes</b>					
Irregular	286	38,8	1,43 (1,20-1,71)*	1,26 (1,05-1,52)**	1,17 (1,01-1,41)**
Regular	120	27,1	1,0	1,0	1,0

Continua na próxima página (...)

(...) Continuação da Tabela 6

Variáveis	NIPAFTL		RP (IC95%)( <sup>1</sup> )	RP (IC95%) Modelo 1( <sup>1</sup> ( <sup>2</sup> )	RP (IC95%) Modelo 2( <sup>1</sup> ( <sup>3</sup> )
	n	%			
<b>Atividade física no deslocamento para o trabalho</b>					
Sim	103	40,9	1,0	1,0	1,0
Não	303	32,7	0,80 (0,67-0,95)**	0,86 (0,72-1,03)	0,90 (0,75-1,08)
<b>Percepção do esforço físico nas atividades domésticas ou no trabalho</b>					
Muito leve/leve/moderado	283	32,5	0,81 (0,68-0,96)**	0,87 (0,73-1,03)	0,91 (0,77-1,08)
Intenso/muito intenso	123	39,9	1,0	1,0	1,0
<b>Consulta médica nos últimos 12 meses</b>					
Sim	299	31,9	1,0	1,0	1,0
Não	107	44,0	1,38 (1,16-1,63)*	1,38 (1,17-1,64)*	1,34 (1,13-1,59)**
<b>Recebeu visita ESF/ACS</b>					
Sim	239	37,5	1,0	1,0	1,0
Não	167	30,8	0,82 (0,70-0,97)**	0,98 (0,83-1,15)	0,94 (0,80-1,10)

**Fonte:** o próprio autor.

**Notas:** NIPAFTL=Não intenção de prática de atividade física no tempo livre; RP=Razão de prevalência; IC95%=Intervalo de confiança de 95%; ABEP=Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; IMC=Índice de massa corporal; ESF=Equipe de saúde da família; ACS=Agente comunitário de saúde.

Capacidade Funcional=cuidar da casa, lavar roupa, preparar refeições, fazer compras, utilizar telefone, utilizar meio de transporte, lidar com dinheiro.

(<sup>1</sup>) RP calculada a partir da Regressão de Poisson com ajuste robusto de variância.

(<sup>2</sup>) Modelo 1=RP ajustada por variáveis sociodemográficas independente do valor de *p* (sexo, faixa etária, situação conjugal, escolaridade, classe econômica).

(<sup>3</sup>) Modelo 2=RP ajustada por variáveis sociodemográficas independente do valor de *p* (sexo, faixa etária, situação conjugal, escolaridade, classe econômica) e por variáveis com *p*≤0,20 (autopercepção de saúde, diabetes, estado nutricional, capacidade funcional, tabagismo, consumo abusivo de álcool, consumo semanal de frutas, verduras e/ou legumes, atividade física no deslocamento para o trabalho, percepção do esforço físico nas atividades domésticas ou no trabalho, consulta médica nos últimos 12 meses, recebeu visita ESF/ACS).

\* *p*<0,001.

\*\* *p*≤0,05.

As incidências de NIPAFTL do estudo de seguimento (2015) estão apresentadas na Tabela 7. Na análise multivariada verificou-se maior risco de NIPAFTL, após ajustes nos Modelos 1 e 2, em indivíduos das classes econômicas D/E, com autopercepção ruim ou muito ruim de saúde, tabagistas e com consumo irregular de frutas, verduras e/ou legumes.

**Tabela 7** - Incidência e fatores associados a não intenção de prática de atividade física no tempo livre (estágio de pré-contemplação) após quatro anos, em indivíduos de 40 anos e mais, residentes em Cambé – Paraná (n=583).

Variáveis	NIPAFTL		RR (IC95%) <sup>(1)</sup>	RR (IC95%) Modelo 1 <sup>(1)(2)</sup>	RR (IC95%) Modelo 2 <sup>(1)(3)</sup>
	n	%			
	153	26,2			
<b>Sexo</b>					
Feminino	87	25,2	1,0	1,0	1,0
Masculino	66	27,7	1,10 (0,84-1,45)	1,15 (0,87-1,51)	0,96 (0,71-1,29)
<b>Faixa etária (anos)</b>					
44-59	91	25,1	1,0	1,0	1,0
≥ 60	62	28,2	1,12 (0,85-1,48)	0,97 (0,73-1,29)	1,10 (0,83-1,45)
<b>Situação conjugal</b>					
Com companheiro	114	26,3	1,0	1,0	1,0
Sem companheiro	39	26,2	1,00 (0,73-1,36)	0,92 (0,66-1,27)	0,91 (0,65-1,25)
<b>Escolaridade (anos)</b>					
0-8	119	30,1	1,83 (1,07-3,13)**	1,56 (0,87-2,79)	1,26 (0,70-2,28)
9-11	22	19,3	1,17 (0,62-2,22)	1,11 (0,58-2,11)	1,01 (0,54-1,93)
≥ 12	12	16,4	1,0	1,0	1,0
<b>Classe econômica (ABEP)</b>					
A/B	54	21,1	1,0	1,0	1,0
C	78	28,0	1,32 (0,98-1,79)	1,17 (0,84-1,64)	1,04 (0,74-1,45)
D/E	21	43,8	2,07 (1,39-3,09)*	1,86 (1,17-2,97)**	1,48 (1,01-2,39)*
<b>Autopercepção de saúde</b>					
Muito boa/Boa	75	22,9	1,0	1,0	1,0
Regular	62	27,2	1,19 (0,89-1,59)	1,12 (0,83-1,52)	1,10 (0,82-1,48)
Ruim/Muito ruim	16	57,1	2,49 (1,71-3,63)*	2,20 (1,46-3,32)*	2,10 (1,38-3,20)*
<b>Diabetes (autorreferida)</b>					
Sim	25	34,2	1,36 (0,96-1,94)	1,26 (0,88-1,81)	1,29 (0,89-1,86)
Não	128	25,1	1,0	1,0	1,0
<b>Hipertensão arterial sistêmica (autorreferida)</b>					
Sim	60	25,8	0,97 (0,73-1,28)	0,87 (0,65-1,16)	0,85 (0,61-1,17)
Não	93	26,6	1,0	1,0	1,0
<b>Estado nutricional (IMC)</b>					
Baixo Peso/Eutrófico	50	28,9	0,97 (0,73-1,28)	0,88 (0,66-1,17)	0,91 (0,68-1,21)
Sobrepeso/Obeso	103	25,1	1,0	1,0	1,0
<b>Capacidade funcional</b>					
Independente	112	24,0	1,0	1,0	1,0
Dependente	41	35,3	1,47 (1,10-1,98)**	1,31 (0,96-1,77)	1,20 (0,89-1,62)
<b>Tabagismo</b>					
Sim	35	38,0	1,58 (1,17-2,15)**	1,48 (1,09 -2,01)**	1,40 (1,03-1,91)**
Não	118	24,0	1,0	1,0	1,0
<b>Consumo abusivo de álcool</b>					
Sim	27	27,3	1,05 (0,73-1,49)	1,06 (0,73-1,54)	0,95 (0,65-1,38)
Não	126	26,0	1,0	1,0	1,0
<b>Consumo semanal de frutas, verduras e/ou legumes</b>					

Continua na próxima página (...)

(...) Continuação da Tabela 7

Variáveis	NIPAFTL		RR (IC95%) <sup>(1)</sup>	RR (IC95%) Modelo 1 <sup>(1)(2)</sup>	RR (IC95%) Modelo 2 <sup>(1)(3)</sup>
	n	%			
Irregular	106	32,0	1,72 (1,27-2,32)*	1,66 (1,21-2,30)**	1,55 (1,12-2,14)**
Regular	47	18,7	1,0	1,0	1,0
Atividade física no deslocamento para o trabalho					
Sim	38	31,1	1,0	1,0	1,0
Não	115	24,9	0,80 (0,59-1,09)	0,86 (0,63-1,16)	0,86 (0,64-1,16)
Percepção do esforço físico nas atividades domésticas ou no trabalho					
Muito leve/leve/moderado	113	25,7	0,92 (0,67-1,25)	0,98 (0,72-1,38)	1,05 (0,76-1,46)
Intenso/muito intenso	40	28,0	1,0	1,0	1,0
Consulta médica nos últimos 12 meses					
Sim	124	24,8	1,0	1,0	1,0
Não	29	35,4	1,43 (1,03-1,99)**	1,37 (0,98-1,92)	1,47 (0,99-2,06)
Recebeu visita ESF/ACS					
Sim	54	26,3	1,0	1,0	1,0
Não	99	26,2	0,99 (0,75-1,32)	1,09 (0,82-1,45)	1,03 (0,77-1,38)

**Fonte:** o próprio autor.

**Notas:** NIPAFTL=Não intenção de prática de atividade física no tempo livre; RR=Risco relativo; IC95%= Intervalo de confiança de 95%; ABEP=Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; IMC=Índice de massa corporal; ESF=Equipe de saúde da família; ACS=Agente comunitário de saúde.

Capacidade Funcional=cuidar da casa, lavar roupa, preparar refeições, fazer compras, utilizar telefone, utilizar meio de transporte, lidar com dinheiro.

<sup>(1)</sup> RR calculado a partir da Regressão de Poisson com ajuste robusto de variância.

<sup>(2)</sup> Modelo 1=RR ajustado por variáveis sociodemográficas independente do valor de *p* (sexo, faixa etária, situação conjugal, escolaridade, classe econômica).

<sup>(3)</sup> Modelo 2=RR ajustado por variáveis sociodemográficas independente do valor de *p* (sexo, faixa etária, situação conjugal, escolaridade, classe econômica) e por variáveis com *p*≤0,20 (autopercepção de saúde, diabetes, capacidade funcional, tabagismo, consumo semanal de frutas, verduras e/ou legumes, atividade física no deslocamento para o trabalho, consulta médica nos últimos 12 meses).

\* *p*<0,001.

\*\* *p*≤0,05.

## 5.2.6 Discussão

É interessante salientar que possivelmente esta seja a primeira pesquisa que apresenta informações sobre incidência de NIPAFTL no contexto brasileiro.

Os achados constataram diferenças na prevalência do estágio de pré-contemplação quando comparado à inatividade física total. Os valores de RP da pré-contemplação foram superiores no sexo masculino, indivíduos com baixa escolaridade e das classes C e D/E. No que diz respeito à incidência, também se observou que no estágio de pré-contemplação os valores de RR apresentaram-se

maiores entre os sujeitos que faziam parte das classes D/E em relação à inatividade física total.

Importantes associações foram encontradas nas análises de prevalência e de incidência de NIPAFTL com variáveis sociodemográficas, de condições de saúde, de estilo de vida e de utilização dos serviços de saúde. Os dados mais relevantes são relativos aos grupos que apresentaram tanto prevalências maiores no estudo da linha de base, quanto incidências maiores após quatro anos, o que indica tendência ao aumento das diferenças nas comparações destes grupos com os usados como referência. Este foi o caso de indivíduos das classes econômicas D/E, tabagistas e pessoas com consumo irregular de frutas, verduras e/ou legumes.

Entre as estratégias recomendadas para a atuação junto às pessoas que estão no estágio de pré-contemplação para a prática de AF estão: identificar as barreiras; criar momentos de diálogo e escuta, estimulando os indivíduos a expressarem sentimentos sobre seus comportamentos e os motivos pelos quais não têm a intenção de praticar AF; esclarecer eventuais dúvidas sobre o comportamento de risco, procurando aumentar o nível de conhecimento dos indivíduos sobre si mesmos, seus hábitos e comportamentos; focar na conscientização dos potenciais aspectos positivos que a adoção do novo comportamento traz consigo, ao invés de ressaltar os pontos negativos do hábito atual; apresentar casos bem sucedidos de mudança de comportamento, entre outras (PROCHASKA; REDDING; EVERS, 2008; HÄFELE; SIQUEIRA, 2016).

Relevante mencionar que nem sempre as pessoas que não pretendem iniciar AFTL assim estão por não saberem dos potenciais benefícios da sua prática. Na presente pesquisa observou-se que aproximadamente 35% dos sujeitos, no estudo da linha de base, estavam nesta condição e que a incidência, após quatro anos, foi de 26,2%. Não é plausível que este percentual de pessoas não tenha conhecimento sobre a importância da prática de AF para a saúde. Estudo de base populacional realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul, constatou que somente 2,7% dos entrevistados consideravam o exercício físico “sem importância” ou “pouco importante” para o crescimento e envelhecimento de uma pessoa, ao passo que 77,2% acreditavam que o exercício físico era “muito importante” e 19,2% “indispensável” (DOMINGUES; ARAÚJO, 2004).

Sendo assim, é possível indicar outros motivos que levariam as pessoas a não praticarem ou não terem intenção de praticar AF no tempo livre: têm ou

acreditam em algum impedimento clínico; sentem-se velhas para iniciarem a prática; não gostam de realizar AF; têm experiências anteriores frustrantes; sentem-se incapazes ou se percebem sem condições objetivas para serem ativas fisicamente no tempo livre; não têm companhia ou apoio social; acreditam que os potenciais benefícios não superam os riscos ou o esforço que seria necessário; são ativas fisicamente em outros contextos (trabalho, por exemplo); percebem o ambiente físico e construído do seu bairro como inadequados para a prática, entre muitos outros, o que reforça a complexidade do tema e a necessidade de políticas e ações intersetoriais (REIS *et al.*, 2016; LOCH *et al.*, 2018).

Maior prevalência de NIPAFTL foi observada entre os homens. Em geral, as pesquisas relacionadas demonstram que os homens são mais ativos no tempo livre do que as mulheres (HALLAL *et al.*, 2012; COSTA *et al.*, 2013; PITANGA *et al.*, 2014; MALTA *et al.*, 2015; MIELKE *et al.*, 2015). No entanto, percebe-se que esta diferença é maior entre os mais jovens e tende a ser reduzida, ou até desaparecer com o aumento da idade (BRASIL, 2015; BRASIL, 2016). Ressalta-se que a amostra da presente pesquisa não incluiu pessoas com menos de 40 anos e a abordagem do estudo foi a NIPAFTL.

Uma hipótese plausível é que homens apresentem, em função da construção social (particularmente ligada à noção de masculinidade), uma postura diferente das mulheres quanto aos diversos tipos de riscos, sendo mais frequente a ideia de assumir ou mesmo negar as consequências ocasionadas pela exposição a comportamentos de risco à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009; SCHWARZ *et al.*, 2012; SEPARAVICH; CANESQUI, 2013).

Vale mencionar que hábitos distintos considerados de risco à saúde (como por exemplo: tabagismo, consumo abusivo de álcool e hábitos alimentares não saudáveis) também são mais prevalentes entre os homens, como demonstram dados de outros estudos vinculados ao mesmo projeto da presente pesquisa (SOUZA *et al.*, 2013; LOCH *et al.*, 2019).

Em relação à prevalência de NIPAFTL e sua associação com variáveis sociodemográficas, observou-se que ela foi maior entre os indivíduos com até oito anos de estudo e das classes econômicas C e D/E. Embora a escolaridade e a classe econômica sejam variáveis distintas, o que garante certa “independência” entre elas, os “fenômenos” encontrados tendem muitas vezes a se relacionar, de

modo que algumas possíveis explicações para os resultados verificados acabam sendo comuns.

É possível, por exemplo, que sujeitos com menor escolaridade e/ou de menor classe econômica tenham tido menor frequência de experiências positivas de prática de AF ao longo da sua vida, ou mesmo, no contexto escolar. Alguns estudos demonstraram que indivíduos com vivências mais positivas de prática de AF desde a infância e com maior nível de habilidades motoras têm maior probabilidade de adotarem um estilo de vida ativo (AZEVEDO *et al.*, 2007, ROCHA *et al.*, 2011, TAMMELIN *et al.*, 2014). Padrões de prática de AF na infância e adolescência também tendem a perdurar na vida adulta (LANDRY; DRISCOLL, 2012).

Outra possível explicação é que os indivíduos que apresentam piores níveis educacionais e integram as classes econômicas menos favorecidas têm menos oportunidades, facilidades e acesso à prática regular de AF. A busca por locais privados como clubes esportivos e academias de ginástica, apesar de serem amplamente difundidos, requerem um investimento financeiro considerável, o que é infactível para esses subgrupos. Outros fatores que podem estar relacionados a NIPAFTL é que indivíduos de estratos econômicos desfavorecidos, em geral, têm mais de uma atividade laboral, fazem mais horas extras, tendem a morar em locais pouco seguros e distantes do trabalho, utilizam transporte coletivo para se deslocarem e por isso, demoram mais no percurso, culminando em menor disponibilidade de tempo e disposição para iniciarem a AFTL (BURTON; TURRELL, 2000).

Ademais, a incidência de NIPAFTL também foi maior entre as classes econômicas D/E, o que aponta a necessidade de uma atenção especial a este grupo, direcionada para o fortalecimento de políticas de promoção da AF junto ao Sistema Único de Saúde, por meio de ações de educação em saúde e aconselhamento para a prática de AFTL.

Em relação ao bloco de variáveis relativas às condições de saúde, observou-se que aqueles com diabetes e sobrepeso ou obesidade tiveram menor prevalência de NIPAFTL. Uma possível hipótese é que estas pessoas reconhecem a importância da prática de AF para o tratamento de sua condição. Por outro lado, a prevalência de NIPAFTL foi superior entre aqueles que tinham algum tipo de dependência funcional, possivelmente em função de necessitarem de outras pessoas para realizarem atividades físicas ou mesmo, por considerarem que sua condição é um

fator impeditivo para a sua prática. De fato, o maior suporte social tem sido relacionado à maior prática de AFTL e pode ser ainda mais relevante para aqueles que precisam de cuidados com a saúde, como sujeitos com algum tipo de dependência (OLIVEIRA *et al.*, 2011; RACKOW; SCHOLZ; HORNUNG, 2015).

No caso da autopercepção de saúde, a incidência de NIPAFTL foi superior entre aqueles que a consideravam “ruim ou muito ruim”, sendo este o mais alto valor de risco relativo do presente estudo (na análise bruta  $RR=2,49$  e nas análises ajustadas  $RR=2,20$  e  $RR=2,10$ , respectivamente). A relação da autopercepção de saúde com indicadores de morbidade, mortalidade e mesmo com hábitos de vida é bem clara na literatura (PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013).

Em geral, estudos apontam que a autopercepção negativa de saúde é um bom preditor de morbimortalidade e que alguns comportamentos de risco à saúde são, por sua vez, preditores de autopercepção negativa de saúde (REICHERT; LOCH; CAPILHEIRA, 2012; ANDRADE; SILVA; LOCH, 2018). É possível que a condição inicial de autopercepção negativa de saúde pode ser um aspecto que influencia a motivação das pessoas a se tornarem fisicamente ativas.

Quanto à associação com os comportamentos relacionados ao estilo de vida, observou-se que tabagistas e pessoas que apresentavam consumo irregular de frutas, verduras e/ou legumes tiveram maior prevalência e incidência de NIPAFTL. Pesquisas evidenciaram uma predisposição à agregação de comportamentos que identificam um estilo de vida não salutar, como o tabagismo e hábitos alimentares não saudáveis (PESSOA *et al.*, 2015; DAMIANI; PEREIRA; FERREIRA, 2017). Essa condição corrobora a hipótese de que alguns comportamentos em saúde tendem a se agrupar e parece afetar o desejo e a motivação para a prática de AFTL.

Com relação ao bloco relativo ao uso de serviços de saúde não se observou associação da NIPAFTL com a variável “recebeu visita da ESF/ACS” nas análises ajustadas. Este resultado chama a atenção de maneira negativa, pois se acredita que nestas visitas um tema provável a ser tratado é a questão do aconselhamento de AFTL. Porém, sabe-se que o uso desta estratégia ainda é baixo no contexto brasileiro (FLORINDO *et al.*, 2013; DURO *et al.*, 2015).

A suposição é que se houvesse orientação para a prática de AFTL nas visitas domiciliares, a prevalência e incidência de NIPAFTL seriam inferiores entre aqueles que tivessem recebido visitas das equipes de saúde. Por outro lado, a prevalência de NIPAFTL foi superior entre os que não tinham realizado consulta médica nos

últimos 12 meses. É provável que indivíduos que estão há mais tempo sem realizar consulta médica sejam também os que têm menor autocuidado em relação aos comportamentos relacionados à saúde. Outro aspecto, é que os médicos façam algum tipo de aconselhamento para a AFTL durante as consultas, pois são eles, em geral, os principais profissionais responsáveis (FLORINDO *et al.*, 2013; LOPES *et al.*, 2014).

O contato frequente dos indivíduos com orientação profissional adequada e que leva em conta o contexto biopsicossociocultural do indivíduo, pode auxiliá-lo a explicitar os conflitos presentes no seu cotidiano e corrobora para a adoção de comportamentos ativos (HÄFELE; SIQUEIRA, 2016).

Este estudo apresenta algumas limitações como, por exemplo, a utilização de medidas autorreferidas que, em geral, são influenciadas pela compreensão, linguagem e escolaridade dos participantes. No entanto, elas têm sido amplamente empregadas em estudos epidemiológicos, destacando que as entrevistas foram conduzidas por pessoas com treinamento prévio e que eram estudantes de graduação ou pós-graduação da área da saúde. Ademais, apesar de este estudo ter utilizado diversas variáveis independentes, não foi possível englobar todos os potenciais motivos que poderiam influenciar a NIPAFTL. Entre os fatores não abordados na presente pesquisa estão: a questão do ambiente físico para a prática de AFTL e a qualidade das experiências anteriores de prática de AF. Sugere-se que estudos futuros sobre o tema incluam estas e outras possíveis variáveis.

Outra limitação é que nesta pesquisa existem apenas duas verificações (2011 e 2015) e por isso, não é possível avaliar se alguns indivíduos tenham passado, neste intervalo de tempo, por outros estágios. No entanto, esta é uma dificuldade comum em estudos de coorte desta natureza, que só poderia ser controlada se houvesse um acompanhamento mais frequente, o que é inviável na maioria dos casos.

### 5.2.7 Conclusão

Este estudo concluiu que tanto a prevalência quanto a incidência de NIPAFTL foram elevadas em uma amostra populacional de indivíduos de 40 anos e mais, de uma cidade de médio porte da região Sul do Brasil. Também foram observadas importantes associações com variáveis sociodemográficas e de estilo de vida,

salientando que algumas iniquidades entre os subgrupos, em relação aos grupos de referência, aumentaram entre 2011 e 2015, pois certos subgrupos partiram de uma maior prevalência no estudo da linha de base e tiveram incidência ainda maior de NIPAFTL. Sugere-se especial atenção a estes grupos (indivíduos das classes econômicas D/E, tabagistas e com consumo irregular de frutas, verduras e/ou legumes) e se reforça a complexidade da promoção da AF. As ações e políticas direcionadas para a aquisição de um comportamento considerado ativo devem ter enfoque na articulação intersetorial, destacando que a identificação dos estágios de mudança para a prática de AFTL pode ser de grande utilidade para o seu planejamento.

