

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

**PERCEPÇÃO E CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO
SOBRE EXERCÍCIO FÍSICO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

MARLOS RODRIGUES DOMINGUES

**Orientadora: Cora Luiza Pavin Araújo
Co-Orientadora: Denise Petrucci Gigante**

**PELOTAS, RS
Dezembro de 2002**

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

**PERCEPÇÃO E CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO
SOBRE EXERCÍCIO FÍSICO**

**Mestrando: Marlos Rodrigues Domingues
Orientadora: Cora Luiza Pavin Araújo
Co-Orientadora: Denise Petrucci Gigante**

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

**PELOTAS, RS
Dezembro de 2002**

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

Banca examinadora:

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

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

Prof. Dr. Airton José Rombaldi
Universidade Federal de Pelotas

Profa. Dra. Ana Maria Baptista Menezes
Universidade Federal de Pelotas

Pelotas, 20 de dezembro de 2002

"...até nas funções em que o julgas de menor importância, quero dizer as da inteligência, tem o corpo sua utilidade: falha de memória, morosidade de espírito, preguiça, a própria loucura, não raro são conseqüências de disposição viciosa dos órgãos, da má constituição física. Ao contrário, sendo são o corpo, o homem está seguro de todos esses males, vergonhoso é envelhecer na indolência, sem saber quanto não se poderia acrescentar à própria força e beleza."

Sócrates

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	06
PROJETO DE PESQUISA	10
RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO	27
ARTIGO	35
RELATÓRIO PARA IMPRENSA	57
ANEXOS	59
QUESTIONÁRIO	60
MANUAL DE INSTRUÇÕES	67

Agradecimentos

Na verdade não é bem agradecimento, mas sim um resumo do que sinto ao final de tudo. O bom dessa parte é que eu posso escrever o que quiser sem que ninguém critique (muito), nem vou receber este texto de volta cheio de linhas vermelhas e com comentários incluídos.

Muitas pessoas começam escrevendo os agradecimentos com a frase: "eu gostaria de agradecer...". Eu acho isso estranho, eu não gostaria, na verdade eu AGRADEÇO às pessoas que ao longo destes dois anos de alguma forma mudaram meu modo de pensar, me ensinaram o que eu não sabia e fizeram-me ver os erros quando eu os cometi.

Provavelmente eu teria concluído o mestrado com ou sem elas, porque nós somos os principais responsáveis pelo nosso empenho e progresso, mas se estas pessoas não existissem as coisas não teriam sido tão boas quanto foram.

Fazer um mestrado talvez marque nossa vida mais do que a graduação, com certeza o que levarei de mais importante desse mestrado é a maneira de interpretar muitas coisas na vida. Meu modo de pensar mudou, agora quando leio num jornal o termo "incidência" aplicado erradamente eu posso explicar porque está errado, é mais ou menos aquilo que o Cesar dizia – "eu não posso ver dois números que quero dividir um pelo outro", além do que hoje me sinto mais seguro, uma pessoa muito mais capaz em todos os sentidos, e devo isso principalmente aos professores doutores que fizeram parte desses 2 anos de convívio. E que excelentes professores tivemos. Todos tiveram suas qualidades, mas é claro que alguns marcaram mais, como o Cesar, Aluisio, Ana Menezes, Iná, Facchini e Anacláudia, que além de professora foi dirigente do consórcio. Cada um do seu jeito deixou em mim uma marca que espero não apagar jamais.

Agradeço também ao monitor & colega Eduardo Devens, que me fez sofrer com aqueles questionários da SMS, mas que também quebrou muitos galhos pra mim.

Cecília e Neiva, a estatística não teria sido a mesma sem vocês.

À minha professora e co-orientadora Denise Gigante, que apesar de afastada do trabalho na reta final foi de extrema importância num período crítico, de definição lá no início de tudo.

Não posso esquecer da CAPES pelo auxílio-bolsa recebido durante todo o curso, bem como a ajuda do Centro de Pesquisas via fundo PROAP que possibilitou o trabalho

de campo. Ah, e as 3182 pessoas que responderam ao questionário também foram imprescindíveis para a pesquisa.

Rodrigo, Danton e Bete, a organização de vocês foi simplesmente perfeita e sem vocês com certeza o que já não foi fácil teria sido bem pior. Bete, jamais esquecerei o quanto te empenhastes pra me ajudar a reverter todas aquelas recusas. Quando quiseres lembrar de mim vai almoçar em frente ao computador, com um saco de bolachinhas e te lembrará dos nossos almoços.

Agradeço à minha família e amigos pela compreensão, gestos e palavras de ajuda nos momentos mais estressantes. Vai um agradecimento especial ao meu "amigo/colega/irmão" Edison Marchand por todo incentivo dado desde o primeiro momento em que decidi ser um professor.

Esse nosso mestrado é difícil, trabalhoso e nos faz pensar inúmeras vezes se realmente vale a pena continuar. Acho que um dos momentos em que me dei conta de quanto valia a pena ter feito tudo foi ao escrever o relatório de trabalho de campo. Depois de escrito eu reli e disse pra mim mesmo – "como trabalhamos bem". Ali eu percebi que cada detalhe tinha a sua razão de ser, e que graças aos detalhes é que chegamos onde estamos.

Sem dúvida levamos ao pé da letra o significado da palavra consórcio. Não serei cínico, é óbvio que uns trabalharam mais que outros, mas de um jeito ou de outro todos tiveram que se mexer. Nessa jornada tive colegas como o "Dr." Franklin – só ele poderia ligar pro meu celular num domingo de verão e perguntar como ele poderia instalar o Stata no lugar onde ele estava, se não me engano Santa Catarina; o Casal Sclowitz – que foram os primeiros colegas com quem eu tive contato momentos antes de entrar na sala pra fazer a entrevista de admissão, e que me fizeram mudar inúmeras vezes aquele questionário sobre mamãs e calorões, com milhares de pulos – eles com certeza não esquecerão os anos do mestrado, época em que eles se casaram; Magda – que muitas vezes não era bem compreendida pelos colegas, mas que nunca teve nenhum atrito comigo e fez com que eu e minha namorada gravássemos pro resto da vida as palavras carro vaso tijolo; Carlos, ou cquadros (como dizia o Pedrinho) o "mais experiente" da turma, mas não o "mais velho", companheiro de conversas ao meio-dia no laboratório, sempre falando comigo sobre informática como se fosse um guri empolgado, meu colega de reabilitação (eu de um acidente, ele de uma cirurgia); o nosso odonto-colega Diego,

que apesar de não estar integralmente comigo no mestrado, sempre foi um grande colega e passou pelos "piores apertos" (provas e trabalhos) com a gente,...e a diretoria.

Pra quem não sabe, a diretoria era composta por Pedrinho, Andréa, Marcelo (Cascata), Laura, Fernando e no final eles me incluíram só pra ficar um número par. Laura, a nossa colega "sem vergonha de perguntar", muitas vezes eu não entendia, mas não chegava a perguntar, aí ela levantava o braço e sanava a minha dúvida junto, isso pra não falar nas datas de prova que eram uma constante nas indagações dela. Fernando, o extrema e politicamente correto, o calmo por fora e estressado por dentro, sempre aflito antes das provas: "tu achas que eles podem perguntar isso?". Meu colega de profissão e amigo riograndino Marcelo Cozzensa, o Cascata, figura mais constante ao meu lado, fosse nos corredores, salas de aula ou computadores, jamais vou esquecer daqueles logs "m&m's" das aulas de estatística. Ele que nesse mestrado passou por uma experiência ruim na vida pessoal, mas ao mesmo tempo recebeu um presente maravilhoso chamado Isabela, a responsável por ele dormir tanto nas aulas. Andréa, minha amiga que conheci no mestrado e espero guardar pro resto da vida, pessoa extremamente generosa e prestativa, sempre disposta a ajudar e sempre com medo de incomodar ao pedir um favor, se era algo que ela não podia fazer ela mandava o Beto fazer, a ponto de mandar ele "passear" comigo no Areal por mais de 2 horas num dia insuportável de tão quente... valeu Roberto..... e o Pedrinho né, que na minha opinião foi um exemplo de aluno de mestrado, extremamente dedicado ao seu trabalho e sempre pronto a colaborar com o trabalho dos outros, figura imprescindível na execução de todo trabalho do consórcio (quantas vezes nos perguntamos "o que seria do consórcio se não fosse o Pedrinho?"). Apesar da pouca idade assumiu o papel de representante da turma, e se para alguns ele não foi perfeito em tal tarefa acho que ninguém pode discordar que ele desempenhou funções vitais a todos e que "esse guri' com certeza ainda vai ser um grande doutor, meio louco e às vezes até meio infantil, mas muito inteligente. Já imaginaram ligar pra falar com o Dr. Pedro, e o empregado dizer – "agora ele não pode, está jogando botão, e é campeonato".

Pedrinho, teu papel no meu trabalho foi fundamental, não apenas nas funções de colega de aula, mas principalmente quando precisei de alguém pra discutir o que eu pensava. Creio que sabes que a tua colaboração foi decisiva para que eu pudesse concluir o mestrado com êxito. E eu que no início cheguei a pensar "esse guri é muito

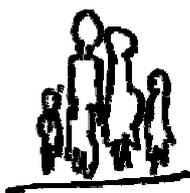
imaturu, não vai dar certo num mestrado, e ainda vai acabar estragando a imagem dos professores de educação física". Muito pelo contrário, vai ser muito difícil pros próximos professores conseguir ficar à tua altura. Um sincero abraço.

Ao longo de todo curso recebi várias demonstrações dos colegas por favores que fiz dentro e fora de aula. Sempre fui muito bem tratado por todos, e espero ter retribuído da mesma forma. A amizade e o coleguismo são "variáveis bilaterais", ou seja, eu apenas tratei todos como sempre fui tratado, e eu só pude ser gentil porque do outro lado alguém estava disposto a receber minha gentileza. Espero que não se lembrem de mim apenas como aquele que entendia de computadores e sempre mandava as aulas por e-mail, mas sim como um amigo, vocês sabem como me encontrar.

Agradeço à minha namorada Elisa, que perdeu inúmeras tarde lindas de sol ao meu lado, sempre sem reclamar fazendo coisas do tipo – procurando erros de digitação em questionários, manuais, etc., agüentando o meu mau humor pré-provas de estatística, fazendo entrevistas de controle de qualidade e pré-piloto, quase sempre debaixo dum sol escaldante, e logo depois codificando os questionários comigo. Ela que nunca se importou de ir deitar e dormir sozinha porque eu precisava ficar só mais umas "duas horinhas" no computador.

E "at last, but not least", minha querida orientadora Cora, que foi extremamente compreensiva, e soube respeitar minha opinião, me tratando muito mais como um colega do que como um aluno e sempre confiando na minha capacidade. Ela que de todos os professores, nunca nos deu uma aula sequer, mas que talvez tenha sido a pessoa mais importante na minha formação como mestre.

PROJETO
DE
PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

**"PERCEPÇÃO E CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO
SOBRE EXERCÍCIO FÍSICO"
(PROJETO DE PESQUISA)**

MESTRANDO: MARLOS RODRIGUES DOMINGUES

ORIENTADORA: DR^a. CORA L. P. ARAÚJO

CO-ORIENTADORA: DR^a. DENISE P. GIGANTE

PELOTAS – RS

2002

1. INTRODUÇÃO

As pesquisas epidemiológicas estão cada vez mais voltadas para os problemas de saúde gerados pelo modo de vida do cidadão. As doenças infecto-contagiosas, que no passado dizimavam populações, perderam seu poder graças ao avanço do conhecimento médico, especialmente nas áreas da imunologia, parasitologia, e da saúde pública em geral. Tais conquistas, juntamente com uma melhoria global da saúde humana, trouxeram uma expectativa de vida maior.

A evolução da pesquisa e dos meios de comunicação possibilitou a criação de novos conhecimentos e a difusão de informações de formas cada vez mais rápidas, tornando quase impossível absorver tudo de forma consciente. Assim, algumas vezes, informações disponíveis e relevantes deixam de ser assimiladas pelos indivíduos, por falta de tempo, de clareza, de objetividade e até mesmo por desinteresse.

Juntamente com o progresso alcançado pela sociedade moderna observa-se um problema crescente em todo o mundo: o sedentarismo, inatividade física apresentada por grande parte da população. Suas principais conseqüências são conhecidas genericamente como doenças crônico-degenerativas.

1.1 Hábitos de vida

O homem criou uma série de artefatos que lhe poupam tempo e trazem conforto: alimento à sua disposição, meios de comunicação e transporte automatizados/mecanizados e muito rápidos. Paralelamente tem cada vez menos tempo disponível, e o conforto transformou-se em inatividade, já que o pouco tempo extra, não se transformou em benefícios que melhorassem sua saúde e qualidade de vida.

Importantes conseqüências do sedentarismo, as doenças "crônico-degenerativas" como hipertensão arterial sistêmica (HAS), síndrome "X" (plurimetabólica), obesidade, diabetes mellitus (tipo II), osteoporose, aterosclerose e outras, dificultam e diminuem a vida, provocando incapacidades prematuras e um maior gasto com despesas médicas.

Uma medida preventiva contra estes males, recomendada com unanimidade pela comunidade científica é a prática do exercício físico sistematizado. Embora simples e de comprovada eficiência, é de difícil adesão pela maioria da população, uma vez que implica em mudanças no estilo de vida.

Segundo NAHAS (2000), estilo de vida representa o conjunto de ações cotidianas que reflete atitudes e valores das pessoas. Hábitos e ações conscientes estão associados à percepção de qualidade de vida do indivíduo.

Mudanças intencionais no estilo de vida ocorrerão quando o indivíduo perceber o valor da inclusão de hábitos saudáveis e tiver consciência de como estas ações podem concretizar-se. Mas alterar preventivamente um padrão comportamental não é simples.

Esta é uma relação paradoxal. Enquanto a ciência disponibiliza o conhecimento sobre os meios eficientes para evitar doenças, muitos indivíduos, mantendo um estilo de vida sedentário, vivem seu processo de envelhecimento apresentando problemas de saúde possíveis de serem prevenidos através da prática sistemática do exercício físico.

Mesmo entre a comunidade médica, a desinformação, a falta de estímulo e de aconselhamento sobre os benefícios do exercício físico se perpetuam. Pesquisas como a de DUPEN (DUPEN, 1999) mostram que apenas 5% dos artigos médicos sobre doença cardíaca mencionam a atividade física, apesar de todas as evidências sobre seus benefícios. Em geral o tratamento limita-se às abordagens farmacológicas e comentários sobre outros fatores de risco como fumo, obesidade e hipertensão, não levando em conta que o sedentarismo é um fator de risco tão ou mais importante que os demais.

1.2 A realidade atual

Não existem atualmente programas eficientes de divulgação do exercício físico como promotor de saúde, nem qualquer tipo de campanha ou programa de combate ao sedentarismo, semelhante aos existentes para o tabagismo.

Do ponto de vista mundial, o sedentarismo vem crescendo, quase sempre aliado a outros fatores de risco, como uma alimentação inadequada. Uma das conseqüências disto é o aumento das prevalências de sobrepeso e obesidade.

O problema da elevada prevalência de sedentarismo é sentido pelas autoridades de saúde em todo mundo (BLAIR, 1996; PATE, 1995), e quanto melhor compreendidos os motivos para tal comportamento, mais eficientes poderão ser as medidas para combatê-lo.

Em alguns países europeus, quando o nível de conhecimento sobre a atividade física foi aumentado, a prática de atividade física aumentou e o número de pessoas completamente sedentárias não cresceu na mesma proporção que em países menos desenvolvidos (VUORI, 1998). As pessoas que não se exercitam apresentam tal comportamento por opção pessoal. A consciência do benefício do exercício existe. Portanto, os motivos para o sedentarismo são outros.

Esse conhecimento só aumentou a partir de iniciativas governamentais no sentido de melhorar a relação entre o indivíduo e o seu próprio corpo, alterando sua percepção sobre como e porque deve se exercitar.

No Canadá, os institutos Health Canada e Canadian Society for Exercise Physiology em conjunto constataram que a população estava desinformada sobre os prejuízos de uma vida sedentária, e de certa forma confusa com a grande quantidade de informação desencontrada. Assim, criaram o "Canada's Physical Activity Guide to Healthy Active Living", um Manual do Exercício, distribuído à população com a intenção de aumentar o nível de informação sobre a atividade física.

1.3 Evidências científicas

A literatura atual sobre exercício físico mostra que entre os muitos benefícios da atividade física regular, destacam-se: maiores capacidade cárdio-respiratória, densidade óssea, flexibilidade e força muscular; reduções da obesidade, da ansiedade e da depressão. Sabe-se também que os indivíduos condicionados fisicamente têm menos chance de desenvolver doenças crônicas como hipertensão, doenças cardiovasculares, osteoporose, diabetes do tipo II, e até mesmo alguns tipos de câncer. Tudo isso fazendo com que as taxas de mortalidade precoce entre os praticantes de atividade física regular sejam menores do que entre os sedentários de um mesmo grupo social (NIEMAN, 1999; NAHAS, 2001; SHARKEY, 1997).

Entre as principais considerações do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e do American College of Sports Medicine (ACSM), destacam-se:

- a atividade física regular e de intensidade moderada é um meio de se obter benefícios para a saúde. Uma percepção errada é que a atividade precisa ser vigorosa e intensa para promover benefícios à saúde;
- os benefícios obtidos pelo aumento da atividade física dependem de seu nível inicial, ou seja, indivíduos sedentários se beneficiam mais, mesmo com baixos níveis de atividade física, comparativamente aqueles indivíduos que já praticam atividade física regularmente;
- além do condicionamento cárdio-respiratório, dois outros componentes da aptidão - flexibilidade e força muscular - também devem ser valorizados. A experiência clínica sugere que pessoas que mantêm ou melhoram sua força e flexibilidade, podem ser capazes de realizar melhor suas atividades diárias, serem menos propensas a desenvolver lombalgia e são mais capazes de passar pelo processo de envelhecimento de forma mais saudável.

De acordo com o CDC e o U.S. Department of Health and Human Services, o indivíduo saudável deve buscar um equilíbrio entre suas capacidades físicas, com destaque para três variáveis primordiais: condicionamento cárdio-respiratório, força muscular e flexibilidade. Sendo assim, não existe uma atividade única capaz de satisfazer a todas as necessidades de quem se exercita. Na realidade o que deve ser buscado por todos aqueles que procuram obter saúde através da atividade física, é obter um balanço entre exercícios aeróbicos, exercícios com pesos, e exercícios de alongamento (KHAN, 2000; CDC, 1997).

1.4 Sedentarismo - um problema de saúde pública

Estudos longitudinais mostram que, em geral, durante a vida adulta, a cada década a capacidade aeróbica sofre um declínio médio de 10% em sedentários, 5% em pessoas moderadamente ativas e no máximo 2% em pessoas realmente treinadas aerobicamente (SHARKEY, 1997).

Um estilo de vida ativo não requer um programa de exercícios vigoroso e padronizado. Ao contrário, pequenas alterações que aumentem a atividade física diária permitem que os indivíduos reduzam os riscos de doenças crônicas e podem contribuir para melhorar a qualidade de vida (PATE et al, 1995).

Na Finlândia, o Institute for Health Promotion Research busca, através de dois programas de conscientização popular ("Finland on the Move" e "Fit for Life"), alcançar uma maior aderência aos programas de atividade física, fornecendo oportunidades e informações sobre atividade física para a população. Resultados positivos (VUORI et al., 1998) puderam ser percebidos pelo aumento do número de pessoas que participam regularmente de atividades físicas.

O CDC afirma que programas que informam e promovem a atividade física são provavelmente as estratégias mais efetivas na redução das doenças crônicas associadas ao sedentarismo (KHAN, 2000).

Segundo Bullock et al. (2000), em comunidades menos favorecidas, onde as prevalências de obesidade, hipertensão e diabetes do tipo II são elevadas, programas de conscientização e avaliação do nível de informação da população são fundamentais, pois além de fornecerem a informação para a população, permitem aos pesquisadores obter retorno com relação ao impacto que tal informação tem sobre o comportamento dessas pessoas e sobre sua postura perante questões de saúde, envolvendo exercícios e nutrição.

2. JUSTIFICATIVA

Nas últimas décadas, estudos epidemiológicos têm mostrado de forma consistente que o sedentarismo e o baixo condicionamento físico contribuem substancialmente para a alta prevalência de doenças crônicas.

Intervenções populacionais, no sentido de diminuir o número de sedentários, muitas vezes não são tão efetivas quanto seria esperado, mas tanto as forças políticas quanto científicas concordam que é preciso dar mais atenção ao assunto e buscar maneiras de melhorar a compreensão da população sobre como se exercitar corretamente, proporcionando-lhes conhecimento sobre como tratar seu físico para uma vida mais longa e saudável.

