**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Tendências da prática de atividade física no
lazer no Brasil (2006-2013)**

Michele Santos da Cruz

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Nutrição em Saúde Pública para
obtenção do título de Mestre em
Ciências.

Área de Concentração: Nutrição em
Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Rafael M. Claro

**São Paulo
2015**

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Tendências da prática de atividade física no
lazer no Brasil (2006-2013)**

Michele Santos da Cruz

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Nutrição em Saúde Pública da
Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em
Ciências.

Área de Concentração: Nutrição em
Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr Rafael M. Claro

**São Paulo
2015**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a indicação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.

Carl Jung

DEDICATÓRIA

À minha mãe Nilza, que com seus esforços e dedicação é o alicerce que sustenta nossa família, sempre disposta a apoiar minhas decisões.

Ao meu filho Pedro, que trouxe ainda mais sentido às minhas escolhas e sonhos, e por ser o pilar que sustenta a minha vida.

À Deus, pela benção de viver com saúde e paz.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Professor Doutor Rafael Moreira Claro, pela oportunidade em desenvolver esse estudo e pelo constante apoio, suporte e incentivo ao longo de todo o processo, e por ter contribuído para o meu crescimento acadêmico e profissional.

À minha família, minha mãe Nilza, meus irmãos Renato, Priscila e Rogério por estarem ao meu lado em todos os momentos, e com muito amor, ter contribuído para o meu desenvolvimento pessoal, além de todo o suporte emocional para que a realização desse projeto fosse possível.

À minha madrinha de coração Maria Amélia que foi uma das maiores incentivadora para que eu avançasse nos estudos, dando apoio, motivação e estímulo ao meu desenvolvimento intelectual com muito carinho e cuidado para que as oportunidades fossem bem aproveitadas.

Às minhas irmãs de coração Eliana e Aline pelo amor e carinho de sempre.

Ao meu marido Thiago por estar ao meu lado, compreendendo que esse momento de dedicação foi necessário para que meu desenvolvimento pessoal, acadêmico e profissional se fizesse com qualidade e empenho.

À minha sogra Sandra por contribuir nesse processo de mestrado dando

suporte e auxílio em todos os momentos para que minha dedicação aos estudos fosse possível.

À banca examinadora, professora Doutora Regina Tomie Ivata Bernal e professor Doutor Alex Antônio Florindo, pela revisão atenta e cuidadosa de minha dissertação e proveitosas sugestões que contribuíram para a melhoria da qualidade deste estudo.

Aos meus amigos, em especial a Ieda, Andréia, Fabiana, Juliana, Patrícia, Alessandra, Letícia, Ana Paula, Ivani, Daniele, Janaina, Elizabete e Osvaldo que presencialmente ou a distância apoiaram e incentivaram a concretização desse trabalho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pelo apoio financeiro com a bolsa de estudos concedida durante o meu mestrado.

Aos funcionários da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em especial o Departamento de Nutrição, Alessandra, Diego e Vânia, por todo o suporte oferecido, com certeza sem a colaboração e auxílio disponibilizado por eles este projeto não seria possível.

Por fim, aos leitores deste trabalho e a todos que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização desta dissertação, oferecendo-me suporte,

apoio, incentivo e principalmente acreditando em meu potencial para desenvolver esse estudo.

Cruz, MS. **Tendência da prática de atividade física no lazer no Brasil (2006-2013)**. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2015.

RESUMO

Introdução: As mudanças ocorridas nas últimas décadas nos perfis de morbimortalidade da população, com destaque para o grande aumento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), estão diretamente relacionadas a fatores de riscos modificáveis como tabagismo, prática insuficiente de atividade física, alimentação inadequada e consumo de álcool. **Objetivo:** Descrever a tendência temporal da prática de atividade física no lazer nas capitais brasileiras e no Distrito Federal no período entre 2006 e 2013. **Métodos:** Dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por Entrevista Telefônica (Vigitel) foram utilizados. No período em estudo, 2006 a 2013, o Vigitel realizou uma média anual superior a 50 mil entrevistas junto a indivíduos adultos (idade ≥ 18 anos) residindo em domicílios com ao menos uma linha de telefone fixo. As principais questões do Vigitel de interesse desse estudo tratam da frequência, intensidade e tipo de atividade física realizada no lazer. A tendência temporal da atividade física no lazer e seus componentes foi analisada para o conjunto completo da população estudada pelo Vigitel e também segundo estratos de sexo, idade e escolaridade. **Resultados:** No período entre 2006 e 2013 verificou-se aumento significativo ($p < 0,05$) tanto no percentual de indivíduos que referiram ter praticado atividade física no lazer nos três meses que antecederam a entrevista (44,0 a 47,2%, 0,53pp/ano) quanto entre aqueles que referiam praticar atividade física ao menos uma vez por semana (40,8 a 45,1%, 0,61pp/ano). Quanto aos componentes da atividade física no lazer, verificou-se uma maior presença ($p < 0,05$) das atividades de intensidade moderada, assim como uma tendência de aumento da frequência semanal e da duração dos episódios de prática. Como resultado disso, o percentual de indivíduos atingindo as recomendações internacionais de prática de atividade física aumentou ($p < 0,05$) de 30,3 a 33,8% entre 2009 a 2013 (0,99pp/ano). De forma geral, os aumentos foram mais frequentes entre as mulheres, os indivíduos adultos jovens e entre aqueles de maior escolaridade. **Conclusão:** Verificou-se aumento dos níveis de prática de atividade física no lazer em grande parte das situações investigadas. Ainda que esse aumento tenha reduzido as diferenças vislumbradas entre homens e mulheres, ele acentuou as diferenças entre indivíduos mais jovens e mais velhos e entre aqueles nos níveis extremos de escolaridade.

Palavras-chave: atividade física; epidemiologia; Vigitel, doenças crônicas não transmissíveis.

Cruz, MS. **Trends in physical activity during leisure time in Brazil (2006-2013)**. [Master's thesis]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2015.

ABSTRACT

Introduction: Changes in recent decades in the population's morbidity and mortality profiles, highlighted a large increase in the prevalence chronic noncommunicable diseases (NCDs) directly related to modifiable risk factors such as smoking, insufficient physical activity, unhealthy diet and alcohol consumption. **Objective:** To describe trends in physical activity during leisure time in Brazilian state capitals and the Federal District between 2006 and 2013. **Methods:** Data from the Telephone Surveillance System for Risk and Protective Factors for Chronic Noncommunicable Diseases (Vigitel) were used. During the study period, from 2006 to 2013, the Vigitel held an annual average of 50,000 interviews with adults (age ≥ 18 years) living in households with at least one fixed telephone line. The Vigitel information of main concern of this study is the frequency, duration and intensity of physical activity performed during leisure time. Time trends in physical activity during leisure time and its components were studied for the complete set of the population studied by Vigitel and also according strata of sex, age and education. **Results:** Between 2006 and 2013 there was a significant increase ($p < 0.05$) in both the percentage of individuals who reported having practiced physical activity during leisure time in the three months preceding the interview (from 44.0 to 47.2% 0.53pp/year) and among those who reported physical activity at least once a week (40.8 to 45.1%, 0.61pp/year). As for the components of physical activity during leisure time, there was an increase in the presence ($p < 0.05$) of low or moderate-intensity activities as well as a tendency to increase the weekly frequency and duration of episodes of practice. As a result, the percentage of individuals reaching the international recommendations for physical activity increased ($p < 0.05$) from 30.3 to 33.8% between 2009 and 2013 (0.99pp/year). Overall, the increases were more frequent among women, young adults and among those with higher education. **Conclusion:** An increase of the levels of practice of physical activity during leisure time was verified in most of the investigated situations. Although this increase has reduced the differences in the level of practice between men and women, he emphasized the differences between younger and older individuals and among those in extreme levels of education.

Keywords: physical activity; epidemiology; Vigitel, chronic diseases

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 EVOLUÇÃO DO CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO.....	16
1.2 ETIOLOGIA DAS DCNT	19
1.3 ATIVIDADE FÍSICA E AS DCNT	20
1.4 A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA NA POPULAÇÃO BRASILEIRA	22
1.5 VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO PARA DCNT NO BRASIL	24
2 OBJETIVOS	27
2.1 OBJETIVO GERAL.....	27
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
3 MÉTODOS.....	28
3.1 DELINEAMENTO	28
3.2 AMOSTRAGEM	28
3.3 COLETA DE DADOS	31
3.4 INFERÊNCIA ESTATÍSTICA PARA POPULAÇÃO ADULTA DE CADA CIDADE	33
3.5 SELEÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS DO VIGITEL	35
3.6 ANÁLISE DE DADOS	39
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	41
4 RESULTADO	42
5 DISCUSSÃO.....	54
6 CONCLUSÃO.....	66
7 REFERÊNCIAS	67
8 ANEXOS.....	78
8.1 ANEXO A: QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO UTILIZADO NO VIGITEL 2012	78

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1 – Distribuição da população adulta (≥ 18 anos) das capitais dos 26 estados brasileiros e Distrito Federal segundo sexo, idade e escolaridade. Vigitel Brasil, 2006-2013.

Tabela 2 - Evolução anual da frequência de indivíduos que referiram ter praticado atividade física no lazer nos três meses que antecederam a entrevista na população adulta (≥ 18 anos) das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal segundo sexo, idade e anos de escolaridade. Vigitel Brasil, 2006-2013.

Tabela 3 - Evolução anual da frequência de indivíduos que referiram ter praticado atividade física no lazer ao menos uma vez na semana na população adulta (≥ 18 anos) das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal segundo sexo, idade e anos de escolaridade. Vigitel Brasil, 2006-2013.

Tabela 4 - Evolução anual da frequência de indivíduos que referiram ter praticado atividade física no lazer de intensidade moderada nos três meses que antecederam a entrevista na população adulta (≥ 18 anos) das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal segundo sexo, idade e anos de escolaridade. Vigitel Brasil, 2006-2013.

Tabela 5 - Evolução anual da frequência semanal de prática de atividade física no lazer na população adulta (≥ 18 anos) das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal que referiu ter praticado atividade física no lazer nos três meses que antecederam a entrevista, segundo sexo. Vigitel Brasil, 2009-2013.

Tabela 6 - Evolução anual da duração média de cada episódio de prática de atividade física de lazer na população adulta (≥ 18 anos) das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal que referiu ter praticado atividade física no lazer nos três meses que antecederam a entrevista, segundo sexo. Vigitel Brasil, 2009-2013.

Tabela 7 - Evolução anual do percentual de adultos (≥ 18 anos) que praticaram atividades físicas no lazer equivalentes a pelo menos 150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana nas capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal segundo sexo, idade e escolaridade. Vigitel Brasil, 2009-2013.

Quadro 1 - Número total de linhas sorteadas, número médio de entrevistas completadas no conjunto das 26 capitais de estado e Distrito Federal e de réplicas necessárias para completar essas entrevistas em todos os anos do Vigitel, Brasil 2006 a 2013.

Quadro 2 – Questões utilizadas para avaliar frequência (dias) e duração (tempo) de prática de atividade física no lazer no sistema Vigitel segundo ano, Brasil 2006 a 2013.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP – Código de Endereçamento Postal

CGDANT – Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

DAC – Doença do Aparelho Respiratório

DCNT – Doença Crônica Não Transmissível

DF – Distrito Federal

GPAQ – Global Physical Activity Questionnaire

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA – Instituto Nacional do Câncer

IPAQ – International Physical Activity Questionnaire

MS – Ministério da Saúde

NUPENS – Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

UN – United Nations

Vigitel – Vigilância De Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

WHO – World Health Organization

MET - (Metabolic Equivalent of Task)

1 INTRODUÇÃO

1.1 EVOLUÇÃO DO CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

Pouco após o término da Segunda Guerra Mundial a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu sua definição de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidades” (OMS, 1948). Ainda que essa definição permaneça válida, em um contexto atual, é necessário compreender a saúde como um conceito que expresse a condição de vida da maioria dos indivíduos, se referindo a um bem-estar físico e mental, que não necessariamente seja completo, mas que associado às condições sociais, proporcione qualidade de vida satisfatória (Araújo et al., 2008). A saúde está relacionada a condições e recursos fundamentais como paz, abrigo, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade, e necessita de recursos sociais, pessoais e capacidades físicas (Carta de Ottawa WHO, 1986). Tal evolução no entendimento do conceito de saúde faz-se necessária em função das intensas mudanças vivenciadas pela população mundial desde sua definição pela OMS.

A partir da segunda metade do século XX observou-se, mundialmente, um cenário de transição demográfica em que se evidenciava

a diminuição no número de crianças e adolescentes, com declínio da taxa de fecundidade, e o grande aumento no número de idosos, com notável avanço da expectativa de vida (WHO, 2011; Hansen, 2013), impactando no perfil de saúde geral das populações. Tal transição teve respaldo nos processos de urbanização e industrialização, os quais desencadearam importante desenvolvimento tecnológico e crescimento socioeconômico. Todo esse contexto de mudanças, aliado a consequente melhora da atenção e acesso aos serviços de saúde, resultou em uma transição epidemiológica caracterizada pela diminuição na carga de doenças infecciosas, e aumento naquela referente às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), decorrentes principalmente de maus hábitos e estilos de vida. (Omran, 2005; McKeown, 2009). Esse aumento das doenças crônicas não transmissíveis pode ser notado tanto em países de renda alta quanto naqueles de renda média e baixa, em especial para as doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias e diabetes tipo 2 (Correa-Rotter et al, 2004; Omran, 2005). Segundo a OMS, As doenças crônicas não transmissíveis são atualmente responsáveis por mais de 60% das mortes no mundo (WHO, 2012). Somente em 2008, mais de 36 milhões de pessoas no mundo morreram em consequência de DCNT, principalmente em virtude de doenças cardiovasculares (48%), câncer (21%), doenças respiratórias crônicas (12%) e diabetes (3%) (OMS, 2011b). Projeções da OMS mostram ainda que as doenças crônicas não transmissíveis serão responsáveis por um aumento de 15% no número total de mortes no mundo entre 2010 e 2020, podendo atingir 44 milhões de mortes no ano (OMS, 2011b).

No Brasil, verifica-se realidade semelhante àquela observada no cenário global. Projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que em 2050 a população idosa chegará a 64 milhões, contra 28,3 milhões de crianças e adolescentes, o que representarão, respectivamente, 28,8% e 13,1% no total da população (IBGE, 2009). Do mesmo modo, as DCNT são, atualmente, a principal causa de morbimortalidade no país (Malta et al., 2006), sendo responsáveis por 72,0% das causas de óbitos, com destaque para doenças do aparelho circulatório (DAC) (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%) (Schmidt et al., 2011), e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda (WHO, 2009).

Do mesmo modo, no Brasil, as DCNT são as doenças que mais contribuem para a mortalidade e morbidade precoce, que acomete indivíduos com idades inferiores a 70 anos (Brasil, 2011b). No ano de 1998 já representavam 66,3% da carga total de doenças, sendo consideradas as principais causas de anos de vida perdidos por morte prematura ou por incapacidade (Schramm et al, 2004). As doenças cardiovasculares e o câncer destacam-se entre as duas primeiras causas de anos de vida perdidos por morte prematura no Brasil respondendo por 24% e 12% respectivamente (Schramm et al, 2004). A critério de comparação, cabe destacar que nesse mesmo período as doenças infecciosas responderam por apenas 23,5% dos anos de vida perdidos por morte prematura ou por

incapacidade (Schramm et al, 2004).

1.2 ETIOLOGIA DAS DCNT

De etiologia multifatorial as DCNT compartilham diferentes fatores de risco modificáveis que merecem atenção, tais como: tabagismo, inatividade física, alimentação inadequada, obesidade, dislipidemia e o consumo abusivo de álcool (WHO, 2005; Malta et al, 2006). Uma vez controlados, esses fatores podem prevenir a maioria das DCNT (WHO, 2005; Malta et al, 2006) ou minimizar seus prejuízos. Nesse sentido, é importante destacar que grande parte das DCNT podem ser prevenidas a um custo inferior ao das intervenções curativo-assistenciais (WHO, 2005). Por serem doenças em geral de longa duração, as DCNT estão entre as doenças que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde. Estima-se que no Brasil, durante o ano de 2002, os gastos com ações, procedimentos e serviços de saúde realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com DCNT tenham chegado a aproximadamente 7,6 bilhões de reais (Ministério da Saúde, 2005).

Em adição, sugere-se ainda que a perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar como consequência de três DCNT - diabetes, doença do coração e acidente vascular cerebral - levarão a uma perda na economia brasileira de US\$ 4,18 bilhões (ou cerca de R\$ 13,5

bilhões) entre 2006 e 2015 (OPAS/OMS, 2011).

1.3 ATIVIDADE FÍSICA E AS DCNT

Conceituada como qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética, resultando em gasto energético maior do que os níveis de repouso (Caspersen et al., 1985) a atividade física tem papel importante na manutenção da saúde e qualidade de vida da população (Esteban et al. 2010; Awick et al. 2015).

Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde recomenda, para adultos com idades entre 18-64 anos, a prática de atividade física por ao menos 150 minutos de atividade de intensidade moderada ou 75 minutos de intensidade vigorosa durante a semana ou combinação equivalente de atividade moderada e vigorosa (WHO, 2010). Tal recomendação indica ainda a necessidade de se realizar tanto atividades aeróbicas quanto atividades de fortalecimento muscular (WHO, 2010). A atividade aeróbica deve ser realizada em sessões de pelo menos 10 minutos de duração e as atividades de fortalecimento muscular realizadas envolvendo grandes grupos musculares em 2 ou mais dias por semana (WHO, 2010). As possibilidades para prática de atividade física podem ser classificadas em quatro domínios: no lazer, no trabalho, no deslocamento e no âmbito das atividades domésticas (Craig et al, 2003; Hagströmer, 2005; Fogelholm et al, 2006; WHO, 2010).

