

PAR-Q+ em português






Questionário de Prontidão para Atividade Física para Todos

Os benefícios da atividade física regular para a saúde são evidentes. Mais pessoas deveriam praticar atividade física todos os dias da semana. Fazer atividade física é muito seguro para a MAIORIA das pessoas. Este questionário indicará se você precisa de orientação adicional de um médico OU profissional de saúde qualificado para atuar com exercício físico, antes de se tornar mais ativo fisicamente.

PERGUNTAS GERAIS SOBRE A SAÚDE

Leia as 7 perguntas abaixo cuidadosamente e responda com sinceridade, assinalando SIM ou NÃO.	SIM	NÃO
1) O médico alguma vez disse que você tem problema de coração OU pressão alta ?		
2) Você sente dor no peito em repouso, ao fazer suas atividades cotidianas comuns OU ao praticar atividade física?		
3) Você perde o equilíbrio devido a tontura OU ficou inconsciente nos últimos 12 meses? Responda NÃO se sua tontura estiver associada a respiração rápida e/ou profunda (inclusive durante exercícios intensos).		
4) Você foi diagnosticado com alguma outra condição crônica de saúde (que não seja pressão alta ou doença cardíaca)? LISTE AS CONDIÇÕES AQUI: _____		
5) Você está tomando medicamentos prescritos pelo médico para uma condição crônica de saúde? LISTE AS CONDIÇÕES E OS MEDICAMENTOS AQUI: _____		
6) Você atualmente tem (ou teve nos últimos 12 meses) um problema ósseo, articular ou de tecido mole (músculo, ligamento ou tendão) que poderia se agravar se você se tornasse mais ativo fisicamente? Responda NÃO se você tiver tido um problema que hoje não limita mais a sua capacidade de fazer atividade física. LISTE AS CONDIÇÕES AQUI: _____		
7) O médico alguma vez disse que você só deveria fazer atividade física sob supervisão médica?		

 **Se você respondeu NÃO a todas as perguntas acima, você está liberado para fazer atividade física. Por favor assine a DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE. Você não precisa preencher as páginas 2 e 3.**

-  Comece a ser muito mais ativo fisicamente – comece devagar e aumente o ritmo aos poucos
-  Siga as recomendações da Organização Mundial de Saúde para a sua idade contidas em International Physical Activity Guidelines (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>).
-  Você está liberado para participar de avaliações de saúde e condicionamento físico.
-  Se você tiver acima de 45 anos e **NÃO** estiver acostumado a fazer exercícios intensos ou de esforço máximo, consulte um profissional de saúde qualificado para atuar com exercício físico, antes de participar de exercícios dessa intensidade.
-  Caso tenha alguma dúvida adicional, entre em contato com um profissional de saúde qualificado para atuar com exercício físico.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE

Se você for menor de idade ou precisar do consentimento de um responsável, seu pai, mãe, responsável legal ou cuidador também precisa assinar este formulário.

Eu, abaixo-assinado, li, compreendi satisfatoriamente e preenchi este questionário. Reconheço que esta liberação para a prática de atividade física é válida por no máximo 12 meses a partir da data do preenchimento, e será invalidada caso minha condição de saúde mude. Reconheço também que o estabelecimento onde irei praticar atividade física pode guardar uma cópia deste formulário para registro. Neste caso, ele manterá a confidencialidade do mesmo, respondendo às leis e regulamentações aplicáveis.




NOME _____ DATA _____

ASSINATURA _____ TESTEMUNHA _____

ASSINATURA DO PAI/MÃE/RESPONSÁVEL/CUIDADOR _____

 **Se você respondeu SIM a uma ou mais perguntas, PREENCHA AS PÁGINAS 2 E 3.**

Deixe para ficar mais ativo mais tarde se:

-  Você tiver uma infecção aguda, como resfriado ou febre – é melhor esperar até se sentir bem.
-  Você estiver grávida – fale com um profissional de saúde, um médico, um profissional de saúde qualificado para atuar com exercício físico, e/ou preencha o formulário ePARmed-X+ (www.eparmedx.com) antes de se tornar mais ativa fisicamente.
-  Sua saúde mudar – responda às perguntas das páginas 2 e 3 deste documento e/ou fale com um médico ou um profissional de saúde qualificado para atuar com exercício físico, antes de continuar com qualquer programa de atividade física.

PAR-Q+ em português

PERGUNTAS ADICIONAIS SOBRE PROBLEMA(S) DE SAÚDE

1. Você tem artrite, osteoporose ou problemas de coluna?

Se a resposta for positiva, responda às perguntas 1a–1c

Se **NÃO** pule para a pergunta 2

1a.	Você tem dificuldade em controlar sua condição com medicamentos ou outros tratamentos prescritos por médicos? (Responda NÃO se não estiver tomando medicamentos ou fazendo outros tratamentos no momento)	SIM	NÃO
1b.	Você tem problemas articulares que causam dor, uma fratura recente ou fratura causada por osteoporose ou câncer, vértebra deslocada (como espondilolistese) e/ou espondilólise/defeito da pars interarticularis (fratura no anel ósseo na parte posterior da coluna vertebral)?	SIM	NÃO
1c.	Você recebeu injeções de esteroides ou tomou comprimidos de esteroides regularmente por mais de 3 meses?	SIM	NÃO

2. Você tem algum tipo de câncer?

Se a resposta for positiva, responda às perguntas 2a–2b

Se **NÃO** pule para a pergunta 3

2a.	O seu diagnóstico de câncer inclui algum destes tipos: pulmão/broncogênico, mieloma múltiplo (câncer de células plasmáticas), cabeça e/ou pescoço?	SIM	NÃO
2b.	Você está recebendo tratamento para o câncer (como quimioterapia ou radioterapia)?	SIM	NÃO

3. Você tem algum problema cardíaco ou cardiovascular? Isto inclui doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, anormalidade do ritmo cardíaco

Se a resposta for positiva, responda às perguntas 3a–3d

Se **NÃO** pule para a pergunta 4

3a.	Você tem dificuldade em controlar sua condição com medicamentos ou outros tratamentos prescritos por médicos? (Responda NÃO se não estiver tomando medicamentos ou fazendo outros tratamentos no momento)	SIM	NÃO
3b.	Você tem batimentos cardíacos irregulares que requerem acompanhamento médico (como fibrilação atrial, contração ventricular prematura)?	SIM	NÃO
3c.	Você tem insuficiência cardíaca crônica?	SIM	NÃO
3d.	Você foi diagnosticado com doença arterial coronariana (cardiovascular) e não praticou atividades físicas regulares nos últimos 2 meses?	SIM	NÃO

4. Você tem pressão alta?

Se a resposta for positiva, responda às perguntas 4a–4b

Se **NÃO** pule para a pergunta 5

4a.	Você tem dificuldade em controlar sua condição com medicamentos ou outros tratamentos prescritos por médicos? (Responda NÃO se não estiver tomando medicamentos ou fazendo outros tratamentos no momento)	SIM	NÃO
4b.	Você tem pressão arterial em repouso igual ou superior a 160/90 mmHg com ou sem medicação? (Responda SIM se você não souber sua pressão arterial em repouso)	SIM	NÃO

5. Você tem algum problema metabólico? Isto inclui diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, pré-diabetes

Se a resposta for positiva, responda às perguntas 5a–5e

Se **NÃO** pule para a pergunta 6

5a.	Você costuma ter dificuldade em controlar seus níveis de açúcar no sangue com a alimentação, com medicamentos, ou com outros tratamentos prescritos por médicos?	SIM	NÃO
5b.	Você costuma ter sinais e sintomas de pouco açúcar no sangue (hipoglicemia) após exercícios e/ou durante suas atividades cotidianas? Sinais de hipoglicemia podem incluir tremores, nervosismo, irritabilidade fora do comum, transpiração excessiva, tontura, confusão mental, dificuldade para falar, fraqueza ou sonolência.	SIM	NÃO
5c.	Você tem algum sinal ou sintoma de complicações do diabetes, como doença cardíaca ou vascular e/ou complicações que afetam seus olhos, os rins OU perda de sensibilidade nos pés e dedos dos pés?	SIM	NÃO
5d.	Você tem outros problemas metabólicos (como diabetes gestacional, doença renal crônica ou problemas no fígado)?	SIM	NÃO
5e.	Você planeja fazer, num futuro próximo, exercícios que para você são mais intensos/vigorosos que o normal?	SIM	NÃO

PAR-Q+ em português

6. Você tem problemas de saúde mental ou dificuldades de aprendizagem? Isto inclui Alzheimer, transtorno de ansiedade, depressão, demência, transtorno alimentar, transtorno psicótico, disfunção intelectual, síndrome de Down
Se a resposta for positiva, responda às perguntas 6a-6b Se **NÃO** pule para a pergunta 7

6a. Você tem dificuldade em controlar sua condição com medicamentos ou outros tratamentos prescritos por médicos? (Responda **NÃO** se não estiver tomando medicamentos ou fazendo outros tratamentos no momento) **SIM NÃO**

6b. Você tem síndrome de Down **E** problemas na coluna que afetam nervos ou músculos? **SIM NÃO**

7. Você tem alguma doença respiratória? Isto inclui doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, hipertensão arterial pulmonar

Se a resposta for positiva, responda às perguntas 7a-7d Se **NÃO** pule para a pergunta 8

7a. Você tem dificuldade em controlar sua condição com medicamentos ou outros tratamentos prescritos por médicos? (Responda **NÃO** se não estiver tomando medicamentos ou fazendo outros tratamentos no momento) **SIM NÃO**

7b. O médico alguma vez disse que você tem baixos níveis de oxigênio no sangue em repouso ou durante exercícios e/ou que você precisa de terapia de oxigênio suplementar? **SIM NÃO**

7c. Se asmático, você atualmente apresenta sintomas como sensação de aperto no peito, respiração sibilante, dificuldade em respirar, tosse constante (mais de 2 dias/semana) ou você usou sua medicação de resgate mais de 2 vezes na última semana? **SIM NÃO**

7d. O médico alguma vez disse que você tem pressão alta nos vasos sanguíneos dos pulmões? **SIM NÃO**

8. Você tem alguma lesão na medula espinhal? Isto inclui tetraplegia e paraplegia

Se a resposta for positiva, responda às perguntas 8a-8c Se **NÃO** pule para a pergunta 9

8a. Você tem dificuldade em controlar sua condição com medicamentos ou outros tratamentos prescritos por médicos? (Responda **NÃO** se não estiver tomando medicamentos ou fazendo outros tratamentos no momento) **SIM NÃO**

8b. Você costuma apresentar pressão arterial baixa em repouso a ponto de causar tonturas e/ou desmaios? **SIM NÃO**

8c. O médico alguma vez mencionou que você apresenta surtos repentinos de pressão arterial alta (conhecidos como disreflexia autonômica)? **SIM NÃO**

9. Você já teve derrame cerebral alguma vez? Isto inclui ataque isquêmico transitório ou acidente vascular cerebral

Se a resposta for positiva, responda às perguntas 9a-9c Se **NÃO** pule para a pergunta 10

9a. Você tem dificuldade em controlar sua condição com medicamentos ou outros tratamentos prescritos por médicos? (Responda **NÃO** se não estiver tomando medicamentos ou fazendo outros tratamentos no momento) **SIM NÃO**

9b. Você tem dificuldade para caminhar ou mobilidade comprometida? **SIM NÃO**

9c. Você sofreu um derrame ou teve comprometimento nos nervos ou músculos nos últimos 6 meses? **SIM NÃO**

10. Você tem qualquer outro problema de saúde não listado acima, ou você tem dois ou mais problemas de saúde?

Se tiver outras condições, responda às perguntas 10a-10c Se **NÃO** leia as recomendações da página 4

10a. Você sofreu de escurecimento da visão, desmaio ou perda de consciência como resultado de lesão na cabeça nos últimos 12 meses **OU** você teve uma concussão cerebral diagnosticada nos últimos 12 meses? **SIM NÃO**

10b. Você tem um problema de saúde que não está listado (como epilepsia, problemas neurológicos, problemas renais)? **SIM NÃO**

10c. Você tem atualmente dois ou mais problemas de saúde? **SIM NÃO**





LISTE OS SEU(S) PROBLEMA(S) DE SAÚDE _____

E RESPECTIVO(S) MEDICAMENTO(S) AQUI: _____

Vá até a página 4 para obter recomendações sobre sua condição atual de saúde e assine a DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE.

PAR-Q+ em português




 **Se você respondeu NÃO a todas as perguntas ADICIONAIS (páginas 2-3) sobre problemas de saúde, você está apto a se tornar mais ativo fisicamente - Assine a DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE abaixo.**

-  É aconselhável que você consulte um profissional de saúde qualificado para atuar com exercício físico, para ajudá-lo a desenvolver um plano de atividades físicas seguro e eficaz para atender às suas necessidades de saúde.
-  É recomendável que você comece devagar e aumente o ritmo aos poucos – 20–60 minutos de exercícios de intensidade baixa a moderada, 3–5 dias por semana, incluindo exercícios aeróbios e de fortalecimento muscular.
-  Ao progredir, tente acumular 150 minutos ou mais de atividades físicas de intensidade moderada por semana.
-  Se você tiver mais de 45 anos e **NÃO** estiver acostumado a fazer exercícios intensos ou de esforço máximo, consulte um profissional de saúde qualificado para atuar com exercício físico, antes de participar de exercícios dessa intensidade.

 **Se você respondeu SIM a uma ou mais das perguntas adicionais sobre sua condição de saúde:**

Você deve se informar melhor antes de se tornar mais ativo fisicamente ou de fazer uma avaliação física. Complete o programa on-line de recomendações para triagem e exercícios, especialmente projetado para esses casos, o ePARmed-X+ (www.eparmedx.com) e/ou consulte um profissional de saúde qualificado para atuar com exercício físico, para trabalhar com você usando o ePARmed-X+ e para obter mais informações.

 **Deixe para ficar mais ativo depois se:**

-  Você tiver uma infecção aguda, como resfriado ou febre – é melhor esperar até se sentir bem.
-  Você estiver grávida – fale com um profissional de saúde, um médico, um profissional de saúde qualificado para atuar com exercício físico, e/ou preencha o ePARmed-X+ (www.eparmedx.com) antes de se tornar mais ativa fisicamente.
-  Sua saúde mudar – fale com um médico ou um profissional de saúde qualificado para atuar com exercício físico, antes de continuar com qualquer programa de atividade física.

- Incentivamos que você faça uma cópia do PAR-Q+. Você deve usar todo o questionário, e alterações NÃO são permitidas.
- Os autores, a PAR-Q+ Collaboration, as organizações parceiras e seus agentes, não assumem qualquer responsabilidade por pessoas que fazem atividades físicas e/ou utilizam o PAR-Q+ ou o ePARmed-X+. Em caso de dúvida após preencher o questionário, consulte um médico antes de fazer alguma atividade física.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE

● Pedimos a todos os que preencheram o PAR-Q+ que leiam e assinem a declaração abaixo.

● Se você for menor de idade ou precisar do consentimento de um responsável, seu pai, mãe, responsável legal ou cuidador também precisa assinar este formulário.

Eu, abaixo-assinado, li, compreendi satisfatoriamente e preenchi este questionário. Reconheço que esta liberação para a prática de atividade física é válida por no máximo 12 meses a partir da data do preenchimento, e será invalidada caso minha condição de saúde mude. Reconheço também que o estabelecimento onde irei praticar atividade física pode guardar uma cópia deste formulário para registro. Neste caso, ele manterá a confidencialidade do mesmo, respondendo às leis e regulamentações aplicáveis.

NOME _____

DATA _____

ASSINATURA _____

TESTEMUNHA _____

ASSINATURA DO PAI/MÃE/RESPONSÁVEL/CUIDADOR _____

Para mais informações, entre em contato com

www.eparmedx.com
E-mail: eparmedx@gmail.com

Citação para o PAR-Q+ em português:

Schwartz J, Oh P, Takito MY, Saunders B, Dolan E, Franchini E, Rhodes RE, Bredin SDD, Coelho JP, Santos P, Mazzucco M, and Warburton DER. Translation, cultural adaptation, and reproducibility of the Physical Activity Readiness Questionnaire for Everyone (PAR-Q+): the Brazilian Portuguese version. *Front. Cardiovasc. Med.* doi: 10.3389/fcvm.2021.712696. 2021

Principais referências:

- 1 Warburton DER, Jamnik VK, Bredin SSD, and Gledhill N on behalf of the PAR-Q+ Collaboration. The Physical Activity Readiness Questionnaire for Everyone (PAR-Q+) and Electronic Physical Activity Readiness Medical Examination (ePARmed-X+). *Health & Fitness Journal of Canada* 4(2):3-23, 2011.
- 2 Jamnik VK, Warburton DER, Makarski J, McKenzie DC, Shephard RJ, Stone J, and Gledhill N. Enhancing the effectiveness of clearance for physical activity participation; background and overall process. *APNM* 36(S1):S3-S13, 2011.
- 3 Warburton DER, Gledhill N, Jamnik VK, Bredin SSD, McKenzie DC, Stone J, Charlesworth S, and Shephard RJ. Evidence-based risk assessment and recommendations for physical activity clearance; Consensus Document. *APNM* 36(S1):S266-s298, 2011.
- 4 Chisholm DM, Collis ML, Kulak LL, Davenport W, and Gruber N. Physical activity readiness. *British Columbia Medical Journal.* 1975;17:375-378.
- 5 Thomas S, Reading J, and Shephard RJ. Revision of the Physical Activity Readiness Questionnaire (PAR-Q). *Canadian Journal of Sport Science* 1992;17:4 338-345.

O PAR-Q+ foi criado usando o processo AGREE baseado em evidências (1) pela PAR-Q+ Collaboration, presidida pelo Dr. Darren E. R. Warburton com o Dr. Norman Gledhill, a Dra. Veronica Jamnik e o Dr. Donald C. McKenzie (2). A produção deste documento tornou-se possível graças a contribuições financeiras da Public Health Agency of Canada e do BC Ministry of Health Services. As opiniões aqui expressas não representam necessariamente os pontos de vista da Public Health Agency of Canada ou do BC Ministry of Health Services.