A razão mais apontada como responsável pelo sedentarismo é a "falta de tempo", muitas vezes oriunda de uma falta de organização de prioridades. Em segundo lugar surge a falta de informação sobre os benefícios e sobre como se exercitar.

Aceitando que as doenças crônico-degenerativas constituem-se atualmente nas maiores causas de morte no mundo inteiro, e que a maneira mais efetiva de preveni-las é através do exercício físico regular, parece lógico que ao melhorar o nível de conhecimento sobre as conseqüências do sedentarismo, estar-se-á contribuindo para diminuir a prevalência de sedentários na comunidade.

Difícilmente alguém procuraria mudar de comportamento, iniciando uma atividade regular, desconhecendo os benefícios e as formas de utilização do exercício físico.

O planejamento para um aconselhamento populacional deve focalizar seus esforços de acordo com as necessidades da população-alvo, e quanto mais informação disponível sobre esta população, melhor e mais eficiente será um programa de conscientização.

O exercício não deve surgir neste contexto como uma "fonte da juventude", que de alguma forma evite o envelhecimento. A idéia a ser transmitida é que o envelhecimento, apesar de inevitável, não é sinônimo de doença. É possível envelhecer sentindo-se capaz e saudável.

Um dos possíveis motivos para que as pessoas continuem sedentárias é uma percepção errada ou confusa sobre como praticar o exercício físico de forma eficaz, e o desconhecimento de que o exercício pode ser um fator relevante na qualidade de vida, sendo na verdade uma das poucas maneiras de se evitar os males do futuro de forma eficaz, já que remédios, apenas tratam os problemas.

Este trabalho propõe-se a avaliar a percepção e o nível de conhecimento da população sobre exercício físico.

Os resultados obtidos nesta pesquisa poderão servir como base para ações na área política e educacional buscando melhorar a saúde populacional através de programas de incentivo à atividade física e de um estilo de vida mais saudável. Tais condições são necessárias não só à melhoria na qualidade de vida individual, mas também indispensáveis no combate aos problemas sociais gerados pelo sedentarismo, como os altos custos das doenças crônico-degenerativas para o sistema de saúde do país.

3. OBJETIVOS

3.1 GERAL

Avaliar a percepção e o conhecimento da população sobre os benefícios do exercício físico e os prejuízos do sedentarismo.

3.2 ESPECÍFICOS

Identificar o conhecimento da população sobre a relação sedentarismo/doença

Avaliar o conhecimento sobre as diferentes abordagens do exercício físico e de seus respectivos fins

Identificar a percepção dos indivíduos com relação aos benefícios do exercício físico sobre sua saúde

Avaliar a possível associação existente entre o reconhecimento do exercício físico na prevenção de doenças e características individuais e socioeconômicas.

4. HIPÓTESES

O conhecimento sobre exercício físico na população estudada é maior entre as mulheres.

Existe uma semelhança na distribuição das prevalências extremas.

Há desconhecimento sobre os diferentes tipos e finalidades do exercício físico.

O nível de conhecimento sobre os benefícios da prática de exercício físico está positivamente associado com o grau de instrução e a renda familiar.

A inatividade física está associada ao desconhecimento dos diferentes tipos e finalidades do exercício físico.

5. MARCO TEÓRICO

Atualmente o conhecimento pode ser obtido basicamente de três formas: a escola; o auto-aprendizado, através do convívio em família/sociedade; e a partir de informações que os meios de comunicação oferecem.

Assim, fica claro que a classe social tem papel categorizador no conhecimento acumulado durante a vida, uma vez que freqüentar a escola A ou B depende de seu status social, e o acesso à informação de boa qualidade está de alguma forma ligado aos bens de consumo, e portanto à classe social.

A classe social definirá portanto o grau de escolaridade e o nível de conhecimento geral de cada indivíduo, apresentando nível superior de determinação em relação às características individuais.

O conhecimento individual depende também de outros fatores como a idade, pois é preciso tempo para assimilar o conhecimento.

A produção e disponibilização de conhecimento científico também têm influência sobre o conhecimento.

Partindo então da idéia de que um indivíduo é formado e moldado sob influência de suas características individuais e sociais, seu grau de conhecimento será determinado basicamente por sua inserção social e econômica. Esse conhecimento é quase sempre direcionado por seu interesse pessoal. A relação que cada um tem com seu próprio corpo e o interesse pelo tema "exercício físico" serão portanto fatores norteadores da percepção e da postura que o indivíduo apresenta perante tal assunto.

Assim sendo, observa-se que a percepção da importância do exercício físico e do conhecimento sobre o mesmo não são fatores isolados na vida do homem, e dependem de várias etapas antecedentes na escala de evolução do conhecimento humano.

6. MATERIAL E MÉTODOS

O estudo a ser realizado é do tipo transversal, de base populacional, na área urbana do município de Pelotas - RS. A pesquisa será desenvolvida pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, com a participação de onze mestrados, organizados em sistema de consórcio e responsáveis pelo planejamento, coleta e análise dos dados.

6.1 Estudo Pré-Piloto

No período de 03/07/01 - 10/08/01 foi realizado um estudo pré-piloto (Pré-piloto 1) juntamente com outros dois mestrados do consórcio, com as seguintes finalidades:

1. testar a funcionalidade e compreensão das questões do questionário;
2. criar uma fonte de informação sobre o nível de conhecimento sobre exercício físico já que essa informação é indispensável para o cálculo de tamanho de amostra deste estudo e não foi encontrada na revisão bibliográfica realizada.

Foi utilizado nesta etapa um setor censitário de classe média do município de Pelotas, e foram sorteados aproximadamente 100 domicílios.

Os entrevistadores eram oito estudantes de Medicina e de Educação Física e foram treinados pelos três mestrados envolvidos nesse teste.

O treinamento consistia de uma parte geral (postura do entrevistador, compreensão do manual, e aplicação do questionário) e uma específica, onde as dúvidas dos entrevistadores puderam ser sanadas.

Após a leitura e compreensão das questões e do manual de instruções, os entrevistadores realizaram o teste com a população que procura atendimento junto ao Ambulatório da Faculdade de Medicina. Cada entrevistador ficou encarregado de, aproximadamente, 10 domicílios.

Em janeiro de 2002, um segundo estudo pré-piloto (Pré-piloto 2) foi realizado pelos onze mestrados do consórcio, ocasião em que mais uma vez o questionário foi testado. Para este estudo foi usado um setor urbano da cidade de Pelotas, e amostragem por conveniência. Foi aplicado um total de 120 questionários.

6.2 Cálculo de Tamanho de Amostra

O cálculo do tamanho de amostra baseou-se no estudo Pré-piloto 1. (resultados em anexo). Este cálculo levou em conta a frequência do maior conhecimento, por ser a menos comum.

A escassez e a grande discordância entre os resultados encontrados até o momento tornam difícil uma melhor precisão nos cálculos. Além disso, a maioria dos estudos utiliza populações restritas e até mesmo sujeitos incluídos voluntariamente. Estes tipos de amostragens podem distorcer os resultados e impossibilitar que os achados de tais estudos possam ser extrapolados para a população-alvo desta pesquisa.

O fato de que o conhecimento seja algo subjetivo e medido por diferentes instrumentos em populações distintas também torna um tanto impreciso o uso de parâmetros assim obtidos.

O tamanho da amostra foi calculado a partir dos seguintes parâmetros, obtidos no estudo pré-piloto 1:

- Poder: 80%
- Nível de confiança: 95%
- Exposição: baixa renda
- Desfecho: Nível de Conhecimento
- Razão não-expostos/expostos: 4:1
- Doença nos não-expostos: 8%
- Risco Relativo: 2
- Total de pessoas: 1038 (+ 10% perdas e 15% para fatores de confusão)
- Total aproximado de domicílios: 500 domicílios (levando em conta uma frequência de 2.1 pessoas por domicílio na faixa etária estudada)

6.3 Amostragem

Serão estudados homens e mulheres com idade igual ou superior a 20 anos, selecionados aleatoriamente a partir da população residente na área urbana do município de Pelotas.

A amostragem basear-se-á na divisão do município nos setores censitários do IBGE. Após a divisão dos setores por níveis de renda, oitenta setores serão sorteados.

Cada mestrando ficará responsável por, em média, sete setores, e deverá orientar o serviço de um baterador que fará a contagem e listagem de todos os domicílios do setor para posterior sorteio.

De cada setor serão sorteados 20 domicílios que farão parte do estudo. A amostra será composta por todos os indivíduos residentes nos domicílios sorteados que satisfaçam aos critérios de inclusão. O resultado final da amostragem será de 1600 domicílios (aproximadamente 3500 pessoas).

6.4 Instrumento

Para realizar a coleta de dados será utilizado um questionário abordando características demográficas, condições socioeconômicas dos indivíduos e sobre a percepção e conhecimento referentes ao exercício físico.

Uma vez que não existe um conhecimento estabelecido como padrão, nem um instrumento de avaliação considerado "padrão-ouro", a avaliação dos resultados será feita através de um escore

construído pelo número de respostas aceitas como corretas. Além dessas, serão incluídas questões que permitirão compreender a percepção e atitude dos indivíduos em relação à atividade física.

Todos os trabalhos encontrados até o momento utilizaram escores e instrumentos criados pelas equipes pesquisadoras (ABREU, 1992; BANKOFF, 1999; TURRA, 1999; YOUNG et al, 1996).

6.5 Seleção e treinamento das entrevistadoras

Para a realização das entrevistas serão selecionadas pessoas da comunidade. A seleção será feita de acordo com critérios estabelecidos pelo consórcio incluindo: ser do sexo feminino, ter disponibilidade de tempo, experiência prévia com pesquisa e atitudes positivas em relação à forma de contato com a população.

Após o processo de seleção (avaliação curricular, entrevistas, dramatizações e prova teórica) todas as candidatas serão submetidas a treinamento específico. O treinamento incluirá leitura e discussão dos instrumentos a serem aplicados, bem como técnica de entrevistas e dramatizações. O treinamento terá duração de uma semana e encerrará com o estudo-piloto.

Durante o treinamento as entrevistadoras serão avaliadas, e aquelas que apresentaram os melhores desempenhos iniciarão o trabalho de campo.

6.6 Estudo-piloto

Após o treinamento, aproximadamente 44 entrevistadoras irão para a última fase da seleção e realizarão o estudo-piloto sob supervisão dos mestrandos. Esta etapa servirá para avaliá-las e testar mais uma vez o questionário numa situação real de pesquisa. Das 44 avaliadas, cerca de 33 ficarão encarregadas da coleta de dados, e 11 ficarão como entrevistadoras suplentes.

6.7 Processamento e análise dos dados

Os dados coletados serão digitados duas vezes e em seguida será feita a comparação das duas digitações. O próximo passo será a análise de consistência dos dados. Com estas etapas pretende-se corrigir falhas que possam ter ocorrido durante a digitação e/ou que tenham escapado à correção da codificação. O resultado final deste processo será o banco de dados a ser analisado.

A análise será composta de:

- Descrição das variáveis (análise univariada);
- Análise bivariada;

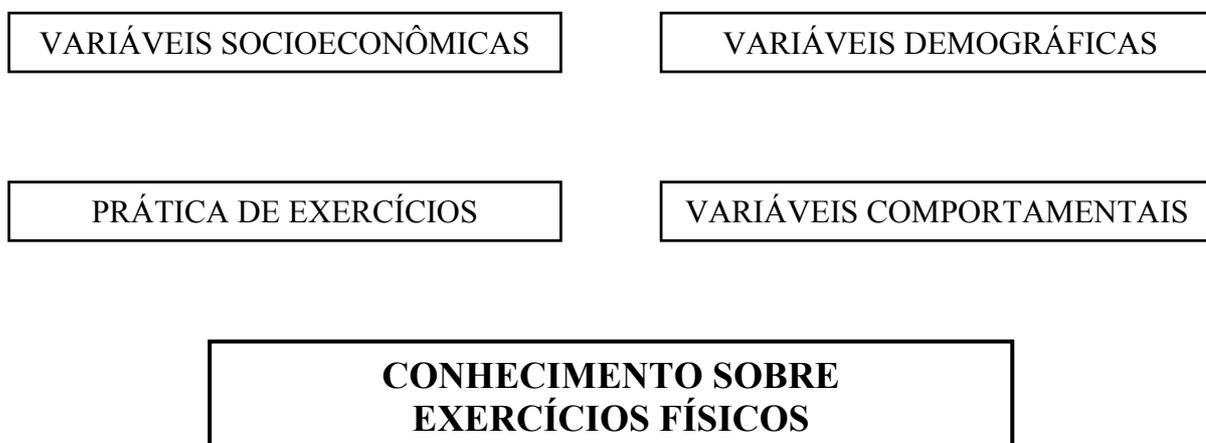
- Análise multivariável (construção de modelo de regressão).

A análise buscará relações entre os níveis de informação apresentados e variáveis como sexo, idade, grau de instrução, renda e nível de atividade e também analisará a percepção da população estudada sobre o tema.

Os programas utilizados para os processos descritos serão:

- Epi Info 6.04b (CDC & WHO) – digitação e validação;
- Intercooled Stata 6.0 for Windows (Stata Corporation) – análise de consistência e análise estatística;
- SPSS for Windows 10.0.1 (SPSS Inc.) – análise estatística.

6.8 Modelo de análise



6.9 Controle de qualidade

O controle de qualidade do estudo será feito através dos seguintes passos:

- treinamento prévio das entrevistadoras através da padronização de aplicação do instrumento, explicação do manual de instruções, dramatização de aplicação e estudo piloto;
- reunião semanal com as entrevistadoras;
- devolução semanal dos questionários aplicados e codificados;
- revisão da codificação dos questionários entregues, com possível retorno para correção de eventuais erros ocorridos durante a entrevista;
- dupla digitação seguida pela validação dos dados;
- análise de consistência dos dados digitados;
- sorteio aleatório de 10% da amostra para aplicação de um questionário reduzido (através de revisita para análise de concordância e confirmação das informações obtidas).

6.10 Aspectos éticos

O estudo será submetido à Comissão Científica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas e Secretaria Municipal de Saúde. Será solicitado ao entrevistado seu consentimento verbal para a realização da coleta das informações.

6.11 Divulgação dos resultados

Os resultados obtidos no estudo serão divulgados através da apresentação da dissertação necessária à obtenção do título de Mestre em Epidemiologia, pela publicação total ou parcial dos resultados em periódicos científicos, e possivelmente pela divulgação na imprensa local.

7. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

	2001									2002										
ATIVIDADES	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Revisão bibliográfica																				
Elaboração do projeto																				
Pré-piloto 1																				
Pré-piloto 2																				
Planejamento logístico																				
Seleção das entrevistadoras																				
Treinamento dos entrevistadores																				
Estudo-piloto																				
Coleta de dados																				
Revisão de questionários																				
Controle de qualidade																				
Digitação dos dados																				
Limpeza dos dados																				
Análise de consistência																				
Análise dos dados																				
Redação do artigo																				
Defesa da dissertação																				

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 15th National Conference on Chronic Disease Prevention and Control - Abstract Book – Living Healthier and Living Longer, The Will and the Way. Hilton Washington and Towers, Washington, D.C., 2000
2. Abreu A, Nível de informação sobre atividade física relacionada à saúde de indivíduos que se exercitam nas academias de Florianópolis. UFSC, Florianópolis, SC, 1992
3. Bankoff ADP, Zamai CA. Estudo do perfil dos professores do ensino fundamental do estado de São Paulo sobre o conhecimento do tema atividade física e saúde. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. V. 4 n° 3, 1999
4. Blair SN, Booth M, Gyarfás I, Iwane H, Marti B, Matsudo V, Morrow MS, Noakes T, Shephard R - Cooper Institute for Aerobics Research, Dallas, Texas 75230, USA. Development of public policy and physical activity initiatives internationally. Sports Med 1996 Mar; 21(3):157-63
5. Brody J. O livro de saúde do New York Times. Editora Campus. São Paulo. 1998
6. Bullock S, Pekuri L, McClellan S. Using Community Partnerships to Address Health Disparities: “My Body, My Temple” Health Promotion Conference - 15th National Conference on Chronic Disease Prevention and Control. 2000
7. Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute. Canada's Physical Activity Guide Website: www.paguide.com (acessada em 10/04/01)
8. Dupen F, Bauman AE, Lin R. The sources of risk factor information for general practitioners: is physical activity under-recognized? School of Community Medicine, University of New South Wales. Med J Aust. 171(11-12):601-3, 1999 Dec 6-20
9. Kahn E. Promoting Physical Activity: Recommendations from the Guide to Community Preventive Services - 15th National Conference on Chronic Disease Prevention and Control. 2000
10. Keong GC, Chuan TK. Medicina Esportiva – exercícios para aptidão física. Editora Santos. São Paulo, SP, 1989

11. Nahas MV. Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina, PR, 2001
12. Nieman DC. Exercício e Saúde – como se prevenir de doenças usando o exercício como seu medicamento. Human Kinetics (Manole), São Paulo, SP, 1999
13. Pate RR, Pratt M, Blair SN et al. Physical activity and public health. JAMA 273: 402-407, 1995
14. Silva OJ. Exercícios e Saúde – Fatos e Mitos. Florianópolis, Editora da UFSC. 1995
15. Sharkey BJ. Condicionamento Físico e Saúde. Human Kinetics (Artmed), 4ª ed. 1997. São Paulo, SP
16. Stahl T, Rutten A, Nutbeam D, Bauman A, Kannas L, Abel T, Luschen G, Rodriguez DJ, Vinck J, van der Zee J. University of Jyväskylä, Department of Health Sciences, Finland. The importance of the social environment for physically active lifestyle--results from an international study. Soc Sci Med 2001 Jan; 52(1):1-10
17. Turra NB. Nível de informação que os praticantes em academias possuem sobre alguns aspectos da atividade física e saúde. UFSM, Santa Maria, RS, 1999
18. U.S. Department of Health and Human Services - Public Health Service - Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Guidelines for School and Community Programs to Promote Lifelong Physical Activity Among Young People, Morbidity Mortality Weekly Report, March 7, 1997, Vol. 46, No. RR-6.
19. Vuori I, Paronen O, Oja P - UKK Institute for Health Promotion Research, How to develop local physical activity promotion programmes with national support: the Finnish experience. Patient Educ. Couns. 1998 Apr; 33(1 Suppl): S111-9
20. Young DR, Haskell WL, Taylor CB, Fortmann SP, The Stanford Five-City Project. Effect of Community Health Education on Physical Activity Knowledge, Attitudes, and Behavior. American Journal of Epidemiology. August 1st, 1996. V. 144, N° 3

9. ANEXOS

RESULTADOS DO ESTUDO PRÉ-PILOTO (1) - 2001

	N	%
CONHECIMENTO		
Pouco	30	16,7 %
Médio	55	30,5 %
Suficiente	73	40,5 %
Excelente	22	12,3 %
TOTAL	180	100 %
Sexo masculino		
Pouco	12	18,0 %
Médio	25	37,3 %
Suficiente	23	34,3 %
Excelente	7	10,4 %
SUBTOTAL	67	37,2 %
Sexo feminino		
Pouco	18	16,0 %
Médio	30	26,5 %
Suficiente	50	44,2 %
Excelente	15	13,3 %
SUBTOTAL	113	62,8 %
Valores médios obtidos		
	Médias obtidas	(mínimo / máximo)
Escore Médio = “Médio”	17.4 (SD = 4.43)	4 / 25
Masculino = “Médio”	16.6 (SD = 4.36)	5 / 24
Feminino = “Médio”	17.8 (SD = 4.44)	4 / 25

Distribuição da idade – (20 – 69 anos)	
Masculino	36.3 anos (SD = 15.0)
Feminino	41.1 anos (SD = 15.8)
TOTAL	39.3 anos (SD = 15.6)

Estimativas para população em geral

Pouco	20,0 %
Médio	32,0 %
Suficiente	40,0 %
Excelente	8,0 %

Definição do escore (0 – 25)	
Escore Obtido	Classificação
ACIMA DE 23	“EXCELENTE”
ENTRE 18 E 22	“SUFICIENTE”
ENTRE 13 E 17	“MÉDIO”
ATÉ 12	“POUCO”

**RELATÓRIO DE
TRABALHO
DE CAMPO**

RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO

INTRODUÇÃO

Realizou-se um estudo transversal de base populacional com a finalidade de aprofundar os conhecimentos sobre a saúde da população urbana da cidade de Pelotas (RS). O trabalho foi planejado e executado pelos mestrandos do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas.

Na realização deste estudo 11 alunos do Mestrado formaram um consórcio para a elaboração do instrumento (questionário), a ser aplicado numa única ocasião, com o objetivo de obter informações sobre a população adulta de Pelotas.