A prática de atividade física em níveis suficientes mostra-se capaz de auxiliar na prevenção de DCNT, ou atenuar seus efeitos em indivíduos em que essas já se fazem presentes (OPAS, 2003). Estimativas globais indicam que a inatividade física é causa de 6% das doenças cardíacas, 7% dos casos de diabetes tipo 2, 10% de cânceres de mama e 10% de cânceres de cólon, (I-Min Lee et al, 2012). A cada ano, estima-se que 3,2 milhões de pessoas morram no mundo devido à inatividade física (WHO, 2009). Com a eliminação da inatividade física, a expectativa de vida da população mundial apresentaria um aumento médio de 0.68 anos (I-Min Lee et al. 2012). Adicionalmente, estudos demonstram que intervenções baseadas na prática da atividade física impactam positivamente na mudança de comportamento para um estilo de vida saudável, com consequente aumento da qualidade de vida. (Capozzi et al., 2012; Kohl et al., 2012; Kremers et al., 2012). A prática de atividade física no lazer tem forte relação com a longevidade (Lahti et al. 2014; Johnsen et al. 2013; Arem et al. 2015), de modo que um alto nível de atividade física no lazer tem sido associado a uma vida longa e de maior qualidade (Moore et al 2012).

Destaca-se também que a prática de atividade física constitui importante parte da conduta não farmacológica para tratamento da grande maioria das DCNT (em especial as doenças cardiovasculares e diabetes tipo 2), sendo inclusive capaz de promover a redução de custos com exames, medicamentos e internação (Rolim et al, 2007; Bielemann et al. 2010; Codogno et al. 2012). Em estudo realizado com hipertensos na cidade de Bauru no estado de São Paulo, após um ano de condicionamento físico

supervisionado, a prática regular de exercícios físicos contribuiu com a diminuição do custo de R\$ 80.498,23 para R\$ 51.611,55 com consultas, exames e medicamentos distribuídos, colaborando com uma economia total de 35,8%.

Por outro lado, a inatividade física (definida pela ausência da prática de atividade física), é reconhecida como um problema epidêmico mundial (WHO, 2010) Estimou-se que, no ano de 2012, cerca de um a cada três adultos (31.1%) no mundo fossem fisicamente inativos (Hallal et. al. 2012). Sabe-se ainda que a prevalência de inatividade física tende a aumentar com a elevação da idade, é maior em mulheres do que em homens, e tende a ser maior em países de renda alta (Dumith et. al. 2011; Hallal et. al. 2012).

1.4 A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA NA POPULAÇÃO BRASILEIRA

É importante destacar que poucas informações encontram-se disponíveis quanto à evolução da prevalência da prática de atividade física no país. Alguns estudos disponíveis não utilizam como parâmetro a mais recente recomendação de prática da atividade física ou não fornece informações quanto a estratos etários, geográficos ou demais grupos populacionais específicos (Camões & Lopes, 2008; Silva et al. 2010).

No ano de 2006 a prevalência de indivíduos ativos nas 26 capitais

brasileira mais o Distrito Federal foram de 14,8% nas atividades físicas no lazer, 38,2% no trabalho, 11,7% no deslocamento e 48,5% nas atividades domésticas, foram observados índices acima de 60% de indivíduos inativos no domínio do lazer em dez das capitais e em geral os homens foram mais ativos do que as mulheres em todos os domínios da prática de atividade física, exceto nas atividades domésticas. (Florindo et al, 2009). De todo modo, as evidências disponíveis até a conclusão do presente estudo indicam a elevação da prevalência de prática de atividade física no País no período entre 2006 e 2012. (Mielke et al., 2014). Em estudo considerando as atividades praticadas no lazer (tendo como ativos aqueles indivíduos que praticam 150 minutos ou mais de atividade moderada divididos em cinco ou mais dias da semana ou 75 minutos de atividade vigorosa divididos em três ou mais dias da semana) e no deslocamento pela população adulta residindo nas capitais de estado e Distrito Federal, usando dados do Vigitel, verificou-se variação significativa apenas em relação a atividade física no lazer, com essa aumentando de 12,8% a 14,9% (Mielke et al., 2014). Durante todo período a que se referiu o estudo, as maiores porcentagens de prática de atividade física no lazer foram verificadas entre os homens, os indivíduos com idade entre 18 e 24 anos e aqueles com escolaridade superior a 12 anos (Mielke et al., 2014).

Já considerando as recomendações mais atuais quanto ao nível mínimo de prática de atividade física (150 minutos semanais de atividade moderada ou equivalente (WHO, 2010)), em 2012, menos de um terço dos adultos (33,5%) residentes nas capitais dos estados brasileiros e no Distrito

Federal praticaram o volume recomendado de atividade física no lazer, sendo essa prática mais frequente entre os homens (41,5%) do que entre as mulheres (26,5%). Neste ano a frequência de adultos que praticaram o nível recomendado de atividade física no lazer variou entre 27,9% em São Paulo e 43,1% em Florianópolis, sendo que entre os homens, a maior frequência foi encontrada em Florianópolis (54,4%) e a menor em São Paulo (34,6%), enquanto que entre as mulheres a maior frequência foi observada em Vitória (37,1%) e a menor em São Paulo (22,1%) (Brasil, 2013a).

Por outro lado, no Brasil, em 2012, a frequência de adultos fisicamente inativos (indivíduos que não praticaram nenhum tipo de exercício físico ou esporte, que não se deslocam de forma ativa, que não possuem trabalho com exigências físicas e que não realizam a limpeza doméstica) foi de 14,9%, sendo o percentual de indivíduos fisicamente inativos semelhante aquele observado internacionalmente, com maior percentual de inativos entre aqueles de 65 anos ou mais e em indivíduos com menor escolaridade (ate oito anos de estudo) (Brasil, 2013a).

1.5 VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO PARA DCNT NO BRASIL

Frente ao perfil epidemiológico atual da população brasileira (descrito na seção inicial do presente estudo), o Ministério da Saúde priorizou, nas

últimas décadas, a estruturação de um sistema de vigilância específico para as DCNT. Nesse intuito, no ano de 2003, foi criada a Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT/SVS/MS), tendo como sua principal missão a criação e implantação da vigilância de DCNT em todas as esferas do sistema de saúde (municipal, estadual e federal) (Malta et al, 2006). Até esse momento, as ações de vigilância para DCNT no Brasil eram conduzidas apenas de forma localizada em alguns estados – como São Paulo – ou lidavam exclusivamente com doenças específicas (como as ações de vigilância, controle e prevenção do câncer executadas pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA)).

Como parte do processo de dotar o país de instrumentos eficazes para monitorar a frequência e distribuição dos principais determinantes das DCNTs, o Ministério da Saúde implantou, no ano de 2006, o sistema Vigitel – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Este sistema objetiva o monitoramento contínuo da frequência e distribuição de fatores de risco e proteção para doenças crônicas em todas as capitais dos Estados brasileiros e no Distrito Federal, baseada na realização de entrevistas telefônicas assistidas por computador em amostras probabilísticas da população adulta residente em domicílios servidos por linhas fixas de telefone de cada cidade. Este sistema foi previamente testado, com sucesso, pelo Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo, na cidade de São Paulo em 2003 (Monteiro et al., 2005), posteriormente, em Belém, Florianópolis, Goiânia e Salvador em 2005 (NUPENS/USP). Desde

então, o sistema Vigitel permanece em atividade (Brasil, 2007; Brasil, 2008b; Brasil, 2009; Brasil, 2010; Brasil, 2011a; Brasil, 2012; Brasil, 2013a; Brasil, 2014b), dotando todas as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal de informações atualizadas sobre a frequência, distribuição e evolução dos principais fatores que determinam doenças crônicas no país.

As perguntas do questionário Vigitel abordam: a) características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos (idade, sexo, estado civil, raça/cor, nível de escolaridade e número de pessoas no domicílio, número de adultos e número de linhas telefônicas); b) características do padrão de alimentação e de atividade física associadas à ocorrência de DCNT (por exemplo: frequência do consumo de frutas e hortaliças e de alimentos fonte de gordura saturada e frequência e duração da prática de exercícios físicos e do hábito de assistir televisão); c) peso e altura referidos; d) frequência do consumo de cigarros e de bebidas alcoólicas; e) autoavaliação do estado de saúde do entrevistado, referência a diagnóstico médico anterior de hipertensão arterial e diabetes; f) realização de exames para detecção precoce de câncer em mulheres; g) posse de plano de saúde ou convênio médico; e h) questões relacionadas a situações de trânsito.

Desde seu início o Vigitel se tornou uma das principais fontes de informação de prática de atividade física no Brasil (Brasil, 2007; Brasil, 2008b; Brasil, 2009; Brasil, 2010; Brasil, 2011a; Brasil, 2012; Brasil, 2013a; Brasil, 2014b).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a tendência temporal da prática de atividade física no lazer nas capitais brasileiras e no Distrito Federal no período entre 2006 e 2013.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Descrever a evolução temporal dos componentes da atividade física no lazer: frequência de prática, duração dos episódios de prática e intensidade da atividade física praticada;
- 2) Descrever a evolução temporal da atividade física no lazer e seus componentes (tipo, número de dias e tempo de prática) segundo características sociodemográficas da população.

3 MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO

Dados coletados pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) entre os anos de 2006 e 2013 serviram de base para esse estudo. O Vigitel é um sistema de monitoramento, efetivado anualmente pelo Ministério da Saúde, que tem por objetivo o monitoramento contínuo da frequência e distribuição de fatores de risco e proteção para Doenças Crônicas não Transmissíveis em todas as capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal.

3.2 AMOSTRAGEM

Os procedimentos de amostragem empregados pelo Vigitel visam obter, em cada uma das capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal, amostras probabilísticas da população de adultos residentes em domicílios servidos por ao menos uma linha telefônica fixa (Brasil, 2007; Brasil, 2008b; Brasil, 2009; Brasil, 2010; Brasil, 2011a; Brasil, 2012; Brasil, 2013a; Brasil, 2014b). No período entre 2006 e 2011, o sistema estabeleceu um tamanho amostral mínimo de 2.000 indivíduos com 18 ou mais anos de idade em cada cidade para estimar com coeficiente de confiança de 95% e erro máximo de cerca de dois pontos percentuais a frequência de qualquer

fator de risco na população adulta. No caso de estimativas específicas (por exemplo, segundo sexo), erros máximos de cerca de três pontos percentuais são esperados, assumindo-se proporções semelhantes de homens e mulheres na amostra (WHO, 1991). Excepcionalmente nos anos de 2012 e 2013, em função de dificuldades técnicas relacionadas à coleta dos dados, optou-se por reduzir o tamanho amostral mínimo para 1.600 indivíduos, elevando o erro máximo na estimativa da frequência de qualquer fator de risco para cerca de três pontos percentuais no conjunto total da população e cerca de quatro pontos percentuais nas estimativas específicas (WHO 1991).

Em todos os anos de realização do inquérito a etapa inicial da amostragem consistiu no sorteio de, no mínimo, 5.000 linhas telefônicas por cidade. Este sorteio, sistemático e estratificado por código de endereçamento postal (CEP), foi realizado a partir do cadastro eletrônico de linhas residenciais fixas das principais empresas de telefonia fixa operando nas capitais de estado e no DF. Em seguida, as linhas sorteadas em cada cidade eram re-sorteadas e organizadas em réplicas de 200 linhas, cada réplica reproduzindo a mesma proporção de linhas por CEP do cadastro original. A divisão da amostra integral em réplicas é necessária, essencialmente, em função da dificuldade em estimar previamente a proporção das linhas do cadastro que serão elegíveis para o sistema (linhas residenciais ativas). Na Tabela 1 está exposto, para cada um dos sete segmentos do Vigitel utilizados nesse estudo, o número total de linhas sorteadas, o número médio de entrevistas completadas por cidade e de

réplicas necessárias para completar essas entrevistas (Brasil, 2007; Brasil, 2008b; Brasil, 2009; Brasil, 2010; Brasil, 2011a; Brasil, 2012; Brasil, 2013a; Brasil, 2014b).

Quadro 1 - Número total de linhas sorteadas, número médio de entrevistas completadas no conjunto das 26 capitais de estado e Distrito Federal e de réplicas necessárias para completar essas entrevistas em todos os anos do Vigitel, Brasil 2006 a 2013.

Ano do Vigitel *	Linhas sorteadas	Número médio de entrevistas	Réplicas
2006	135.000	54.369	536
2007	138.600	54.251	693
2008	106.000	54.353	530
2009	135.200	54.367	591
2010	153.000	54.339	633
2011	135.000	54.144	576
2012	135.000	45.448	577
2013	135.000	52.929	563
TOTAL	1.072.800	424.200	4.699

Fonte: Brasil, 2007; Brasil, 2008b; Brasil, 2009; Brasil, 2010; Brasil, 2011a; Brasil, 2012; Brasil, 2013a; Brasil 2014b

* Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

A etapa seguinte da amostragem do Vigitel consiste na identificação, dentre as linhas sorteadas, aquelas que são elegíveis para o sistema. Não são elegíveis para o sistema as linhas que: correspondem a empresas, não mais existem ou se encontram fora de serviço, além das linhas que não respondem a seis tentativas de chamadas feitas em dias e horários variados, incluindo sábados, domingos e períodos noturnos, e que, provavelmente, correspondem a domicílios fechados. Concluída a verificação de elegibilidade a etapa final da amostragem do Vigitel consiste no sorteio de

um adulto entre os residentes de cada domicílio sorteado (Brasil, 2007; Brasil, 2008b; Brasil, 2009; Brasil, 2010; Brasil, 2011a; Brasil, 2012; Brasil, 2013a; Brasil, 2014b).

3.3 COLETA DE DADOS

As entrevistas telefônicas foram realizadas entre agosto e dezembro para o Vigitel 2006, entre julho e dezembro para o Vigitel 2007, entre abril e dezembro para o Vigitel 2008, entre janeiro e dezembro para o Vigitel 2009, 2010 e 2011, entre julho de 2012 e fevereiro de 2013 para o Vigitel 2012 e entre fevereiro e dezembro de 2013 para o Vigitel 2013.

O questionário do Vigitel (No Anexo A pode ser encontrado, a critério de exemplo, o Questionário utilizado no Vigitel 2012) foi desenvolvido de modo a viabilizar a opção do sistema pela realização de entrevistas telefônicas feitas com o emprego de computadores (CATI), ou seja, entrevistas cujas perguntas são lidas na tela de um monitor de vídeo e cujas respostas são registradas diretamente em meio eletrônico. Esta metodologia de aplicação de questionário permite, ainda, o salto automático de questões não aplicáveis frente a respostas anteriores, a crítica imediata de respostas não válidas e a cronometragem da duração da entrevista (Brasil, 2013a).

Ainda que o questionário do Vigitel tenha sofrido alterações durante o

período estudado, as temáticas incluídas permaneceram praticamente constantes. De modo geral, como já mencionado na Introdução desse projeto, as perguntas do questionário Vigitel abordam: 1) características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos (idade, sexo, estado civil, raça/cor, nível de escolaridade e número de pessoas no domicílio, número de adultos e número de linhas telefônicas); 2) características do padrão de alimentação associadas à ocorrência de DCNT (por exemplo: frequência do consumo de frutas e hortaliças e de alimentos fonte de gordura saturada); 3) características do padrão de atividade física associadas à ocorrência de DCNT (por exemplo frequência e duração da prática de exercícios físicos e do hábito de assistir televisão); 4) peso e altura auto referidos; 5) frequência do consumo de cigarros e de bebidas alcoólicas; 6) auto avaliação do estado de saúde do entrevistado; 7) referência a diagnóstico médico anterior de hipertensão arterial e diabetes; 8) realização de exames para detecção precoce de câncer em mulheres; 9) posse de plano de saúde ou convênio médico. O processo de construção do questionário do sistema levou em conta vários modelos de questionários utilizados por outros sistemas de monitoramento de fatores de risco para DCNT (Remington et al 1988, WHO, 2001) e foi revisado com base na experiência acumulada em testes de implantação do sistema (Monteiro et al 2005; Monteiro et al 2007; Carvalhaes et al 2008), além de apresentar boa validade dos dados (Monteiro et al. 2008; Moreira 2013). Adicionalmente, um grupo de especialistas reunido pelo Ministério da Saúde promove uma revisão anual desse material.

O conjunto total dos dados a serem estudados possui 424.200 entrevistas, sendo 54.369 realizadas em 2006, 54.251 em 2007, 54.353 em 2008, 54.367 em 2009, 54.339 em 2010, 54.144 em 2011, 45.448 em 2012 e 52.929 em 2013.

3.4 INFERÊNCIA ESTATÍSTICA PARA POPULAÇÃO ADULTA DE CADA CIDADE

Uma vez que a amostra de adultos entrevistada pelo Vigitel foi extraída a partir do cadastro das linhas telefônicas residenciais de cada cidade, ela, a rigor, só permitiria inferências para a população adulta que reside em domicílios com telefone fixo. Assim, no intuito de possibilitar inferências para o conjunto completo da população adulta de cada uma das cidades estudadas, é atribuído um peso de pós estratificação a cada indivíduo entrevistado pelo Vigitel (Brasil, 2007; Brasil, 2008b; Brasil, 2009; Brasil, 2010; Brasil, 2011a; Brasil, 2012; Brasil, 2013a; Brasil, 2014b).