#### 5.2.8 Referências

ANDRADE, G. F.; SILVA, A. M. R.; LOCH, M. R. Mudanças de comportamentos relacionados à saúde como preditores de mudanças na autopercepção de saúde: estudo longitudinal (2011-2015). **Cadernos de Saúde Pública**. No prelo 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de classificação econômica**. 2011. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 07 jul. 2018.

AUTENRIETH, C. S.; BAUMERT, J.; BAUMEISTER, S. E.; FISCHER, B.; PETERS, A.; DÖRING, A.; THORAND, B. Association between domains of physical activity and all-cause, cardiovascular and cancer mortality. **European Journal of Epidemiology**, v.26, n.2, p.91-9, 2011.

AZEVEDO, M. R.; ARAÚJO, C. L.; SILVA, M. C.; HALLAL, P. C. Tracking of physical activity from adolescence to adulthood: a population-based study. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.1, p.69-75, 2007.

BAUMAN, A. E.; REIS, R. S.; SALLIS, J. F.; WELLS, J. C.; LOOS, R. J.; MARTIN, B. W. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? **The Lancet**, v.380, n. 9838, p.258-71, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas**

**capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2014.** Brasília: Ministério da saúde; 2015. 152p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2015.** Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 160 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília: Ministério da Saúde; 2018. 130 p.

BROSTRÖM, A.; PAKPOUR, A. H.; ULANDER, M.; NILSEN, P. Development and psychometric evaluation of the Swedish propensity to achieve healthy lifestyle scale in patients with hypertension. **Journal of Clinical Nursing**, v.27, n.21-2, p.4040-9, 2018.

BURTON, N. W.; TURRELL, G. Occupation, Hours Worked, And Leisure-Time Physical Activity. **Preventive Medicine**, v.31, n.6, p.673-81, 2000.

CARDOSO-RICARDO, L. I.; ROMBALDI, A. J.; KOPP, D.; WILTGEN-FERREIRA, R.; HALLAL, P. C.; AZEVEDO, M. R. Estágios de mudança de comportamento para atividade física após uma intervenção escolar: um estudo transversal. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.20, n.6, p.569-70, 2015.

COSTA, F. F.; BENEDET, J.; LEAL, D. B.; ASSIS, M. A. A. Agregação de fatores de risco para doenças e agravos crônicos não transmissíveis em adultos de Florianópolis, SC. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.16, n.2, p.398-408, 2013.

DAMIANI, T. F.; PEREIRA, L. P.; FERREIRA, M. G. Consumo de frutas, legumes e verduras na Região centro-oeste do Brasil: prevalência e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.2, p.369-82, 2017.

DICLEMENTE, C. C.; PROCHASKA, J. O. Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. **Addictive Behaviors**, v.7, n.2, p.133-42, 1982.

DING, D.; LAWSON, K. D.; KOLBE-ALEXANDER, T. L.; FINKELSTEIN, E. A.; KATZMARZYK, P. T.; VAN, M. W. Lancet Physical Activity Series 2 Executive

Committee. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. **The Lancet**, v.388, n.10051, p.1311-24, 2016.

DOMINGUES, M. R.; ARAÚJO, C. L. P. Conhecimento e percepção sobre exercício físico em uma população adulta urbana do sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.1, p.204-15, 2004.

DUMITH S. Proposta de um modelo teórico para a adoção da prática de atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.13, n.2, p.110-2, 2008.

DUMITH, S.C.; DOMINGUES, M.R.; GIGANTE, D.P. Estágios de mudança de comportamento para a prática de atividade física: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v.10, n.3, p.301-7, 2008.

DURO, S. M.; TOMASI, E.; SIQUEIRA, F. V.; SILVEIRA, D. S.; THUMÉ, E.; FACCHINI, L. A. Adult physical activity counseling by health professionals in Brazil: a National Urban Population Survey. **Journal of Physical Activity and Health**, v.12, n.8, p.1177-83, 2015.

FLORINDO, A. A.; MIELKE, G. I.; GOMES, G. A.; RAMOS, L. R.; BRACCO, M. M.; PARRA, D. C.; SIMOES, E. J.; LOBELO, F.; HALLAL, P. C. Physical activity counseling in primary health care in Brazil: a national study on prevalence and associated factors. **BMC Public Health**, v.13, n.1, p.794-84, 2013.

HÄFELE, V.; SIQUEIRA, F. V. Aconselhamento para atividade física e mudança de comportamento em Unidades Básicas de Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.21, n.6, p.581-92, 2016.

HALLAL, P. C.; ANDERSEN, L. B.; BULL, F. C.; GUTHOLD, R.; HASKELL, W.; EKELUND, U. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. **The Lancet**, v.380, n.9838, p.247-57, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Resultados do censo 2010**. Brasília, 2010. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas\\_pdf/total\\_populacao\\_parana.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_parana.pdf)>. Acesso em: 23 maio 2018.

JEON, D. J.; KIM, K. J.; HEO, M. Factors related to stages of exercise behavior change among university students based on the transtheoretical model. **Journal of Physical Therapy Science**, v.26, n.12, p.1929-32, 2014.

LANDRY, B. W.; DRISCOLL, S. W. Physical activity in children and adolescents. **Physical Medicine & Rehabilitation**, v.4, n.11, p.826-32, 2012.

LEE, I-M.; SHIROMA, E. J.; LOBELO, F.; PUSKA, P.; BLAIR, S. N.; KATZMARZYK, P. T. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. **The Lancet**, v.380, n.9838, p.219-29, 2012.

LIPSCHITZ, J. M.; YUSUFOV, M.; PAIVA, A.; REDDING, C. A.; ROSSI, J. S.; JOHNSON, S.; BLISSMER, B.; GOKBAYRAK, N. S.; VELICER, W. F.; PROCHASKA, J. O. Transtheoretical principles and processes for adopting physical activity: a longitudinal 24-month comparison of maintainers, relapsers, and nonchangers. **Journal of Sport and Exercise Psychology**, v.37, n.6, p.592-606, 2015.

LOCH, M. R.; EVEDOVE, A. U. D.; ANDRADE, G. F.; SILVA, A. M. R. Mudanças nas prevalências de comportamentos de risco à saúde: estudo de coorte com população de município de médio porte (2011-2015). *In: Anais do Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*, 2018, Rio de Janeiro. Anais eletrônicos... Campinas, GALOÁ, 2019. Disponível em: <<https://proceedings.science/saude-coletiva-2018/papers/mudancas-nas-prevalencias-de-comportamentos-de-risco-a-saude--estudo-de-coorte-com-populacao-de-municipio-de-medio-porte>> Acesso em: 24 mar. 2019.

LOCH, M. R.; KNUTH, A. G.; SILVA, I. C. M.; GUERRA, P. H. As práticas corporais/atividade física nos 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.10, p.3469-69, 2018.

LOPES, A. C. S.; TOLEDO, M. T. T.; CÂMARA, A. M. C. S.; MENZEL, H. J. K.; SANTOS, L. C. Condições de saúde e aconselhamento sobre alimentação e atividade física na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte-MG. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.23, n.3, p.475-86, 2014.

MALTA, D. C.; CAMPOS, M. O.; OLIVEIRA, M. M.; ISER, B. P. M.; BERNAL, R. T.; CLARO, R. M., et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos residentes em capitais brasileiras, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.24, n.3, p.373-87, 2015.

MALTA, D. C.; REIS, A. A. C. D.; JAIME, P. C.; MORAIS NETO, O. L. D.; SILVA, M. M. A. D.; AKERMAN, M. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.6, p.1799-1809, 2018.

MALTA, D. C.; SILVA JÚNIOR, J. B. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das

metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.22, n.1, p.151-64, 2013.

MARCUS, B. H.; ROSSI, J. S.; SELBY, V. C.; NIAURA, R. S.; ABRAMS, D. B. The stages and processes of exercise adoption and maintenance in a worksite sample. **Health Psychology**, v.11, n.6, p.386-95, 1992.

MIELKE, G. I.; MALTA, D. C.; SÁ, G. B. A. R. D.; REIS, R. S.; HALLAL, P. C. Diferenças regionais e fatores associados à prática de atividade física no lazer no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde-2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.18, n.2, p.158-69, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 76p.

\_\_\_\_\_. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde: Brasília; 2009. 40p.

NAHAS, M. V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 6ª ed. Londrina, PR: MIDIOGRAF. 2013. 282p.

OLIVEIRA, A. J.; LOPES, C. S.; DE LEON, A. C.; ROSTILA, M.; GRIEP, R.H.; WERNECK, G. L.; FAERSTEIN, E. Social support and leisure-time physical activity: longitudinal evidence from the Brazilian Pró-Saúde cohort study. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v.8, n.1, p.77-87, 2011.

OTT, U.; STANFORD, J. B.; GREENWOOD, J. L.; MURTAUGH, M. A.; GREN, L. H.; THIESE, M. S.; HEGMANN, K. T. Stages of weight change among an occupational cohort. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v.57, n.3, p.270-6, 2015.

PAVÃO, A. L. B; WERNECK, G. L.; CAMPOS, M. R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cadernos de Saúde Pública**. v.29, n.4, p.723-34, 2013.

PESSOA, M. C.; MENDES, L. L.; GOMES, C. S.; MARTINS, P. A.; VELASQUEZ-MELENDZ, G. Food environment and fruit and vegetable intake in a urban population: a multilevel analysis. **BMC Public Health**, v.15, n.1, p.1012-20, 2015.

PITANGA, F. G.; BECK, C. C.; PITANGA, C. P. S.; FREITAS, M. M.; ALMEIDA, L. A. B. Prevalência e fatores sociodemográficos e ambientais associados à atividade física no tempo livre e no deslocamento em adultos. **Motricidade**, v.10, n.1, p.3-13, 2014.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change: Applications to the addictive behaviors. **American Psychologist**, v.47, n.9, p.102-14, 1992.

PROCHASKA, J. O.; REDDING, C. A.; EVERS, K. E. The Transtheoretical model and stages of change. *In*: GLANZ, K; RIMER, B. K.; VISWANATH, K. (orgs.). **Health Behavior and Health Education: theory, research, and practice - 4th ed.** San Francisco, CA: Jossey-Bass. 2008. p.97-121.

PROCHASKA, J. O.; VELICER, W. F.; ROSSI, J. S.; GOLDSTEIN, M. G.; MARCUS, B. H.; RAKOWSKI, W.; FIORE, C.; HARLOW, L. L.; REDDING, C. A.; ROSENBLUM, D.; ROSSI, S. R. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviours. **Health Psychology**, v.13, n.1, p.39-46, 1994.

PRUGGER, C.; WELLMANN, J.; HEIDRICH, J.; DE BACQUER, D.; DE SMEDT, D.; DE BACKER, G.; REINER, Z.; EMPANA, J. P.; FRAS, Z.; GAITA, D.; JENNINGS, C.; KOTSEVA, K.; WOOD D. Regular exercise behaviour and intention and symptoms of anxiety and depression in coronary heart disease patients across Europe: Results from the EUROASPIRE III survey. **European journal of preventive cardiology**, v.24, n.1, p.84-91, 2017.

RACKOW, P.; SCHOLZ, U.; HORNUNG, R. Received social support and exercising: An intervention study to test the enabling hypothesis. **British Journal of Health Psychology**, v.20, n.4, p.736-76, 2015.

REICHERT, F. F.; LOCH, M. R.; CAPILHEIRA, M. F. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.12, p.3353-62, 2012.

REIS, R. S.; SALVO, D.; OGILVIE, D.; LAMBERT, E. V.; GOENKA, S.; BROWNSON, R. C. Scaling up physical activity interventions worldwide: stepping up to larger and smarter approaches to get people moving. **The Lancet**, v.388, n.10051, p.1337-48, 2016.

ROCHA S. V.; ALMEIDA. M. M. G.; ARAÚJO, T. M.; VIRTUOSO, J. J. S. Fatores associados à atividade física no lazer entre residentes de áreas urbanas de um município do nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v.13, n.4, p.257-64, 2011.

ROMAIN, A. J.; BERNARD, P.; HOKAYEM, M.; GERNIGON, C.; AVIGNON, A. Measuring the processes of change from the transtheoretical model for physical activity and exercise in overweight and obese adults. **American Journal of Health Promotion**, v.30, n.4, p.272-8, 2016.

SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Confiabilidade da versão Brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.21, n.4, p.290-6, 2008.

SCHWARZ, E.; GOMES, R.; COUTO, M. T.; MOURA, E. C. D.; CARVALHO, S. D. A.; SILVA, S. F. C. D. Política de saúde do homem. **Revista de Saúde Pública**, v.46, supl.1, p.108-16, 2012.

SEPARAVICH, M. A.; CANESQUI, A. M. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. **Saúde e Sociedade**, v.22, n.2, p.415-28, 2013.

SILVA, J.; SILVA, K. Estágios de mudança de comportamento para atividade física em adolescentes: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.20, n.3, p.214-31, 2015.

SOUZA, R. K. T.; BORTOLETTO, M. S. S.; LOCH, M. R.; GONZÁLEZ, A. D.; TIEMI, M.; CABRERA, M. A. S.; ASSAN, F.; YONAMINE, C. Y. C. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em pessoas com 40 anos ou mais de idade, em Cambé, Paraná (2011): estudo de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.22, n.3, p.435-44, 2013.

SPENCER, L.; ADAMS, T. B.; MALONE, S.; ROY, L.; YOST, E. Applying the transtheoretical model to exercise: a systematic and comprehensive review of the literature. **Health Promotion Practice**, v.7, n.4, p.428-43, 2006.

TAMMELIN, R.; YANG, X.; LESKINEN, E.; KANKAANPAA, A.; HIRVENSALO, M.; TAMMELIN, T.; RAITAKARI, O. T. Tracking of physical activity from early childhood through youth into adulthood. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v.46, n.5, p.955-62, 2014.

TROST, S. G.; OWEN, N.; BAUMAN, A. E.; SALLIS, J. F.; BROWN, W. Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. **Medicine & Science in Sports Exercise**, v.34, n.12, p.1996-2001, 2002.

VANCAMPFORT, D.; MOENS, H.; MADOU, T.; DE BACKER, T.; VALLONS, V.; BRUYNINX, P.; VANHEUVERZWIJN, S.; MOTA, C. T.; SOUNDY, A.; PROBST, M. Autonomous motivation is associated with the maintenance stage of behaviour change in people with affective disorders. **Psychiatry Research**, v.240, n.1, p.267-71, 2016.

VO, P. T.; BOGG, T. Testing Theory of Planned Behavior and Neo-Socioanalytic Theory models of trait activity, industriousness, exercise social cognitions, exercise intentions, and physical activity in a representative US sample. **Frontiers in Psychology**, v.6, n.1114, p.1-13, 2015.

ZHAO, G.; LI, C.; FORD, E. S.; FULTON, J. E.; CARLSON, S. A.; OKORO, C. A.; WEN, X. J.; BALLUZ, L. S. Leisure-time aerobic physical activity, muscle-strengthening activity and mortality risks among US adults: the NHANES linked mortality study. **British Journal of Sports Medicine**, v.48, n.3, p.244-9, 2014.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados encontrados na presente pesquisa foi possível concluir que o estágio de pré-contemplação, considerado de risco em virtude das pessoas não realizarem e não terem a intenção de iniciar a prática de AFTL nos próximos seis meses, apresentou diferenças quando comparado à inatividade física total, tanto no estudo da linha de base quanto no estudo de seguimento.

A prevalência de NIPAFTL no estudo da linha de base, e a manutenção e incidência após quatro anos, foram elevadas na amostra populacional estudada. Observaram-se importantes associações com variáveis sociodemográficas, de condições de saúde, de estilo de vida e de utilização de serviços de saúde. Os achados também salientaram que algumas iniquidades entre os subgrupos aumentaram em relação aos grupos de referência, visto que partiram de uma maior prevalência no estudo da linha de base e tiveram incidência ainda maior de NIPAFTL.

Esses resultados ressaltam a necessidade de orientar a implantação e reestruturação de políticas públicas para ações de promoção de hábitos de vida saudáveis que sejam eficazes para os subgrupos mais vulneráveis. Estas devem ser geridas objetivando assegurar os princípios da universalidade e equidade, tendo em consideração as especificidades e vulnerabilidades de cada local, região ou comunidade, a fim de minimizar as desigualdades e garantir o acesso mais equânime ao que é ofertado.

Programas e campanhas de sensibilização e aconselhamento voltadas aos indivíduos no estágio de pré-contemplação, que utilizam estratégias motivacionais para o desenvolvimento de reflexão e compreensão sobre os riscos e benefícios de aderirem à prática de AFTL, devem estar atreladas a diversas outras modificações de cunho social, cultural, econômico e político que englobem desde a conscientização coletiva, até fatores como distribuição de renda, jornada de trabalho, sistema de transporte público, oferta, distribuição e acessibilidade a equipamentos e espaços públicos para a prática de atividades físicas, segurança, acompanhamento por parte da equipe de saúde, integração social, entre outros.

Assim, mediante o reconhecimento da multidimensionalidade e complexidade de se adotar um novo comportamento, visto que os fatores biológicos e fisiológicos não são os únicos determinantes, desmistifica-se a ideologia da culpabilização

individual para a NIPAFTL e procura-se alcançar resultados que impactem positivamente na qualidade de vida dos subgrupos identificados como mais vulneráveis.

Em suma, analisar os estágios de mudança de comportamento, sua dinâmica e os diferentes fatores associados é fundamental para ajudar a delinear e direcionar as ações intersetoriais para a promoção de um estilo de vida ativo.

## REFERÊNCIAS

ADAMS, J; WHITE, M. Why don't stage-based activity promotion interventions work?. **Health education research**, v.20, n.2, p.237-43, 2004.

ANDRADE, G. F.; SILVA, A. M. R.; LOCH, M. R. Mudanças de comportamentos relacionados à saúde como preditores de mudanças na autopercepção de saúde: estudo longitudinal (2011-2015). **Cadernos de Saúde Pública**. No prelo 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Critério de classificação econômica**. 2011. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 07 jul. 2018.

AUTENRIETH, C. S.; BAUMERT, J.; BAUMEISTER, S. E.; FISCHER, B.; PETERS, A.; DÖRING, A.; THORAND, B. Association between domains of physical activity and all-cause, cardiovascular and cancer mortality. **European Journal of Epidemiology**, v.26, n.2, p.91-9, 2011.

AZEVEDO, M. R.; ARAÚJO, C. L.; SILVA, M. C.; HALLAL, P. C. Tracking of physical activity from adolescence to adulthood: a population-based study. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.1, p.69-75, 2007.

BAUMAN, A. E.; REIS, R. S.; SALLIS, J. F.; WELLS, J. C.; LOOS, R. J.; MARTIN, B. W. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? **The Lancet**, v.380, n.9838, p.258-71, 2012.

BIELEMANN, R. M; KNUTH, A. G; HALLAL, P. C. Atividade física e redução de custos por doenças crônicas ao Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.15, n.1, p.9-14, 2010.

BOONE-HEINONEN, J.; ROUX, A. V.; KIEFE, C. I.; LEWIS, C. E.; GUILKEY, D. K.; GORDON-LARSEN, P. Neighborhood socioeconomic status predictors of physical activity through young to middle adulthood: the CARDIA study. **Social Science & Medicine**, v.72, n.5, p.641-9, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.htm)>. Acesso em: 02 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2014**. Brasília: Ministério da saúde; 2015. 152p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2015**. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 160 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. 130 p.

BURTON, N. W.; TURRELL, G. Occupation, Hours Worked, And Leisure-Time Physical Activity. **Preventive Medicine**, v.31, n.6, p.673-81, 2000.

BROSTRÖM, A.; PAKPOUR, A. H.; ULANDER, M.; NILSEN, P. Development and psychometric evaluation of the Swedish propensity to achieve healthy lifestyle scale in patients with hypertension. **Journal of Clinical Nursing**, v.27, n.21-2, p.4040-9, 2018.

BRUG, J.; CONNER, M.; HARRÉ, N.; KREMERS, S.; MCKELLAR, S.; WHITELAW, S. The Transtheoretical Model and stages of change: a critique: observations by five commentators on the paper by Adams, J. and White, M. (2004) why don't stage-based activity promotion interventions work? **Health Education Research**, v.20, n.2, p.244-58, 2004.

CARDOSO-RICARDO, L. I.; ROMBALDI, A. J.; KOPP, D.; WILTGEN-FERREIRA, R.; HALLAL, P. C.; AZEVEDO, M. R. Estágios de mudança de comportamento para atividade física após uma intervenção escolar: um estudo transversal. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.20, n.6, p.569-70, 2015.

CASAS, R. C. R. L.; BERNAL, R. T. I.; JORGE, A. D. O.; MELO, E. M. D.; MALTA, D. C. Fatores associados à prática de Atividade Física na população brasileira - Vigitel 2013. **Saúde em Debate**, v.42, n.spe4, p.134-44, 2018.

- CASPERSEN, C. J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSON, G. M. Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Reports**, v.100, n.2, p.126-31, 1985.
- CASSOU, A. C. N.; FERMINO, R.; AÑEZ, C. R. R.; SANTOS, M. S.; DOMINGUES, M. R.; REIS, R. S. Barriers to physical activity among Brazilian elderly women from different socioeconomic status: a focus-group study. **Journal of Physical Activity and Health**, v.8, n.1, p.126-132, 2011.
- CHOI, J.; LEE, M.; LEE, J.; KANG, D.; CHOI, J. Correlates associated with participation in physical activity among adults: A systematic review of reviews and update. **BMC Public Health**, v.17, n.1, p.356-69, 2017.
- CLELAND, V.; BALL, K.; HUME, C.; TIMPERIO, A.; KING, A. C.; CRAWFORD, D. Individual, social and environmental correlates of physical activity among women living in socioeconomically disadvantaged neighbourhoods. **Social Science & Medicine**, v.70, n.12, p.2011-18, 2010.
- CODOGNO, J. S.; FERNANDES, R. A.; MONTEIRO, H. L. Prática de atividades físicas e custo do tratamento ambulatorial de diabéticos tipo 2 atendidos em unidade básica de saúde. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v.56, n.1, p.6-11, 2012.
- COSTA, F. F.; BENEDET, J.; LEAL, D. B.; ASSIS, M. A. A. Agregação de fatores de risco para doenças e agravos crônicos não transmissíveis em adultos de Florianópolis, SC. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.16, n.2, p.398-408, 2013.
- DAMIANI, T. F.; PEREIRA, L. P.; FERREIRA, M. G. Consumo de frutas, legumes e verduras na Região centro-oeste do Brasil: prevalência e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.2, p.369-82, 2017.
- DIAS, R. B. Diretrizes de intervenção quanto a mudanças de comportamento – A Entrevista motivacional. In: PEREIRA, A. A. (org.). **Diretrizes clínicas para atuação em saúde mental na atenção básica**. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2009, p.1-11.
- DIAS, R. B.; NONATO, S. M.; CHAVES, S. R. Mudança comportamental e de hábitos de vida dos clientes participantes nos programas de gerenciamento de condições crônicas. In: CAMPOS, E. F.; GONTIJO ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; CHAVES, S. R.; DIAS, R. B.; COSTA, R. T. (org.). **Inovação e prática no gerenciamento de condições crônicas**: implantando o modelo cuidador da Federação das Unimeds

de Minas Gerais. Belo Horizonte: Federação Interfederativa das Cooperativas de Trabalho Médico do Estado de Minas Gerais, 2010.