Além das questões de interesse dos mestrandos o questionário também pretendeu coletar informações específicas de interesse da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), da Prefeitura Municipal de Pelotas.

A utilização do sistema de consórcio permitiu a otimização dos recursos financeiros e racionalização do tempo necessários à uma pesquisa deste porte.

Este relatório se refere a um dos trabalhos desenvolvidos através do consórcio – “Percepção e conhecimento da população sobre exercício físico”.

QUESTIONÁRIO

O questionário foi elaborado pelas questões específicas de cada um dos mestrandos, somadas às questões gerais de interesse de todos e questões referentes à pesquisa paralela realizada pela SMS. Simultaneamente à confecção do questionário, ocorreu a elaboração do manual de instruções.

Três sub-conjuntos de questões formavam o questionário geral:

- gerais: sociodemográficas e econômicas;
- específicas: interesse particular de cada mestrando;
- adicionais: questões da SMS sobre satisfação do usuário com o serviço público de saúde, diabetes, saúde cardiovascular e sobre animais domésticos.

O questionário total era composto então por 178 questões divididas em 3 blocos conforme as características dos entrevistados:

Bloco A: respondido apenas por um morador do domicílio (preferencialmente a dona de casa), contendo questões socioeconômicas familiares e algumas questões de interesse da SMS;

Bloco B: respondido individualmente por todos moradores do domicílio (com idade igual ou superior a 20 anos) contendo uma parte geral inicial, uma parte específica dos mestrados e o restante das questões de interesse da SMS.

Bloco C: bloco auto-aplicado, após instruções da entrevistadora. Esta metodologia foi utilizada por se tratar de informações íntimas sobre os entrevistados.

O questionário como um todo foi testado pelo menos uma vez, sendo que algumas questões passaram por vários estudos pré-piloto.

PRÉ-PILOTO 1

Tendo em vista que não foi possível identificar na literatura um questionário padrão para a coleta de informações a respeito do conhecimento da população sobre exercício físico, foi necessário testar uma proposta de questionário específico para os objetivos deste estudo.

Tendo em vista que o instrumento, elaborado pelo mestrado não havia sido testado anteriormente em situação de campo, foi necessário fazer-se uma pré-testagem antes mesmo do estudo-piloto, previsto para todo o consórcio de mestrados.

Esse pré-piloto exigiu o recrutamento, treinamento e seleção de uma equipe de entrevistadores (estudantes da graduação de Medicina e Educação Física) e a escolha de um setor censitário. Assim, foram realizadas 180 entrevistas com dois objetivos: testar a compreensão das questões pelos entrevistados, em condições reais e criar subsídios para o cálculo do tamanho amostral. Este primeiro estudo pré-piloto foi realizado em conjunto com mais dois mestrados.

PRÉ-PILOTO 2

Definido o questionário, realizou-se um segundo pré-piloto no qual os próprios mestrados foram a campo testar o instrumento.

Este processo teve início com uma discussão das questões específicas de cada mestrado e do manual de instruções para que todos os mestrados estivessem capacitados a realizar o trabalho de campo conforme as exigências de cada questionário específico.

Foram escolhidos dois setores que não fariam parte da amostra final e, após a divisão dos mesmos em quarteirões, cada mestrado realizou um número mínimo de 10 entrevistas.

Ao final desse estudo 116 entrevistas foram feitas, e novas alterações no questionário foram necessárias.

SELEÇÃO DAS ENTREVISTADORAS

O primeiro critério para a admissão de entrevistadoras foi ser do sexo feminino. Os outros requisitos eram: ter segundo grau completo, disponibilidade de 40 horas para realizar as entrevistas, além de seu desempenho, avaliado durante o processo de seleção.

Partiu-se de um total superior a 400 candidatas inscritas. A idéia inicial foi treinar 55 entrevistadoras e iniciar a coleta de dados com 33 destas. As demais 22 ficariam como suplentes.

O recrutamento das entrevistadoras foi realizado através do jornal local “Diário Popular” e de cartazes distribuídos em locais estratégicos. Além destas formas, procurou-se candidatas através de informações com pesquisadores que realizaram estudos nos últimos anos.

Todo o processo de seleção e treinamento durou 3 semanas e foi composto de: análise do currículo, entrevista, treinamento, prova escrita, prova de dramatização e avaliação de desempenho em situação real de campo.

TREINAMENTO DAS ENTREVISTADORAS

As 59 entrevistadoras inicialmente aprovadas nas primeiras etapas do processo de seleção foram submetidas a um treinamento de 40 horas.

Primeiramente, foram explicadas as características de uma pesquisa em consórcio. A seguir salientou-se sobre a necessidade de que a entrevistadora tivesse a postura adequada sobre métodos de aproximação com a população, além das noções básicas sobre a logística do trabalho de campo.

Seguiu-se então uma parte específica, onde se fez a leitura e discussão de todo questionário e manual de instruções com elucidação das dúvidas específicas que surgiram.

A dramatização foi o momento em que as entrevistadoras interagiram em pequenos grupos, realizando entrevistas sob supervisão e orientação de um mestrando.

Na prova teórica procurou-se avaliar todos os aspectos discutidos ao longo do treinamento. As 45 melhores candidatas foram classificadas e permaneceram no processo de seleção. A última etapa foi a realização do estudo-piloto supervisionado pelos mestrandos que atribuíram notas para cada candidata avaliada.

ESTUDO-PILOTO

O estudo-piloto foi realizado como parte final do processo de seleção e treinamento das entrevistadoras. Foi escolhido um setor censitário, que não fez parte da amostra final, e entrevistadas 122 pessoas (27% de homens e 73% de mulheres). Nesta etapa as candidatas foram avaliadas em situação prática de coleta de dados e supervisionadas pelos mestrandos.

Este piloto, além da função de testar o questionário, permitiu definir a equipe final de entrevistadoras. Após esta etapa o questionário ficou com sua forma definitiva.

AMOSTRAGEM

A amostragem foi feita a partir dos setores censitários do IBGE conforme estratos de escolaridade do chefe da família. Os setores foram escolhidos a partir de quatro estratos de escolaridade, sendo que foram sorteados 80 setores censitários da zona urbana de Pelotas. Em cada setor realizou-se novo sorteio para escolha dos domicílios que entraram para a amostra.

O cálculo de tamanho de amostra para este estudo específico levou em conta os seguintes parâmetros, obtidos através de estudo-piloto:

- Fator de exposição: baixa renda familiar
- Razão não-expostos/expostos: 4:1
- Doença nos não-expostos: 8%
- Risco relativo: 2
- Poder: 80%
- Nível de confiança: 95%

Este cálculo resultou numa amostra de 820 indivíduos. Após acrescentou-se 10% para perdas/recusas e 15% para fatores de confusão totalizando 1037 pessoas. O software para este cálculo foi o EpiInfo 6.04b.

AUXILIARES DE PESQUISA (BATEDORES)

Em cada setor sorteado se fez uma contagem de todos os domicílios e classificação quanto ao status de ocupação (residencial, residencial e comercial, comercial ou desabitado). De posse da listagem de domicílios elegíveis (excluindo os desabitados ou puramente comerciais), sorteou-se sistematicamente 20 domicílios de cada setor para compor a amostra, totalizando 1600 domicílios

e uma previsão inicial de 3360 pessoas com idade igual ou superior a 20 anos para compor a amostra. Ao final, devido às perdas, recusas e exclusões, se obteve um total de 3182 pessoas.

Este trabalho de reconhecimento foi realizado por uma equipe de pessoas treinadas que, primeiramente, foram apresentadas aos limites de cada setor pelo mestrando responsável, e que, posteriormente, visitaram todas as construções do setor escolhido. Este procedimento possibilitou que todos os endereços dos setores sorteados fossem obtidos, facilitando o trabalho de sorteio dos domicílios e permitindo que as entrevistadoras pudessem saber, antecipadamente, a localização das residências nas quais deveriam realizar as entrevistas. Esse procedimento foi adotado buscando diminuir um possível viés de seleção.

COLETA DE DADOS

Logo após o treinamento e seleção das entrevistadoras foi iniciada a coleta de dados que ocorreu entre 25/02/02 e 10/05/02.

Cada mestrando foi responsável por, em média, sete setores censitários e três entrevistadoras. De posse da listagem dos domicílios sob sua responsabilidade, repassava os endereços que deveriam ser visitados à sua equipe de entrevistadoras. A ordem de visita ficava a cargo da entrevistadora que adequava a visita às suas características pessoais e ao local a ser visitado.

As entrevistadoras foram orientadas a aplicar os questionários em uma média de 5 domicílios por semana e a realizar a codificação destes, ao final de cada dia.

As atividades do consórcio de pesquisa foram centralizadas em uma sala exclusivamente destinada para tal, onde era armazenado todo o material destinado à pesquisa, assim como os questionários recebidos.

Semanalmente os questionários preenchidos eram entregues ao mestrando para revisão e correção da codificação, etiquetagem e repasse à arquivista responsável pela divisão dos mesmos em lotes que seriam encaminhados à primeira digitação.

Uma escala de plantão de finais de semana foi elaborada para que as entrevistadoras pudessem dispor de um supervisor para a resolução de problemas mais urgentes. A coordenação geral da pesquisa reunia-se semanalmente com os supervisores até o término do trabalho de campo a fim de conhecer o andamento do estudo e de estabelecer metas para seu prosseguimento.

CODIFICAÇÃO

A codificação do questionário foi realizada pelas entrevistadoras que realizaram a entrevista, ao final de cada dia de trabalho de campo. Toda a codificação foi revisada pelo respectivo supervisor do setor censitário. As questões abertas foram codificadas pelos supervisores.

PERDAS E RECUSAS

Foram considerados como perdas ou recusas os casos em que após pelo menos três visitas da entrevistadora, e uma visita do supervisor de campo (mestrando), não foi possível completar o questionário.

As razões das perdas e recusas foram principalmente: a pessoa não se encontrar em casa na ocasião das visitas, alegação de falta de tempo para responder ao questionário e recusa clássica (sujeitos que se negaram a responder por opção pessoal). Além disso, também foram consideradas perdas aquelas pessoas elegíveis, mas que, no momento em que as visitas foram realizadas encontravam-se em viagem, doentes ou outra situação que as impossibilitasse de responder ao questionário.

O total de perdas e recusas do consórcio foi de 5,7%. Dentre as 190 perdas e recusas, 58,4% foram de homens, 37,9% de mulheres, e ainda, para 3,7% não se conseguiu tal informação. A maioria das perdas e recusas ocorreu nos setores mais próximos ao centro da cidade.

As exclusões totalizaram 1,1%, e se caracterizaram por sujeitos não elegíveis para a pesquisa de acordo com os critérios pré-estabelecidos – doentes mentais, moradores do domicílio com idades abaixo de 20 anos, pessoas que estivessem morando temporariamente no local ou empregadas domésticas que não dormissem no emprego.

CONTROLE DE QUALIDADE

O controle de qualidade foi feito através das reuniões semanais dos mestrandos com a professora supervisora do campo, bem como com as entrevistadoras para entrega dos questionários preenchidos, folhas de conglomerado, fichas das famílias que estivessem completas e correção da codificação.

Simultaneamente ao trabalho de campo 10% dos domicílios foram revisitados num prazo máximo de 10 dias após os questionários terem sido entregues ao responsável pelo setor. Como

em muitos casos não foi possível obedecer ao prazo, ao final do trabalho o tempo decorrido entre entrevista e revisita foi um pouco maior (mediana = 15 dias).

Esta revisita era feita pelos supervisores de campo (mestrandos), e durante a mesma uma versão menor do questionário, contendo questões-chave, era aplicada com a finalidade de assegurar a confiabilidade do trabalho das entrevistadoras, verificar a concordância das respostas dos entrevistados e avaliar a fidelidade das entrevistadoras na aplicação dos questionários naqueles domicílios previamente escolhidos.

Uma escala semanal de plantões composta por uma dupla de mestrandos esteve à disposição da equipe de entrevistadoras para resolução de qualquer problema que surgisse durante o trabalho de campo.

DIGITAÇÃO DOS DADOS E ANÁLISE DE CONSISTÊNCIA

As duas digitações foram feitas no programa EpiInfo 6.04b (CDC/WHO). A dupla digitação gerava um terceiro arquivo capaz de detectar possíveis erros que eram corrigidos (com base na resposta original – em papel) e, após esta correção, estes dados tornavam-se então parte do banco de dados que estava sendo criado para análise do estudo.

A entrada dos dados era de responsabilidade de uma equipe de quatro digitadores, supervisionados por uma arquivista, que recebia os questionários divididos em lotes e assim, eram liberados para a dupla digitação.

A análise de consistência foi feita com os arquivos gerados pela dupla digitação. Semanalmente, era emitido um relatório mostrando as inconsistências. À medida que os bancos gerados no EpiInfo, eram transformados em bancos “.dta” (formato compatível com o pacote estatístico Stata), o arquivo de inconsistência era executado e essas inconsistências eram corrigidas, com busca nos questionários. Além da rapidez na liberação dos bancos, verificou-se que, em raras oportunidades, o questionário não era suficiente para resolver as inconsistências identificadas. Nesse caso, o retorno ao domicílio, pelo supervisor, era facilitado pelo pouco tempo decorrido desde a entrevista.

Após esta análise, os dados eram arquivados para, ao final do processo, constituírem um único banco de dados.

Através do software Stat Transfer 5.0 (Circle Systems Inc.) os arquivos gerados no EpiInfo eram transformados em bancos de dados prontos para análise estatística.

A digitação dos questionários teve início paralelamente ao trabalho de campo e foi finalizada 10 dias após o término do mesmo.

ARTIGO:

**“CONHECIMENTO DA
POPULAÇÃO SOBRE EXERCÍCIO
FÍSICO”**

CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO SOBRE EXERCÍCIO FÍSICO

Population Knowledge on Physical Exercise

Marlos Rodrigues Domingues
Cora Luiza Pavin Araújo
Denise Petrucci Gigante

Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. Avenida Duque de Caxias, 250 3º piso. CEP: 96030-002, Pelotas-RS.

Endereços para correspondência:

Marlos Rodrigues Domingues
Rua Pedro Armando Gatti, 158 – Jardim do Sol
CEP: 96216-080 – Rio Grande - RS
coriolis@vetorialnet.com.br

Cora Luiza Pavin Araújo
Universidade Federal de Pelotas
Departamento de Nutrição / UFPel
Campus Universitário, Pelotas – RS
Caixa Postal: 464 CEP: 96001-970
clapost@terra.com.br

Denise Petrucci Gigante
Universidade Federal de Pelotas
Departamento de Nutrição / UFPel
Campus Universitário, Pelotas – RS
CEP: 96001-970
denise@ufpel.tche.br

O artigo será enviado para os Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

Este trabalho contou com o apoio financeiro da CAPES.

Artigo baseado em dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas em dezembro de 2002 (Título da dissertação: Percepção e Conhecimento da População sobre Exercício Físico).

Título corrido: Conhecimento sobre exercício físico.

Conhecimento da População sobre Exercício Físico

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a percepção e o conhecimento sobre o exercício físico em uma população adulta urbana e estudar a associação entre o nível de conhecimento e características socioeconômicas, demográficas e comportamentais. O delineamento utilizado foi do tipo transversal, de base populacional, e incluiu 3182 indivíduos com idade igual ou superior a 20 anos. O questionário desenvolvido para pesquisa gerou um escore de conhecimento (0 a 25 pontos). O escore médio na população foi de 17,1 (DP = 4,0). Após ajuste, o sexo feminino, a faixa etária entre 30 e 40 anos, elevados níveis social e de escolaridade, mostraram-se fortemente associadas ao desfecho ($p < 0,001$). Também estiveram associados ($p \leq 0,01$) maiores níveis de atividade física, cor da pele branca e maiores IMC's. Os resultados indicam que benefícios específicos do exercício são desconhecidos por parcelas da população. O aconselhamento sobre as vantagens de uma vida ativa não é uma prática comum entre médicos e professores.

Palavras-chave: conhecimento, percepção, exercício físico, população, epidemiologia.

Population Knowledge on Physical Exercise

ABSTRACT

This study aimed to describe and evaluate perception and knowledge on physical exercise in an urban adult population and relate knowledge level to behavioral, demographic and social economic characteristics. Cross-sectional study, population-based, 3182 participants aged 20 or older. The questionnaire developed for the research originated a score (range 0 – 25 points). Average score for the sample was 17,1 (SD = 4,0). After adjustment, female gender, ages between 30 and 40, higher social strata and schooling were strongly associated ($p < 0,001$) to the outcome (knowledge). Weaker associations ($p \leq 0,01$) were observed between score and higher body mass index (BMI), physical activity level and white skin color. Results indicate that specific benefits from exercising are still unknown by some population groups. Teacher and medical counseling about advantages of an active living is not a usual practice.

Keywords: knowledge, perception, physical exercise, population, epidemiology.

INTRODUÇÃO

O sedentarismo é visto atualmente como um problema mundial de saúde (BLAIR et al., 1996; PATE et al., 1995). Entre as razões que levam à inatividade, um dos possíveis fatores é o desconhecimento sobre como se exercitar, as finalidades de cada exercício, limitações de alguns grupos populacionais, e percepções distorcidas em relação aos benefícios do movimento.

Freqüentemente considerados como equivalentes, os termos “atividade física” e “exercício físico” não são sinônimos. Segundo Caspersen et al. (1985), atividade física é qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética, que resulte em um gasto energético maior do que os níveis de repouso, enquanto que exercício físico é toda atividade física planejada, estruturada e repetitiva que tem por objetivo a melhoria e a manutenção da aptidão física.

O fato de possuir o conhecimento não implica necessariamente na prática de exercício, mas sem o conhecimento e percepção corretos sobre o tema é improvável que atitudes sejam tomadas no sentido de alterar um padrão comportamental. Além disso, maiores níveis de conhecimento sobre exercício podem fazer com que os níveis de sedentarismo não aumentem (VUORI et al., 1998).

Sabe-se hoje que o exercício físico pode ser um fator protetor para uma série de males, entre os quais destacam-se: obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes, osteoporose, depressão e maior morbi-mortalidade por qualquer causa (PITANGA, 2001; WHO, 2002). No entanto, muito desse conhecimento não é adequadamente divulgado fora do meio acadêmico, permanecendo oculto para grande parte da população. Os motivos que levam ao desconhecimento vão da falta de vontade própria em buscar informação até a inexistência de programas governamentais de esclarecimento, passando pelos profissionais de saúde que, muitas vezes, também ignoram o valor do exercício físico e/ou não são efetivos no incentivo à prática regular de exercícios.

Com a finalidade de avaliar o conhecimento e a percepção sobre exercício físico em uma população adulta urbana, foi feito um estudo procurando medir e descrever as características populacionais com relação ao assunto.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal, de base populacional, entre março a maio de 2002, em sistema de consórcio entre o grupo de mestrandos do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia (UFPEL – RS). Um questionário elaborado em conjunto, contendo questões de interesse geral, bem como questões específicas de cada pesquisador, foi aplicado à população.

Esta amostra, representativa da população de Pelotas - RS, foi selecionada por conglomerados em 2 estágios, e composta por pessoas de ambos sexos com idade igual ou superior a 20 anos. Os 281 setores censitários da zona urbana do município foram divididos de acordo com quatro estratos de escolaridade do chefe da família, e 80 setores foram sorteados.

De posse da listagem de domicílios elegíveis (excluindo os desabitados ou puramente comerciais), foram sorteados sistematicamente 20 domicílios de cada setor para compor a amostra, chegando-se a um total de 1600 domicílios e uma previsão inicial de 3360 pessoas elegíveis para a amostra.

Cálculos amostrais posteriores (por diferenças de médias) demonstraram que a amostra obtida permitiu um poder estatístico igual ou superior a 80% para todas as variáveis, com exceção do IMC, que exigiria uma amostra muito superior, inviabilizando o estudo.

Após ampla revisão bibliográfica e contato com pesquisadores da área não foi possível identificar um instrumento validado para avaliar conhecimento sobre exercício físico. Sendo assim, elaborou-se um questionário que foi testado em três situações de campo

antes de ser definitivamente aplicado. Esses testes serviram para aperfeiçoar o instrumento, tornando-o mais adequado à compreensão da população estudada.

O objetivo deste questionário era identificar o conhecimento sobre: benefícios do exercício físico, prejuízos do sedentarismo, limitações e finalidades do exercício, e ainda avaliar a percepção sobre o assunto.

No Quadro 1 podem ser encontradas as nove questões fechadas, de simples e múltipla escolha, com a respectiva pontuação para elaboração do escore. As alternativas em destaque indicam as respostas consideradas corretas. A primeira e a última questão não faziam parte do escore, apenas da análise de percepção.