O peso atribuído inicialmente a cada indivíduo entrevistado leva em conta dois fatores. O primeiro é o inverso do número de linhas telefônicas no domicílio do entrevistado (Peso Domiciliar). Este fator corrige a maior chance que indivíduos de domicílios com mais de uma linha telefônica tiveram de ingressar a amostra do Vigitel. O segundo é o número de adultos no domicílio do entrevistado (Peso da Pessoa). Este fator corrige a menor chance que indivíduos residindo em domicílios habitados por mais pessoas

tiveram de ser selecionados para a amostra. O produto desses dois fatores fornece um peso amostral capaz de corrigir as probabilidades desiguais de seleção dos indivíduos pertencentes à amostra do Vigitel (Peso de Delineamento) e assim permite a obtenção de estimativas para a população adulta com telefone em cada cidade (Brasil, 2013a).

Uma vez calculado o “Peso de delineamento” de cada indivíduo, a etapa seguinte consiste na realização da pós-estratificação, objetivando o cálculo do Peso Final que possibilitará a inferência estatística dos resultados do Vigitel para o conjunto completo da população adulta de cada cidade. De forma resumida, a aplicação desse peso equipara a composição sociodemográfica estimada para a população de adultos com telefone a partir da amostra do Vigitel, em cada cidade, à composição sociodemográfica definida para população adulta total da mesma cidade no mesmo ano de realização do levantamento (Brasil, 2013a).

As variáveis consideradas para equiparação na composição sociodemográfica da população total e da população com telefone são: sexo (feminino e masculino), faixa etária (18-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 e 65 e mais anos de idade) e nível de escolaridade (sem instrução ou fundamental incompleto, fundamental completo ou médio incompleto, médio completo ou superior incompleto e superior completo), tais variáveis são correlacionadas com a população excluída do estudo. O método “Rake” (Graham 1983) foi utilizado para calcular o peso de pós-estratificação de cada indivíduo da amostra do Vigitel. Este método realiza múltiplas comparações sequenciais

entre estimativas da distribuição de cada variável sociodemográfica na amostra Vigitel e na população total da cidade. Essas comparações identificam o valor exato do peso capaz de equiparar ambas as distribuições e assim permitir a obtenção de estimativas acuradas para o conjunto completo da população adulta em cada cidade (Brasil, 2013a).

A distribuição de cada variável sociodemográfica estimada para cada cidade em cada um dos anos no período entre 2006 e 2013 foi obtida a partir de projeções que levaram em conta a distribuição da variável nos Censos Demográficos de 2000 e 2010 e sua variação anual média (taxa geométrica) no período intercensitário (Brasil, 2013a).

3.5 SELEÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS DO VIGITEL

As bases de dado do Vigitel foram obtidas junto a CGDANT/SVS/MS. Dentre as variáveis disponíveis no Vigitel, são de interesse central desse estudo àquelas referentes à prática de atividade física no lazer. No Vigitel são estudados diferentes aspectos da atividade física no lazer possibilitando avaliar, isoladamente ou em conjunto, sua intensidade, frequência semanal de realização e duração média da prática. São realizadas as seguintes questões: a) “Nos últimos três meses, o(a) sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (sim/não)”; b) “Qual o tipo principal de exercício

físico ou esporte que o(a) sr(a) praticou? (lista com 15 categorias de resposta e uma categoria adicional para atividades ausentes)”; c) “O(a) sr(a) pratica o exercício pelo menos uma vez por semana? (sim/não)”; d) “Quanto dias por semana o(a) sr(a) costuma praticar exercício físico ou esporte? (1 a 2/ 3 a 4/ 5 a 6/ todos os dias)”; e) “No dia que o(a) sr(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade? (menos de 10 minutos/10 a 19/20 a 29/ 30 a 39/ 40 a 49/ 50 a 59/ mais de uma hora)”. Até o ano de 2009 algumas questões referentes à prática de atividade física sofreram alterações ao longo dos anos, tais alterações foram mantidas até o presente momento (Quadro 2). Complementam as análises propostas entre os objetivos do presente projeto um grupo de variáveis representando características sociodemográficas dos entrevistados (idade, sexo, estado civil, raça/cor, nível de escolaridade, número de pessoas no domicílio, número de adultos e número de linhas telefônicas).

Um indicador de prática de atividade física no lazer é disponibilizado entre os dados do Vigitel e será utilizado no presente estudo. Nesse, atividades com duração inferior a 10 minutos não são consideradas para efeito do cálculo da soma diária de minutos despendidos pelo indivíduo com exercícios físicos (Haskell et al 2007, WHO, 2010). Tal indicador leva em consideração o compêndio de atividade física apresentado por Ainsworth (2000) em que classifica as intensidades de atividades de acordo com o dispêndio energético expresso em MET (Metabolic Equivalent of Task), equivalente metabólico, definindo as intensidades em leve < 3 METs, moderada de 3 a 6 METs e vigorosa > 6 METs. Desse modo as atividades apresentadas no

Vigitel são classificadas em caminhada, caminhada em esteira, musculação, hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais, ciclismo e voleibol como práticas de intensidade moderada; corrida, corrida em esteira, ginástica aeróbica, futebol, basquetebol e tênis foram classificados como práticas de intensidade vigorosa (Ainsworth et al 2000). Este indicador é construído a partir das questões: “Nos últimos três meses, o(a) Sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?”, “Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) Sr(a) praticou?”, “O(a) Sr(a) pratica o exercício pelo menos uma vez por semana?”, “Quanto dias por semana o(a) Sr(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?” e “No dia que o(a) Sr(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?”.

Quadro 2 – Questões utilizadas para avaliar frequência (dias) e duração (tempo) de prática de atividade física no lazer no sistema Vigitel segundo ano, Brasil 2006 a 2013.

Ano do Vigitel *	Frequência de prática	Duração da prática
2006	Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma praticar esporte ou exercício? () todos os dias () 5 a 6 dias por semana () 3 a 4 dias por semana () 1 a 2 dias por semana	No dia que o(a) sr(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade? () menos que 10 minutos () entre 10 e 19 minutos () entre 20 e 29 minutos () entre 30 e 39 minutos () entre 45 e 59 minutos () 60 minutos ou mais
2007	Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma praticar esporte ou exercício? 1() menos do que 3 dias por semana 2() 3 a 4 dias por semana 3() 5 a 6 dias por semana 4() todos os dias	No dia que o(a) sr(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade? 1 () menos que 20 minutos 2 () entre 20 e 29 minutos 3 () 30 minutos ou mais
2008	Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma praticar exercício físico ou esporte? 1() 1 a 2 dias por semana 2() 3 a 4 dias por semana 3() 5 a 6 dias por semana 4() todos os dias	No dia que o(a) sr(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade? 1() menos que 10 minutos 2() entre 10 e 19 minutos 3() entre 20 e 29 minutos 4() entre 30 e 44 minutos 5() entre 45 e 59 minutos 6() 60 minutos ou mais
2009 a 2013	Quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma praticar exercício físico ou esporte? 1() 1 a 2 dias por semana 2() 3 a 4 dias por semana 3() 5 a 6 dias por semana 4() todos os dias (inclusive sábado e domingo)	No dia que o(a) sr(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade? 1() menos que 10 minutos 2() entre 10 e 19 minutos 3() entre 20 e 29 minutos 4() entre 30 e 39 minutos 5() entre 40 e 49 minutos 6() entre 50 e 59 minutos 7() 60 minutos ou mais

Fonte: Brasil, 2007; Brasil, 2008b; Brasil, 2009; Brasil, 2010; Brasil, 2011a; Brasil, 2012; Brasil, 2013a; Brasil 2014b

* Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

Todas as variáveis de interesse em cada um dos segmentos (ano de realização) do Vigitel foram organizadas em uma base de dados com

formato padronizado (quanto ao número e nome das variáveis), possibilitando a realização das análises descritas entre os objetivos desse projeto.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

Inicialmente, as mudanças sociodemográfica na população de estudo foram investigadas por meio da análise da distribuição da população, em cada ano, em categorias de sexo, idade e escolaridade. Em seguida, de modo análogo, analisou-se a frequência de indivíduos que referiram ter praticado atividade física no lazer nos três meses que antecederam a entrevista e, alternativamente, daqueles que referiram ter praticado atividade física no lazer ao menos uma vez na semana.

Analisou-se então a intensidade, frequência e duração da prática de atividade física no lazer em uma subamostra dos dados, compostas pelos indivíduos que referiram ter realizado atividade física ao menos uma vez nos três meses que antecederam a entrevista do Vigitel. A intensidade da atividade praticada foi analisada por meio da prevalência de prática de atividade de intensidade moderada, em cada um dos anos de estudo, para o conjunto completo da população e segundo sexo, idade e escolaridade. Já a frequência e duração dos episódios de prática de atividade física no lazer foram analisados por meio da distribuição das opções de resposta em categorias (5 categorias no caso da frequência semanal e 7 no caso da

duração das atividades), para o período entre 2009 e 2013. Dados referentes ao período 2006 a 2008 não puderam ser incluídos nessa etapa da análise devido a alterações sofridas no questionário do Vigitel.

Por fim, analisou-se a evolução do percentual de indivíduos que praticaram atividades físicas no lazer equivalentes a, pelo menos, 150 minutos de atividade de intensidade moderada ou equivalente por semana, novamente para o período entre 2009 e 2013, segundo categorias de sexo, idade e escolaridade.

Modelos de regressão linear foram empregados na análise da magnitude e significância estatística das variações temporais de todas as situações acima descritas. Esses modelos tiveram como desfecho (variável dependente) o valor do indicador (por exemplo, o percentual de praticantes de atividade física no lazer ou o número médio de minutos de atividade física por semana) e como variável explanatória o ano do levantamento, expresso como variável contínua (para o período 2006 a 2013, sempre que o dado esteve disponível ou, alternativamente, para o período entre 2009 e 2013). Desse modo, o coeficiente de regressão do modelo (beta) indica a taxa média anual, expressa na unidade do desfecho (pontos percentuais), de aumento ou diminuição do indicador no período. Foram consideradas significativas as variações temporais correspondentes a um coeficiente de regressão estatisticamente diferente de zero ($p \text{ valor} \leq 0,05$).

Todas as estimativas foram ponderadas para representar a população total de homens e mulheres adultos no conjunto das 27 cidades em cada

ano do período entre 2006 e 2013. O aplicativo Stata, versão 12.1 (Stata 2012) foi utilizado para processar os dados gerados pelo Vigitel e para executar todas as análises propostas neste projeto.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo fez uso de dados secundários, coletados pelo Sistema Vigitel. O consentimento livre e esclarecido foi substituído pelo consentimento verbal no momento do contato telefônico com os entrevistados. Em todos os anos de realização, o projeto Vigitel foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde.

Os dados disponibilizados pela CGDANT/SVS/MS para uso nesse projeto não possibilitam a identificação dos indivíduos entrevistados (foram removidas identificações, nomes de entrevistados e número de telefone).

4 RESULTADO

A população estudada pelo Vigitel no período entre 2006 e 2013, acompanhando o perfil demográfico brasileiro (IBGE, 2011c) foi composta, em sua maioria, por mulheres (cerca de 54% em qualquer um dos anos), sem variação significativa no período. Nesse mesmo período, é possível observar mudanças significativas na distribuição de idade e escolaridade da população adulta residindo nas capitais dos estados brasileiros (IBGE, 2011c; BRASIL, 2013c). Enquanto a proporção de indivíduos com idade entre 18 e 24 anos diminuiu, em média, 0,4 pontos percentuais (pp) ao ano ($p < 0,001$), a proporção de indivíduos nas faixas de idade acima de 45 anos aumentou (0,17pp/ano para a faixa de 45 a 54 anos, 0,23pp/ano para a faixa 55 a 64 anos e 0,14pp/ano para faixa 65 anos e mais) significativamente ($p < 0,001$). De modo semelhante, enquanto a proporção de indivíduos na faixa inferior de escolaridade, 0 a 8 anos completos de estudo, diminuiu 1,42pp/ano ($p < 0,001$), a de indivíduos com escolaridade superior a 9 anos completos de estudo aumentou (0,62pp/ano para a faixa de 9 a 11 anos e 0,80pp/ano para a faixa 12 anos ou mais) significativamente ($p < 0,001$). (Tabela 1)

Tabela 1 – Distribuição da população adulta (≥ 18 anos) das capitais dos 26 estados brasileiros e Distrito Federal segundo sexo, idade e escolaridade. Vigitel Brasil, 2006-2013.

Variáveis	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Incremento médio (pp/ano) ¹	Valor de p ²
Sexo										
Masculino	46,1	46,2	46,1	46,1	46,1	46,1	46,1	46,1	-0,01	0,268
Feminino	53,9	53,8	53,9	53,9	53,9	53,9	53,9	53,9	0,01	0,268
Idade										
18 a 24	18,9	18,2	17,9	17,2	17,1	16,7	16,4	15,9	-0,40	0,001
25 a 34	25,4	25,4	25,4	25,5	25,4	25,4	25,2	25,3	-0,02	0,153
35 a 44	20,6	20,5	20,4	20,3	20,1	20,0	19,9	19,7	-0,13	0,001
45 a 54	15,8	15,9	16,1	16,3	16,4	16,6	16,8	16,9	0,17	0,001
55 a 64	10,0	10,2	10,4	10,7	10,9	11,1	11,4	11,6	0,23	0,001
65 e mais	9,4	9,8	9,8	10,0	10,1	10,2	10,4	10,5	0,14	0,001
Escolaridade										
0 a 8	45,5	45,0	43,7	42,0	40,6	38,8	36,8	36,6	-1,42	0,001
9 a 11	33,3	35,1	34,7	35,8	35,8	36,7	38,5	37,5	0,62	0,001
12 e mais	21,2	19,8	21,6	22,2	23,5	24,5	24,7	25,9	0,80	0,001

¹ Correspondente ao coeficiente da regressão linear do valor do indicador sobre o ano do levantamento.

² O significado estatístico da tendência do indicador no período foi avaliado por meio de modelo de regressão linear tendo como desfecho (variável dependente) o valor do indicador (por exemplo, o percentual de indivíduos ativos no lazer no ano) e como variável explanatória o ano do levantamento, expresso como variável contínua.

Na Tabela 2 é apresentada a evolução anual da frequência de indivíduos adultos (≥ 18 anos) residindo nas capitais dos estados do país e DF que referiu ter praticado algum tipo de atividade física nos três meses que antecederam a entrevista segundo sexo, idade e anos de escolaridade entre 2006-2013. No conjunto completo do período estudado, a frequência de indivíduos que referiram ter realizado atividade física no lazer nos três meses que antecederam a entrevista aumentou de 44,0 para 47,2%, com aumento médio anual de 0,53pp ($p < 0,05$). Os resultados mostraram incremento na frequência desse indicador entre mulheres – de 35,0 a 40,5% (em média 0,74pp/ano, $p < 0,05$) – e entre adultos jovens (indivíduos com

idade entre 18 e 24 anos) – com variação de 56,0 a 62,3% (em média 0,88pp/ano, $p<0,05$) na faixa de 25 a 34 anos de 48,6 a 52,8% (em média 0,83pp/ano, $p<0,05$) e na faixa de 45 a 54 anos. De forma alternativa, a análise do período entre 2009 e 2013 evidencia a aceleração do crescimento do indicador no passado recente, com taxas de incremento sistematicamente superiores aquelas observadas no período completo do estudo, com aumento significativo ($p<0,05$) verificado para as mulheres (1,65pp/ano), para cinco das seis faixas de idade estudadas (variando entre 0,60pp/ano para indivíduos com idade entre 55 a 64 anos e 1,71pp/ano para aqueles com 35 a 44 anos de idade) e para os dois níveis extremos de escolaridade (0,99pp/ano para indivíduos com escolaridade entre 0 e 8 anos e 0,8pp/ano para aqueles com 12 ou mais anos de estudo). (Tabela 2)

Tabela 2 - Evolução anual da frequência de indivíduos que referiram ter praticado atividade física no lazer nos três meses que antecederam a entrevista na população adulta (≥ 18 anos) das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal segundo sexo, idade e anos de escolaridade. Vigitel Brasil, 2006-2013.

Variáveis	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Incremento médio (pp/ano) 2006-2013 ¹	Valor de P ²	Incremento médio (pp/ano) 2009-2013 ¹	Valor de p ²
Sexo												
Masculino	54,5	53,0	52,1	53,5	52,9	55,1	55,4	55,0	0,28	0,139	0,54	0,125
Feminino	35,0	36,4	35,3	34,6	35,3	37,2	39,9	40,5	0,74	0,018	1,65	0,004
Idade												
18 a 24	56,0	56,1	56,4	57,0	57,7	57,6	61,2	62,3	0,88	0,002	1,39	0,026
25 a 34	48,6	47,1	44,7	47,4	47,0	49,7	52,2	52,8	0,83	0,037	1,61	0,013
35 a 44	39,9	40,8	38,8	37,4	37,9	40,4	43,3	43,3	0,49	0,163	1,71	0,009
45 a 54	37,2	36,0	37,6	37,7	37,5	39,4	39,4	40,1	0,51	0,002	0,67	0,027
55 a 64	40,1	41,5	39,5	38,0	38,8	40,1	40,1	40,3	-0,03	0,879	0,6	0,02
65 e mais	31,8	36,9	36,4	36,2	35,6	40,5	39,4	36,7	0,70	0,073	0,49	0,547
Escolaridade												
0 a 8	32,4	32,6	32,3	30,5	30,4	33,4	33,5	33,9	0,22	0,324	0,99	0,038
9 a 11	49,3	50,0	47,3	48,4	47,6	48,5	50,2	49,8	0,09	0,633	0,55	0,108
12 e mais	60,4	59,7	57,9	59,4	59,4	59,9	62,2	62,1	0,35	0,108	0,8	0,034
Total	44,0	44,1	43,1	43,3	43,4	45,4	47,0	47,2	0,53	0,023	1,13	0,011

¹ Correspondente ao coeficiente da regressão linear do valor do indicador sobre o ano do levantamento.