DICLEMENTE, C. C.; PROCHASKA, J. O. Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. **Addictive Behaviors**, v.7, n.2, p.133-42, 1982.

DING, D.; LAWSON, K. D.; KOLBE-ALEXANDER, T. L.; FINKELSTEIN, E. A.; KATZMARZYK, P. T.; VAN, M. W. Lancet Physical Activity Series 2 Executive Committee. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. **The Lancet**, v.388, n.10051, p.1311-24, 2016.

DOMINGUES, M. R.; ARAÚJO, C. L. P. Conhecimento e percepção sobre exercício físico em uma população adulta urbana do sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.1, p.204-15, 2004.

DUMITH S. Proposta de um modelo teórico para a adoção da prática de atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.13, n.2, p.110-2, 2008.

DUMITH, S.C.; DOMINGUES, M.R.; GIGANTE, D.P. Estágios de mudança de comportamento para a prática de atividade física: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v.10, n.3, p.301-7, 2008.

DUMITH, S. C.; GIGANTE, D. P.; DOMINGUES, M. R. Stages of change for physical activity in adults from Southern Brazil: a population-based survey. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v.4, n.25, p.1-10, 2007.

DURO, S. M.; TOMASI, E.; SIQUEIRA, F. V; SILVEIRA, D. S.; THUMÉ, E.; FACCHINI, L. A. Adult physical activity counseling by health professionals in Brazil: a National Urban Population Survey. **Journal of Physical Activity and Health**, v.12, n.8, p.1177-83, 2015.

EVERS, K. E.; PROCHASKA, J. O.; JOHNSON, J. L.; MAURIELLO, L. M.; PADULA, J. A.; PROCHASKA, J. M. A randomized clinical trial of a population- and transtheoretical model-based stress-management intervention. **Health Psychology**, v.25, n.4, p.521-9, 2006.

FLEIG, L.; KÜPER, C.; LIPPKE, S.; SCHWARZER, R.; WIEDEMANN, A. U. Cross-Behavior Associations and Multiple Health Behavior Change: A Longitudinal Study on Physical Activity and Fruit and Vegetable Intake. **Journal of Health Psychology**, v.20, n.5, p.525-34, 2015.

FLORINDO, A. A.; MIELKE, G. I.; GOMES, G. A.; RAMOS, L. R.; BRACCO, M. M.; PARRA, D. C.; SIMOES, E. J.; LOBELO, F.; HALLAL, P. C. Physical activity counseling in primary health care in Brazil: a national study on prevalence and associated factors. **BMC Public Health**, v.13, n.1, p.794-84, 2013.

GIEHL, M. W. C.; SCHNEIDER, I. J. C.; CORSEUIL, H. X.; BENEDETTI, T. R. B.; D'ORSI, E. Atividade física e percepção do ambiente em idosos: estudo populacional em Florianópolis. **Revista de Saúde Pública**, v.46, n.3, p.516-25, 2012.

HÄFELE, V.; SIQUEIRA, F. V. Aconselhamento para atividade física e mudança de comportamento em Unidades Básicas de Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.21, n.6, p.581-92, 2016.

HALL, K. L.; ROSSI, J. S. Meta-analytic examination of the strong and weak principles across 48 health behaviors. **Preventive Medicine**, v.46, n.3, p.266-74, 2008.

HALLAL, P. C.; ANDERSEN, L. B.; BULL, F. C.; GUTHOLD, R.; HASKELL, W.; EKELUND, U. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. **The Lancet**, v.380, n.9838, p.247-57, 2012.

HEATH, G. W.; PARRA, D. C.; SARMIENTO, O. L.; ANDERSEN, L. B.; OWEN, N.; GOENKA, S.; MONTES, F.; BROWNSON, R. C. Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world. **The Lancet**, v.380, n.9838, p.272-81, 2012.

HIRAYAMA, F.; LEE, A. H.; HIRAMATSU, T. Life-long physical activity involvement reduces the risk of chronic obstructive pulmonary disease: a case-control study in Japan. **Journal of Physical Activity and Health**, v.7, n.5, p.622-6, 2010.

HOROWITZ, S. M. Applying the transtheoretical model to pregnancy and STD prevention: A review of the literature. **American Journal of Health Promotion**, v.17, n.5, p.304-28, 2003.

HUANG, H. Y.; LIN, Y. S.; CHUANG, Y. C.; LIN, W. H.; KUO, L. Y.; CHEN, J. C.; HSU, C. L.; CHEN, B. Y.; TSAI, H. Y.; CHENG, F. H.; TSAI, M. W. Application of the Transtheoretical Model to Exercise Behavior and Physical Activity in Patients after Open Heart Surgery. **Acta Cardiologica Sinica**, v.31, n.3, p.202-8, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Resultados do censo 2010**. Brasília, 2010. Disponível em:

<[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas\\_pdf/total\\_populacao\\_parana.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_parana.pdf)>. Acesso em: 23 maio 2018.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. **Caderno Estatístico Município de Cambé**. 2018. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=86180&btOk=ok>>. Acesso em: 12 jul. 2018.

JEON, D. J.; KIM, K. J.; HEO, M. Factors related to stages of exercise behavior change among university students based on the transtheoretical model. **Journal of Physical Therapy Science**, v.26, n.12, p.1929-32, 2014.

JIANG, L.; CHEN, S.; ZHANG, B.; BEALS, J.; MITCHELL, C. M.; MANSON, S. M.; ROUBIDEAUX, Y. Longitudinal Patterns of Stages of Change for Exercise and Lifestyle Intervention Outcomes: An Application of Latent Class Analysis with Distal Outcomes. **Prevention Science**, v.17, n.3, p.398-409, 2016.

KAHN, E. B.; RAMSEY, L. T.; BROWNSON, R. C.; HEATH, G. W.; HOWZE, E. H.; POWELL, K. E.; STONE, E. J.; RAJAB, M. W.; CORSO, P. The effectiveness of interventions to increase physical activity: a systematic review. **American Journal of Preventive Medicine**, v.22, n.4, p.73-107, 2002.

KIM, C. J.; KIM, D. J.; PARK, H. R. Effects of a cardiovascular risk reduction intervention with psychobehavioral strategies for Korean adults with type 2 diabetes and metabolic syndrome. **Journal of Cardiovascular Nursing**, v.26, n.3, p.117-28, 2011.

KYU, H. H.; BACHMAN, V. F.; ALEXANDER, L. T.; MUMFORD, J. E.; AFSHIN, A.; ESTEP, K.; VEERMAN, L.; DELWICHE, K.; IANNARONE, M. L.; MOYER, M. L.; CERCY, K.; VOS, T.; MURRAY, C. J. L.; FOROUZANFAR, M. H. Physical activity and risk of breast cancer, colon cancer, diabetes, ischemic heart disease, and ischemic stroke events: systematic review and dose-response meta-analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **British Medical Journal**, v.354, p.i3857-67, 2016.

LANDRY, B. W.; DRISCOLL, S. W. Physical activity in children and adolescents. **Physical Medicine & Rehabilitation**, v.4, n.11, p.826-32, 2012.

LEE, I-M.; SHIROMA, E. J.; LOBELO, F.; PUSKA, P.; BLAIR, S. N.; KATZMARZYK, P. T. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. **The Lancet**, v.380, n.9838, p.219-29, 2012.

LIPSCHITZ, J. M.; YUSUFOV, M.; PAIVA, A.; REDDING, C. A.; ROSSI, J. S.; JOHNSON, S.; BLISSMER, B.; GOKBAYRAK, N. S.; VELICER, W. F.; PROCHASKA, J. O. Transtheoretical principles and processes for adopting physical activity: a longitudinal 24-month comparison of maintainers, relapsers, and nonchangers. **Journal of Sport and Exercise Psychology**, v.37, n.6, p.592-606, 2015.

LOCH, M. R.; EVEDOVE, A. U. D.; ANDRADE, G. F.; SILVA, A. M. R. Mudanças nas prevalências de comportamentos de risco à saúde: estudo de coorte com população de município de médio porte (2011-2015). *In: Anais do Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*, 2018, Rio de Janeiro. Anais eletrônicos... Campinas, GALOÁ, 2019. Disponível em: <<https://proceedings.science/saude-coletiva-2018/papers/mudancas-nas-prevalencias-de-comportamentos-de-risco-a-saude--estudo-de-coorte-com-populacao-de-municipio-de-medio-porte>> Acesso em: 24 mar. 2019.

LOCH, M. R.; KNUTH, A. G.; SILVA, I. C. M.; GUERRA, P. H. As práticas corporais/atividade física nos 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.10, p.3469-69, 2018.

LOPES, M. A.; KRUG, R. R.; BONETTI, A.; MAZO, G. Z. Barreiras que influenciaram a não adoção de atividade física por longevas. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v.38, n.1, p.76-83, 2016.

LOPES, A. C. S.; TOLEDO, M. T. T.; CÂMARA, A. M. C. S.; MENZEL, H. J. K.; SANTOS, L. C. Condições de saúde e aconselhamento sobre alimentação e atividade física na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte-MG. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.23, n.3, p.475-86, 2014.

MALTA, D. C.; CAMPOS, M. O.; OLIVEIRA, M. M.; ISER, B. P. M.; BERNAL, R. T.; CLARO, R. M., et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos residentes em capitais brasileiras, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.24, n.3, p.373-87, 2015.

MALTA, D. C.; REIS, A. A. C. D.; JAIME, P. C.; MORAIS NETO, O. L. D.; SILVA, M. M. A. D.; AKERMAN, M. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.6, p.1799-1809, 2018.

MALTA, D. C.; SILVA JÚNIOR, J. B. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.22, n.1, p.151-64, 2013.

MAMMEN, G.; FAULKNER, G. Physical and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. **American Journal of Preventive Medicine**, v.45, n.5, p.649-57, 2013.

MARCUS, B. H.; ROSSI, J. S.; SELBY, V. C.; NIAURA, R. S.; ABRAMS, D. B. The stages and processes of exercise adoption and maintenance in a worksite sample. **Health Psychology**, v.11, n.6, p.386-95, 1992.

MIELKE, G. I.; MALTA, D. C.; SÁ, G. B. A. R. D.; REIS, R. S.; HALLAL, P. C. Diferenças regionais e fatores associados à prática de atividade física no lazer no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde-2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.18, n.2, p.158-69, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 76p.

\_\_\_\_\_. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde: Brasília; 2009. 40p.

NAHAS, M. V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 6ª ed. Londrina, PR: MIDIOGRAF. 2013. 282p.

NIDECKER, M.; DICLEMENTE, C. C.; BENNETT, M. E.; BELLACK, A. S. Application of the Transtheoretical Model of change: psychometric properties of leading measures in patients with co-occurring drug abuse and severe mental illness. **Addictive Behaviours**, v.33, n.8, p.1021-30, 2008.

NORCROSS, J. C.; KREBS, P. M.; PROCHASKA, J. O. Stages of change. **Journal of Clinical Psychology**, v.67, n.2, p.143-154, 2011.

OLIVEIRA, A. J.; LOPES, C. S.; DE LEON, A. C.; ROSTILA, M.; GRIEP, R.H.; WERNECK, G. L.; FAERSTEIN, E. Social support and leisure-time physical activity: longitudinal evidence from the Brazilian Pró-Saúde cohort study. **International Journal of Behavior Nutricional and Physical Activity**, v.8, n.1, p.77-87, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global recommendations on physical activity for health**. Genebra: WHO; 2010. Disponível em:

<<https://www.who.int/dietphysicalactivity/global-PA-recs-2010.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2019.

\_\_\_\_\_. Global Health Observatory. **Insufficient physical activity**. Genebra: WHO; 2015. Disponível em: <<http://apps.who.int/gho/data/node.main.A892?lang=en>>. Acesso em: 11 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. **Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world**. Genebra: WHO; 2018.

OTT, U.; STANFORD, J. B.; GREENWOOD, J. L.; MURTAUGH, M. A.; GREN, L. H.; THIESE, M. S.; HEGMANN, K. T. Stages of weight change among an occupational cohort. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, v.57, n.3, p.270-6, 2015.

PAVÃO, A. L. B; WERNECK, G. L.; CAMPOS, M. R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cadernos de Saúde Pública**. v.29, n.4, p.723-34, 2013.

PESSOA, M. C.; MENDES, L. L.; GOMES, C. S.; MARTINS, P. A.; VELASQUEZ-MELENDZ, G. Food environment and fruit and vegetable intake in a urban population: a multilevel analysis. **BMC Public Health**, v.15, n.1, p.1012-20, 2015.

PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE 2018. **Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report**. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 2018.

PITANGA, F. G.; BECK, C. C.; PITANGA, C. P. S.; FREITAS, M. M.; ALMEIDA, L. A. B. Prevalência e fatores sociodemográficos e ambientais associados à atividade física no tempo livre e no deslocamento em adultos. **Motricidade**, v.10, n.1, p.3-13, 2014.

PROCHASKA, J. O. Flaws in the theory or flaws in the study: a commentary on "The effect of Transtheoretical Model based interventions on smoking cessation". **Social Science & Medicine**, v.68, n.3, p.404-6, 2009.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.5, n.3, p.390-5, 1983.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change: Applications to the addictive behaviors. **American Psychologist**, v.47, n.9, p.102-14, 1992.

PROCHASKA, J. O.; EVERS, K. E.; PROCHASKA, J. M.; VAN MARTER, D.; JOHNSON, J. L. Efficacy and Effectiveness Trials: Examples from Smoking Cessation and Bullying Prevention. **Journal of Health Psychology**, v.12, n.1, p.170-8, 2007.

PROCHASKA, J. O.; REDDING, C. A.; EVERS, K. E. The Transtheoretical model and stages of change. *In*: GLANZ, K; RIMER, B. K.; VISWANATH, K. (orgs.). **Health behavior and health education: theory, research, and practice** - 4th ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass. 2008. p.97-121.

PROCHASKA, J. O.; VELICER, W. F.; ROSSI, J. S.; GOLDSTEIN, M. G.; MARCUS, B. H.; RAKOWSKI, W.; FIORE, C.; HARLOW, L. L.; REDDING, C. A.; ROSENBLUM, D.; ROSSI, S. R. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviours. **Health Psychology**, v.13, n.1, p.39-46, 1994.

PRUGGER, C.; WELLMANN, J.; HEIDRICH, J.; DE BACQUER, D.; DE SMEDT, D.; DE BACKER, G.; REINER, Z.; EMPANA, J. P.; FRAS, Z.; GAITA, D.; JENNINGS, C.; KOTSEVA, K.; WOOD D. Regular exercise behaviour and intention and symptoms of anxiety and depression in coronary heart disease patients across Europe: Results from the EUROASPIRE III survey. **European journal of preventive cardiology**, v.24, n.1, p.84-91, 2017.

RACKOW, P.; SCHOLZ, U.; HORNUNG, R. Received social support and exercising: An intervention study to test the enabling hypothesis. **British Journal of Health Psychology**, v.20, n.4, p.736-76, 2015.

REICHERT, F. F. Barreiras pessoais relacionadas à atividade física. *In*: FLORINDO, A. A.; HALAL, P. C. **Epidemiologia da atividade física**. São Paulo: Atheneu, 2011. p.103-11.

REICHERT, F. F.; LOCH, M. R.; CAPILHEIRA, M. F. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.12, p.3353-62, 2012.

REIS, R. S.; SALVO, D.; OGILVIE, D.; LAMBERT, E. V.; GOENKA, S.; BROWNSON, R. C. Scaling up physical activity interventions worldwide: stepping up to larger and smarter approaches to get people moving. **The Lancet**, v.388, n.10051, p.1337-48, 2016.

RIEMSMA, R. P.; PATTENDEN, J.; BRIDLE, C.; SOWDEN, A. J.; STIRK, L.; WATT, I.; WALKER, A. Systematic review of the effectiveness of stage based interventions to promote smoking cessation. **British Medical Journal**, v.326, n.7400, p.1175-7, 2003.

RIJKEN, M.; JONES, M.; HEIJMANS, M.; DIXON, A. Supporting self management. *In*: NOLTE, E.; MCKEE, M. (orgs.). **Caring people with chronic conditions: a health systems perspectives**. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies/Open University Press, 2008.

ROCHA S. V.; ALMEIDA. M. M. G.; ARAÚJO, T. M.; VIRTUOSO, J. J. S. Fatores associados à atividade física no lazer entre residentes de áreas urbanas de um município do nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v.13, n.4, p.257-64, 2011.

RODRIGUES, P. F.; MELO, M.; ASSIS, M.; OLIVEIRA, A. Condições socioeconômicas e prática de atividades físicas em adultos e idosos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.22, n.3, p.217-32, 2017.

ROMAIN, A. J.; BERNARD, P.; HOKAYEM, M.; GERNIGON, C.; AVIGNON, A. Measuring the processes of change from the transtheoretical model for physical activity and exercise in overweight and obese adults. **American Journal of Health Promotion**, v.30, n.4, p.272-8, 2016.

ROMAIN, A. J.; BORTOLON, C.; GOURLAN, M.; DECKER, E.; LAREYRE, O.; NINOT, G.; BOICHÉ, J.; BERNARD, P. Matched or nonmatched interventions based on the transtheoretical model to promote physical activity. A meta-analysis of randomized controlled trials. **Journal of Sport and Health Science**, v.7, n.1, p.50-7, 2018.

SALLIS, J. F.; BULL, F.; GUTHOLD, R.; HEATH, G. W.; INOUE, S.; KELLY, P.; OYEYEMI, A. L.; PEREZ, L. G.; RICHARDS J.; HALLAL, P. C. Progress in physical activity over the Olympic quadrennium. **The Lancet**, v.388, n.10051, p.1325-36, 2016.

SALLIS, J. F.; FLOYD, M. F.; RODRÍGUEZ, D. A.; SAELENS, B. E. Role of built environments in physical activity, obesity, and cardiovascular disease. **Circulation**, v.125, n.5, p.729-37, 2012.

- SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Confiabilidade da versão Brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.21, n.4, p.290-6, 2008.
- SCHWARZ, E.; GOMES, R.; COUTO, M. T.; MOURA, E. C. D.; CARVALHO, S. D. A.; SILVA, S. F. C. D. Política de saúde do homem. **Revista de Saúde Pública**, v.46, supl.1, p.108-16, 2012.
- SEABRA, A. F.; MENDONÇA D. M.; THOMIS, M. A.; ANJOS, L. A.; MAIA, J. A. Determinantes biológicos e sócio-culturais associados à prática de atividade física de adolescentes. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.4, p.721-36, 2008.
- SEPARAVICH, M. A.; CANESQUI, A. M. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. **Saúde e Sociedade**, v.22, n.2, p.415-28, 2013.
- SILVA, I. C. M.; AZEVEDO, M. R.; GONÇALVES, H. Leisure-time physical activity and social support among Brazilian adults. **Journal of Physical Activity and Health**, v.10, n.6, p.871-9, 2013.
- SILVA, J.; SILVA, K. Estágios de mudança de comportamento para atividade física em adolescentes: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.20, n.3, p.214-31, 2015.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.95, n.1, supl.1, p.I-III, 2010.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Rastreamento do sedentarismo em adultos e intervenções na promoção da atividade física na atenção primária à saúde: Projetos Diretrizes Clínicas**. Brasília: Associação Médica Brasileira/Conselho Federal de Medicina, 2009. 15p.
- SOUZA, R. K. T.; BORTOLETTO, M. S. S.; LOCH, M. R.; GONZÁLEZ, A. D.; TIEMI, M.; CABRERA, M. A. S.; ASSAN, F.; YONAMINE, C. Y. C. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em pessoas com 40 anos ou mais de idade, em Cambé, Paraná (2011): estudo de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.22, n.3, p.435-44, 2013.
- SPENCER, L.; ADAMS, T. B.; MALONE, S.; ROY, L.; YOST, E. Applying the transtheoretical model to exercise: a systematic and comprehensive review of the literature. **Health Promotion Practice**, v.7, n.4, p.428-43, 2006.

SPENCER, L.; PAGELL, F.; ADAMS, T. Applying the Transtheoretical Model to Cancer Screening Behavior. **American Journal of Health Behavior**, v.29, n.1, p.36-56, 2005.

SPENCER, L.; PAGELL, F.; HALLION, M. E.; ADAMS, T. B. Applying the Transtheoretical Model to tobacco cessation and prevention: A review of literature. **American Journal of Health Promotion**, v.17, n.1, p.7-71, 2002.

TAMMELIN, R.; YANG, X.; LESKINEN, E.; KANKAANPAA, A.; HIRVENSALO, M.; TAMMELIN, T.; RAITAKARI, O. T. Tracking of physical activity from early childhood through youth into adulthood. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v.46, n.5, p.955-62, 2014.

TAYMOORI, P.; BERRY, T. R. Longitudinal Changes in Beliefs by Stage of Physical Activity Adoption in Iranian Girls. **Journal of School Health**, v.85, n.5, p.299-308, 2015.

TONG, X.; CHEN, X.; ZHANG, S.; HUANG, M., SHEN, X.; XU, J.; ZOU, J. The Effect of Exercise on the Prevention of Osteoporosis and Bone Angiogenesis. **Biomedical Research International**, v.2019, n.8171897, p.1-8, 2019.

TRAPÉ, A. A. MARQUES, R. F. R.; LIZZI, E. A. S.; YOSHIMURA, F. E.; FRANCO, L. J.; ZAGO, A. S. Associação entre condições demográficas e socioeconômicas com a prática de exercícios e aptidão física em participantes de projetos comunitários com idade acima de 50 anos em Ribeirão Preto, São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.20, n.2, p.355-67, 2017.

TROST, S. G.; OWEN, N.; BAUMAN, A. E.; SALLIS, J. F.; BROWN, W. Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. **Medicine & Science in Sports Exercise**, v.34, n.12, p.1996-2001, 2002.

VANCAMPFORT, D.; MOENS, H.; MADOU, T.; DE BACKER, T.; VALLONS, V.; BRUYNINX, P.; VANHEUVERZWIJN, S.; MOTA, C. T.; SOUNDY, A.; PROBST, M. Autonomous motivation is associated with the maintenance stage of behaviour change in people with affective disorders. **Psychiatry Research**, v.240, n.1, p.267-71, 2016.

VARGHESE, T.; SCHULTZ, W. M.; MCCUE, A. A.; LAMBERT, C. T.; SANDESARA, P. B.; EAPEN, D. J.; GORDON, N. F.; FRANKLIN, B. A.; SPERLING, L. S. Physical activity in the prevention of coronary heart disease: implications for the clinician. **Heart**, v.102, n.12, p.904-9, 2016.

VO, P. T.; BOGG, T. Testing Theory of Planned Behavior and Neo-Socioanalytic Theory models of trait activity, industriousness, exercise social cognitions, exercise intentions, and physical activity in a representative US sample. **Frontiers in Psychology**, v.6, n.1114, p.1-13, 2015.

WIKLUND, P. The role of physical activity and exercise in obesity and weight management: Time for critical appraisal. **Journal of Sport and Health Science**, v.5, n.2, p.151-4, 2016.

WRIGHT, J. A.; VELICER, W. F.; PROCHASKA, J.O. Testing the predictive power of the transtheoretical model of behavior change applied to dietary fat intake. **Health Education Research**, v.24, n.2, p.224-36, 2009.

ZHAO, G.; LI, C.; FORD, E. S.; FULTON, J. E.; CARLSON, S. A.; OKORO, C. A.; WEN, X. J.; BALLUZ, L. S. Leisure-time aerobic physical activity, muscle-strengthening activity and mortality risks among US adults: the NHANES linked mortality study. **British Journal of Sports Medicine**, v.48, n.3, p.244-9, 2014.

ZHOU, G.; WANG, D.; KNOLL, N.; SCHWARZER, R. Planning mediates between self-efficacy and physical activity among motivated young adults. **Journal of Physical Activity and Health**, v.13, n.1, p.87-93, 2016.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

Formulário de Coleta de Dados de 2011

### UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**Doenças cardiovasculares no Estado do Paraná: mortalidade, perfil de risco,  
terapia medicamentosa e complicações**

#### INFORMAÇÕES DO DOMICÍLIO AMOSTRADO

Localização		
Rua:		
Setor Censitário:	Nº:	Complemento:
Telefone:	Obs:	
Moradores		
Nome	Sexo	Idade
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

#### INFORMAÇÕES DO INDIVÍDUO AMOSTRADO

Nome:	Código:
Data de Nascimento:	Celular:
Recursos: (0) própria pessoa (1) cuidador auxiliar (2) cuidador substituto	
Data da Entrevista:	

#### INFORMAÇÕES DA COLETA



<b>Entrevistador:</b>	
1º Visita: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Entrevistado <input type="checkbox"/> Não (motivo):
2º Visita: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Entrevistado <input type="checkbox"/> Não (motivo):
3º Visita: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Entrevistado <input type="checkbox"/> Não (motivo):
<input type="checkbox"/> Recusa <input type="checkbox"/> Perda <input type="checkbox"/> Exclusão    Motivo:	
Data para coleta de exames laboratoriais: ___/___/___	Digitação: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2




<b>Nome:</b>	<b>Código:</b>
<b>Observações:</b>	

Nome:	Código:
-------	---------

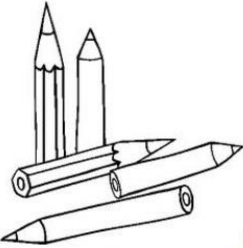

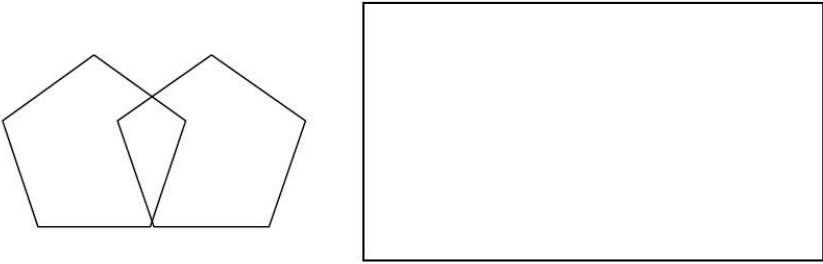
↳ Para todos os indivíduos:

<b>BLOCO 1 – VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO</b>															
<b>1. Qual é o seu Estado Civil?</b> (1) Solteiro (2) Casado (3) Divorciado/Separado (4) Viúvo (5) União estável	CIV														
<b>2. Você se considera da cor ou raça:</b> (1) Amarela (2) Branca (3) Indígena (4) Parda (5) Preta	COR														
<b>3. Quantos anos completos você estudou? [      ]</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Analfabeto</td> <td style="text-align: right;">0 anos</td> </tr> <tr> <td>Primário completo ou até a 4ª série do fundamental</td> <td style="text-align: right;">4 anos</td> </tr> <tr> <td>1º grau ou ensino fundamental/ginásio completo</td> <td style="text-align: right;">8 anos</td> </tr> <tr> <td>2º grau ou ensino médio</td> <td style="text-align: right;">11 anos</td> </tr> <tr> <td>Ensino superior</td> <td style="text-align: right;">15 anos</td> </tr> <tr> <td>Especialização</td> <td style="text-align: right;">15 + 1</td> </tr> <tr> <td>Mestrado</td> <td style="text-align: right;">15 + 2</td> </tr> </table>	Analfabeto	0 anos	Primário completo ou até a 4ª série do fundamental	4 anos	1º grau ou ensino fundamental/ginásio completo	8 anos	2º grau ou ensino médio	11 anos	Ensino superior	15 anos	Especialização	15 + 1	Mestrado	15 + 2	ESTU
Analfabeto	0 anos														
Primário completo ou até a 4ª série do fundamental	4 anos														
1º grau ou ensino fundamental/ginásio completo	8 anos														
2º grau ou ensino médio	11 anos														
Ensino superior	15 anos														
Especialização	15 + 1														
Mestrado	15 + 2														
<b>4. Quantos amigos próximos você diria que têm hoje?</b> Essas pessoas são aquelas com quem se sente à vontade, para conversar a respeito de assuntos particulares, ou chamar quando precisa de ajuda. [      ]	REDE1														
<b>5. Se de repente você precisasse de uma pequena quantia em dinheiro, (equivalente ao ganho de uma semana de trabalho) quantas pessoas, de fora do seu domicílio, estariam dispostas a lhe fornecer este dinheiro, se você pedisse a elas?</b> (1) Ninguém (2) Uma ou duas (3) Três ou quatro (4) Cinco ou mais	REDE2														
<b>6. Em toda comunidade, algumas pessoas se dão bem e confiam umas nas outras, enquanto outras pessoas não. Agora, eu gostaria de falar a respeito da confiança e da solidariedade na sua comunidade. Em geral, você concorda ou discorda das seguintes afirmações:</b>															
<b>6.1. Pode-se confiar na maioria das pessoas que moram neste(a) bairro/localidade:</b> (1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente	SOL10														
<b>6.2. Neste(a) bairro/localidade, é preciso estar atento ou alguém pode tirar vantagem de você:</b> (1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente	SOL11														
<b>6.3. A maioria das pessoas neste(a) bairro/localidade estão dispostas a ajudar caso você precise:</b> (1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente	SOL12														
<b>6.4. Neste(a) bairro/localidade, as pessoas geralmente não confiam umas nas outras quanto a emprestar e tomar dinheiro emprestado:</b> (1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente	SOL13														
<b>7. Hoje em dia, com que frequência você diria que as pessoas neste(a) bairro/localidade ajudam umas às outras:</b> (1) Sempre ajudam (2) Quase sempre ajudam (3) Algumas vezes ajudam (4) Raramente ajudam (5) Nunca ajudam	SOL2														

<b>8. Na sua opinião, esse(a) bairro/localidade é geralmente:</b> (1) Muito pacífico (2) Moderadamente pacífico (3) Nem pacífico nem violento (4) Moderadamente violento (5) Muito violento		VIOL1
<b>9. Em relação a sua segurança, como você se sente ao andar sozinho(a) na sua rua depois de escurecer:</b> (1) Muito seguro(a) (2) Moderadamente seguro(a) (3) Nem seguro (a), nem inseguro(a) (4) Moderadamente inseguro(a) (5) Muito inseguro(a)		VIOL2
<b>10. Qual o controle que você sente que tem para tomar as decisões que afetam as suas atividades diárias:</b> (1) Nenhum controle (2) Controle sobre muito poucas decisões (3) Controle sobre algumas decisões (4) Controle sobre a maioria das decisões (5) Controle sobre todas as decisões		POL1
<b>11. Nos últimos 12 meses, você fez alguma dessas coisas:</b>	Marque com um (x)	
11.1. Participou de uma reunião de conselho, reunião aberta ou grupo de discussão?		POL21
11.2. Encontrou um político, telefonou para ele/ela, ou enviou-lhe uma carta/email?		POL22
11.3. Participou de um protesto ou demonstração?		POL23
11.4. Participou de uma campanha eleitoral ou informativa?		POL24
11.5. Alertou algum jornal, rádio ou TV para um problema local?		POL25
11.6. Notificou a polícia ou a justiça a respeito de um problema local?		POL26
AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SEU <b>TRABALHO</b> E OS <b>BENS DA SUA CASA</b> . GOSTARIA DE LEMBRAR QUE OS DADOS DESTE ESTUDO SERVIRÃO APENAS PARA A PESQUISA.		
<b>12. Quantos trabalhos você exerce atualmente? [     ]</b>  Se maior ou igual a <b>1 (um)</b> pule para questão <b>14</b>		TR1
<b>13. Caso não exerça nenhum trabalho, como você se classifica?</b> (1) Aposentado (2) Do lar (3) Desempregado  Pular para questão <b>17</b>		TR2
<b>14. Se trabalha atualmente, qual seu trabalho principal?</b>		TR3
<b>15. Nesse trabalho você é:</b> (1) Empregado (2) Trabalhador doméstico (na casa de terceiros empregado doméstico, diarista etc.) (3) Conta própria (sem empregado ou com ajuda de trabalhador não remunerado) (4) Empregador (5) Não remunerado		TR4
<b>16. O Sr. Trabalha atualmente com alguma dessas atividades:</b>	S/N	Há quanto tempo (anos)?
<b>A1.</b> Fabricação e recuperação de baterias		
<b>A2.</b> Fundições secundárias: fusão de sucatas ou barras de chumbo		
<b>A3.</b> Produção de ligas (bronze, latão)		
<b>A4.</b> Galvanoplastia (ex: Pado)		
		PB1
		PB11
		PB12
		PB13
		PB14





<b>A5. Operação de corte e solda de peças e chapas metálicas contendo chumbo</b>				PB15		
<b>A6. Fabricação de PVC e outros plásticos</b>				PB16		
<b>A7. Indústria da borracha</b>				PB17		
<b>17. O Sr. já trabalhou com alguma das atividades:</b>  <b>Caso já tenha lido as alternativas:</b> O(a) senhor(a) já trabalhou em algum dos locais que acabei de citar?	S/N	Durante quanto tempo? (anos)	Parou há quanto tempo (anos)?			
<b>A1. Fabricação e recuperação de baterias</b>				PB20		
<b>A2. Fundições secundárias: fusão de sucatas ou barras de chumbo</b>				PB21		
<b>A3. Produção de ligas (bronze, latão)</b>				PB22		
<b>A4. Galvanoplastia (ex: Pado)</b>				PB23		
<b>A5. Operação de corte e solda de peças e chapas metálicas contendo chumbo</b>				PB24		
<b>A6. Fabricação de PVC e outros plásticos</b>				PB25		
<b>A7. Indústria da borracha</b>				PB26		
<b>18. Alguém que mora com o Sr (a) trabalha com exposição ao chumbo?</b> (1) Sim (2) Não				PB30		
 Se <b>SIM: 18.1.</b> Em qual atividade (códigos acima)? [                    ]				PB31		
<b>19. Existe alguma fonte de contaminação por chumbo próxima à sua residência?</b> (conforme alternativas citadas). (1) Sim (2) Não				PB40		
 Se <b>SIM: 19.1.</b> Qual a distância aproximada (metros) da fonte em relação à sua casa? [                    ]				PB41		
<b>20. Por quais desses meios de comunicação costuma se informar:</b> (1) Televisão (2) Rádio (3) Jornal Impresso (4) Internet (5) Outros				COM		
<b>21. Classe econômica:</b>				ABEP		
	<b>Número de Itens</b>					
<b>Quais desses itens você possui?</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>		<b>3</b>	<b>4+</b>
Televisão em cores	0	1	2		3	4
Rádio	0	1	2		3	4
Banheiro	0	4	5		6	7
Automóvel	0	4	7		9	9
Empregada mensalista	0	3	4		4	4
Máquina de Lavar	0	2	2		2	2
Vídeo cassete e/ou DVD	0	2	2		2	2
Geladeira	0	4	4		4	4
Freezer (separado ou	0	2	2		2	2
<b>Qual o Grau de Instrução do chefe da família?</b>						
Analfabeto / primário incompleto / até a 3ª série do fundamental					0	
Primário Completo / ginásial incompleto / até a 4ª série do fund.					1	
Ginásial completo / colegial incompleto / fundamental completo					2	
Colegial completo / superior incompleto / ensino médio completo					4	
Superior completo					8	
<b>Pontuação total</b> [                    ]						





<p>27.2 Aponte o lápis e o relógio e pergunte: <b>O que é isso?</b></p>  <p>( )</p> <p><b>Número de respostas corretas</b></p>	<p><b>O que é isto?</b></p>  <p>( )</p> <p>[    ]</p>	<p>1 ponto para cada</p>
<p>27.3. Agora ouça com atenção porque eu vou pedir para o Sr (a) fazer 3 tarefas: 1. Pegue este papel com a mão direita (utilize o TCLE) 2. Com as duas mãos dobre-o ao meio uma vez 3. Jogue-o no chão</p> <p><b>Número de respostas corretas</b></p>	<p>[    ]</p>	<p>1 ponto para cada tarefa</p>
<p>27.4. Por favor, leia isto e faça o que está escrito no papel. Mostre ao examinado o comando:</p> <p style="text-align: center;"><b>FECHE OS OLHOS</b></p> <p><b>Resposta correta</b></p>		<p>1 ponto</p>
<p>27.5. Por favor, escreva uma sentença. Se o paciente não responder, peça: Escreva sobre o tempo.</p> <hr/> <p><b>Resposta correta</b></p>		<p>1 ponto (Não considere erros gramaticais ou ortográficos)</p>
<p>28. Por favor, copie este desenho. (Apresenta a folha com os pentágonos que se interseccionam)</p>  <p><b>Número de respostas corretas</b></p>		<p>1 ponto (Considere apenas se houver 2 pentágonos que se interseccionem, 10 ângulos, formando uma figura de 4 lados ou com 2 ângulos)</p>
<p>29. PONTUAÇÃO TOTAL DO MINIMENTAL</p>		<p>MM</p>

↪ Para todos os indivíduos

<b>BLOCO 2 – VARIÁVEIS DE HÁBITOS DE VIDA</b>	
<b>30. O(a) Sr(a) Fuma?</b> (1) Sim (2) Não ↪ Se <b>NÃO</b> , pule para a questão <b>33</b>	FUM1
↪ Se <b>SIM: 30.1. Qual a frequência?</b> (1) Diariamente (2) Ocasionalmente	FUM2
↪ Se <b>DIARIAMENTE: 30.2. Quantos cigarros por dia? [     ]</b>	FUM3
<b>31. Que idade o(a) senhor (a) tinha quando começou a fumar regularmente?</b> [     ] anos (99) Não lembra	FUM4
<b>32. O(a) senhor(a) já tentou parar de fumar?</b> (1) Sim (2) Não	FUM5
<b>33. O Sr (a) já fumou?</b> (1) Sim (2) Não	FUM6
↪ Se <b>SIM: 33.1. Que idade o(a) senhor(a) tinha quando parou de fumar?</b> [     ] anos (99) Não lembra	FUM7
<b>34. O(a) Sr(a) costuma consumir bebida alcoólica?</b> (1) Sim (2) Não ↪ Se <b>NÃO</b> , pule para a questão <b>35</b>	ALC1
↪ Se <b>SIM: 34.1. Com frequência faz uso de bebida alcoólica?</b> (1) Ocasionalmente (menos que 2x/sem) (2) Frequentemente (2 a 6x/sem) (3) Todos os dias	ALC2
<b>34.2. Nos últimos 30 dias o Sr (a) consumiu mais que 4 (para mulher)/5(para homem) doses de bebida alcoólica em uma ocasião?</b> <i>(mais de 4/5 doses seriam 4/5 latas de cervejas ou 4/5 taças de vinho ou 4/5 doses de cachaça/whisky/qualquer outra bebida destilada)</i> (1) Sim (2) Não	ALC3
↪ Se <b>SIM: 34.2.1 Em quantos dias do mês isso ocorreu? [     ]</b>	ALC4
AGORA, VAMOS FALAR SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS, COMO CAMINHADA, ESPORTES E EXERCÍCIOS FEITOS DE MANEIRA REGULAR E QUE FAÇAM A RESPIRAÇÃO FICAR MAIS FORTE QUE O NORMAL.	
<b>35. Em uma semana normal (típica) o sr(a) faz algum tipo de atividade física no seu tempo livre?</b> (1) Sim (2) Não ↪ Se <b>NÃO</b> , pule para a questão <b>38</b>	EX1
↪ Se <b>SIM:</b>	

<b>36. Em uma semana normal (típica) quais são as atividades físicas que o(a) Sr(a) pratica no tempo livre:</b>				
	Se <b>Sim</b> , assinale com X	Quantas vezes por semana? (dias)	Quanto tempo dura por dia? (minutos)	
36.1. Caminhada?				EX21
36.2. Alongamento?				EX22
36.3. Dança?				EX23
36.4. Musculação?				EX24
36.5. Ginástica de academia?				EX25
36.6. Futebol?				EX26
36.7. Outra? Qual?				EX27
<b>37. O(a) Sr.(a) faz atividade física REGULAR há mais de 6 meses?</b> (1) Sim (2) Não  Se <b>Sim</b> , pule para a questão 40				EX5
<b>38. O(a) Sr.(a) pretende começar a fazer atividade física REGULAR nos próximos 30 dias?</b> (1) Sim (2) Não  Se <b>Sim</b> , pule para a questão 40				EX6
<b>39. O(a) Sr.(a) pretende começar a fazer atividade física REGULAR nos próximos 6 meses?</b> (1) Sim (2) Não				EX7
<b>40. Com relação ao seu trabalho remunerado, ou às atividades domésticas, em relação ao esforço físico, como você classificaria o seu trabalho:</b> (1) Muito leve (2) Leve (3) Moderado (4) Intenso (5) Muito intenso				EX8
<b>41. O(a) Sr.(a) caminha ou vai de bicicleta até o trabalho?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica  Se <b>NÃO</b> ou <b>NÃO SE APLICA</b> , pule para a questão 43				EX9
<b>42. Quanto tempo o(a) Sr.(a) leva caminhando ou pedalando neste deslocamento (somar tempo de ida e volta): [        ] minutos.</b>				EX10
<b>AGORA FAZER ALGUMAS PERGUNTAS QUANTO A SEUS HÁBITOS ALIMENTARES</b>				
<b>43. Em quantos dias da semana (a) Sr(a) costuma comer frutas?</b> (1) Quase nunca (2) Nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias				AL1
<b>44. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, chuchu, berinjela, abobrinha), sem contar batata, mandioca ou inhame?</b> (1) Quase nunca (2) Nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias				AL2
<b>45. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer carne vermelha ?</b> (1) Quase nunca (2) Nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias  Se <b>nunca</b> , pule para questão 46				AL3

<b>45.1. Quando o(a) Sr(a) come carne vermelha com gordura, o(a) Sr(a) costuma:</b> (1) Tirar sempre o excesso de gordura visível (2) Comer com a gordura (3) Não come carne vermelha com muita gordura	AL4	
<b>46. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer frango?</b> (1) Quase nunca      (2) Nunca      (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias      (5) 5 a 6 dias      (6) Todos dias  <b>Se nunca, pule para questão 47</b>	AL5	
<b>46.1. Quando o(a) Sr(a) come frango com pele costuma:</b> (1) Tirar sempre a pele (2) Comer com a pele (3) Não come pedaços de frango	AL6	
<b>47. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma tomar leite? (não vale leite de soja)</b> (1) Quase nunca      (2) Nunca      (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias      (5) 5 a 6 dias      (6) Todos dias  <b>Se nunca, pule para questão 48</b>	AL7	
<b>47.1. Quando o(a) Sr(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar?</b> (1) Integral      (2) Desnatado ou semi-desnatado (3) Os dois tipos      (99) Não sabe	AL8	
<b><u>BLOCO 3 – VARIÁVEIS DE CAPACIDADE FUNCIONAL</u></b>		
<b>48. Respondente:</b> (1) Própria pessoa      (2) Cuidador	RES	
AGORA VAMOS VALAR DA SUA CAPACIDADE FUNCIONAL, CAPACIDADE MOTORA, COGNIÇÃO E ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA		
<b>49. O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para:</b>	<b>Nível:</b>	
<b>49.1. Alimentar-se?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte)    ( ) Sim →	<b>Se SIM:</b> (2) Com dificuldade (3) Sozinho, mas precisa de estímulo/supervisão (4) Precisa de ajuda parcial (5) Não consegue, precisa de outra pessoa	CF1
<b>49.2. Tomar banho?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte)    ( ) Sim →		CF2
<b>49.3. Vestir-se?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte)    ( ) Sim →		CF3
<b>49.4. Cuidar da aparência (escovar dentes, pentear-se, fazer barba, cortar unhas ou se maquiar)?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte)    ( ) Sim →		CF4
<b>49.5. Utilizar o vaso sanitário (sentar-se, levantar-se da privada, limpar-se e se vestir)?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte)    ( ) Sim →		CF5
<b>49.6. Para urinar (micção)?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte)    ( ) Sim →		CF6
<b>49.7. Para fazer cocô (defecação)?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte)    ( ) Sim →		CF7

<p><b>50.</b> O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para <b>levantar-se, sentar-se e deitar-se, da cama para uma poltrona ou para uma cadeira de rodas e ficar de pé e vice-versa?</b>  (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim</p> <p>↪ Se <b>SIM: 50.1. Como o(a) Sr (a) realiza a transferência:</b>  (2) Com dificuldade  (3) Sozinho, mas precisa de estímulo ou supervisão  (4) Precisa de ajuda parcial  (5) Não consegue, precisa de outra pessoa</p>	CF10
<p><b>51.</b> O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda <b>para andar pela casa ou chegar ao elevador</b> (no caso de morar em apartamento)?  (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim</p> <p>↪ Se <b>SIM, 51.1. Como o(a) Sr (a) anda pela casa:</b>  (2) Com dificuldade (com bengala, prótese, órtese ou andador)  (3) Sozinho, mas precisa que alguém o guie, estimule ou supervisione  (4) Precisa de ajuda de outra pessoa para caminhar  (5) Não anda</p>	CF11
<p><b>51.2. O senhor utiliza algum dispositivo para auxiliá-lo a caminhar?</b>  (1) Bengala simples (2) Trípode (3) Quadrípode (4) Andador</p>	CF111
<p><b>52.</b> O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para <b>caminhar fora de casa?</b>  (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim</p> <p>↪ Se <b>SIM, 52.1. Como o(a) Sr (a) caminha fora de sua casa:</b>  (2) Com dificuldade (com bengala, prótese, órtese ou andador)  (3) Utiliza uma Cadeira de Rodas (CR) ou caminha sozinho, mas precisa que alguém o guie, estimule ou supervisione ou apresenta marcha instável  (4) Utiliza CR com dificuldade  (5) Precisa de ajuda de outra pessoa para caminhar ou utilizar uma CR  (6) Não pode se locomover na área externa (deve ser transportado em maca)</p>	CF12
<p><b>53. Em relação ao uso de prótese e órtese, o(a) Sr(a) usa?</b>  (1) Não utiliza (pule para a questão seguinte)  (2) Instala sozinho  (3) Instala com dificuldade  (4) Precisa que alguém verifique a instalação ou precisa de alguma ajuda para isso  (5) A prótese ou órtese deve ser instalada por outra pessoa</p>	CF13
<p><b>54. Em relação a Cadeira de Rodas, o(a) Sr (a) precisa utilizar?</b>  (1) Não utiliza (pule para a questão seguinte)  (2) Desloca-se sozinho em CR  (3) Desloca-se com dificuldade em CR  (4) Precisa que alguém empurre a CR  (5) Não pode utilizar uma CR (deve ser transportado em maca)</p>	CF14
<p>↪ Se utiliza, <b>54.1. Qual o tipo de cadeira de rodas?</b>  (1) Cadeira de rodas simples (2) Cadeira de rodas motorizadas</p>	CF141
<p><b>54.2. O local onde o(a) Sr(a) mora permite a circulação em CR?</b>  (1) Sim (2) Não</p>	CF142

<p><b>55. Em relação à utilizar escadas em algum lugar, o(a) Sr (a) apresenta alguma dificuldade para subir e descer?</b>  (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim</p> <p>↪ Se <b>SIM 55.1. Para utilizar escadas, o(a) Sr(a) sobe e desce:</b>  (2) Com dificuldade  (3) Sobe e desce de maneira não segura, precisa que alguém o guie, estimule ou supervisione  (4) Sobe e desce escadas com ajuda de outra pessoa  (5) Não utiliza escadas</p>	CF15
<p><b>56. O(a) Sr(a) precisa utilizar escadas no domicílio?</b>  (1) Sim (2) Não</p>	CF16
<p><b>57. Sem ajuda de nenhum equipamento o(a) Sr(a) tem alguma dificuldade para ler/enxergar?</b>  (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim</p> <p>↪ Se <b>SIM, 57.1. Para ler/enxergar, o(a) Sr(a):</b>  (2) Tem distúrbios visuais, mas enxerga suficientemente para realizar Atividades de Vida Diária (AVDs)  (3) Só enxerga o contorno dos objetos e precisa ser guiado nas AVDs  (4) Não enxerga/Cego</p>	CF20
<p><b>57.1.1. Para exercer suas atividades diárias, o(a) Sr(a) utiliza:</b>  (1) Lentes corretivas/óculos (2) Lupa (3) Não utiliza</p>	CF201
<p><b>58. Sem ajuda de nenhum equipamento o(a) Sr(a) tem alguma dificuldade para ouvir?</b>  (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim</p> <p>↪ Se <b>SIM, 58.1. Para ouvir, o(a) Sr(a):</b>  (2) Só ouve quando falam alto ou precisa que alguém instale seu aparelho auditivo  (3) Só escuta gritos ou algumas palavras ou lê os lábios ou compreende gestos  (4) Surdez total e incapacidade de compreender o que alguém quer lhe comunicar</p>	CF21
<p><b>58.1.1. Utiliza aparelho auditivo?</b>  (1) Sim (2) Não</p>	CF212
<p><b>59. Sem ajuda de nenhum equipamento o(a) Sr(a) tem alguma dificuldade para falar ou comunicar-se normalmente?</b>  (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim</p> <p>↪ Se <b>SIM, 59.1. Para falar normalmente, o(a) Sr(a):</b>  (2) Tem certa dificuldade, mas consegue expressar seu pensamento  (3) Tem uma dificuldade grave, mas pode comunicar certas necessidades básicas ou responde a questões simples (sim, não) ou utiliza linguagem de gestos  (4) Não comunica</p>	CF22
<p><b>59.2. O(a) Sr(a) utiliza algum dispositivo para ajudar em sua comunicação?</b>  (1) Quadro de comunicação (2) Computador (3) Não utiliza</p>	CF221
<p><b>60. O(a) Senhor(a) tem alguma dificuldade para lembrar-se de fatos (de maneira que comprometa a realização de suas atividades)?</b>  (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim</p> <p>↪ Se <b>SIM, 60.1. Com relação a sua memória, o(a) Sr(a):</b>  (2) Esquece fatos recentes, mas se lembra dos fatos importantes  (3) Esquece habitualmente as coisas da vida cotidiana corrente  (4) Amnésia quase total</p>	CF30



<p><b>61. O(a) Senhor(a) tem alguma dificuldade para localizar-se no tempo, espaço e pessoas?</b>  (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim</p> <p>↪ Se <b>SIM, 61.1. O(a) Sr (a) sente-se que está:</b>  (2) Algumas vezes desorientado  (3) Encontra-se orientado somente em relação a um curto espaço de tempo (período do dia), local (ambiente em que vive habitualmente) e pessoas familiares  (4) Desorientação completa</p>	CF31	
<p><b>62. O Sr(a) tem alguma dificuldade para compreender bem o que alguém lhe explica ou pede?</b>  (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim</p> <p>↪ Se <b>SIM, 62.1. O(a) Sr (a):</b>  (2) É lento para compreender explicações ou pedidos  (3) Parcialmente, mesmo após explicações repetidas ou é incapaz de aprender coisas novas  (4) Não compreende o que se passa ao seu redor</p>	CF32	
<p><b>63. O Sr (a) consegue avaliar as situações e tomar decisões sensatas?</b>  (1) Sim (pule para a questão seguinte) ( ) Não</p> <p>↪ Se <b>NÃO, 63.1. O(a) Sr (a):</b>  (2) Avalia as situações, mas precisa de conselhos para tomar decisões sensatas  (3) Avalia mal as situações e toma decisões sensatas apenas se alguém lhe sugerir fortemente uma opinião  (4) Não avalia as situações e é preciso que alguém tome-as em seu lugar</p>	CF33	
<p><b>64. Em relação ao comportamento, o(a) Sr(a) apresenta:</b>  (1) Comportamento apropriado  (2) Distúrbios, como por exemplo: choro, teimosia e apatia, que precisam de supervisão ocasional ou chamar a atenção ou estímulo  (3) Distúrbio que precisam supervisão mais intensiva (agressividade contra si ou aos outros, incomoda os outros, perambulação, gritos constantes)  (4) Perigoso, precisa de contenções ou tenta machucar/ferir os outros, ferir-se ou tentar fugir</p>	CF34	
<p><b>65. O(a) Sr(a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para:</b></p>	Nível:	
<p><b>65.1. Cuidar da casa?</b>  (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim→</p>	<p>Se <b>SIM:</b>  (2) Com dificuldade  (3) Sozinho, mas precisa supervisão ou estímulo para manter um nível adequado de limpeza</p>	CF40
<p><b>65.2. Lavar roupa?</b>  (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim→</p>	<p>(4) Precisa de ajuda, principalmente para as atividades mais complexas</p>	CF41
<p><b>65.3. Preparar as refeições?</b>  (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim→</p>	<p>(5) Não faz</p>	CF42
<p><b>65.4. Fazer compras?</b>  (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim→</p>		CF43







<p><b>66. O (a) Sr (a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para utilizar o telefone (incluindo a pesquisa de um número no catálogo)?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim</p> <p>↪ Se <b>SIM, 66.1. Com relação à utilizar o telefone, o(a) Sr(a):</b> (2) Utiliza com dificuldade (3) Atende, mas só disca alguns números que sabe de cor ou números em caso de urgência (4) Comunica-se ao telefone, mas não disca e nem atende (5) Não utiliza o telefone</p>	CF44
<p><b>67. O (a) Sr (a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para utilizar meio de transporte (automóvel, veículo adaptado, táxi, ônibus)?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim</p> <p>↪ Se <b>SIM, 67.1. Com relação à utilizar meios de transporte, o(a) Sr (a):</b> (2) Utiliza com dificuldade (3) Deve ser acompanhado ou utiliza sozinho um veículo adaptado (4) Utiliza apenas automóvel ou veículo adaptado mediante acompanhamento e ajuda para entrar e sair (5) Deve ser transportado em maca</p>	CF45
<p><b>68. O (a) Sr (a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para lidar com dinheiro (incluindo movimentação bancária)?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim</p> <p>↪ Se <b>SIM, 68.1. Em relação à lidar com dinheiro, o(a) Sr(a):</b> (2) Administra com dificuldade (3) Precisa de ajuda para efetuar certas transações complexas (4) Precisa de ajuda para efetuar transações simples (descontar um cheque, pagar contas), mas utiliza corretamente o dinheiro que lhe é passado (5) Não administra o próprio dinheiro</p>	CF46
<b>BLOCO 4 – UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE</b>	
<p><b>69. O(a) senhor(a) possui plano de saúde?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	PS1
<p>↪ Se <b>SIM, 69.1: Qual a modalidade da cobertura?</b> (1) parcial (co-participativo) (2) integral (99) Não sabe/lembra</p>	PS2
<p><b>70. Você utiliza o serviço do posto (unidade básica) de saúde?</b> (1) Sim (2) Não</p> <p>↪ Se <b>NÃO</b>, pule para a questão 75</p>	SUS
<p><b>71. O(a) senhor(a) recebe visitas das equipes de saúde da família (do posto de saúde) (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem)?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	PSF1
<p><b>72. O(a) senhor(a) recebe visitas do agente comunitário de saúde (ACS)?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	ACS
<p>↪ Se <b>SIM, 72.1: Com que frequência?</b> [       ] visitas/mês</p>	ACS1
<p><b>73. Como o(a) Sr(a) avalia o atendimento da equipe de saúde da família?</b> (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim</p>	PSF2
<p><b>74. Realizou consultas médicas nos últimos 12 meses?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	MED1
<p>↪ Se <b>SIM, 74.1: O senhor(a) recorda aproximadamente quantas consultas?</b> [       ]</p>	MED2


<b>74.2: Quantas dessas foram nos últimos dois meses?</b> [     ]	MED3
<b>74.3: Como o(a) Sr(a) avalia a sua relação com seu principal médico?</b> (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	MED4
<b>75. Realizou alguma cirurgia nos últimos 12 meses?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	CIR
<b>76. Você esteve internado (unidade hospitalar por mais de 1 dia) nos últimos 12 meses?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	INT1
↳ Se <b>SIM: 76.1. O(a) senhor(a) recorda por qual motivo?</b> _____ (99) Não sabe/lembra	INT2
<b>NESTE MOMENTO VAMOS TRATAR DA SAÚDE DE SEUS DENTES E SUA BOCA</b>	
<b>77. Alguma vez na vida o sr(a) já foi ao consultório do dentista?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra ↳ Se <b>NÃO</b> pule para a questão 82	DNT1
<b>78. Quando o Sr(a) consultou o dentista pela última vez?</b> (1) Menos de um ano (2) Um a dois anos (3) Três anos ou mais (99) Não sabe/lembra	DNT2
<b>79. Onde foi a sua última consulta ao dentista?</b> (1) Serviço público (2) Serviço particular (3) Plano de Saúde ou Convênios (4) Outros (99) Não sabe/lembra	DNT3
<b>80. Qual o motivo da sua última consulta ao dentista:</b> (1) Revisão, prevenção ou check-up (2) Dor (3) Extração (4) Tratamento (5) Outros (99) Não sabe/lembra	DNT4
<b>81. O que o sr(a) achou do tratamento na última consulta:</b> (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	DNT5
<b><u>BLOCO 5 – CONDIÇÕES DE SAÚDE</u></b>	
<b>82. Você já perdeu algum dente?</b> (1) Sim (2) Não ↳ Se <b>NÃO</b> pule para a questão 84	SB1
↳ Se <b>SIM: 82.1. O(a) senhor(a) consegue recordar aproximadamente quantos?</b> (arcada superior 16 e inferior 16 dentes) [     ]	SB2
<b>83. Possui alguma prótese dentária?</b> (pivô, coroa, ponte móvel ou fixa, ou dentadura superior e/ou inferior) (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	SB3
↳ Se <b>SIM: 83.1. A(s) prótese(s) fica(m) na parte:</b> (1) Superior da boca (2) Inferior da boca (3) Ambas	SB4
<b>84. O(a) sr(a) acha que necessita de tratamento dentário atualmente?</b> (1) Sim (2) Não	SB5
<b>85. Nos últimos 6 meses o(a) sr(a) teve dor de dente?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	SB6
<b>86. Você tem observado sangramento na gengiva:</b> (1) Não (2) Sim, na última semana (3) Sim, há 15 dias (4) Sim, há mais de 1 mês	SB7


<b>87. Sente algum (s) dente(s) amolecido(s)?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra/aplica	SB8
↳ Se <b>SIM: 87.1.</b> Quantos dentes estão amolecidos? [       ]	SB9
<b>88. Com relação aos seus dentes/boca o(a) sr(a) está:</b> (1) Satisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem um nem outro (99) Não sabe/lembra	SB10
<b>89. No último mês você se sentiu incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva?</b> (1) Não (2) Às vezes (3) Frequentemente ↳ Se <b>NÃO</b> pule para a questão 92	SB11
<b>90. No último mês sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva?</b> (1) Não (2) Às vezes (3) Frequentemente	SB12
<b>91. No último mês você teve que parar suas refeições por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva?</b> (1) Não (2) Às vezes (3) Frequentemente	SB13
<b>92. Você já se sentiu envergonhado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva?</b> (1) Não (2) Às vezes (3) Frequentemente	SB14
<b>AGORA IREMOS FALAR SOBRE SUA SAÚDE EM GERAL</b>	
<b>93. Como você classifica seu estado de saúde:</b> (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	EST1
<b>94. Comparado a um ano atrás, como você classificaria seu estado de saúde:</b> (1) Muito melhor (2) Um pouco melhor (3) Quase a mesma (4) Um pouco pior (5) Muito pior	EST2
<b>95. Comparado com pessoas da mesma idade que a sua, como você classificaria seu estado de saúde:</b> (1) Muito melhor (2) Um pouco melhor (3) Quase a mesma (4) Um pouco pior (5) Muito pior	EST3
<b>AS SEGUINTE PERGUNTAS SÃO RELATIVAS AOS HÁBITOS DE SONO DURANTE O ÚLTIMO MÊS. SUAS RESPOSTAS DEVEM INDICAR A LEMBRANÇA MAIS EXATA DA MAIORIA DOS DIAS E NOITES DO ÚLTIMO MÊS.</b>	
<b>96. Durante o último mês, quando você geralmente foi para a cama à noite?</b> Hora usual de deitar [       ]	SON1
<b>97. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir à noite?</b> Número de minutos [       ]	SON2
<b>98. Durante o último mês, quando você geralmente levantou de manhã?</b> Hora usual de levantar [       ]	SON3
<b>99. Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite?</b> Horas de sono por noite [       ]	SON4
<b>100. Durante o último mês, como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral?</b> (1) Muito boa (2) Boa (3) Ruim (4) Muito ruim	SON6
<b>101. Durante o último mês, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou por conta própria) para lhe ajudar a dormir?</b> (1) Nenhuma no último mês (2) Menos de 1 vez/semana (3) 1 ou 2 vezes/semana (4) 3 ou mais vezes/semana	SON7

<b>102. Durante o último mês, com que frequência você teve dificuldade de dormir porque você:</b>	Nenhuma no último mês (0)	Menos de 1 vez/semana (1)	1 ou 2 vezes/sem. (2)	3 ou + vezes/sem. (3)	
<b>102.1.</b> Não consegui adormecer em até 30 minutos					SON5a
<b>102.2.</b> Acordou no meio da noite ou de manhã					SON5b
<b>102.3.</b> Precisou levantar para ir ao banheiro					SON5c
<b>102.4.</b> Não consegui respirar confortavelmente					SON5d
<b>102.5.</b> Tossiu ou roncou forte					SON5e
<b>102.6.</b> Sentiu frio					SON5f
<b>102.7.</b> Sentiu calor					SON5g
<b>102.8.</b> Teve sonhos ruins					SON5h
<b>102.9.</b> Teve dor					SON5i
<b>102.10.</b> Outra (s) razão(s)	Qual?				SON5ib
Com que frequência, durante o último mês você teve dificuldade para dormir devido a essa razão					SON5j
<b>103. No último mês, com que frequência você teve dificuldade de ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos, estudo)?</b> (1) Nenhuma no último mês (2) Menos de 1 vez/semana (3) 1 ou 2 vezes/semana (4) 3 ou mais vezes/semana					SON8
<b>104. Durante o último mês, quão problemático foi para você manter o entusiasmo (ânimo) para fazer as coisas (suas atividades habituais)?</b> (1) Nenhuma no último mês (2) Menos de 1 vez/semana (3) 1 ou 2 vezes/semana (4) 3 ou mais vezes/semana					SON9
<b>105. Qual a probabilidade de você cochilar ou dormir, e não apenas se sentir cansado, nas seguintes situações</b> (caso não tenha passado por alguma situação, tente imaginar como elas o afetariam): 0 = nunca cochilaria: 1 = pequena probabilidade de cochilar 2 = probabilidade média de cochilar 3 = grande probabilidade de cochilar					
<b>SITUAÇÕES (CIRCULE A PONTUAÇÃO RESPONDIDA)</b>					
<b>105.1</b> Sentado e lendo	0	1	2	3	SON10A
<b>105.2</b> Assistindo TV	0	1	2	3	SON10B
<b>105.3</b> Sentado, quieto, em lugar público (por exemplo, em um teatro, reunião ou palestra)	0	1	2	3	SON10C
<b>105.4</b> Andando de carro por uma hora sem parar, como passageiro	0	1	2	3	SON10D
<b>105.5</b> Sentado quieto após o almoço sem bebida de álcool	0	1	2	3	SON10E
<b>TOTAL</b>					SON10

<b>106. Já lhe disseram que o(a) senhor(a) ronca todas ou quase todas as noites?</b> (1) Sim (2) Não	SON11
 Se <b>SIM</b> , Isso ocorre há pelo menos 12 meses? (1) Sim (2) Não	SON11a
<b>107. Já lhe disseram que quando o(a) senhor(a) dorme deixa de respirar por alguns momentos?</b> (1) Sim (2) Não	SON12
<b>108. O Sr(a) sabe qual o seu peso?</b> [       ] kg	PESR
<b>109. O Sr (a) sabe qual sua altura?</b> [     ,     ] m	ALTR
<b>110. CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO ESQUERDO:</b> [       ] cm	CBE
<b>111. AFERIR A PRIMEIRA MEDIDA DE PA:</b> _____ / _____	PA1
<b>VOU PERGUNTAR AGORA SE O(A) SENHOR(A) JÁ FOI DIAGNOSTICADO POR UM MÉDICO OU OUTRO PROFISSIONAL DA SAÚDE SOBRE ALGUMAS DOENÇAS. ATENÇÃO, POIS <u>SÓ DEVE RELATAR AQUILO QUE UM MÉDICO OU PROFISSIONAL DA SAÚDE JÁ LHE INFORMOU QUE POSSUI.</u></b>	
<b>112. Quais das doenças abaixo você já foi informado por um médico ou outro profissional da saúde (médico, enfermeiro, farmacêutico, outros.) que tem ou teve:</b>	
	<b>Sim/Não</b> HA
<b>112.1</b> Hipertensão Arterial/Pressão Alta?	
<b>112.2</b> Diabetes Mellitus / Açúcar no sangue?	DM
<b>112.3</b> Colesterol elevado?	CT
<b>112.4</b> Angina?	AG
<b>112.5</b> Insuficiência Cardíaca Congestiva?	ICC
<b>112.6</b> Infarto Agudo do Miocárdio?	IAM1
<b>112.6.1</b> Seus pais ou irmãos tiveram algum episódio de IAM antes dos 60 anos?	IAM2
<b>112.7</b> Doença Cerebrovascular/Derrame?	DCV1
 Se <b>SIM</b> , há quanto tempo aconteceu? [       ] anos	DCV2
<b>112.7.1</b> Ele já se repetiu alguma vez? (1) Sim (2) Não	DCV3
<b>112.7.2</b> Seus pais ou irmãos tiveram antes dos 60 anos?	DCV4
<b>112.8</b> Insuficiência Renal Crônica?	IRC
<b>112.9</b> Doença pulmonar?	DP
<b>112.10</b> Fratura de quadril?	FQ
<b>112.11</b> Artrite / Artrose / Reumatismo?	ART
<b>112.12</b> Problema na coluna?	COL
<b>112.13</b> Algum tipo de Neoplasia / Câncer?	CAN
<b>112.14</b> Depressão?	DEP

112.15 Outras? Qual(is):	DOT
 <b>SOMENTE MULHERES:</b>	
112.20 Tem ovário micropolicístico?	OMP
112.21 Já está na menopausa? (1) Sim (2) Não  Se <b>Não</b> , pule para a questão 113	MP
112.22 Esta gestante no momento?	GRAV
112.23 Esta amamentando no momento?	LAC
113. Você já perdeu seu pai, sua mãe ou algum irmão por morte súbita antes dos 60 anos? (1) Sim (2) Não	MSUB
 Se <b>AFIRMOU</b> alguma doença: 114. Você utiliza algum remédio para controlar suas doenças? (1) Sim (2) Não  Se <b>NÃO</b> pule para a questão 117	TRAT1
<b>NESTE MOMENTO FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O JEITO QUE TOMA SEUS REMÉDIOS. MINHA INTENÇÃO NÃO É AVALIAR VOCÊ. ASSIM, POR FAVOR, RESPONDA AS PRÓXIMAS PERGUNTAS DE MANEIRA SINCERA, SEM SE PREOCUPAR COM O RESULTADO.</b>	
115. Muitas pessoas têm algum tipo de problema ao tomar seus remédios. Nos últimos 15 dias o(a) senhor(a) teve algum problema em tomá-los? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	ADS1
116. Nesses últimos 15 dias o(a) Sr(a) deixou de usar algum remédio que deveria estar usando? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	ADS2
117. Você sofreu alguma queda nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	QUE1
 Se <b>SIM</b> : 117.1. O(a) senhor(a) recorda quantas vezes? [     ]	QUE2
117.2. Onde?	QUE3
<b><u>BLOCO 6 – TRATAMENTO MEDICAMENTOSO</u></b>	
118. Nos últimos 15 dias o(a) senhor(a) utilizou qualquer tipo de medicamento (ex.: de uso contínuo, para dores, para o estômago ou outros)? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra  Se <b>NÃO</b> pule para a questão 131 (pg. 20)	TRAT2

<b>119. Com relação ao uso de medicamentos, o(a) Sr (a):</b> (1) Toma sozinho ( <i>pule para a próxima questão</i> ) (2) Toma com dificuldade (3) Precisa de supervisão (incluindo supervisão à distância) para assegurar que lhe tome adequadamente seus medicamentos ou os medicamentos são organizados em uma caixa semanalmente (preparada por outra pessoa) (4) Toma seus medicamentos se eles são preparados diariamente (5) Alguém deve lhe trazer os medicamentos na hora certa	CF47
<b>120. Nesses últimos 15 dias, você teve algum problema ou desconforto que acha que foi causado pelos remédios que toma?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	RAM
<b>121. Os horários, efeitos colaterais ou a forma de tomar seus remédios interfere de alguma forma em sua rotina (trabalho ou atividades diárias)?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	ROT
<b>122. Quando um medicamento é receitado, o médico ou o dentista lhe orienta quanto a sua utilização?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	OR1
<b>123. Mais algum profissional da saúde (farmacêutico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde) conversa com o(a) Sr(a) a respeito da forma de utilizar seus remédios?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	OR2
<b>VOLTAREI A FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O JEITO QUE TOMA SEUS REMÉDIOS. ELAS SE REFEREM APENAS AOS MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO (SEM DATA PARA O TÉRMINO DO TRATAMENTO). POR FAVOR, RESPONDA AS PERGUNTAS SEM FICAR PREOCUPADO COM O RESULTADO.</b>	
<b>124. Você às vezes tem problemas em se lembrar de tomar a medicação?</b> (1) Sim (2) Não	ADS3
<b>125. Você às vezes se descuida de tomar seus medicamentos?</b> (1) Sim (2) Não	ADS4
<b>126. Quando está se sentindo melhor, você às vezes para de tomar seus medicamentos?</b> (1) Sim (2) Não	ADS5
<b>127. Às vezes, se você se sente pior ao tomar a medicação, você para de tomá-la?</b> (1) Sim (2) Não	ADS6
<b>128. Número de respostas “NÃO” das perguntas 124 a 127: [     ]</b>	ADS7
<b>129. Nos últimos quinze dias, você deixou de tomar os medicamentos por terem faltado?</b> (1) Sim (2) Não	ACE1
 <b>Se SIM: 129.1. Qual foi a razão pela qual os medicamentos faltaram?</b> (1) Não conseguiu obtê-los nos serviços de saúde onde são fornecidos (2) O serviço onde os obtenho é longe e/ou não funciona no horário em que posso ir buscar. (3) Não teve dinheiro para adquiri-los. (4) Outra	ACE2
<b>AGORA PRECISAREI RELATAR OS REMÉDIOS UTILIZADOS PELO(A) SENHOR(A). POR FAVOR, TRAGA <u>TODOS</u> OS MEDICAMENTOS QUE O(A) SENHOR(A) UTILIZA DIARIAMENTE OU QUE UTILIZOU <u>MESMO</u> QUE EVENTUALMENTE NOS ÚLTIMOS <u>15 DIAS</u>. (PAUSA).</b>	

<p><b>130. O(a) Senhor(a) possui a prescrição destes produtos?</b>          (1) Sim (2) Não</p> <p> Se <b>SIM</b>: Copie as informações sobre o tratamento <b>APENAS</b> da receita <b>MAIS RECENTE</b>:</p> <p>Nome do medicamento:</p> <p>Posologia:</p> <p>Duração do tratamento:</p> <p>Forma de tomar (ações requeridas):</p> <p>Data:</p> <p>Carimbo médico (sim/não):</p> <p>Outras informações contidas:</p> <p>( ) Receita com problemas de legibilidade</p>	REC
<b>RELATE OS MEDICAMENTOS NA FICHA ABAIXO</b>	

<b>BLOCO 7 – MEDIDAS</b>	
131. AFERIR A SEGUNDA MEDIDA DE PA: _____ / _____	PA2
132. Peso (kg): _____	PESM
133. Altura (m): _____	ALTM
134. Circunferência da cintura (cm): _____	CCIN
135. Circunferência do quadril (cm): _____	CQUA
136. CASO A PRIMEIRA E SEGUNDA MEDIDAS DE PA FOREM DIVERGENTES, AFERIR A TERCEIRA MEDIDA DE PA: _____ / _____	PA3
DATA DA COLETA DE EXAMES:	____/____/____ horas: _____



**APÊNCICE B**

Formulário de Coleta de Dados de 2015

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA  
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

VIGICARDIO 2011-2015

**INFORMAÇÕES DO INDIVÍDUO AMOSTRADO**

<b>Nome:</b>	<b>Código:</b>
<b>Data de Nascimento:</b>	<b>Celular:</b>
<b>Recursos:</b> (0) própria pessoa (1) cuidador auxiliar (2) cuidador substituto	
<b>Data da Entrevista:</b>	

**INFORMAÇÕES DO DOMICÍLIO AMOSTRADO**

<b>Rua:</b>		
<b>Setor Censitário:</b>	<b>N°:</b>	<b>Complemento:</b>
<b>Mudou de endereço:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
<b>Novo Endereço: Rua:</b>		
<b>N°:</b>	<b>Complemento:</b>	
<b>Telefone:</b>	<b>Obs:</b>	
<b>Email:</b>		

**INFORMAÇÕES DA COLETA**

<b>Entrevistador:</b>		
<b>1° Visita:</b> ___/___/___	<input type="checkbox"/> Entrevistado	<input type="checkbox"/> Não (motivo):
<b>2° Visita:</b> ___/___/___	<input type="checkbox"/> Entrevistado	<input type="checkbox"/> Não (motivo):
<b>3° Visita:</b> ___/___/___	<input type="checkbox"/> Entrevistado	<input type="checkbox"/> Não (motivo):
<input type="checkbox"/> Recusa <input type="checkbox"/> Perda <input type="checkbox"/> Exclusão <b>Motivo:</b>		
Digitação: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		

**CONTATOS PARA ENCONTRAR A PESSOA NO FUTURO - SEGUIMENTO**

Nome/Relação	Endereço	Fone
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

**COLETA DE EXAMES**

<b>Laboratorial:</b> ___/___/___	<b>Horas:</b> _____	<input type="checkbox"/> Realizar contato
<b>Oftalmológico:</b>	<b>Data:</b> ___/___/___	<b>Horas:</b> _____



Nome:	Código:
-------	---------



↪ Para todos os indivíduos:

<b>BLOCO 1 – VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO</b>																	
<b>1. Qual é o seu Estado Civil?</b> (1) Solteiro (2) Casado (3) Divorciado/Separado (4) Viúvo (5) União estável			CIV														
<b>2. Quantos anos completos o(a) senhor(a) estudou?</b> [     ]			ESTU														
<table border="1"> <tr> <td>Analfabeto</td> <td>0 anos</td> </tr> <tr> <td>Primário completo ou até a 4ª série do fundamental</td> <td>4 anos</td> </tr> <tr> <td>1º grau ou ensino fundamental/ginasial completo</td> <td>8 anos</td> </tr> <tr> <td>2º grau ou ensino médio</td> <td>11 anos</td> </tr> <tr> <td>Ensino superior</td> <td>15 anos</td> </tr> <tr> <td>Especialização</td> <td>15 + 1</td> </tr> <tr> <td>Mestrado</td> <td>15 + 2</td> </tr> </table>		Analfabeto	0 anos	Primário completo ou até a 4ª série do fundamental	4 anos	1º grau ou ensino fundamental/ginasial completo	8 anos	2º grau ou ensino médio	11 anos	Ensino superior	15 anos	Especialização	15 + 1	Mestrado	15 + 2		
Analfabeto	0 anos																
Primário completo ou até a 4ª série do fundamental	4 anos																
1º grau ou ensino fundamental/ginasial completo	8 anos																
2º grau ou ensino médio	11 anos																
Ensino superior	15 anos																
Especialização	15 + 1																
Mestrado	15 + 2																
AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SEU TRABALHO.																	
<b>3. O(a) senhor(a) trabalha atualmente?</b> (1) Sim (2) Não			TR1														
<p>↪ Se <b>NÃO</b>: 3.1 Como o(a) senhor(a) se classifica? (1) Aposentado (2) Do lar (3) Desempregado</p> <p>↪ Pule para a questão 7</p>			TR2														
<b>4. Se trabalha atualmente, qual seu trabalho (ocupação) principal?</b>			TR3														
<b>5. Nesse trabalho o(a) senhor(a) é:</b> (1) Empregado formal (carteira de trabalho) (2) Empregado informal (3) Autônomo/Conta própria (4) Não remunerado			TR4														
<b>6. O(a) Sr(a). Trabalha atualmente com alguma dessas atividades:</b>	S/N	Há quanto tempo (anos)?	PB1														
<b>A1.</b> Fabricação e recuperação de baterias			PB11														
<b>A2.</b> Fundições secundárias: fusão de sucatas ou barras de chumbo			PB12														
<b>A3.</b> Produção de ligas (bronze, latão)			PB13														
<b>A4.</b> Galvanoplastia (ex: Pado)			PB14														
<b>A5.</b> Operação de corte e solda de peças e chapas metálicas contendo chumbo			PB15														
<b>A6.</b> Fabricação de PVC e outros plásticos			PB16														
<b>A7.</b> Indústria da borracha			PB17														



7. O(a) Sr(a). já trabalhou com alguma das atividades:	S/N	Durante quanto tempo? (anos)	Parou há quanto tempo (anos)?	
<p>↪ Caso já tenha lido as alternativas: O(a) senhor(a) já trabalhou em algum dos locais que acabei de citar?</p> <p><b>A1.</b> Fabricação e recuperação de baterias</p> <p><b>A2.</b> Fundições secundárias: fusão de sucatas ou barras de chumbo</p> <p><b>A3.</b> Produção de ligas (bronze, latão)</p> <p><b>A4.</b> Galvanoplastia (ex: Pado)</p> <p><b>A5.</b> Operação de corte e solda de peças e chapas metálicas contendo chumbo</p> <p><b>A6.</b> Fabricação de PVC e outros plásticos</p> <p><b>A7.</b> Indústria da borracha</p>				PB20 PB21 PB22 PB23 PB24 PB25 PB26
<p><b>8. Alguém que mora com o(a) Sr(a). trabalha com exposição ao chumbo?</b> (1) Sim (2) Não</p>				PB30
<p>↪ Se <b>SIM: 8.1.</b> Em qual atividade (códigos acima)? [            ]</p>				PB31
<p><b>9. Existe alguma fonte de contaminação por chumbo próxima à sua residência?</b> (conforme alternativas citadas). (1) Sim (2) Não</p>				PB40
<p>↪ Se <b>SIM: 9.1.</b> Qual a distância aproximada (metros) da fonte em relação à sua casa? [            ] metros</p>				PB41
<p><b>10. Trabalha no campo na aplicação de inseticidas/"veneno"/ praguicidas?</b> (1) Sim (2) Não</p>				PB50
<p>↪ Se <b>SIM: 10.1</b> Qual o nome da cultura ou do produto aplicado?</p>				PB51
<p>↪ Se <b>SIM: 10.2</b> A última aplicação foi há mais de 30 dias? (1) Sim (2) Não</p>				PB52
<b><u>BLOCO 2 – VARIÁVEIS DO ESTADO DE SAÚDE</u></b>				
AGORA IREMOS FALAR SOBRE SUA SAÚDE EM GERAL				
<p><b>11. Como o(a) senhor(a) classifica seu estado de saúde:</b> (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim</p>				EST1
<p><b>12. O(a) senhor(a) possui cinco ou mais obturações metálicas em seus dentes (amálgama):</b> (1) Sim, atualmente (2) Sim, já teve há mais de 1 ano (3) Sim, já teve há menos de 1 ano (4) Não (99) Não sabe/lembra</p>				DEN1
<p><b>13. Durante o último mês, como o(a) Sr(a). classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral:</b> (1) Muito boa (2) Boa (3) Ruim (4) Muito ruim</p>				SON6
<p><b>VOU PERGUNTAR AGORA SE O(A) SENHOR(A) JÁ FOI DIAGNOSTICADO POR UM MÉDICO OU OUTRO PROFISSIONAL DA SAÚDE SOBRE ALGUMAS DOENÇAS. ATENÇÃO, POIS <u>SÓ DEVE RELATAR AQUILO QUE UM MÉDICO OU PROFISSIONAL DA SAÚDE JÁ LHE INFORMOU QUE POSSUI.</u></b></p>				
<p><b>14. Quais das doenças/condições abaixo o(a) senhor(a) já foi informado por um médico ou outro profissional da saúde (médico, enfermeiro, farmacêutico, outros.) que tem ou teve:</b></p>				

	(1)SIM (2)NÃO	
14.1 Hipertensão Arterial/Pressão Alta?		HA
14.2 Colesterol elevado?		CT
14.3 Angina (dor no peito)?		AG
14.4 Insuficiência Cardíaca?		ICC
14.5 Ataque cardíaco/Infarto Agudo do Miocárdio?		IAM1
↪ Se <b>SIM, 14.5.1</b> Há quanto tempo aconteceu? [                    ] anos		IAM3
↪ 14.5.2 Ele já se repetiu alguma vez?		IAM4
14.6 Doença Cerebrovascular/Derrame?		DCV1
↪ Se <b>SIM, 14.6.1</b> Há quanto tempo aconteceu? [                    ] anos		DCV2
↪ 14.6.2 Ele já se repetiu alguma vez?		DCV3
14.7 Insuficiência Renal Crônica?		IRC
14.8 Doença pulmonar/pulmão?		DP
14.9 Fratura de quadril?(incluindo o fêmur)		FQ
14.10 Artrite / Artrose / Reumatismo?		ART
14.11 Problema na coluna?		COL
14.12 Algum tipo de Neoplasia / Câncer?		CAN
14.13 Depressão?		DEP
14.14 Diabetes Mellitus / Açúcar no sangue?		DM
↪ Se <b>SIM: 14.14.1</b> Há quanto tempo (anos) tem DM? [                    ] anos		DM1
↪ 14.14.2 Como controla o DM? (1) Dieta (2) Comprimidos (3) Insulina (permite mais de uma resposta)		DM2
14.15 Outras? Qual(is):		DOT
14.16 O(a) senhor(a) sofreu alguma queda nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra ↪ Se <b>NÃO</b> : pule para questão 14.17		QUE1
↪ Se <b>SIM: 14.16.1</b> O(a) senhor(a) recorda quantas vezes? [            ]		QUE2
↪ 14.16.2 Em qual(ais) local(ais) aconteceram a(s) queda(s)? (1) Em casa (2) Fora da Casa		QUE3
↪ Se em casa, 14.16.1.1 Onde: _____		QUE4
↪ Se fora da casa, 14.16.2.1 Onde: _____		QUE5
↪ 14.16.3 Em algumas dessas quedas ocorreu uma fratura? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra		QUE6


↪ Se <b>SIM: 14.16.3.1</b> Qual parte do corpo foi fraturado?	QUE7
<b>↪ SOMENTE MULHERES:</b>	
<b>14.17 A senhora entrou na menopausa, ou seja, parou de sangrar definitivamente há 1 ano ou há mais de 1 ano?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	MP1
↪ Se <b>SIM: 14.17.1</b> Há quanto tempo? [     ] ano(s) (99) Não sabe/não lembra	MP2
<b>VOU PERGUNTAR AGORA SE ALGUÉM DA SUA FAMÍLIA JÁ FOI DIAGNOSTICADO POR UM MÉDICO OU OUTRO PROFISSIONAL DA SAÚDE SOBRE ALGUMAS DOENÇAS</b>	
<b>15. Seus pais ou irmãos tiveram algum episódio de Ataque cardíaco/Infarto antes dos 60 anos?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	IAM2
<b>16. Seus pais ou irmãos tiveram Doença Cerebrovascular/Derrame antes dos 60 anos?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	DCV4
<b>17. O(a) senhor(a) já perdeu seu pai, sua mãe ou algum irmão por morte súbita antes dos 60 anos?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	MSUB
<b><u>BLOCO 3 – TRATAMENTO MEDICAMENTOSO</u></b>	
<b>18. Lembre-se brevemente de suas atividades nas duas últimas semanas. Neste período o(a) Sr(a). utilizou algum medicamento?</b> (1) Sim (2) Não  ↪ Se <b>NÃO</b> pule para a questão 35	MED1
<b>AGORA PRECISAREI RELATAR OS REMÉDIOS UTILIZADOS PELO(A) SENHOR(A). POR FAVOR, TRAGA <u>TODOS</u> OS MEDICAMENTOS, INCLUINDO VITAMINAS, SUPLEMENTOS, QUE O(A) SENHOR(A) UTILIZA DIARIAMENTE OU QUE UTILIZOU MESMO QUE EVENTUALMENTE NOS ÚLTIMOS 15 DIAS. (PAUSA).</b>	
<b>19. Destes medicamentos, algum deles é utilizado de forma contínua, ou seja, sem data definida para o término do tratamento?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica  ↪ Se <b>NÃO</b> ou <b>NÃO SE APLICA</b> pule para a questão 35	MED2
↪ Se <b>SIM</b> , Por favor, separe aqueles que você utiliza de maneira contínua. <b>20. Quantos medicamentos são utilizados desta forma? [     ]</b>	MED3
<b>21. Quantas doenças ou problemas de saúde o(a) Sr(a). atualmente trata com esses medicamentos de uso contínuo?</b>  [     ]	MED4
<b>22. Além desses medicamentos que separamos, existe mais algum que o senhor(a) utiliza ou deveria estar utilizando?</b> (1) Sim (2) Não	MED5
↪ Se <b>SIM</b> , 22.1: Quantos? [     ]	MED6
<b>23. Em um dia normal, quantas vezes que o Sr(a) toma seus medicamentos?</b> (1) 1x ao dia (2) 2x ao dia (3) 3x ao dia (4) 4x ao dia (5) 5 ou mais vezes ao dia	MED7
<b>24. Quantos médicos diferentes receitaram o conjunto de medicamentos que comentou?</b>  [     ]	MED8

25. Em quantos lugares que o(a) Sr(a). consegue seus medicamentos? Considere farmácias públicas, privadas, unidades de saúde e outros. [       ]	MED9
26. No último ano, o(a) Sr(a). deixou de obter, houve atraso ou parou de tomar algum remédio de uso contínuo? (1) Sim (2) Não	MED10
27. Considerando o número de medicamentos, sua rotina, efeitos ruins e os resultados alcançados, o(a) Sr(a). está satisfeito com o seu tratamento com medicamentos? (1) Satisfeito (2) Indiferente (3) Insatisfeito	MED11
28. O(a) Sr(a). às vezes esquece de tomar os seus remédios? (1) Sim (2) Não	MED12
29. Nas últimas duas semanas, houve algum dia em que o(a) Sr(a). não tomou seus remédios? (1) Sim (2) Não	MED13
30. O(a) Sr(a). já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava? (1) Sim (2) Não	MED14
31. Quando o(a) Sr(a). viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus medicamentos? (1) Sim (2) Não	MED15
32. O(a) Sr(a). tomou todos os seus medicamentos ontem? (1) Sim (2) Não	MED16
33. O(a) Sr(a). já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento? (1) Sim (2) Não	MED17
34. Com que frequência o(a) Sr(a). tem dificuldades para lembrar de tomar todos os seus remédios? (1) Sempre (2) Frequentemente (3) Às vezes (4) Quase nunca (5) Nunca	MED18
<p><b>ATENÇÃO: Antes de verificar a PA do entrevistado certificar-se de que o indivíduo NÃO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• está com a bexiga cheia</li> <li>• praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos</li> <li>• ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos</li> <li>• fumou nos 30 minutos anteriores.</li> </ul> <p><b>LEMBRE-SE</b> de que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> O entrevistado deve estar na posição sentada, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4º espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.</li> <li><input type="checkbox"/> Se a <b>circunferência do braço</b> que o entrevistado realiza as atividades for &lt; 22cm ou &gt;32cm deve-se <b>utilizar braçadeira de tamanho adequado.</b></li> </ul>	
35. AFERIR A PRIMEIRA MEDIDA DE PA em ambos os braços e anotar a de maior valor: _____ / _____	PA1
36. QUAL A CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO EM QUE A MEDIDA FOI REALIZADA? [       ] cm Em qual braço? ( ) D ( ) E	CB
<b>BLOCO 4 – HÁBITOS DE VIDA</b>	
37. O(a) Sr(a). Fuma? (1) Sim (2) Não  Se <b>NÃO</b> , pule para a questão 40	FUM1
 Se <b>SIM</b> 37.1. Quantos cigarros por dia? [       ]	FUM3



	Se <b>Sim</b> , assinale com X	Quantas vezes por semana? (dias)	Quanto tempo dura por dia? (minutos)	
43.5. Ginástica de academia?				EX25
43.6. Futebol?				EX26
43.7. Hidroginástica?				EX28
43.8. Outra? _____ Qual? _____				EX27
<b>44. Diga-me em quais lugares normalmente realiza estas práticas (SOMENTE PARA QUEM PRATICA ATIVIDADE FÍSICA NO LAZER ATUALMENTE):</b> (1) Academia/Clínica privada; . (2) Praças, parques perto de casa. (3) Praças, parques longe de casa. (4) Em casa (esteira, bicicleta ergométrica, outros aparelhos) (5) Clubes esportivos, chácaras, campos de futebol, quadras esportivas (6) Outros. Especificar: _____ (7) Não se aplica.				EX29
<b>45. O(a) Sr.(a) faz atividade física REGULAR há mais de 6 meses?</b> (1) Sim (2) Não  Se <b>SIM</b> , pule para a questão 48				EX5
<b>46. O(a) Sr.(a) pretende começar a fazer atividade física REGULAR nos próximos 30 dias?</b> (1) Sim (2) Não  Se <b>SIM</b> , pule para a questão 48				EX6
<b>47. O(a) Sr.(a) pretende começar a fazer atividade física REGULAR nos próximos 6 meses?</b> (1) Sim (2) Não				EX7
<b>48. Em relação às condições atuais do bairro para a prática de atividade física o(a) Sr(a) está (tanto público quanto privado):</b> (1) Muito satisfeito (2) Satisfeito (3) Nem satisfeito, nem insatisfeito (4) Insatisfeito (5) Muito insatisfeito				EX30
<b>49. Em relação às possíveis mudanças, acontecidas nos últimos anos, nos ESPAÇOS PÚBLICOS DO BAIRRO para a prática de atividade física (por exemplo: construção de novos espaços ou reforma/revitalização dos espaços existentes EM QUE A UTILIZAÇÃO É GRATUITA) o(a) Sr(a). considera que:</b> (1) Melhorou muito (2) Melhorou um pouco (3) Está igual à antes (4) Está pior do que antes (5) Está muito pior do que antes (6) Não sei				EX31
<b>50. Em relação aos espaços PÚBLICOS existentes no bairro para prática de atividade física e sua condição para chegar até eles, o(a) Sr(a). considera:</b> (1) Muito perto (2) Perto (3) Nem perto, nem longe (4) Um pouco longe (5) Muito longe (6) Não existem espaços públicos (7) Tenho limitações que me impedem de chegar até estes espaços				EX32
<b>51. Quanto tempo o(a) Sr(a) leva até estes locais (espaços públicos do bairro)?</b>  [            ] minutos				EX35

<p><b>52. Em relação às possíveis mudanças, acontecidas nos últimos anos, nos ESPAÇOS PRIVADOS para a prática de atividades físicas (por exemplo: academias de ginástica e musculação em que, para utilizar, é preciso pagar) o(a) Sr(a) considera que:</b></p> <p>(1) Melhorou muito (2) Melhorou um pouco (3) Está igual à antes (4) Está pior do que antes (5) Está muito pior do que antes (6) Não sei</p>	EX33
<p><b>53. O (a) Sr(a) conhece algum programa de atividades físicas orientadas que seja oferecido pela Unidade Básica de Saúde (Posto de Saúde) do bairro?</b></p> <p>(1) Sim, e freqüente (2) Sim, já frequentei, mas não frequento atualmente. (3) Sim, mas nunca frequentei. (4) Não conheço</p>	EX36
<p><b>54. Com relação ao seu trabalho remunerado, ou às atividades domésticas, em relação ao esforço físico, como o(a) senhor(a) classificaria o seu trabalho:</b></p> <p>(1) Muito leve (2) Leve (3) Moderado (4) Intenso (5) Muito intenso</p>	EX8
<p><b>55. O(a) Sr.(a) caminha ou vai de bicicleta até o trabalho?</b></p> <p>(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica</p> <p style="text-align: center;">↪ Se <b>NÃO</b> ou <b>NÃO SE APLICA</b>, pule para a questão <b>56</b></p>	EX9
<p style="text-align: center;">↪ Se <b>SIM</b>, <b>55.1:</b> Quantas vezes por semana? [       ] dias</p>	EX37
<p style="text-align: center;">↪ <b>55.2</b> Quanto tempo o(a) Sr(a). leva caminhando ou pedalando neste deslocamento (somar tempo de ida e volta): [       ] minutos.</p>	EX10
<b>AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS QUANTO A SEUS HÁBITOS ALIMENTARES EM UMA SEMANA NORMAL.</b>	
<p><b>56. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma tomar chá verde?</b></p> <p>(8) Nunca (9) Quase nunca [       ] dias</p> <p style="text-align: center;">↪ Se <b>0 (nenhum)</b> pule para questão <b>58</b></p>	CH1
<p><b>57. Nos dias em que o(a) Sr(a) toma chá verde, quantas xícaras de chá costuma tomar por dia?</b></p> <p style="text-align: center;">[       ] xícaras</p>	CH2
<p><b>58. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer carne vermelha?</b></p> <p>(1) Nunca (2) Quase nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias</p> <p style="text-align: center;">↪ Se <b>NUNCA</b>, pule para questão <b>60</b></p>	AL3
<p><b>59. Quando o(a) Sr(a) come carne vermelha com gordura, o(a) Sr(a) costuma:</b></p> <p>(1) Tirar sempre o excesso de gordura visível (2) Comer com a gordura (3) Não come carne vermelha com muita gordura</p>	AL4
<p><b>60. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer frango?</b></p> <p>(1) Nunca (2) Quase nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias</p> <p style="text-align: center;">↪ Se <b>NUNCA</b>, pule para questão <b>62</b></p>	AL5
<p><b>61. Quando o(a) Sr(a) come frango com pele costuma:</b></p> <p>(1) Tirar sempre a pele (2) Comer com a pele</p>	AL6

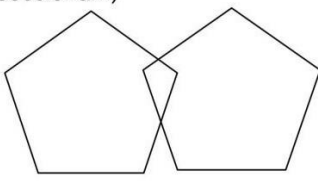
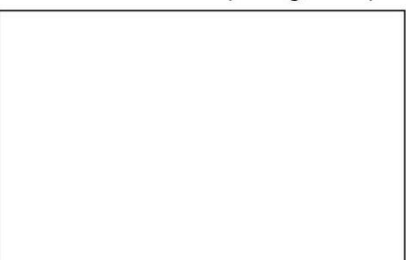
<b>62. Quantas vezes por semana o(a) Sr(a) costuma comer peixe?</b> (1) Nunca      (2) Quase nunca      (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias      (5) 5 a 6 dias      (6) Todos dias	AL9
<b>63. Quantas vezes por semana o(a) Sr(a) costuma comer arroz?</b> (1) Nunca      (2) Quase nunca      (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias      (5) 5 a 6 dias      (6) Todos dias	AL10
<b>64. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma trocar a comida do almoço ou jantar por sanduíches, salgados, pizza ou outros lanches?</b> (1) Nunca      (2) Quase nunca      (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias      (5) 5 a 6 dias      (6) Todos dias	AL11
<b>65. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma tomar refrigerante?</b> (8) Nunca      (9) Quase nunca      [      ] dias  <b>Se NUNCA pule para questão 67</b>	AL24
<b>66. Nos dias em que o(a) Sr(a). toma refrigerante, quantos copos de refrigerante costuma tomar por dia?</b> [      ] copos	AL25
<b>67. Em quantos dias da semana o (a) Sr(a) costuma comer frutas?</b> (1) Nunca      (2) Quase nunca      (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias      (5) 5 a 6 dias      (6) Todos dias	AL1
<b>AGORA VAMOS FALAR SOBRE POSSÍVEIS ASPECTOS QUE ATRAPALHAM QUE O (A) SR (A) COMA (OU COMA MAIS) FRUTAS.</b>	
<b>68. Em geral, o(a) Sr(a) gosta do sabor das frutas?</b> (1) Sim    (2) Não	AL12
<b>69. Sua família tem hábito/costume de comer frutas?</b> (1) Sim    (2) Não	AL13
<b>70. O custo das frutas pesa no orçamento da família? (ou pesaria, caso fossem compradas – não precisa ler esta parte. Apenas se o sujeito responder que a família não compra frutas).</b> (1) Sim    (2) Não	AL14
<b>71. A necessidade do preparo das frutas (ter que lavar e descascar, por exemplo) é uma dificuldade para comer (comer mais) frutas?</b> (1) Sim    (2) Não    (3) Outras pessoas realizam essa atividade/tarefa (4) Tem alguma limitação que impede essa atividade/tarefa	AL15
<b>72. O(a) Sr(a) tem tempo para ir ao mercado/feira com frequência para comprar frutas frescas?</b> (1) Sim    (2) Não    (3) Outras pessoas realizam essa atividade/tarefa (4) Tem alguma limitação que impede essa atividade/tarefa	AL16
<b>73. Existe mais algum fator que atrapalha que o(a) Sr(a) coma (ou coma mais) frutas?</b> <hr/>	AL17
<b>74. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, chuchu, berinjela, abobrinha), sem contar batata, mandioca ou inhame?</b> (1) Nunca      (2) Quase nunca      (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias      (5) 5 a 6 dias      (6) Todos dias	AL2
<b>AGORA VAMOS FALAR SOBRE POSSÍVEIS ASPECTOS QUE ATRAPALHAM QUE O (A) SR (A) COMA (OU COMA MAIS) VERDURAS OU LEGUMES.</b>	

75. Em geral, o(a) Sr(a) gosta do sabor das verduras ou legumes? (1) Sim (2) Não	AL18
76. Sua família tem hábito/costume de comer verduras ou legumes? (1) Sim (2) Não	AL19
77. O custo das verduras ou legumes pesa no orçamento da família? (ou pesaria, caso fossem compradas – não precisa ler esta parte. Apenas se o sujeito responder que a família não compra verduras ou legumes). (1) Sim (2) Não	AL20
78. A necessidade do preparo das verduras ou legumes é uma dificuldade para comer (comer mais) verdura ou legume? (1) Sim (2) Não (3) Outras pessoas realizam essa atividade/tarefa (4) Tem alguma limitação que impede essa atividade/tarefa	AL21
79. O (a) Sr (a) tem tempo para ir ao mercado/feira com frequência para comprar verduras ou legumes frescos? (1) Sim (2) Não (3) Outras pessoas realizam essa atividade/tarefa (4) Tem alguma limitação que impede essa atividade/tarefa	AL22
80. Existe mais algum fator que atrapalha que o(a) Sr.(a) coma (ou coma mais) verduras ou legumes?	AL23






 Somente para indivíduos com 54 anos ou mais

<b>BLOCO 5 – MINIMENTAL E CAPACIDADE FUNCIONAL</b>		
AGORA FAREMOS ALGUMAS PERGUNTAS PARA SABER COMO ESTÁ SUA MEMÓRIA. ALGUMAS PERGUNTAS <b>PODEM PARECER MUITO SIMPLES, MAS TEMOS DE SEGUIR A SEQUÊNCIA COMPLETA.</b>		
<b>81. Orientação no tempo:</b>		1 ponto para cada resposta certa
81.1. Que dia do mês é hoje?		
81.2. Em que mês estamos?		
81.3. Em que ano?		
81.4. Em que dia da semana (seg-dom) nós estamos?		OT
81.5. Qual a hora aproximada?		
<b>Número de respostas corretas</b>	[     ]	
<b>82. Orientação no espaço:</b>		1 ponto para cada resposta certa
82.1. Em que local nós estamos (sala, quarto, cozinha)?		
82.2. Que local é este aqui (casa, apartamento, casa de repouso)?		
82.3. Em que bairro nós estamos?		
82.4. Em que cidade nós estamos?		OE
82.5. Em que estado do Brasil nós estamos?		
<b>Número de respostas corretas</b>	[     ]	
<b>83. Registro:</b>		1 ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª tentativa
Agora preste atenção. Eu vou dizer três palavras e o (a) Sr (a) vai repeti-las quando eu terminar. Certo? As palavras são: CARRO, VASO, TIJOLO. Agora, repita as palavras para mim. (1 segundo para dizer cada uma, 1 resposta correta para cada palavra. Se o entrevistado errou na primeira tentativa repita até que aprenda as 3 palavras, conte e registre o número de tentativas)		
<b>Número de respostas corretas na 1º tentativa</b>	[     ]	ME1
<b>Número de tentativas para resposta correta</b>	[     ]	ME2








<p><b>87. Por favor, copie este desenho.</b> (Apresenta a folha com os pentágonos que se interseccionam)</p> 		<p>1 ponto (Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados, 10 ângulos, formando uma figura de 4 lados ou com 2 ângulos)</p>
<p>Número de respostas corretas [    ]</p>		<p>LI6</p>
<p><b>88. PONTUAÇÃO TOTAL DO MINIMENTAL</b></p>		<p>MM</p>
<p><b>SE PONTUAÇÃO DO MM ≤ 23 PREENCHER QUESTIONÁRIO DE PFEFFER INSTRUMENTO SEPARADO</b></p>		
<p><b>89. Respondente:</b>            (1) Própria pessoa    (2) Cuidador</p>		<p>RES</p>
<p><b>AGORA, IREMOS FALAR SOBRE ATIVIDADES DO DIA-A-DIA, MOBILIDADE E COMUNICAÇÃO.</b></p>		
<p><b>O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para:</b></p>		
<p><b>90. Alimentar-se?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim→</p>	<p>(2) Alimenta-se, exceto por receber ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão; (3) Recebe ajuda ao alimentar-se, ou é alimentado parcial ou completamente usando sonda entérica.</p>	<p>CF1</p>
<p><b>91. Tomar banho?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim→</p>	<p>(2) Recebe ajuda para banhar apenas uma parte do corpo; (3) Recebe ajuda para banhar mais de uma parte do corpo;</p>	<p>CF2</p>
<p><b>92. Vestir-se?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim→</p>	<p>(2) Pega suas roupas e veste-se sem ajuda, exceto para dar laços nos sapatos; (3) Recebe ajuda para pegar suas roupas ou para vestir-se, ou fica parcial ou completamente despido</p>	<p>CF3</p>
<p><b>93. Deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira (transferência)?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim→</p>	<p>(2) Recebe ajuda para deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira; (3) Não sai da cama.</p>	<p>CF49</p>
<p><b>94. Utilizar o vaso sanitário (sentar-se, levantar-se da privada, limpar-se e se vestir)?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim→</p>	<p>(2) Recebe ajuda para ir ao "banheiro", para limpar-se, ou para arrumar as roupas depois da eliminação, ou no uso noturno do urinol ou da comadre; (3) Não vai ao banheiro para o processo de eliminação.</p>	<p>CF5</p>

<b>95. Cuidar da casa?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim→	(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue	CF40
<b>96. Lavar roupa?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim→	(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue	CF41
<b>97. Preparar as refeições?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim→	(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue	CF42
<b>98. Fazer compras?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim→	(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue	CF43
<b>99. O(a) Sr(a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para utilizar o telefone (incluindo a pesquisa de um número na lista telefônica)?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim→	(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue	CF44
<b>100. O(a) Sr(a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para utilizar meio de transporte (automóvel, veículo adaptado, táxi, ônibus)?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim→	(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue	CF45
<b>101. O(a) Sr(a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para lidar com dinheiro (incluindo movimentação bancária)?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim→	(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue	CF46
<b>102. O(a) Sr(a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para fazer pequenos reparos domésticos (Ex: trocar uma lâmpada)?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim→	(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue	CF47
<b>103. O(a) Sr(a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para fazer o uso de medicamentos (tomar medicamentos)?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim→	(2) Precisa de ajuda parcial (3) Não consegue	CF48
<b>104. O(a) Sr(a) tem algum problema para Urinar (micção)?</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim→	(2) Incontinência ocasional ou gotejamento (3) Incontinência total ou necessidade de ajuda para manter o controle urinário; usa cateter ou é incontinente.	CF6
<b>105. O(a) Sr(a) tem algum problema para fazer cocô (defecação)</b> (1) Não (pule para a questão seguinte) ( ) Sim→	(2) Incontinência parcial, entendida como perda frequente ou ocasional do autocontrole ou necessidade eventual de enema ou lavagem intestinal. Necessita de controle externo para executar a ação no local adequado. <i>(Evacua em locais impróprios, por exemplo, na cozinha)</i> (3) Incontinência total; perda completa do autocontrole, a pessoa necessita ajuda, como uso regular de fraldas e/ou só evacua utilizando enema ou lavagem intestinal.	CF7


<b>106. Em relação à utilizar escadas em algum lugar, o(a) Sr (a) apresenta alguma dificuldade para subir e descer?</b> (1) Não (2) Com dificuldade (3) Sobe e desce de maneira não segura, precisa que alguém o guie, estimule ou supervisione (4) Sobe e desce escadas com ajuda de outra pessoa (5) Não utiliza escadas	CF15
<b>107. AFERIR A SEGUNDA MEDIDA DE PA:</b> _____ / _____	PA2
 Somente para indivíduos com <b>50 anos ou mais</b>	
<b>BLOCO 6 – DEPRESSÃO</b> <b>(Como a pessoa tem se sentido durante a última semana)</b>	
	(1) Sim (2) Não
108. Está satisfeito (a) com sua vida?	DEP1
109. Interrompeu muitas de suas atividades?	DEP2
110. Acha sua vida vazia?	DEP3
111. Aborrece-se com frequência?	DEP4
112. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?	DEP5
113. Teme que algo ruim lhe aconteça?	DEP6
114. Sente-se alegre a maior parte do tempo?	DEP7
115. Sente-se desamparado com frequência?	DEP8
116. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	DEP9
117. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?	DEP10
118. Acha que é maravilhoso estar vivo(a)?	DEP11
119. Sente-se inútil?	DEP12
120. Sente-se cheio/a de energia?	DEP13
121. Sente-se sem esperança?	DEP14
122. Acha que os outros tem mais sorte que o(a) senhor(a)?	DEP15
 Para todos os indivíduos	
<b>BLOCO 7 – UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE</b>	
<b>123. O(a) senhor(a) possui plano de saúde?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não/lembra	PS1
 Se <b>SIM, 123.1:</b> Qual a modalidade da cobertura? (1) parcial (co-participativo) (2) integral (99) Não sabe/não lembra	PS2
 Se <b>SIM, 123.2:</b> Qual o plano de saúde? _____	PS3
<b>124. O(a) senhor(a) utiliza o serviço do posto (unidade básica) de saúde?</b> (1) Sim (2) Não	SUS
 Se <b>SIM, 124.1:</b> Qual profissional é referência para o(a) Sr(a) na unidade básica de saúde? (1) ACS (2) Enfermeiro (3) Médico (4) Auxiliar de Enfermagem (5) Nenhum (6) Outro: _____	SUS1
<b>125. O(a) senhor(a) recebe visitas do agente comunitário de saúde (ACS)?</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	ACS
 Se <b>SIM, 125.1:</b> Com que frequência? [       ] visitas/mês	ACS1

<p><b>126. O(a) senhor(a) recebe visitas dos outros profissionais das equipes de saúde da família do posto de saúde (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem)?</b>  (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p> <p>↳ Se <b>NÃO</b> ou <b>NÃO SABE/LEMBRA</b>, pule para a questão <b>128</b></p>	PSF1
<p><b>127. Como o(a) Sr(a) avalia o atendimento da equipe de saúde da família?</b>  (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim</p>	PSF2
<p><b>128. O(a) senhor(a) conhece alguma atividade que é organizada pelos profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde (Posto de Saúde)?</b>  (1) Sim (2) Não</p> <p>↳ Se <b>NÃO</b>, pule para a questão <b>130</b></p>	GRU1
<p><b>129. Quanto à participação nessas atividades:</b>  (0) nunca participou de nenhuma  (1) participou de ações de educação em saúde (palestras, por exemplo)  (2) participou anteriormente de grupo(s) específico(s) (por exemplo: grupo de caminhada, de nutrição, de controle de peso, de diabéticos, de hipertensos ...), mas já não participa mais.  (3) participa atualmente de grupo(s) específico(s) (por exemplo: grupo de caminhada, de nutrição, de controle do peso, de diabéticos, de hipertensos....)</p>	GRU2
<p>↳ Se participa atualmente, <b>129.1:</b> Qual(is) grupo(s) participa:</p>	GRU3
<p><b>130. O (a) Sr.(a) realizou consultas médicas nos últimos 12 meses?</b>  (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	CMED1
<p>↳ Se <b>SIM</b>, <b>130.1:</b> O(a) Sr.(a) recorda aproximadamente quantas consultas? [    ]</p>	CMED2
<p><b>131. Realizou alguma cirurgia nos últimos 12 meses?</b>  (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	CIR
<p><b>132. O(a) senhor(a) esteve internado (unidade hospitalar por mais de 1 dia) nos últimos 12 meses?</b>  (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	INT1
<p>↳ Se <b>SIM: 132.1.</b>O(a) senhor(a) recorda por qual motivo?  _____ (99) Não sabe/lembra</p>	INT2
<p>↳ Se <b>SIM: 132.2</b> O(a) senhor(a) recorda o local?  _____ (99) Não sabe/lembra</p>	INT3
<p>AGORA VAMOS FALAR SOBRE O(S) <b>SERVIÇOS(S) DE SAÚDE</b> UTILIZADOS PELO(A) SR(A) EM CASOS <b>NÃO URGENTES</b> (Ex: Consultas de rotina, acompanhamento de uma doença).</p>	
<p><b>133. Quando o(a) Sr(a) tem um problema de saúde não urgente, o(a) Sr(a) costuma procurar:</b></p>	
<p><b>133.1. Posto de saúde</b>  (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	LA1
<p>↳ Se <b>SIM: 133.1.1</b> Há quanto tempo utiliza: [    ] anos (se &lt;1=0)</p>	LA11
<p><b>133.2. Serviço especializado do SUS</b> (Ex. Cismepar, Policlínica, HC)  (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	LA2
<p>↳ Se <b>SIM: 133.2.1</b> Há quanto tempo utiliza: [    ] anos (se &lt;1=0)</p>	LA21
<p><b>133.3. Consultório médico particular ou convênio</b>  (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	LA3

↪ Se SIM: 133.3.1 Há quanto tempo utiliza: [      ] anos (se <1=0)	LA31																														
<b>133.4. Hospital</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	LA4																														
<b>133.5. UPA</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	LA5																														
<b>133.6. Outro</b> (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	LA6																														
↪ Se SIM: 133.6.1 Qual? _____	LA61																														
↪ Se referiu <b>SOMENTE UM SERVIÇO</b> pule para <b>QUESTÕES SOBRE O SERVIÇO REFERIDO</b>																															
↪ Se referiu <b>MAIS DE UM SERVIÇO</b> pergunte:																															
<b>133.7.</b> Desses serviços que o(a) Sr(a) falou tem algum que é <b>referência</b> para você quando tem um problema de saúde <b>não urgente</b> ? (1) Sim (2) Não	LA7																														
↪ Se SIM: 133.7.1. Qual? (1) Posto de Saúde (2) Serviço especializado do SUS (2) Consultório médico particular ou convênio (3) Hospital (4)UPA (5) Outro: _____	LA71																														
<b>QUESTÕES SOBRE O SERVIÇO REFERIDO</b> <b>Caso o entrevistado referiu mais de um serviço e NÃO tenha um serviço de referência, faça as questões sobre os SERVIÇOS REFERIDOS, preenchendo os blocos de acordo com os serviços referidos – SUS e/ou PARTICULAR/CONVÊNIO.</b>																															
↪ Se <b>somente HOSPITAL e/ou UPA</b> pule para questão 144																															
↪ Se referiu serviço do <b>SUS (Posto de saúde/Serviço especializado do SUS)</b> .																															
Agora vamos falar sobre o(s) <b>serviço(s) do SUS</b> que o(a) Sr(a) referiu utilizar quando tem um problema de saúde <b>não urgente</b> ( <i>lembrar os serviços referidos</i> ) (DESCONSIDERAR CASO TENHA ASSINALADO APENAS UPA E HOSPITAL)																															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Não</th> <th>As vezes</th> <th>Sim</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>134.</b> Quando esse(s) <i>serviço(s) de saúde</i> está aberto, o(a) Sr(a) consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>AS1</td> </tr> <tr> <td><b>135.</b> É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, "check-up" – revisão geral da saúde) neste(s) <i>serviço(s) de saúde</i>?</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>AS2</td> </tr> <tr> <td><b>136.</b> O(a) Sr(a) tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora nesse(s) <i>serviço(s) de saúde</i>?</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>AS3</td> </tr> <tr> <td><b>137.</b> É difícil para o(a) Sr(a) conseguir atendimento médico nesse (s) <i>serviço(s) de saúde</i> quando pensa que é necessário?</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>AS4</td> </tr> <tr> <td><b>138.</b> Quando o(a) Sr(a) tem que ir a esse(s) <i>serviço(s) de saúde</i>, tem que deixar de trabalhar ou perder o seu dia de trabalho?</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>AS5</td> </tr> </tbody> </table>		Não	As vezes	Sim		<b>134.</b> Quando esse(s) <i>serviço(s) de saúde</i> está aberto, o(a) Sr(a) consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	0	1	2	AS1	<b>135.</b> É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, "check-up" – revisão geral da saúde) neste(s) <i>serviço(s) de saúde</i> ?	0	1	2	AS2	<b>136.</b> O(a) Sr(a) tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora nesse(s) <i>serviço(s) de saúde</i> ?	2	1	0	AS3	<b>137.</b> É difícil para o(a) Sr(a) conseguir atendimento médico nesse (s) <i>serviço(s) de saúde</i> quando pensa que é necessário?	2	1	0	AS4	<b>138.</b> Quando o(a) Sr(a) tem que ir a esse(s) <i>serviço(s) de saúde</i> , tem que deixar de trabalhar ou perder o seu dia de trabalho?	2	1	0	AS5
	Não	As vezes	Sim																												
<b>134.</b> Quando esse(s) <i>serviço(s) de saúde</i> está aberto, o(a) Sr(a) consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	0	1	2	AS1																											
<b>135.</b> É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, "check-up" – revisão geral da saúde) neste(s) <i>serviço(s) de saúde</i> ?	0	1	2	AS2																											
<b>136.</b> O(a) Sr(a) tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora nesse(s) <i>serviço(s) de saúde</i> ?	2	1	0	AS3																											
<b>137.</b> É difícil para o(a) Sr(a) conseguir atendimento médico nesse (s) <i>serviço(s) de saúde</i> quando pensa que é necessário?	2	1	0	AS4																											
<b>138.</b> Quando o(a) Sr(a) tem que ir a esse(s) <i>serviço(s) de saúde</i> , tem que deixar de trabalhar ou perder o seu dia de trabalho?	2	1	0	AS5																											
↪ Se referiu serviço <b>PARTICULAR OU CONVÊNIO (Consultório)</b> .																															
Agora vamos falar sobre o(s) <b>serviço(s) do CONVÊNIO OU PARTICULAR</b> que o(a) Sr(a) referiu utilizar quando tem um problema de saúde <b>não urgente</b> ( <i>lembrar o(s) serviço(s) referido(s)</i> ) (DESCONSIDERAR CASO TENHA ASSINALADO APENAS UPA E HOSPITAL)																															

	Não	Às vezes	Sim	
139. Quando esse(s) <i>serviço(s) de saúde</i> está aberto, o(a) Sr(a) consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	0	1	2	AC1
140. É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, "check-up" – revisão geral da saúde) neste(s) <i>serviço(s) de saúde</i> ?	0	1	2	AC2
141. O(a) Sr(a) tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora nesse(s) <i>serviço(s) de saúde</i> ?	2	1	0	AC3
142. É difícil para o(a) Sr(a) conseguir atendimento médico nesse (s) <i>serviço(s) de saúde</i> quando pensa que é necessário?	2	1	0	AC4
143. Quando o(a) Sr(a) tem que ir a esse(s) <i>serviço(s) de saúde</i> , tem que deixar de trabalhar ou perder o seu dia de trabalho?	2	1	0	AC5
<b>AGORA VAMOS FALAR SOBRE O(S) MÉDICO(S) QUE ACOMPANHA(M) (de maneira contínua) A SAÚDE DO(A) SR(A).</b>				
144. <b>Tem algum médico que acompanha a sua saúde?</b> (1)Sim (2)Não  Se <b>NÃO</b> pule para questão 167.				LM1
 Se <b>SIM: 144.1</b> Quantos? [     ]				LM2
 Se <b>SIM: 144.2</b> De qual local(ais) e especialidade(s)?				
<b>144.2.1 Médico generalista da UBS</b> (1) Sim (2)Não (99) Não sabe/não lembra				LM3
<b>144.2.2 Médico especialista do SUS</b> (1) Sim (2)Não (99) Não sabe/não lembra				LM4
 Se <b>SIM:</b> Qual(ais) especialidade(s)?	(1) Sim (2)Não			
<b>144.2.2.1</b> Cardiologista				LM5
<b>144.2.2.2</b> Dermatologista				LM6
<b>144.2.2.3</b> Endocrinologista				LM7
<b>144.2.2.4</b> Gastroenterologista				LM8
<b>144.2.2.5</b> Ginecologista				LM9
<b>144.2.2.6</b> Nefrologista				LM10
<b>144.2.2.7</b> Neurologista				LM11
<b>144.2.2.8</b> Oftalmologista				LM12
<b>144.2.2.9</b> Oncologista				LM13
<b>144.2.2.10</b> Ortopedista				LM14
<b>144.2.2.11</b> Otorrino				LM15
<b>144.2.2.12</b> Pneumologista				LM16
<b>144.2.2.13</b> Psiquiatra				LM17
<b>144.2.2.14</b> Vascular				LM18
<b>144.2.2.15</b> Outra: _____				LM19
<b>144.2.3 Consultório médico particular ou convênio</b> (1)Sim (2)Não (99) Não sabe/não lembra				LM20
 Se <b>SIM:</b> Qual(ais) especialidade(s)?	(1)Sim (2)Não			
<b>144.2.3.1</b> Cardiologista				LM21
<b>144.2.3.2</b> Dermatologista				LM22
<b>144.2.3.3</b> Endocrinologista				LM23

	(1)Sim (2)Não			
<b>144.2.3.4</b> Gastroenterologista		LM24		
<b>144.2.3.5</b> Ginecologista		LM25		
<b>144.2.3.6</b> Nefrologista		LM26		
<b>144.2.3.7</b> Neurologista		LM27		
<b>144.2.3.8</b> Oftalmologista		LM28		
<b>144.2.3.9</b> Oncologista		LM29		
<b>144.2.3.10</b> Ortopedista		LM30		
<b>144.2.3.11</b> Otorrino		LM31		
<b>144.2.3.12</b> Pneumologista		LM32		
<b>144.2.3.13</b> Psiquiatra		LM33		
<b>144.2.3.14</b> Vascular		LM34		
<b>144.2.3.15</b> Outra: _____		LM35		
<b>144.2.4 Plantonista Hospital</b> (1)Sim (2)Não (99) Não sabe/não lembra		LM36		
<b>144.2.5 Plantonista UPA</b> (1)Sim (2)Não (99) Não sabe/não lembra		LM37		
<b>144.2.6 Outro:</b> _____		LM38		
<p>↪ Se referiu <b>SOMENTE UM MÉDICO</b> pule para <b>QUESTÕES SOBRE O MÉDICO REFERIDO</b></p> <p>↪ Se referiu <b>MAIS DE UM MÉDICO</b> pergunte:</p>				
<b>144.3.</b> Desses médicos que o(a) Sr(a) falou tem algum que é <b>referência</b> para o <b>acompanhamento</b> da sua saúde? (1)Sim (2) Não		LM39		
↪ Se <b>SIM: 144.3.1. Qual?</b> [            ] Código da questão acima		LM40		
<b>QUESTÕES SOBRE O MÉDICO REFERIDO</b> <b>Caso o entrevistado referiu mais de um médico e NÃO tenha um médico de referência, faça as questões sobre os MÉDICOS REFERIDOS, preenchendo os blocos de acordo com os médicos referidos – SUS e/ou PARTICULAR/CONVÊNIO.</b>				
↪ Se <b>somente plantonista HOSPITAL e/ou UPA</b> pule para questão <b>167</b>				
↪ Se referiu médico do <b>SUS (Médico generalista e/ou médico especialista).</b>				
<b>Agora vamos falar sobre o(s) médico(s) do SUS</b> <b>que o(a) Sr(a) referiu <u>acompanhar sua saúde</u> (lembrar do(s) médico(s) referido(s))</b> <b>(DESCONSIDERAR CASO TENHA ASSINALADO APENAS UPA E HOSPITAL)</b>				
	Não	As vezes Alguns	Sim	
<b>145.</b> Nas consultas de rotina, é o mesmo médico que atende o(a) Sr(a)?	0	1	2	VS1
<b>146.</b> Esse(s) médico(s) sabe(m) sobre seu histórico familiar?	0	1	2	VS2
<b>147.</b> Esse(s) médico(s) sabe(m) quais problemas são mais importantes para o(a) Sr(a)?	0	1	2	VS3
<b>148.</b> Esse(s) médico(s) sabe(m) a respeito do seu trabalho ou emprego?	0	1	2	VS4
<b>149.</b> Esse(s) médico(s) saberia(m) de alguma forma se o(a) Sr(a) tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que o(a) Sr(a) precisa?	0	1	2	VS5

	Não	Às vezes Alguns	Sim	
150. Se o(a) Sr(a) tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o(s) médico(s) que melhor conhece(m) o(a) Sr(a)?	0	1	2	VS6
151. Durante o atendimento o(s) médico(s) lhe dá(ão) tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	0	1	2	VS7
152. O(a) Sr(a) se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas à esse(s) médico(s)?	0	1	2	VS8
153. O(s) médico(s) responde(m) suas perguntas de maneira que o(a) Sr(a) entenda?	0	1	2	VS9
154. Durante o atendimento o(s) médico(s) lhe dá(ão) tempo suficiente para discutir sobre o tratamento e tomar decisões junto com ele(s)?	0	1	2	VS10
155. O(a) Sr(a) mudaria de médico ou de serviço de saúde do <u>SUS</u> se isto fosse muito fácil de fazer? (1)Sim (2)Não				VS11
 Se referiu médico do <b>CONVÊNIO E/OU PARTICULAR</b>				
Agora vamos falar sobre <b>o(s) médico(s) do CONVÊNIO/PARTICULAR</b> que o(a) Sr(a) referiu <b>acompanhar sua saúde</b> ( <i>lembrar do(s) médico(s) referido(s)</i> ) (DESCONSIDERAR CASO TENHA ASSINALADO APENAS UPA E HOSPITAL)				
	Não	Às vezes Alguns	Sim	
156. Nas consultas de rotina, é o mesmo médico que atende o(a) Sr(a)?	0	1	2	VC1
157. Esse(s) médico(s) sabe(m) sobre seu histórico familiar?	0	1	2	VC2
158. Esse(s) médico(s) sabe(m) quais problemas são mais importantes para o(a) Sr(a)?	0	1	2	VC3
159. Esse(s) médico(s) sabe(m) a respeito do seu trabalho ou emprego?	0	1	2	VC4
160. Esse(s) médico(s) saberia(m) de alguma forma se o(a) Sr(a) tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que o(a) Sr(a) precisa?	0	1	2	VC5
161. Se o(a) Sr(a) tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o(s) médico(s) que melhor conhece(m) o(a) Sr(a)?	0	1	2	VC6
162. Durante o atendimento o(s) médico(s) lhe dá(ão) tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	0	1	2	VC7
163. O(a) Sr(a) se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas à esse(s) médico(s)?	0	1	2	VC8
164. O(s) médico(s) responde(m) suas perguntas de maneira que o(a) Sr(a) entenda?	0	1	2	VC9
165. Durante o atendimento o(s) médico(s) lhe dá(ão) tempo suficiente para discutir sobre o tratamento e tomar decisões junto com ele(s)?	0	1	2	VC10
166. O(a) Sr(a) mudaria de médico ou de serviço de saúde do <u>convênio/particular</u> se isto fosse muito fácil de fazer? (1)Sim (2)Não				VC11

Continuação BLOCO 1- CARACTERIZAÇÃO						
<b>167. Classe econômica:</b>					ABEP	
	Número de Itens					
Quais desses itens o(a) senhor(a) possui?	0	1	2	3		4ou+
Banheiros	0	3	7	10		14
Empregados domésticos	0	3	7	10		14
Automóveis	0	3	5	8		11
Microcomputador	0	3	6	8		11
Lava louça	0	3	6	6		6
Geladeira	0	2	3	5		5
Freezer	0	2	4	6		6
Lava roupa	0	2	4	6		6
DVD	0	1	3	4		6
Micro-ondas	0	2	4	4		4
Motocicleta	0	1	3	3		3
Secadora roupa	0	2	2	2		2
<b>Qual o Grau de Instrução do chefe da família (considerando a maior renda)?</b>						
Analfabeto / primário incompleto / até a 3ª série do fundamental						0
Primário Completo / ginásial incompleto / Fundamental 1 completo/					1	
Ginásial completo / colegial incompleto / Fundamental 2 completo/ Médio					2	
Colegial completo / superior incompleto / Médio completo					4	
Superior completo					7	
<b>Serviços Públicos</b>				<b>Não</b>	<b>Sim</b>	
Água encanada				0	4	
Rua Pavimentada				0	2	
<b>Pontuação total</b> [       ]						
AGORA, IREMOS FALAR SOBRE QUESTÕES SOCIAIS						
<b>168. Quantos amigos próximos o(a) senhor(a) diria que têm hoje? Essas pessoas são aquelas com quem se sente à vontade, para conversar a respeito de assuntos particulares, ou chamar quando precisa de ajuda.</b> [       ]					REDE1	
<b>169. Se de repente o(a) senhor(a) precisasse de uma pequena quantia em dinheiro, (equivalente ao ganho de uma semana de trabalho) quantas pessoas, de fora do seu domicílio, estariam dispostas a lhe fornecer este dinheiro, se o(a) senhor(a) pedisse a elas?</b> (1) Ninguém (2) Uma ou duas (3) Três ou quatro (4) Cinco ou mais					REDE2	
<b>Em toda comunidade, algumas pessoas se dão bem e confiam umas nas outras, enquanto outras pessoas não. Agora, eu gostaria de falar a respeito da confiança e da solidariedade na sua comunidade. Em geral, o(a) senhor(a) concorda ou discorda das seguintes afirmações:</b>						
<b>170. Pode-se confiar na maioria das pessoas que moram neste(a) bairro/localidade:</b> (1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem concordo (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente					SOL10	
<b>171. Hoje em dia, com que frequência o(a) senhor(a) diria que as pessoas neste(a) bairro/localidade ajudam umas às outras:</b> (1) Sempre ajudam (2) Quase sempre ajudam (3) Algumas vezes ajudam (4) Raramente ajudam (5) Nunca ajudam					SOL2	



176. Peso (kg): _____	PESM
177. Altura (m): _____	ALTM
178. Circunferência da cintura (cm): _____	CCIN
179. Circunferência do quadril (cm): _____	CQUA
180. AFERIR A TERCEIRA MEDIDA DE PA: _____ / _____	PA3

↪ **ATENÇÃO:** Volte na primeira página para agendar os exames laboratoriais e oftalmológico (s/n).

## APÊNDICE C

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de 2011

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### DOENCAS CARDIOVASCULARES NO ESTADO DO PARANA: MORTALIDADE, PERFIL DE RISCO, TERAPIA MEDICAMENTOSA E COMPLICACOESII

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa “DOENCAS CARDIOVASCULARES NO ESTADO DO PARANA: MORTALIDADE, PERFIL DE RISCO, TERAPIA MEDICAMENTOSA E COMPLICACOES”, realizada em todo o município de Cambé/PR entre os meses de janeiro e maio de 2011. O objetivo da pesquisa é verificar o perfil de risco para doenças cardiovasculares, uso de medicamentos e complicações. A sua participação é muito importante e ela se dará respondendo as perguntas feitas pelos entrevistadores, pela realização de medidas (pressão, peso, altura, cintura) e pela coleta de sangue. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo a sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os benefícios decorrentes de sua participação será o conhecimento da sua situação de saúde, incluindo os resultados dos exames laboratoriais. Além disso, pretende-se contribuir para a melhoria dos serviços de saúde e com o conhecimento científico a respeito do assunto. Caso qualquer alteração em seu estado de saúde seja identificada, o(a) senhor(a) será encaminhado(a) para a Unidade de Saúde mais próxima.

A coleta de sangue será realizada por profissionais experientes e seguirá todas as recomendações da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas. Caso aconteça qualquer intercorrência durante o procedimento de coleta, o(a) senhor(a) receberá os devidos cuidados e, quando necessário, será encaminhado(a) ao serviço de saúde. O sangue coletado será utilizado para a realização de exames laboratoriais e após a realização do exame o sangue será descartado.

Informamos que o senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso o senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode contatar a coordenadora do projeto, professora doutora Regina Tanno, pelo telefone 43 33712398 ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, no 60, ou no telefone 3371- 2490. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Cambé, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

**Pesquisador Responsável:** \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (nome por extenso do sujeito de pesquisa), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE D

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de 2015

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

##### Título da Pesquisa

“INCIDÊNCIA DE MORTALIDADE, MORBIDADE, INTERNAÇÕES E MODIFICAÇÕES NOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM AMOSTRA DE RESIDENTES COM 40 ANOS OU MAIS DE IDADE EM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE DO SUL DO BRASIL: ESTUDO DE COORTE VIGICARDIO 2011-2015”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa **“Incidência de mortalidade, morbidade, internações e modificações nos fatores de risco para doenças cardiovasculares em amostra de residentes com 40 anos ou mais de idade em município de médio porte do Sul do Brasil: Estudo de coorte Vigicardio 2011-2015”**, a ser realizada no município de Cambé. O objetivo da pesquisa é verificar as possíveis mudanças no perfil de risco cardiovascular e incidência de óbitos e internações em uma amostra populacional de 40 anos ou mais de idade no município de Cambé entre 2011 e 2015. Sua participação é muito importante e ela se daria respondendo as perguntas feitas pelos entrevistadores, pela realização de medidas (pressão, peso, altura, cintura) e pela coleta de sangue.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo o (a) senhor (a): recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas para os fins desta pesquisa e futuras pesquisas e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

A coleta de sangue será realizada por profissionais experientes e seguirá todas as recomendações da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas. Caso aconteça qualquer intercorrência durante o procedimento de coleta, o(a) senhor(a) receberá os devidos cuidados e, quando necessário, será encaminhado(a) ao serviço de saúde. O sangue coletado será utilizado para a realização de exames laboratoriais e após a realização do exame o sangue será descartado.

Esclarecemos ainda, que o(a) senhor(a) não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios decorrentes de sua participação será o conhecimento da sua situação de saúde, incluindo os resultados dos exames laboratoriais. Além disso, pretende-se contribuir para a melhoria dos serviços de saúde e com o conhecimento científico a respeito do assunto.

Quando houver a identificação de problemas de saúde, os indivíduos afetados serão orientados a buscar atenção profissional apropriada a cada caso.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar Ana Maria Rigo Silva, pelo telefone 43 33712398 no Departamento de Saúde Coletiva Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, nº 60 e email arigosilva@gmail.com, ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: [cep268@uel.br](mailto:cep268@uel.br).

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao (à) senhor(a).

Londrina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_.

**Pesquisador Responsável**

RG: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(NOME POR EXTENSO DO  
**SUJEITO DE PESQUISA**), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_


## **ANEXOS**

## ANEXO A

### Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UEL 2011

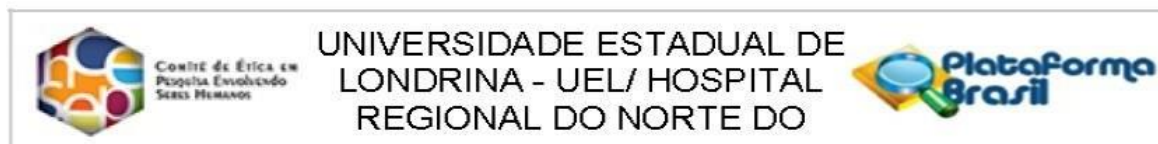


**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**  
 Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná  
 Registro CONEP 268

<b>Parecer de Aprovação Nº 236/10</b> <b>CAAE Nº 0192.0.268.000-10</b> <b>FOLHA DE ROSTO Nº 368859</b>	Londrina, 19 de outubro de 2010.
<b>PESQUISADOR: REGINA KAZUE TANNO DE SOUZA</b> <b>CCS/DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA</b>	
Prezada Senhora:  O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" (Registro CONEP 268) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:  <p style="text-align: center;"><b>“DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO ESTADO DO PARANÁ: MORTALIDADE, PERFIL DE RISCO, TERAPIA MEDICAMENTOSA E COMPLICAÇÕES.”</b></p>	
Situação do Projeto: <b>APROVADO</b>  Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.	
Atenciosamente,    <b>Profª. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel</b> Coordenadora Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UEL	

## ANEXO B

### Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UEL 2015



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Incidência de mortalidade, morbidade, internações e modificações nos fatores de risco para doenças cardiovasculares em amostra de residentes com 40 anos ou mais de idade em município de médio porte do Sul do Brasil: Estudo de coorte Vigicardio 2011-2015.

**Pesquisador:** Ana Maria Rigo Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 39595614.4.0000.5231

**Instituição Proponente:** CCS - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 916.944

**Data da Relatoria:** 14/12/2014

##### Apresentação do Projeto:

Pesquisa de Ana Maria Rigo Silva, junto ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (CCS-UEL). O projeto conta com uma assistente e equipe de 21 colaboradores. Sendo-se estudo de coorte, parte de um estudo de base populacional, com amostra representativa de residentes de 40 anos ou mais da área urbana do município de Cambé, localizado na região Norte do Paraná, realizado em 2011. A pesquisa propõe retornar a participantes de estudo anterior realizado em 2011.

##### Objetivo da Pesquisa:

Verificar possíveis mudanças no perfil de risco cardiovascular e a incidência de óbitos e internações em uma amostra populacional de 40 anos ou mais de idade, no município de Cambé, Paraná, entre 2011 e 2015.

Hipótese: As modificações nos hábitos de vida e condições socioeconômicas interferem no perfil de morbimortalidade por doenças cardiovasculares.

##### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Prevê que não há riscos.

Os benefícios ao participante previsto em termos de conhecimento da situação de saúde, incluindo

**Endereço:** PROPPG - LABESC - Sala 3

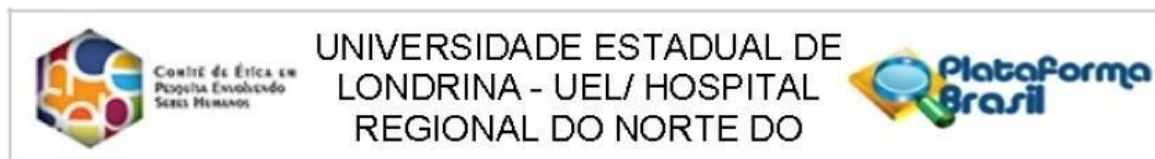
**Bairro:** Campus Universitário

**UF:** PR **Município:** LONDRINA

**Telefone:** (43)3371-5455

**CEP:** 86.057-970

**E-mail:** cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 916.944

os resultados dos exames laboratoriais. Possível contribuição para a melhoria dos serviços de saúde e conhecimento científico sobre o tópico.

Prevê orientação a participantes mediante identificação de problemas de saúde, em termos de indicação de busca de profissionais adequados para assisti-los.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Adequados:

Instrumentos de coleta de dados;

cronograma da pesquisa;

previsão orçamentária.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequados:

Termo de Concordância de instituição co-participante; TCLE; e folha de rosto.

**Recomendações:**

Aprovação.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

LONDRINA, 16 de Dezembro de 2014

---

**Assinado por:**  
**Paula Mariza Zedu Alliprandini**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** PROPPG - LABESC - Sala 3

**Bairro:** Campus Universitário

**UF:** PR

**Município:** LONDRINA

**CEP:** 86.057-970

**Telefone:** (43)3371-5455

**E-mail:** cep268@uel.br