Algumas questões possuíam alternativas com pontuação crescente (por exemplo, muito errado, errado, correto, mais correto e muito correto). As questões possuíam pesos diferenciados. Esta ponderação foi necessária uma vez que algumas apresentavam maior grau de dificuldade e/ou tratavam de assuntos de maior relevância. O grau de dificuldade de algumas questões pôde ser percebido durante os estudos-piloto. Todos os valores das questões foram estabelecidos anteriormente à coleta de dados final e elaboração do escore.

A partir dos dados do questionário foi possível gerar dois conjuntos de informação – um escore de conhecimento e uma descrição dos itens pesquisados. O escore foi obtido através das respostas, e a pontuação total poderia variar entre 0 (zero) e 25 (vinte e cinco). Respostas erradas não diminuíam a pontuação, apenas não acrescentavam pontos ao escore.

Para o trabalho de campo, uma equipe de 40 entrevistadoras foi utilizada após seleção, treinamento e testagem para a coleta dos dados do consórcio. Os entrevistados consentiam verbalmente em participar da pesquisa antes do início da entrevista.

As variáveis independentes estudadas foram definidas da seguinte forma: Sexo – masculino ou feminino; Idade – coletada em anos completos; Cor da pele – observada pela entrevistadora e classificada como branca ou não-branca; Nível social – dados coletados e

classificados com base no questionário padronizado da Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP, 2002). Nível A, B, C, D ou E; IMC (índice de massa corporal) – baseado no peso e altura referidos pelo entrevistado. A classificação nutricional utilizada foi aquela recomendada pela OMS (WHO, 1995): normal ($IMC < 25,0$), Sobrepeso ($25,0 < IMC < 30,0$) e Obesidade ($IMC \geq 30,0$); Prática de religião – declaração do entrevistado como praticante ou não praticante; Escolaridade – coletada em anos completos de estudo; Auto-percepção de saúde – opinião do entrevistado - saúde, Excelente, Muito boa, Boa, Regular ou Ruim; Situação conjugal – sem companheiro [solteiro, separado, desquitado ou viúvo] ou com companheiro [namorado, marido/esposa ou companheiro]; Tabagismo – fumante (1 ou + cigarros/dia, há mais de 1 mês), não-fumante (nunca fumou) e ex-fumante e Atividade física – versão curta do IPAQ (IPAQ, 2002).

Todos os questionários foram inicialmente revisados pela própria entrevistadora e, a seguir, pelo seu supervisor. Os dados foram digitados duas vezes (EpiInfo 6.04b) a fim de identificar erros de digitação. A análise de consistência e a análise estatística foram realizadas utilizando-se o pacote estatístico Stata 7.0 (StataCorp).

Os supervisores de trabalho de campo realizaram uma revisita em 10% da amostra utilizando uma versão resumida do questionário. Estes questionários de controle de qualidade foram usados para cálculo de concordância (coeficiente kappa).

Inicialmente foi feita a descrição da amostra e em seguida realizou-se uma análise bruta da variável desfecho (score de conhecimento) com as variáveis independentes. Devido às grandes diferenças apresentadas entre os resultados entre homens e mulheres, toda análise (descritiva, bruta e ajustada) foi realizada para toda a amostra e separadamente para cada sexo.

Para a realização da análise bivariada, o score foi categorizado em quartis (0-14; 15-17; 18-20; 21-25). Os quartis permaneceram em forma de valor absoluto, uma vez que até o momento não existe referencial teórico amplamente aceito para categorizar o conhecimento.

Nesta fase (análise bruta) as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,2$ foram mantidas e levadas para análise ajustada enquanto que as demais foram descartadas. Para as variáveis com mais de duas categorias foi realizado teste para verificar a tendência linear, e para as de duas categorias o teste de heterogeneidade de médias.

Durante a análise ajustada (regressão linear múltipla) o escore foi tratado de forma contínua (0 – 25). Em todas as análises foi levado em conta o efeito do desenho amostral para o desfecho (DEF = 3,6). Foi realizado diagnóstico do modelo através de gráficos de resíduos e de resíduos padronizados com os valores preditos.

RESULTADOS

Ao final da pesquisa, excluindo-se 5,6% de perdas e recusas, obteve-se uma amostra total de 3182 pessoas.

O escore de conhecimento em toda população apresentou o valor médio de 17,1 (desvio padrão = 4,0). Entre os homens, o valor foi de 16,7 (DP = 3,9) e entre as mulheres 17,5 (DP = 4,1).

A Tabela 1 descreve as frequências das variáveis referentes à percepção do exercício físico para toda a amostra e, separadamente para homens e mulheres. Pode ser observado que os homens referem saber mais em relação às mulheres, no entanto elas responderam mais corretamente às questões em geral, e ambos os sexos referem que gostariam de saber mais sobre o assunto.

A grande maioria da população reconhece a importância do exercício físico, porém menos de 20% considera-o como sendo indispensável nos processos de crescimento e envelhecimento saudáveis.

Mais da metade da população identifica que realizar exercício físico por 30 minutos, três vezes por semana é o mínimo necessário para que os benefícios sobre a saúde possam

ser percebidos. Além disso, mais de 50% da amostra considera a caminhada como um excelente exercício para o emagrecimento.

Ainda nesta tabela pode ser observado algum desconhecimento, pois persiste um certo preconceito quanto à possibilidade da prática de exercício por populações com aparentes limitações, como pessoas idosas e/ou com certos problemas de saúde.

Chama a atenção que entre os cinco problemas mais citados como alteráveis pelo exercício apareceram o estresse, a depressão, a ansiedade e a insônia, enquanto outros problemas como colesterol alto, hipertensão e osteoporose foram menos citados.

Os meios de comunicação foram a fonte de informação sobre os benefícios do exercício físico mais freqüente, seguida pelo médico e por parente ou amigo. Cabe salientar que mais de um quinto da amostra refere que nunca recebeu este tipo de informação.

Na Tabela 2 pode-se observar a média e o desvio padrão do escore de conhecimento sobre exercício físico, segundo as diversas variáveis independentes, incluídas neste estudo. Além disso, são apresentados também os valores dos escores categorizados por quartis de freqüência.

Considerando-se a amostra toda foram significativas as associações entre as categorias do escore e sexo, idade, cor da pele, nível social, escolaridade, tabagismo, IMC e autopercepção de saúde.

A tabela 3 apresenta os resultados médios do escore por categoria e as associações entre as categorias do escore e as variáveis independentes, separadamente para homens e mulheres. Deve-se destacar que as associações observadas mostraram-se diferentes entre os sexos. Para as mulheres todas as associações, exceto IMC e tabagismo, apresentaram significância estatística. Já para os homens apenas o nível social, a escolaridade, o tabagismo e o IMC estiveram associados. Em relação à classificação quanto ao nível de atividade física os homens apresentaram níveis ligeiramente mais altos de atividade, embora esta diferença não seja estatisticamente significativa.

A Tabela 4 apresenta os resultados da regressão linear múltipla das variáveis independentes sobre o conhecimento para a amostra total e estratificada por sexo. Conforme a apresentação na tabela, as variáveis eram ajustadas em relação às anteriores. Observando-se esta Tabela, no que se refere à amostra total, apresentaram significância estatística o sexo, a idade, a cor da pele, o nível social, a escolaridade, o nível de atividade física e o IMC. Os coeficientes β indicam a magnitude da modificação nos escores de conhecimento, em cada categoria das variáveis independentes, usando como base a categoria com os piores escores. Entre os homens, a associação com o desfecho ($p < 0,05$) ocorreu apenas para nível social, escolaridade e IMC. Entre as mulheres o escore de conhecimento mostrou-se significativamente associado com idade, nível social, escolaridade, atividade física, cor da pele e situação conjugal.

O teste Kappa para a questão escolhida (fonte de informação sobre exercício) mostrou um coeficiente de concordância igual a 0,4, que corresponde a um nível moderado. Entretanto, deve-se levar em consideração que o tempo decorrido entre a entrevista e a revisita apresentou mediana de 15 dias. A pergunta escolhida poderia, em algumas ocasiões, gerar um viés, pois o entrevistado poderia confundir todo o processo de entrevista com alguma espécie de aconselhamento.

O diagnóstico através dos gráficos de resíduos (normal e padronizado) mostrou que o modelo estava adequado, sem fuga da linearidade, apresentando normalidade e homogeneidade de variância.

DISCUSSÃO

O conhecimento sobre exercício físico mostrou-se diferente entre homens e mulheres. Também os fatores envolvidos na determinação de tal conhecimento variaram entre os sexos, sendo que apenas escolaridade e nível social apresentaram associações na mesma direção em

ambos os sexos. Tais diferenças talvez se expliquem por uma possível diferente visão que homens e mulheres possam ter sobre exercício físico.

Considerou-se satisfatório o nível de informação da população sobre a frequência mínima necessária para que o exercício gere benefícios à saúde, tendo em vista que mais da metade respondeu acertadamente que a partir de três sessões semanais de 30 minutos os ganhos começam a surgir. Cabe destacar que um número maior de sessões poderia gerar benefícios maiores, no entanto esta avaliação visava identificar o conhecimento apenas em relação à quantidade mínima de sessões. Esta alternativa do questionário seria a mais semelhante quando comparada às recomendações internacionais (ACSM, 1998). Esta conclusão é reforçada pelo fato de que menores prevalências foram encontradas nas alternativas mais incorretas, fosse na frequência semanal ou na duração da sessão.

Com relação ao melhor exercício para o emagrecimento a partir das alternativas apresentadas, a maior prevalência foi encontrada para caminhada, concordando com as recomendações baseadas nos princípios de fisiologia do exercício que consideram tal exercício um exemplo perfeito de exercício aeróbico – tipo de exercício que mais possivelmente permitiria o consumo de gordura corporal (HAWLEY, 1998; SPRIET, 2002). Nesta questão surgiu a maior diferença encontrada entre homens e mulheres, uma vez que a quantidade de homens que considera o futebol como o melhor exercício para o emagrecimento foi quatro vezes maior.

Muitos ainda vinculam a possibilidade de realizar exercício físico a características como pouca idade e saúde perfeita. Sabe-se hoje que justamente os que mais se beneficiam do movimento com ganhos na qualidade de vida são as pessoas que possuem limitações e/ou idades avançadas (SBME & SBGG, 1999), no entanto mais de um terço da população ainda considera que fatores como osteoporose, problemas cardíacos e ser idoso são barreiras que impedem a prática de exercícios físicos.

Na análise da percepção, cabe destacar que entre os cinco problemas mais citados pela população como possivelmente alteráveis pelo exercício, o estresse apareceu em primeiro lugar, seguido dos problemas circulatórios e logo após aparecem outros problemas considerados da esfera emocional, como depressão e ansiedade, sendo que o quinto problema foi a insônia.

Chama a atenção que, problemas de saúde tipicamente relacionados ao sedentarismo, estavam entre aqueles menos identificados, dentre as opções das doenças para as quais o exercício físico é classicamente considerado como um fator de proteção. Apesar de toda divulgação do exercício como protetor contra cardiopatias e outras doenças crônicas, os benefícios mais lembrados pelas pessoas não são sobre os males puramente físicos, mais facilmente mensurados e associados ao exercício. Talvez essa noção deva-se ao fato que independente de diagnósticos médicos e exames laboratoriais, mesmo pessoas desinformadas conseguem perceber alterações positivas no seu bem-estar advindas do exercício. A facilidade de prescrição e a maior adesão aos tratamentos farmacológicos também poderiam reforçar a noção de que problemas como hipertensão e hipercolesterolemia pudessem ser tratados apenas com medicação e dietas, o que poderia levar a população a considerar o exercício como menos benéfico no combate a estas morbidades.

As baixas prevalências do reconhecimento de que o exercício pode combater o diabetes, além do que aproximadamente mais de um quarto da população não reconhece o exercício como protetor contra osteoporose e hipertensão, foram achados considerados negativos no presente estudo.

As diferentes redações das questões que abordavam conceitos de causalidade, prevenção e combate de algumas doenças também podem ter levado os entrevistados a respostas diferenciadas no que diz respeito ao verdadeiro poder do exercício físico sobre os males citados.

Comparativamente às mulheres, os homens recebem menos informação dos médicos e mais de professores, o que poderia ser explicado pela maior frequência das mulheres em consultórios médicos (DA COSTA & FACCHINI, 1997). Por outro lado, os homens de maneira geral, mantêm uma relação mais freqüente com professores e treinadores de esportes coletivos. Contudo, os números extremos são preocupantes, uma vez que quase um quarto dos homens ou um quinto das mulheres referem nunca ter recebido informação sobre os benefícios do exercício físico.

TWGACTRG (2001) mostrou que mulheres são mais suscetíveis ao aconselhamento, e que intervenções no sentido de diminuir o sedentarismo possuem um maior impacto sobre elas quando comparadas aos homens.

No presente estudo as mulheres, mesmo possuindo mais conhecimento, não se mostraram mais ativas do que os homens, o que não anula a importância do conhecimento. A maioria dos estudos populacionais utiliza questionários para avaliar os níveis de atividade física, o que para populações é o mais viável. Entretanto, estes inquéritos raramente conseguem medir com fidedignidade satisfatória os níveis de exercício físico. A atividade física por si só, não implica necessariamente, em ganhos no condicionamento físico como, por exemplo, maior consumo de oxigênio e melhor saúde cardiovascular, que junto a outras condições, levam à menor morbi-mortalidade por qualquer causa.

Uma limitação de delineamentos do tipo transversal, que pode ter ocorrido no presente estudo é a causalidade reversa, que pode dificultar a determinação temporal da relação entre causa e efeito. Ou seja, se o conhecimento precedeu a prática de atividade física ou ele é consequência desta. Outra limitação particular deste estudo é o fato de que o instrumento foi criado e aplicado pela primeira vez em uma população. Outro aspecto reside na elaboração do escore, que, embora baseado em literatura atual, era formado por valores arbitrários atribuídos pelo criador do questionário.

No presente estudo os fatores mais envolvidos na determinação do conhecimento foram o nível social e o grau de escolaridade, uma vez que estas variáveis apresentaram forte associação em todos os grupos e, com tendência linear. A compreensão desta relação fica clara considerando que o conhecimento sobre exercício físico é parte do conhecimento geral, e que este está vinculado às condições sociais da população.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Mulheres possuem um maior esclarecimento sobre o exercício físico, mesmo assim não apresentaram, neste estudo, maiores níveis de atividade física. Independente de sexo, existe uma forte associação entre este conhecimento e o nível social e a escolaridade.

As diferenças encontradas entre os resultados de homens e mulheres e níveis sociais, bem como diferenças entre grupos etários, devem ser levadas em conta no planejamento de programas abrangentes de incentivo ao exercício físico.

A criação de locais públicos destinados ao exercício, juntamente com programas locais de divulgação sobre atividade física, pode ser uma ferramenta efetiva no combate ao sedentarismo principalmente, se focalizar esforços nestes dois campos – aconselhamento médico a toda população e ações no âmbito escolar para o incentivo e esclarecimento sobre este tema, mais precocemente. Tais estratégias poderiam possibilitar que, após intervenções, fossem feitas reavaliações para determinar o real impacto destas políticas sobre o comportamento da população.

Futuros estudos que avaliem as questões compreendidas pela relação entre exercício físico e saúde poderão colaborar para a diminuição dos níveis de sedentarismo em qualquer população. Além disso, a utilização de subamostras da população, que permitissem um estudo individual e mais detalhado sobre o condicionamento físico, poderia explicar melhor a relação entre conhecimento e prática de exercício físico.

AGRADECIMENTOS

Esta pesquisa teve incentivo financeiro da CAPES.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSM (American College of Sports Medicine) - Position Stand on The Recommended Quantity and Quality of Exercise for Developing and Maintaining Cardiorespiratory and Muscular Fitness, and Flexibility in Adults. 1998. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, V30, N6, pp. 975-991.

ANEP (Associação Nacional de Empresas de Pesquisas), 2002, Critério de Classificação Econômica Brasil < <http://www.anep.org.br/m-arquivo.htm>>

BLAIR, S. N.; BOOTH, M.; GYARFAS, I.; IWANE, H.; MARTI, B.; MATSUDO, V.; MORROW, M. S.; NOAKES, T. & SHEPHARD, R., 1996. Development of public policy and physical activity initiatives internationally. *Cooper Institute for Aerobics Research, Dallas, TX, USA. Sports Medicine*, March 21 3:157-63.

CASPERSEN, C. J. POWELL K.E., CHRISTENSON G.M., 1985. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Report*, V100 126-131

CDC (Centers for Disease Control and Prevention), 2000. Effective Population-Level Strategies to Promote Physical Activity. *Guide to Community Preventive Services. American Journal of Preventive Medicine*, 18 1S:18-26.

DA COSTA, J. S. D. & FACCHINI, L. A., 1997. Use of outpatient services in an urban area of Southern Brazil: place and frequency. *Revista de Saúde Pública*, August 31 4:360-9.

HAWLEY, J. A., 1998. Fat Burning During Exercise: Can Ergogenics Change the Balance. *The Physician and Sportsmedicine*. V26 N9.

IPAQ (International Physical Activity Questionnaire), 2002. Downloadable Questionnaires < http://www.ipaq.ki.se/IPAQ.asp?mnu_sel=DDE&pg_sel=DDE >

PATE, R. R.; PRATT, M.; BLAIR, S. N., et al., 1995. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *The Journal of the American Medical Association*, 273 5:402-407.

PITANGA, F. J. G., 2001. *Epidemiologia da Atividade Física, Exercício Físico e Saúde*. Salvador: Editora do Autor.

SBME (Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte) & SBGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia), 1999. Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: Atividade Física e Saúde no Idoso. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, V5 6:207-211.

SPRIET L. L., 2002. Regulation of skeletal muscle fat oxidation during exercise in humans. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. V34, N9 1477-1484.

STATA CORP., 2001. *Stata Statistical Software: Release 7.0*. College Station, TX: Stata Corporation.

TWGACTRG (The Writing Group for the Activity Counseling Trial Research Group), 2001. Effects of Physical Activity Counseling in Primary Care. The Activity Counseling Trial: a Randomized Controlled Trial. *The Journal of the American Medical Association*, 286 6:677-87

VUORI, I.; PARONEN, O. & OJA, P., 1998. UKK Institute for Health Promotion Research, How to develop local physical activity promotion programmes with national support: the Finnish experience. *Patient Education and Counseling*, April 33 1 Suppl:S111-9.

WHO (World Health Organization), 1995. Exercise For Health. WHO & International Federation of Sports Medicine Committee on Physical Activity for Health. *Bulletin of the World Health Organization*, 73 2:135-136

WHO (World Health Organization), 2002. World Health Day 2002 "Move for Health". Department of Noncommunicable Disease Prevention & Health Promotion. 04/11/02 <<http://www.who.int/world-health-day>>.

Tabela 1. Distribuição das variáveis referentes à percepção e conhecimento do exercício físico para toda a amostra e, separadamente, para homens e mulheres. (N = 3182) Pelotas, 2002.