² O significado estatístico da tendência do indicador no período foi avaliado por meio de modelo de regressão linear tendo como desfecho (variável dependente) o valor do indicador (por exemplo, o percentual de indivíduos ativos no lazer no ano) e como variável explanatória o ano do levantamento, expresso como variável contínua.

Verificou-se aumento também na frequência de indivíduos que referiram praticar atividade física no lazer ao menos uma vez por semana, de 40,8% em 2006 para 45,1% em 2013 (em média 0,61pp/ano, $p<0,05$). Novamente, tal aumento esteve concentrado, principalmente, nas mulheres (de 32,3 a 38,8%, em média 0,82pp/ano, $p<0,05$) e nos adultos jovens (menores de 34 anos) – com variação de 51,3 a 59,6% (em média 1,02pp/ano, $p<0,05$) na faixa de 18 a 24 anos e de 44,6 a 50,2% (em média

0,96pp/ano, $p<0,05$) na faixa de idade de 25 a 34 anos. Assim como verificado anteriormente, constatou-se aceleração do crescimento do indicador entre 2009 e 2013, com aumento significativo ($p<0,05$) verificado tanto para os homens (1,06pp/ano) quanto para as mulheres (1,83pp/ano), para cinco das seis faixas de idade estudadas (variando entre 0,86pp/ano para indivíduos com idade entre 45 a 54anos e 2,09pp/ano para aqueles com 18 a 24 anos de idade) e para os três níveis de escolaridade (1,12pp/ano para indivíduos com escolaridade entre 0 e 8 anos, 1,09pp/ano para indivíduos com escolaridade entre 9 e 11 anos e 1,27pp/ano para aqueles com 12 ou mais anos de estudo). (Tabela 3)

Tabela 3 - Evolução anual da frequência de indivíduos que referiram ter praticado atividade física no lazer ao menos uma vez na semana na população adulta (≥ 18 anos) das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal segundo sexo, idade e anos de escolaridade. Vigitel Brasil, 2006-2013.

Variáveis	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Incremento médio (pp/ano) 2006-2013 ¹	Valor de P ²	Incremento médio (pp/ano) 2009-2013 ¹	Valor de p ²
Sexo												
Masculino	50,8	49,3	49,6	48,9	48,8	51,2	52,2	52,6	0,38	0,099	1,06	0,015
Feminino	32,3	33,8	33,8	32,1	32,7	34,8	37,8	38,8	0,82	0,016	1,83	0,004
Idade												
18 a 24	51,3	51,8	53,5	51,3	52,9	53,2	57,2	59,6	1,02	0,01	2,09	0,01
25 a 34	44,6	42,8	42,3	42,8	42,8	46,4	48,7	50,2	0,96	0,023	2,06	0,005
35 a 44	37,2	38,2	36,9	34,6	35,5	37,5	41	41,1	0,52	0,155	1,83	0,008
45 a 54	34,9	33,6	35,9	35,5	35,1	37,0	37,6	38,6	0,57	0,004	0,86	0,018
55 a 64	38,1	39,0	38,3	35,8	35,6	37,6	38,7	38,8	0,01	0,949	0,91	0,017
65 e mais	30,5	35,6	35,3	34,9	34,1	38,1	37,8	36,1	0,68	0,051	0,6	0,346
Escolaridade												
0 a 8	30,3	30,6	30,6	28,1	28,2	30,9	31,4	32,1	0,21	0,37	1,12	0,015
9 a 11	45,3	45,7	45,2	44,3	44,0	45,2	47,5	48,0	0,32	0,151	1,09	0,02
12 e mais	56,5	56,0	55,4	55,1	54,9	56,1	59,0	59,4	0,44	0,093	1,27	0,021
Total	40,8	40,9	41,1	39,9	40,1	42,4	44,4	45,1	0,61	0,026	1,47	0,005

¹ Correspondente ao coeficiente da regressão linear do valor do indicador sobre o ano do levantamento.

² O significado estatístico da tendência do indicador no período foi avaliado por meio de modelo de regressão linear tendo como desfecho (variável dependente) o valor do indicador (por exemplo, o percentual de indivíduos ativos no lazer no ano) e como variável explanatória o ano do levantamento, expresso como variável contínua.

No conjunto do período entre 2006 e 2013, observou-se também mudança no nível de intensidade da atividade física praticada no lazer. As atividades de intensidade moderada (como a caminhada), já mais frequente que aquelas de intensidade vigorosa (como a corrida) em 2006 tornaram-se ainda mais prevalentes, variando de 72,8 a 75,1% em 2013 (0,38pp/ano, $p < 0,05$). Nesse sentido, aumentos significativos na frequência de prática de atividade física de intensidade moderada no lazer foram observados entre os homens (0,68pp/ano), indivíduos na faixa de idade entre 25 e 34 anos

(0,62pp/ano) e entre aqueles no estrato inferior de escolaridade (0,94pp/ano). Uma vez mais, verificou-se aceleração do crescimento do indicador entre 2009 e 2013, com aumento significativo ($p < 0,05$) verificado tanto para os homens (1,27pp/ano), indivíduos na faixa de idade entre 18 a 24 anos (1,47pp/ano) entre aqueles no estrato inferior de escolaridade (1,19pp/ano). Destaca-se ainda no período entre 2009 e 2013 a redução da prática de atividade moderada entre as mulheres (de 92,4 a 90,0%, em média -0,55pp/ano, $p < 0,05$), substituída por atividade vigorosas (Tabela 4).

Tabela 4 - Evolução anual da frequência de indivíduos que referiram ter praticado atividade física no lazer de intensidade moderada nos três meses que antecederam a entrevista na população adulta (≥ 18 anos) das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal segundo sexo, idade e anos de escolaridade. Vigitel Brasil, 2006-2013.

Variáveis	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Incremento médio (pp/ano) 2006-2013 ¹	Valor de P ²	Incremento médio (pp/ano) 2009-2013 ¹	Valor de p ²
Sexo												
Masculino	58,7	57,4	56,6	57,9	58,4	58,9	62,4	62,3	0,68	0,023	1,27	0,026
Feminino	91,5	93,6	91,6	92,4	92,1	92,1	91,2	90,0	-0,25	0,121	-0,55	0,034
Idade												
18 a 24	60,1	59,5	58,0	57,2	57,5	57,4	61,0	62,9	0,30	0,372	1,47	0,034
25 a 34	65,0	65,3	61,9	65,4	66,0	66,3	69,0	67,8	0,62	0,045	0,78	0,076
35 a 44	75,9	75,2	73,6	74,7	74,2	75,5	75,5	76,7	0,15	0,379	0,53	0,051
45 a 54	83,8	84,0	85,3	82,4	84,3	82,8	86,2	83,9	0,08	0,71	0,49	0,379
55 a 64	89,9	93,5	92,4	93,1	93,3	91,9	93,3	90,7	0,03	0,892	-0,49	0,211
65 e mais	97,1	96,0	95,1	95,6	94,9	95,4	95,5	94,1	-0,27	0,023	-0,23	0,279
Escolaridade												
0 a 8	72,4	75,0	75,1	75,8	75,6	76,7	79,4	79,9	0,94	0,001	1,19	0,021
9 a 11	69,6	69,4	68,0	67,8	69,1	68,3	71,9	70,6	0,26	0,263	0,84	0,123
12 e mais	77,4	77,7	73,9	76,2	76,0	77,2	77,1	76,7	0,03	0,901	0,22	0,242
Total	72,8	73,5	72,1	72,7	73,2	73,6	75,6	75,1	0,38	0,026	0,72	0,03

¹ Correspondente ao coeficiente da regressão linear do valor do indicador sobre o ano do levantamento.

² O significado estatístico da tendência do indicador no período foi avaliado por meio de modelo de regressão linear tendo como desfecho (variável dependente) o valor do indicador (por exemplo, o percentual de indivíduos ativos no lazer no ano) e como variável explanatória o ano do levantamento, expresso como variável contínua.

Para os resultados a seguir, são disponibilizados no Vigitel valores comparáveis apenas para o período entre 2009 e 2013. Quanto à frequência semanal de prática, estratificada por sexo, verificou-se, em ambos os sexos, uma diminuição da porcentagem de pessoas que referiam realizar atividade física no lazer menos de uma vez por semana – de 8,6 a 4,4% nos homens (-1,04pp/ano, $p < 0,05$) e de 7,0 a 4,3% nas mulheres (-0,74pp/ano, $p < 0,05$). Entre os homens, a frequência de prática mais comum era 1 a 2 dias/semana (com valores sempre próximos de 35%). Já entre as mulheres, a frequência de prática mais comum foi 3 a 4 dias/semana. Com o passar

dos anos a prática de atividade física em mais dias por semana tornou-se mais comum tanto entre homens quanto entre mulheres. Entre os homens, verificou-se aumento significativo na porcentagem de realização de atividade física no lazer 5 a 6 dias/semana e, entre as mulheres, na porcentagem de realização de atividade física no lazer 3 a 4 dias/semana e todos os dias.

(Tabela 5)

Tabela 5 - Evolução anual da frequência semanal de prática de atividade física no lazer na população adulta (≥ 18 anos) das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal que referiu ter praticado atividade física no lazer nos três meses que antecederam a entrevista, segundo sexo. Vigitel Brasil, 2009-2013.

Variáveis	2009	2010	2011	2012	2013	Incremento médio (pp/ano) 2009-2013 ¹	Valor de p ²
Homens							
< 1 dia/sem	8,6	7,7	7,0	5,8	4,4	-1,04	0,001
1 a 2 dias/sem	36,2	34,4	36,0	33,4	35,7	-0,19	0,674
3 a 4 dias/sem	26	28,4	26,5	28,4	28,3	0,46	0,265
5 a 6 dias/sem	19,5	20,0	20,5	21,0	22,2	0,64	0,005
Todos os dias	9,7	9,4	9,9	11,3	9,4	0,13	0,683
Mulheres							
< 1 dia/sem	7,0	7,3	6,6	5,3	4,3	-0,74	0,023
1 a 2 dias/sem	23,6	24,1	24,3	23,2	23,3	-0,16	0,393
3 a 4 dias/sem	35,1	34,7	35,2	36,0	37,0	0,51	0,049
5 a 6 dias/sem	26,4	25,9	25,3	26,4	25,7	-0,09	0,606
Todos os dias	7,9	7,9	8,6	9,1	9,8	0,49	0,006

¹ Correspondente ao coeficiente da regressão linear do valor do indicador sobre o ano do levantamento.

² O significado estatístico da tendência do indicador no período foi avaliado por meio de modelo de regressão linear tendo como desfecho (variável dependente) o valor do indicador (por exemplo, o percentual de indivíduos ativos no lazer no ano) e como variável explanatória o ano do levantamento, expresso como variável contínua.

Na Tabela 6 é apresentada a distribuição da duração média de cada episódio de prática de atividade física no lazer, segundo sexo. Em ambos os sexos, a tendência modal, durante todo período pesquisado foi a realização de uma hora ou mais de atividade em cada episódio de prática. Assim como

no caso da frequência semanal de prática, verificou-se uma redução da porcentagem de indivíduos que referiam realizar atividades com duração situada na menor faixa de tempo (média inferior a 10 minutos), tanto entre homens (de 8,8 a 4,7%, em média -1,02pp/ano, $p<0,05$) quanto entre as mulheres (de 7,4 a 4,6%, em média -0,77pp/ano, $p<0,05$). Entre os homens tal diminuição foi distribuída entre as demais faixas, sem que nenhuma delas apresentasse aumento significativo. Já entre as mulheres observou-se aumento significativo na porcentagem daquelas que praticam uma hora ou mais de atividade por episódio de prática (de 55,5 a 61,8%, em média 1,55pp/ano, $p<0,05$). (Tabela 6)

Tabela 6 - Evolução anual da duração média de cada episódio de prática de atividade física de lazer na população adulta (≥ 18 anos) das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal que referiu ter praticado atividade física no lazer nos três meses que antecederam a entrevista, segundo sexo. Vigitel Brasil, 2009-2013.

Variáveis	2009	2010	2011	2012	2013	Incremento médio (pp/ano) 2009-2013 ¹	Valor de p ²
Homens							
menos que 10 minutos	8,8	7,9	7,2	6,0	4,7	-1,02	0,001
entre 10 e 19 minutos	1,2	1,7	1,8	1,8	1,7	0,13	0,166
entre 20 e 29 minutos	2,0	2,6	3,0	2,3	2,5	0,07	0,649
entre 30 e 39 minutos	7,4	7,7	7,8	7,8	7,4	0,01	0,94
entre 40 e 49 minutos	8,4	9,5	8,8	9,3	9,3	0,16	0,313
entre 50 e 59 minutos	4,8	4,2	5,4	4,2	5,8	0,21	0,449
60 minutos ou mais	67,5	66,4	66,0	68,6	68,7	0,45	0,307
Mulheres							
menos que 10 minutos	7,4	7,6	7,1	5,5	4,6	-0,77	0,022
entre 10 e 19 minutos	2,2	1,6	2,0	1,6	1,6	-0,13	0,197
entre 20 e 29 minutos	3,3	3,2	3,2	3,2	3,0	-0,06	0,08
entre 30 e 39 minutos	11,7	11,5	10,2	10,7	10,9	-0,24	0,277
entre 40 e 49 minutos	12,7	12,7	11,8	11,3	11,4	-0,40	0,024
entre 50 e 59 minutos	7,2	5,3	7,9	6,9	6,7	0,05	0,903
60 minutos ou mais	55,5	58,0	57,9	60,8	61,8	1,55	0,007

¹ Correspondente ao coeficiente da regressão linear do valor do indicador sobre o ano do levantamento.

² O significado estatístico da tendência do indicador no período foi avaliado por meio de modelo de regressão linear tendo como desfecho (variável dependente) o valor do indicador (por exemplo, o percentual de indivíduos ativos no lazer no ano) e como variável explanatória o ano do levantamento, expresso como variável contínua.

Acompanhando os aumentos observados na frequência de indivíduos que praticaram atividade física no lazer nos três meses que antecederam a entrevista, assim como da frequência semanal e da duração de cada episódio de prática, verificou-se aumento na porcentagem de indivíduos atingindo o volume recomendado de atividade física (150 minutos/semanais de atividade moderada ou equivalente) com sua prática de atividade física no lazer. Entre os anos de 2009 e 2013 a frequência de indivíduos nessa condição aumentou de 30,3 a 33,8% (0,99pp/ano, $p < 0,05$). Esse aumento foi

mais intenso entre as mulheres (de 22,2 a 27,4%, em média 1,45pp/ano, $p < 0,05$), ainda que ele também tenha sido significativo nos homens. Tal cenário diminuiu a superioridade dos homens em relação às mulheres (de 17 a 14pp). Aumentos significativos foram observados em cinco das seis faixas de idade (sempre acima de 1,0pp/ano para os indivíduos com menos de 44 anos) e em todas as faixas de escolaridade (mais intenso entre os indivíduos com 12 ou mais anos de escolaridade, 1,07pp/ano). (Tabela 7)

Tabela 7 - Evolução anual do percentual de adultos (≥ 18 anos) que praticaram atividades físicas no lazer equivalentes a pelo menos 150 minutos de atividade de intensidade moderada por semana nas capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal segundo sexo, idade e escolaridade. Vigitel Brasil, 2009-2013.

Variáveis	2009	2010	2011	2012	2013	Incremento médio (pp/ano) 2009-2013 ¹	Valor de p ²
Sexo							
Masculino	39,7	40,0	40,4	41,5	41,2	0,46	0,026
Feminino	22,2	22,4	24,1	26,5	27,4	1,45	0,006
Idade							
18 a 24	43,2	44,0	44,4	47,6	49,7	1,67	0,012
25 a 34	34,3	34,9	36,0	39,1	39,3	1,42	0,010
35 a 44	25,6	26,6	27,5	31,0	29,6	1,24	0,046
45 a 54	24,8	24,6	26,5	25,8	27,3	0,63	0,059
55 a 64	24,3	24,5	25,5	25,2	26,6	0,53	0,038
65 e mais	22,6	20,7	22,5	23,6	22,3	0,24	0,555
Escolaridade							
0 a 8	19,9	20,1	21,2	21,6	22,0	0,58	0,004
9 a 11	35,2	35,0	35,3	37,1	37,2	0,60	0,046
12 e mais	42,0	41,7	42,5	45,4	45,4	1,07	0,036
Total	30,3	30,5	31,6	33,5	33,8	0,99	0,007

¹ Correspondente ao coeficiente da regressão linear do valor do indicador sobre o ano do levantamento.

² O significado estatístico da tendência do indicador no período foi avaliado por meio de modelo de regressão linear tendo como desfecho (variável dependente) o valor do indicador (por exemplo, o percentual de indivíduos ativos no lazer no ano) e como variável explanatória o ano do levantamento, expresso como variável contínua.