VARIÁVEL	PREVALÊNCIAS (%)		
	todos	homens	mulheres
Auto-percepção do conhecimento sobre exercício físico			
Sabe o suficiente	20,6	25,9	16,6
Gostaria de aprender mais	60,8	57,6	63,2
Não acha necessário saber essas coisas	5,6	5,1	6,0
Não tem nenhum conhecimento	12,0	10,7	13,0
Importância do exercício no crescimento/envelhecimento			
Sem importância	0,6	0,7	0,6
Pouco importante	2,1	2,0	2,1
Muito importante	77,2	74,8	79,0
Indispensável	19,2	21,8	17,3
Frequência mínima de exercício para obtenção de saúde			
10 minutos, 4 vezes por semana	10,9	11,4	10,4
2 horas por dia, todos os dias	16,9	20,0	14,6
30 minutos, 3 vezes por semana	57,7	55,9	59,1
1 hora, 1 vez por semana	11,7	10,4	17,7
Melhor exercício para o emagrecimento			
Futebol	12,0	20,8	5,4
Tênis	1,6	2,1	1,1
Hidroginástica	13,8	15,1	12,9
Caminhada	54,4	46,3	60,6
Ginástica localizada	16,4	14,5	17,8
Quem pode executar exercício físico			
Uma criança com menos de 10 anos	84,8	83,2	85,9
Uma mulher no início da gravidez	81,0	81,4	80,7
Um idoso com mais de 90 anos	66,4	67,4	65,7
Uma pessoa com osteoporose e problemas cardíacos	59,8	56,2	62,6
Identificação do exercício como protetor contra doenças			
Estresse	93,6	93,3	93,8
Depressão	87,7	87,0	88,2
Ansiedade	87,3	86,1	88,3
Insônia	81,6	80,7	82,3
Colesterol alto	75,4	73,6	76,7
Hipertensão	71,9	70,9	72,7
Câncer de pele	17,1	19,8	15,0
Osteoporose	71,0	66,4	74,4
Identificação do sedentarismo como fator de risco			
Problemas de circulação	91,8	91,3	92,1
Diarréia	10,5	13,5	8,2
Meningite	11,7	13,7	10,2
Diabetes	42,8	42,4	43,0
Fonte de informação sobre benefícios da atividade física			
Meio de comunicação	51,2	49,3	52,6
Médico	51,1	44,6	56,0
Parente ou amigo	49,7	48,4	50,7
Professor	19,1	24,0	15,3
Nunca recebeu informação	21,0	23,6	18,8

O máximo de não respondentes ou que não souberam responder alguma questão foi de 3,2%

Tabela 2. Distribuição das variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, antropométricas e sobre a auto-percepção de saúde na amostra total, segundo as categorias (quartis) de escores de conhecimento sobre exercício. Pelotas, 2002 (N = 3182)

VARIÁVEL	%	X (± DP)	0 - 14	15 - 17	18 - 20	21 - 25	p
Sexo			%	%	%	%	< 0,001 ♥
Masculino	43,2	16,7 (3,9)	26,1	29,2	29,2	15,5	
Feminino	56,8	17,5 (4,1)	19,5	26,4	29,6	24,5	
Idade							< 0,001 ♣
20 – 29	22,6	17,3 (3,7)	22,4	26,1	31,6	19,9	
30 – 39	21,4	17,5 (3,5)	18,1	30,6	29,8	21,5	
40 – 49	20,9	17,5 (3,8)	20,5	26,7	28,8	24,0	
50 – 59	16,7	17,6 (3,9)	19,7	25,7	30,8	23,8	
60 – 69	9,6	16,6 (4,0)	24,7	31,3	28,7	15,3	
≥ 70	8,7	14,7 (5,5)	39,5	25,7	22,8	12,0	
Cor da Pele							0,004 ♥
Branca	84,7	17,2 (4,1)	22,2	26,4	29,7	21,7	
Negra / Parda	15,3	16,7 (3,8)	23,2	34,2	28,0	14,6	
Nível Social							< 0,001 ♣
Nível A	4,6	19,3 (3,5)	7,5	17,7	32,6	42,2	
Nível B	18,9	18,5 (3,8)	11,2	21,2	36,8	30,8	
Nível C	40,0	17,4 (3,9)	19,9	27,7	30,3	22,1	
Nível D	32,4	16,0 (4,0)	31,6	31,5	21,5	11,4	
Nível E	4,0	14,8 (4,1)	41,0	36,2	16,5	6,3	
Escolaridade							< 0,001 ♣
0	7,0	14,1 (4,7)	48,9	27,4	17,9	5,8	
1 - 4	20,6	15,9 (4,0)	31,7	34,8	22,4	11,1	
5 – 8	33,6	16,9 (3,9)	24,6	28,4	30,3	16,7	
9 – 11	24,5	18,2 (3,3)	13,2	25,9	34,4	26,5	
≥ 12	14,2	19,5 (3,1)	5,8	18,4	35,0	40,8	
Tabagismo							0,0004 ♣
Não-fumante	52,4	17,4 (4,1)	20,2	27,0	29,4	23,4	
Ex-fumante	19,7	17,1 (4,0)	24,2	25,0	31,3	19,5	
Fumante	27,9	16,8 (3,8)	25,0	30,6	28,2	16,2	
Situação Conjugal							0,22 ♥
Com companheiro	61,3	17,2 (3,9)	21,5	28,6	28,8	21,1	
Sem companheiro	38,7	17,0 (4,3)	23,7	25,9	30,6	19,8	
Prática de Religião							0,33 ♥
Sim	54,0	17,1 (4,2)	22,7	27,8	28,1	21,4	
Não	46,0	17,2 (3,9)	21,9	27,4	31,0	19,7	
IMC							0,03 ♣
Normal < 25,0	50,6	17,2 (3,8)	21,7	28,7	30,1	19,5	
Sobrepeso 25,0 a 29,9	35,0	17,3 (4,0)	22,5	25,0	30,9	21,6	
Obesidade ≥ 30,0	14,4	17,1 (4,1)	17,8	27,4	28,3	26,5	
Atividade Física							0,13 ♥
Suficientemente ativo	58,9	17,4 (3,7)	20,4	27,4	30,8	21,4	
Insuficientemente ativo	41,1	17,0 (4,1)	23,8	28,2	28,2	19,8	
Auto-Percepção de Saúde							< 0,001 ♣
Excelente	3,9	15,5 (4,1)	34,4	35,2	19,2	11,2	
Muito boa	24,2	16,9 (3,8)	23,5	30,2	30,0	16,3	
Boa	47,2	17,2 (3,9)	22,2	27,3	29,6	28,9	
Regular	15,2	18,0 (3,7)	16,5	26,2	29,6	27,7	
Ruim	9,5	17,6 (3,9)	20,7	22,3	33,0	24,0	

♣ teste de Wald para tendência linear ♥ teste de Wald para heterogeneidade de médias
 Para algumas variáveis, até 244 (7,7%) valores ignorados (missings)

Tabela 3. Distribuição das variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, antropométricas e sobre a auto-percepção de saúde estratificada por sexo, segundo os valores médios de escore de conhecimento sobre exercício. Pelotas, 2002.

VARIÁVEL	MULHERES (n = 1808)			HOMENS (n = 1374)		
	%	X (± DP)	p	%	X (± DP)	p
Idade			< 0,001 ♣			0,3 ♣
20 – 29	21,3	17,9 (3,7)		24,3	16,6 (3,5)	
30 – 39	20,3	18,2 (3,3)		22,8	16,7 (3,7)	
40 – 49	20,8	17,8 (4,0)		21,2	17,2 (3,6)	
50 – 59	17,7	18,0 (3,8)		15,5	17,0 (3,8)	
60 – 69	10,1	16,9 (4,1)		9,0	16,3 (4,0)	
≥ 70	9,8	14,3 (5,5)		7,2	15,4 (5,6)	
Cor da Pele			0,01 ♥			0,11 ♥
Branca	84,4	17,6 (4,1)		81,1	16,7 (3,9)	
Negra / Parda	15,6	16,9 (3,9)		14,9	16,4 (3,5)	
Nível Social			< 0,001 ♣			< 0,001 ♣
Nível A	4,1	19,7 (3,7)		5,3	18,9 (3,1)	
Nível B	18,7	18,9 (3,9)		19,3	17,9 (3,5)	
Nível C	40,3	17,8 (3,7)		39,8	16,9 (3,9)	
Nível D	32,7	16,3 (4,1)		31,9	15,6 (3,8)	
Nível E	4,2	15,0 (4,7)		3,7	14,4 (2,9)	
Escolaridade			< 0,001 ♣			< 0,001 ♣
0	8,5	14,1 (5,0)		5,0	14,2 (4,1)	
1 - 4	21,2	16,1 (4,1)		19,9	15,6 (3,9)	
5 – 8	31,2	17,5 (3,7)		36,8	16,1 (3,9)	
9 – 11	25,0	18,6 (3,3)		23,9	17,6 (3,3)	
≥ 12	14,1	19,8 (3,2)		14,4	19,0 (3,1)	
Tabagismo			0,07 ♣			0,003 ♣
Não-fumante	59,6	17,5 (4,3)		42,9	17,1 (3,8)	
Ex-fumante	16,2	17,8 (3,7)		24,3	16,5 (4,1)	
Fumante	24,2	17,3 (3,8)		32,8	16,3 (3,8)	
Situação Conjugal			0,02 ♥			0,63 ♥
Com companheiro	55,2	17,7 (3,7)		69,3	16,7 (3,9)	
Sem companheiro	44,8	17,3 (4,5)		30,7	16,5 (3,8)	
Prática de Religião			0,01 ♥			0,73 ♥
Sim	59,7	17,4 (4,2)		46,6	16,5 (4,1)	
Não	40,3	17,6 (4,0)		53,4	16,8 (3,7)	
IMC			0,61 ♣			0,002 ♣
Normal < 25,0	53,8	17,7 (3,8)		46,7	16,4 (3,7)	
Sobrepeso 25,0 a 29,9	30,9	17,6 (4,1)		40,1	16,9 (4,0)	
Obesidade ≥ 30,0	15,3	17,9 (4,1)		13,2	17,3 (3,9)	
Atividade Física			0,001 ♥			0,94 ♥
Suficientemente ativo	58,2	17,9 (3,7)		59,8	16,8 (3,6)	
Insuficientemente ativo	41,8	17,2 (4,2)		40,2	16,6 (4,0)	
Auto-Percepção de Saúde			< 0,001 ♣			0,48 ♣
Excelente	5,6	15,5 (4,2)		1,7	15,3 (3,7)	
Muito boa	28,3	17,1 (3,8)		18,8	16,5 (3,8)	
Boa	44,4	17,7 (3,9)		50,9	16,7 (3,7)	
Regular	14,2	18,7 (3,7)		16,4	17,3 (3,7)	
Ruim	7,5	18,7 (3,4)		12,1	16,7 (4,0)	

♣ teste de Wald para tendência linear

♥ teste de Wald para heterogeneidade de médias

Tabela 4. Regressão Linear ajustada entre o conhecimento sexo, idade, cor da pele, nível social, escolaridade, atividade física e IMC, para toda amostra e estratificada por sexo. Pelotas, 2002.

VARIÁVEL	TODOS (n = 3165)		MULHERES (n = 1759)		HOMENS (n = 1344)	
	Coefficiente β (IC _{95%})	p	Coefficiente β (IC _{95%})	p	Coefficiente β (IC _{95%})	p
Sexo		< 0,001				
Masculino	--					
Feminino	0,91 (0,64 a 1,17)					
Idade		< 0,001		< 0,001		♥
20 – 29	2,75 (2,02 a 3,47)		3,70 (2,82 a 4,57)			
30 – 39	2,95 (2,18 a 3,72)		3,91 (3,09 a 4,73)			
40 – 49	2,98 (2,20 a 3,75)		3,63 (2,68 a 4,60)		--	
50 – 59	2,97 (2,13 a 3,81)		3,77 (2,80 a 4,74)			
60 – 69	2,04 (1,35 a 2,73)		2,60 (1,80 a 3,41)			
≥ 70	--		--			
Cor da Pele		0,01		0,008		0,3
Branca	0,61 (-1,09 a -0,13)		0,83 (0,22 a 1,44)		0,32 (- 0,28 a 0,93)	
Negra / Parda	--		--		--	
Nível Social		< 0,001		< 0,001		< 0,001
Nível A	2,10 (1,26 a 2,94)		2,22 (1,03 a 3,41)		2,30 (1,19 a 3,40)	
Nível B	1,75 (1,02 a 2,47)		1,74 (0,66 a 2,83)		2,02 (1,06 a 2,98)	
Nível C	1,49 (0,75 a 2,22)		1,59 (0,52 a 2,67)		1,61 (0,65 a 2,57)	
Nível D	0,74 (-0,01 a 1,49)		0,83 (-0,20 a 1,86)		0,87 (- 0,13 a 1,88)	
Nível E	--		--		--	
Escolaridade		< 0,001		< 0,001		< 0,001
0	--		--		--	
1 - 4	1,65 (0,85 a 2,45)		1,75 (0,75 a 2,75)		1,15 (0,03 a 2,27)	
5 – 8	2,53 (1,85 a 3,20)		2,94 (2,07 a 3,81)		1,55 (0,50 a 2,60)	
9 – 11	3,53 (2,76 a 4,31)		3,55 (2,62 a 4,49)		2,82 (1,71 a 3,94)	
≥ 12	4,52 (3,78 a 5,25)		4,38 (3,42 a 5,33)		3,76 (2,53 a 4,99)	
Sit. Conjugal		♥		0,03		♥
C/ companheiro	--		0,39 (0,02 a 0,75)		--	
S/ companheiro			--			
Atividade Física		0,001		0,001		♥
Suficiente. ativo	0,54 (0,23 a 0,84)		0,63 (0,27 a 0,98)		--	
Insuficiente.ativo	--		--			
IMC		0,002		♥		0,03
< 25,0	--		--		--	
25,0 a 29,9	0,22 (-0,1 a 0,54)				0,18 (- 0,30 a 0,66)	
≥ 30,0	0,72 (0,29 a 1,14)				0,72 (0,16 a 1,29)	

♥ valores não significativos na análise bivariada (p > 0,2)

* as categorias de base são aquelas com os piores escores

QUADRO 1. Questionário específico para avaliar a percepção e o conhecimento da população sobre exercício físico. Pelotas, 2002. (com valores atribuídos para elaboração do escore)

Como o(a) Sr.(a) considera seu conhecimento sobre exercícios físicos? <i>(Ler os itens e escolher apenas um)</i>			
<input type="checkbox"/> sabe o suficiente <input type="checkbox"/> gostaria de aprender mais <input type="checkbox"/> não acha necessário saber essas coisas <input type="checkbox"/> não tem nenhum conhecimento <input type="checkbox"/> <i>IGN</i>			
Para que uma pessoa cresça e envelheça com uma boa saúde, o(a) Sr.(a) considera o exercício físico: <i>(Ler os itens e escolher apenas um)</i>			
<input type="checkbox"/> sem importância <input type="checkbox"/> pouco importante <input checked="" type="checkbox"/> (1) muito importante <input checked="" type="checkbox"/> (2) indispensável <input type="checkbox"/> <i>IGN</i>			
Das seguintes doenças, quais o(a) Sr.(a) acha que <u>PODERIAM</u> ser prevenidas com o hábito de fazer exercício físico? <i>(Ler itens)</i>			
Pressão alta	<i>(0) não</i>	(1) sim	<i>(0) IGN</i>
Câncer de pele	(1) não	<i>(0) sim</i>	<i>(0) IGN</i>
Osteoporose (ossos fracos)	<i>(0) não</i>	(1) sim	<i>(0) IGN</i>
Colesterol alto	<i>(0) não</i>	(1) sim	<i>(0) IGN</i>
Quais destas pessoas o(a) Sr.(a) acha que <u>PODERIAM</u> fazer exercícios físicos? <i>(Ler itens)</i>			
Uma mulher no início da gravidez	<i>(0) não</i>	(1) sim	<i>(0) IGN</i>
Alguém com osteoporose e problemas no coração	<i>(0) não</i>	(2) sim	<i>(0) IGN</i>
Um idoso com mais de 90 anos	<i>(0) não</i>	(1) sim	<i>(0) IGN</i>
Uma criança com menos de 10 anos	<i>(0) não</i>	(1) sim	<i>(0) IGN</i>
Destes exemplos, qual seria o tempo <u>MÍNIMO</u> para melhorar sua saúde com exercícios físicos? <i>(Ler itens e escolher apenas um)</i>			
<input type="checkbox"/> 10 minutos, 4 vezes por semana <input type="checkbox"/> 2 horas por dia, todos os dias <input checked="" type="checkbox"/> (2) 30 minutos, 3 vezes por semana <input type="checkbox"/> 1 hora, 1 vez por semana <input type="checkbox"/> <i>IGN</i>			
A falta de exercício físico <u>PODE</u> fazer com que a pessoa tenha: <i>(Ler itens)</i>			
Diabetes (açúcar no sangue)	<i>(0) não</i>	(2) sim	<i>(0) IGN</i>
Diarréia	(1) não	<i>(0) sim</i>	<i>(0) IGN</i>
Problemas de circulação	<i>(0) não</i>	(1) sim	<i>(0) IGN</i>
Meningite	(1) não	<i>(0) sim</i>	<i>(0) IGN</i>
Quais destes problemas do dia-dia o(a) Sr.(a) acha que o exercício físico pode ajudar a combater? <i>(Ler itens)</i>			
Estresse	<i>(0) não</i>	(1) sim	<i>(0) IGN</i>
Insônia (dificuldade pra dormir)	<i>(0) não</i>	(1) sim	<i>(0) IGN</i>
Ansiedade (nervosismo)	<i>(0) não</i>	(1) sim	<i>(0) IGN</i>
Depressão	<i>(0) não</i>	(1) sim	<i>(0) IGN</i>
Na sua opinião, <u>DOS SEGUINTE EXERCÍCIOS FÍSICOS</u> , qual deles é <u>O MELHOR</u> para uma pessoa emagrecer? <i>(Ler itens e escolher apenas um)</i>			
<input type="checkbox"/> futebol <input type="checkbox"/> tênis <input type="checkbox"/> hidroginástica (ginástica na água) <input checked="" type="checkbox"/> (3) caminhada <input type="checkbox"/> ginástica localizada <input type="checkbox"/> <i>IGN</i>			
Alguém já lhe informou que seria bom fazer exercícios físicos para melhorar sua saúde?			
<i>(0) não</i> → encerre o questionário		Se <i>(1) sim</i> , QUEM?	
Médico		<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
Parente / amigo		<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
Professor		<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim
Meio de comunicação (tv, rádio, revista, jornal)		<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> sim

RELATÓRIO PARA IMPRENSA
(PRESS-RELEASE)

Pesquisa avalia conhecimento da população sobre exercício físico

Avaliar o quanto a população sabe sobre os benefícios do exercício físico, as limitações de cada indivíduo e os prejuízos de uma vida sedentária foi o que o professor de educação física Marlos Rodrigues Domingues estudou em sua dissertação de Mestrado em Epidemiologia, no Centro de Pesquisas Epidemiológicas do Departamento de Medicina Social da UFPel.

A pesquisa, que ocorreu entre os meses de março e maio de 2002, avaliou o conhecimento e a percepção sobre o exercício em 3182 pessoas de 20 anos ou mais. O questionário, que foi aplicado nos domicílios sorteados aleatoriamente, também investigou hábitos comportamentais e características sócio-demográficas.

De acordo com a pesquisa o grupo mais informado sobre o assunto são as mulheres com maior escolaridade, de classe média/alta, com idade entre 30 e 45 anos e que são mais ativas fisicamente.

Entre os itens avaliados, a frequência mínima de três vezes semanais em sessões de no mínimo 30 minutos para que o exercício traga benefícios à saúde e a caminhada como um excelente exercício para o emagrecimento, foram respondidos acertadamente por aproximadamente 60% da população.

Os destaques negativos da pesquisa foram alguns conceitos distorcidos que se perpetuam, como a idéia de que pessoas idosas, com problemas cardíacos, osteoporose ou outras limitações não devem fazer exercícios. Menos de 20% dos entrevistados considera o exercício indispensável para o desenvolvimento e envelhecimento saudáveis. A noção de que o sedentarismo pode levar ao diabetes é conhecida por menos da metade das pessoas, e mais de 30% não sabe que o exercício pode prevenir doenças como osteoporose, hipertensão e colesterol alto.

Entre os cinco problemas mais citados pela população como alteráveis pelo exercício, o estresse aparece em primeiro lugar, seguido dos problemas circulatórios e logo após aparecem outros problemas considerados da esfera emocional, como depressão e ansiedade, sendo que o quinto problema foi a insônia. Entre as doenças listadas e tidas como corretas, aquelas típicas do sedentarismo, como hipertensão, hipercolesterolemia, diabetes e osteoporose ocuparam os últimos lugares.

Apesar de toda divulgação do exercício como protetor contra cardiopatias e outras doenças crônicas, os benefícios mais lembrados pelas pessoas não são sobre os males puramente físicos, mais facilmente mensurados e associados ao exercício. Talvez essa noção deva-se ao fato que independente de diagnósticos médicos e exames laboratoriais, qualquer pessoa por mais desinformada que seja consegue perceber alterações positivas no seu bem-estar advindas do exercício. A facilidade de prescrição e a maior adesão aos tratamentos farmacológicos também podem fazer com que problemas como hipertensão e hipercolesterolemia sejam pouco tratados com exercício e muito mais com auxílio de medicação e dietas, o que pode levar a população a considerar o exercício menos benéfico contra estas morbidades.

Infelizmente, metade dos entrevistados não recebe informação médica sobre a importância dos exercícios, e menos de 20% das pessoas já recebeu aconselhamento de seus professores para se exercitar, justamente estes dois profissionais - médico e professor, deveriam ser os maiores incentivadores da prática regular de exercícios físicos.

ANEXOS

QUESTIONÁRIOS

&

MANUAL DE INSTRUÇÕES

<p>(0) <i>nenhum</i> ___ <i>banheiros</i></p>	
<p>A40) O(A) Sr.(a) tem empregada doméstica em casa? (0) <i>nenhuma</i> <i>Se sim: Quantas? ___ empregadas</i></p> <p>A41) Qual o último ano de estudo do chefe da família ? (0) <i>Nenhum ou primário incompleto</i> (1) <i>Até a 4ª série (antigo primário) ou ginásial (primeiro grau) incompleto</i> (2) <i>Ginásial (primeiro grau) completo ou colegial (segundo grau) incompleto</i> (3) <i>Colegial (segundo grau) completo ou superior incompleto</i> (4) <i>Superior completo</i></p> <p>A42) No mês passado quanto ganharam as pessoas que moram aqui? (trabalho ou aposentadoria) <i>(OBSERVAR A ORDEM DAS PESSOAS NA PLANILHA DE DOMICÍLIO)</i> Pessoa 1: R\$ _____ <i>por mês</i> Pessoa 2: R\$ _____ <i>por mês</i> Pessoa 3: R\$ _____ <i>por mês</i> Pessoa 4: R\$ _____ <i>por mês</i> Pessoa 5: R\$ _____ <i>por mês</i> (99999) <i>IGN - não respondeu</i></p>	<p><i>ABMAID</i> _____</p> <p><i>ABCHESCO</i> _____</p> <p><i>REND1</i> _____</p> <p><i>REND2</i> _____</p> <p><i>REND3</i> _____</p> <p><i>REND4</i> _____</p> <p><i>REND5</i> _____</p>
<p>A43) A família tem outra fonte de renda (aluguel, pensão, etc.) que não foi citada acima? (0) <i>não</i> (1) <i>sim</i> → Quanto? R\$ _____ <i>por mês</i></p>	<p><i>REXTR</i> _____</p>

BLOCO B: BLOCO GERAL
aplicado a homens e mulheres com 20 anos ou mais

<p>NÚMERO DO SETOR _____</p> <p align="center"><i>Número da família</i> _____</p> <p><i>Número da pessoa</i> _____</p> <p>Data da entrevista: ___/___/____ Horário de início da entrevista: ____:____</p> <p><i>Entrevistadora:</i> _____</p>	<p align="right">DT</p> <p align="center">_____</p> <p align="center"><i>ENTREV</i> _____</p>
---	---

B1) Qual é o seu nome?	
B2) Qual é a sua idade? _____	IDADE _____
AS PERGUNTAS B3 E B4 DEVEM SER APENAS OBSERVADAS PELA ENTREVISTADORA	
B3) Cor da pele: (0) branca (1) não branca (9) IGN B4) Sexo: (0) masculino (1) feminino (9) IGN	CORPELE _____ SEXO _____
B5) O(A) Sr.(a) sabe ler e escrever? (0) não → pule para a pergunta B7 (1) sim (2) só assina → pule para a pergunta B7 (9) IGN	KLER _____
B6) Até que série o(a) Sr.(a) estudou? Anotação: _____ (Codificar após encerrar o questionário) Anos completos de estudo: _____ anos (88) NSA	ESCOLA _____
B7) O(A) Sr.(a) pratica alguma religião? (0) não → pule para a pergunta B9 (1) sim	PRATREL _____
B8) Qual? (0) católica (1) protestante (2) evangélica (3) espírita (4) afro-brasileira (5) testemunha de Jeová (6) outra _____ (8) NSA	QUALREL _____
B9) Qual a sua situação conjugal atual? (1) casado(a) ou com companheiro(a) (2) solteiro(a) ou sem companheiro(a) (3) separado(a) (4) viúvo(a)	COMPAN _____
B10) Qual é o seu peso atual? _____ kg (999) IGN	PESO _____
B11) Qual é a sua altura? _____ cm (999) IGN	ALTURA _____
B12) O(A) Sr.(a) fuma ou já fumou? (0) não, nunca fumou → pule para a próxima instrução (1) sim, fuma (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês) (2) já fumou mas parou de fumar há _____ anos _____ meses	FUMO _____ TPAFU _____
B13) Há quanto tempo o(a) Sr.(a) fuma (ou fumou durante quanto tempo)? _____ anos _____ meses (8888) NSA	TFUMO _____

B14) Quantos cigarros o(a) Sr.(a) fuma (ou fumava) por dia? ___ cigarros (88) NSA	CIGDIA ___
PERGUNTAS SOBRE SAÚDE SENTIMENTOS – IDOSOS (10 Perguntas)	
PERGUNTAS PARA VERIFICAÇÃO DE DÉFICIT COGNITIVO – IDOSOS (11 Perguntas)	
PERGUNTAS SOBRE MEDICAMENTOS (5 Perguntas)	
PERGUNTAS SOBRE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS (6 Perguntas)	

QUESTIONÁRIO ESPECÍFICO E SOBRE NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA
(as questões específicas estão em negrito)

AGORA FALAREMOS SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS E EXERCÍCIOS	
<p>B48) Como o(a) Sr.(a) considera seu conhecimento sobre exercícios físicos? (Ler os itens e escolher apenas um)</p> <p>(0) sabe o suficiente (2) gostaria de aprender mais (4) não acha necessário saber essas coisas (6) não tem nenhum conhecimento (9) IGN</p>	CONHEC ___
<p>B49) Em geral, o(a) Sr.(a) considera sua saúde: (0) EXCELENTE (2) MUITO BOA (4) BOA (6) REGULAR (8) RUIM (9) IGN</p> <p>Para responder as próximas perguntas, pense nos últimos 7 dias, desde <dia da semana passada></p> <p>Primeiro nós vamos falar apenas sobre caminhadas</p>	SAUDE ___
<p>B50) Desde <dia da semana passada> quantos dias o(a) Sr.(a) caminhou por mais de 10 minutos seguidos? Pense nas caminhadas no trabalho, em casa, como forma de transporte para ir de um lugar ao outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício que duraram mais de 10 minutos seguidos.</p> <p>___ dias (0) nenhum → vá para a pergunta B53 (9) IGN</p>	CAMDIA ___
<p>B51) Nos dias em que o(a) Sr.(a) caminhou, quanto tempo, no total, o(a) Sr.(a) caminhou por dia?</p> <p>+ + + + = minutos p/ dia (888) NSA (999) IGN</p>	MINCAM ___

<p>B52) A que passo foram estas caminhadas?</p> <p>(1) com um passo que lhe fez respirar muito mais forte que o normal, suar bastante ou aumentar muito seus batimentos do coração</p> <p>(3) com um passo que lhe fez respirar um pouco mais forte que o normal, suar um pouco ou aumentar um pouco seus batimentos do coração</p> <p>(5) com um passo que não provocou grande mudança da sua respiração, o(a) Sr.(a) quase não suou e seus batimentos do coração ficaram quase normais</p> <p>(8) NSA (9) IGN</p> <p style="text-align: center;">Agora PENSE EM outras atividades físicas fora a caminhada</p> <p>B53) Desde <dia da semana passada> quantos dias o(a) Sr.(a) fez atividades fortes, que lhe fizeram suar muito ou aumentar muito sua respiração e seus batimentos do coração, por mais de 10 minutos seguidos? Por exemplo: correr, fazer ginástica, pedalar rápido em bicicleta, fazer serviços domésticos pesados em casa, no pátio ou jardim, transportar objetos pesados, jogar futebol competitivo, ...</p> <p>__ dias (0) nenhum → vá para a pergunta B55 (9) IGN</p>	<p>PASSO __</p> <p>FORDIA __</p>
<p>B54) Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez atividades fortes, quanto tempo, no total, o(a) Sr.(a) fez atividades fortes por dia?</p> <p>__ + __ + __ + __ + __ = __ minutos p/ dia (888) NSA (999) IGN</p> <p>B55) Desde <dia da semana passada> quantos dias o(a) Sr.(a) fez atividades médias, que fizeram o(a) Sr.(a) suar um pouco ou aumentar um pouco sua respiração e seus batimentos do coração, por mais de 10 minutos seguidos? Por exemplo: pedalar em ritmo médio, nadar, dançar, praticar esportes só por diversão, fazer serviços domésticos leves, em casa ou no pátio, como varrer, aspirar, etc.</p> <p>__ dias (0) nenhum → vá para a pergunta B57 (9) IGN</p> <p>B56) Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez atividades médias, quanto tempo, no total, o(a) Sr.(a) fez atividades médias por dia?</p> <p>__ + __ + __ + __ + __ = __ minutos p/ dia (888) NSA (999) IGN</p> <p>B57) Quanto tempo por dia o(a) Sr.(a) fica sentado(a) em um dia de semana normal?</p> <p>__ + __ + __ + __ + __ = __ horas p/ dia (99) IGN</p> <p>B58) Para que uma pessoa cresça e envelheça com uma boa saúde, o(a) Sr.(a) considera o exercício físico: (Ler os itens e escolher apenas um)</p> <p>(0) sem importância (2) pouco importante (4) muito importante (6) indispensável (9) IGN</p>	<p>FORTE ____</p> <p>MEDIA __</p> <p>MEDTE ____</p> <p>HORSEN ____</p> <p>NEED __</p>

B59) Das seguintes doenças, quais o(a) Sr.(a) acha que <u>PODERIAM</u> ser prevenidas com o hábito de fazer exercício físico? (Ler itens)				
Pressão alta	(0) não	(1) sim	(9) IGN	HA ___
Câncer de pele	(0) não	(1) sim	(9) IGN	CAPEL ___
Osteoporose (ossos fracos)	(0) não	(1) sim	(9) IGN	OSTEO ___
Colesterol alto	(0) não	(1) sim	(9) IGN	COLES ___
B60) Quais destas pessoas o(a) Sr.(a) acha que <u>PODERIAM</u> fazer exercícios físicos? (Ler itens)				
Uma mulher no início da gravidez	(0) não	(1) sim	(9) IGN	GRAV ___
Alguém com osteoporose e problemas no coração	(0) não	(1) sim	(9) IGN	OSTCOR ___
Um idoso com mais de 90 anos	(0) não	(1) sim	(9) IGN	OLD ___
Uma criança com menos de 10 anos	(0) não	(1) sim	(9) IGN	CRI ___
B61) Destes exemplos, qual seria o tempo <u>MÍNIMO</u> para melhorar sua saúde com exercícios físicos? (Ler itens e escolher apenas um)				
(1) 10 minutos, 4 vezes por semana				MINIM ___
(3) 2 horas por dia, todos os dias				
(5) 30 minutos, 3 vezes por semana				
(7) 1 hora, 1 vez por semana				
(9) IGN				
B62) A falta de exercício físico <u>PODE</u> fazer com que a pessoa tenha: (Ler itens)				
Diabetes (açúcar no sangue)	(0) não	(1) sim	(9) IGN	DIABET ___
Diarréia	(0) não	(1) sim	(9) IGN	DHIA ___
Problemas de circulação	(0) não	(1) sim	(9) IGN	CIRCU ___
Meningite	(0) não	(1) sim	(9) IGN	MENING ___
B63) Quais destes problemas do dia-dia o(a) Sr.(a) acha que o exercício físico pode ajudar a combater? (Ler itens)				
Estresse	(0) não	(1) sim	(9) IGN	STRES ___
Insônia (dificuldade pra dormir)	(0) não	(1) sim	(9) IGN	SLEEP ___
Ansiedade (nervosismo)	(0) não	(1) sim	(9) IGN	ANSI ___
Depressão	(0) não	(1) sim	(9) IGN	DEPRE ___
B64) Na sua opinião, <u>DOS SEGUINTE EXERCÍCIOS FÍSICOS</u>, qual deles é o <u>MELHOR</u> para uma pessoa emagrecer? (Ler itens e escolher apenas um)				
(0) futebol				MELH ___
(2) tênis				
(4) hidroginástica (ginástica na água)				
(6) caminhada				
(8) ginástica localizada				
(9) IGN				

B65) Alguém já lhe informou que seria bom fazer exercícios físicos para melhorar sua saúde?		<i>WHO</i> ___
<i>(0) não → passe para a próxima instrução</i>	<i>Se (1) sim, QUEM?</i>	
Médico	<i>(0) não (1) sim</i>	<i>MED</i> ___
Parente / amigo	<i>(0) não (1) sim</i>	<i>PAMI</i> ___
Professor	<i>(0) não (1) sim</i>	<i>PROF</i> ___
Meio de comunicação (tv, rádio, revista, jornal)	<i>(0) não (1) sim</i>	<i>MIDIA</i> ___

PERGUNTAS SOBRE LOMBALGIA (13 Perguntas)

PERGUNTAS SOBRE SAÚDE DA MULHER (32 Perguntas)

PERGUNTAS SOBRE SAÚDE CARDIOVASCULAR (12 Perguntas)

BLOCO C – AUTO-APLICADO DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (10 Perguntas)
--

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

Consórcio – 2001 / 2002
Mestrado em Epidemiologia

Manual de Instruções

PELOTAS – RS – 2002

1. INTRODUÇÃO

O manual de instruções serve para esclarecer suas dúvidas. **DEVE ESTAR SEMPRE COM VOCÊ.** Erros no preenchimento do questionário poderão indicar que você não consultou o manual. **RELEIA O MANUAL PERIODICAMENTE.** Evite confiar excessivamente na própria memória.

LEVE SEMPRE COM VOCÊ:

- crachá e carteira de identidade;
- carta de apresentação do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia;
- cópia da reportagem do jornal;
- manual de instruções;
- questionários;
- figuras do questionário sobre uso de medicamentos;
- figura do boneco (dor nas costas);
- envelopes para questionário auto-aplicável;
- lápis, borracha, apontador, cola e sacos plásticos.

OBS: Levar o material para o trabalho de campo em número maior que o estimado.

2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO ESTUDO

Serão incluídos no estudo todas as pessoas com 20 anos ou mais, residentes na zona urbana da cidade de Pelotas, moradores dos domicílios e setores sorteados.

3. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO NO ESTUDO

Todas as pessoas menores de 20 anos e/ou que não residirem no domicílio sorteado como, por exemplo, empregada doméstica que não durma no emprego; ou, pessoas que estejam visitando a família no período da entrevista.

4. ETAPAS DO TRABALHO DE CAMPO

4.1. RECONHECIMENTO DO SETOR

O reconhecimento do setor foi realizado por auxiliares de pesquisa, acompanhados pelos supervisores (mestrands).

4.2. CASAS A VISITAR

- Todos os domicílios dos 80 setores sorteados foram listados. Posteriormente, foram sorteados 20 domicílios por setor. A partir deste sorteio, foram elaboradas listagens de cada setor com seus respectivos domicílios sorteados para o trabalho de campo. Cada entrevistadora receberá do seu supervisor, a listagem com os setores e domicílios sorteados para a realização das entrevistas. Também será fornecido pelo supervisor o material necessário para a aplicação dos questionários, como lápis, borracha, apontador, etc.
- Quando chegar na frente da casa a ser visitada, a entrevistadora deve bater e sempre aguardar que alguém apareça para recebê-la. Se necessário, bater palmas e/ou pedir ajuda aos vizinhos para chamar o morador da casa. Em situações em que o morador esteja ausente no momento da entrevista, pergunta-se a dois vizinhos qual o melhor horário para encontrá-lo em casa. Assim, a entrevistadora deverá voltar outro dia para nova tentativa.
- Muito cuidado com os **CÃES**. Às vezes, eles **MORDEM!**

- Serão consideradas **PERDAS** todas as situações em que o entrevistado não responder o questionário por outros motivos que não seja recusa, por exemplo, uma pessoa impossibilitada de falar, doente no momento, entre outros. Nesses casos sempre lembrar de anotar na planilha do domicílio, sendo que não haverá substituições.
- Casas onde moram apenas estudantes devem ser consideradas como famílias e o chefe destas será aquele que receber a maior renda ou mesada.

4.3. FOLHA DE CONGLOMERADO

Exemplo:

Número	Endereço	Completo	Observações
01	Rua 2, 34		
02	Rua 2, 40		
03	Rua 3, 5		
04	Rua 3, 12		
21	Rua 3, 12 - DOMÉSTICA		
05	Rua 5, 42		
06	Rua 5, 54		
07	Rua 8, 36		

- Cada setor deverá ter a sua **FOLHA DE CONGLOMERADO**, a qual deve ser preenchida durante o trabalho de campo. Nessa planilha deverá constar o número do setor, nome da entrevistadora e do supervisor.
- Nas casas sorteadas onde tiver empregado(a) doméstico(a) que mora no emprego, este(a) deve ser considerado(a) uma outra família e deve ficar registrado(a) na folha de conglomerado, na linha seguinte ao da casa do(a) patrão(oa), identificando-se como doméstico(a). A numeração dos(as) domésticos(as) irá iniciar a partir do número 21, uma vez que o número máximo de famílias em cada setor é 20, tornando-se fácil identificar o número de domésticos(as) por setor.
- Coluna “completo”: marcar com X nos domicílios em que todos os moradores já foram entrevistados.
- O espaço de observações pode ser utilizado para anotar datas e horários agendados para retorno.

4.4. PLANILHA DO DOMICÍLIO

- A planilha do domicílio deve ser preenchida após o consentimento para realizar a entrevista no domicílio sorteado.
- Antes de iniciar cada questionário, marque com um círculo as pessoas da família que devem participar da pesquisa.
- A coluna da idade deverá ser preenchida em “anos completos”. Quando houver pessoas menores de 20 anos, colocar “zero”.
- Ao final da entrevista, marque com X sobre os círculos feitos anteriormente, em todas as pessoas que já responderam ao questionário.

- Colocar um R (= recusa) dentro do círculo correspondente quando uma pessoa se recusar a participar.

Exemplo:

Nº DA PESSOA	NOME DA PESSOA	IDADE (ANOS)	COMPLETO
1	Maria Silva	40	___
2	João Silva	42	<u>X</u>
3	Ana Silva	20	___
4	José Silva	zero	--

- **LEMBRE-SE:** Empregado(a) doméstico(a) que mora no emprego deve ser considerado outra família e, portanto será necessário preencher outra planilha do domicílio para o mesmo endereço, assim como deverão ser aplicados os questionários domiciliar e individual para o empregado(a).

4.5. APRESENTAÇÃO DA ENTREVISTADORA AO INFORMANTE

- Procure apresentar-se de uma forma **SIMPLES, LIMPA e SEM EXAGEROS**. Tenha **BOM SENSO NO VESTIR**. Protetor solar pode ser útil. Se usar óculos escuros, retire-os ao abordar um domicílio.
- **NUNCA ESQUECER:** Seja sempre **GENTIL e EDUCADA**, pois as pessoas não tem obrigação em recebê-la.
- **SEMPRE PORTE SEU CRACHÁ DE IDENTIFICAÇÃO, SE NECESSÁRIO APRESENTE SUA CARTA DE APRESENTAÇÃO E A CÓPIA DA REPORTAGEM NO JORNAL, OU AINDA FORNEÇA O NÚMERO DO TELEFONE DO CENTRO DE PESQUISAS PARA QUE A PESSOA POSSA LIGAR E CONFIRMAR SUAS INFORMAÇÕES. SEJA PACIENTE PARA UM MÍNIMO DE PERDAS E RECUSAS.**
- Ao chegar no domicílio, solicitar para conversar com a “dona da casa” ou responsável pela família. Atente que o termo “dona da casa” refere-se à mulher responsável pela família e não a proprietária do imóvel. Quando não houver nenhum responsável na casa (por exemplo: somente a empregada ou crianças estiverem na casa), tentar agendar dia e hora para voltar e realizar a entrevista.
- Trate o entrevistado por Sr. e Sra., sempre com respeito.
- Explicar que você é da Universidade Federal de Pelotas e/ou da Faculdade de Medicina e que está fazendo um trabalho sobre a saúde da população da cidade de Pelotas e que o mesmo está sendo realizado em vários locais da cidade.
- Dizer que gostaria de fazer algumas perguntas para as pessoas que moram na casa. Sempre salientar que “é muito importante a colaboração neste trabalho, pois, através dele poderemos ficar conhecendo mais sobre a saúde da população, ajudando, assim, a melhorá-la”.
- Explicar que as respostas ao questionário são absolutamente sigilosas e que as informações prestadas são extremamente importantes, pois, o objetivo do estudo é beneficiar a comunidade como um todo.

4.6. RECUSAS

- Em caso de recusa, anotar na folha de conglomerado. Porém, **NÃO desistir antes de duas tentativas em dias e horários diferentes**, pois, a recusa será considerada uma perda, não havendo a possibilidade de substituí-la por outra casa. Diga que entende o quanto a pessoa é ocupada e o quanto responder um questionário pode ser cansativo, mas insista em esclarecer a importância do trabalho e de sua colaboração.
- **LEMBRE-SE:** Muitas recusas são **TEMPORÁRIAS**, ou seja, é uma questão de momento inadequado para o respondente. Possivelmente, em um outro momento a pessoa poderá responder ao questionário. Na primeira recusa, tente preencher os dados de identificação (sexo, idade, escolaridade, etc) com algum familiar.