5 DISCUSSÃO

A partir da coleta sistemática de dados realizada pelo sistema Vigitel entre os anos de 2006 e 2013, em uma amostra de mais de 400 mil domicílios representativa da população adulta das 26 capitais dos estados brasileiros e DF, foi possível analisar a evolução da prática de atividade física no lazer de forma inédita no país, considerando os diversos componentes dessa prática. Inicialmente, no conjunto completo do período estudado (2006 a 2013), verificou-se aumento significativo da proporção de pessoas que referiam ter praticado alguma atividade física no lazer nos três meses que antecederam o estudo, de 44,0 a 47,2% (0,53pp/ano). Aumento semelhante foi observado na proporção de pessoas que referiam praticar atividade física no lazer ao menos uma vez por semana, de 40,8 a 45,1% (0,61pp/ano). Ainda que esses indicadores não correspondam ao nível recomendado de prática de atividade física, seu aumento é suficiente para evidenciar sua maior presença no lazer cotidiano da população adulta das capitais de estado brasileiras e DF. Deve-se ressaltar que o incremento médio identificado para a prática de atividade física de lazer ao menos uma vez por semana (0,61pp/ano), se traduz em cerca de 200 mil novas pessoas referindo praticar atividade física de lazer nessa frequência a cada ano.

Entre os indivíduos que referiam ter praticado atividade física no lazer nos três meses que antecederam a entrevista, verificou-se aumento da

participação de atividades de intensidade moderada (como atividade principal) sobre aqueles de intensidade vigorosa, com as primeiras aumentando de 72,8 a 75,1% (0,38pp/ano). Em paralelo, verificou-se também um aumento da proporção de indivíduos que referiam realizar atividade física de lazer na maior parte dos dias da semana e em seções com mais de 10 minutos de duração. A consequência desse conjunto de mudanças foi o aumento na proporção de pessoas que atingem o nível mínimo recomendado de prática de atividade física (150 minutos/semana de atividade de intensidade moderada ou equivalente) com o domínio do lazer no período de 2009 a 2013, de 30,3 a 33,8% (0,99pp/ano) o que difere dos achados apresentados por Hallal et al (2011) em que se observou estabilização da prática de Atividade física nesse domínio nas capitais brasileiras.

Poucos estudos na literatura se voltaram a analisar a atividade física no lazer explorando seus componentes de frequência (número de dias por semana), duração (minutos por dia) e intensidade (leve, moderada, vigorosa) (Dumith et al 2009; Mielke et. al. 2014). A maioria dos achados no Brasil, avaliaram a tendência temporal quanto ao tipo de atividade física praticada (Sá et al. 2014) ou ainda quanto ao número de indivíduos atingindo ou não o limite mínimo recomendado de prática (Matsudo et. al. 2010; Hallal et al 2011; Mielke et. al. 2014).

Destacou-se nesse estudo a ausência de aumentos significativos na prática de atividades física no lazer entre os indivíduos com 65 anos de idade ou mais, contrastando com os altos índices de aumento verificados

entre os adultos jovens (indivíduos com menos de 35 anos de idade). E ainda que atividades físicas devam ser praticadas por indivíduos de todas as idades, elas são especialmente importantes para os indivíduos idosos por agirem tanto como fator de proteção para DCNT entre indivíduos saudáveis (Blair & Morris, 2009; Landi et al 2010; Mazini et al. 2010) como também por sua associação a prognósticos mais favoráveis entre indivíduos enfermos (Vries et al. 2012; Brovold et al 2013; Taylor, 2014).

Uma análise inicial dos dados do Vigitel permitiu constatar mudanças demográficas importantes, como um significativo envelhecimento da população. Alterações semelhantes foram verificadas em diversos países de renda média e alta (Christensen et. al. 2009; WHO, 2011; Beard et. al. 2012; UN, 2013) e são de extrema importância para o perfil de morbimortalidade da população (Barreto & Carmo, 2007; Schmidt et al. 2009). O envelhecimento da população apresenta desafio de especial complexidade para a saúde pública tendo em vista o aumento do risco de se desenvolver DCNT agregado a ele (Lebrão, 2007; Veras, 2011).

O aumento verificado em nosso estudo para a porcentagem de indivíduos que referiu ter praticado atividade física nos três meses que antecederam a entrevista apresenta a real dimensão do aumento da prática de atividade física no lazer entre adultos nas capitais de estado e DF. Ainda que parte desses indivíduos não refira prática semanal de atividade (tendo em vista as menores frequências apresentadas nesse indicador quando comparadas ao primeiro), desenvolver o hábito de praticar atividades físicas – mesmo que com frequência insuficiente – já pode ser visto como um

estágio inicial de adoção de um estilo de vida mais saudável (Ajzen & Madden, 1986; Dumith, 2008).

As diferenças observadas no domínio do lazer entre homens e mulheres foram semelhantes àsquelas encontradas por Florindo et al. (2009). Nesse estudo os pesquisadores identificaram que a proporção de indivíduos ativos decresceu com a idade, enquanto que aumentou com o nível de escolaridade, do mesmo modo, nossos resultados demonstraram relação positiva entre aumento da prevalência de atividade física no lazer e nível de escolaridade.

O percentual de indivíduos que referiram praticar o nível recomendado de atividade física em atividades de lazer subiu, entre 2009 e 2013 tanto entre homens (0,46pp/ano) quanto entre mulheres (1,45pp/ano). No entanto, o maior aumento verificado entre as mulheres é positivo e age no sentido de reduzir as menores porcentagens apresentadas por elas quando comparadas aos homens. Com isso, a diferença entre os sexos que em 2009 era de 17,5pp (22,2% para as mulheres e 39,7% para os homens) caiu para 13,8pp (27,4% para as mulheres e 41,2% para os homens). Entre as mulheres, esse progresso é explicado quase que inteiramente pelo aumento da frequência de pratica de atividade física no lazer nos três meses que antecederam a entrevista (ou seja, novas praticantes), enquanto entre os homens ele pode ser melhor explicado pelo aumento da porcentagem de indivíduos que referiam fazer atividade física semanalmente (ou seja, indivíduos já adeptos a prática esporádica de atividade física no lazer que vem aumentando sua frequência). Esses dados confirmam a participação do

Brasil em tendência já verificada em revisão sistemática internacional sobre o tema (Knuth & Hallal, 2009), assim como em estudo nacional utilizando dados do Vigitel no período entre 2006 e 2012 (Mielke et. al. 2014).

Em adição ao aumento no número de indivíduos praticando atividade física no lazer, nossos resultados também indicam o aumento da frequência e duração de cada episódio de prática. Tanto entre homens quanto entre mulheres a porcentagem de indivíduos que referia realizar atividade física de lazer menos que um dia por semana reduziu intensamente, respectivamente -1,04pp/ano e -0,74pp/ano no período entre 2009 e 2013. Por outro lado, aumentos significativos foram vistos na porcentagem de homens que referiram realizar atividade 5 a 6 vezes por semana (0,64pp/ano) e na de mulheres que referiram realizar atividade 3 a 4 dias por semana (0,51pp/ano) e todos os dias (0,49pp/ano). Ainda que a recomendação atual não exija um número mínimo de dias de prática durante a semana (WHO, 2010), o aumento da frequência de prática é uma estratégia importante para maximização dos benefícios decorrentes da atividade física (Sampaio et al. 2013) assim como para se alcançar os níveis recomendados de prática (Coelho e Burini, 2009; WHO, 2010; Knuth et al 2011). Em sentido coincidente, o aumento da duração dos episódios de prática de atividade de atividade física no lazer pode também ser fundamental para que aqueles indivíduos que já realizam tal atividade alcancem o volume mínimo semanal recomendado. Novamente, reduções significativas foram observadas na porcentagem de indivíduos que referiam praticar atividade física em episódios com duração inferior a dez minutos (-1,02pp/ano para os homens

e -0,77pp/ano para as mulheres). Entre as mulheres, verificou-se aumento significativo na porcentagem de prática de 60 minutos ou mais por seção. Ainda que não tenham sido verificados aumentos significativos em nenhuma categoria para os homens, a redução verificada parece ter sido diluída entre as demais categorias. Em ambos os sexos, a realização de seções de atividade física no lazer de uma hora ou mais de duração correspondeu a mais da metade dos respondentes em qualquer um dos anos de estudo.

As atividades de intensidade moderada (como a caminhada) mostraram-se mais frequentes que aquelas de intensidade vigorosa (como a corrida) já em 2006 e tornaram-se ainda mais prevalentes ao longo dos anos. No conjunto completo do período estudado, entre 2006 e 2013, essas atividades tornaram-se mais populares especialmente entre homens (1,27pp/ano) e indivíduos na faixa de menor escolaridade (0 a 8 anos) (1,19pp/ano) mas, num período recente, tiveram sua participação reduzida entre as mulheres (-55pp/ano), possivelmente acompanhando a maior participação dessas em atividades intensas realizadas em academias. Esses resultados vão ao encontro de estudo publicado recentemente sobre a evolução do tipo de atividade física de lazer praticado nas capitais brasileiras e DF. Também concebido a partir de dados do Vigitel, dentre seus resultados esse estudo destaca a caminhada como atividade de lazer mais frequente no país e destaca a ascensão da musculação e outras atividades relacionadas às academias entre a população (Sá et al. 2014).

Ainda que nosso estudo não tenha se dedicado a buscar as causas da evolução positiva verificada, supõe-se que, ao menos em parte, elas se

devam a um amplo conjunto de ações desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) objetivando a promoção de saúde e a prevenção de doenças (Malta et al. 2014) . Embora as atividades de caminhada em grupos sejam tradicionalmente a atividade mais presente nas unidades de saúde do país (Gomes et al. 2014) outras atividades tem aumentado gradativamente sua presença (Gomes et al. 2014). Com isso, atividades físicas de lazer antes acessíveis somente a população de maior nível de renda – tais como Lia-Gong, Tai chi chuan e até mesmo musculação – passaram a existir também nas vizinhanças de menor poder econômico (Gomes et al. 2014) . Ao mesmo tempo, a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Brasil, 2008a) possibilitou o ingresso de um contingente expressivo de Profissionais de Educação Física no SUS enquanto iniciativas como os Programas Academia da Saúde (Guarda et al. 2014; Brasil, 2014a) e Academias da Terceira Idade (Brasil, 2006) tem buscado ampliar a oferta de locais qualificados para a prática de atividade física, especialmente em vizinhanças de menor nível de renda e desenvolvimento social. Ainda que o quadro atual de oferta de profissionais e serviços relacionados á prática de atividade física de lazer no SUS esteja muito aquém do ideal ele seguramente já se configura como uma iniciativa positiva (Amorim et al. 2013).

Além de estimular a prática de atividade física no lazer a fim de atingir a recomendação de 150 minutos semanais, com os dados apresentados em nosso estudo fica evidenciada a importância de se estimular que haja o aumento progressivo em minutos de práticas e dias da semana praticando

atividade física. Nesse sentido, sugestões de programas possivelmente efetivos envolveriam campanhas de estímulo à prática de atividade física de curta duração, explorando os potenciais existentes nas academias da saúde, uma vez que sendo ao ar livre, de fácil acesso e próximas às residências, podem ser utilizadas de forma fracionada em duração, progredindo de acordo com a disponibilidade individual, incentivando que essa seja realizada frequentemente; orientações quanto aos benefícios da adoção de estilos de vida ativos (envolvendo a substituição do uso de elevadores por escadas e deslocamentos ativos); Guia de Prática de Atividades Físicas para a população brasileira que apresente de forma clara e objetiva os benefícios dessa para a saúde. A expectativa de não conseguir realizar a desejada prática regular seguindo as recomendações, por vezes, pode desestimular indivíduos que não tem disponibilidade de tempo, de modo que apresentando questões que demonstre que mesmo o pequeno tempo de prática (entre 10 e 30 minutos) já trás importantes ganhos, pode ser um ponto de apoio para promover uma vida mais ativa. Deve-se destacar ainda que essas recomendações podem ser incorporadas na atuação dos atuais profissionais das Unidades Básicas de Saúde e Centros de Saúde, expandindo o escopo das ações já realizadas nesse importante nível da atenção a saúde no País. Mesmo diante do desafio atual em desenvolver programas e intervenções para promover a atividade física para todos, explorar, fortalecer e ampliar os programas já existentes configura-se como uma importante alternativa na manutenção e promoção da atividade física.

Entender a prática de atividade física é objeto de muitos

pesquisadores, ainda assim poucos estudos se propõem a analisar de forma conjunta os componentes da atividade física no lazer. Nesse sentido nosso trabalho se destaca ao analisar a atividade física considerando tanto a variação de sua porcentagem de adequação quanto às mudanças em sua duração, frequência e intensidade de prática, permitindo compreender os aspectos desses componentes que possam, ao longo dos anos, impactar positivamente na prática de atividade física no lazer no Brasil, permitindo inclusive que intervenções sejam pensadas especificamente para os diferentes componentes da atividade física no lazer.

Uma vez que a inatividade física já vem sendo considerada uma epidemia global, a constatação de que gradativamente a população está aumentando sua frequência e duração de prática é de grande valor para que órgãos competentes possam avaliar suas intervenções e promover estratégias para que esse progresso seja ainda maior e impactante.

Contudo, algumas limitações devem ser observadas quanto aos resultados de nosso estudo. Inicialmente, por se apoiar em entrevistas telefônicas, o Vigitel não se propõe a medir diretamente a prática de atividade no lazer realizada pela população, baseando-se na condição referida pelos entrevistados. Tal situação pode resultar na sub ou superestimação da prevalência real na prática de atividade física no lazer (Brasil, 2013a; Bernal et. al. 2013). Adicionalmente, o instrumento utilizado para mensurar a atividade física no Vigitel difere daqueles amplamente utilizados em estudos na área como o Global Physical Activity Questionnaire GPAQ e o International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) (Matsudo et.

al. 2010; Cleland et al 2014; Silva et. al. 2015) em que são realizadas entrevistas presenciais, atendendo às necessidades do estudo a que se propõe realizar. Já o Vigitel foi elaborado para investigar grandes grupos populacionais, com monitoramento anual, tendo sido concebido de modo a viabilizar a opção de realizar entrevistas telefônicas feitas com o emprego de computadores, com perguntas curtas e simples, que favorecesse a aplicabilidade do instrumento na população em curto espaço de tempo. Acredita-se que tal metodologia não afete intensamente os achados do presente estudo. Informações auto referidas são frequentemente utilizados em grandes inquéritos sobre condições de saúde e estilo de vida (Lima-Costa et al. 2011; Malta et al. 2013; Francisco et al. 2013) devido a simplicidade e baixo custo de sua obtenção junto a grandes amostras populacionais (Monteiro et al 2005; Moura et al. 2008; Szolnokin & Hoffmann, 2013). Ainda que o uso dessas informações possa resultar em perda de acurácia das estimativas, acredita-se que esse fato seja constante através dos anos, de forma que as tendências aqui identificadas (ou mesmo o valor de incremento médio) não sejam diretamente afetadas. Todos os estudos conduzidos até o momento com a população de São Paulo (2005), Belo Horizonte (2013) indicam a boa validade dos dados obtidos no Sistema (Monteiro et al. 2008; Neves et al. 2010; Ferreira et al. 2011; Moreira, 2013).

Além dessas questões, a delimitação da amostra do Vigitel somente aos indivíduos residentes nas capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal que possuem telefone fixo, característica inerente à própria metodologia do sistema, representa um risco potencial a representatividade

da amostra (uma vez que reduziria a participação de determinados grupos populacionais no estudo, com adultos jovens e indivíduos de baixa renda) o qual é minimizado pelo uso de fatores de ponderação dos dados, os quais buscam igualar as características demográficas da amostra do Vigitel às características da população total, segundo dados do censo do IBGE. Desde sua origem, o Vigitel utiliza fatores de ponderação para ajustar as estimativas de forma a corrigir as diferenças entre a população com e sem telefone e assim permitir a extrapolação dos resultados para a população total das localidades avaliadas (Moura et al. 2008). Além disso, a metodologia utilizada para construção dos fatores de ponderação do Vigitel foi inteiramente atualizada no ano de 2012 (Brasil, 2013a), possibilitando, entre outros, incorporar mudanças demográficas ocorridas na população estudada nas estimativas anuais do Sistema (Brasil, 2013a). Quanto à necessidade de inclusão no Vigitel de entrevistas feitas por meio de telefones celulares Moura et al. (2011) destacaram a pouca vantagem dessa atualização metodológica frente ao seu alto custo.

Por fim, deve-se ter cautela na interpretação dos resultados também devido ao curto período estudado (2006 a 2013 para alguns indicadores e 2009 a 2013 para outros). Por apresentar série histórica ainda relativamente limitada (período máximo de oito anos) variações temporais que não tenham sido uniformes ou que tenham apresentado pequena magnitude tendem a não ser identificadas pelos procedimentos analíticos empregados no presente estudo. Desse modo, para a identificação mais detalhada das tendências de evolução dos indicadores estudados se faz necessária a

ampliação do período em estudo pelo sistema (Brasil, 2013a). Cabe salientar que a ausência no presente estudo de alguns indicadores no período entre 2006 e 2009 se deve, essencialmente, a realização de aperfeiçoamentos no questionário, feitos nos primeiros anos da implantação do Sistema. Desse modo, a fim de realizar a análise mais abrangente e acurada possível, incluiu-se no estudo apenas questões que se mantiveram inalteradas ou que, alternativamente, possuíam série histórica de ao menos cinco anos.

Conforme exposto anteriormente, os dados coletados pelo Vigitel são representativos da população adulta residindo nas capitais de estado do país e no Distrito Federal (Brasil, 2007; Brasil, 2008b; Brasil, 2009; Brasil, 2010; Brasil, 2011a; Brasil, 2012; Brasil, 2013a; Brasil, 2014b). Ainda que a magnitude dos indicadores tratados em nosso estudo seja diferente, a depender dos domínios geográficos do país, acredita-se que o sentido da evolução identificada – elevação de praticamente todos os indicadores de prática de atividade física no lazer – represente a realidade de localidades do país com nível de desenvolvimento semelhante, como regiões metropolitanas e grandes aglomerados populacionais.

Os dados levantados apontam para a necessidade de se investir no estímulo à prática da atividade física no lazer no que se refere ao aumento gradativo do tempo de prática, tanto quanto o aumento dos dias praticados. Outros estudos ainda são necessários para que aspectos como a progressão temporal da relação da prática de atividade física e morbidades sejam analisados.

6 CONCLUSÃO

Verificou-se aumento nos níveis de prática de atividade física no lazer em grande parte dos indicadores investigados, especialmente entre as mulheres, as pessoas de menor idade e aqueles indivíduos com maior nível de escolaridade. Ainda que esse aumento tenha reduzido as diferenças observada entre homens e mulheres, ele acentuou as diferenças entre indivíduos mais jovens e mais velhos e entre aqueles nos níveis extremos de escolaridade.

Apesar da tendência positiva da prevalência de diversos indicadores de prática de atividade física no lazer na população adulta das capitais de estado brasileiras e distrito federal, cabe ressaltar que mais da metade da população referiu não ter praticado nenhuma atividade física no lazer nos três meses que antecederam a entrevista do sistema Vigitel.

A constatação de que a população brasileira tende a iniciar a prática de atividade física de lazer, realizando atividades de intensidade moderada e com duração que, em sua maioria, chega a uma hora, justifica o planejamento e elaboração de programas que viabilizem esse prática. Com isso os resultados deste estudo apresentam dados inéditos para o conjunto das regiões do Brasil que poderão ser aplicados na elaboração de políticas e programas de saúde que visem aumentar o nível de atividade física no lazer para a população.

7 REFERÊNCIAS

Ainsworth BE, Haskell WL, Whitt MC, Irwin ML, Swartz AM, Strath SJ, et al. Compendium of physical activity codes and MET intensities. *Med Sci Sports Exerc.* 2000; 32: S498-504.

Ajzen, Icek; Madden, TJ. Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology.* 1986 22(5): 453–474.

Amorim TC, Knuth AG, Cruz DKA, Malta DC, Reis RS, Hallal PC. Descrição dos programas municipais de promoção da atividade física financiados pelo Ministério da Saúde. *Rev Bras Ativ Fis e Saúde.* 2013;18(1): 63-74.

Araújo AA, Brito AM, Novaes M. Saúde e autonomia: novos conceitos são necessários? *Revista Bioética.* 2008; 16 (1): 117-24.

Arem H, Moore SC, Patel A, Hartge P, Gonzalez AB, Visvanathan K, et al. Leisure Time Physical Activity and Mortality: A Detailed Pooled Analysis of the Dose-Response Relationship. *JAMA Intern Med.* Published online April 06, 2015.

Awick E, Wójcicki TR, Olson EA, Fanning J, Chung HD, Zuniga K, et al. Differential exercise effects on quality of life and health-related quality of life in older adults: a randomized controlled trial. *Qual Life Res.* 2015; 24(2): 455-62.

Barreto ML, Carmo EH. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2007; 12 (Supl 0):1779-1790.

Beard JR, Biggs S, Bloom DE, Fried LP, Hogan P, Kalache A, et al. *Global Population Ageing: Peril or Promise*, Geneva: World Economic Forum, 2012.

Bernal RTI, Malta DC, Araújo TS, Silva NN. Inquérito por telefone: pesos de pós-estratificação para corrigir vícios de baixa cobertura em Rio Branco, AC. *Rev Saúde Pública.* 2013; 47(2): 316-25.

Bielemann R, Knuth A, Hallal P. Atividade física e redução de custos por doenças crônicas ao Sistema Único de Saúde / Physical activity and cost savings for chronic diseases to the Sistema Único de Saúde. Rev. bras. ativ. fís. saúde. 2010; 15(1).

Blair SN, Morris JN. Healthy Hearts and the Universal Benefits of Being Physically Active: Physical Activity and Health. Annals of Epidemiology. 2009; 19(4): 253–256.

Brasil, Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis : DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

Brasil, Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. Revista Brasileira Saúde da Família, Brasília - DF, 2006.

Brasil, Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Brasil, Ministério da Saúde, PORTARIA Nº 154 DE 24 DE JANEIRO DE 2008a disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html acessado em 06/06/2015.

Brasil, Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2007: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

Brasil, Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.(Verificar como cita)

Brasil, Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

Brasil, Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

Brasil, Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde;

Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília – DF, 2011b.

Brasil, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Censo Demográfico 2010. Características da população e dos domicílios. Rio de Janeiro, 2011c

Brasil, Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Brasil, Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

Brasil, Ministério da Educação, Secretaria Executiva, Secretaria Executiva Adjunta. Educação brasileira: indicadores e desafios: documentos de consulta/ Organizado pelo Fórum Nacional de Educação. Brasília, 2013b

Brasil, Ministério da Saúde, Academia da Saúde: Cartilha Informativa. Brasília - DF, 2014a.

Brasil, Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

Brovold T, Skelton DA, Bergland A. Older adults recently discharged from the hospital: effect of aerobic interval exercise on health-related quality of life, physical fitness, and physical activity. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2013; 61(9): 1580-5.

Camões M, Lopes C. Fatores associados à atividade física na população portuguesa. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(2): 208-16.

Capozzi LC, Lau H, Reimer RA, McNeely M, Giese-Davis J, Culos-Reed N. Exercise and nutrition for head and neck cancer patients: a patient oriented, clinic-supported randomized controlled trial. *BMC Cancer* . Licensee BioMed Central Ltd. 2012; 12: 446.

Carvalhoes MABL, Moura EC, Monteiro CA. Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas: inquérito populacional mediante entrevistas telefônicas em Botucatu, São Paulo, 2004. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;

11(1): 14-23.

Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*. 1985; 100: 126-131.

Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: The challenges ahead. *The Lancet*. 2009; 374(9696):1196-1208.

Cleland CL, Hunter RF, Kee F, Cupples ME, Sallis JF, Tully MA. Validity of the Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) in assessing levels and change in moderate-vigorous physical activity and sedentary behaviour. *BMC Public Health*. 2014; 14:1255.

Codogno JS, Fernandes RA, Monteiro HL. Prática de atividades físicas e custo do tratamento ambulatorial de diabéticos tipo 2 atendidos em unidade básica de saúde. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2012; 56(1).

Coelho CF, Burini RC. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. *Rev. Nutr*. 2009; 22 (6).

Correa-Rotter R, Naicker S, Katz IJ, Agarwal SK, Valdes RH, Kaseje D, et al. Demographic and epidemiologic transition in the developing world: Role of albuminuria in the early diagnosis and prevention of renal and cardiovascular disease. *Kidney International*. 2004; 66(Suppl 92): 32-37.

Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity. *Med. Sci. Sports Exerc*. 2003; 35(8): 1381-1395.

Dumith SC, Domingues MR, Gigante DP. Epidemiologia das atividades físicas praticadas no tempo de lazer por adultos do Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2009; 12(4): 646-58.

Dumith SC, Hallal PC, Reis RS, Kohl HW. Worldwide prevalence of physical inactivity and its association with human development index in 76 countries. *Preventive medicine*. 2011; 53(1-2):24-8.

Esteban C, Quintana JM, Aburto M, Moraza J, Egurrola M, Pérez-Izquierdo J, et al. Impact of changes in physical activity on health-related quality of life among patients with COPD. *Eur Respir J*. 2010; 36(2): 292-300.

Ferreira AD, César CC, Malta DC, Andrade ACS, Ramos CGC, Proietti FA. Validade de estimativas obtidas por inquérito telefônico: comparação entre VIGITEL 2008 e Inquérito Saúde em Beagá. *Rev Bras Epidemiol*. 2011; 14(1): 16-30.

Florindo AA, Hallal PC, Moura EC, Malta DC. Practice of physical activities and associated factors in adults, Brazil, 2006. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(Suppl.2): 65-73.

Fogelholm M, Malmberg J, Suni J, Santtila M, Kyröläinen H, Mäntysaari M, et al. International Physical Activity Questionnaire: Validity against Fitness. *Med. Sci. Sports Exerc*. 2006; 38(4): 753-760.

Francisco PMSB, Barros MBA, Segri NJ, Alves MCGP, César CLG, Carandina L, et al. Comparação das estimativas de prevalência de indicadores de saúde no Município de Campinas, São Paulo, Brasil, nos anos de 2001/2002 (ISA-SP) e 2008/2009 (ISA-Camp). *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(6):1149-1160.

Gomes GAO, Kokubun E, Mieke GI, Ramos LR, Pratt M, Parra DC, et al. Characteristics of physical activity programs in the Brazilian primary health care system. *Cad. Saúde Pública*. 2014; 30(10): 2155-2168.

Graham, K. Compensating for missing survey data. Michigan: Ann Arbor. Institute for Social Research, The University of Michigan, 1983.

Guarda FRB, Silva RN, Araújo JLAC, Freitas MIF, Santos PM. Intervenção do profissional de educação física: formação, perfil e competências para atuar no Programa Academia da Saúde. *Rev Pan-Amaz Saude*. 2014; 5(4):63-74.

Hagströmer M, Oja P, Sjöström M. The International Physical Activity Questionnaire (IPAQ): a study of concurrent and construct validity. *Public Health Nutrition*. 2005; 9(6): 755-762.

Hallal PC, Knuth AG, Reis RS, Rombaldi AJ, Malta DC, Iser BPM, et. al. Tendências temporais de atividade física no Brasil (2006-2009). *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2011; 14(Suppl 1): 53-60.

Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *The Lancet*. 2012; 380: 247–57.

Hansen CW. Life expectancy and human capital: Evidence from the

international epidemiological transition. *J Health Econ.* 2013; 32(6): 1142-52.

Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc.* 2007; 39(8):1423-34.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro. 2009.

Johnsen NF, Ekblond A, Thomsen BL, Overvad K, Tjønneland A. Leisure time physical activity and mortality. *Epidemiology.* 2013; 24(5):717-25.

Knuth AG, Hallal PC. Temporal trends in physical activity: a systematic review. *J Phys Act Health.* 2009; 6(5): 548-59.

Knuth AG, Malta DC, Dumith SC, Pereira CA, Morais OLN, Temporão JG, Penna G, Hallal PC. Prática de atividade física e sedentarismo em brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) – 2008. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011; 16(9): 3697-3705.

Kohl WH, Craig CL, Lambert EV, Inoue S, Alkandari JR, Leetongin G, et al. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *Lancet.* 2012; 380: 294–305.

Kremers SPJ, Eves FF, Andersen RE. Environmental Changes to Promote Physical Activity and Healthy Dietary Behavior. *Journal of and Public Health. Environmental* 2012; 2012.

Lahti J, Holstila A, Lahelma E, Rahkonen. Leisure-Time Physical Activity and All-Cause Mortality. *PLoS ONE.* 2014; 9(7).

Landi F; Abbatecola AM, Provinciali M, Corsonello A, Bustacchini S, Manigrasso L, et al. Moving against frailty: does physical activity matter?. *Biogerontology.* 2010; 11(5): 537-545.

Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva.* 2007; 4(17): 134-140.

Lee MI, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet.* 2012; 6736(12):61031-9.

Lima-Costa MF, Matos DL, Camargos VP, Macinko J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(9): 3689-3696.

Malta DC, Cezario AC, Moura L, Moraes Neto OL, Silva Junior JB. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2006; 15(3):47-65.

Malta DC, Iser BPM, Sá NNB, Yokota RTC, Moura L, Claro RM et al. Tendências temporais no consumo de tabaco nas capitais brasileiras, segundo dados do VIGITEL 2006 a 2011. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29 (4).

Malta DC, Silva MMA, Albuquerque GM, Amorim RCA, Rodrigues GBA, Silva TS, et al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. *Rev Bras Ativ Fis e Saúde*. 2014; 19(3):286-299.

Matsudo VK, Matsudo SM, Araujo TL, Andrade DR, Oliveira LC, Hallal PC. Time trends in physical activity in the state of São Paulo, Brazil: 2002-2008. *Med Sci Sports Exerc*. 2010; 42(12): 2231-6.

Mazini Filho ML, Zanella AL, Aida FJ, Silva AMS, Salgueiro RS, Matos DG. Atividade física e envelhecimento humano: a busca pelo envelhecimento saudável. *RBCEH, Passo Fundo*. 2010; 7(1): 97-106.

McKeown RE. The Epidemiologic Transition: Changing Patterns of Mortality and Population Dynamics. *Am J Lifestyle Med*. 2009; 3(Suppl 1): 19–26.

Mielke GI, Hallal PC, Malta DC, Lee IM. Time trends of physical activity and television viewing time in Brazil: 2006-2012. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2014, 11:101

Monteiro CA, Moura EC, Jaime PC, Lucca A, Florindo AA, Figueiredo ICR, et al. Monitoramento de fatores de risco para as doenças crônicas por entrevistas telefônicas. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(1): 47-57.

Monteiro CA et al. SIMTEL – CINCO CIDADES: implantação, avaliação e resultados de um sistema municipal de monitoramento de fatores de risco nutricionais para doenças crônicas não transmissíveis a partir de

entrevistas telefônicas em cinco municípios brasileiros. São Paulo: NUPENS/USP, 2007. 41 p. [Relatório Técnico].

Monteiro CA, Florindo AA, Claro RM, Moura EC. Validade de indicadores de atividade física e sedentarismo obtidos por inquérito telefônico. *Rev Saude Publica*. 2008; 42(4): 575-81.

Moore SC, Patel AV, Matthews CE, Berrington GA, Park Y, Katki HA, et al. Leisure Time Physical Activity of Moderate to Vigorous Intensity and Mortality: A Large Pooled Cohort Analysis. *PLoS Med*. 2012; 9(11).

Moreira AD. Validade e Reprodutibilidade de indicadores de atividade física e sedentarismo obtidos por inquérito telefônico. [Dissertação de Mestrado] - Belo Horizonte: Escola de Enfermagem Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, 2013.

Moura EC, Morais Neto OL, Malta DC, Moura L, Silva NN, Bernal R, et al. Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11(Suppl 1): 20-37.

Moura EC, Claro RM, Bernal R, Ribeiro J, Malta DC, Morais Neto O. A feasibility study of cell phone and landline phone interviews for monitoring of risk and protection factors for chronic diseases in Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(2): 277-286.

Neves ACM, Gonzaga LAA, Martens IBG, Moura EC. Validação de indicadores do consumo de alimentos e bebidas obtidos por inquérito telefônico em Belém, Pará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(12): 2379-2388.

Omran AR, The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change, *The Milbank Quarterly*, 2005; 83(4): 731–757.

OPAS, Organização pan-Americana da saúde – Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre a alimentação saudável, atividade física e saúde. Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília, 2003.

OPAS, Organização pan-americana da saúde / organização mundial da saúde. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília- DF, 2011.

Remington PL, Smith MY, Williamson DF, Anda RF, Gentry EM, Hogelin

GC. Design, characteristics, and usefulness of state-based behavioral risk factor surveillance: 1981-87. *Public Health Rep.* 1988; 103(4): 366–375.

Rolim RMC, Amaral SL, Monteiro HL. Hipertensão e exercício: custos do tratamento ambulatorial, antes e após a adoção da prática regular e orientada de condicionamento físico. *Hipertensão.* 2007; 10(2): 54-16.

Sá TH; Garcia LMT; Claro RM. Frequency, distribution and time trends of types of leisure-time physical activity in Brazil, 2006–2012. *Int J Public Health.* 2014; 59: 975–982.

Sampaio AR, Myers J, Oliveira RB. Relação dose-resposta entre nível de atividade física e desfechos em saúde. *Revista HUPE, Rio de Janeiro.* 2013; 12(4): 111-23.

Schmidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Sampaio RM, et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública.* 2009; 43(Supl 2):74-82.

Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM. Chronic non communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet.* 2011; 377(9781):1949-1961.

Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2004; 9(4): 897-908.

Silva RS, Silva I, Silva RA, Souza L, Tomasi E. Atividade física e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2010; 15(1):115-120.

Silva MAV, Gouvêa GR, Claro AFB, Agondi RF, Cortellazzi KL, Pereira AC, et al. Impacto da ativação da intenção na prática da atividade física em diabéticos tipo II: ensaio clínico randomizado. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2015; 20(3):875-886.

Szolnokin G, Hoffmann D. Online, face-to-face and telephone surveys—Comparing different sampling methods in wine consumer research. *Wine Economics and Policy.* 2013; 2(2): 57–66.

Taylor, D. Physical activity is medicine for older adults. *Postgraduate Medical Journal* 2014; 90: 26–32.

UN-United Nations, Department of Economic and Social Affairs,

Population Division. World Population Ageing 2013, New York, 2013.

Veras RP. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2011; 14(4):779-786.

Vries NM, Ravensberg CD, Hobbelen JS, Olde RMG, Staal JB, Nijhuis-van SMW. Effects of physical exercise therapy on mobility, physical functioning, physical activity and quality of life in community-dwelling older adults with impaired mobility, physical disability and/or multi-morbidity: a meta-analysis. Ageing Research Reviews. 2012; 11(1): 136-149.

WHO - World Health Organization. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States. Official Records of the World Health Organization. 1948.

WHO - World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Europe, 1986.

WHO - World Health Organization. Sample size determination in health studies. A practical manual. Geneva; 1991.

WHO - World Health Organization. Summary: surveillance of risk factors for non communicable diseases. The WHO STEP wise approach. Geneva; 2001.

WHO - World Health Organization. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva; 2002.

WHO - World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. Global Report. Geneva; 2005.

WHO - World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, Switzerland; 2009.

WHO - World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva; 2010.

WHO - World Health Organization; NIA - National Institute on Aging; NIH - National Institutes of Health. Global Health and Aging; 2011.

WHO - World Health Organization. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2010 global survey. Geneva, 2012.

8 ANEXOS

8.1 ANEXO A: QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO UTILIZADO NO VIGITEL 2012

Modelo do Questionário Eletrônico - Vigitel 2012

ícone = Vigitel

MINISTÉRIO DA SAÚDE – SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

**VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS POR ENTREVISTAS TELEFÔNICAS
– VIGITEL – 2012**

CIDADE
RÉPLICA
OPERADOR
OK

escolha conforme cronograma de trabalho

Teclas no rodapé:

AGENDAMENTO
AGENDAMENTO-RETORNO
ENTREVISTA

(inicie por entrevista,
agendamento - retorno
e agendamento, nesta
ordem)

AGENDAMENTO

MINISTÉRIO DA SAÚDE – SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

**VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS POR ENTREVISTAS TELEFÔNICAS
– VIGITEL – 2012**

Apoio: NUPENS-USP e SEGEP-MS
Disque Saúde = 0800-61-1997

Operador: **xx**

Réplica: **xx**

Cidade: **xx**, confirma a cidade: () sim () não (agradeça e encerre; excluir do
banco amostral) status = 33

CIDADE – RÉPLICA

STATUS ANTERIORES

- () Fora de serviço (status=2) Telefone: **xx** 1.
- () Não existe (status=3) Telefone opcional: 2.
- () Não atende (status=7) Nome do primeiro contato: 2.
- () Secretária eletrônica (status=8) Retomada com o(a) sr(a): 6.
- () Ocupado (status=9)
- () Fax (status=10)

Bom dia/tarde/noite. Meu nome é XX. Estamos realizando uma avaliação para o Ministério da Saúde sobre condições de saúde da população adulta brasileira e o seu número de telefone foi selecionado para participar desta avaliação.

1. O seu número de telefone é XX? () sim

Nome do sorteado:

Observações:

Idade:

Sexo:

Número de moradores:

Número de moradores ≥ 18 anos:

Data do agendamento:

Última questão respondida:

2. Sr(a), o Ministério da Saúde está avaliando as condições de saúde da população adulta brasileira e o seu número de telefone foi selecionado para participar desta avaliação. Este telefone é residencial?

() sim

() não, é empresarial – **CHECAR SE NÃO É TAMBÉM RESIDENCIAL, SE SIM**

CONTINUE.

Se empresarial: Desculpe. Estamos entrevistando apenas residências. Agradeça e encerre. (status=1)

3 Por favor, qual é o seu nome? _____

4. Qual é a sua idade? ____ anos (Idade () 16 e < 90 anos: pule para q7)

5. As perguntas são direcionadas a pessoas com pelo menos 16 anos. Você poderia chamar outra pessoa?

() sim

Bom dia/boa tarde/boa noite. Meu nome é XX. Estou falando de Belo Horizonte, a pedido do Ministério da Saúde que está avaliando as condições de saúde da população adulta brasileira. O seu número de telefone foi selecionado para participar desta avaliação. O(a) Sr(a) pode colaborar respondendo algumas rápidas perguntas?

() sim (pule para q8)

() não - agora não posso

Quais são o melhor dia e horário para retornar a ligação?

REGISTRAR DATA E HORA - residência para retornar (status=6)

Qual é o seu nome? _____

Observações: _____

() não - não quero participar Recusa (status=4)

O(a) sr(a) poderia me dizer o melhor dia e horário para falar com outro morador da casa?

() sim

REGISTRAR DATA E HORA – residência para retornar (status=6)

Qual é o nome desta pessoa? _____

Observações: _____

- () não Agradeça e encerre. Recusa (status=4)
 () não, não tem ninguém em casa no momento (pule para 6)

6. Quais são o melhor dia e horário para eu encontrar alguém com pelo menos 16 anos?

REGISTRAR DATA E HORA – Residência para retornar (status=6)

Qual é o nome desta pessoa? _____

Observações: _____

Retornaremos a ligação, por favor avise o(a) sr(a) **NOME DA PESSOA**. Agradeça e encerre.

7. O(a) sr(a) pode colaborar neste momento respondendo algumas rápidas perguntas?

() sim

() não

O (a) sr(a) poderia me dizer o melhor dia e horário para retornar a ligação com o(a) sr(a) ou outro morador da casa?

() sim, outro dia

() sim, outro morador

REGISTRAR DATA E HORA – residência para retornar (status=6)

Qual é o nome da pessoa? _____

Observações: _____

Obrigado(a), retornaremos a ligação. Agradeça e encerre.

() não - RECUSA Agradeça e encerre. Recusa (status=4)

8. Quantas pessoas ao todo moram na sua casa? (inclusive empregados que dormem todos os dias da semana)

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 20

9. Quantas pessoas têm 18 anos ou mais? (≤ q8)

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 20

10. Sr(a), para fazer esta avaliação por telefone, há necessidade de sortear uma pessoa de sua casa. A avaliação poderá ser realizada no horário mais conveniente para a pessoa sorteada. O(a) sr(a) pode informar o primeiro nome, o sexo e a idade aproximada de todos os adultos que moram na sua casa?

() sim

() não quis informar. Agradeça e encerre. Recusa (status=4)

Nome _____ Idade _____ Sexo () masculino

() feminino

Adicionar

Excluir

Sorteio

A pessoa sorteada foi o(a) sr(a)

Nome do sorteado: XX

Idade: XX

Sexo: XX

CHECAR SE A PESSOA SORTEADA TEM CONDIÇÕES DE COMUNICAÇÃO POR TELEFONE, SEM INTERMEDIÁRIO, CASO CONTRÁRIO = PERDA (status=66)

Posso falar com o(a) Sr(a) NOME DO SORTEADO agora?

() sim

Bom dia/boa tarde/boa noite. Meu nome é XX. Estamos realizando uma avaliação para o Ministério da Saúde sobre condições de saúde da população adulta brasileira e o seu número de telefone foi selecionado para participar desta avaliação. O(a) Sr(a) pode colaborar respondendo esta avaliação por telefone no horário que lhe for mais conveniente?

() sim (pule para q13)

() não.

Quais são o melhor dia e horário para retornar a ligação?

REGISTRAR DATA E HORA E TELEFONE OPCIONAL, se houver.

Entrevista (status=5)

Observações: _____

() não, não quero participar. Agradeça e encerre. Recusa (status=44)

() o sorteado é o informante (pule para q13)

77 () o sorteado faleceu (volta para q8)

66 () O sorteado não tem condições de comunicação por telefone (volta para q8)

11. Qual o melhor horário para conversar com o(a) Sr(a) NOME DO SORTEADO?

REGISTRAR DATA E HORA E TELEFONE OPCIONAL, se houver.

Entrevista (status=5)

Observações: _____

12. Bom dia/boa tarde/boa noite. Meu nome é XXXX. Estamos realizando uma avaliação para o Ministério da Saúde sobre condições de saúde da população adulta brasileira e o seu número de telefone foi selecionado para participar desta avaliação. O(a) Sr(a) pode colaborar respondendo esta avaliação por telefone no horário que lhe for mais conveniente? Lembrando que para sua segurança, esta entrevista poderá ser gravada.

() sim

() não Agradeça e encerre. Recusa (status=4).

13. Sr(a), a entrevista deverá durar cerca de 7 minutos. Suas respostas serão mantidas em total sigilo e serão utilizadas apenas para fins desta avaliação. Quais são o melhor dia da semana e horário para fazermos a entrevista?

REGISTRAR DATA E HORA E TELEFONE OPCIONAL, se houver.

Entrevista (status=5)

Observações: _____

Voltaremos a entrar em contato para realizar a entrevista. Caso tenha alguma dúvida, poderá esclarecê-la diretamente no Disque Saúde do Ministério da Saúde no telefone: 0800-61-1997. O(a) sr(a) gostaria de anotar o telefone?

Agradeça e encerre.

() agora – **ENTRA NA ENTREVISTA – confirma dados (nome, idade, sexo e telefone), passa para Q8**

AGENDAMENTO DE RETORNO

MINISTÉRIO DA SAÚDE – SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

**VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS POR ENTREVISTAS TELEFÔNICAS
– VIGITEL – 2012**

Disque Saúde = 0800-61-1997

Operador: **xx**

Réplica: **xx**

Cidade: **xx**, confirma a cidade: () sim () não (agradeça e encerre)

CIDADE – RÉPLICA

		STATUS ANTERIORES
☐ Fora de serviço (status=2)	Telefone: xx	1.
APARECE STATUS ANTERIOR		
☐ Não existe (status=3)	Telefone opcional:	2.
☐ Não atende (status=7)	Nome do primeiro contato:	
☐ Secretária eletrônica (status=8)	Retomada com o(a) sr(a):	6.
☐ Ocupado (status=9)		
☐ Fax (status=10)		

Bom dia/tarde/noite. Meu nome é XX. Estamos realizando uma avaliação para o Ministério da Saúde sobre condições de saúde da população adulta brasileira e o seu número de telefone foi selecionado para participar desta avaliação.

1. O seu número de telefone é XX? ☐ sim

Nome do sorteado:

Observações:

Idade:

APARECE

HISTÓRICO

Sexo:

Número de moradores:

Número de moradores $\geq$ 18 anos:

Data do agendamento:

Última questão respondida:

ENTRA NA Q7 DO AGENDAMENTO

Teclas superiores: **NOVO SORTEIO** – volta para q8 do **AGENDAMENTO**

RECUSA - Recusa (status=44)

RETORNO – Quais são o melhor dia e horário para retornar a ligação?

REGISTRAR DATA E HORA E NÚMERO DA QUESTÃO NA QUAL PAROU.

Entrevista em andamento (status=88)

Observações: _____

ENTREVISTA

MINISTÉRIO DA SAÚDE – SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

**VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS POR ENTREVISTAS TELEFÔNICAS
– VIGITEL – 2012**

Disque Saúde = 0800-61-1997

Operador: **xx**

Réplica: **xx**

Cidade: **xx**, confirma a cidade: () sim () não (agradeça e encerre; excluir do banco amostral e do agenda)

1. Réplica XX número de moradores XX número de adultos XX

2. Bom dia/tarde/noite. Meu nome é XXXX. Estou falando do Ministério da Saúde, o número do seu telefone é XXXX?

() sim () não – Desculpe, liguei no número errado.

3. Sr(a), eu gostaria de falar com o(a) sr(a) NOME DO SORTEADO. Ele(a) está?

() sim

() não – Quais são o melhor dia da semana e período para conversarmos com o(a) Sr(a) **NOME DO SORTEADO**?

() residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.

3.a Posso falar com ele (a) agora?

() sim

() não – Quais são o melhor dia da semana e período para conversarmos com o(a) Sr(a) **NOME DO SORTEADO**?

() residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.

4. O(a) sr(a) foi informado sobre a avaliação que o Ministério da Saúde está fazendo?

() sim (pule para q5)

() não - **O Ministério da Saúde está avaliando as condições de saúde da população brasileira e o seu número de telefone e o(a) sr(a) foram selecionados para participar de uma entrevista. A entrevista deverá durar cerca de 7 minutos. Suas respostas serão mantidas em total sigilo e serão utilizadas juntamente com as respostas dos demais entrevistados para fornecer um retrato das condições atuais de saúde da população brasileira. Para sua segurança, esta entrevista poderá ser gravada. Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, poderá esclarecê-la diretamente no Disque Saúde do Ministério da Saúde, no telefone: 0800-61-1997. O(a) sr(a) gostaria de anotar o telefone agora ou no final da entrevista?**

5. Podemos iniciar a entrevista?

() sim (pule para q6)

() não – **Quais são o melhor dia da semana e período para conversarmos?**

() residência a retornar. Obrigado(a), retornaremos a ligação. Encerre.

Q6. Qual sua idade? (só aceita () 18 anos e < 50) ____ anos (se < 21 anos, pule q12 a q13)

Q7. Sexo: () masculino (pule a q14) () feminino (se > 50 anos, pule a q14)

CIVIL. Qual seu estado conjugal atual?

1 () solteiro(a)

2 () casado(a) legalmente

3 () têm união estável há mais de seis meses

4 () viúvo(a)

5 () separado(a) ou divorciado(a)

888 () não quis informar

Q8. Até que série e grau o(a) sr(a) estudou?

8A

8B. Qual foi a última série (ano) que o(a) sr.(a) completou? 8 anos de estudo (out-put)

1 () curso primário () ()

1 () 2 () 3 () 4 (1, 2, 3, 4)

2 () admissão () 4

3 () curso ginásial ou ginásio () 1 () 2 () 3 () 4 (5, 6, 7, 8)

4 () 1º grau ou fundamental ou supletivo de 1º grau

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 (1 a 8)

5 () 2º grau ou colégio ou técnico ou normal ou científico ou ensino médio ou supletivo de 2º grau

() 1 () 2 () 3 (9,10,11)

6 () 3º grau ou curso superior

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 ou + (12 a 19)

- 7 () pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado) () 1 ou + (20)
 8 () nunca estudou (0)
 777 não sabe (só aceita q6>60)
 888 não quis responder

R128a. O(A) Sr(a) dirige carro, moto e/ou outro veículo?

- 1 () sim
 2 () não (**não perguntar a q40, q40b, R135**)
 888 () não quis informar

Q9. O(a) sr(a) sabe seu peso (mesmo que seja valor aproximado)?

(só aceita () 30 Kg e < 300kg)

_____ kg

- 777 () não sabe
 888 () não quis informar

Q10. Quanto tempo faz que se pesou da última vez?

- 1 () menos de 1 semana
 2 () entre 1 semana e 1 mês
 3 () entre 1 mês e 3 meses
 4 () entre 3 e 6 meses
 5 () 6 ou mais meses
 6 () nunca se pesou
 777 () não lembra

Q11. O(a) sr(a) sabe sua altura? (só aceita () 1,20m e <2,20m)

___ m _____ cm

- 777 () não sabe
 888 () não quis informar

Q12. O(a) sr(a) lembra qual seu peso aproximado por volta dos 20 anos de idade?

(*apenas para q6 > 20 anos*)

- 1 () sim
 2 () não (pule para q14)

Q13. Qual era? (só aceita () 30 Kg e < 300kg)

_____, _____ kg

- 888 () não quis informar

Q14. A sra está grávida no momento?

- 1 () sim
 2 () não
 777 () não sabe

Agora eu vou fazer algumas perguntas sobre sua alimentação.

Q15. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer feijão?

- 1 () 1 a 2 dias por semana
 2 () 3 a 4 dias por semana
 3 () 5 a 6 dias por semana
 4 () todos os dias (**inclusive sábado e domingo**)
 5 () quase nunca
 6 () nunca

Q16. Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame)?

- 1 () 1 a 2 dias por semana
 2 () 3 a 4 dias por semana
 3 () 5 a 6 dias por semana
 4 () todos os dias (**inclusive sábado e domingo**)
 5 () quase nunca (pule para q21)
 6 () nunca (pule para q21)

Q17. Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer salada de alface e tomate ou salada

de qualquer outra verdura ou legume CRU?

- 1 () 1 a 2 dias por semana
- 2 () 3 a 4 dias por semana
- 3 () 5 a 6 dias por semana
- 4 () todos os dias **(inclusive sábado e domingo)**
- 5 () quase nunca (pule para q19)
- 6 () nunca (pule para q19)

Q18. Num dia comum, o(a) sr(a) come este tipo de salada:

- 1 () no almoço (1 vez no dia)
- 2 () no jantar ou
- 3 () no almoço e no jantar (2 vezes no dia)

Q19. Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer verdura ou legume COZIDO junto com a comida ou na sopa, como, por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, sem contar batata, mandioca ou inhame?

- 1 () 1 a 2 dias por semana
- 2 () 3 a 4 dias por semana
- 3 () 5 a 6 dias por semana
- 4 () todos os dias **(inclusive sábado e domingo)**
- 5 () quase nunca (pule para q21)
- 6 () nunca (pule para q21)

Q20. Num dia comum, o(a) sr(a) come verdura ou legume cozido:

- 1 () no almoço (1 vez no dia)
- 2 () no jantar ou
- 3 () no almoço e no jantar (2 vezes no dia)

Q21. Em quantos dias da semana o (a) sr(a) costuma comer carne vermelha (boi, porco, cabrito)?

- 1 () 1 a 2 dias por semana
- 2 () 3 a 4 dias por semana
- 3 () 5 a 6 dias por semana
- 4 () todos os dias **(inclusive sábado e domingo)**
- 5 () quase nunca (pule para q23)
- 6 () nunca (pule para q23)

Q22. Quando o(a) sr(a) come carne vermelha com gordura, o(a) sr(a) costuma:

- 1 () tirar sempre o excesso de gordura
- 2 () comer com a gordura
- 3 () não come carne vermelha com muita gordura

Q23. Em quantos dias da semana o (a) sr(a) costuma comer frango/galinha?

- 1 () 1 a 2 dias por semana
- 2 () 3 a 4 dias por semana
- 3 () 5 a 6 dias por semana
- 4 () todos os dias **(inclusive sábado e domingo)**
- 5 () quase nunca (pule para q25)
- 6 () nunca (pule para q25)

Q24. Quando o(a) sr(a) come frango/galinha com pele, o(a) sr(a) costuma:

- 1 () tirar sempre a pele
- 2 () comer com a pele
- 3 () não come pedaços de frango com pele

Q25. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar suco de frutas natural?

- 1 () 1 a 2 dias por semana
- 2 () 3 a 4 dias por semana
- 3 () 5 a 6 dias por semana
- 4 () todos os dias **(inclusive sábado e domingo)**
- 5 () quase nunca (pule para q27)
- 6 () nunca (pule para q27)

Q26. Num dia comum, quantas copos o(a) sr(a) toma de suco de frutas natural?

- 1 () 1
- 2 () 2
- 3 () 3 ou mais

Q27. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer frutas?

- 1 () 1 a 2 dias por semana
- 2 () 3 a 4 dias por semana
- 3 () 5 a 6 dias por semana
- 4 () todos os dias (**inclusive sábado e domingo**)
- 5 () quase nunca (pule para q29)
- 6 () nunca (pule para q29)

Q28. Num dia comum, quantas vezes o(a) sr(a) come frutas?

- 1 () 1 vez no dia
- 2 () 2 vezes no dia
- 3 () 3 ou mais vezes no dia

Q29. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar refrigerante ou suco artificial?

- 1 () 1 a 2 dias por semana
- 2 () 3 a 4 dias por semana
- 3 () 5 a 6 dias por semana
- 4 () todos os dias (**inclusive sábado e domingo**)
- 5 () quase nunca (pule para q32)
- 6 () nunca (pule para q32)

Q31. Quantos copos/latinhas costuma tomar por dia?

- 1 () 1
- 2 () 2
- 3 () 3
- 4 () 4
- 5 () 5
- 6 () 6 ou +
- 777 () não sabe

Q32. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar leite? (não vale de soja)

- 1 () 1 a 2 dias por semana
- 2 () 3 a 4 dias por semana
- 3 () 5 a 6 dias por semana
- 4 () todos os dias (**inclusive sábado e domingo**)
- 5 () quase nunca (pule para R143)
- 6 () nunca (pule para R143)

Q33. Quando o sr(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar?

- 1 () integral
- 2 () desnatado ou semi-desnatado
- 3 () os dois tipos
- 777 () não sabe

R143. Em quantos dias da semana o Sr(a) costuma comer alimentos doces, tais como: sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou doces?

- () 1 a 2 dias por semana
- () 3 a 4 dias por semana
- () 5 a 6 dias por semana
- () todos os dias (**inclusive sábado e domingo**)
- () quase nunca
- () nunca

R144. Em quantos dias da semana, você costuma trocar a comida do almoço ou jantar por sanduíches, salgados e/ou pizza?

- () 1 a 2 dias por semana
- () 3 a 4 dias por semana
- () 5 a 6 dias por semana
- () todos os dias (**inclusive sábado e domingo**)
- () quase nunca
- () nunca

Q35. O(a) sr(a) costuma consumir bebida alcoólica?

- 1 () sim
- 2 () não (pula para q42)
- 888 () não quis informar (pula para q42)

Q36. Com que frequência o(a) sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica?

- 1 () 1 a 2 dias por semana
- 2 () 3 a 4 dias por semana
- 3 () 5 a 6 dias por semana
- 4 () todos os dias (**inclusive sábado e domingo**)

- 5() menos de 1 dia por semana
6() menos de 1 dia por mês (pule para q40b)

Q37. Nos últimos 30 dias, o sr chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (5 doses de bebida alcoólica seriam 5 latas de cerveja, 5 taças de vinho ou 5 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (só para homens)

- 1() sim (pule para q39)
2() não (pule para q40b)

Q38. Nos últimos 30 dias, a sra chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (4 doses de bebida alcoólica seriam 4 latas de cerveja, 4 taças de vinho ou 4 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (só para mulheres)

- 1() sim
2() não (pule para q40b)

Q39. Em quantos dias do mês isto ocorreu?

- 1() em um único dia no mês
2() em 2 dias
3() em 3 dias
4() em 4 dias
5() em 5 dias
6() em 6 dias
7() em 7 ou mais dias
777() Não sabe

Q40. Neste dia (ou em algum destes dias), o(a) sr(a) dirigiu logo depois de beber?

- 1() sim (pule para q42)
2() não
888() não quis informar

Q40b. Independente da quantidade, o(a) sr(a) costuma dirigir depois de consumir bebida alcoólica?

- 1() sempre
2() algumas vezes
3() quase nunca
4() nunca
888() não quis informar

Nas próximas questões, vamos perguntar sobre suas atividades físicas do dia-a-dia.

Q42. Nos últimos três meses, o(a) sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?

- 1() sim
2() não (pule para q47) (não vale fisioterapia)

Q43. Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) sr(a) praticou?

ANOTAR APENAS O PRIMEIRO CITADO

- 1() caminhada (**não vale deslocamento para trabalho**)
2() caminhada em esteira
3() corrida
4() corrida em esteira
5() musculação
6() ginástica aeróbica (spinning, step, jump)
7() hidroginástica
8() ginástica em geral (alongamento, pilates, ioga)
9() natação
10() artes marciais e luta (jiu-jitsu, caratê, judô)
11() bicicleta
12() futebol
13() basquetebol
14() voleibol
15() tênis
16() outros Qual? _____

Q44. O(A) sr(a) pratica o exercício pelo menos uma vez por semana?

- 1() sim

2 () não (pule para q47)

Q45. Em quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?

- 1 () 1 a 2 dias por semana
 2 () 3 a 4 dias por semana
 3 () 5 a 6 dias por semana
 4 () todos os dias (**inclusive sábado e domingo**)

Q46. No dia que o(a) sr(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?

- 1 () menos que 10 minutos
 2 () entre 10 e 19 minutos
 3 () entre 20 e 29 minutos
 4 () entre 30 e 39 minutos
 5 () entre 40 e 49 minutos
 6 () entre 50 e 59 minutos
 7 () 60 minutos ou mais

Q47. Nos últimos três meses, o(a) sr(a) trabalhou?

- 1 () sim
 2 () não (pule para q52)

Q48. No seu trabalho, o(a) sr(a) anda bastante a pé?

- 1 () sim
 2 () não
 777 () não sabe

Q49. No seu trabalho, o(a) sr(a) carrega peso ou faz outra atividade pesada?

- 1 () sim
 2 () não
 777 () não sabe

Q50. Para ir ou voltar ao seu trabalho, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?

- 1 () Sim, todo o trajeto
 2 () Sim, parte do trajeto
 3 () não (pule para q52)

Q51. Quanto tempo o(a) sr(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)?

- 1 () menos que 10 minutos
 2 () entre 10 e 19 minutos
 3 () entre 20 e 29 minutos
 4 () entre 30 e 39 minutos
 5 () entre 40 e 49 minutos
 6 () entre 50 e 59 minutos
 7 () 60 minutos ou mais

Q52. Atualmente, o(a) Sr(a) esta frequentando algum curso/escola ou leva alguém em algum curso/escola?

- 1 () sim
 2 () não (pule para q55)
 888 () não quis informar (pule para q55)

Q53. Para ir ou voltar a este curso ou escola, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?

- 1 () Sim, todo o trajeto
 2 () Sim, parte do trajeto
 3 () não (pule para q55)

Q54. Quanto tempo o(a) sr(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)?

- 1 () menos que 10 minutos
 2 () entre 10 e 19 minutos
 3 () entre 20 e 29 minutos
 4 () entre 30 e 39 minutos
 5 () entre 40 e 49 minutos
 6 () entre 50 e 59 minutos
 7 () 60 minutos ou mais

Q55. Quem costuma fazer a faxina da sua casa?

- 1 () eu sozinho (pule para q59a)
 2 () eu com outra pessoa
 3 () outra pessoa (pule para q59a)

Q56. A parte mais pesada da faxina fica com:

- 1 () o(a) sr(a) ou
 2 () outra pessoa
 3 () ambos

Q59a. Em média, quantas horas por dia o(a) sr(a) costuma ficar assistindo televisão?

- 1 () menos de 1 hora
 2 () entre 1 e 2 horas
 3 () entre 2 e 3 horas
 4 () entre 3 e 4 horas
 5 () entre 4 e 5 horas
 6 () entre 5 e 6 horas
 7 () mais de 6 horas
 8 () Não assiste televisão

Q60. Atualmente, o(a) sr(a) fuma?

- 1 () sim, diariamente (ir para q61)
 2 () sim, mas não diariamente (ir para q61a)
 3 () não (pule para q64)

Q61. Quantos cigarros o(a) sr(a) fuma por dia? _____ (vá para Q62)

- 1 () 1-4
 2 () 5-9
 3 () 10-14
 4 () 15-19
 5 () 20-29
 6 () 30-39
 7 () 40 ou +

Q61a. Quantos cigarros o(a) sr(a) fuma por semana? _____ (apenas se Q60 = 2)

- 1 () 1-4
 2 () 5-9
 3 () 10-14
 4 () 15-19
 5 () 20-29
 6 () 30-39
 7 () 40 ou +

Q62. Que idade o(a) sr(a) tinha quando começou a fumar regularmente?

(só aceita ≥ 5 anos e $\leq q6$)

_____ anos

777 () não lembra

Q63. O(A) senhor(a) já tentou parar de fumar?

- 1 () sim (pule para q69)
 2 () não (pule para q69)

Q64. No passado, o(a) sr(a) já fumou?

- 1 () sim, diariamente
 2 () sim, mas não diariamente
 3 () não (pule para q67)

*(vá para Q69 se mora sozinho e não trabalha)

(Vá para Q68 se mora sozinho e trabalha)

Q65. Que idade o(a) sr(a) tinha quando começou a fumar regularmente?

(só aceita ≥ 5 anos e $\leq q6$)

_____ anos

777 () não lembra

Q66. Que idade o(a) sr(a) tinha quando parou de fumar? (só aceita ≥ 62 e $\leq q6$)

_____ anos
777 () não lembra

Q67. Alguma das pessoas que moram com o(a) Sr(a) costuma fumar dentro de casa?

1 () sim
2 () não
888 () Não quis informar

Q68. Algum colega do trabalho costuma fumar no mesmo ambiente onde o(a) Sr(a) trabalha?
(só para q47 = 1)

1 () sim
2 () não
888 () Não quis informar

Para finalizar, nós precisamos saber:

Q69. A sua cor ou raça é:

1 () branca
2 () preta
3 () amarela
4 () parda
5 () indígena
777 () não sabe
888 () não quis informar

Q70. Além deste número de telefone, tem outro número de telefone fixo em sua casa? (não vale extensão)

1 () sim
2 () não – (pule para Q74)

Q71. Se sim: Quantos no total? _____ números ou linhas telefônicas

Agora estamos chegando ao final do questionário e gostaríamos de saber sobre seu estado de saúde.

Q74. O(a) sr(a) classificaria seu estado de saúde como:

1 () muito bom
2 () bom
3 () regular
4 () ruim
5 () muito ruim
777 () não sabe
888 () não quis informar

Q75. Algum MÉDICO já lhe disse que o(a) sr(a) tem pressão alta?

1 () sim
2 () não
777 () não lembra

R120. Quando foi a última consulta médica em que sua pressão foi medida?

1 () há menos de 1 ano
2 () de 1 até 2 anos (inclui o 2)
3 () de 2 até 5 anos (inclui o 5)
4 () há mais de 5 anos
5 () Nunca mediu pressão em uma consulta médica
6 () Nunca realizou consulta médica
Se q75 = 2 ou 777, pule para a q76

R129. Atualmente, o(a) Sr(a) está tomando algum medicamento para controlar a pressão alta?

1 () sim
2 () não (pule para q76)
777 () não sabe (pule para q76)
888 () não quis responder (pule para q76)

R130. Como o(a) Sr(a) consegue a medicação para controlar a pressão alta?

- 1 () unidade de saúde do SUS
- 2 () farmácia popular
- 3 () outro lugar
- 777 () não sabe
- 888 () não quis responder

Q76. Algum MEDICO já lhe disse que o(a) sr(a) tem diabetes?

- 1 () sim
- 2 () não (pule para R121)
- 777 () não lembra (pule para R121) (se Q7 = 1, vá para R121)

R138. (Se mulher), o diabetes foi apenas quando estava grávida? (Apenas para Q7 = 2)

- 1 () sim
- 2 () não
- 3 () nunca engravidou
- 777 () não lembra

R121. O(a) sr(a) já fez algum exame para medir açúcar no sangue (glicemia)?

- 1 () sim
 - 2 () não
 - 3 () Não sabe/não lembra
- Se Q76 = 2, pule para Q79, (se mulher) ou para Q85A (se homem)
Se Q76 = 1 aplicar a R133a

133a. Atualmente, o(a) Sr(a) está tomando algum comprimido para controlar o diabetes?

- 1 () sim
- 2 () não
- 777 () não sabe
- 888 () não quis responder

133b. Atualmente, o(a) Sr(a) está usando insulina para controlar o diabetes?

- 1 () sim
- 2 () não (pule para Q79, se mulher ou para Q85a, se homem)
- 777 () não sabe (pule para Q79, se mulher ou para Q85a, se homem)
- 888 () não quis responder (pule para Q79, se mulher ou para Q85a, se homem)

R134a. Como o(a) Sr(a) consegue a medicação para diabetes? (Aplicar se R133a = 1 ou R133b = 1)

- 1 () unidade de saúde do SUS
- 2 () farmácia popular
- 3 () outro lugar
- 777 () não sabe
- 888 () não quis responder (Se homem, pule para q85a)

Q79. A sra já fez alguma vez exame de papanicolau, exame do colo do útero? (apenas para sexo feminino)

- 1 () sim
- 2 () não (pule para q81)
- 777 () não sabe (pule para q81)

Q80. Quanto tempo faz que a sra fez exame de papanicolau?

- 1 () menos de 1 ano
- 2 () entre 1 e 2 anos
- 3 () entre 2 e 3 anos
- 4 () entre 3 e 5 anos
- 5 () 5 ou mais anos
- 777 () não lembra

Q81. A sra já fez alguma vez mamografia, raio-X das mamas? (apenas para sexo feminino)

- 1 () sim
- 2 () não (pule para q85a)

777 () não sabe (pule para q85a)

Q82. Quanto tempo faz que a sra fez mamografia?

- 1 () menos de 1 ano
- 2 () entre 1 e 2 anos
- 3 () entre 2 e 3 anos
- 4 () entre 3 e 5 anos
- 5 () 5 ou mais anos
- 777 () não lembra

Q85a. Existe perto de sua casa algum LUGAR PÚBLICO (praça, parque, rua fechada) para fazer caminhada, realizar exercício ou praticar esporte?

- 1 () sim
- 2 () não
- 777 () não sabe

Q88. O(a) sr(a) tem plano de saúde ou convênio médico?

- 1 () Sim, apenas 1
- 2 () Sim, mais de um
- 3 () Não
- 888 () Não quis informar

R139. Você conhece alguma ação de combate à dengue em seu BAIRRO (se Brasília ou Palmas: QUADRA)?

- 1 () sim
- 2 () não
- 777 () não sabe
- 888 () não quis responder

R140. Nos últimos 12 meses você recebeu a visita do agente da dengue na sua residência?

- 1 () sim
- 2 () não (Ir para R142)
- 777 () não sabe (Ir para R142)

R141. Nos últimos 12 meses, quantas vezes o agente da dengue foi na sua residência?

- 1 () 1 a 2 vezes
- 2 () 3 a 4 vezes
- 3 () 5 a 6 vezes
- 4 () + de 6 vezes
- 777 () não sabe
- 888 () não quis responder

R142. Você mora em:

- 1 () casa
- 2 () apartamento
- 777 () não sabe
- 888 () não quis responder

PARA TODAS AS CIDADES

R135. Nos últimos doze meses o Sr.(a) foi multado(a) por dirigir com excesso de velocidade na via?

- 1 () Sim (apenas para quem dirige – R128a = 1)
- 2 () Não (Vá para R137)
- 777 () Não lembra (Vá para R137)
- 888 () Não quis responder (Vá para R137)

R136. Qual é o local que o(a) Sr(a) foi multado?

- 1 () Dentro da cidade (via urbana)
- 2 () Rodovia
- 3 () Ambos
- 777 () Não lembra

888 () Não quis responder

R137. Nos últimos doze meses, o (a) sr.(a) foi parado (a) em alguma *blitz* de trânsito na sua cidade, seja como motorista ou passageiro?

1 () Sim

2 () Não

777 () Não lembra

888 () Não quis responder

Sr(a) XX Agradecemos pela sua colaboração. Se tivermos alguma dúvida voltaremos a lhe telefonar. Se não anotou o telefone no início da entrevista: Gostaria de anotar o número de telefone do Disque Saúde?

(Se sim) O número é 0800-61-1997.

Observações (entrevistador):

Nota: Mencionar para o entrevistado as alternativas de resposta apenas quando elas se iniciarem por parênteses.