5. INSTRUÇÕES GERAIS PARA O PREENCHIMENTO DOS QUESTIONÁRIOS

- Os questionários devem ser preenchidos a **lápiz** e com muita atenção, usando **borracha** para as devidas correções.
- As **letras** e **números** devem ser escritos de maneira **legível**, sem deixar margem para dúvidas.
- Dentro de cada domicílio, os entrevistados devem ser entrevistados na seguinte ordem de prioridade: **homem adulto, domiciliar, mulher adulta e idoso**. O questionário domiciliar deve ser aplicado apenas para a “dona da casa”. Os demais questionários devem ser aplicados para todos os adultos com 20 anos ou mais.
- Pessoas sem condições físicas ou mentais para responder o questionário, como por exemplo, surdos-mudos, idosos demenciados e etc, são considerados como **exclusões** (não fazem parte do estudo). Na planilha do domicílio, colete todas informações possíveis destas pessoas (nome, sexo, idade, etc) e escreva ao lado o motivo pelo qual não puderam ser entrevistados. Essas pessoas não podem ser confundidas com recusas ou perdas. Quando pessoas mudas quiserem responder ao questionário, leia as questões com as alternativas e peça para que o(a) entrevistado(a) aponte a resposta correta.
- As instruções nos questionários que não estão em **NEGRITO** servem apenas para orientar a entrevistadora, não devendo ser perguntadas para o entrevistado. As palavras em **NEGRITO** devem ser lidas para o entrevistado fazendo-se prévia pausa.
- As instruções escritas em branco que estão dentro das caixas pretas não devem ser lidas ao entrevistado.
- As alternativas de resposta **somente devem ser lidas se estiverem em negrito**.
- As perguntas devem ser feitas exatamente como estão escritas, sendo que o que estiver escrito em *<itálico>*, **NÃO** deve ser lido. Caso o respondente não entenda a pergunta, repita uma segunda vez exatamente como está escrita. Após, se necessário, explique a pergunta de uma segunda maneira (conforme instrução específica), com o cuidado de não induzir a resposta. Em último caso, enunciar todas as opções, tendo o cuidado de não induzir a resposta.
- **NÃO** devem ser deixadas respostas em branco, em hipótese alguma.
- Quando em dúvida sobre a resposta ou a informação parecer pouco confiável, tentar esclarecer com o respondente, e se necessário, anote a resposta por extenso e apresente o problema ao supervisor.

- Caso a resposta seja “OUTRO”, especificar junto a questão, segundo as palavras do informante.
- O questionário auto-aplicado deve ser entregue ao entrevistado dentro de uma pasta. Explicar que independente das respostas, todas as questões devem ser respondidas (mesmo que a resposta da primeira questão seja “Não”, as próximas questões sempre terão uma opção de “Não se aplica”). Na situação em que alguém pergunte se os questionários são iguais, a resposta será: “Pelo fato desta pesquisa ser totalmente sigilosa, não posso nem ao menos lhe informar se os questionários são iguais”. Dessa forma pretende-se evitar que algum pai ache que as perguntas são inadequadas para seus filhos. A entrevistadora deverá lê-las uma a uma (com outro questionário), dando tempo para que as respostas sejam marcadas.

5.1. CODIFICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

- A numeração do questionário é obtida através do número do setor, seguida pelo número da família e da pessoa. Exemplo: no questionário domiciliar: Setor nº167, Família nº 15, Pessoa nº 01 – NQUE 1 6 7 1 5 0 1. Proceder da mesma forma para todos os questionários.
- Todas as respostas devem ser registradas no corpo do questionário. Nunca registrar direto na coluna da direita. Não anote nada neste espaço, ele é de uso exclusivo para codificação.
- No final do dia de trabalho, aproveite para revisar seus questionários aplicados e para codificá-los. Para tal, utilize a coluna da direita. Se tiver dúvida na codificação, esclareça com seu supervisor. As questões abertas (aquelas que são respondidas por extenso) **não** devem ser codificadas. Isto será feito posteriormente.
- Caso seja necessário fazer algum cálculo, **não** o faça durante a entrevista, pois, a chance de erro é maior. Anote as informações por extenso e calcule posteriormente.
- Em respostas de idade, considere os anos completos. Exemplo: Se o entrevistado responder que tem 29 anos e 10 meses, considere 29 anos.

LEMBRE-SE:

Nunca deixe respostas em branco. Aplique os códigos especiais:

- **NÃO SE APLICA (NSA) = 8, 88, 888, 8888 ou 88888**. Este código deve ser usado quando a pergunta não pode ser aplicada para aquele caso ou quando houver instrução para pular uma pergunta. Não deixe questões puladas em branco durante a entrevista. Pode haver dúvida se isto for feito. Passa um traço em diagonal sobre elas e codifique-as posteriormente.
- **IGNORADA (IGN) = 9, 99, 999, 9999 ou 99999**. Este código deve ser usado quando o informante não souber responder ou não lembrar. Antes de aceitar uma resposta como **ignorada** deve-se tentar obter uma resposta mesmo que aproximada. Se esta for vaga ou duvidosa, anotar por extenso e discutir com o supervisor. Use a resposta ignorado somente em último caso. Lembre-se que uma resposta não coletada é uma resposta perdida.
- A codificação dos questionários deve ser preenchida no fim de cada dia, não devendo-se deixar para outro dia. Nesta coluna deverão ser transferidos os números marcados nas respostas ditas na entrevista.

BLOCO A – Deve ser aplicado a apenas uma pessoa do domicílio, a “dona da casa”.

QUESTIONÁRIO DOMICILIAR

Data da entrevista ____ / ____ / ____

Colocar a data em que a entrevista está sendo realizada, especificando dia/mês/ano. Nos casos de dias e meses com apenas um dígito, colocar um zero na frente.

Horário de início da entrevista ____ h: ____ min.

Preencher com o horário observado no relógio no momento do início da entrevista. Utilizar o padrão de 24 horas – 3 horas = 15:00

Entrevistadora _____

Completar com o seu nome completo.

A1. Qual o endereço deste domicílio?

Anotar o endereço completo da moradia, com o nome da rua e número da casa. Quando necessário utilizar “complemento”, onde será informado número ou letra do bloco, número do apartamento, casa dos fundos, etc. Em caso de dúvida, verificar o endereço na conta de luz ou em outra correspondência.

A2. O(A) Sr.(a) possui telefone neste domicílio?

Marcar Sim ou Não, Se Sim, escrever o número do telefone.

A3. Existe algum outro número de telefone ou celular para que possamos entrar em contato com o(a) Sr.(a)?

Preencher sempre que tiver outro número para contato ou para recado.

A4. Quantas pessoas moram nesta casa ?

Serão considerados moradores do domicílio todas as pessoas que nele vivem. **Lembre-se:** no caso de empregada doméstica que more no emprego, esta será considerada como outra família.

QUESTIONÁRIO SOBRE ANIMAIS DOMÉSTICOS

QUESTIONÁRIO SOBRE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA CLASSE SOCIAL

ANEP / RENDA FAMILIAR

Da pergunta A35 até a pergunta A38, deve-se considerar os seguintes casos para os eletrodomésticos em geral: bem alugado em caráter permanente, bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses e bem quebrado há menos de 6 meses. Não considerar os seguintes casos: bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses, bem quebrado há mais de 6 meses, bem alugado em caráter eventual, bem de propriedade de empregados ou pensionistas.

FRASE INTRODUTÓRIA 1: AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE OS BENS E A RENDA DOS MORADORES DA CASA. MAIS UMA VEZ LEMBRO QUE OS DADOS DESTA ESTUDO SERVIRÃO APENAS PARA UMA PESQUISA, PORTANTO O(A) SR.(A) PODE FICAR TRANQUÍLO(A) PARA INFORMAR O QUE FOR PERGUNTADO. *(Leia em voz alta e clara e passe para a questão A33).*

A35. O(A) Sr.(a) tem rádio em casa?

(0) não Se sim: Quantos? __ rádios

A pergunta deverá ser feita e em caso de resposta afirmativa, tentar quantificar o número de rádios. Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro aparelho de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados. Não deve ser considerado o rádio do automóvel.

A36. Tem televisão colorida em casa?

(0) não Se sim: Quantas? __ televisões

Não considere televisão preto e branco, que conta como “0” (não), mesmo que mencionada. Se houver mais de uma TV, perguntar e descontar do total as que forem preto e branco. Não importa o tamanho da televisão, pode ser portátil, desde que seja colorida. Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

A37. O(A) Sr.(a) ou sua família tem carro?

(0) não Se sim: Quantos? __ carros.

Só contam veículos de passeio, não contam veículos como táxi, vans ou pick-ups usados para fretes ou qualquer outro veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

A38. Quais destas utilidades domésticas o(a) Sr.(a) tem em casa?

Aspirador de pó	<i>(0) não</i>	<i>(1) sim</i>
Máquina de lavar roupa	<i>(0) não</i>	<i>(1) sim</i>
Videocassete	<i>(0) não</i>	<i>(1) sim</i>
Geladeira	<i>(0) não</i>	<i>(1) sim</i>
Freezer separado ou geladeira duplex	<i>(0) não</i>	<i>(1) sim</i>

Não existe preocupação com quantidade ou tamanho. Considerar aspirador de pó mesmo que seja portátil ou máquina de limpar a vapor - Vaporetto. Videocassete de qualquer tipo, mesmo conjunto com a televisão, deve ser considerado.

Aparelhos de DVD não devem ser considerados.

Para geladeira, não importa modelo, tamanho, etc. Também não importa número de portas (será comentado posteriormente). Para o freezer o que importa é a presença do utensílio. Valerá como resposta “sim” se for um eletrodoméstico separado, ou uma combinação com a geladeira (duplex, com freezer no lugar do congelador).

A39. Quantos banheiros tem em casa?

(0) nenhum ___ banheiros.

Todos os banheiros (presença de vaso sanitário com encanamento) que estejam dentro da área domiciliar serão computados, mesmo os de empregada e lavabos.

A40. O Sr.(Sra.) tem empregada doméstica em casa?

(0) nenhuma Se sim: Quantas? ___ empregadas.

Dependendo da “aparência do entrevistado”, fica melhor a pergunta “Quem faz o serviço doméstico em sua casa?”. Caso responda que não é feita pelos familiares (geralmente esposa e/ou filhas, noras), ou seja, existe uma pessoa paga para realizar tal tarefa, perguntar se funciona como mensalista ou não (pelo menos 5 dias por semana, dormindo ou não no emprego). Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas.

A41. Qual o último ano de estudo do chefe da família ?

(0) Nenhum ou primário incompleto

(1) Até a 4ª série (antigo primário) ou ginásial (primeiro grau) incompleto

(2) Ginásial (primeiro grau) completo ou colegial (segundo grau) incompleto

(3) Colegial (segundo grau) completo ou superior incompleto

(4) Superior completo

A definição de chefe de família será feita pelo próprio entrevistado, geralmente se considerando o esposo ou, na falta deste, o filho mais velho. Deve ser considerado o último ano completado, não cursado.

A42. No mês passado, quanto ganharam as pessoas que moram aqui? (trabalho ou aposentadoria) **(OBSERVAR A ORDEM DAS PESSOAS NA PLANILHA DE DOMICÍLIO)**

Pessoa 1: R\$ _____ por mês

Pessoa 2: R\$ _____ por mês

Pessoa 3: R\$ _____ por mês

Pessoa 4: R\$ _____ por mês

Pessoa 5: R\$ _____ por mês

(99999) IGN - não respondeu

Pergunte quais as pessoas da casa que receberam salário ou aposentadoria no mês passado. Enumere cada pessoa. A resposta deverá ser anotada em reais. Sempre confira pessoa por pessoa com seus respectivos salários, no final dessa pergunta. Caso a pessoa entrevistada responda salário/dia, salário/semana ou salário/quinzenal especifique ao invés de calcular por mês. Se mais de cinco pessoas contribuírem com salário ou aposentadoria para a renda familiar anote os valores ao lado e, posteriormente some todas as rendas que restarem e marque o valor total na pessoa cinco. Caso seja necessário algum cálculo, não o faça durante a entrevista porque isso geralmente resulta em erro. Não esqueça que a renda se refere ao mês anterior. Se uma pessoa começou a trabalhar no mês corrente, não incluir o seu salário. Se uma pessoa está desempregada no momento mas recebeu salário no mês anterior, este deve ser incluído. Quando uma pessoa está desempregada a mais de um mês e estiver fazendo algum tipo de trabalho eventual (biscates), considere apenas a renda desse trabalho, anotando quanto ganha por biscate e quantos dias trabalhou neste último mês para obter a renda total. Para os autônomos, como proprietários de armazéns e motoristas de táxi, considerar a renda líquida e não a renda bruta. Já para os empregados deve-se considerar a renda bruta, não excluindo do valor do salário os valores descontados para pagamentos de seguros sociais. Não incluir rendimentos ocasionais ou excepcionais como o 13º salário ou recebimento de indenização por demissão, fundo de garantia, etc. Salário desemprego deve ser incluído. Se a pessoa trabalhou no último mês como safrista, mas durante o restante do ano trabalha em outro emprego, anotar as duas rendas especificando o número de meses que exerce cada trabalho.

A43. A família tem outra fonte de renda (aluguel, pensão, etc.) que não foi citada acima?

(0) não (1) sim → Quanto? R\$ _____ por mês

Esta pergunta refere-se a outras fontes de renda constantes que a família tenha, através de uma ou mais pessoas de sua casa, também referente ao mês anterior.

A44. Qual sua idade?

Idade em anos completos. Quando houver idade diferente entre documento e idade real, completar com a idade real informada pela pessoa. Se o(a) entrevistado(a) souber apenas o ano, considere o mês como 6 e o dia como 15. Exemplo: 15/06/1967. Não realizar o cálculo da idade durante a entrevista, evite cometer erros.

A45. Sexo:

Apenas observe e anote.

BLOCO B – Deve ser aplicado a todas as pessoas do domicílio de acordo com faixa etária e sexo, conforme orientações específicas do questionário.

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

NQUE _____

Data da entrevista ____/____/____ Colocar a data em que a entrevista está sendo realizada, especificando dia/mês/ano. Nos casos de dias e meses com apenas um dígito, colocar um zero na frente.

Horário de início da entrevista ____ h: ____ min. Preencher com o horário observado no relógio no momento do início da entrevista.

Entrevistadora _____ Completar com seu nome completo.

B1. Qual é o seu nome?

Anotar o nome completo do entrevistado.

B2. Qual é a sua idade?

Idade em anos completos. Quando houver idade diferente entre documento e idade real, completar com a idade real informada pela pessoa. Se o(a) entrevistado(a) souber apenas o ano, considere o mês como 6 e o dia como 15. Exemplo: 15/06/1967. Não realizar o cálculo da idade durante a entrevista, evite cometer erros.

B3. Cor da pele:

Apenas observe e anote.

B4. Sexo:

Apenas observe e anote.

B5. O(A) Sr.(a) sabe ler e escrever?

(0) não → Pule para a pergunta B7

(1) sim

(2) só assina → Pule para a pergunta B7

(9) IGN

Marque a alternativa correta, se “não” ou “só assina”, pule para a pergunta B7.

B6. Até que série o(a) Sr.(a) estudou?

Anotação: _____
(Codificar após encerrar o questionário)

Anos completos de estudo: ____ anos

Anotar o número de anos completos (com aprovação) de estudo. Caso o entrevistado não forneça este dado de forma direta, use o espaço para anotações para escrever a resposta por extenso, deixando para calcular e codificar depois.

B7. O(a) Sr.(a) pratica alguma religião?

(0) não → Pule para a pergunta B9

(1) sim

Marque a resposta. No caso da resposta ser “não”, pule para pergunta B9. Considera-se como praticante a pessoa que freqüente rituais religiosos mesmo que eventualmente (mais do que apenas em casamentos ou batizados).

B8. Qual?

(0) católica (1) protestante (2) evangélica (3) espírita (4) afro-brasileira

(5) testemunha de Jeová (6) outra _____

Marque qual a religião. Em caso da religião do entrevistado não ser nenhuma das apresentadas, marque “outra” e escreva qual a religião no espaço ao lado.

B9. Qual a sua situação conjugal atual?

(1) casado(a) ou com companheiro(a)

(2) solteiro(a) ou sem companheiro(a)

(3) separado(a)

(4) viúvo(a)

Marque a resposta do entrevistado(a). Se o(a) entrevistado(a) não entender a expressão “situação conjugal”, pergunte sobre o estado civil atual.

B10. Qual é o seu peso atual?

____ Kg (999) IGN

Será anotado o peso referido pelo entrevistado(a), isto é, o peso que ele(a) informar que possui. Caso o entrevistado informar o peso com detalhamento de gramas (exemplo: 73.6 Kg), use a lei do arredondamento – abaixo de 0.4 = para baixo; e igual ou acima de 0.5 = para cima. No exemplo, o peso anotado seria portanto 074 Kg. No caso do entrevistado não saber informar seu peso, marque a opção “IGN”.

B11. Qual é a sua altura?

_____ cm (999) IGN

Será anotada a altura informada pelo(a) entrevistado(a). No caso do(a) entrevistado(a) não saber informar sua altura, tente saber uma altura aproximada, se não houver jeito do(a) entrevistado(a) responder à pergunta, marque a opção “IGN”. Não colocar números com vírgula. Por exemplo, 1,78 m = 178 cm.

B12. O(A) Sr.(a) fuma ou já fumou?

(0) não, nunca fumou → Pule para a próxima instrução

(1) sim, fuma (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês)

(2) já fumou mas parou de fumar há _____ anos e _____ meses

Será considerado fumante o entrevistado que disser que fuma mais de 1 cigarro por dia há mais de um mês. Se nunca fumou, pule para a próxima instrução. Se o entrevistado responder que já fumou mas parou, preencher há quantos anos e meses, colocando zero na frente dos números quando necessário. Se parou de fumar há menos de um mês, considere como fumante (1). Se fuma menos de um cigarro por dia e / ou há menos de um mês, considere como não (0).

B13. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) fuma (ou fumou durante quanto tempo)?

_____ anos _____ meses

Preencher com o número de anos que fuma ou fumou. Preencher com (8888) NSA em caso de ter pulado esta questão.

B14. Quantos cigarros o(a) Sr.(a) fuma (ou fumava) por dia?

_____ cigarros

Preencher com o número de cigarros fumados por dia. Preencher com (88) NSA em caso de ter pulado esta questão. Lembre-se que uma carteira (maço) contém 20 cigarros.

QUESTIONÁRIO SOBRE SAÚDE E SENTIMENTOS - IDOSOS

QUESTIONÁRIO SOBRE RACIOCÍNIO E MEMÓRIA - IDOSOS

QUESTIONÁRIO SOBRE USO DE MEDICAMENTOS

QUESTIONÁRIO SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS E EXERCÍCIOS

B48. Como o(a) Sr.(a) considera seu conhecimento sobre exercícios físicos?

(0) sabe o suficiente

(2) gostaria de aprender mais

(4) não acha necessário saber essas coisas

(6) não tem nenhum conhecimento

(9) IGN

Caso a pessoa não saiba responder, marca-se a alternativa “9”.

Na coluna da variável deve-se colocar o código referente à alternativa escolhida (preste atenção na ordem dos números – 0, 2, 4 e 6).

B49. Em geral, o(a) Sr.(a) considera sua saúde:

(0) EXCELENTE (2) MUITO BOA (4) BOA (6) REGULAR (8) RUIM (9) IGN
AS OPÇÕES DE RESPOSTA DEVEM SER LIDAS PARA O ENTREVISTADO.

CASO O ENTREVISTADO PERGUNTE **COMPARADO COM QUEM?** PEÇA PARA ELE SE COMPARAR COM ALGUÉM DE MESMA IDADE E SEXO.

SE O ENTREVISTADO RESPONDER **DEPENDE** OU FICAR EM DÚVIDA POR CAUSA DO **EM GERAL**, DIGA PARA ELE SE REFERIR A COMO SE SENTE NA MAIOR PARTE DO TEMPO. EM CASOS NECESSÁRIOS, FAÇA A PERGUNTA NOVAMENTE DA SEGUINTE FORMA:

NA MAIOR PARTE DO TEMPO, O(A) SR.(A) CONSIDERA SUA SAÚDE:

(0) EXCELENTE (2) MUITO BOA (4) BOA (6) REGULAR (8) RUIM

Para responder as próximas perguntas, pense nos últimos 7 dias, desde <dia da semana passada>

Onde está em itálico <dia da semana passada>, você deve dizer o nome do dia atual. Por exemplo, se a entrevista estiver sendo realizada em uma Quarta-feira, diga desde Quarta-feira da semana passada.

B50. Desde <dia da semana passada> quantos dias o(a) Sr.(a) caminhou por mais de 10 minutos seguidos? Pense nas caminhadas no trabalho, em casa, como forma de transporte para ir de um lugar ao outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício que duraram mais de 10 minutos.

__ dias (0) nenhum → vá para a pergunta B53 (9) IGN

Muitas vezes, pelo fato de que a frase é grande, a pessoa pode se desligar da pergunta. Se a pessoa demonstrar necessidade, repita a pergunta após os exemplos. **Nestas repetições, não é necessário citar os exemplos novamente.**

As caminhadas que durem **menos de 10 minutos** não devem ser contadas.

Se a resposta for nenhum, pule para a pergunta B53 e codifique **a pergunta B51 com 888 e a pergunta B52 com 8.**

Para a codificação, 0 deve ser preenchido quando a resposta for nenhum.

A codificação deve ser feita de acordo com o **número de dias por semana** em que o entrevistado caminha por mais de 10 minutos seguidos.

Exemplos típicos de resposta: todos os dias eu caminho muito dentro de casa ou no pátio.

O que você deve fazer? perguntar se essas caminhadas duraram mais de 10 minutos seguidos (sem interrupções).

B51. Nos dias em que o(a) Sr.(a) caminhou, quanto tempo, no total, você caminhou por dia?

____ + ____ + ____ + ____ + ____ = _____ minutos p/ dia (888) NSA (999) IGN

Caso o entrevistado tenha respondido **NENHUM** na perguntas anterior, codifique 888.

Nesta pergunta, deve ser utilizado um dia de semana em que o indivíduo caminhou uma quantidade parecida com os outros dias em que caminhou na semana.

Os espaços são feitos para ajudar na soma das atividades diárias. **Não devem ser usados para somar atividades de dias diferentes.** Por exemplo: uma pessoa que caminhou 30 minutos segunda, quarta e sexta e 40 minutos terça e quinta. Seu tempo diário de caminhada foi de 30 minutos, porque é o tempo de caminhada na maioria dos dias em que caminhou. **Neste exemplo, os espaços destinados devem ser preenchidos da seguinte forma:**

30 + / + / + / + / = 30 minutos p/ dia

NÃO ESQUEÇAM DE RISCAR OS ESPAÇOS NÃO PREENCHIDOS

Um exemplo diferente de utilização dos espaços é o seguinte: Indivíduo que vai para o trabalho caminhando pela manhã, gastando 20 minutos. Volta caminhando e gasta mais 20 minutos. À tarde, caminha até a academia por mais 35 minutos. Volta e gasta mais 35 minutos. O preenchimento correto é:

$$20 + 20 + 35 + 35 + / = 110 \text{ minutos p/ dia}$$

Caso o entrevistado informe diretamente o tempo de caminhada diário, preencha o primeiro espaço apenas (conforme o primeiro exemplo) e risque os espaços não preenchidos.

SE O ENTREVISTADO DEMONSTRAR DIFICULDADE EM REALIZAR ESTA SOMA, VOCÊ DEVE DIVIDIR O DIA EM MANHÃ TARDE E NOITE. POR EXEMPLO:

Durante a manhã, quanto tempo o(a) Sr.(a) caminhou?

E à tarde, quanto tempo o(a) Sr.(a) caminhou?

E à noite, quanto tempo o(a) Sr.(a) caminhou?

Assim os espaços devem ser preenchidos **E A SOMA TOTAL DE MINUTOS FEITA EM CASA.**

NÃO FAÇA A SOMA NA HORA DA ENTREVISTA. Isto provoca erros.

Exemplos típicos de resposta: qualquer pessoa que diga que caminhou mais do que 60 minutos seguidos pode estar se enganando (mas nem sempre está se enganando).

O que você deve fazer? perguntar se essas caminhadas foram seguidas, sem interrupções.

B52. A que passo foram estas caminhadas?

(1) com um passo que fez você respirar muito mais forte que o normal, suar bastante ou aumentar muito seus batimentos do coração.

(3) com um passo que fez você respirar um pouco mais forte que o normal, suar um pouco ou aumentar um pouco seus batimentos do coração.

(5) com um passo que não provocou grande mudança da sua respiração, você quase não suou e seus batimentos do coração ficaram quase normais.

(8) NSA (9) IGN

As opções de resposta DEVEM SER LIDAS para o entrevistado.

Depois da resposta dada, é fundamental repetir a opção que foi escolhida, **a fim de evitar que o entrevistado tenha respondido com pressa.**

Se o entrevistado responder **DEPENDE** ou **ÀS VEZES DE UM JEITO E ÀS VEZES DE OUTRO** peça para ele se referir à maneira como caminhou na maior parte das vezes nesta última semana.

Um exemplo desta pergunta é quando o entrevistado responde: - **A PRIMEIRA.** Você deve repetir então: - **com um passo que fez você respirar muito mais forte que o normal, suar bastante ou aumentar muito seus batimentos do coração?**

Caso o entrevistado tenha respondido **NENHUM** na questão B51, codifique 8.

Frase explicativa: **AGORA PENSE EM OUTRAS ATIVIDADES FÍSICAS FORA A CAMINHADA**

B53. Desde <dia da semana passada> quantos dias o(a) Sr.(a) fez atividades fortes, que fizeram você suar muito ou aumentar muito sua respiração e seus batimentos do coração por mais de 10 minutos seguidos? Por exemplo: correr, fazer ginástica, pedalar rápido em bicicleta, fazer serviços domésticos pesados em casa, no pátio ou jardim, transportar objetos pesados, jogar futebol competitivo, ...

__ dias (0) nenhum → vá para a pergunta B55 (9) IGN

Os exemplos sem negrito devem ser lidos apenas em caso de dúvida, mas após uma curta pausa para que o entrevistado pense na resposta.

Atividades fortes são exatamente o que está dito na pergunta “**que fizeram você suar muito ou aumentar muito sua respiração e seus batimentos do coração**”. NÃO IMPORTA SE ESTÃO CITADAS NOS EXEMPLOS OU NÃO.

Só devem ser contadas as atividades que duraram mais de 10 minutos seguidos, sem interrupções.

AS CAMINHADAS NÃO DEVEM SER CONTADAS nesta pergunta.

Se o entrevistado citar atividades diferentes dos exemplos ou mesmo parecer em dúvida se a atividade que ele fez é uma atividade forte, faça a seguinte pergunta: - **esta atividade fez você suar muito ou aumentar muito sua respiração e seus batimentos do coração?**

B54. Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez essas atividades fortes, quanto tempo, no total, você fez atividade fortes por dia?

____ + ____ + ____ + ____ + ____ = _____ minutos p/ dia (888) NSA (999) IGN

Nesta pergunta, deve ser utilizado um dia de semana em que o indivíduo fez uma quantidade de atividades fortes parecida com os outros dias.

Caso o entrevistado tenha respondido **NENHUM** na questão B53, codifique com 888.

Os espaços são feitos para ajudar na soma das atividades diárias. **Não devem ser usados para somar atividades de dias diferentes.** Por exemplo: uma pessoa que jogou futebol 30 minutos segunda, quarta e sexta e 40 minutos terça e quinta. Seu tempo diário de atividades fortes é 30 minutos, porque é o tempo de atividades fortes na maioria dos dias em que as realizou. **Neste exemplo, se deve usar apenas o primeiro espaço e o total de minutos por dia.**

Outro exemplo de utilização dos espaços é o seguinte: Indivíduo que jogou futebol pela manhã por 20 minutos e fez ginástica a tarde por 40 minutos. O preenchimento correto é:

20 + 40 + / + / + / = 60 minutos p/ dia

NÃO ESQUEÇA DE RISCAR OS ESPAÇOS NÃO UTILIZADOS

Caso o entrevistado informe diretamente o tempo diário de atividades fortes, preencha apenas o primeiro espaço e o total, e risque os espaços não utilizados.

SE O ENTREVISTADO DEMONSTRAR DIFICULDADE EM REALIZAR ESTA SOMA, VOCÊ DEVE DIVIDIR O DIA EM MANHÃ TARDE E NOITE. POR EXEMPLO:

Durante a manhã, quanto tempo o(a) Sr.(a) fez atividades fortes?

E a tarde, quanto tempo o(a) Sr.(a) fez atividades fortes?

E pela noite, quanto tempo o(a) Sr.(a) fez atividades fortes?

Assim os espaços devem ser preenchidos **E A SOMA TOTAL DE MINUTOS FEITA EM CASA.**

NÃO FAÇA A SOMA NA HORA DA ENTREVISTA. Isto pode causar erros.

Exemplos práticos: é muito difícil que uma pessoa faça mais de 100 minutos por dia de atividades fortes (até pode acontecer).

O que você deve fazer: esclarecer se estas atividades fizeram a pessoa suar muito, aumentar muito sua respiração e seus batimentos do coração e se duraram mais de 10 minutos seguidos.

IMPORTANTE: em dias quentes, as pessoas suam ao natural. Eu quero saber se foi a atividade que aumentou muito o suor, os batimentos do coração e a respiração.

B55. Desde <dia da semana passada> quantos dias o(a) Sr.(a) fez atividades médias, que fizeram você suar um pouco ou aumentar um pouco sua respiração e seus batimentos do coração por mais de 10 minutos seguidos? Por exemplo: pedalar em ritmo médio, nadar,

dançar, praticar esportes só por diversão, fazer serviços domésticos leves, em casa ou no pátio, como varrer, aspirar, etc.

___ dias (0) nenhum → vá para a pergunta B57 (9) IGN

Os exemplos sem negrito devem ser lidos apenas em caso de dúvida, mas após uma curta pausa para que o entrevistado pense na resposta.

Atividades médias são exatamente o que está dito na pergunta “**que fizeram o(a) Sr.(a) suar um pouco ou aumentar um pouco sua respiração e seus batimentos do coração**”. NÃO IMPORTA SE ESTÃO CITADAS NOS EXEMPLOS OU NÃO.

Só devem ser contadas as atividades que duraram mais de 10 minutos seguidos, sem interrupções.

AS CAMINHADAS NÃO DEVEM SER CONTADAS nesta pergunta.

Se o entrevistado citar atividades diferentes dos exemplos ou mesmo parecer em dúvida se a atividade que ele fez é uma atividade médias, faça a seguinte pergunta: - **esta atividade fez você suar um pouco ou aumentar um pouco sua respiração e seus batimentos do coração?**

B56. Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez essas atividades médias, quanto tempo, no total, você fez atividades médias por dia?

___ + ___ + ___ + ___ + ___ = ___ minutos p/ dia (888) NSA (999) IGN

Nesta pergunta, deve ser utilizado um dia de semana em que o indivíduo fez uma quantidade de atividades médias parecida com os outros dias.

Caso o entrevistado tenha respondido **NENHUM** na questão B55, codifique com 888.

Os espaços são feitos para ajudar na soma das atividades diárias. **Não devem ser usados para somar atividades de dias diferentes.** Por exemplo: uma pessoa que pedalou 30 minutos por segunda, quarta e sexta e 40 minutos dia terça e Quinta. Seu tempo diário de atividades médias é 30 minutos, porque é o tempo de atividades médias na maioria dos dias em que as realizou. **Neste exemplo, se deve usar apenas o primeiro espaço e o total de minutos por dia.**

Outro exemplo de utilização dos espaços é o seguinte: Indivíduo que pedalou pela manhã por 20 minutos e fez serviços em casa a tarde por 40 minutos. O preenchimento correto é:

20 + 40 + / + / + / = 60 minutos p/ dia

NÃO ESQUEÇA DE RISCAR OS ESPAÇOS NÃO UTILIZADOS

Caso o entrevistado informe diretamente o tempo diário de atividades médias, preencha apenas o primeiro espaço e o total. NÃO ESQUEÇA DE RISCAR OS OUTROS ESPAÇOS.

SE O ENTREVISTADO DEMONSTRAR DIFICULDADE EM REALIZAR ESTA SOMA, VOCÊ DEVE DIVIDIR O DIA EM MANHÃ TARDE E NOITE. POR EXEMPLO:

Durante a manhã, quanto tempo o(a) Sr.(a) fez atividades médias?

E a tarde, quanto tempo o(a) Sr.(a) fez atividades médias?

E pela noite, quanto tempo o(a) Sr.(a) fez atividades médias?

Assim os espaços devem ser preenchidos **E A SOMA TOTAL DE MINUTOS FEITA EM CASA.**

NÃO FAÇA A SOMA NA HORA DA ENTREVISTA. Isto pode causar erros.

Exemplos práticos: é muito difícil que uma pessoa faça mais de 100 minutos por dia de atividades médias (até pode acontecer).

O que você deve fazer: esclarecer se estas atividades fizeram a pessoa suar um pouco, aumentar um pouco sua respiração e seus batimentos do coração e se duraram mais de 10 minutos seguidos.

IMPORTANTE: Em dias quentes, as pessoas suam ao natural. Eu quero saber se foi a atividade que aumentou um pouco o suor, os batimentos do coração e a respiração.

B57. Quanto tempo por dia, o(a) Sr.(a) fica sentado em um dia de semana normal?

____ + ____ + ____ + ____ + ____ = ____ horas p/ dia (99) IGN

Um dia de semana normal é um dia qualquer em que a rotina seja parecida com os outros dias da semana. **Não pode ser considerado um dia de final de semana (Sábado ou Domingo).**

Mais uma vez os espaços abaixo da pergunta, não são destinados para se fazer uma média entre dias diferentes, e sim para se somar as atividades realizadas em um mesmo dia.

O tempo dormindo não deve ser contado nesta pergunta. O restante do tempo gasto na posição deitada (para assistir televisão, por exemplo) também não deve ser contado.

Não esqueça de riscar os espaços não utilizados.

Se necessário, você deve dividir o dia em manhã, tarde e noite, por exemplo:

- **durante a manhã, quanto tempo o(a) Sr.(a) fica sentado(a)?**
- **e a tarde, quanto tempo o(a) Sr.(a) fica sentado(a)?**
- **e pela noite, quanto tempo o(a) Sr.(a) fica sentado(a)?**

TODAS AS DÚVIDAS E RESPOSTAS DIFERENTES DO PADRÃO DEVEM SER ANOTADAS POR EXTENSO E MOSTRADAS PARA O SUPERVISOR

B58. Para que uma pessoa cresça e envelheça com uma boa saúde, o(a) Sr.(a) considera o exercício físico:

(0) sem importância

(2) pouco importante

(4) muito importante

(6) indispensável

(9) IGN

Caso a pessoa não saiba responder, marca-se a alternativa “9”.

Na coluna da variável deve-se colocar o código referente à alternativa escolhida (preste atenção na ordem dos números – 0, 2, 4, 6 e 8).

Muitas pessoas respondem: “importante”, nestes casos deve-se perguntar: “muito importante ou pouco importante?”.

B59. Das seguintes doenças, quais o(a) Sr.(a) acha que PODERIAM ser prevenidas com o hábito de fazer exercício físico?

Pressão alta (0) não (1) sim (9) IGN

Câncer de pele (0) não (1) sim (9) IGN

Osteoporose (ossos fracos) (0) não (1) sim (9) IGN

Colesterol alto (0) não (1) sim (9) IGN

Quando a pessoa demonstrar incompreensão dos termos mencionados, ler o que está entre parênteses. Instruir a pessoa a responder “sim” ou “não” após a leitura de cada item. Se a pessoa responder “não sei”, marca-se a opção (9) IGN, no entanto esta opção deve ser marcada apenas nos casos em que mesmo após a repetição da pergunta e da insistência da entrevistadora, ainda assim a pessoa diga que não sabe.

Para pessoas que não entendam a pergunta, pode-se refazê-la, como por exemplo: *a senhora acha que a pressão alta pode ser prevenida com o exercício físico?, e o câncer de pele?.....*

B60. Quais destas pessoas abaixo o(a) Sr.(a) acha que PODERIAM fazer exercícios físicos?

Uma mulher no início da gravidez (0) não (1) sim (9) IGN

Alguém com osteoporose e problemas no coração (0) não (1) sim (9) IGN

Um idoso com mais de 90 anos (0) não (1) sim (9) IGN
Uma criança com menos de 10 anos (0) não (1) sim (9) IGN

Instruir a pessoa a responder “sim” ou “não” após a leitura de cada item. Se a pessoa responder “não sei”, marca-se a opção (9) IGN, no entanto esta opção deve ser marcada apenas nos casos em que mesmo após a repetição da pergunta e da insistência da entrevistadora, ainda assim a pessoa diga que não sabe.

Caso a pessoa use na sua resposta o termo “depende”, ou disser que – por exemplo: “se o médico liberar pode”, “alguns idosos podem e outros não”, deve ser marcada a opção (1) sim.

Deve-se marcar (0) não quando o(a) entrevistado(a) em sua resposta afirmar que aquela pessoa não pode fazer exercício físico, ou seja, nos casos em que a condição (gravidez, osteoporose, etc...) impedir a prática de exercícios físicos.

Para pessoas que não entendam a pergunta, pode-se refazê-la, como por exemplo: *a senhora acha que uma mulher no início da gravidez pode se exercitar?, e um idoso com mais de 90 anos?.....*

B61. Destes exemplos, qual seria o tempo MÍNIMO para melhorar sua saúde com exercícios físicos?

- (1) 10 minutos, 4 vezes por semana
- (3) 2 horas por dia, todos os dias
- (5) 30 minutos, 3 vezes por semana
- (7) 1 hora, 1 vez por semana
- (9) IGN

Caso a pessoa não saiba responder, marca-se a alternativa “9”.

Na coluna da variável deve-se colocar o código referente à alternativa escolhida (preste atenção na ordem dos números – 1, 3, 5 e 7).

Nesta pergunta, muitas vezes pode ser útil mostrar para o(a) entrevistado(a) a folha do questionário para a visualização das alternativas.

B62. A falta de exercício físico PODE fazer com que a pessoa tenha:

Diabetes (açúcar no sangue) (0) não (1) sim (9) IGN
Diarréia (0) não (1) sim (9) IGN
Problemas de circulação (0) não (1) sim (9) IGN
Meningite (0) não (1) sim (9) IGN

Quando a pessoa demonstrar incompreensão dos termos mencionados, ler o que está entre parênteses. Instruir a pessoa a responder “sim” ou “não” após a leitura de cada item. Se a pessoa responder “não sei”, marca-se a opção (9) IGN, no entanto esta opção deve ser marcada apenas nos casos em que mesmo após a repetição da pergunta e da insistência da entrevistadora, ainda assim a pessoa diga que não sabe.

B63. Quais destes problemas do dia-dia o(a) Sr.(a) acha que o exercício físico pode ajudar a combater?

Estresse (0) não (1) sim (9) IGN
Insônia (dificuldade pra dormir) (0) não (1) sim (9) IGN
Ansiedade (nervosismo) (0) não (1) sim (9) IGN
Depressão (0) não (1) sim (9) IGN

Quando a pessoa demonstrar incompreensão dos termos mencionados, ler o que está entre parênteses. Instruir a pessoa a responder “sim” ou “não” após a leitura de cada item. Se a pessoa responder “não sei”, marca-se a opção (9) IGN, no entanto esta opção deve ser marcada apenas nos casos em que mesmo após a repetição da pergunta e da insistência da entrevistadora, ainda assim a pessoa diga que não sabe.

B64. Na sua opinião, DOS SEGUINTE EXERCÍCIOS FÍSICOS, qual deles é O MELHOR para uma pessoa emagrecer?

- (0) futebol
- (2) tênis

(4) **hidroginástica** (ginástica na água)

(6) **caminhada**

(8) **ginástica localizada**

(9) *IGN*

Quando a pessoa demonstrar incompreensão dos termos mencionados, ler o que está entre parênteses. Caso a pessoa não saiba responder, marca-se a alternativa “9”.

Na coluna da variável deve-se colocar o código referente à alternativa escolhida (preste atenção na ordem dos números – 0, 2, 4, 6 e 8).

Caso a pessoa queira citar outras atividades diferentes das lidas, deve ser lembrada que a pergunta busca saber ENTRE AS ATIVIDADES CITADAS QUAL É A MELHOR, independente de existirem ou não outras atividades indicadas para o emagrecimento.

Da mesma forma devem ser tratadas as pessoas que escolherem mais de uma opção. Deve-se pedir que escolha apenas uma delas.

B65. Alguém já lhe informou que seria bom fazer exercícios físicos para melhorar sua saúde?

(0) *não* → *passar para a próxima instrução* se (1) *sim*, **QUEM?**

Médico (0) *não* (1) *sim*

Parente / amigo (0) *não* (1) *sim*

Professor (0) *não* (1) *sim*

Meio de comunicação (tv, rádio, revista, jornal) (0) *não* (1) *sim*

Caso a pessoa responda prontamente “não”, deve-se preencher os cinco (5) campos das variáveis desta pergunta com o número “0”, e passar para a próxima instrução.

Caso a pessoa responda “sim”, deve-se preencher o campo da variável “*WHO*” com o número “1”, e seguir a pergunta, lendo as alternativas pedindo que a pessoa diga sim ou não. Instruir a pessoa a responder “sim” ou “não” APÓS a leitura de cada item.

QUESTIONÁRIO SOBRE LOMBALGIA

QUESTIONÁRIO SOBRE SAÚDE DA MULHER

QUESTIONÁRIO SOBRE DOENÇAS CARDIOVASCULARES

BLOCO C

QUESTIONÁRIO AUTO-APLICADO

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS