



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

**ASSOCIAÇÃO ENTRE SUPORTE SOCIAL E ATIVIDADE
FÍSICA NO LAZER EM ADULTOS**

INÁCIO CROCHEMORE MOHNSAM DA SILVA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Pelotas, RS
Novembro de 2010**

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

ASSOCIAÇÃO ENTRE SUPORTE SOCIAL E ATIVIDADE FÍSICA
NO LAZER EM ADULTOS

Mestrando: Inácio Crochemore Mohnsam da Silva
Orientadora: Helen Gonçalves
Co-Orientador: Mario Renato de Azevedo Júnior

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

Pelotas, RS
Novembro de 2010

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

Banca examinadora:

Prof. Dra. Helen Gonçalves (orientadora)
Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Pedro Curi Hallal
Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Rodrigo Siqueira Reis
Universidade Federal do Paraná

Pelotas, 08 de novembro de 2010

S586a Silva, Inácio Crochemore Mohnsam da

Associação entre suporte social e atividade física no lazer em adultos. /
Inácio Crochemore Mohnsam da Silva; orientadora Helen Gonçalves. –
Pelotas : UFPel, 2010.

164 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pelotas ;
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, 2010.

1. Epidemiologia I. Título.

CDD 614.4

Ficha catalográfica: M. Fátima S. Maia CRB 10/1347

AGRADECIMENTOS

O curso de mestrado em Epidemiologia foi responsável por um intenso processo de formação, o qual não se resume a este documento. Foram dois anos de muita dedicação em busca de uma formação diferenciada como professor de Educação Física e epidemiologista. Esta etapa não seria possível sem a participação de muitas pessoas. Por isso, nada mais justo do que este espaço para que eu possa agradecer por tanto “suporte social” que tenho na vida.

Primeiramente, queria agradecer aos meus pais Lindomar e Clesis, responsáveis pela pessoa que sou. Com exemplos de vida, de luta, de dedicação e respeito ao próximo, educaram todos os filhos com muito amor. Desejo muito sempre retribuir tudo que fizeram/fazem por mim. Pai e mãe: é a vocês que dedico esse trabalho.

Agradeço aos meus irmãos David, Paulo e Luiza, pessoas que têm a minha admiração. Eu sempre tento ser, pelo menos, parecido com vocês. Estaremos sempre juntos!

Agradeço à Helena, uma grande companheira. Uma pessoa muito especial que esteve sempre ao meu lado nos momentos mais difíceis deste mestrado. Obrigado por tudo que vivemos juntos. Obrigado por me ajudar a ser uma pessoa melhor.

Agradeço também a todos os meus amigos, pessoas que sei que posso contar e que estão sempre na torcida por mim. Em especial aqueles mais presentes e que há algum tempo me acompanham: obrigado Jahnecka, Bruno, Ícaro, Tiagão e Alan.

Obrigado aos colegas de mestrado. Todos foram essenciais neste processo de formação. Eduardo, Daniel, Carol e Ludmila, colegas que se transformaram em bons amigos. Sem vocês esse mestrado teria sido muito mais difícil. Nosso grupo de estudo, além de exercer um papel importante no meu lazer, foi um dos espaços mais produtivos academicamente.

Não poderia deixar de ressaltar também neste momento a grande contribuição de todos os professores do Programa na minha formação. Sem dúvida, trata-se de um centro de excelência em Epidemiologia.

Gostaria de agradecer aos membros da banca, Rodrigo Reis e Pedro Hallal (Pedrinho) pelas reflexões fomentadas. Foi um prazer ter dois expoentes da nossa área avaliando esta dissertação. E ao Pedrinho, meu agradecimento também por todo suporte e incentivo fornecido antes do meu ingresso no mestrado.

Por fim, gostaria de manifestar um agradecimento especial para os principais colaboradores deste processo. À minha orientadora Helen Gonçalves e meu co-orientador Mario Renato Azevedo, muito obrigado por tudo. Esse agradecimento vai além da imensa dedicação e contribuição de vocês neste estudo. Vocês foram fundamentais nestes dois anos de intenso aprendizado. Sinto-me lisonjeado por ter sido orientado de vocês.

SUMÁRIO

1. Projeto de Pesquisa.....	8
2. Relatório de campo.....	68
3. Artigo original	132
4. Comunicado à imprensa.....	162

1. Projeto de Pesquisa

(Dissertação de mestrado de Inácio C M da Silva)

SUMÁRIO

1.1. Introdução	11
1.2. Revisão de literatura	13
1.2.1. Atividade física e saúde	13
1.2.2. Atividade física na população adulta	17
1.2.3. Determinantes da atividade física no lazer.....	21
1.2.3.1. Determinantes demográficos.....	21
1.2.3.2. Determinantes socioeconômicos.....	24
1.2.3.3. Determinantes ambientais.....	25
1.2.4. Suporte social.....	27
1.2.4.1. Domínios do suporte social	29
1.2.4.2. Suporte social e AF: seus determinantes	31
1.3. Justificativa.....	34
1.4. Objetivos	36
1.4.1. Objetivo geral	36
1.4.2. Objetivos específicos	36
1.5. Hipóteses	37
1.6. Metodologia.....	38
1.6.1. Delineamento	38
1.6.2. População-alvo.....	38
1.6.3. Amostragem	38
1.6.4. Cálculo de tamanho da amostra.....	39
1.6.5. Critérios de inclusão e exclusão.....	40
1.6.6. Instrumentos de coleta de dados	41

1.6.6.1. Atividade física no lazer.....	41
1.6.6.2. Suporte social.....	41
1.6.6.3. Variáveis demográficas e socioeconômicas.....	42
1.6.7. Definições operacionais	42
1.6.7.1. Definição operacional do desfecho	42
1.6.7.2. Definição operacional da exposição.....	42
1.6.7.3. Quadro de variáveis complementares.....	44
1.6.8. Seleção e treinamento dos entrevistadores	44
1.6.9. Logística.....	45
1.6.10. Controle de qualidade	45
1.6.11. Modelo de análise	46
1.6.12. Análise dos dados	46
1.6.13. Limitações do estudo	48
1.6.14. Aspectos éticos	49
1.6.15. Financiamento.....	50
1.7. Cronograma	50
1.8. Referências Bibliográficas.....	51
ANEXO I.....	65
ANEXO II.....	67
ANEXO III.....	131

1.1. Introdução

Semelhante ao que ocorreu em países de renda alta em décadas anteriores, no Brasil ocorre o processo de transição epidemiológica ¹. Neste processo, há uma diminuição da incidência de doenças infecciosas e um aumento nas prevalências de morbidades não transmissíveis, que estão relacionadas ao estilo de vida dos indivíduos ². Em paralelo e relacionado a este fenômeno, ocorre a transição demográfica – caracterizada pela diminuição da natalidade e o aumento na expectativa de vida da população ¹. Neste contexto, os fatores comportamentais são preocupações importantes relacionadas à saúde da população, pois podem mudar os padrões das doenças. Tabagismo, consumo abusivo de álcool, dieta inadequada e sedentarismo são exemplos de comportamentos que afetam a saúde da população ³.

Em saúde pública, a literatura científica tem apontado a atividade física (AF) abaixo das recomendações atuais como um importante fator de risco para a ocorrência de doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2 e alguns tipos de câncer ⁴. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e vários autores têm destacado que este comportamento tornou-se um relevante problema de saúde e uma ‘epidemia’ global, atingindo adultos e crianças ⁵⁻⁷. O percentual de inatividade física no Brasil, especialmente no lazer, varia conforme as regiões do país e, em geral, são baixas as prevalências de AF encontradas em estudos nacionais ⁸.

Apesar de reconhecer a importância da contribuição da AF praticada durante outros momentos do cotidiano das pessoas, o período de lazer tem sido foco da maioria dos estudos na área da AF e saúde. Intervenções para a

promoção de AF no lazer são consideradas, quando comparadas a outros momentos da vida cotidiana, como mais favoráveis à adesão, pois essa prática depende, em muitos casos, de uma decisão que supostamente é individual.

São inúmeros os determinantes individuais associados à prática de AF (em geral) apontados pela literatura ^{9, 10}. Indivíduos do sexo masculino ¹¹⁻¹⁴, adultos jovens (≤ 30 anos) ^{10, 11, 15}, com alto nível socioeconômico ¹⁶⁻¹⁸ e de alta escolaridade ^{17, 19, 20} são reportados como os mais ativos no período de lazer. Os fatores interpessoais – relacionados ao ambiente dos indivíduos – também têm sido reportados como de considerável influência no estilo de vida e, conseqüentemente, na prática ou não de AF. Estes últimos englobam características comportamentais e individuais sujeitas a intervenções factíveis no ambiente social ²¹. Apesar se sua relevância, eles não têm sido consistentemente avaliados no contexto brasileiro, sobretudo no que se refere aos diversos tipos de apoios sociais que podem levar à adesão de comportamentos benéficos à saúde. Neste sentido, um dos fatores interpessoais mais importantes no campo da AF no lazer é o *suporte social* ²².

O suporte social é definido como os recursos materiais e/ou emocionais fornecidos por outras pessoas para a completa execução de alguma ação, plano ou atividade ^{21, 23}. Inicialmente, as investigações objetivavam avaliar o papel do suporte social no pronto restabelecimento de indivíduos doentes ²⁴. No entanto, o interesse no tema suporte social expande-se e, no campo de investigação em AF, também ganha força.

Em países de alta renda, a discussão sobre o suporte social para a AF tem sido difundida através de estudos de intervenção ²⁵ e pelas recomendações para políticas de promoção de AF ²⁶. Os estudos mostraram

que indivíduos sedentários que receberam suporte social para AF tornaram-se mais ativos do que aqueles que não receberam apoio de pessoas próximas²⁵. Nos países de média e baixa renda, com realidades e oportunidades distintas dos mais ricos, o tema ainda requer novas investigações.

No Brasil, são escassos os estudos publicados sobre o tema com adultos, e o potencial transformador – de comportamento sedentário a ativo – precisa ser mais bem investigado em diferentes realidades, principalmente em um país cuja prevenção em saúde tornou-se uma política prioritária no processo de envelhecimento populacional.

1.2. Revisão de literatura

1.2.1. Atividade física e saúde

Atualmente, as evidências sobre os benefícios da prática de AF em algum nível para a saúde estão consolidadas⁴. Por ser um tema explorado por várias áreas do saber, a definição e a forma de avaliação do que é ser ativo ou sedentário apresenta importantes distinções. A diversidade conceitual é uma característica intrínseca e discutível no âmbito da AF. Não obstante, muitos estudos utilizam termos que podem induzir o leitor a entendê-los como sinônimos de AF. Caspersen (1985)²⁷, ao pontuar este problema, sugeriu as seguintes definições para os termos:

Atividade Física: qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética que resulte em gasto energético.

Exercício Físico: uma AF, planejada, estruturada e repetitiva com propósito de manter ou melhorar um ou mais componentes da aptidão física.

Aptidão física: série de atributos que as pessoas têm ou atingem, sob o ponto de vista físico. Quando relacionados à saúde, costumam ser classificados os seguintes componentes: aptidão cardiorrespiratória, resistência e força muscular, composição corporal e flexibilidade.

Embora não demarquem quais são os níveis de AF benéficos à saúde, as definições propostas por Caspersen ²⁷ são freqüentemente utilizadas na literatura. Todavia, há recomendações que demarcam os níveis saudáveis de AF. Atualmente, o Colégio Americano de Medicina do Esporte (Estados Unidos) preconiza que os adultos (18-65 anos) devem fazer um mínimo de 30 minutos de AF moderada em, pelo menos, cinco dias da semana para obter benefícios à sua saúde. Ou, ainda, devem fazer AF vigorosa por no mínimo 20 minutos em pelo menos três dias da semana. Combinações entre AF moderadas e vigorosas podem ser feitas para atingir tal indicação ²⁸. Estas recomendações, em particular, são utilizadas por grande parte dos artigos consultados nesta revisão e adotadas pelas principais instituições de saúde responsáveis pela prevenção das doenças, como a OMS e o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC).

No entanto, quando se avalia a “inatividade física”, ou “sedentarismo”, não se encontra uma definição padrão no meio científico, apesar do uso bastante freqüente destes dois termos. Em geral, os estudos propõem definições bastante operacionais para ambos. Por exemplo, Azevedo *et al.* (2008) ²⁹ definiram como “sedentários” quem atingia um escore de AF no lazer menor do que 150 minutos por semana em AF moderadas, vigorosas e nas caminhadas. Outro trabalho nacional considerou como “sedentário” no lazer quem informou não participar de AF nos momentos de lazer em uma semana

habitual ¹⁹. Diferentemente dos anteriores, a “inatividade física” no lazer foi considerada por Dias-da-Costa e colaboradores (2005) ¹⁵ como um gasto energético semanal inferior a 1.000 kcal/semana.

A variedade dos pontos de corte não se reduz aos estudos realizados com população específica de alguns municípios ou países. O VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – classificou na condição de completa “inatividade física” no Brasil os que informaram: a) não praticar qualquer AF no lazer nos últimos três meses; b) não realizar esforços físicos intensos no trabalho (não andar muito, não carregar peso e não fazer outras atividades equivalentes com esforço físico); c) não se deslocar para o trabalho a pé ou de bicicleta; e d) não ser responsável pela limpeza pesada de suas casas ⁸. Diferentemente, Guthold *et al.* (2008) ⁶ definiram “inatividade física” no lazer, ocupação, trabalho doméstico e deslocamento em adultos de 51 países, para quem não reunia: a) três ou mais dias de AF vigorosas durante a última semana, 20 minutos por dia; ou b) cinco ou mais dias na última semana de caminhada ou atividade moderada que durassem pelo menos 30 minutos por dia; ou c) cinco ou mais dias combinando caminhada, AF vigorosa e moderada, de forma a atingir pelo menos 600 MET/minutos por semana.ⁱ

Considerando os diferentes critérios para avaliar AF e seus níveis – e que ela pode ser medida nas suas quatro dimensões (ocupação, trabalho doméstico, deslocamento e lazer) – não é surpreendente que haja estudos teórica e metodologicamente incomparáveis. Laporte e colaboradores (1985) ³¹ já haviam relatado mais de 30 métodos de medida para AF na década de 80.

ⁱ. Um MET equivale à taxa metabólica de uma pessoa em repouso absoluto. Em alguns estudos, a atividade física é obtida através de questionário, porém é transformada em gasto energético e, conforme a intensidade, tais atividades físicas produzem diferentes valores de METS. (Ainsworth *et al.*, 2000)

Ao realizarem uma revisão sistemática, analisando a evolução da pesquisa epidemiológica em AF no Brasil (estudos com amostras representativas maior ou igual a 500 participantes), Hallal *et al.* (2007)³² apontaram a grande dificuldade de comparabilidade entre estudos em virtude das diferentes abordagens metodológicas e definições operacionais. Referiram também existir um número crescente de estudos populacionais sobre AF e uma disparidade regional nas publicações, havendo mais investigações sobre o tema nas regiões sul e sudeste.

Parte dessas dificuldades se deve ao tipo de instrumento de mensuração da AF. Os questionários padronizados são os métodos mais utilizados em virtude do baixo custo, resultados e da facilidade de aplicação em estudos populacionais³². Os diários de AF, nos quais os indivíduos anotam cada atividade realizada em um curto intervalo de tempo, são pouco usados em estudos populacionais. Eles dependem da colaboração excessiva dos entrevistados, podendo levar à não adesão e à baixa qualidade da informação.

Os pedômetros e acelerômetros que estimam, respectivamente, por meio da mensuração dos passos e dos movimentos dos indivíduos a AF desenvolvida são outras possibilidades de mensuração de um tipo de AF. Os mesmos fornecem estimativas importantes e são freqüentemente utilizados, mas necessitam um bom suporte econômico e podem dificultar a logística do estudo³³.

No entanto, apesar da necessidade de uma análise cautelosa sobre os dados de prevalência disponíveis sobre a prática de AF, em virtude das diferenças já mencionadas, as evidências sobre os benefícios da AF à saúde para todas as faixas etárias são irrefutáveis.

Um exemplo de como a AF ganha destaque atual nas agendas de saúde está na relação estabelecida entre sedentarismo e algumas doenças não transmissíveis. A prática de AF atua como fator preventivo contra o estabelecimento de doenças como diabetes ^{4, 34}, hipertensão ^{4, 35}, osteoporose ^{4, 36}, doenças cardíacas ^{4, 37} e alguns tipos de câncer ^{4, 38}. A prática de AF ainda apresenta uma relação inversa com a mortalidade por todas as causas ³⁹⁻⁴¹ e é auxiliar no tratamento de diabetes ⁴² e hipertensão ³⁵.

Não obstante, além dos aspectos biológicos, a AF favorece a interação social. A socialização é relevante para um bom estado de saúde, especialmente quando se amplia à perspectiva do que é ser/estar saudável, isto é, a inter-relação de diversos fatores de natureza biológica, mental, social, cultural e econômica ⁴³.

1.2.2. Atividade física na população adulta

Apesar da ampla divulgação das vantagens de um estilo de vida ativo para a saúde, são ainda encontradas elevadas prevalências de sedentarismo na população adulta em diversos países. Dois estudos recentes chamam a atenção por sua abrangência e pelas elevadas taxas de inatividade física quando são avaliados os quatro domínios (ocupação, trabalho doméstico, deslocamento e lazer).

O estudo de Guthold *et al.* (2008) ⁶ considerou três possibilidades de desfecho (inatividade física): (a) a não realização na semana anterior ao inquérito de três ou mais dias de AF vigorosa por no mínimo 20 minutos por dia; (b) cinco ou mais dias de caminhada ou atividade moderada que durassem pelo menos 30 minutos por dia; e (c) cinco ou mais dias combinando

caminhada, AF vigorosa e moderada, de forma a atingir pelo menos 600 MET/minutos por semana. Os resultados ressaltaram uma prevalência de inatividade física de 17,7% (N=212.021) em adultos de 51 países, principalmente de baixa e média renda de todos os continentes.

Outra evidência mundial foi fornecida por um estudo envolvendo 20 países de diversas regiões geográficas. O inquérito, com objetivo semelhante ao anterior e com os mesmos pontos de corte, e abordagem de inatividade física, encontrou uma variação na prevalência de indivíduos fisicamente inativos de 9% a 43% ⁷. Os dados desses dois estudos possuem um potencial de comparabilidade importante. No entanto, as reflexões sobre características comuns aos países que tiveram maiores e menores prevalências de inatividade física foram superficiais ^{6, 7}. Em um deles, por exemplo, houve apenas a menção de que, provavelmente, os melhores padrões de AF ocorreram em virtude de alguns países apresentarem boa infra-estrutura física e cultura favorável para a prática de AF, e/ou por possuírem programas de AF disponíveis à população ⁷.

Dados do Brasil mostram que a prevalência de AF no lazer pode ser considerada baixa. O VIGITEL (2009) ⁸ encontrou uma frequência de AF suficiente de 16,4% nas 27 capitais estudadas. AF suficiente foi definida como a prática de pelo menos 30 minutos diários de AF de intensidade leve ou moderada em cinco ou mais dias da semana, ou a prática de pelo menos 20 minutos diários de AF de intensidade vigorosa, em três ou mais dias da semana. Outro panorama brasileiro foi fornecido pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) ⁴⁴, com dados de 15 capitais e do Distrito Federal, entre 2002-03. O estudo abordou a prática de AF no lazer, trabalho doméstico, ocupação e

deslocamento, considerando indivíduos insuficientemente ativos os que não atingiram o ponto de corte de cinco dias por semana de prática de AF e/ou 150 minutos totais por semana. A maior prevalência de indivíduos insuficientemente ativos residia em João Pessoa (54,5%) e na capital do Pará foi encontrada a maior prevalência de indivíduos fisicamente ativos (71,8%). Não foram observados padrões característicos nas freqüências de insuficientemente ativos entre as regiões; comparações entre as capitais e seus níveis de AF não foram exploradas ⁴⁴.

Analisando a AF no lazer entre adultos (≥ 20 anos), das regiões nordeste e sudeste do país, Monteiro e colegas (2003) ¹⁸ encontraram uma baixa prevalência de indivíduos ativos (3,3%), que relataram fazer pelo menos cinco vezes por semana e 30 minutos por dia de AF moderadas, ou pelo menos três vezes por semana e 20 minutos nesses dias de AF vigorosas.

Em Pelotas (RS), alguns estudos populacionais abordando a AF total e de lazer em adultos foram desenvolvidos nos últimos anos. Em adultos, as prevalências de inatividade física encontradas variaram no decorrer dos anos estudados (Quadro 1).

Quadro 1. Prevalências de atividade física e inatividade física em estudos realizados em Pelotas (RS), Brasil.*

Autores (ano)	Ano de coleta de dados	Desfecho Definição	População alvo	Domínios de AF investigados	Resultados Prevalências
Hallal <i>et al.</i> (2003) ⁴⁵	2002	<i>Inatividade física</i> - escore de prática de AF inferior a 150 min/semana	≥20 anos	Lazer, ocupação, trabalho doméstico e deslocamento	41,1%
Dias-da-Costa <i>et al.</i> (2005) ¹⁵	1999-2000	<i>Inatividade física</i> - gasto energético semanal inferior a 1.000kcal/semana	20-69 anos	Lazer	80,7%
Azevedo <i>et al.</i> (2007) ¹⁶	2003	<i>Sedentarismo</i> - escore de AF moderada e vigorosa inferior a 150 min/semana	≥20 anos	Lazer	66,9% em homens 78,0% em mulheres
Azevedo <i>et al.</i> (2008) ²⁹	2004-05	<i>Sedentarismo</i> - escore de AF moderada e vigorosa inferior a 150 min/semana	23 anos	Lazer	80,6% em mulheres 49,2% em homens
Knuth <i>et al.</i> (2009) ⁴⁶	2007	<i>Inatividade física</i> - escore de prática de AF inferior a 150 min/semana	≥20 anos	Lazer, ocupação, trabalho doméstico e deslocamento	52,0%

* Estudos publicados em revistas científicas indexadas.

Min = minutos

Estudos de tendência temporal da prática de AF vêm sendo desenvolvidos nos últimos anos e são de grande importância para a mensuração da evolução do nível de AF. Uma revisão sistemática sobre o tema, avaliando estudos publicados até 2007, ressaltou a necessidade do monitoramento desta prática em países de baixa e média renda. Apontou ainda

que a AF no lazer em adultos apresentou uma tendência de aumento nas últimas duas décadas, sendo que a AF ocupacional vem diminuindo há mais de três décadas ⁴⁷. Knuth *et al.* (2009) ⁴⁶ evidenciaram uma tendência de aumento na prevalência de AF insuficiente entre adultos (em todos os domínios), em Pelotas (RS), ou seja, a prevalência de inatividade física de 41,1%, em 2002, passou a ser de 52,0% em 2007.

A abordagem sobre os diversos fatores que interagem e influenciam o comportamento dos adultos é extremamente relevante em saúde pública. A compreensão dos determinantes da AF é fundamental para embasar novas estratégias de combate ao sedentarismo.

1.2.3. Determinantes da atividade física no lazer

Fatores econômicos, demográficos, sociais, psicológicos, culturais e ambientais são determinantes da prática de AF. Neste subitem serão abordados apenas alguns dos determinantes da AF no lazer relevantes para a investigação do suporte social, entre eles: demográficos, socioeconômicos e ambientais.

1.2.3.1. Determinantes demográficos

Os determinantes demográficos como sexo, cor da pele e idade estão consistentemente associados à prática de AF em adultos. Quando se compara os sexos, há uma importante diferença no comportamento social de mulheres e homens. Trabalhos nacionais ^{13, 14, 18, 48, 49} e internacionais ^{11, 12, 20, 50, 51}

demonstram que as mulheres tendem a ser mais sedentárias no lazer do que os homens.

Os dados de Pelotas (RS) também reproduzem esses achados. Ao fim de 1999 e princípio de 2000 foram encontradas prevalências de inatividade física de 89,4% entre as mulheres e de 69,1% entre os homens no município ¹⁵. Em 2009, Azevedo e colegas (2007) ¹⁶ mostraram que no lazer os homens foram mais ativos (33,1%) do que as mulheres (22,0%).

Em estudos que investigam apenas o lazer, em distintos locais do mundo, esta associação também foi reiterada ^{13, 52-54}. Todavia, quando se analisa a AF total, incluindo os quatro domínios, as diferenças estatisticamente significativas entre os sexos desaparecem ⁴⁵. A análise sobre estas diferenças ainda não se esgotou, visto que muitos determinantes agem de maneira distinta em homens e mulheres.

No que tange a cor da pele há controvérsias quanto a sua associação com AF. Estudos realizados nos Estados Unidos, que geralmente classificam os indivíduos por raça/etnia, apontaram uma maior prevalência de AF entre os de raça branca quando comparados aos de raça negra e aos descendentes de hispânicos ^{17, 51}. Achado semelhante foi apontado por Trost *et al.* (2002) ⁹ ao revisarem os determinantes de AF no lazer em estudos realizados em diferentes partes do mundo. Os resultados evidenciaram uma relação negativa entre AF e cor da pele não-branca.

Um estudo proposto por He e Backer (2005) ⁵⁵ mostrou que os indivíduos com cor da pele branca foram mais ativos no lazer do que os de cor não-branca. Quando a avaliação foi realizada para as AF laborais, essa

associação se inverteu, porém nas análises sobre o escore total de AF a associação entre cor da pele e o nível de AF desapareceu ⁵⁵.

Em Pelotas (RS), em estudos de base populacional com adultos, a cor da pele apresentou diferentes resultados. Nos dois estudos que investigaram AF de lazer ^{15, 16} e no que abordou escore de AF total ⁴⁵ não foi encontrada qualquer associação entre cor da pele e nível de AF. Todavia, outro estudo pelotense que analisou fatores associados ao sedentarismo em indivíduos com 23 anos, pertencentes a uma coorte de nascimentos, mostrou que àqueles que se declararam com cor da pele branca apresentaram maior risco para o sedentarismo se comparados àqueles de cor da pele não branca ²⁹.

Considerando idade e AF, os trabalhos apontam, em geral, a existência de uma associação negativa entre ambas. A população com idade mais elevada tornou-se um grupo de risco para o sedentarismo (a partir dos 30 anos). Quanto maior a faixa etária, maior tem sido a prevalência de sedentarismo encontrada ^{6, 9-11, 15, 16, 45}. Os relatórios do VIGITEL, entre 2006–2008, destacaram um aumento do nível de AF entre os brasileiros homens adultos (>54 anos), enquanto que entre as mulheres os valores mais baixos de AF foram encontrados em idades extremas, dos 18-24 anos e após 65 anos ^{8, 56, 57}.

Apesar da crescente produção científica na área de AF nos últimos anos, ainda é importante acompanhar as mudanças e tendências da AF entre homens e mulheres em diferentes faixas etárias, evidenciando mudanças de comportamento e compreendendo os distintos reflexos das características demográficas na sua prática.

1.2.3.2. Determinantes socioeconômicos

As investigações sobre o nível socioeconômico, renda salarial, escolaridade e AF no lazer demonstram a existência de uma associação positiva entre estas variáveis ^{15, 17-19}. Revisões sistemáticas também ressaltaram esses achados ^{9, 10}.

No município de Pelotas, estas evidências foram do mesmo modo apontadas, especialmente no que se refere à escolaridade e ao nível socioeconômico. Indivíduos com baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico tiveram maior nível de sedentarismo no lazer do que aqueles com alta escolaridade e alto nível socioeconômico ^{15, 16, 58}. Del Duca e colaboradores ⁵⁸, ao investigarem a associação do nível socioeconômico com a inatividade física (ausência total de AF em cada domínio), evidenciaram entre os homens uma relação direta do nível econômico com a inatividade física de ocupação, trabalho doméstico e deslocamento. Entre as mulheres os mesmos resultados foram encontrados referentes à inatividade física de trabalho doméstico e deslocamento ⁵⁸.

Outro determinante socioeconômico importante para o estudo da AF no lazer é a situação conjugal/marital. Alguns estudos apresentaram associação positiva para quem coabita com companheiro(a) e outros evidenciaram associações negativas ⁹. King *et al.* (1998) ⁵⁹, por exemplo, examinaram os efeitos de transições de situações conjugais em uma coorte, de ambos os sexos, e concluíram que a transição da condição de solteiro para casado resultou em um aumento estatisticamente significativo da AF. A transição contrária, de casado para solteiro, não influenciou na AF dos indivíduos.

As influências destas variáveis para a prática de AF também informam, direta ou indiretamente, sobre alguns mediadores responsáveis pela escolha/decisão dos indivíduos.

1.2.3.3. Determinantes ambientais

O ambiente onde as pessoas vivem amplia a discussão sobre os determinantes da AF no lazer, que tem recebido atenção crescente da comunidade científica ⁶⁰. Existem evidências de que vários aspectos do ambiente físico e social são determinantes da AF e que variam de acordo com as características socioeconômicas e culturais da população.

Questões ambientais podem ser avaliadas através de diferentes abordagens, podendo o ambiente ser captado de forma objetiva ou auto-percebida. Humpel e colaboradores (2002) ⁶¹ encontraram associações diretas e estatisticamente significativas para a prática de AF com relação a: acesso a facilidades/conveniências; oportunidades para a prática de AF (parques e praias, clubes e ciclovias próximos ao local de moradia) e atributos estéticos do ambiente físico (cenários considerados agradáveis para a prática de AF e contato com a natureza). Fatores como clima e segurança no ambiente, em geral, não mostraram associações estatisticamente consistentes com a prática de AF ⁶¹. As evidências sobre segurança possivelmente não foram consolidadas nesta revisão, pois a maioria dos estudos foi desenvolvida em países ou cidades com baixos níveis de violência ⁶¹.

Outra revisão sobre os determinantes da AF, abordando tanto o ambiente social quanto o físico, demonstrou que, embora existam muitas diferenças em relação à magnitude e à direção da associação, os fatores

ambientais são importantes para a prática de AF ⁹. As áreas verdes são bastante valorizadas em cidades onde há poucos lugares adequados para tal tipo de prática. Um estudo, realizado em uma cidade do sul do Brasil, mostrou que a percepção dos indivíduos de morar em lugares próximos a áreas verdes, assim como em áreas com baixos índices de criminalidade, esteve positivamente associado à prática de AF ⁶².

O nível individual (equipamentos para se exercitar em casa, acesso a bens e satisfação com seu nível de vida) e o nível comunitário (vizinhança segura e um cenário agradável) são dimensões igualmente importantes nas análises sobre a AF no lazer ⁹.

A existência de diferentes posições conceituais também é notória quanto ao ambiente social. Contudo, há consenso de que o ambiente social tem um papel significativo na determinação de vários comportamentos com desfechos positivos ou negativos em saúde. O apoio ou a promoção do ambiente social para o desenvolvimento de hábitos e de estilos de vida saudáveis têm sido uma estratégia de prevenção adotada em diferentes áreas da saúde pública. Este modelo pressupõe que mudanças positivas no ambiente social podem afetar o comportamento dos indivíduos ²¹.

Apoiar mudanças de comportamento e verificar, especificamente, sua influência sobre a prática de AF, estimulou pesquisadores a investigar a relação entre o ambiente social e o comportamento. Como e quanto o ambiente influencia na prática de AF tem sido um desafio que aos poucos começa a ser respondido.

McNeill e colegas (2006) ²¹ revisaram conceitos e evidências sobre a ligação entre ambiente social e a AF, ressaltando três grandes categorias de

análise, quais sejam: relações interpessoais (suporte social e rede social), iniquidades sociais (posição socioeconômica, iniquidade de renda e discriminação racial) e características comunitárias (coesão social e capital social). Em síntese, para eles, estar integrado socialmente e engajado em uma comunidade traz resultados benéficos ao bem-estar dos indivíduos. Com grande potencial para intervenções factíveis, as relações interpessoais recebem atenção especial neste cenário. Teorias psicológicas, como a Teoria do Comportamento Planejado ^{65, 66} e a Teoria Social Cognitiva ⁶⁷, fornecem embasamento para explorar a mudança de comportamento dos indivíduos frente ao tipo de suporte social que as pessoas recebem e a sua rede social.

Neste projeto, o ambiente social percebido e entendido será avaliado como um conjunto de incentivos e possibilidades ofertadas por amigos e familiares para a prática de AF.

1.2.4. Suporte social

O suporte social enfatiza a necessidade de discutir o comportamento em múltiplos níveis de influências ²¹. A teoria que o sustenta é a Teoria Cognitiva Social, a qual aprimorou alguns conceitos da Teoria da Aprendizagem Social e preconiza a importância de fatores individuais e ambientais na determinação do comportamento dos indivíduos em todos os aspectos e simultaneamente ^{21, 67, 68}. Esse pressuposto concentra-se na observação do comportamento dos indivíduos quando em interação e seu grande foco está no papel do reforço para a obtenção e modificação dos comportamentos. Sendo assim, um indivíduo pode adquirir um novo comportamento e aprender socialmente a partir da observação da experiência do comportamento de outros, da

socialização e de um conjunto de instruções ofertadas a ele. Entretanto, nem todo comportamento se modifica por observação dos modelos, embora algum efeito ele possa produzir. A Teoria parte do pressuposto de que é fundamental que os sujeitos recebam estímulos para que o comportamento mude. Conseqüentemente, ao modificar sua conduta, o indivíduo antecipa o mesmo apoio por se comportar da mesma maneira, ou seja, ele passa a ter um comportamento também relevante para outros. A aprendizagem por modelos depende, portanto, de alguns fatores, como a motivação pessoal, a influência da figura modelo e as expectativas frente à execução do comportamento observado. Segundo Bandura (1986) ⁶⁷, as pessoas emocionalmente mais próximas são figuras modelos de conduta destes comportamentos. Neste sentido, o suporte social de amigos e de familiares para práticas saudáveis pode ser um preditor importante de mudanças de hábitos.

Enquanto rede social, da forma como tem sido trabalhada nesta área, refere-se a números de contatos e à freqüência desses contatos com amigos e familiares ⁶⁹, o suporte social, geralmente, é definido como recursos materiais e/ou emocionais fornecidos por outras pessoas para a completa execução de alguma ação, plano ou atividade ^{21, 23}.

Na área de AF, é no final da década de 80 que a definição de suporte social aparece consistentemente na produção científica. Um dos primeiros estudos publicados sobre este tema objetivou desenvolver uma escala de suporte social para dieta e AF ²². Na época, o suporte social oferecia importantes indícios para a mudança de comportamento em alguns desfechos em saúde, como em estudos sobre a aderência a tratamentos médicos e no combate ao tabagismo. Sallis (1987) ²², um dos primeiros a investigar o tema,

considera que os incentivos que ajudam os indivíduos a alcançarem determinados objetivos conformam o suporte social. Outras definições consideram ainda o suporte social como a percepção do sujeito sobre a atitude executada por alguém, de forma que o indivíduo acredite ser estimado, valorizado e pertencente a uma rede de comunicação e de obrigação mútua (Cobb, 1976 *apud* Stansfeld, 2006, p. 148) ⁶⁹.

No campo da saúde, investigações sobre tratamento de morbididades ⁷⁰⁻⁷⁴, auto-percepção de saúde ⁷⁵ e fatores de riscos para doenças crônicas não transmissíveis ⁷⁶⁻⁸² incorporaram o suporte social em suas análises e consideraram os dois pontos de vista explicitados das definições do termo. Assim como ocorre com a mensuração de AF, as várias possibilidades de coleta e exame do suporte social têm dificultado a comparabilidade entre estudos e a interpretação das evidências sobre a associação deste com o desenvolvimento de comportamentos saudáveis ^{21, 69, 83}. Entre as diferentes abordagens, encontram-se, principalmente, domínios do suporte social que podem ser mensurados.

1.2.4.1. Domínios do suporte social

Estudos têm optado por realizar uma divisão mais específica nos tipos de suporte social, caracterizando os diferentes domínios que o compõe. Existe certa variabilidade nestas divisões e definições. Por exemplo, Stansfeld (2006) ⁶⁹ classificou e investigou o suporte social em apenas dois domínios: prático/instrumental e emocional. O suporte prático/instrumental pode ser identificado através das ajudas práticas (transporte) e de apoio financeiro (custeio do clube ou academia). O suporte emocional é avaliado considerando

dois outros aspectos/suportes: 1) informacional, isto é, quando indivíduos da sua rede social fornecem informações que podem ajudá-lo na resolução de determinados problemas, e 2) auto-avaliação, incentivo a uma auto-avaliação positiva interferindo na auto-estima individual. Esta divisão, apesar de relevante, não é a única ou a mais freqüentemente utilizada nos vários desfechos estudados contemplando o suporte social entre as exposições.

Uma classificação mais detalhada na literatura divide o suporte social em quatro domínios: emocional, informacional, instrumental e suporte avaliativo.

O suporte social emocional contempla o quanto os indivíduos são acompanhados ou encorajados a mudar seu comportamento pelas pessoas que pertencem à rede social que os cercam ^{64, 70, 84, 85}. O domínio informacional pontua se a rede social do indivíduo informou a ele sobre os benefícios de uma determinada mudança de comportamento, como, por exemplo, a informação sobre os benefícios de uma dieta adequada e da prática de AF regular para a saúde ^{64, 70, 84, 85}. Os aspectos financeiros e logísticos do suporte social são captados pelo domínio instrumental, também chamado de suporte prático ou tangível. Este domínio caracteriza-se pelas ajudas práticas, igualmente como definiu Stansfeld (2006) ^{64, 70, 84, 85}. O suporte avaliativo aborda a capacidade do indivíduo de motivar-se e de mudar seu comportamento após refletir sobre seu comportamento ao observar o de outra pessoa ^{70, 84, 85}.

Revisando os determinantes do ambiente social para a AF em mulheres, Vrazel *et al.* (2008) ⁶⁴ categorizaram suas evidências sobre o suporte social em três domínios: emocional, tangível e informacional. Os autores avaliaram também estudos que não distinguem os diferentes domínios de suporte social

por considerarem que existe uma constante interação entre os diferentes suportes ofertados. Por outro lado, adequar o estudo do tipo de suporte oferecido às características da população e do ambiente (onde ele está sendo realizado) faz com que alguns autores avaliem apenas domínios específicos, como o suporte social de cunho emocional ^{70, 75} e os domínios informacionais ou instrumentais ⁸⁵.

Além da necessidade de explorar os diferentes domínios de suporte social, é importante analisar e distinguir quem os fornece. Ele pode ser dado pela família ou pela rede de amigos e os estudos são realizados repetidamente destacando as fontes específicas. Os resultados mostram que a relação de proximidade de quem dá o suporte social potencializa a mudança de comportamento do indivíduo que o recebe ^{69, 86}. Além disso, a percepção de satisfação de quem o recebe, embora de difícil mensuração, é outro fator determinante para sua efetividade ^{72, 87, 88}.

1.2.4.2. Suporte social e AF: seus determinantes

Embora pesquisas sobre AF tendam a focar seus determinantes nos indivíduos ²¹, existem dados evidenciando que as atuações em saúde pública para a promoção da AF devem ser dirigidas a fatores que podem ser modificáveis no ambiente social ⁸⁹. Sendo assim, conhecer quais são os aspectos sociais e/ou psicossociais que podem promover mudanças no comportamento é de extrema relevância para a promoção da saúde ^{21, 90}.

Apesar de o suporte social ser incorporado em pesquisas na área de AF há anos, as divergências na literatura sobre a forma como as análises são/deveriam ser realizadas ainda existem. Alguns autores o incluem como

uma variável ambiental, considerando o ambiente percebido^{63, 64, 91}, outros o classificam como variável social ou psicossocial⁹²⁻⁹⁵ por estar avaliando o papel da rede social na determinação do comportamento.

Enquanto variável social, o suporte social freqüentemente é vinculado a modelos teóricos desenvolvidos para explicar a determinação do comportamento ativo. Nestes modelos, incorporam-se um conjunto de determinantes que interagem em todos os níveis, podendo incluir variáveis como sexo, cor da pele/raça, renda, educação, atributos ambientais e variáveis sociais (auto-eficácia, auto-regulação e expectativa de resultados)⁹⁶⁻⁹⁸.

Abordado como variável psicossocial ou como do ambiente social, o suporte social nos seus diferentes domínios, em distintas populações, está associado à AF. Vrazel *et al.* (2008)⁶⁴ evidenciaram a influência dos suportes emocional, informacional e tangível na prática de AF em mulheres adultas. Muitos estudos sobre o tema abordaram também crianças e adolescentes^{92, 99-101}. Assim como as mulheres, estas duas fases da vida são consideradas de risco para o sedentarismo. Revisando a literatura sobre determinantes da AF, especificamente entre crianças e adolescentes, Sallis e colaboradores (2000)¹⁰² não encontraram evidências contundentes para a associação entre suporte social e AF entre crianças, enquanto resultados importantes foram mostrados para os adolescentes. Neste último grupo, o suporte social dos pais ou de outras pessoas próximas elevou os níveis de AF dos jovens¹⁰².

O suporte social para AF também tem sido avaliado em indivíduos doentes, cuja AF é auxiliar no tratamento. Estudos em portadores de diabetes, hipertensão arterial e incapacidades mentais revelam que aqueles que

receberam suporte social tornaram-se mais ativos fisicamente do que os que não receberam suporte social^{81, 103, 104}.

Para adultos, a prática de AF apresenta uma forte associação com o suporte social na maioria dos estudos¹⁰⁵. Na literatura mais recente, as evidências desta associação são reiteradas. A revisão sistemática de Trost *et al.* (2002)⁹ mostrou que todos os estudos que avaliaram o suporte social apresentaram uma associação positiva e estatisticamente significativa com a AF. Outra revisão com os mesmos objetivos, privilegiando a população adulta, encontrou associações positivas entre o suporte social e a AF, ressaltando ainda que as evidências são mais claras entre as mulheres do que entre os homens⁶³.

O Center for Disease Control and Prevention elaborou um guia comunitário de serviços preventivos (Guide to Community Preventive Services), no qual afirma que o suporte social aumenta os níveis de prática de AF e, ainda, que a rede de amigos, a participação em grupos de caminhadas e os exercícios, quando executados com outras pessoas, aumentam o tempo destinado ao exercício físico e à frequência em cada indivíduo²⁵. O Guide to Community Preventive Services pontua o suporte social como uma das quatro recomendações atuais para fundamentar programas de intervenção comunitária de promoção da AF²⁶.

Diante dos dados, nota-se que uma das maiores limitações sobre o tema refere-se à falta de investigações sobre a influência do suporte social em indivíduos de países de média e baixa renda. No Brasil, até o presente momento, foram realizados poucos estudos com grupos específicos de adolescentes sobre a associação entre suporte social e AF^{68, 92, 107}. Entre eles,

salienta-se a existência de um estudo de validação de uma escala de suporte social para essa faixa etária ⁹². Tal escala foi utilizada também em uma pesquisa, aplicada a estudantes de uma escola federal e residentes em um município da região sul do Brasil, com o objetivo de investigar o tema frente aos estágios de mudança de comportamento relacionados ao exercício físico. Seus resultados evidenciaram que o suporte social de familiares foi preditor da mudança de comportamento apenas entre os adolescentes homens ⁶⁸.

Entre adultos, um estudo (não publicado) foi realizado em Pelotas (RS), município do Sul do país. Amorim e colaboradores (2009) evidenciaram que indivíduos que afirmaram receber incentivo ou convite de familiares e/ou amigos à prática de AF eram significativamente mais ativos do que o grupo de comparação, que não recebiam convites e incentivos. Os autores ressaltaram que a associação estatística apresentou maior magnitude entre os homens ¹⁰⁸.

Apesar de serem estudos importantes, em AF o tema permanece pouco explorado com instrumentos adequados e validados em diferentes realidades nacionais. Não obstante, mesmo com a diversidade de metodologias e resultados, o suporte social tem seu valor reconhecido como determinante passível de intervenção para promoção ou manutenção de um estilo de vida ativo.

1.3. Justificativa

Com todas as evidências já consolidadas sobre os benefícios da prática regular de AF para a saúde dos indivíduos, torna-se fundamental que o sedentarismo seja tratado como um problema de saúde pública pelos gestores e profissionais da área da saúde. As informações sobre as conseqüências do

sedentarismo ou dos benefícios da AF têm sido amplamente difundidas nos últimos anos, mas essa divulgação não garante a adesão à prática de AF ^{109, 110}. A escolha de quais hábitos adotar é influenciada por determinantes (sociais, econômicos, emocionais) que podem dificultar ou facilitar essa iniciativa. Neste sentido, a investigação sobre suporte social para a prática de AF se consolida por seus achados e pelo seu potencial de mudança positiva de comportamento, como mencionado nos estudos já citados ^{9, 25, 63, 64, 88, 105}.

As evidências da associação entre o suporte social e a prática de AF são claras apenas em países de alta renda. No Brasil, embora a produção de conhecimento na área de AF seja crescente, os estudos não abordam consistentemente a influência do ambiente social na prática de AF, deixando em aberto algumas discussões sobre os seus determinantes.

Contudo, estratégias de promoção da saúde, fomentando hábitos de vida saudáveis, dependem de um bom entendimento dos fatores que realmente influenciam os indivíduos ^{88, 111}. Os níveis de AF no lazer são extremamente baixos no Brasil e as diferenças regionais, culturais e logísticas (como acesso ao lazer ativo) podem inviabilizar ou potencializar a efetividade do suporte social para estes níveis, tornando esta uma investigação de relevância para o planejamento e a realização de futuras intervenções em saúde, especialmente em adultos.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo geral

Avaliar a associação entre suporte social e a prática de AF suficiente no lazer.

1.4.2. Objetivos específicos

1. Determinar a prevalência de prática de AF suficiente no lazer;
2. Identificar o suporte social de amigos e de familiares para a prática de AF a partir do incentivo, convite e prática conjunta;
3. Descrever o suporte social para a prática de AF segundo as seguintes variáveis:
 - i. Demográficas: sexo, idade e cor da pele;
 - ii. Socioeconômicas: nível econômico, escolaridade e situação conjugal;
4. Verificar a associação entre suporte social de amigos e de familiares com a prática de caminhada;
5. Verificar a associação entre suporte social de amigos e de familiares e prática de AF moderada e vigorosa;
6. Explorar a associação entre suporte social geral de amigos e familiares e o nível de AF suficiente dos indivíduos no lazer;
7. Verificar a associação entre suporte social de amigos e de familiares e o nível de AF suficiente conforme o sexo;

8. Comparar a magnitude da associação entre o suporte social de amigos e de familiares para a caminhada e outras AF moderadas e vigorosas no lazer.

1.5. Hipóteses

- A prevalência de AF suficiente no lazer será de aproximadamente 30%;
- Terão maior suporte social de amigos e de familiares para a prática de AF: homens, indivíduos com cor da pele branca, não coabitam com companheiro, pertencentes aos estratos socioeconômicos A e B, e com maior grau de escolaridade;
- Suporte social de amigos será mais acentuado entre os mais jovens, enquanto que o suporte social de familiares será mais acentuado entre os mais velhos;
- Suporte social de amigos e de familiares estará positivamente associado à prática de caminhada, AF moderada e vigorosa e AF suficiente;
- A magnitude da associação entre suporte social de amigos e de familiares e AF suficiente será maior no grupo masculino.
- A magnitude da associação entre suporte social de amigos e de familiares e a prática de AF moderada e vigorosa será maior se comparada à associação entre suporte social de amigos e de familiares e a prática de caminhada.

1.6. Metodologia

1.6.1. Delineamento

O estudo será desenvolvido com delineamento transversal, de base populacional, na zona urbana da cidade de Pelotas (RS). A utilização do delineamento transversal, além de produzir um bom retrato da situação de saúde em um determinado tempo e população, é uma opção de pesquisa de relativo baixo custo e rapidez. Justifica-se também por ser a estratégia de coleta de dados em consórcio adotada pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia/UFPel ¹¹².

Neste estudo, o delineamento permitirá analisar as possíveis associações entre suporte social e AF em uma amostra representativa da cidade de Pelotas (RS), sendo capaz de responder aos objetivos propostos no presente estudo. Limitações referentes à temporalidade e causalidade das associações são expostas no item 6.13.

1.6.2. População-alvo

A população-alvo do presente estudo serão todos indivíduos residentes na zona urbana do município de Pelotas (RS), que possuam idade de 20 anos ou mais.

1.6.3. Amostragem

O processo de amostragem será realizado em múltiplos estágios, tendo os setores censitários delimitados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como unidades amostrais primárias. Serão selecionados, de

forma sistemática, alguns domicílios em cada setor censitário amostrado e, nos domicílios sorteados, todos os indivíduos na faixa etária do estudo serão elegíveis. Maiores detalhes sobre o processo de amostragem serão definidos posteriormente.

1.6.4. Cálculo de tamanho da amostra

O cálculo de tamanho de amostra para a prevalência de AF foi baseado em um nível de confiança de 95%, margem de erro tolerada de três pontos percentuais para mais e menos, e uma prevalência de AF no lazer estimada em 30%. Adicionando 10% para perdas e recusas, e considerando um efeito de delineamento para o desfecho de 2,0, seriam necessários para o estudo 1.967 indivíduos.

Para o cálculo de tamanho de amostra necessário para mensurar a associação entre os desfechos e suas respectivas variáveis de exposição, utilizar-se-á um nível de confiança de 95% e um poder de 80%. O presente cálculo se aplica tanto para o suporte social de amigos quanto para o de familiares. Cabe destacar que as variáveis de exposição (suporte social) serão construídas segundo o tercil do escore de cada uma, explicando a frequência da exposição de 33% (tercil superior). Além disso, os cálculos abaixo se referem tanto às associações específicas: a) suporte social para caminhadas e a prática desta AF no lazer (sim/não); b) suporte social para AF moderadas e vigorosas e a prática destas atividades (sim/não); quanto para uma associação global: c) suporte social geral e o nível de AF suficiente no lazer. Informações resumidas sobre o cálculo de amostra são apresentadas na Tabela

Tabela 1. Cálculo do tamanho da amostra para as associações.

Exposição / Desfecho	Freqüência da exposição na população	Prevalência de desfecho entre os expostos	Prevalência de desfecho entre os não expostos	Razão de prevalência s	N Sub-total	N Total*
Suporte social para caminhada / Caminhada (≥1 dia/semana)	33%	35%	25%	1,4	776	1.940
Suporte social para outras AF / AF moderada ou vigorosa (≥1 dia/semana)	33 %	40%	24%	1,8	294	735
Suporte social total / AF total (≥150 minutos/semana)	33 %	38%	25%	1,5	506	1.265

* Resultados acrescidos de 10% para perdas e recusas, 15% controle de fatores de confusão e considerando um efeito de delineamento de 2,0.

1.6.5. Critérios de inclusão e exclusão

Serão entrevistados os indivíduos com idade entre 20 anos ou mais que residem no município de Pelotas (RS). Os critérios de exclusão adotados neste estudo serão: apresentar incapacidade mental para responder o questionário, estar institucionalizado em instituições de longa permanência e portar alguma deficiência física que impossibilite o indivíduo de praticar qualquer AF (tetraplegia, paralisia cerebral, entre outras).

1.6.6. Instrumentos de coleta de dados

1.6.6.1. Atividade física no lazer

A prática de AF será mensurada por meio do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), disponível em www.ipaq.ki.se. Este instrumento foi desenvolvido com questões que abordam as AF em diferentes ocasiões do cotidiano como lazer, ocupação, trabalho doméstico e deslocamento e permite também avaliações em domínios específicos ¹¹³. Neste estudo será utilizada apenas a seção de lazer (ANEXO 1), a qual contém informações sobre caminhadas e AF moderadas e vigorosas, fornecendo uma estimativa do nível de AF dos indivíduos de acordo com as recomendações atuais ²⁸.

1.6.6.2. Suporte social

Para a investigação do suporte social será aplicado um instrumento (em processo de validação) desenvolvido e utilizado pelo Grupo de Pesquisa em Atividade Física e Qualidade de Vida (GPAQ), sob coordenação do professor Dr. Rodrigo Siqueira Reis, vinculado à Universidade Federal do Paraná. Este questionário contém um total de 12 questões divididas em duas seções: suporte social de amigos e de familiares. Cada seção é composta por seis perguntas que abordam o incentivo, o convite e a prática conjunta de AF (ANEXO 2).

1.6.6.3. Variáveis demográficas e socioeconômicas

As informações demográficas como sexo, idade, cor da pele e características socioeconômicas como escolaridade e situação conjugal serão coletadas através de um questionário pré-testado e pré-codificado, enquanto que o nível econômico será acessado através de um questionário padronizado pela ABEP (Associação Brasileira de Estudos Populacionais - www.abep.org.br).

1.6.7. Definições operacionais

1.6.7.1. Definição operacional do desfecho

Atividade física suficiente para a obtenção de benefícios para a saúde: Para a verificação do nível de AF serão utilizadas as questões referentes às AF no lazer presentes no Questionário Internacional de Atividade Física – versão longa ¹¹³. Serão considerados suficientemente ativos aqueles indivíduos que alcançarem escore igual ou superior a 150 minutos na última semana, incluindo AF moderadas e vigorosas. O tempo gasto com atividades vigorosas deve ser multiplicado por dois ¹¹³.

Análises complementares serão realizadas considerando enquanto desfecho a prática de caminhada e outras AF, independente da frequência e duração.

1.6.7.2. Definição operacional da exposição

Suporte social para atividade física: O suporte social é definido como os recursos materiais e/ou emocionais fornecidos por outras pessoas para a

completa execução de alguma ação, plano ou atividade^{21, 23}. Neste estudo, será considerado suporte social o relato dos indivíduos de ter, nos últimos três meses:

- 1) Recebido incentivo de amigos e/ou familiares à prática de caminhadas e/ou AF moderadas e vigorosas;
- 2) Sido convidado por amigos e/ou familiares para caminhadas e/ou para fazer AF moderadas e vigorosas;
- 3) Praticado caminhadas e/ou AF moderadas e vigorosas com amigos e/ou familiares.

O questionário original divide-se em seis perguntas referentes ao suporte social de familiares e seis relativas ao suporte social de amigos (ANEXO 2). Cada seção do questionário (amigos ou familiares) é constituída por dois blocos, um com três perguntas sobre o suporte social para a prática da caminhada e outro com três referentes à prática de AF moderadas e vigorosas. Todas as questões possuem três opções de resposta (nunca, às vezes e sempre). Cada resposta tem uma pontuação que varia de zero (nunca) a dois (sempre). Para complementar a operacionalização desta variável, será construído um escore de zero a seis pontos para cada bloco a partir do qual será avaliado o suporte social para a caminhada e para outras AF. Um escore único para cada seção, que poderá variar de zero a 12 pontos, informará o suporte social global para cada fonte (amigos ou familiares), sendo posteriormente analisado segundo a divisão dos grupos em tercils desta variável, onde o grupo exposto será definido pelos indivíduos pertencentes ao tercil superior. Por fim, um escore global de suporte social (zero a 24 pontos)

incluindo o suporte de amigos e familiares conjuntamente será construído e também operacionalizado em tercils, sendo novamente o tercil superior aquele considerado como o grupo exposto.

1.6.7.3. Quadro de variáveis complementares

A definição operacional das variáveis complementares está contemplada no Quadro 2.

Quadro 2. Definição das variáveis a serem utilizadas nas análises.

Variável	Definição operacional	Tipo de Variável
Idade*	Anos completos de vida	Categórica ordinal
Sexo	Masculino ou feminino	Categórica binária
Cor da pele	Branco ou não branco	Categórica binária
Nível econômico (ABEP)	5 níveis econômicos: A, B, C, D e E	Categórica ordinal
Escolaridade*	Anos completos de estudo	Categórica ordinal
Situação Conjugal	Com companheiro atual Sem companheiro atual	Categórica binária

* Variáveis que serão posteriormente categorizadas.

1.6.8. Seleção e treinamento dos entrevistadores

Serão selecionadas entrevistadoras que preencham a, pelo menos, dois critérios: 18 anos de idade e ensino médio completo. O processo de seleção contará com avaliação curricular, entrevistas e prova teórica.

As candidatas inicialmente selecionadas participarão de um treinamento específico, que incluirá leitura e discussão dos instrumentos a serem aplicados. Além de treinamento para a utilização do computador portátil (Personal Digital Assistants – PDA).

O estudo piloto corresponderá à última fase do treinamento das entrevistadoras, que ocorrerá sob a supervisão dos mestrandos. Nesta etapa do processo final de construção do instrumento, serão realizadas as últimas avaliações e testagens em situação real de trabalho de campo. As melhores entrevistadoras serão convidadas para dar início à coleta de dados para a elaboração dos estudos. Sendo possível, haverá entrevistadoras suplentes.

1.6.9. Logística

A supervisão do andamento do trabalho de campo será exercida pelos mestrandos do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Serão agendadas reuniões periódicas entre os mestrandos e as entrevistadoras com o objetivo de esclarecer dúvidas, pontuar as recusas, suprimento de material, revisão dos questionários e quaisquer outras circunstâncias referentes ao trabalho de campo.

1.6.10. Controle de qualidade

O controle de qualidade será realizado pelos alunos mestrandos, com re-visita de 10% dos domicílios, sorteados aleatoriamente, com aplicação de

um questionário reduzido para a verificação de possíveis erros ou respostas falsas.

1.6.11. Modelo de análise

Figura 1. Modelo hierárquico de análise.



1.6.12. Análise dos dados

Serão desenvolvidas análises descritivas exploratórias que caracterizarão o desfecho e o suporte social de amigos e/ou de familiares. Igualmente serão demonstradas as características demográficas e socioeconômicas da população estudada. Para as variáveis contínuas serão calculadas as medidas de tendência central e de dispersão, e para variáveis categóricas as respectivas proporções.

Para as análises bivariadas, cujo desfecho será o nível de AF suficiente no lazer e a exposição suporte social de amigos e/ou de familiares, será

utilizado o teste de Qui-quadrado para heterogeneidade e tendência linear quando a variável independente for ordinal.

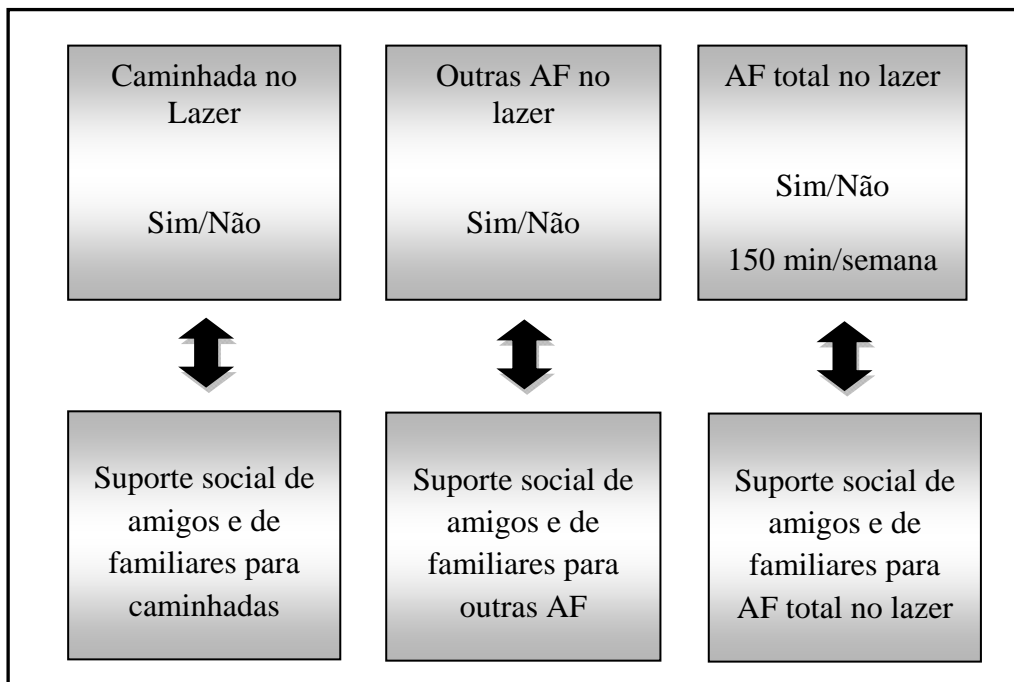
Nas análises ajustadas, será utilizada a regressão de Poisson com ajuste robusto da variância. A associação principal do estudo será ajustada para as variáveis demográficas e socioeconômicas, conforme modelo de análise (Figura 1). Em todas as análises será considerado o efeito do delineamento amostral por conglomerados.

A análise de associação entre suporte social e prática de AF no lazer será dividida em etapas (Figura 2). Primeiramente, o suporte social de amigos e de familiares para caminhada no lazer será associado à prática de caminhada (sim/não).

Outra análise utilizará como desfecho a prática de outras AF no lazer com intensidade moderada e/ou vigorosa (sim/não), a qual será associada ao suporte social de amigos e de familiares para estas AF no lazer.

Por fim, AF suficiente total no lazer será associada com suporte social de amigos e de familiares, tendo como desfechos a prática de AF no lazer (sim/não) e a AF suficiente.

Figura 2. Análises propostas para associação entre suporte social e



1.6.13. Limitações do estudo

Em decorrência do delineamento transversal, cujas potencialidades já foram citadas anteriormente, o estudo apresenta uma limitação metodológica importante. No estudo transversal as informações sobre exposição e desfecho são coletadas ao mesmo tempo, inviabilizando o conhecimento de qual fator precede o outro. Portanto, a ocorrência de causalidade reversa, caracterizada por mudanças na exposição (suporte social para AF) em virtude do desfecho (AF suficiente), deverá ser considerada nas análises e discutida no artigo. O fato de o indivíduo ser fisicamente ativo pode levá-lo a estender sua rede social de amigos e, conseqüentemente, a receber maiores níveis de suporte social para a prática de AF. Todavia, independente da temporalidade da associação entre suporte social e AF, o interesse do estudo encontra-se, principalmente, na magnitude das associações.

Outra possível limitação refere-se ao instrumento de pesquisa utilizado para mensurar a exposição de interesse (suporte social para AF). Embora o questionário apresente a possibilidade de distinguir suporte social para caminhadas do suporte social para outras AF, o mesmo não é capaz de diferenciar o suporte social entre AF moderadas e vigorosas, limitando análises e interpretações detalhadas deste potencial determinante da AF entre os adultos em estudo.

1.6.14. Aspectos éticos

O estudo será submetido à Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Os princípios éticos também serão resguardados aos entrevistados, através de (1) obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por escrito; (2) garantia do direito de não-participação na pesquisa e (3) sigilo acerca das informações fornecidas.

Os resultados do presente estudo serão divulgados das seguintes formas:

- a. Apresentação do volume final da dissertação, necessária à obtenção do título de Mestre em Epidemiologia pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFPel;
- b. Sumário dos principais achados do estudo para a imprensa local;
- c. Artigo(s) para publicação(s) em revista(s) científica(s) indexada(s) e com corpo editorial.

1.6.15. Financiamento

Este estudo será realizado com recursos do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFPEL e dos alunos mestrandos da turma de 2009.

1.7. Cronograma

A duração do estudo deverá ser de no máximo 21 meses. A fase de coleta de dados deverá durar três meses. A análise e a redação do volume final deverão durar cerca de sete meses. A defesa da dissertação está programada para ocorrer até novembro de 2010.

Etapas	Meses/ano 2009									Meses/ano 2010										
	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N
Elaboração do projeto	■	■	■	■	■	■	■													
Revisão de literatura	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Preparação do instrumento				■	■	■	■													
Seleção dos entrevistadores								■	■											
Treinamento dos entrevistadores								■	■											
Estudo-piloto										■										
Coleta dos dados										■	■	■								
Controle de qualidade										■	■	■								
Análise dos dados													■	■	■	■				
Redação do artigo														■	■	■	■	■		
Entrega/Defesa da dissertação																			■	■

1.8. Referências Bibliográficas

1. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e Saúde. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi 2003.
2. Barreto ML, Carmo EH. Mudanças nos padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. In: Monteiro CA, ed. *Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças*. 2 ed. São Paulo: Hucitec 2000:7-32.
3. WHO (World Health Organization). Preventing chronic diseases a vital investments. Geneva: WHO 2005.
4. Bauman AE. Updating the evidence that physical activity is good for health: an epidemiological review 2000-2003. *J Sci Med Sport*. 2004;7(1):6-19.
5. WHO (World Health Organization). Global strategy on diet, physical activity and health (Fifty-Seventh World Health Assembly, WHA57.17). Geneva: WHO 2004.
6. Guthold R, Ono T, Strong KL, Chatterji S, Morabia A. Worldwide variability in physical inactivity a 51-country survey. *Am J Prev Med*. 2008 Jun;34(6):486-94.
7. Bauman A, Bull F, Chey T, Craig CL, Ainsworth BE, Sallis JF, et al. The International Prevalence Study on Physical Activity: results from 20 countries. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2009;6(1):21.
8. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS 2009.

9. Trost SG, Owen N, Bauman AE, Sallis JF, Brown W. Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. *Med Sci Sports Exerc.* 2002 Dec;34(12):1996-2001.
10. Seefeldt V, Malina RM, Clark MA. Factors affecting levels of physical activity in adults. *Sports Med.* 2002;32(3):143-68.
11. Chen Y, Mao Y. Obesity and leisure time physical activity among Canadians. *Prev Med.* 2006 Apr;42(4):261-65.
12. Haenle M, Brockmann SO, Kron M, Bertling U, Mason RA, G S. Overweight, physical activity, tobacco and alcohol consumption in a crosssectional random sample of German adults. *BMC Public Health.* 2006;6:233.
13. Gomes VB, Siqueira KS, Sichieri R. Atividade física em uma amostra probabilística da população do município do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica.* 2001 Jul-Aug;17(4):969-76.
14. Barros MV, Nahas MV. Health risk behaviors, health status self-assessment and stress perception among industrial workers. *Rev Saude Publica.* 2001;35(6):554-63.
15. Dias-da-Costa JS, Hallal PC, Wells JC, Daltoe T, Fuchs SC, Menezes AM, et al. Epidemiology of leisure-time physical activity: a population-based study in southern Brazil. *Cad Saude Publica.* 2005 Jan-Feb;21(1):275-82.
16. Azevedo MR, Araujo CL, Reichert FF, Siqueira FV, da Silva MC, Hallal PC. Gender differences in leisure-time physical activity. *Int J Public Health.* 2007;52(1):8-15.
17. Marshall SJ, Jones DA, Ainsworth BE, Reis JP, Levy SS, Macera CA. Race/ethnicity, social class, and leisure-time physical inactivity. *Med Sci Sports Exerc.* 2007 Jan;39(1):44-51.

18. Monteiro CA, Conde WL, Matsudo SM, Matsudo VR, Bonsenor IM, Lotufo PA. A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996-1997. *Rev Panam Salud Publica*. 2003 Oct;14(4):246-54.
19. Pitanga FJ, Lessa I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. *Cad Saude Publica*. 2005 May-Jun;21(3):870-7.
20. Pitsavos C, Panagiotakos DB, Lentzas Y, Stefanadis C. Epidemiology of leisure-time physical activity in socio-demographic, lifestyle and psychological characteristics of men and women in Greece: the ATTICA Study. *BMC Public Health*. 2005 Apr 18;5:37.
21. McNeill LH, Kreuter MW, Subramanian SV. Social environment and physical activity: a review of concepts and evidence. *Soc Sci Med*. 2006 Aug;63(4):1011-22.
22. Sallis JF, Grossman RM, Pinski RB, Patterson TL, Nader PR. The development of scales to measure social support for diet and exercise behaviors. *Prev Med*. 1987 Nov;16(6):825-36.
23. Cohen S, Syme SL, eds. *Social support and health*. Orlando, Florida: Academic Press 1985.
24. Bloom JR. The relationship of social support and health. *Soc Sci Med*. 1990;30(5):635-7.
25. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson RC, Heath GW, Howze EH, Powell KE, et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2002 May;22(Suppl. 4):73-107.
26. Roux L, Pratt M, Tengs TO, Yore MM, Yanagawa TL, Van Den Bos J, et al. Cost effectiveness of community-based physical activity interventions. *Am J Prev Med*. 2008 Dec;35(6):578-88.

27. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep.* 1985 Mar-Apr;100(2):126-31.
28. 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 Aug;39(8):1423-34.
29. Azevedo MR, Horta BL, Gigante DP, Victora CG, Barros FC. Fatores associados ao sedentarismo no lazer de adultos na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. *Rev Saude Publica.* 2008 Dec;42 Suppl 2:70-7.
30. Ainsworth BE, Haskell WL, Whitt MC, Irwin ML, Swartz AM, Strath SJ, et al. Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Med Sci Sports Exerc.* 2000 Sep;32(9 Suppl):S498-504.
31. La Porte RE, Montoye HJ, Caspersen CJ. Assessment of physical activity in epidemiologic research: problems and prospects. *Public Health Rep.* 1985 Mar-Apr;100(2):131-46.
32. Hallal PC, Dumith SC, Bastos JP, Reichert FF, Siqueira FV, Azevedo MR. Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil: revisão sistemática. *Rev Saude Publica.* 2007 Jun;41(3):453-60.
33. Reis RS. Medidas de atividade física: métodos e instrumentos. In: Barros MVG, Nahas MV, eds. *Medidas da atividade física: teoria e aplicação em diversos grupos populacionais.* Londrina: Midiograf 2003:29-42.
34. Jeon CY, Lokken RP, Hu FB, van Dam RM. Physical activity of moderate intensity and risk of type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetes Care.* 2007 Mar;30(3):744-52.

35. Pescatello LS. Exercise and hypertension: recent advances in exercise prescription. *Curr Hypertens Rep.* 2005 Aug;7(4):281-6.
36. Tang YJ, Sheu WH, Liu PH, Lee WJ, Chen YT. Positive associations of bone mineral density with body mass index, physical activity, and blood triglyceride level in men over 70 years old: a TCVGHAGE study. *J Bone Miner Metab.* 2007;25(1):54-9.
37. Blair S, Jackson A. Physical fitness and activity as separate heart disease risk factors: a meta-analysis. *Med Sci Sports Exerc.* 2001;33(5):762-4.
38. Kushi LH, Byers T, Doyle C, Bandera EV, McCullough M, McTiernan A, et al. American Cancer Society Guidelines on Nutrition and Physical Activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA Cancer J Clin.* 2006 Sep-Oct;56(5):254-81; quiz 313-4.
39. Haapanen N, Miilunpalo S, Vuori I, Oja P, Pasanen M. Characteristics of leisure time physical activity associated with decreased risk of premature all-cause and cardiovascular disease mortality in middle-aged men. *Am J Epidemiol.* 1996 May 1;143(9):870-80.
40. Lissner L, Bengtsson C, Bjorkelund C, Wedel H. Physical activity levels and changes in relation to longevity. A prospective study of Swedish women. *Am J Epidemiol.* 1996 Jan 1;143(1):54-62.
41. Andersen LB, Schnohr P, Schroll M, Hein HO. All-cause mortality associated with physical activity during leisure time, work, sports, and cycling to work. *Arch Intern Med.* 2000 Jun 12;160(11):1621-8.
42. De Feo P, Di Loreto C, Ranchelli A, Fatone C, Gambelunghe G, Lucidi P. Exercise and diabetes. *Acta Biomed.* 2006;77(Suppl 1):14-7.

43. Estevão A, Bagrichewsky M, Palma A. Saúde coletiva e educação física: aproximando campos, garimpando sentidos. *A saúde em debate na educação física*. Blumenau: Nova Letra 2006:23-44.
44. Brasil, Ministério da Saúde. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis. Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002–2003. Brasília: MS 2003.
45. Hallal PC, Victora CG, Wells JC, Lima RC. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Med Sci Sports Exerc*. 2003 Nov;35(11):1894-900.
46. Knuth AG, Bacchieri G, Victora CG, Hallal PC. Changes in physical activity among Brazilian adults over a five-year period. *J Epidemiol Community Health*. 2009.
47. Knuth AG, Hallal PC. Temporal trends in physical activity: a systematic review. *J Phys Act Health*. 2009;6:548-59.
48. Fuchs SC, Moreira LB, Camey SA, Moreira MB, Fuchs FD. Agregação de fatores de risco para doenças cardiovasculares em mulheres no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saude Publica*. 2008;24(Supl. 2):S285-S93.
49. Masson CR, Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Meneghel S, Costa CC, F.; B, et al. Prevalência de sedentarismo nas mulheres adultas da cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(6):1685-94.
50. Ku PW, Fox KR, McKenna J, Peng TL. Prevalence of leisure-time physical activity in Taiwanese adults: results of four national surveys, 2000-2004. *Prev Med*. 2006 Dec;43(6):454-7.

51. Sullivan PW, Morrato EH, Ghushchyan V, Wyatt HR, Hill JO. Obesity, inactivity, and the prevalence of diabetes and diabetes-related cardiovascular comorbidities in the U.S., 2000-2002. *Diabetes Care*. 2005 Jul;28(7):1599-603.
52. Burton NW, Turrell G. Occupation, hours worked, and leisure-time physical activity. *Prev Med*. 2000 Dec;31(6):673-81.
53. Martinez-Gonzalez MA, Varo JJ, Santos JL, De Irala J, Gibney M, Kearney J, et al. Prevalence of physical activity during leisure time in the European Union. *Med Sci Sports Exerc*. 2001 Jul;33(7):1142-6.
54. Steptoe A, Wardle J, Cui W, Bellisle F, Zotti AM, Baranyai R, et al. Trends in smoking, diet, physical exercise, and attitudes toward health in European university students from 13 countries, 1990-2000. *Prev Med*. 2002 Aug;35(2):97-104.
55. He XZ, Baker DW. Differences in leisure-time, household, and work-related physical activity by race, ethnicity, and education. *J Gen Intern Med*. 2005 Mar;20(3):259-66.
56. Brasil, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2007: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS 2008.
57. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS 2007.
58. Del Duca GF, Rombaldi AJ, Knuth AG, Azevedo MR, Nahas MV, Hallal PC. Associação entre nível econômico e inatividade física em diferentes domínios. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2009;14(2):123 - 31.

59. King AC, Kiernan M, Ahn DK, Wilcox S. The effects of marital transitions on changes in physical activity: results from a 10-year community study. *Ann Behav Med.* 1998 Spring;20(2):64-9.
60. Gebel K, Bauman AE, Petticrew M. The physical environment and physical activity: a critical appraisal of review articles. *Am J Prev Med.* 2007 May;32(5):361-9.
61. Humpel N, Owen N, Leslie E. Environmental factors associated with adults' participation in physical activity: a review. *Am J Prev Med.* 2002 Apr;22(3):188-99.
62. Amorim TEC, Hallal PC. Ambiente percebido, suporte social e atividade física em adultos: um estudo de base populacional [Dissertação]. Pelotas: UFPel; 2008.
63. Wendel-Vos W, Droomers M, Kremers S, Brug J, van Lenthe F. Potential environmental determinants of physical activity in adults: a systematic review. *Obes Rev.* 2007 Sep;8(5):425-40.
64. Vrazel J, Saunders RP, Wilcox S. An overview and proposed framework of social-environmental influences on the physical-activity behavior of women. *Am J Health Promot.* 2008 Sep-Oct;23(1):2-12.
65. Courneya KS, McAuley E. Cognitive mediators of the social influence-exercise adherence relationship: a test of the theory of planned behavior. *J Behav Med.* 1995 Oct;18(5):499-515.
66. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process.* 1991;50:179-211.
67. Bandura A. *Social foundations of thought and action.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall 1986.

68. Reis RS, Petroski EL. Application of the social cognitive theory to predict stages of change in exercise for Brazilian adolescents. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Humano*. 2005;7(2):62-8.
69. Stansfeld SA. Social support and social cohesion. In: Marmot M, Wilkinson R, eds. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press 2006.
70. Strine TW, Chapman DP, Balluz L, Mokdad AH. Health-related quality of life and health behaviors by social and emotional support. Their relevance to psychiatry and medicine. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008 Feb;43(2):151-9.
71. Zheng Y, Ye DQ, Pan HF, Li WX, Li LH, Li J, et al. Influence of social support on health-related quality of life in patients with systemic lupus erythematosus. *Clin Rheumatol*. 2009 Mar;28(3):265-9.
72. Santos CSVB, Ribeiro JP, Lopes C. Estudo de adaptação da escala de satisfação com suporte social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2003;4(2):185-204.
73. Seidl EMF, Zannon CMLC, Tróccoli BT. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicol Refl Crit*. 2005;18(2):188-95.
74. Rodrigues DP, Melo EM, Silva RM, Mamede MV. O suporte social para atender as necessidades de mulheres mastectomizadas. *Rev Bras Cancerol*. 1998;44(3):231-38.
75. Mulvaney-Day NE, Alegría M, Sribney W. Social cohesion, social support, and health among Latinos in the United States. *Soc Sci Med*. 2007;64:477 - 95.

76. Glasgow RE, Strycker LA, Toobert DJ, Eakin E. A social-ecologic approach to assessing support for disease self-management: the Chronic Illness Resources Survey. *J Behav Med.* 2000 Dec;23(6):559-83.
77. Slama K, Chiang CY, Enarson DA. Helping patients to stop smoking. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2007 Jul;11(7):733-8.
78. Shoham V, Rohrbaugh MJ, Trost SE, Muramoto M. A family consultation intervention for health-compromised smokers. *J Subst Abuse Treat.* 2006 Dec;31(4):395-402.
79. Eyler AA, Brownson RC, Donatelle RJ, King AC, Brown D, Sallis JF. Physical activity social support and middle- and older-aged minority women: results from a US survey. *Soc Sci Med.* 1999 Sep;49(6):781-9.
80. Burton NW, Haynes M, Wilson LA, Giles-Corti B, Oldenburg BF, Brown WJ, et al. HABITAT: A longitudinal multilevel study of physical activity change in mid-aged adults. *BMC Public Health.* 2009;9:76.
81. Bull S, Eakin E, Reeves M, Kimberly R. Multi-level support for physical activity and healthy eating. *J Adv Nurs.* 2006 Jun;54(5):585-93.
82. Moraes JFD, Souza VBA. Fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos da região metropolitana de Porto Alegre. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;27(4):302-08.
83. Peterson J, Atwood JR, Yates B. Key elements for church-based health promotion programs: outcome-based literature review. *Public Health Nurs.* 2002 Nov-Dec;19(6):401-11.
84. Duncan SC, Duncan TE, Strycker LA. Sources and types of social support in youth physical activity. *Health Psychol.* 2005 Jan;24(1):3-10.

85. Kanu M, Baker E, Brownson RC. Exploring associations between church-based social support and physical activity. *J Physl Act Health*. 2008;5:504-15.
86. Hohepa M, Scragg R, Schofield G, Kolt GS, Schaaf D. Social support for youth physical activity: Importance of siblings, parents, friends and school support across a segmented school day. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2007;4:54.
87. Sarason IG, Levine HM, Basham RB, Sarason BR. Assessing social support: the Social Support Questionnaire. *J Pers Soc Psychol*. 1983;44(1):127-39.
88. Bamana A, Tessier S, Vuillemin A. Association of perceived environment with meeting public health recommendations for physical activity in seven European countries. *J Public Health (Oxf)*. 2008 Sep;30(3):274-81.
89. Schmid TL, Pratt M, Howze E. Policy as intervention: environmental and policy approaches to the prevention of cardiovascular disease. *Am J Public Health*. 1995 Sep;85(9):1207-11.
90. Giles-Corti B, Donovan RJ. Relative influences of individual, social environmental, and physical environmental correlates of walking. *Am J Public Health*. 2003 Sep;93(9):1583-9.
91. Poortinga W. Perceptions of the environment, physical activity, and obesity. *Soc Sci Med*. 2006 Dec;63(11):2835-46.
92. Reis RS, Sallis JF. Reliability and validity of the Brazilian Version of Social Support for Exercise Scale for Adolescents. *R Bras Ci e Mov*. 2005;13(2):7-14.
93. Arao T, Oida Y, Maruyama C, Mutou T, Sawada S, Matsuzuki H, et al. Impact of lifestyle intervention on physical activity and diet of Japanese workers. *Prev Med*. 2007 Aug-Sep;45(2-3):146-52.

94. Kaplan MS, Newsom JT, McFarland BH, Lu L. Demographic and psychosocial correlates of physical activity in late life. *Am J Prev Med.* 2001 Nov;21(4):306-12.
95. Strong KA, Parks SL, Anderson E, Winett R, Davy BM. Weight gain prevention: identifying theory-based targets for health behavior change in young adults. *J Am Diet Assoc.* 2008 Oct;108(10):1708-15.
96. Sallis JF, Hovell MF. Determinants of exercise behavior. *Exerc Sport Sci Rev.* 1990;18:307-30.
97. Rovniak LS, Anderson ES, Winett RA, Stephens RS. Social cognitive determinants of physical activity in young adults: a prospective structural equation analysis. *Ann Behav Med.* 2002 Spring;24(2):149-56.
98. Nies MA, Kershaw TC. Psychosocial and environmental influences on physical activity and health outcomes in sedentary women. *J Nurs Scholarsh.* 2002;34(3):243-9.
99. Robbins LB, Stommel M, Hamel LM. Social support for physical activity of middle school students. *Public Health Nurs.* 2008 Sep-Oct;25(5):451-60.
100. Grieser M, Neumark-Sztainer D, Saksvig BI, Lee J, Felton GM, Kubik MY. Black, Hispanic, and White Girls' Perceptions of Environmental and Social Support and Enjoyment of Physical Activity. *Journal of School Health.* 2008;78(6):314 - 20.
101. Taymoori P, Rhodes RE, Berry TR. Application of a social cognitive model in explaining physical activity in Iranian female adolescents. *Health Educ Res.* 2008 Oct 20.
102. Sallis JF, Prochaska JJ, Taylor WC. A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Med Sci Sports Exerc.* 2000;32(5):963 - 75.

103. Peterson JJ, Lowe JB, Peterson NA, Nothwehr FK, Janz KF, Lobas JG. Paths to leisure physical activity among adults with intellectual disabilities: self-efficacy and social support. *Am J Health Promot.* 2008 September/October;23(1):35-42.
104. Plotnikoff RD, Lippke S, Courneya KS, Birkett N, Sigal RJ. Physical activity and social cognitive theory: a test in a population sample of adults with type 1 or type 2 diabetes. *Appl Psychol.* 2008;57(4):628-43.
105. Stahl T, Rutten A, Nutbeam D, Bauman A, Kannas L, Abel T, et al. The importance of the social environment for physically active lifestyle--results from an international study. *Soc Sci Med.* 2001 Jan;52(1):1-10.
106. Seabra AF, Mendonca DM, Thomis MA, Anjos LA, Maia JA. Determinantes biológicos e sócio-culturais associados a prática de atividade física de adolescentes. *Cad Saude Publica.* 2008 Apr;24(4):721-36.
107. Figueira JR AJ. Influência da família na atividade física de adolescentes. *Conexões, Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP.* 2000;0(4):21-8.
108. Amorim TEC, Hallal PC. Physical activity levels according to physical and social environmental factors in a sample of adults living in south Brazil. (Não Publicado). 2009.
109. Domingues MR, Araujo CL, Gigante DP. Conhecimento e percepção sobre exercício físico em uma população adulta urbana do sul do Brasil. *Cad Saude Publica.* 2004 Jan-Feb;20(1):204-15.
110. Garcia Bengoeche E, Spence JC, McGannon KR. Gender differences in perceived environmental correlates of physical activity. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2005 Sep 13;2:12.

111. De Bourdeaudhuij I, Teixeira PJ, Cardon G, Deforche B. Environmental and psychosocial correlates of physical activity in Portuguese and Belgian adults. *Public Health Nutr.* 2005 Oct;8(7):886-95.
112. Barros AJD, Menezes AMB, Santos IS, Assunção MCF, Gigante D, Fassa AG, et al. O mestrado do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFPel baseado em consórcio de pesquisa: uma experiência inovadora. *Revista Brasileira de Epidemiologia.* 2008;11(1):133-44.
113. Craig C, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. 2003;. *Med Sci Sports Exerc* 2003;35(8):1381-95.

ANEXO I

IPAQ (International Physical Activity Questionnaire)

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

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

___ dia(s) por SEMANA

(0) Nenhum → *Pule para a recomendação anterior à questão 3*

(9) IGN

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

___ hora(s) ___ minutos TOTAL: ___ minutos

(888) NSA

(999) IGN

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

Para o(a) Sr.(a) responder as próximas questões considere que:

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

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

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

___ dia(s) por SEMANA

(0) Nenhum → *Pule para a recomendação anterior à questão 5*

(9) IGN

4. Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez estas atividades FORTES no seu tempo livre, quanto tempo no total o(a) Sr.(a) gastou POR DIA?

___ hora(s) ___ minutos TOTAL: ___ minutos

(888) NSA

(999) IGN

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

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

___ dia(s) por SEMANA

(0) Nenhum → *Pule para a recomendação anterior à questão... (a definir)*

(9) IGN

6. Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez estas atividades MÉDIAS no seu tempo livre, quanto tempo no total o(a) Sr.(a) gastou POR DIA?

___ hora(s) ___ minutos TOTAL: ___ minutos

(888) NSA

(999) IGN

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

ANEXO II

Suporte social para caminhada no tempo livre

CONSIDERE DA FAMÍLIA INDIVÍDUOS QUE MOREM COM O(A) SR(A)
Nos últimos 3 meses, com que frequência alguém da sua Família...

1. Fez caminhada com o(a) Sr.(a)?
(0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre
2. Convidou o(a) Sr.(a) para caminhar?
(0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre
3. Incentivou o(a) Sr.(a) a caminhar?
(0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre

Nos últimos 3 meses, com que frequência algum Amigo...

4. Fez caminhada com o(a) Sr.(a)?
(0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre
5. Convidou o(a) Sr.(a) para caminhar?
(0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre
6. Incentivou o(a) Sr.(a) a caminhar?
(0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre

Suporte social para atividades físicas no lazer
CONSIDERE DA FAMÍLIA INDIVÍDUOS QUE MOREM COM O(A) SR(A)

Nos últimos 3 meses, com que frequência alguém da sua Família...

7. Fez exercícios médios ou fortes com o(a) Sr.(a)?
(0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre
8. Convidou o(a) Sr.(a) para fazer exercícios médios ou fortes?
(0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre
9. Incentivou o(a) Sr.(a) a fazer exercícios médios ou fortes?
(0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre

Nos últimos 3 meses, com que frequência algum Amigo...

10. Fez exercícios médios ou fortes com o(a) Sr.(a)?
(0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre
11. Convidou o(a) Sr.(a) para fazer exercícios médios ou fortes?
(0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre

2. Relatório de campo

(Dissertação de mestrado de Inácio C M da Silva)

SUMÁRIO

2.1. Introdução	71
2.2. Projeto Geral	72
2.3. Instrumento de pesquisa	73
2.3.1 Personal Digital Assistants – PDA.....	74
2.3.2. Questionários	74
2.3.3. Estadiômetro	76
2.3.4. Balança	76
2.3.5. Fita métrica.....	76
2.4. Manual de instruções	76
2.5. Seleção e treinamento das entrevistadoras	77
2.5.1. Seleção	77
2.5.2. Treinamento	78
2.5.3 Estudo piloto.....	78
2.6. Seleção e treinamento/padronização das antropometristas.....	79
2.6.1 Seleção	79
2.6.2 Treinamento e padronização das antropometristas	80
2.7. Amostra.....	81
2.7.1. Processo de Amostragem	82
2.7.2. Reconhecimento dos setores censitários.....	84
2.7.3. Reconhecimento dos domicílios.....	85
2.8. Logística do trabalho de campo	86
2.8.1. Divulgação do trabalho de campo à população.....	87
2.8.2. Coleta de dados	87
2.8.3. Controle de qualidade	90

2.9. Perdas e recusas	90
2.10. Relatório Financeiro	91
2.11. Mudanças referentes ao projeto de pesquisa.....	94
2.11.1. Definição de família.....	94
2.11.2. Definição operacional de suporte social.....	94
2.11.3. Definição operacional dos desfechos.....	95
2.12. Referências Bibliográficas.....	98
ANEXO I.....	99
ANEXO II.....	122
ANEXO III.....	131

2.1. Introdução

O Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia (PPGE) da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), desde 1999, vêm desenvolvendo a cada biênio estudos transversais de base populacional no município de Pelotas, Rio Grande do Sul (RS). Estas pesquisas são realizadas pelos mestrados do PPGE na forma de consórcio de pesquisa. Neste, os entrevistados respondem a um questionário contendo diferentes temas sobre saúde de interesse dos pós-graduandos. A análise de cada tema específico resulta nas dissertações dos mestrados, que, aliados à análise geral, fornecem um importante retrato da saúde da população do local. Além disso, esse modelo sistematiza os esforços coletivos, ameniza custos de uma abordagem populacional e disponibiliza dados relevantes em tempo hábil para as dissertações.

Neste contexto, o grupo de mestrados do biênio 2009/2010, composto por 14 alunos de distintas áreas da saúde, efetivou seu trabalho de campo entre os meses de janeiro e maio de 2010. O planejamento e execução do trabalho tiveram orientação das professoras Dra. Maria Cecília Assunção, Dra. Ana Paula Nunes e Dra. Mariângela Freitas da Silveira – regentes da disciplina de Prática de Pesquisa IV, e da monitora Ms. Suele Manjourany Silva – doutoranda do PPGE. A Tabela 1 apresenta a descrição dos mestrados envolvidos neste consórcio, bem como suas áreas de graduação e temas de pesquisa.

Este relatório tem por objetivo explicitar todos os procedimentos desenvolvidos no trabalho de campo ocorrido entre 2009-2010.

Tabela 1. Lista dos mestrandos, áreas de graduação e temas de estudo. Biênio 2009/2010.

Nome	Área de graduação	Tema de estudo
Bruna Schneider	Nutrição	Consumo de carnes
Carolina Vianna	Medicina	Uso de AAS como prevenção de DC
Daniel Duarte	Medicina	Uso de medicamentos estimulantes da ereção
Eduardo Machado	Medicina	Uso de substâncias para emagrecer
Everton Fantinel	Medicina	Insônia
Giovanny Araújo	Nutrição	Compulsão alimentar
Inácio da Silva	Educação Física	Suporte social para atividade física de lazer
Josiane Damé	Odontologia	Avaliação da tendência temporal de tabagismo
Ludmila Muniz	Nutrição	Consumo de leite
Nadia Fiori	Medicina	Comparação da prevalência de asma
Renata Bielemann	Educação Física	Atividade física em crianças entre 4 – 10 anos
Roberta Zanini	Nutrição	Uso de adoçantes dietéticos
Rodrigo Meucci	Fisioterapia	Dor lombar crônica
Rogério Linhares	Medicina	Avaliação temporal da obesidade

2.2. Projeto Geral

Uma das primeiras etapas realizadas no referido consórcio foi a elaboração de um projeto geral contemplando: desenho do estudo, características fundamentais de execução, temas de pesquisa, objetivos e justificativas. Após sua finalização, o documento, intitulado “*Diagnóstico de saúde em crianças, adultos e idosos da cidade de Pelotas, RS, 2010*”, foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPel. Nesta instância, o projeto geral foi aprovado com apenas

uma ressalva relacionada ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para crianças de 4 a 10 anos, o qual deveria ser lido em voz alta na presença das mesmas.

Além da avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa, o presente estudo – “Associação entre suporte social e atividade física no lazer em adultos”, foi aprovado e registrado com o número 4.06.02.094 pelo Conselho Coordenador do Ensino, da Pesquisa e da Extensão (COCEPE).

2.3. Instrumento de pesquisa

O instrumento de pesquisa foi composto por um conjunto de perguntas e, além dele, foram selecionados instrumentos de medidas antropométricas – estadiômetro, balança digital e fita métrica – descritos detalhadamente nos itens 2.3.3, 2.3.4 e 2.3.5, respectivamente. Para a elaboração final do questionário geral foi formada uma comissão que se responsabilizou por sua organização e estruturação. Para realização das entrevistas foram utilizados computadores portáteis – Personal Digital Assistats (PDA) – descritos no próximo subitem.

As questões relacionadas à prática de atividade física (AF) e ao suporte social estavam presentes no questionário aplicado a todos adultos pertencentes à amostra. O nível de AF foi abordado pelo *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), questionário mundialmente utilizado e validado também no Brasil ¹. As questões sobre suporte social para a prática de AF utilizadas compõem uma escala desenvolvida por Santos e colaboradores

(2010) ⁵. Maiores detalhes sobre os instrumentos de pesquisas referentes à temática abordada encontram-se no projeto de pesquisa.

2.3.1 Personal Digital Assistants – PDA

Para aplicação dos questionários foi utilizado um recurso eletrônico denominado *Personal Digital Assistants* (PDA) ou assistente pessoal digital, conhecidos, popularmente, como computadores portáteis (de bolso) ou Palms. Nestes aparelhos, o questionário geral foi inserido. Para isso, foram necessárias pequenas adequações referentes ao formato original de algumas questões e pulos no questionário, adequando as perguntas ao sistema operacional dos PDA.

A utilização desse recurso eletrônico facilitou o sistema de coleta de informação e o repasse para a central de processamento de dados. Além disso, propiciou também uma melhor detecção e acompanhamento das inconsistências e das informações pendentes de cada indivíduo, simplificando a logística da compilação dos dados.

O trabalho de campo foi executado com 28 PDA, da marca Palm TX, devidamente numerados e de uso exclusivo de cada entrevistadora.

2.3.2. Questionários

O desenvolvimento das questões individuais ficou a cargo dos próprios mestrandos. Todas as perguntas de cada aluno foram discutidas nas reuniões

do grupo. Em conjunto foi decidida a ordem das questões no questionário, pretendendo garantir uma sequência adequada aos entrevistados.

Os questionários foram divididos em três blocos: A (Individual); B (Domiciliar) e C (Criança).

O bloco A (Individual), composto por questões de interesse geral, abordou aspectos demográficos, socioeconômicos e comportamentais. Além destas, compuseram este bloco questões de interesse específico de cada mestrando. Em algumas seções foram utilizadas figuras ilustrativas, apresentadas durante a aplicação do questionário aos entrevistados. Este bloco foi composto por 148 questões aplicáveis a todos os indivíduos com idade igual ou superior a 20 anos, portanto, elegíveis para o consórcio.

O bloco B (Domiciliar) foi composto por 26 questões que abordavam aspectos econômicos referentes ao domicílio selecionado. A(o) dona(o) de casa era a pessoa responsável por fornecer tais informações.

O bloco C (Criança), composto por nove questões relacionadas à atividade física das crianças (4-10 anos), foi aplicado às mães. O questionário foi repetido de acordo com o número de filhos na faixa etária estudada.

Além destes questionários, para análise de um dos temas de pesquisa (uso de medicamentos estimulantes da ereção) foi desenvolvido um questionário confidencial auto-aplicável para homens que, após preenchimento, era inserido em uma urna lacrada.

As perguntas cujos dados serão analisados neste estudo estão presentes no bloco A e se referem às questões 36 a 53. Em anexo, apresenta-se a versão completa do questionário (ANEXO I).

2.3.3. Estadiômetro

Para aferição da altura dos indivíduos foram utilizados estadiômetros de alumínio, com precisão de 1 mm e altura máxima de 2 m. Ela foi realizada com todos os indivíduos elegíveis, exceto os impossibilitados de ficar em pé (exemplo: cadeirantes) ou que se encontravam em postura ereta (exemplo: com fratura em membros inferiores).

2.3.4. Balança

A aferição do peso foi realizada com balanças eletrônicas da marca TANITA®. A capacidade máxima do aparelho era de 150 Kg e a precisão de 0,1 Kg. Foram excluídos da pesagem indivíduos com as seguintes características: a) com gesso ou prótese em qualquer parte do corpo; b) amputados; c) gestantes; d) indivíduos que não poderiam ficar em pé.

2.3.5. Fita métrica

Para aferição da circunferência da cintura utilizaram-se fitas inextensíveis da marca Graham Field, com precisão de 0,1 cm. Todos os indivíduos da amostra foram aferidos, exceto aqueles impossibilitados de ficar em pé e gestantes ou mulheres que haviam tido filhos nos últimos seis meses.

2.4. Manual de instruções

O manual de instruções foi elaborado por uma comissão de pós-graduandos com o objetivo de fundamentar a capacitação das entrevistadoras e auxiliá-las na execução do trabalho de campo. Durante o treinamento e o

estudo piloto (itens a seguir) o manual foi aprimorado, considerando no seu conteúdo os esclarecimentos de dúvidas que persistiam no trabalho de campo. A estruturação do documento considerou a ordem do questionário, apresentando as perguntas e as orientações. Em anexo apresenta-se o manual de instruções referente ao presente estudo (ANEXO II).

2.5. Seleção e treinamento das entrevistadoras

2.5.1. Seleção

O processo de seleção das entrevistadoras teve início com a divulgação ocorrida para o recrutamento das mesmas. Para tal, foram fixados cartazes em pontos estratégicos, como nos campus da Universidade Católica de Pelotas, nas Faculdades de Letras, Nutrição e Educação Física da UFPel. A seleção também foi divulgada nos restaurantes universitários da UFPel e no Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC). Endereços eletrônicos e telefônicos foram utilizados para contatar pessoas previamente cadastradas como entrevistadoras no PPGE.

As inscrições foram realizadas no Centro de Pesquisas Epidemiológicas, onde se situa o PPGE, por meio do preenchimento de uma ficha cadastral com informações pessoais e um resumo das atividades profissionais das candidatas. Foram aceitas inscrições apenas de mulheres, com ensino médio completo e com disponibilidade de tempo de 40 horas semanais, incluindo disponibilidade de trabalho aos finais de semana. A opção por entrevistadoras visou amenizar as possibilidades de recusas. Observou-se, em estudos

anteriores, que as mulheres são melhores recebidas pela população em suas residências, especialmente por questões de segurança.

2.5.2. Treinamento

Para capacitação das entrevistadoras realizou-se um treinamento de 40 horas. O treinamento foi estruturado de acordo com a sequência de aplicação do questionário, ministrado por uma das docentes coordenadoras do consórcio e pelos mestrandos envolvidos.

O treinamento foi realizado de 11 a 15 de janeiro de 2010, nas instalações do PPGE, com 51 candidatas. Inicialmente, após apresentação dos aspectos gerais de abordagem no domicílio e postura perante os entrevistados, privilegiou-se a apresentação e a familiarização das candidatas com o PDA. Após o primeiro contato, cada mestrando responsabilizou-se por apresentar suas questões e orientações, já inseridas no manual. O cronograma desta etapa da pesquisa encontra-se detalhado no Anexo (Anexo III).

A etapa final do treinamento abarcou a avaliação e a classificação das entrevistadoras com prova teórica e prática, frequência e desempenho das candidatas durante esse processo. A prova teórica foi composta por 20 questões de múltipla escolha, todas elas baseadas no manual de instruções. A realização da prova prática ocorreu durante o estudo piloto.

2.5.3 Estudo piloto

A etapa que concluiu o treinamento das entrevistadoras e colocou em prática todas as orientações discutidas durante a semana sobre os

instrumentos de pesquisa, foi o estudo piloto. Durante este estudo, as entrevistadoras foram a campo realizar entrevistas em uma situação real, para avaliar as suas condutas frente às orientações dadas e manuseio do PDA. Também foi possível verificar o entendimento dos indivíduos sobre as questões e o tempo gasto com cada bloco de perguntas. Este processo foi desenvolvido no dia 19 de janeiro de 2010, durante o turno da tarde.

Para o estudo piloto foi selecionado um setor censitário que não pertencia à amostra deste consórcio, evitando que os indivíduos participassem futuramente da pesquisa. Para facilitar a logística do estudo piloto selecionou-se um conjunto habitacional, onde cada entrevistadora realizou uma entrevista completa, acompanhada por um mestrando responsável pela avaliação padronizada deste processo.

2.6. Seleção e treinamento/padronização das antropometristas

O processo de seleção e treinamento das antropometristas foi coordenado pelos mestrandos. O objetivo foi padronizar a coleta das medidas de circunferência da cintura, altura e peso dos entrevistados, assim como a conduta das antropometristas em suas abordagens.

2.6.1 Seleção

A seleção das antropometristas ocorreu paralelamente à seleção das entrevistadoras do estudo. Primeiramente, a partir de um cadastro existente no PPGE, foi realizado contato com pessoas com experiências prévias em medidas antropométricas. Além disso, foi feito contato, por meio eletrônico,

com alunas de graduação dos cursos de Educação Física e Nutrição, expondo a metodologia do estudo e convidando-as para participarem do treinamento e seleção.

Primeiramente foram selecionadas 12 candidatas a antropometristas para o processo de padronização. Seis foram selecionadas e deram início ao trabalho de campo. As demais se tornaram suplentes.

Durante o desenvolvimento do trabalho, houve desistências e novos processos de seleção e padronização foram necessários, tanto com as suplentes quanto com as outras candidatas. No entanto, durante o mês de março, o grupo de mestrandos tomou a iniciativa de padronizar também algumas entrevistadoras, de forma que realizassem as medidas antropométricas após as entrevistas. Sendo assim, as medidas começaram a ser realizadas tanto por antropometristas, que revisitavam os indivíduos já entrevistados, quanto por algumas entrevistadoras que faziam as medidas após a entrevista. A padronização das entrevistadoras e alteração na metodologia da coleta das medidas acabou acelerando o processo como um todo.

2.6.2 Treinamento e padronização das antropometristas

O treinamento e a padronização das antropometristas ficaram a cargo de alguns mestrandos com experiências anteriores nesta metodologia. Inicialmente, as candidatas receberam um treinamento teórico sobre a forma de abordagem aos indivíduos pertencentes à amostra e, também, sobre as formas corretas de mensuração e registro das medidas de circunferência da cintura, altura e peso. Uma segunda parte prática era também realizada a fim

de apresentar efetivamente os tipos de medidas e discutir alguns erros comuns de mensuração.

Com base neste treinamento, as candidatas foram submetidas a um processo de padronização para a mensuração da altura e circunferência da cintura de dez indivíduos, cada um deles medido duas vezes. Este processo permite a avaliação da precisão (comparação intra-observador) e exatidão (comparação inter-observador a um padrão ouro) das medidas. O padrão ouro foi a medida de uma mestranda, nutricionista, com experiência anterior reconhecida neste tipo de mensuração.

Os erros técnicos de medidas, aceitáveis ou não, foram baseados na publicação de Habitch (1974) ² e as técnicas utilizadas para coleta das medidas, citadas anteriormente, estavam de acordo com as recomendações de Lohman *et al.* (1988) ⁴.

Não houve necessidade de padronização para a mensuração do peso dos indivíduos, uma vez que as balanças digitais precisavam ser calibradas quando ligadas. Para os demais dados antropométricos utilizou-se o valor médio entre duas medidas. Quando detectada uma diferença maior que 1,0 cm na circunferência da cintura e 0,5 cm na altura do indivíduo, uma terceira medida era realizada descartando-se a mais discordante.

2.7. Amostra

Cada mestrando foi responsável por realizar seu respectivo cálculo de tamanho de amostra, considerando seus objetivos gerais e específicos, suas estimativas de prevalências e de associações. Neste cálculo, todos foram orientados a levar em consideração a estimativa de efeito de delineamento

(DEF) de cada temática e adicionar 10% para perdas e recusas e 15% para futuro controle de fatores de confusão.

No presente consórcio de pesquisa, o maior número de tamanho de amostra foi de 2.842 indivíduos, sendo necessário então um total de 1.300 domicílios para atender a todos objetivos propostos.

2.7.1. Processo de Amostragem

Em novembro de 2009 foi realizada uma oficina de amostragem no PPGE para capacitar os mestrandos para o processo de seleção dos domicílios do estudo. Neste encontro definiram-se dois critérios: 1) seriam utilizados como conglomerados os setores censitários do último Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado no ano de 2000 ³; 2) o processo de amostragem seria realizado em múltiplos estágios, isto é, com amostragem sistemática e estratificada pela renda média do chefe do domicílio nos setores.

De acordo com o IBGE ³, o município de Pelotas possui 408 setores censitários na zona urbana, sendo quatro deles não considerados como domiciliares. Primeiramente, os 404 setores em ordem crescente da renda média do chefe da família foram listados e calculou-se o número cumulativo de domicílios do primeiro ao último setor. Em seguida, a partir do cálculo de tamanho de amostra mais elevado entre os participantes do consórcio identificou-se a necessidade de seleção de 130 setores censitários, nos quais 10 domicílios de cada setor seriam inclusos na amostra. Desse modo, o número total de domicílios (92.407) foi dividido pelo número de setores

necessários (130), chegando a um valor de pulo (711) para a futura seleção sistemática.

O processo de amostragem teve sequência por meio de um sorteio aleatório de um número entre um e 711 (valor do pulo), o qual serviria de base para a continuidade da amostragem. O número sorteado foi o 61, identificando-se o primeiro setor a ser incluído na amostra. Após, adicionou-se a este número o valor do pulo (711), chegando ao segundo setor selecionado, àquele que abrangia o domicílio de número 772. Assim repetiu-se este processo até que fosse alcançado o total de domicílios necessários.

Para a seleção dos domicílios foi realizado o reconhecimento de cada setor (próximo subitem) e utilizada uma seleção sistemática de forma semelhante à escolha dos setores. O número de domicílios de cada setor registrado pelo Censo Demográfico (2000) foi dividido por 10, equivalendo ao número de domicílios necessários por setor, de forma a obter-se o valor do pulo. A partir de então, um número entre um e o valor do pulo fora sorteado aleatoriamente, identificando o primeiro domicílio da seleção. Os demais foram determinados pela adição do valor do pulo, até o setor estar completo.

Foram incluídos no estudo um total de 1.513 domicílios dentro dos 130 setores censitários selecionados. Alguns setores apresentaram um número de residências superior à estimativa do IBGE, representando um número maior de domicílios na amostra, se comparado ao cálculo amostral inicial. Entre os 14 mestrados, quatro se responsabilizaram por 10 setores e os demais se responsabilizaram por nove setores na execução do trabalho de campo.

2.7.2. Reconhecimento dos setores censitários

Com a seleção dos 130 setores inclusos na amostra, tornou-se necessário um reconhecimento dos mesmos, principalmente para verificar a criação de novas ruas e o número de domicílios existentes, visto que as informações do IBGE são referentes ao ano 2000.

Para realização desta etapa do trabalho foram, então, recrutadas auxiliares de pesquisa, do sexo feminino, interessadas em trabalhar no reconhecimento dos setores censitários. As mesmas participaram de um dia de treinamento para padronizar a forma de abordar a população, o sentido do deslocamento nos setores e como registrar os domicílios na planilha de conglomerado. As auxiliares de pesquisa portavam um crachá e uma carta de apresentação e iniciaram o trabalho logo após o reconhecimento prévio do setor feito pelo mestrando responsável pelo mesmo.

Esta etapa foi realizada entre novembro a dezembro de 2009. Durante ela, as auxiliares de pesquisa percorreram todo o setor censitário registrando o endereço e a situação de cada domicílio. As mesmas assinalavam na folha de conglomerado se a residência estava habitada ou se no local havia um comércio. Para este último, fazia-se necessário ainda saber se alguém morava naquele local e, em caso de resposta positiva, verificavam quantas famílias residiam ali. Comércio não habitados foram excluídos do processo de amostragem, assim como as residências desocupadas. As residências com mais de uma família eram consideradas como dois domicílios se as mesmas faziam suas principais refeições em separado.

O controle de qualidade do reconhecimento dos setores ficou sob responsabilidade dos mestrandos. Uma vez detectados problemas neste

processo, solicitava-se que as auxiliares de pesquisa refizessem o trabalho e, em casos de erros mais graves, as mesmas eram desligadas da pesquisa e outras auxiliares designadas ao setor.

Por fim, esta etapa do trabalho de campo determinou o número fidedigno de domicílios em cada setor, possibilitando o cálculo exato de quantos domicílios seriam entrevistados em cada setor censitário selecionado no processo de amostragem.

2.7.3. Reconhecimento dos domicílios

O reconhecimento dos domicílios selecionados teve como objetivo inicial registrar o nome dos indivíduos elegíveis, assim como a idade, o telefone e o melhor horário para encontrá-los em casa. Não obstante, esse procedimento buscou minimizar possíveis recusas de participação por meio de uma apresentação formal da pesquisa para a população amostrada, com exposição dos objetivos gerais do estudo e a metodologia com a qual os mesmos seriam abordados posteriormente. Para tal, cada mestrando visitou todos os domicílios selecionados, referentes aos setores de sua responsabilidade. Nesta ocasião foi entregue uma carta de apresentação contendo as informações necessárias para o esclarecimento do futuro entrevistado e o telefone de contato do Centro de Pesquisas Epidemiológicas/PPGE, caso tivessem o interesse de esclarecer qualquer dúvida e até mesmo confirmar a veracidade do que estava sendo exposto.

2.8. Logística do trabalho de campo

Os consórcios de pesquisas, desenvolvidos pelo PPGE, vêm sendo caracterizados como uma construção coletiva do trabalho de campo. Para a sua melhor execução foram organizadas comissões responsáveis pela elaboração e determinação de tarefas específicas, tais como:

- Elaboração do Projeto Geral para envio ao Comitê de Ética em Pesquisa;
- Sistematização final dos questionários;
- Sistematização final do manual de instruções;
- Impressão dos mapas dos setores censitários selecionados;
- Seleção das antropometristas e entrevistadoras;
- Treinamento das antropometristas e entrevistadoras;
- Acompanhamento do trabalho das antropometristas;
- Preparação do banco de dados para as análises;
- Elaboração do orçamento da pesquisa;
- Administração financeira da pesquisa.

Além disso, o grupo elaborou uma escala de plantões para a permanência dos mestrandos no Centro de Pesquisas Epidemiológicas e uma secretária foi contratada durante o trabalho de campo. A secretária recebeu as atribuições de efetuar: controle da produção das entrevistadoras; recebimento de relatos de pendências nas entrevistas; entrega de vales transporte e material para a execução das entrevistas; pagamento das auxiliares de pesquisa e entrevistadoras. Os plantões tinham como objetivo fazer com que em todos os dias dois mestrandos e a secretária estivessem à disposição para

as demandas do campo, podendo esclarecer dúvidas das entrevistadoras via telefone ou pessoalmente. Durante os finais de semana eram realizados os plantões telefônicos. Uma dupla de mestrandos ficava à disposição para resolver qualquer dúvida caso as entrevistadoras fizessem contato.

2.8.1. Divulgação do trabalho de campo à população

Para fomentar uma boa receptividade da população aos mestrandos e às entrevistadoras, e diminuir a possibilidade de recusas de participação, divulgou-se a realização do estudo nos meios de comunicação de maior acesso à população, como no jornal Diário Popular e em canal de televisão aberta (RBS TV – Pelotas).

2.8.2. Coleta de dados

A coleta de dados foi iniciada no dia 25 de janeiro de 2010, primeiramente com uma equipe de entrevistadoras e outra de antropometristas, como já especificado anteriormente. A partir do mês de março algumas entrevistadoras foram treinadas e padronizadas para a realização das medidas antropométricas. Após o contato inicial realizado pelos mestrandos, as entrevistadoras iam até as residências devidamente uniformizadas, com crachá, carta de apresentação e cópia da matéria sobre a pesquisa, veiculada no jornal local (subitem 2.8.1). Neste primeiro contato, as entrevistadoras buscavam realizar a entrevista ou agendar novo horário, de acordo com a disponibilidade dos entrevistados. Inicialmente o valor pago às entrevistadoras

por cada entrevista realizada foi de R\$ 9,00 e, ao final do estudo, para motivá-las o valor foi reajustado para R\$ 18,00.

As antropometristas visitavam os entrevistados em uma segunda ocasião a partir de informações das entrevistadoras. No início do trabalho o pagamento foi realizado por domicílio completo (R\$ 6,00). Posteriormente, as antropometristas passaram a receber por indivíduo e o valor pago foi de R\$ 4,00. Além disso, este valor ainda foi reajustado ao fim do trabalho de campo para R\$ 8,00 por indivíduo medido.

Foram entrevistados todos os indivíduos com 20 anos ou mais, moradores dos domicílios previamente selecionados. Mães de crianças entre quatro e 10 anos também foram entrevistadas sobre hábitos de vida dos filhos, independentemente de pertencer à faixa etária do estudo. Além disso, pessoas que não tinham condições físicas ou mentais de responder o questionário tiveram o auxílio (total ou parcial) de seus respectivos responsáveis ou cuidadores.

Após coleta dos dados, no Centro de Pesquisas Epidemiológicas, as entrevistadoras ‘descarregavam’ os dados de entrevistas, armazenados nos PDA. Este processo ocorria duas vezes por semana. Portanto, semanalmente os mestrados recebiam um novo banco de dados, conferiam as informações e diagnosticavam possíveis inconsistências, que retornavam às entrevistadoras responsáveis para a solução do problema.

Cada mestrado era também responsável pela supervisão específica do trabalho de duas entrevistadoras, realizando reuniões semanais com as mesmas, a fim de esclarecer dúvidas, orientar condutas, contabilizar tanto as entrevistas já realizadas, como perdas e recusas. Nestas reuniões semanais

eram repassadas às entrevistadoras questões pendentes de coletas anteriores, as quais deviam ser analisadas e respondidas ou refeitas de acordo com cada solicitação. Além disso, cabia a cada mestrando tentar reverter situações de recusas de participação na pesquisa, revisitando indivíduos que se recusaram a responder ao questionário.

As antropometristas entregavam os dados coletados para os mestrandos responsáveis por essas medidas uma vez por semana. Nesse encontro eram esclarecidas dúvidas, atualizadas as planilhas de acompanhamento da coleta e novos endereços de domicílios – já entrevistados e prontos para receber a visita de realização das medidas – eram entregues a elas. Durante o trabalho de campo, para agilizar a coleta das medidas antropométricas, foi necessário realizar ‘mutirões’ em alguns finais de semana. Nestes, uma dupla de mestrandos levava de carro a antropometrista ao maior número de domicílios em que os residentes não tinham sido medidos.

Reuniões gerais, com participação dos docentes coordenadores da pesquisa e todos os mestrandos envolvidos, também ocorriam periodicamente. Os objetivos desses encontros variavam de acordo com as fases da pesquisa e abarcaram discussões sobre: atualização do andamento da coleta de dados; exposição de problemas e decisões; escolha de ações para agilizar o trabalho de campo.

As entrevistas foram encerradas no dia 5 de maio de 2010 e a antropometria no dia 4 de julho do mesmo ano.

2.8.3. Controle de qualidade

A preocupação com a qualidade dos dados coletados esteve presente em todas as etapas do trabalho de campo. Além de todo o rigor metodológico já descrito, uma amostra de 10% dos entrevistados – sorteada aleatoriamente – recebeu uma revisita dos mestrandos. Nesta oportunidade, além de verificar a adequação do trabalho das entrevistadoras, foi aplicada uma versão reduzida do questionário, verificando a concordância das informações posteriormente. Não foram encontradas inconsistências.

2.9. Perdas e recusas

Foram consideradas como “perdas” aqueles indivíduos que não foram encontrados em suas residências para a realização das entrevistas após, no mínimo, três visitas das entrevistadoras em diferentes datas e horários, e após, ainda, uma visita do supervisor responsável pelo setor. As “recusas” foram caracterizadas pelo desejo de não participação, e abarcaram todos aqueles que se negaram a responder as entrevistas, mesmo após a realização dos procedimentos iniciais por parte dos mestrandos (primeiro contato e carta de apresentação), retorno das entrevistadoras em horários diferentes e até mesmo novo contato realizado por um dos supervisores do estudo.

Ao final do trabalho de campo foram considerados elegíveis 3.059 indivíduos, entre os quais 2.732 foram entrevistados. O percentual de perdas e recusas foi de 10,7%. As perdas foram maiores entre homens e indivíduos entre 20 e 29 anos, enquanto as recusas foram maiores em indivíduos com idades extremas na amostra (20-29 anos e 60 anos ou mais) e também no

sexo masculino. Maiores informações sobre perdas e recusas estão expostas na Tabela 2.

Tabela 2. Descrição das perdas e recusas no consórcio de pesquisa do mestrado em Epidemiologia, 2010.

Variáveis	Perdas (n=118)		Recusas (n=209)	
	N	%	N	%
Sexo				
Masculino	64	54,2	116	55,5
Feminino	54	45,8	93	45,5
Cor da Pele*				
Branco	68	86,1	155	92,3
Não branco	11	13,9	13	7,7
Idade**				
20-29 anos	37	33,6	42	22,6
30-39 anos	25	22,7	30	16,1
40-49 anos	14	12,7	37	19,9
50-59 anos	13	11,8	35	18,8
≥60 anos	21	19,2	42	22,6

* 80 valores desconhecidos.

** 31 valores desconhecidos.

2.10. Relatório Financeiro

A efetivação do consórcio de pesquisa 2010 contou com duas fontes financiadoras: 1) R\$ 70.000,00 foram repassados pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por meio do PPGE/UFPel e; 2) R\$ 11.200,00 foram provenientes de contribuições dos 14 mestrandos envolvidos. No total, foram disponibilizados para a pesquisa R\$ 81.200,00.

A Tabela 3 apresenta resumidamente os gastos com recursos advindos do PPGE. O valor utilizado ao final excedeu o valor orçado inicialmente, no entanto, com os repasses de vales transportes excedentes e ressarcimento dos mesmos, os gastos referentes a estes recursos ficaram dentro do previsto.

Tabela 3. Gastos, em Reais (R\$) com recursos do orçamento do PPGE. Consórcio 2010.

Item	Valor Individual	Custo
Vales-transporte	2,00 [*]	21.000,00
Material de escritório	-	112,00
Pagamento das auxiliares de pesquisa	40,00	3.200,00
Pagamento da secretária	800,00	4.800,00
Pagamento das entrevistadoras/antropometristas	9,00 ^{**}	
	18,00 ^{***}	
	6,00 [#]	
	4,00 ^{##}	
	8,00 ^{###}	35.090,00
Camisetas/Serigrafia	7,50	648,00
	1,50 ⁺	
Estorno referente à sobra de vales-transporte		880,00
Total		69.920,76

* A tarifa de ônibus urbano foi reajustada para R\$2,20 em janeiro de 2010

** Valor inicial pago por entrevista realizada

*** Valor final pago por entrevista realizada

Valor inicial pago para antropometristas por domicílio

Valor final pago por pessoa medida na antropometria em mutirões

Valor final reajustado por pessoa medida na antropometria

+ Valor pago para serigrafia - uniformes

Os valores repassados pelos mestrados cobriram compras ou serviços necessários em caráter emergencial, assim como os pagamentos de itens que não podiam ser adquiridos com o recurso do PPGE, seguindo as normas da CAPES. A Tabela 4 descreve os gastos efetuados com esses recursos.

Tabela 4. Gastos com recursos (em R\$) do orçamento dos mestrandos. Consórcio 2010.

Item	Valor Individual	Custo
Cartão telefônico	4,86	910,21
Cópias	-	16,00
Coffee Break (treinamento entrevistadoras)	-	303,47
Material de escritório	-	133,57
Pagamento final entrevistas e antropometrias	18,00*	3.666,00
	4,00**	
	8,00***	
Pagamento final da secretária	-	1.200,00
Lavanderia	-	30,00
Total		7.236,38

* Valor final reajustado pago por entrevista

** Valor final pago por medida antropométrica em mutirão

*** Valor final pago por medida antropométrica fora do mutirão

Contudo, como o apresentado nas Tabelas anteriores, o custo total do consórcio de pesquisa 2010 foi de R\$ 77.157,14. Em comparação com consórcios de pesquisas anteriores, houve um acréscimo considerável na demanda de recursos. Vários são os fatores que explicam este aumento. Entre eles, o fato de que toda a amostra foi submetida a medidas antropométricas, portanto os custos com vales-transporte e recursos humanos logicamente foram maiores. Outras particularidades deste consórcio que deixaram os gastos mais onerosos foram a aquisição de apólices de seguro para as entrevistadoras e antropometristas, e a prorrogação do trabalho de campo além dos três meses previstos inicialmente.

2.11. Mudanças referentes ao projeto de pesquisa

2.11.1. Definição de família

Por meio do estudo piloto, etapa abordada no item 2.5.3., foi possível identificar uma limitação acerca do questionário de suporte social e de suas respectivas orientações para aplicação. A definição de família na escala de suporte social para AF (EASAF) ⁵, segundo seus autores, deve *considerar [como] membros da família as pessoas que fazem refeições juntas regularmente e que dormem na mesma casa (exceto empregada doméstica)*. No estudo piloto percebeu-se uma interpretação diferenciada a da escala em dois momentos: nos enunciados dos blocos de suporte social de familiares para caminhada e de familiares para atividades físicas moderadas e vigorosas (AFMV). Em Pelotas, os entrevistados frequentemente reportaram ter recebido suporte social de familiares que não residiam no mesmo domicílio, distorcendo a interpretação desejada. Com esta constatação, os autores da escala foram contatados e a solução acordada foi de adicionarmos aos enunciados outra orientação, a saber: “*Considere da família os indivíduos que morem com o(a) senhor(a)*”.

2.11.2. Definição operacional de suporte social

A utilização da EASAF ⁵ proporciona a construção da variável de exposição de interesse de maneira global (AF global) ou, de modo específico, para caminhada ou APMV. Além disso, cada variável da escala pode ser avaliada de acordo com a fonte que fornece o referido suporte. A operacionalização das variáveis de suporte social prevista no projeto seria

realizada ao se dividir os escores de cada variável em tercils, tornando o grupo exposto àquele pertencente ao tercil superior. No entanto, nas primeiras análises exploratórias verificou-se que a maioria dos escores destas variáveis não apresentava uma distribuição condizente com a divisão proposta. Em todas as possíveis subdivisões da escala houve entre 50% e 70% dos indivíduos que apresentavam escore zero. Diante desses resultados foi necessária uma mudança na definição operacional do projeto. Para cada variável de suporte social (caminhada, AFMV e AF global) foram considerados indivíduos expostos aqueles que relataram suporte “às vezes” ou “sempre” em pelo menos uma das questões que compõem cada variável. Do mesmo modo, foi proposto um critério mais específico para analisar uma estimativa de efeito dose-resposta na associação investigada. Isto significa que, nessa abordagem, foram considerados expostos ao suporte social aqueles que reportaram apoio “sempre” em pelo menos uma questão que compõe a variável desejada.

Por fim, com base nessas definições operacionais, as variáveis foram construídas conforme o tipo de prática (caminhada, AFMV e AF global) e os indivíduos foram considerados: a) sem suporte social; b) com suporte somente de familiares; c) com suporte somente de amigos; d) com suporte social de familiares e amigos = sim para amigos e familiares.

2.11.3. Definição operacional dos desfechos

De posse dos dados, foram propostas diferentes análises exploratórias da associação entre o suporte social e a AF. Entre elas, evidenciaram-se algumas fragilidades dos resultados quando utilizados os desfechos com algumas definições operacionais previstas no projeto. Considerando como

desfechos (sim/não) apenas as práticas de caminhada, de AFMV e de AF global, verificou-se que as medidas de risco encontradas, embora estatisticamente significativas, foram sempre menores quando comparadas às análises cuja variável dependente foi o nível de AF específico para cada tipo de atividade – conforme as recomendações atuais (≥ 150 minutos/semana). Diante destes achados, avaliou-se a possibilidade de ocorrência de um erro não diferencial na medida dos desfechos, ou seja, classificar como ativos os indivíduos que não possuem tal característica. Como neste tipo de erro a prevalência afeta os expostos e os não-expostos, há a tendência de uma diluição no efeito da associação. Sabe-se, ainda, que para as intervenções em saúde os dados que evidenciam as associações com o nível de AF são mais relevantes do que as realizadas com a prática de alguma AF sem avaliação do tempo do exercício, durante a semana.

Avaliando estas questões, neste estudo foram considerados ativos, operacionalmente, para cada um dos desfechos (caminhada, AFMV e AF global), todos os indivíduos que atingiram as recomendações atuais para AF (≥ 150 minutos/semana) em cada atividade estudada.

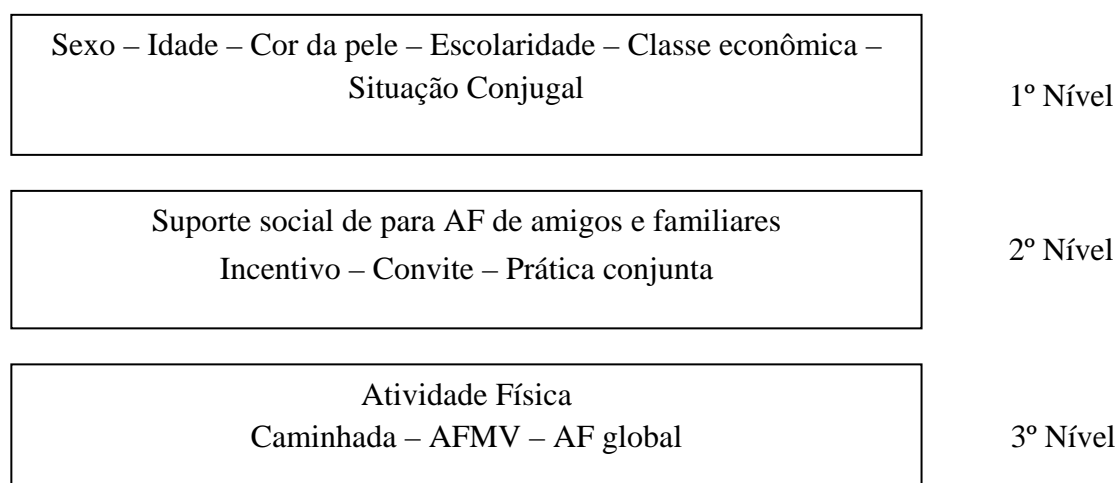
2.11.4. Plano de análise

O plano de análise foi adequado para explorar os dados coletados, buscando uma melhor compreensão da associação entre suporte social e AF. Deste modo, além da estratificação das análises entre homens e mulheres como previsto no projeto, foram realizadas estratificações para idade, considerando duas faixas etárias: 20 a 29 anos e 40 anos ou mais.

2.11.5. Análises dos tipos de suporte

Na elaboração das análises e durante a redação do artigo mostrou-se importante explorar de outro modo os dados fornecidos pela EASAF⁵, a fim de elucidar com outra visão a associação entre suporte social e diferentes tipos de AF. Assim sendo, analisou-se também a associação dos diferentes tipos de suporte social (incentivo, convite e prática conjunta) com caminhada, AFMV e AF global. O modelo hierárquico destas análises está demonstrado na Figura 1.

Figura 1. Modelo hierárquico de análise dos tipos de suporte social



Em virtude da extensão das análises, estas associações não serão incluídas no artigo principal, mas deverão ser apresentadas em um segundo artigo, a ser confeccionado após a conclusão desta dissertação de mestrado.

2.12. Referências Bibliográficas

1. Craig C, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. 2003;. *Med Sci Sports Exerc* 2003;35(8):1381-95.
2. Habicht JP. Standardization of quantitative epidemiological methods in the field. *Bol Oficina Sanit Panam* 1974;76:375-84.
3. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2001.
4. Lohman TG, Roche AF, Martorell R. Anthropometric Standardization Reference Manual. Champaign, Illinois 1988.
5. Santos MS, Reis RS, Hallal PC. Validade e fidedignidade de uma escala de avaliação do apoio social para a atividade física. *Revista Brasileira de Saúde Pública*. 2010;(in press).

ANEXO I

Questionário aplicado no consórcio de pesquisa do mestrado em Epidemiologia. Pelotas, 2010.

BLOCO A: GERAL # Este bloco deve ser aplicado a todos os indivíduos	ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO
Número do setor _____ Número da família _____ Número da pessoa _____ Endereço: _____ (1) casa (2) apartamento Data da entrevista: ____ / ____ / _____ Entrevistadora: _____	ASET _____ AFAM _____ APESSOA _____ ATIPOM _____ ADE _____ ____ / ____ / ____ ____ AENT _____
A1) Qual é o seu nome? _____ A2) Qual é a sua idade? _____ anos completos A3) Qual é sua data de nascimento? ____ / ____ / _____ A4) O(A) Sr.(a) é o chefe da família? (0) Não (1) Sim (9) IGN	AIDADE _____ ANASC _____ ____ / ____ / ____ ____ ACHEFE _____
<i>As perguntas A5 e A6 devem apenas ser observadas pela entrevistadora</i>	
A5) Cor da pele: (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Indígena (5) Parda (6) Outra: _____ A6) Sexo: (0) Masculino (1) Feminino (Se for HOMEM anotar o número do questionário confidencial) → _____	ACORPEL _____ ASEXO _____ NQDE _____
A7) O(A) Sr.(a) sabe ler e escrever? (0) Não → Pule para a questão A9 (1) Sim (2) Só assina → Pule para a questão A9 (9) IGN A8) Até que série o(a) Sr.(a) estudou? Anotação: _____ (codificar após encerrar o questionário) Anos completos de estudo: ____ anos (88) NSA A9) Qual a sua situação conjugal? (1) Casado(a) ou mora com companheiro(a) (2) Solteiro(a) ou sem companheiro(a) (3) Separado(a) (4) Viúvo(a) A10) Qual a sua cor ou raça? (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Indígena (5) Parda A11) Como o(a) Sr.(a) considera sua saúde? (1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa	ASABLER _____ AESCOLA _____ ACOMPAN _____ ACORPELE _____ AUTOSAU _____

<p>(4) Regular (5) Ruim (9) IGN</p>	
AS PRÓXIMAS PERGUNTAS REFEREM-SE A TODO TIPO DE TRABALHO, MESMO QUE NÃO SEJA PAGO	
<p>A12) O(A) Sr.(a) trabalhou alguma vez na vida? (0) Não, nunca → <i>Pule para a instrução anterior à questão A20</i> (1) Trabalhou mas não está trabalhando (2) Sim, está trabalhando → <i>Pule para a questão A15</i> (9) IGN</p> <p>A13) Se já trabalhou mas não está trabalhando, qual a sua situação em relação a trabalho? (1) Desempregado (2) Aposentado (3) Encostado (4) Outro _____ (8) NSA (9) IGN</p> <p>A14) Há quanto tempo não está trabalhando? ___ ___ meses</p> <p>A15) Se está trabalhando ou já trabalhou qual é/foi a sua ocupação principal? Ocupação: _____</p> <p><i>(No caso de ter mais de uma ocupação será considerado ocupação principal a que tiver maior carga horária, no caso de ter a mesma carga horária será considerado a de maior renda, se a renda for igual será registrada aquela que o trabalhador exercer a mais tempo)</i></p> <p>A16) Quanto tempo trabalha(ou) nesta ocupação? ___ ___ meses</p> <p>A17) Neste trabalho é/era: (1) Empregado (2) Contra própria (3) Empregador (4) Outro _____</p> <p>A18) Qual o nome da empresa em que trabalha(ou)? _____</p> <p>A19) O que fazes ou fazias neste trabalho? _____</p>	<p>A12 ___</p> <p>A13 ___</p> <p>A14 ___ ___</p> <p>A15 ___ ___</p> <p>A16 ___ ___</p> <p>A17 ___</p>
AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE FUMO	
<p>A20) O(A) Sr.(a) fuma ou já fumou? (0) Não, nunca fumou → <i>Pule para a questão A30</i> (1) Sim, fuma (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês) (2) Já fumou, mas parou de fumar há ___ ___ anos ___ ___ meses</p> <p>A21) Há quanto tempo o(a) Sr.(a) fuma? (ou fumou durante quanto tempo)? ___ ___ anos ___ ___ meses (88) NSA (99) IGN</p> <p>A22) Quantos cigarros o(a) Sr.(a) fuma (ou fumava) por dia? ___ ___ cigarros (88) NSA (99) IGN</p>	<p>AFUMO ___</p> <p>ATPAFUA ___ ___</p> <p>ATPAFUM ___ ___</p> <p>ATEFUMOA ___ ___</p> <p>ATEFUMOM ___ ___</p> <p>ACIGDIA ___ ___</p>

<p>A23) Com que idade o(a) Sr.(a) começou a fumar? ____ anos (88) NSA (99) IGN</p>	<p>FUMIDAD __ __</p>
<p><i>Atenção: Se o indivíduo foi classificado como ex-fumante na pergunta A20, ou seja, já fumou, mas parou de fumar a mais de um mês, pule para a questão A30</i></p>	
<p>A24) Quanto tempo após acordar o(a) Sr.(a) fuma o seu primeiro cigarro? (3) Dentro de 5 minutos (2) Entre 6 e 30 minutos (1) Entre 31 e 60 minutos (0) Após 60 minutos (8) NSA (9) IGN</p> <p>A25) O(A) Sr.(a) acha difícil não fumar em locais onde o fumo é proibido (como igrejas, biblioteca, etc.)? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>A26) Qual o cigarro do dia que lhe traz mais satisfação (ou o cigarro que mais detestaria deixar de fumar)? (1) O primeiro da manhã (0) Outros (8) NSA (9) IGN</p> <p>A27) Quantos cigarros o(a) Sr.(a) fuma por dia? (0) 10 ou menos (1) 11 a 20 (2) 21 a 30 (3) 31 ou mais (8) NSA (9) IGN</p> <p>A28) O(A) Sr.(a) fuma mais frequentemente pela manhã (ou nas primeiras horas do dia) que no resto do dia? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>A29) O(A) Sr.(a) fuma mesmo quando está tão doente que precisa ficar de cama a maior parte do tempo? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>FTFUMO __</p> <p>FPFUMO __</p> <p>FQUAL __</p> <p>FQUAN __</p> <p>FMANH __</p> <p>FDOEN __</p>
<p><i>Atenção: As questões a seguir devem ser aplicadas a todos os indivíduos.</i></p>	
<p>A30) A Câmara municipal de Pelotas aprovou um projeto de lei proibindo fumar em locais fechados como lanchonetes, restaurantes, boates e bares. O(A) Sr.(a) é a favor desta lei, contra ou tanto faz? (0) Contra (1) A favor (2) Tanto faz/indiferente (9) Não tem opinião</p> <p>A31) O(A) Sr.(a) deixará de ir a lanchonetes, restaurantes, bares e boates, se esta lei entrar em vigor? (0) Não (1) Sim (2) Não freqüenta (9) IGN</p> <p>A32) Agora vou mostrar algumas imagens que são impressas nos maços de cigarros. (Mostrar imagens do catálogo e marcar a letra correspondente a escolhida). Qual dessas imagens o(a) Sr.(a) acha a pior, mais chocante? (00) A (01) B (02) C (03) D (04) E (05) F (06) G (07) H (08) I (09) J (99) IGN</p>	<p>LEIOP __</p> <p>LEIFR __</p> <p>IMAG __ __</p>

AS PERGUNTAS QUE FAREI AGORA SÃO SOBRE FREQUÊNCIA E A QUANTIDADE DE BEBIDA ALCOÓLICA QUE O(A) SR.(A) CONSOME.

<p>A33) Nos últimos 30 dias, o(a) Sr.(a) consumiu alguma bebida alcoólica como cerveja, vinho, cachaça, uísque, licores, ou qualquer outra bebida de álcool? (0) Não → <i>Pule para a instrução anterior à questão A36</i> (1) Sim (9) IGN</p>	<p>FALC __</p>
<p>A34) Durante os últimos 30 dias, em quantos dias por semana ou por mês, aproximadamente, o(a) Sr.(a) consumiu bebidas alcoólicas? __ __ Dias por semana __ __ Dias por mês (88) NSA (99) IGN</p>	<p>FALCDSEM __ __ FALCDMES __ __</p>

CONSIDERAMOS QUE UMA DOSE DE BEBIDA ALCOÓLICA É IGUAL A UMA LATA DE CERVEJA, OU UMA TAÇA DE VINHO, OU UM DRINQUE OU COQUETEL OU UMA DOSE DE CACHAÇA OU DE UÍSQE.

<p>A35) Sendo assim, nos dias em que o(a) Sr.(a) bebeu, quantas doses, em média, o Sr(a) ingeriu por dia? __ __ Doses por dia (88) NSA (99) IGN</p>	<p>FALCQTD __ __</p>
--	----------------------

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

ESTA SEÇÃO REFERE-SE ÀS ATIVIDADES FÍSICAS QUE O(A) SR.(A) FEZ NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, UNICAMENTE POR RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO OU LAZER

<p>A36) Desde <dia da semana passada>, em quantos dias o(a) Sr.(a) caminhou por, <u>pelo menos, 10 minutos seguidos</u> no seu tempo livre? Não considere as caminhadas para ir ou voltar do seu trabalho. __ dia(s) por SEMANA (0) Nenhum → <i>Pule para a instrução anterior à questão A38</i> (9) IGN</p>	<p>QDIA __</p>
<p>A37) Nos dias em que o(a) Sr.(a) caminhou no seu tempo livre, quanto tempo no total o(a) Sr.(a) gastou POR DIA? __ hora(s) __ minutos TOTAL: __ minutos (888) NSA (999) IGN __ + __ + __ + __ + __ + __ + __ = __ ÷ __ (dias) = __ minutos</p>	<p>QTEM __ __ __</p>

PARA RESPONDER AS PRÓXIMAS QUESTÕES CONSIDERE QUE:

- ✓ **ATIVIDADES FÍSICAS FORTES SÃO AQUELAS QUE PRECISAM DE UM GRANDE ESFORÇO FÍSICO E QUE FAZEM RESPIRAR MUITO MAIS FORTE QUE O NORMAL;**
- ✓ **ATIVIDADES FÍSICAS MÉDIAS SÃO AQUELAS QUE PRECISAM DE ALGUM ESFORÇO FÍSICO E QUE FAZEM RESPIRAR UM POUCO MAIS FORTE QUE O NORMAL.**

<p>A38) Desde <dia da semana passada>, em quantos dias o(a) Sr.(a) fez atividades FORTES no seu tempo livre por, pelo menos, 10 minutos, como correr, fazer ginástica, nadar rápido ou pedalar rápido? __ dia(s) por SEMANA (0) Nenhum → <i>Pule para a questão A40</i></p>	<p>QDVIG __</p>
--	-----------------

<p>(9) IGN</p> <p>A39) Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez estas atividades FORTES no seu tempo livre quanto tempo no total o(a) Sr.(a) gastou POR DIA? ___ hora(s) ___ minutos TOTAL: ___ minutos (888) NSA (999) IGN ___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ = ___ ÷ ___ (dias) = ___ minutos</p> <p>A40) Sem considerar as caminhadas, desde <dia da semana passada>, em quantos dias o(a) Sr.(a) fez atividades MÉDIAS no seu tempo livre por, pelo menos, 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis? ___ dia(s) por SEMANA (9) IGN (0) Nenhum → Pule para a instrução anterior à questão A42</p> <p>A41) Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez estas atividades MÉDIAS no seu tempo livre quanto tempo no total o(a) Sr.(a) gastou POR DIA? ___ hora(s) ___ minutos TOTAL: ___ minutos (888) NSA (999) IGN ___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ + ___ = ___ ÷ ___ (dias) = ___ minutos</p>	<p>QTVIG ___ ___</p> <p>QDMOD ___</p> <p>QTMOD ___ ___</p>
CONSIDERE DA FAMÍLIA INDIVÍDUOS QUE MOREM COM O(A) SR(A). NOS ÚLTIMOS 3 MESES, COM QUE FREQUÊNCIA ALGUÉM DE SUA FAMÍLIA...	
<p>A42) Fez caminhada com o Sr(a) (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre</p> <p>A43) Convidou o Sr(a) para caminhar (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre</p> <p>A44) Incentivou o Sr(a) a caminhar (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre</p>	<p>SSFAC1 ___</p> <p>SSFACA2 ___</p> <p>SSFACA3 ___</p>
NOS ÚLTIMOS 3 MESES, COM QUE FREQUÊNCIA ALGUM AMIGO...	
<p>A45) Fez caminhada com o Sr(a) (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre</p> <p>A46) Convidou o Sr(a) para caminhar (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre</p> <p>A47) Incentivou o Sr(a) a caminhar (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre</p>	<p>SSACA1 ___</p> <p>SSACA2 ___</p> <p>SSACA3 ___</p>
CONSIDERE DA FAMÍLIA INDIVÍDUOS QUE MOREM COM O(A) SR(A). NOS ÚLTIMOS 3 MESES, COM QUE FREQUÊNCIA ALGUÉM DE SUA FAMÍLIA...	
<p>A48) Fez exercícios médios ou fortes com o Sr(a) (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre</p> <p>A49) Convidou o Sr(a) para fazer exercícios médios ou fortes (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre</p> <p>A50) Incentivou o Sr(a) a fazer exercícios médios ou fortes (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre</p>	<p>SSFAAF1 ___</p> <p>SSFAAF2 ___</p> <p>SSFAAF3 ___</p>

NOS ÚLTIMOS 3 MESES, COM QUE FREQUÊNCIA ALGUM AMIGO...

- | | |
|--|-----------|
| A51) Fez exercícios médios ou fortes com o Sr(a)
(0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre | SSAAF1 __ |
| A52) Convidou o Sr(a) para fazer exercícios médios ou fortes
(0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre | SSAAF2 __ |
| A53) Incentivou o Sr(a) a fazer exercícios médios ou fortes
(0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre | SSAAF3 __ |

AGORA VAMOS FALAR SOBRE SUA ALIMENTAÇÃO

- | | |
|---|-------------|
| A54) O(A) Sr.(a) costuma tomar algum tipo de leite?
(0) Não
(1) Sim → <i>Pule para a questão A56</i> | CONSLEIT __ |
|---|-------------|

- | | |
|---|------------|
| A55) Se não: Qual o principal motivo para o(a) Sr.(a) não tomar leite?
(1) Não gosta
(2) Custo
(3) Alergia/intolerância
(4) Outro _____
(9) IGN
→ <i>Pule para a questão A60</i> | MONLEIT __ |
|---|------------|

- | | |
|---|-------------|
| A56) PENSE NA ÚLTIMA SEMANA. Desde <dia da semana> passada até hoje em quantos dias o(a) Sr.(a) tomou leite? | FREQLEIT __ |
|---|-------------|

0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

- | | |
|--|-------------------------------|
| A57) Qual a quantidade de leite que o(a) Sr.(a) toma por dia?
(1) Copo __
(2) Xícara__
(3) Caneca __
(4) ml _ _ _ _
(8) NSA
(9) IGN | UTENS __

QTD _ _ _ _ _ |
|--|-------------------------------|

- | | |
|---|------------|
| A58) Qual o leite que o(a) Sr.(a) costuma tomar? (Ler opções)
(1) Leite de vaca (caixinha ou saquinho ou leiteiro ou pó)
(2) Leite de cabra → <i>Pule para a questão A60</i>
(3) Leite de soja → <i>Pule para a questão A60</i>
(4) Outro _____ → <i>Pule para a questão A60</i>
(8) NSA
(9) IGN | TIPLEIT __ |
|---|------------|

- | | |
|---|---------------------------------|
| A59) Quando o(a) Sr.(a) toma leite de vaca, qual o tipo que costuma tomar? (Ler opções)
(1) Normal/integral
(2) Semidesnatado
(3) Desnatado
(8) NSA
(9) IGN | TIPLEITVA __

CONSDERI __ |
|---|---------------------------------|

- | | |
|--|-------------|
| A60) O(A) Sr.(a) costuma consumir queijo, iogurte, requeijão ou nata?
(0) Não → <i>Pule para a instrução anterior à questão A62</i>
(1) Sim | FREQDERI __ |
|--|-------------|

<p>A61) PENSE NA ÚLTIMA SEMANA. Desde <dia da semana> passada até hoje, em quantos dias o(a) Sr.(a) consumiu queijo, iogurte, requeijão ou nata?</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	6	7	
0	1	2	3	4	5	6	7		
AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE USO DE ADOÇANTES ARTIFICIAIS NOS LÍQUIDOS INGERIDOS NA ÚLTIMA SEMANA.									
<p>A62) Desde <dia da semana> da semana passada até hoje, o(a) Sr.(a) usou adoçante artificial em algum líquido que bebeu? (0) Não → <i>Pule para a instrução anterior a questão A69</i> (1) Sim</p> <p>A63) Desde <dia da semana> da semana passada até hoje, <u>em quantos dias</u> o(a) Sr.(a) usou adoçante artificial nos líquidos que bebeu? (1) 1 dia (2) 2 dias (3) 3 dias (4) 4 dias (5) 5 dias (6) 6 dias (7) 7 dias (todos os dias) (9) IGN</p> <p>A64) O(A) Sr.(a) recebeu recomendação de alguém para usar adoçante artificial? (0) Não (1) Sim → De quem? (1) Médico (2) Nutricionista (3) Enfermeiro (4) Dentista (5) Professor de Educação Física (6) Familiar (7) Outro _____</p> <p>A65) Qual a marca de adoçante que o(a) Sr.(a) costuma usar na <u>maioria das vezes</u> nos líquidos? (01) Adocyl (02) Assugrin (03) Doce Menor (04) Finn (05) Gold (06) Great Value (07) Línea (08) Lowçúcar (09) Magro (10) Mid Sugar (11) Sentir Bem/zero (12) Só Stévia (13) Stévia Plus (14) Stevip (15) Stevita (16) Tal e Qual (17) Zero Cal (18) Panvel (19) Outro _____ (99) IGN</p> <p>A66) Em qual forma o(a) Sr.(a) usa esse adoçante? (Ler opções para as duas perguntas) (1) Líquida → Que cor é a embalagem? (1) Transparente</p>	<p><i>ADOC</i> __</p> <p><i>FREQADOC</i> __</p> <p><i>REC</i> __</p> <p><i>RECPROF</i> __</p> <p><i>MARCA</i> __ __</p> <p><i>FORMA</i> __</p>								

<p>(2) Branca (9) IGN</p>		<p>EMBAL __</p>
<p>(2) Pó → Como é a embalagem?</p>	<p>(3) Caixa com envelopes (4) Pote ou Lata (5) Saco plástico com envelopes (9) IGN</p>	
<p>(3) Comprimidos/Tabletes</p>		
<p>(9) IGN</p>		
<p>PENSE NO ÚLTIMO DIA, QUE NÃO SEJA HOJE, QUE O(A) SR.(A) USOU <i><nome do adoçante> NOS LÍQUIDOS</i></p>		
<p>A67) Durante todo esse dia, quantas vezes o(a) Sr.(a) usou o <nome do adoçante>?</p> <p>(01) 1 vez (02) 2 vezes (03) 3 vezes (04) 4 vezes (05) 5 vezes (06) 6 vezes (07) 7 vezes (08) 8 vezes (09) 9 vezes (10) 10 vezes (99) IGN</p>		<p>NVEZES __ __</p>
<p>A68) Quantas(os) <forma de utilização> o(a) Sr.(a) usou em cada vez?</p> <p>() 1ª vez () 2ª vez () 3ª vez () 4ª vez () 5ª vez () 6ª vez () 7ª vez () 8ª vez () 9ª vez () 10ª vez () esguicho (99) IGN</p>		<p>1VEZ __ __ 2VEZ __ __ 3VEZ __ __ 4VEZ __ __ 5VEZ __ __ 6VEZ __ __ 7VEZ __ __ 8VEZ __ __ 9VEZ __ __ 10VEZ __ __ ESG __</p>
<p>AGORA VAMOS FALAR SOBRE SUA ALIMENTAÇÃO NO ÚLTIMO ANO, PENSE DESDE <mês> DO ANO PASSADO.</p>		
<p>A69) O(A) Sr.(a) consumiu algum tipo de carne?</p> <p>(0) Não → <i>Pule para a instrução anterior à questão A79</i> (1) Sim</p>		<p>CA __</p>
<p>VOU LHE FALAR SOBRE ALGUMAS CARNES E O(A) SR.(A) VAI ME DIZER SE NO ÚLTIMO ANO, DESDE <mês> DO ANO PASSADO, COMEU E QUANTAS VEZES COMEU POR DIA, POR SEMANA, POR MÊS, POR ANO OU SE COMEU APENAS EM ALGUMA ÉPOCA ESPECIAL.</p>		
<p>Come...</p>	<p>Quantas vezes...</p>	
<p>A70) Carne vermelha com osso (costela, dorso, paleta...)</p>	<p>N 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 D S M A</p>	<p>CAVO __ __ __</p>

A71) Carne vermelha sem osso – bife ou pedaços	N 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 D S M A	CAVSOB _ _ _ _
A72) Carne vermelha sem osso – carne moída ou guisado	N 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 D S M A	CAVSOM _ _ _ _
A73) Frango ou galinha	N 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 D S M A	CABF _ _ _ _
A74) Embutidos (linguiça, salsicha, presunto, mortadela, salame...)	N 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 D S M A	CAEM _ _ _ _
A75) Peixes – fresco e enlatado (sardinha e atum) ou camarão	N 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 D S M A E	CABP _ _ _ _ _
A76) Visceras ou miúdos (coração, fígado, moela...)	N 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 D S M A	CAVI _ _ _ _
A77) O(A) Sr.(a) tira a gordura da carne vermelha antes de comer? (0) Não (1) Sim (2) Não costuma comprar carne com gordura (8) NSA		CAVGO _
A78) O(A) Sr.(a) tira a pele do frango ou galinha antes de comer? (0) Não (1) Sim (8) NSA		CABFGO _
AGORA VAMOS FALAR SOBRE SUA SAÚDE		
Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem ou teve:		
A79) Hipertensão Arterial Sistêmica (pressão alta)? (0) Não (1) Sim (9) IGN		HAS _
A80) Diabetes Mellitus (açúcar no sangue)? (0) Não (1) Sim (9) IGN		DM _
A81) Colesterol ou triglicerídeos alto? (0) Não (1) Sim (9) IGN		COL _
A82) Angina ou infarto do coração? (0) Não (1) Sim (9) IGN		ANG _
A83) Acidente Vascular Cerebral (isquemia/derrame cerebral)? (0) Não (1) Sim (9) IGN		AVC _
AGORA VAMOS FALAR SOBRE OS MEDICAMENTOS QUE O(A) SR.(A) USOU NOS ÚLTIMOS 30 DIAS		

<p>A84) Desde <dia do mês passado> o(a) Sr.(a) usou aspirina® ou alguma das seguintes medicações todos os dias ou na maioria dos dias? (Mostrar as fotos das embalagens para o entrevistado e caso ele indique que usa um dos medicamentos pedir para ele mostrar a embalagem ou receita do médico e anotar no quadro abaixo).</p> <p>(0) Não → Pule para a instrução anterior à questão A89 (1) Sim, na maioria dos dias (2) Sim, todos os dias (9) IGN</p>	<p>AAS __</p>						
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="161 465 504 499">Nome do medicamento</th> <th data-bbox="504 465 820 499">Dose (mg)</th> <th data-bbox="820 465 1169 499">Nº comprimidos/dia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="161 499 504 560"></td> <td data-bbox="504 499 820 560"></td> <td data-bbox="820 499 1169 560"></td> </tr> </tbody> </table>	Nome do medicamento	Dose (mg)	Nº comprimidos/dia				<p>MEDIC __ __ DOSE __ __ __ COMP __ __</p>
Nome do medicamento	Dose (mg)	Nº comprimidos/dia					
<p>A85) Para tratar o quê?</p> <p>(1) Hipertensão Arterial Sistêmica (pressão alta) (2) Diabetes Mellitus (açúcar alto no sangue) (3) Angina/infarto (problema de coração) (4) Dislipidemia (colesterol alto no sangue) (5) Isquemia Cerebral (derrame) (6) Circulação (7) Febre/mal-estar (8) Outros motivos, quais? _____ (9) IGN</p>	<p>TRAT __</p>						
<p>A86) Alguém indicou o uso da medicação?</p> <p>(1) Médico (2) Outro profissional de saúde (3) Familiar/amigo (4) Outro (5) Própria pessoa (8) NSA (9) IGN</p>	<p>INDIC __</p>						
<p>A87) Foi indicado o uso da medicação todos os dias?</p> <p>(0) Não (1) Sim → Pule para a instrução anterior à questão A89 (9) IGN</p>	<p>TDIA __</p>						
<p>A88) Por que não usou todos os dias?</p> <p>(1) Não precisava/não tinha indicação de uso diário (2) Intolerância gástrica/gastrite/azia/úlceras gástricas (3) Alergia (4) Esqueceu de tomar (5) Não tinha no posto (6) Não conseguiu comprar (7) Outros motivos, quais? _____ (9) IGN</p>	<p>NDIA __</p>						
<p>A PARTIR DE AGORA NÓS VAMOS CONVERSAR ALGUMAS COISAS A RESPEITO DE SEU PESO E SOBRE COISAS QUE AS PESSOAS COSTUMAM FAZER OU TOMAR PARA PERDER PESO.</p>							
<p>A89) No último ano, ou seja, desde <mês> do ano passado, o(a) Sr.(a) fez ou usou alguma coisa para PARA PERDER PESO? como por exemplo dieta, exercícios, remédios, chás, shakes ou qualquer outra coisa...</p> <p>(0) Não → Pule para a instrução anterior à questão A100 (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>EPP __</p>						

AGORA EU VOU LHE FALAR ALGUMAS COISAS USADAS PARA PERDER PESO, E O(A) SR.(A) DEVE ME DIZER, PARA CADA UMA DAS OPÇÕES, SE FEZ OU NÃO, NO ÚLTIMO ANO, PARA PERDER PESO.

<p>A90) Dieta. (<i>redução de calorias/redução de gorduras</i>) (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>A91) Exercícios físicos regulares. (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>A92) Uso de chás emagrecedores. (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>A93) Uso de medicamentos, mesmo aqueles considerados naturais (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>A94) Uso de suplementos nutricionais/barrinhas/shakes. (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>A95) Alguma outra coisa <u>para perder peso</u>? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN Se Sim → O QUE? _____</p>	<p><i>EDIETA</i> ____</p> <p><i>EEXERC</i> ____</p> <p><i>ECHA</i> ____</p> <p><i>EMED</i> ____</p> <p><i>ESUPL</i> ____</p> <p><i>EOUTR</i> ____</p>
<p><i>Caso o entrevistado tenha respondido <u>NÃO</u> em relação à questão A93, pule para a instrução anterior à questão A100.</i></p>	
<p><i>Na próxima pergunta, orientar o entrevistado para que, se possível, traga as caixas dos medicamentos para emagrecer em uso, para que se possa revisar e anotar os nomes das drogas.</i> <u>PARA TODOS OS ITENS:</u> (0) NÃO (1) SIM (8) NSA (9) IGN</p>	
<p>A96) E qual foi o remédio que o(a) Sr.(a) utilizou para perder peso? (<i>lembrar que é no último ano</i>) Após o relato de uma substância estimular a memória do entrevistado com a pergunta: "<u>mais alguma coisa?</u>"</p> <p>(A) Medicamentos anorexígenos (Anfepramona®, Dualid S®, Hipofagin®, Inibex®, Moderate®, Desobesi M®, Inobesin®, Lipomax AP®, Fagolipo D®, Dasten®, Minifage®, Moderex®, Ionamin®, Adipex®, Fastin®, Banobese®, Obenix®, Zantrol®, Accutrim®, Dexatrim®)</p> <p>(B) Sibutramina (Plenty®, Reductil®, Biomag®, Meridia®, Sibus®, Vazy®)</p> <p>(C) Orlistat (Xenical®, Lipiblock®)</p> <p>(D) Fórmulas para emagrecimento (<i>Escrever os componentes</i>) _____ _____</p> <p>(E) Quitosana/Faseolamina/Linhaça/Bio-Redux/Outros fitoterápicos</p> <p>(F) Antidepressivos (Fluoxetina, Sertralina, Bupropiona): _____</p> <p>(G) Laxantes: _____</p> <p>(H) Diuréticos: _____</p>	<p><i>MEDANFET</i> ____</p> <p><i>MEDSIBU</i> ____</p> <p><i>MEDXEN</i> ____</p> <p><i>MEDFORM</i> ____</p> <p><i>MEDFITO</i> ____</p> <p><i>MEDANTDEP</i> ____</p> <p><i>MEDLAX</i> ____</p> <p><i>MEDDIUR</i> ____</p> <p><i>MEDOUTR</i> ____</p> <p><i>MEDINDIC</i> ____</p>

<p>(I)</p> <hr/> <p>A97) Este(s) remédio(s) foi indicado por alguém? (<i>Ler as opções</i>) (1) Sim (2) Não, tomei por conta própria → <i>Pule para a questão A99</i> (3) Não, descobri por meio de propaganda (revista, TV, internet, jornal) → <i>Pule para a questão A99</i> (8) NSA</p> <p>A98) <i>Se sim. Quem lhe indicou o remédio?</i> (1) Médico (2) Nutricionista (3) Enfermeiro (4) Farmacêutico (5) Professor de Educação Física (6) Amigo/Familiar/Vizinho/Colega (7) _____ (8) NSA (9) IGN</p> <p>A99) Qual era o seu peso antes de começar a utilizar este medicamento para emagrecer? _____, ____ kg (888,8) NSA (999,9) IGN</p>	<p>Outros:</p> <p>TIPOINDIC ____</p> <p>PESOANT _____. ____</p> <p>Outros:</p>
---	---

**AGORA VAMOS FALAR SOBRE COMPULSÃO ALIMENTAR.
COMPULSÃO ALIMENTAR É QUANDO UMA PESSOA COME UMA GRANDE QUANTIDADE DE COMIDA DE UMA VEZ SÓ, EM MAIS OU MENOS DUAS HORAS, E SENTE QUE NÃO CONSEGUE CONTROLAR A QUANTIDADE DE COMIDA QUE COME OU PARAR DE COMER. PODEMOS CONTINUAR?**

<p>A100) Desde <três meses antes da entrevista>, alguma vez o(a) Sr.(a) comeu, em pouco tempo, uma quantidade de comida que a maioria das pessoas considera muito grande? (0) Não → <i>Pule para a instrução anterior à questão A105</i> (1) Sim (9) IGN</p> <p>A101) Nas vezes que isso aconteceu, o(a) Sr.(a) sentiu que conseguia controlar a quantidade de comida que comeu? (0) Não, quantas vezes? ____ (1) Sim → <i>Pule para a instrução anterior à questão A105</i> (8) NSA (9) IGN</p> <p>A102) Nessas ocasiões, o(a) Sr.(a) sentiu que:</p> <p>a) Comeu mais rápido que de costume? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>b) Comeu até se sentir mal de tão cheio(a)? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>c) Comeu grandes quantidades de comida sem sentir fome? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>COMGRAND ____</p> <p>CONTROL ____ VEZCONTR ____</p> <p>COMRAPID ____</p> <p>MALCHEIO ____</p> <p>SEMFOME ____</p>
---	---

AGORA VAMOS FALAR SOBRE A ÚLTIMA VEZ QUE O(A) SR.(A) COMEU UMA GRANDE QUANTIDADE DE COMIDA E SENTIU QUE PERDEU O CONTROLE SOBRE QUANTO COMEU.

<p>A103) A que horas do dia começou? (0) Na parte da manhã (8 às 12) (1) No começo da tarde (12 às 16) (2) No fim da tarde (16 às 19) (3) No começo da noite (19 às 22) (4) Tarde da noite (após 22) (8) NSA (9) IGN</p> <p>A104) Quanto tempo o(a) Sr.(a) ficou sem comer antes de começar e não conseguir parar de comer? _ _ horas _ _ minutos (88,88) NSA (99,99) IGN</p>	<p><i>HORACOM</i> __</p> <p><i>TJEJUM</i> __, __</p> <p>—</p>
AGORA VAMOS FALAR UM POUCO SOBRE COMO O(A) SR.(A) PERCEBE O SEU CORPO E PESO	
<p>A105) Como o(a) Sr.(a) se sente em relação ao seu peso? (Ler as opções) (1) Muito magro (2) Magro (3) Normal (4) Gordo (5) Muito gordo (9) IGN</p> <p>A106) Na opinião do(a) Sr.(a), qual é o seu peso ideal? __ __ __, __ kg (999,9) IGN</p>	<p><i>ACHACORP</i> __</p> <p><i>PESOID</i> __ __ __</p> <p>—</p>
AGORA VAMOS FALAR SOBRE SUAS ATIVIDADES DIÁRIAS NO TRABALHO E/OU ESTUDO. CONSIDERE TODAS AS ATIVIDADES, MESMO AS QUE NÃO SEJAM PAGAS, COMO POR EXEMPLO, TRABALHOS DOMÉSTICOS (DO LAR).	
<p>Num dia normal de trabalho, estudo ou atividades do lar que o(a) Sr.(a) realiza, com que frequência precisa:</p> <p>A107) Repetir movimentos por muito tempo (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre (9) IGN</p> <p>A108) Levantar ou carregar peso (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre (9) IGN</p> <p>A109) Ficar em posição forçada/incômoda (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre (9) IGN</p> <p>A110) Ficar sempre na mesma posição (0) Nunca (1) Às vezes (2) Sempre (9) IGN</p>	<p><i>MOVREP</i> __</p> <p><i>CARPE</i> __</p> <p><i>POINC</i> __</p> <p><i>MESPO</i> __</p>
AGORA VAMOS FALAR SOBRE DOR NAS COSTAS	
<p>A111) No último ano desde <mês do ano passado> o(a) Sr.(a) teve dor nas costas? <i>(Se sim, pedir que o entrevistado aponte a localização da dor na figura).</i> (0) Não → <i>Pule para a instrução anterior à questão A117</i> (1) Sim → Lombar (0) Não (1) Sim Cervical (0) Não (1) Sim Torácica (0) Não (1) Sim Outros locais (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p><i>DORCOS</i> __</p> <p><i>LOMB</i> __ <i>CERV</i> __ <i>TOR</i> __ <i>OUT</i> __</p>

<i>Se não referir dor lombar, região em vermelho na figura, pule para a instrução anterior à questão A117</i>	
<p>A112) Alguma vez no último ano, desde <mês do ano passado> o(a) Sr.(a) ficou com esta dor nas costas por 12 semanas ou mais seguidas (3 meses)? <i>(Apontar a região lombar na figura)</i> (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>A113) Alguma vez nos últimos três meses, desde <mês> o(a) Sr.(a) ficou com esta dor nas costas por 07 semanas ou mais seguidas (50 dias)? <i>(Apontar a região lombar na figura)</i> (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>DLCDOZ __</p> <p>DLCSET__</p>
<i>Se “NÃO” para as duas questões A112 e A113 pule para a instrução anterior à questão A117</i>	
<p>A114) Na última vez que teve esta dor nas costas o(a) Sr.(a) teve que faltar ao trabalho? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>A115) O(A) Sr.(a) deixou de fazer atividades por causa da dor nas costas? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>A116) No último ano desde <mês do ano passado> o(a) Sr.(a) procurou algum médico devido a esta dor? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>FATRAB __</p> <p>DEXAT __</p> <p>MED __</p>
AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE O SEU SONO	
<p>Nas últimas duas semanas:</p> <p>A117) O(A) Sr.(a) teve dificuldade em pegar no sono: (1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave (5) Muito grave (8) NSA (9) IGN</p> <p>A118) O(A) Sr.(a) teve dificuldade em manter o sono: (1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave (5) Muito grave (8) NSA (9) IGN</p> <p>A119) O(A) Sr.(a) teve algum problema por acordar muito cedo: (1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave (5) Muito grave (8) NSA (9) IGN</p> <p>A120) Quanto o(a) Sr.(a) está satisfeito(a) ou insatisfeito(a) com o padrão atual de seu</p>	<p>INSINI __</p> <p>INSMAN __</p> <p>INSCED __</p> <p>INSSAT __</p>

<p>sono?</p> <p>(1) Nenhuma (2) Leve (3) Moderada (4) Grave (5) Muito grave (8) NSA (9) IGN</p> <p>A121) Em que medida você considera que seu problema de sono interfere nas suas atividades diárias (por exemplo: fadiga diária, habilidade para trabalhar/executar atividades, concentração, memória, humor)?</p> <p>(1) Não interfere (2) Interfere um pouco (3) Indiferente (4) Insatisfeito (5) Muito satisfeito (8) NSA (9) IGN</p> <p>A122) Quanto você acha que os outros percebem que o seu problema de sono atrapalha sua qualidade de vida?</p> <p>(1) Não percebem (2) Percebem um pouco (3) Percebem de algum modo (4) Muito preocupado (5) Extremamente preocupado (8) NSA (9) IGN</p> <p>A123) Quanto o(a) Sr.(a) está preocupado(a)/estressado(a) com seu problema de sono?</p> <p>(1) Não estou preocupado (2) Um pouco preocupado (3) De algum modo preocupado (4) Muito preocupado (5) Extremamente preocupado (8) NSA (9) IGN</p> <p>A124) No último mês o(a) Sr.(a) teve dificuldade para dormir?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>A125) No último mês, o(a) Sr.(a) consultou algum médico por causa da dificuldade para dormir?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p> <p>A126) Durante o último mês o(a) Sr.(a) usou algum remédio para dormir?</p> <p>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p><i>INSINT</i> __</p> <p><i>INSOUT</i> __</p> <p><i>INSPRE</i> __</p> <p><i>INDIF</i> __</p> <p><i>INSCONS</i> __</p> <p><i>INSMED</i> __</p>
--	---

AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SUA RESPIRAÇÃO E SEUS PULMÕES

<p>A127) Alguma vez na vida, o(a) Sr.(a) já teve chiado no peito? (0) Não → <i>Pule para a questão 129</i> (1) Sim (9) IGN</p>	<p>CHIVID __</p>
<p>A128) Desde <mês> do ano passado, o(a) Sr.(a) teve chiado no peito? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>CHIANO __</p>
<p>A129) Alguma vez na vida, o(a) Sr.(a) já teve uma crise de falta de ar? (0) Não → <i>Pule para a questão 131</i> (1) Sim (9) IGN</p>	<p>FARVID __</p>
<p>A130) Desde <mês> do ano passado, quantas crises de falta de ar o(a) Sr.(a) teve? (00) Nenhuma __ __ vezes (88) NSA (99) IGN</p>	<p>FARANO __ __</p>
<p>A131) Alguma vez na vida, o(a) Sr.(a) já teve asma (ou bronquite asmática ou bronquite)? (0) Não → <i>Pule para a orientação anterior à questão A138</i> (1) Sim (9) IGN</p>	<p>ASMVID __</p>
<p>A132) Desde <mês> do ano passado, o(a) Sr.(a) teve asma (ou bronquite asmática ou bronquite)? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>ASMANO __</p>
<p>A133) Este diagnóstico de asma (ou bronquite asmática ou bronquite) foi confirmado pelo médico? (0) Não (1) Sim (7) Não consultou por asma (8) NSA (9) IGN</p>	<p>ASMMED __</p>
<p>A134) Desde <mês> do ano passado, quantas vezes o(a) Sr.(a) consultou com médico por causa de asma (ou bronquite asmática ou bronquite)? (00) Nenhuma __ __ vezes (88) NSA (99) IGN</p>	<p>ASMCONS __ __</p>
<p>A135) Em sua vida, quantas vezes o(a) Sr.(a) se hospitalizou por causa de asma (ou bronquite asmática ou bronquite)? (00) Nenhuma __ __ vezes (88) NSA (99) IGN</p>	<p>ASMHOSP __ __</p>
<p>A136) Em sua vida, quantas vezes o(a) Sr.(a) já esteve em UTI por causa dessa asma (ou bronquite asmática ou bronquite)?</p>	<p>ASMUTI __ __</p>

<p>(00) Nenhuma ___ vezes (88) NSA (99) IGN</p> <p>A137) Em sua vida, quantas vezes o(a) Sr.(a) já foi ao Pronto Socorro ou outro serviço de emergência por causa dessa asma (ou bronquite asmática ou bronquite)?</p> <p>(00) Nenhuma ___ vezes (88) NSA (99) IGN</p>	<p>ASMPS ___</p>
<p>Atenção: As questões <u>A138 à A148</u> devem ser perguntadas <u>apenas para mulheres</u></p>	
<p>AGORA VAMOS FALAR SOBRE SAÚDE DA MULHER</p>	
<p>A138) A Sra. já engravidou alguma vez? (0) Não → <i>Pule para a questão A143</i> (1) Sim (9) IGN → <i>Pule para a questão A143</i></p> <p>A139) Se sim quantas vezes? ___ vezes</p> <p>A140) A Sra. está grávida no momento? (0) Não → <i>Pule para a questão A143</i> (1) Sim (9) IGN → <i>Pule para a questão A143</i></p> <p>A141) A Sra. queria engravidar? (0) Não (1) Sim → <i>Encerre este bloco</i> (9) IGN</p> <p>A142) A Sra. estava usando algum método para não engravidar quando ficou grávida? (0) Não (1) Sim (9) IGN <i>Se for gestante encerre este bloco</i></p> <p>A143) A Sra. deseja engravidar em seguida? (0) Não (1) Sim (2) Não sei/não penso nisso (9) IGN</p> <p>A144) A Sra. está fazendo alguma coisa para não engravidar? (0) Não (1) Sim → <i>Pule para a questão A147</i> (9) IGN</p> <p>A145) Por quê? (0) Não quer usar nenhum método (1) Não sabe como (2) Não precisa, dar peito protege (3) Não tem dinheiro para comprar (4) Está em falta no posto (5) Não tem parceiro (6) Outro _____</p> <p><i>Se não for a opção 3 → encerre este bloco</i></p>	<p>A138 ___</p> <p>A139 ___</p> <p>A140 ___</p> <p>A141 ___</p> <p>A142 ___</p> <p>A143 ___</p> <p>A144 ___</p> <p>A145 ___</p>

<p>A146) A Sra. tentou conseguir no posto? (0) Não (1) Sim (9) IGN <i>Encerre este bloco aqui se a mulher respondeu NÃO na pergunta A144</i></p> <p>A147) O que a Sra. está fazendo para não engravidar? (01) Pílula (02) Injeção (03) Coito interrompido (04) Preservativo (05) DIU (06) Fez ligadura (07) Tabelinha (08) Ele fez vasectomia (09) Não tem parceiro (10) está amamentando (11) Outro _____ (99) IGN <i>Se não usa pílula/injeção → encerre este bloco</i></p> <p>A148) A pílula que a Sra. tomou no último mês foi comprada ou fornecida pelo posto? (1) Comprada (2) Fornecida pelo posto (3) Outro _____</p>	<p>A146 __</p> <p>A147 __ __</p> <p>A148 __</p>
<p>BLOCO B: DOMICILIAR</p> <p># Este bloco deve ser aplicado a apenas 1 morador do domicílio, de preferência, o(a) dono(a) da casa.</p>	<p>ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO</p>
<p>Número do setor _____</p>	<p>BSET _____</p>
<p>Número da família _____</p>	<p>BFAM _____</p>
<p>Número da pessoa _____</p>	<p>BPES _____</p>
<p>Entrevistadora: _____</p>	<p>BENT _____</p>
<p>B1) O(a) Sr.(a) possui telefone para contato?</p>	<p>BFONE</p>
<p>(0) Não (1) Sim → Qual o número? _____</p>	<p>_____ - _____ _____-</p>
<p>B2) Existe algum outro número de telefone ou celular para que possamos entrar em contato com o(a) Sr.(a)?</p>	<p>BCEL</p>
<p>(0) Não (1) Sim → Qual o número? _____</p>	<p>_____ - _____ _____-</p>
<p>AGORA FAREI PERGUNTAS SOBRE OS BENS E A RENDA DOS MORADORES DA CASA. LEMBRO, MAIS UMA VEZ, QUE OS DADOS DESTE ESTUDO SÃO CONFIDENCIAIS. PORTANTO, FIQUE TRANQUÍLO(A) PARA INFORMAR O QUE FOR PERGUNTADO.</p>	
<p>Sobre aparelhos que o(a) Sr.(a) tem em casa. Na sua casa o(a) Sr.(a) tem:</p>	
<p>B3) Aspirador de pó?</p>	<p>(0) Não (1) Sim (9) IGN BASP _____</p>
<p>B4) Máquina de lavar roupa?</p>	<p>(0) Não (1) Sim (9) IGN BLAV _____</p>
<p>B5) Videocassete ou DVD?</p>	<p>(0) Não (1) Sim (9) IGN BDVD _____</p>
<p>B6) Geladeira?</p>	<p>(0) Não (1) Sim (9) IGN BGELA _____</p>
<p>B7) Freezer ou geladeira duplex?</p>	<p>(0) Não (1) Sim (9) IGN BFREE _____</p>
<p>B8) Forno de microondas?</p>	<p>(0) Não (1) Sim (9) IGN BMOND _____</p>

B9) Microcomputador?	(0) Não	(1) Sim	IGN (9)	BCPU ____			
B10) Telefone fixo? (convencional)	(0) Não	(1) Sim	IGN (9) IGN	BTELSN ____			
Na sua casa, o(a) Sr.(a) tem...? Quantos?							
B11) Rádio	(0)	(1)	(2)	(3)	(4+)	(9)	BRAD ____
B12) Televisão preto e branco	(0)	(1)	(2)	(3)	(4+)	(9)	BTVPB ____
B13) Televisão colorida	(0)	(1)	(2)	(3)	(4+)	(9)	BTVCOL ____
B14) Automóvel (somente de uso particular)	(0)	(1)	(2)	(3)	(4+)	(9)	BAUTO ____
B15) Aparelho de ar condicionado (se ar condicionado central marque o número de cômodos servidos)	(0)	(1)	(2)	(3)	(4+)	(9)	BARCON ____
B16) Na sua casa, trabalha empregada ou empregado doméstico mensalista? Se sim, quantos? (0) Não (1) Um (2) Dois ou mais (9) IGN							BEMPR ____
B17) Quantas pessoas moram nessa casa? ____ pessoas (99) IGN							BMOR ____
B18) Quantas peças são usadas para dormir? ____ peças (99) IGN							BDORME ____
B19) Quantos banheiros existem na casa? (considere somente os que têm vaso mais chuveiro ou banheira). ____ banheiros (99) IGN							BANHO ____
B20) Qual a escolaridade da pessoa que tem maior renda na casa? (1) Nenhuma ou até 3ª série (primário incompleto) (2) 4ª série (primário completo) ou 1º grau (ginasial) incompleto (3) 1º grau (ginasial) completo ou 2º grau (colegial) incompleto (4) 2º grau (colegial) completo ou nível superior incompleto (5) Nível superior completo (9) IGN							BESCCCH ____
B21) No mês passado quanto ganharam as pessoas que moram aqui, incluindo trabalho e aposentadoria? Pessoa 1: R\$ _____ por mês Pessoa 2: R\$ _____ por mês Pessoa 3: R\$ _____ por mês Pessoa 4: R\$ _____ por mês Pessoa 5: R\$ _____ por mês (00000) Não possui renda (88888) NSA (99999) IGN							BRF1 _____ BRF2 _____ BRF3 _____ BRF4 _____ BRF5 _____
B22) A família tem outra fonte de renda, por exemplo, aluguel, pensão ou outra que não foi citada acima? (0) Não (1) Sim → Quanto? R\$ _____ por mês (88888) NSA (99999) IGN							BREOU ____ BRE _____

<p>B23) No último ano, o(a) Sr.(a) ou alguém da família deixou de comprar algo importante para o seu dia a dia, precisou fazer ou fez algum empréstimo, ou teve que vender algo para pagar gastos com algum problema de saúde? (0) Não → <i>Encerre este bloco</i> (1) Sim (9) IGN</p> <p>B24) Que tipo de problema ocasionou esse gasto? (1) Remédios (2) Consulta médica (3) Exame de laboratório ou imagem (4) Internação clínica (5) Cirurgia (6) _____ Outro (8) NSA (9) IGN</p> <p>B25) Como foi que a família lidou com esse gasto? (1) Deixou de comprar alimento (2) Deixou de pagar contas (3) Fez empréstimo de amigo ou familiar (4) Fez empréstimo de banco ou financeira (5) Vendeu algum bem (6) _____ Outro (8) NSA (9) IGN</p> <p>B26) E isso aconteceu nos últimos 30 dias? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	<p><i>GVEND</i> __</p> <p><i>GPRO</i> __</p> <p><i>GLID</i> __</p> <p><i>GMES</i> __</p>
<p>BLOCO C: CRIANÇA <i># Este bloco deverá ser aplicado à mãe da criança</i></p> <p>ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO</p>	
<p><u>IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA</u> Número do setor ___ __ __ Número da família ___ __ Número da pessoa ___ __ Endereço: _____ (1) casa (2) apartamento</p> <p><u>IDENTIFICAÇÃO DA MÃE</u> Número do setor ___ __ __ Número da família ___ __ Número da pessoa ___ __</p> <p>Data da entrevista: ___ / ___ / _____ Entrevistadora: _____</p>	<p><i>CSET</i> ___ __ __ <i>CFAM</i> ___ __ <i>CPESSOA</i> ___ __</p> <p><i>CTIPOM</i> __</p> <p><i>ASET</i> ___ __ __ <i>AFAM</i> ___ __ <i>APESSOA</i> ___ __</p> <p><i>CDE</i> ___ / ___ / ___ ___ <i>CENT</i> ___ __</p>
<p><i>As questões C1 e C2 devem ser perguntadas apenas para mães com idade inferior à 20 anos</i></p>	
<p>C1) A Sra. sabe ler e escrever? (0) Não → <i>Pule para a questão C3</i> (1) Sim</p>	<p><i>LERESC</i> __</p>

<p>(2) Só assina → <i>Pule para a questão C3</i> (9) IGN (8) NSA</p> <p>C2) Até que série a Sra. estudou? Anotação: _____ Anos completos de estudo: ___ anos (88) NSA</p>							ANOSEST ___
<p>C3) Qual é o nome da criança? _____</p> <p>C4) Qual é o seu nome? _____ <i>(Perguntar apenas para as mães com idade inferior a 20 anos, anotar o nome a partir do questionário das demais)</i></p> <p>C5) Qual é o sexo do(a) <criança>? (0) Masculino (1) Feminino</p> <p>C6) Qual é a idade do(a) <criança>? ___ anos.</p> <p>C7) Qual é o peso atual do(a) <criança>? ___ kg</p> <p>C8) Qual é a altura atual do(a) <criança>? ___ cm</p>							SEXOC ___ IDADEC ___ PESOATC ___ ALTATC ___
<p>C9) Agora vamos falar sobre o comportamento do(a) <criança> nos últimos 6 meses: Eu vou ler duas frases para a Sra. escolher a que mais se encaixa com o comportamento do(a) <criança> . As alternativas de resposta são “sempre”, “quase sempre” ou “tanto faz”. Por exemplo, eu pergunto: O(A) <criança> prefere brincar na rua ou dentro de casa? E a Sra. poderá responder: quase sempre na rua, ou sempre dentro de casa, ou tanto faz.</p>							
	Sempre	Quase sempre	Tanto faz	Quase sempre	Sempre		
Prefere brincar sozinho	1	2	3	4	5	Prefere brincar com outras crianças	VAR1 ___
Prefere brincadeiras agitadas, como correr, subir em coisas, lutar, saltar e pular corda	1	2	3	4	5	Prefere brincadeiras calmas, como quebra-cabeça, cartas, massinha e brinquedos de encaixar	VAR2 ___
Gosta de praticar esportes, como jogar bola e andar de bicicleta	1	2	3	4	5	Não gosta de praticar esportes	VAR3 ___
É mais introvertido, quieto e gosta de ficar em casa	1	2	3	4	5	É mais extrovertido, gosta de sair	VAR4 ___
Gosta de desenhar, pintar ou ver revistas	1	2	3	4	5	Não se interessa por desenhar, pintar ou ver revistas	VAR4 ___
Prefere brincar na rua, no pátio	1	2	3	4	5	Prefere brincar dentro de casa ou	VAR5 ___

						da escola	
É menos ativo fisicamente em comparação às crianças da sua idade	1	2	3	4	5	É mais ativo fisicamente em relação às crianças de sua idade	VAR6 __ VAR7 __

BLOCO D – QUESTIONÁRIO CONFIDENCIAL
Este bloco deverá ser aplicado à homens que sabem ler e escrever

Não coloque seu nome no questionário

Para responder às próximas questões, você deve pensar em suas relações sexuais **NO ÚLTIMO ANO**. Relações sexuais são todas as ocasiões em que houve SEXO COM PENETRAÇÃO DO PÊNIS NA VAGINA OU NO ÂNUS - independente se foi com HOMEM ou com MULHER.

1) IMPOTÊNCIA significa não conseguir ter e nem manter uma ereção que é DURA o suficiente para ter uma atividade sexual satisfatória. Como você se considera?

- sempre* consigo ter e manter uma ereção boa o suficiente para ter uma relação sexual.
 quase sempre consigo ter e manter uma ereção boa o suficiente para ter uma relação sexual
 às vezes consigo ter e manter uma ereção boa o suficiente para ter uma relação sexual
 nunca consigo ter e manter uma ereção boa o suficiente para ter uma relação sexual

2) No último ano, você usou algum tipo de medicação com a finalidade de estimular a ereção?

- não
 sim

3) No último ano, qual (quais) desse(s) remédios você usou para estimular a ereção?

(pode marcar várias alternativas)

- Cialis Levitra Viagra Helleva Vitasay Yomax Uprima Virilon
 Vivanza Maxil Plenovit Vimax Pramil Forteviron
 Não lembro o nome do remédio.
 Outros: [Escrever o(s) nome(s) na linha abaixo]

Não usei nenhum remédio para estimular a ereção

4) Essa medicação lhe foi prescrita por algum médico?

- não sim não usei nenhum remédio para estimular a ereção

Se não foi o médico que lhe recomendou, quem foi? [Escrever na linha abaixo]

5) Qual o principal motivo que levou você a usar remédios estimulantes da ereção?

(marque apenas uma alternativa)

- Usei por que se não uso o remédio não consigo ter ereção.
 Usei por curiosidade
 Medo de falhar
 Para melhorar o desempenho sexual
 Outros: [Escrever o motivo na linha abaixo]

Não usei nenhum remédio para estimular a ereção

6) No último ano, você utilizou remédios estimulantes da ereção junto com álcool?

- não sim não usei nenhum remédio para estimular a ereção

7) No último ano, você utilizou remédios estimulantes da ereção junto com alguma droga?

- não sim, usei junto com maconha sim, usei junto com cocaína
 sim, usei com outras drogas. não usei nenhum remédio para estimular a ereção

8) No último ano com que frequência você utilizou remédios para estimular a ereção?

- Usei apenas uma vez

- Usei ocasionalmente
- Usei sempre ou quase sempre que tive relações sexuais
- Não usei nenhum remédio para estimular a ereção

9) No último ano, com quem você teve relações sexuais?

- Somente com mulheres
- Com homens e mulheres
- Somente com homens
- Não tive relações sexuais no último ano

ANEXO II

Manual de instruções das questões referentes a presente dissertação de mestrado – ASSOCIAÇÃO ENTRE SUPORTE SOCIAL E ATIVIDADE FÍSICA NO LAZER EM ADULTOS

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

Se o entrevistado apresentar impossibilidade de se locomover, selecione a alternativa “YES” e, automaticamente, haverá um pulo para a questão A85. Se o entrevistado não apresentar essa impossibilidade, LEIA A INSTRUÇÃO CONTIDA NA TELA DO PDA e selecione “NO”.

INSTRUÇÃO A60. ESTA SEÇÃO REFERE-SE ÀS ATIVIDADES FÍSICAS QUE O(A) SR.(A) FEZ NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, “UNICAMENTE POR RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO OU LAZER”.

As perguntas A61, A65 e A67 se referem ao período de 7 dias antes da entrevista. Portanto, antes de ler a pergunta para o(a) entrevistado(a), pense em que dia da semana você está. Por exemplo, se a entrevista for realizada em uma quinta-feira, o período iniciaria na quinta-feira da semana anterior, ou seja, 7 dias antes. Deste modo, a pergunta seria feita da seguinte forma: DESDE <quinta-feira da semana passada>, EM QUANTOS DIAS O(A) SR(A) CAMINHOU “POR, PELO MENOS, 10 MINUTOS SEGUIDOS” NO SEU TEMPO LIVRE?

PERGUNTA A61. DESDE <dia da semana passada>, EM QUANTOS DIAS O(A) SR(A) CAMINHOU “POR, PELO MENOS, 10 MINUTOS SEGUIDOS” NO SEU TEMPO LIVRE? NÃO CONSIDERE AS CAMINHADAS PARA IR OU VOLTAR DO SEU TRABALHO.

0-Nenhum

1-Um

2-Dois

3-Três

4-Quatro

5-Cinco

6-Seis

7-Sete

9-Ign

Pelo fato de que a introdução à pergunta é grande, a pessoa pode se desligar da pergunta. Se você perceber necessidade, repita a pergunta. Após a resposta, se o(a) entrevistado(a) não especificar o motivo da caminhada, lembre-o de que **somente serão consideradas as caminhadas realizadas por recreação, esporte, exercício ou lazer.** CAMINHADAS COMO MEIO DE TRANSPORTE PARA O TRABALHO NÃO SERÃO CONSIDERADAS. Caminhadas para levar ou buscar os filhos na escola, ir para a aula ou qualquer motivo que não seja por **recreação, esporte, exercício ou lazer,**

também não devem ser consideradas. Entretanto, se após qualquer resposta o(a) entrevistado(a) insistir que determinada caminhada que ele realizou foi realizada por recreação, esporte, exercício ou lazer, considere sua resposta, de acordo com a percepção do(a) entrevistado(a).

As caminhadas que durem **menos de 10 minutos** não devem ser contadas. Se o(a) entrevistado(a) ficar em dúvida quanto ao número de dias que ele realizou caminhadas, considere o menor número referido. Por exemplo, se o(a) entrevistado(a) disser: *talvez 3 ou 4 dias*. Neste caso, considere como resposta **3 dias**.

Selecione “0-Nenhum” quando a resposta for “Nenhum”. Caso o(a) entrevistado(a) não saiba responder, selecione a “9-Ign”. A seleção da alternativa deve ser feita de acordo com o **número de dias** que o(a) entrevistado(a) caminha por mais de 10 minutos seguidos.

Se a resposta for “0-Nenhum” ou “9-Ign”, automaticamente a questão A62 será pulada.

PERGUNTA A62. NOS DIAS EM QUE O(A) SR(A) CAMINHOU NO SEU TEMPO LIVRE, QUANTO TEMPO NO TOTAL VOCÊ GASTOU “POR DIA”?

Nesta pergunta queremos saber o tempo (**EM MINUTOS**) que o indivíduo gastou, nos dias citados anteriormente, para realizar as caminhadas. Se o(a) entrevistado(a) responder: *em média faço 30 minutos*, considere, neste caso, o tempo de 30 minutos. **Digite: 30**. Se o(a) entrevistado(a) responder: *caminho uns 30 ou 40 minutos*. Neste caso, considere o menor tempo referido. **Digite: 30**. Se o(a) entrevistado(a) relatar que caminhou por 20 minutos na quarta-feira e 40 minutos no sábado, você deve fazer uma média, somando o tempo gasto com caminhada em cada dia, dividindo pelo número de dias que o indivíduo caminhou ($20+40/2 = 30$ minutos). **Para este cálculo, utilize o seu diário de anotações e a calculadora**. Veja o exemplo:

$$\frac{20}{2} + \frac{40}{2} + \frac{0}{2} + \frac{0}{2} + \frac{0}{2} + \frac{0}{2} + \frac{0}{2} = \frac{60}{2} \text{ (dias)} = \underline{30} \text{ minutos}$$

Digite: 30

Outro exemplo: Para o arredondamento, sempre ignore os números depois da vírgula.

$$\frac{30}{4} + \frac{30}{4} + \frac{25}{4} + \frac{60}{4} + \frac{0}{4} + \frac{0}{4} + \frac{0}{4} = \frac{145}{4} \text{ (dias)} = 36,25 = \underline{36} \text{ minutos}$$

Digite: 36

USE A CALCULADORA PARA EVITAR ERROS.

A digitação deve ser feita de acordo com o **total de minutos** que o(a) entrevistado(a) caminhou. Lembre que 1 hora corresponde a 60 minutos. Por exemplo, se o(a) entrevistado(a) referir participar de atividades físicas por 1 hora e 30 minutos: o número TOTAL de minutos é 90. **Digite: 90** minutos. Caso o(a) entrevistado(a) não consiga responder esta questão, digite 999.

Para responder as questões A65, A66, A67 e A68, é necessária a leitura dos conceitos do quadro abaixo:

INSTRUÇÃO A63. PARA RESPONDER AS PRÓXIMAS QUESTÕES CONSIDERE QUE:

ATIVIDADES FÍSICAS “FORTES” SÃO AQUELAS QUE PRECISAM DE UM GRANDE ESFORÇO FÍSICO E QUE FAZEM RESPIRAR “MUITO” MAIS FORTE QUE O NORMAL;

INSTRUÇÃO A64. ATIVIDADES FÍSICAS “MÉDIAS” SÃO AQUELAS QUE PRECISAM DE ALGUM ESFORÇO FÍSICO E QUE FAZEM RESPIRAR “UM POUCO” MAIS FORTE QUE O NORMAL

PERGUNTA A65. DESDE <dia da semana passada>, EM QUANTOS DIAS O(A) SR(A) FEZ ATIVIDADES “FORTES” NO SEU TEMPO LIVRE POR PELO MENOS 10 MINUTOS, COMO CORRER, FAZER GINÁSTICA, NADAR RÁPIDO OU PEDALAR RÁPIDO?

0-Nenhum

1-Um

2-Dois

3-Três

4-Quatro

5-Cinco

6-Seis

7-Sete

9-Ign

Selecione “0-Nenhum” quando a resposta for “Nenhum”. Caso o(a) entrevistado(a) não saiba responder, selecione “9-Ign”. Se o(a) entrevistado(a) perguntar “o que são atividades fortes”, leia novamente os conceitos do quadro anterior e que aparecem no PDA nas instruções A63 e A64. Caso o(a) entrevistado(a) perguntar: *futebol é atividade forte?*, pergunte para ele: o futebol precisa de um grande esforço físico e faz o(a) Sr.(a) respirar muito mais forte que o normal? (de acordo com os conceitos do quadro).

A seleção da alternativa deve ser feita de acordo com o **número de dias** que o(a) entrevistado(a) realizou atividades fortes por mais de 10 minutos seguidos. Se o(a) entrevistado(a) ficar em dúvida quanto ao número de dias que ele realizou atividades fortes, considere o menor número referido. Por exemplo, se o(a) entrevistado(a) disser: *talvez 3 ou 4 dia*. Neste caso, considere como resposta **3 dias**. Se a resposta for “0-Nenhum” ou “9-Ign”, automaticamente será pulada a questão A66.

PERGUNTA A66. NOS DIAS EM QUE O(A) SR(A) FEZ ESTAS ATIVIDADES “FORTES” NO SEU TEMPO LIVRE QUANTO TEMPO NO TOTAL O SR(A) GASTOU “POR DIA”?

Nesta pergunta queremos saber o tempo (**EM MINUTOS**) que o indivíduo gastou, nos dias citados anteriormente, para realizar atividades fortes. Se o(a) entrevistado(a) responder: *em média faço 20 minutos*, considere, neste caso, o tempo de 20 minutos. Neste caso, **Digite: 20**. Se o(a) entrevistado(a) responder: *faço uns 30 ou 40 minutos*. Neste caso, considere o menor tempo referido. **Digite: 30**. Se o(a) entrevistado(a) relatar que correu por 20 minutos na quarta-feira e 30 minutos no sábado, você deve fazer uma média, somando o tempo gasto com a corrida em cada dia, dividindo pelo número de dias que o indivíduo correu ($20+30/2 = 25$ minutos). **Para este cálculo, utilize o seu diário de anotações e a calculadora.** Veja o exemplo:

$$\underline{20} + \underline{30} + \underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad} = \underline{50} \div \underline{2} \text{ (dias)} = \underline{25} \text{ minutos}$$

Digite: 25

Outro exemplo: Para o arredondamento, sempre ignore os números depois da vírgula.

$$\underline{20} + \underline{20} + \underline{25} + \underline{20} + \underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad} = \underline{85} \div \underline{4} \text{ (dias)} = 21,25 = \underline{21} \text{ minutos}$$

Digite: 21

USE A CALCULADORA PARA EVITAR ERROS.

A digitação deve ser feita de acordo com o **total de minutos** que o(a) entrevistado(a) realizou atividades fortes. Caso o(a) entrevistado(a) não saiba responder, digite 999.

PERGUNTA A67. SEM CONSIDERAR AS CAMINHADAS, DESDE <dia da semana passada>, EM QUANTOS DIAS O(A) SR(A) FEZ ATIVIDADES “MÉDIAS” NO SEU TEMPO LIVRE POR PELO MENOS 10 MINUTOS, COMO PEDALAR OU NADAR A VELOCIDADE REGULAR, JOGAR BOLA, VÔLEI, BASQUETE, TÊNIS?

0-Nenhum

1-Um

2-Dois

3-Três

4-Quatro

5-Cinco

6-Seis

7-Sete

9-Ign

Caso o(a) entrevistado(a) pergunte o que significa uma velocidade regular, explique que é a velocidade onde se realiza atividade física que precise de algum esforço físico e faz respirar um pouco mais forte do que o normal.

Selecione “0-Nenhum” quando a resposta for “Nenhum”. Caso o(a) entrevistado(a) não saiba responder, selecione “9-Ign” como resposta.

Se o(a) entrevistado(a) perguntar “o que são atividades médias”, leia novamente os conceitos do quadro que aparecem no PDA anteriormente. **AS CAMINHADAS NÃO DEVEM SER CONSIDERADAS.** Para ter certeza de que o(a) entrevistado(a) não está se referindo às caminhadas novamente, pergunte qual atividade média ele realizou.

A seleção da alternativa deve ser feita de acordo com o **número de dias** que o(a) entrevistado(a) realizou atividades médias por mais de 10 minutos seguidos.

Se o(a) entrevistado(a) ficar em dúvida quanto ao número de dias que ele realizou atividades médias, considere o menor número referido. Por exemplo, se o(a) entrevistado(a) disser: *talvez 3 ou 4 dias*. Neste caso, considere como resposta **3 dias**.

Se a resposta for “0-Nenhum” ou “9-Ign”, automaticamente será pulada a questão A68.

PERGUNTA A68. NOS DIAS EM QUE O(A) SR(A) FEZ ESTAS ATIVIDADES “MÉDIAS” NO SEU TEMPO LIVRE QUANTO TEMPO NO TOTAL VOCÊ GASTOU “POR DIA”?

Nesta pergunta queremos saber o tempo (**EM MINUTOS**) que o indivíduo gastou, nos dias citados anteriormente, para realizar atividades médias. Se o(a) entrevistado(a) responder: *em média faço 30 minutos*, considere, neste caso, o tempo de 30 minutos.

Digite: 30. Se o(a) entrevistado(a) responder: *faço uns 30 ou 40 minutos*. Neste caso, considere o menor tempo referido. **Digite: 30.** Se o(a) entrevistado(a) relatar que jogou futebol por 20 minutos na quarta-feira e 40 minutos no sábado, você deve fazer uma média, somando o tempo gasto com o jogo em cada dia, dividindo pelo número de dias que o indivíduo jogou ($20+40/2 = 30$ minutos).

Para este cálculo, utilize o seu diário de anotações e a calculadora. Veja o exemplo:

$$\underline{20} + \underline{40} + \underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad} = \underline{60} \div \underline{2} \text{ (dias)} = \underline{30} \text{ minutos}$$

Digite: 30 minutos

Outro exemplo: Para o arredondamento, sempre ignore os números depois da vírgula.

$$\underline{30} + \underline{35} + \underline{35} + \underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad} + \underline{\quad} = \underline{100} \div \underline{3} \text{ (dias)} = 33,33 = \underline{33} \text{ minutos}$$

Digite: 33 minutos

USE A CALCULADORA PARA EVITAR ERROS.

A digitação deve ser feita de acordo com o **total de minutos** que o(a) entrevistado(a) realizou atividades médias. Caso o(a) entrevistado(a) não saiba responder, digite 999.

SUPORTE SOCIAL PARA CAMINHADA NO TEMPO LIVRE

Neste bloco pretendemos avaliar o suporte social para a caminhada no tempo livre. Suporte social é definido como a ajuda ou assistência recebida para realizar um comportamento. Tempo livre é toda a situação em que a pessoa não está

trabalhando ou estudando, se deslocando ou realizando trabalhos/tarefas em casa. Ou seja, é tudo o que a pessoa faz por opção ou lazer.

ENUNCIADO A69. CONSIDERE DA FAMÍLIA OS INDIVÍDUOS QUE MOREM COM O(A) SR(A). NOS “ÚLTIMOS 3 MESES” COM QUE “FREQUÊNCIA” ALGUÉM DE SUA “FAMÍLIA”...

PERGUNTA A70. FEZ CAMINHADA COM O(A) SR.(A)?

0-NUNCA

1-ÀS VEZES

2-SEMPRE

Faça a pergunta e em seguida **leia as opções de resposta**. Após, selecione a opção do(a) entrevistado(a). Nessa questão queremos saber a frequência com que alguém da família saiu para ir caminhar junto com a pessoa. Considere membros da família as pessoas que fazem refeições juntas regularmente e que dormem na mesma casa (exceto empregada doméstica). Você pode ajudar com que a pessoa recorde dos últimos 3 meses dizendo: “*de <mês> pra cá*”.

PERGUNTA A71. CONVIDOU O(A) SR.(A) PARA CAMINHAR?

0-NUNCA

1-ÀS VEZES

2-SEMPRE

Faça a pergunta e em seguida **leia as opções de resposta**. Após, selecione a opção do(a) entrevistado(a). Nessa questão queremos saber a frequência com que alguém da família convidou/chamou a pessoa para ir junto caminhar. Considere membros da família as pessoas que fazem refeições juntas regularmente e que dormem na mesma casa (exceto empregada doméstica). Você pode ajudar com que a pessoa recorde dos últimos 3 meses dizendo: “*de <mês> pra cá*”.

PERGUNTA A72. INCENTIVOU O(A) SR.(A) A CAMINHAR?

0-NUNCA

1-ÀS VEZES

2-SEMPRE

Faça a pergunta e em seguida **leia as opções de resposta**. Após, selecione a opção do(a) entrevistado(a). Nessa questão queremos saber a frequência com que alguém da família incentivou (disse palavras de incentivo) para que a pessoa fosse fazer caminhada. Considere membros da família as pessoas que fazem refeições juntas regularmente e que dormem na mesma casa (exceto empregada doméstica). Você pode ajudar com que a pessoa recorde dos últimos 3 meses dizendo: “*de <mês> pra cá*”.

ENUNCIADO A73. NOS “ÚLTIMOS 3 MESES” COM QUE “FREQUÊNCIA” ALGUM “AMIGO”...

PERGUNTA A74. FEZ CAMINHADA COM O(A) SR.(A)?

0-NUNCA

1-ÀS VEZES

2-SEMPRE

Faça a pergunta e em seguida **leia as opções de resposta**. Após, selecione a opção do(a) entrevistado(a). Nessa questão queremos saber a frequência com que algum amigo saiu para ir caminhar junto com a pessoa. Você pode ajudar com que a pessoa recorde dos últimos 3 meses dizendo: “*de <mês> pra cá*”.

PERGUNTA A75. CONVIDOU O(A) SR.(A) PARA CAMINHAR?

0-NUNCA

1-ÀS VEZES

2-SEMPRE

Faça a pergunta e em seguida **leia as opções de resposta**. Após, selecione a opção do(a) entrevistado(a). Nessa questão queremos saber a frequência com que algum amigo convidou/chamou a pessoa para ir caminhar juntos. Você pode ajudar com que a pessoa recorde dos últimos 3 meses dizendo: “*de <mês> pra cá*”.

PERGUNTA A76. INCENTIVOU O(A) SR.(A) A CAMINHAR?

0-NUNCA

1-ÀS VEZES

2-SEMPRE

Faça a pergunta e em seguida **leia as opções de resposta**. Após, selecione a opção do(a) entrevistado(a). Nessa questão queremos saber a frequência com que algum amigo incentivou para que a pessoa fosse fazer caminhada. Você pode ajudar com que a pessoa recorde dos últimos 3 meses dizendo: “*de <mês> pra cá*”.

SUPORTE SOCIAL PARA ATIVIDADES FÍSICAS NO TEMPO LIVRE

Neste bloco pretendemos avaliar a ajuda ou assistência recebida para realizar atividades físicas médias ou fortes no tempo livre. Atividades físicas médias são aquelas que precisam de algum esforço físico, que aumentam um pouco os batimentos do coração e que fazem respirar um pouco mais forte que o normal, como nadar, praticar esportes, pedalar em ritmo moderado. As atividades físicas fortes são aquelas que precisam de um grande esforço físico, que aumentam bastante os batimentos do coração e que fazem respirar muito mais forte que o normal, como corrida, pedalar rápido, fazer ginástica de academia. Tempo livre é toda a situação em que a pessoa não está trabalhando ou estudando, se deslocando ou realizando trabalhos/tarefas em casa. Ou seja, é tudo o que a pessoa faz por opção ou lazer.

ENUNCIADO A77. CONSIDERE DA FAMÍLIA OS INDIVÍDUOS QUE MOREM COM O(A) SR.(A). NOS “ÚLTIMOS 3 MESES” COM QUE “FREQUÊNCIA” ALGUÉM DE SUA “FAMÍLIA”...

PERGUNTA A78. FEZ EXERCÍCIOS MÉDIOS OU FORTES COM O(A) SR.(A)?

0-NUNCA

1-ÀS VEZES

2-SEMPRE

Faça a pergunta e em seguida **leia as opções de resposta**. Após, selecione a opção do(a) entrevistado(a). Nessa questão queremos saber a frequência com que alguém da família saiu para ir fazer exercícios médios ou fortes junto com a pessoa no tempo livre. Considere membros da família as pessoas que fazem refeições juntas regularmente e que dormem na mesma casa (exceto empregada doméstica). Você pode ajudar com que a pessoa recorde dos últimos 3 meses dizendo: “*de <mês> pra cá*”.

PERGUNTA A79. CONVIDOU O(A) SR.(A) PARA FAZER EXERCÍCIOS MÉDIOS OU FORTES?

0-NUNCA

1-ÀS VEZES

2-SEMPRE

Faça a pergunta e em seguida **leia as opções de resposta**. Após, selecione a opção do(a) entrevistado(a). Nessa questão queremos saber a frequência com que alguém da família convidou/chamou pessoa para ir junto fazer exercícios médios ou fortes no tempo livre. Considere membros da família as pessoas que fazem refeições juntas regularmente e que dormem na mesma casa (exceto empregada doméstica). Você pode ajudar com que a pessoa recorde dos últimos 3 meses dizendo: “*de <mês> pra cá*”.

PERGUNTA A80. INCENTIVOU O(A) SR.(A) PARA FAZER EXERCÍCIOS MÉDIOS OU FORTES?

0-NUNCA

1-ÀS VEZES

2-SEMPRE

Faça a pergunta e em seguida **leia as opções de resposta**. Após, selecione a opção do(a) entrevistado(a). Nessa questão queremos saber a frequência com que alguém da família incentivou (disse palavras de incentivo como: vai que é bom, vai que vai fazer bem pra você e para sua saúde...) para que a pessoa fosse fazer exercícios médios ou fortes. Considere membros da família as pessoas que fazem refeições juntas regularmente e que dormem na mesma casa (exceto empregada doméstica). Você pode ajudar com que a pessoa recorde dos últimos 3 meses dizendo: “*de <mês> pra cá*”.

ENUNCIADO A81. NOS “ÚLTIMOS 3 MESES” COM QUE “FREQUÊNCIA” ALGUM “AMIGO”...

PERGUNTA A82. FEZ EXERCÍCIOS MÉDIOS OU FORTES COM O(A) SR.(A)?

0-NUNCA

1-ÀS VEZES

2-SEMPRE

Faça a pergunta e em seguida **leia as opções de resposta**. Após, selecione a opção do(a) entrevistado(a). Nessa questão queremos saber a frequência com que algum amigo saiu para fazer exercícios médios ou fortes junto com a pessoa. Você pode ajudar com que a pessoa recorde dos últimos 3 meses dizendo: “*de <mês> pra cá*”.

PERGUNTA A83. CONVIDOU O(A) SR.(A) PARA FAZER EXERCÍCIOS MÉDIOS OU FORTES?

0-NUNCA

1-ÀS VEZES

2-SEMPRE

Faça a pergunta e em seguida **leia as opções de resposta**. Após, selecione a opção do(a) entrevistado(a). Nessa questão queremos saber a frequência com que algum amigo convidou/chamou a pessoa para ir junto fazer exercícios médios ou fortes. Você pode ajudar com que a pessoa recorde dos últimos 3 meses dizendo: “*de <mês> pra cá*”.

PERGUNTA A84. INCENTIVOU O(A) SR.(A) PARA FAZER EXERCÍCIOS MÉDIOS OU FORTES?

0-NUNCA

1-ÀS VEZES

2-SEMPRE

Faça a pergunta e em seguida **leia as opções de resposta**. Após, selecione a opção do(a) entrevistado(a). Nessa questão queremos saber a frequência com que algum amigo incentivou para que a pessoa fosse fazer exercícios médios ou fortes no tempo de lazer. Você pode ajudar com que a pessoa recorde dos últimos 3 meses dizendo: “*de <mês> pra cá*”.

ANEXO III

Cronograma do treinamento das entrevistadoras – Consórcio 2010.

Horário	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
8h 30min	Maria Cecília/ Ana Paula (Apresentação consórcio)	Inácio (A59-A84) Ludmila (A85-A95)	Rodrigo (A189-A204) Everton (A205-A215)	Renata (bloco C) Daniel (bloco confidencial)	Prova
9h45min	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo
10h	Eduardo Dickie /Maria Clara (Apresentação PDA) Manipulação PDA	Ludmila (se necessário) Roberta (A96-A113) Bruna (A114-A139) Manipulação PDA	Nadia (A216-A227) Eduardo (A228-A241) Manipulação PDA	Dramatização PDA	PDA e correção das provas
12h	Intervalo almoço	Intervalo almoço	Intervalo almoço	Intervalo almoço	Intervalo almoço
14h	Ludmila (A1- A21/questões iniciais bloco individual)	Carol (A140-A157) Eduardo (A158-A174)	Rogério (B1-B44/bloco domiciliar)	Esclarecimento de dúvidas e estudo do manual	Piloto
15h45min	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo	Intervalo
16h	Rodrigo (A22-A32) Josiane (A33-A58)	Eduardo (se necessário) Giovanny (A175-A188) Manipulação PDA	Rogério (B1-B44/bloco domiciliar) Manipulação PDA	Esclarecimento de dúvidas e estudo do manual	Piloto

3. Artigo original

Artigo a ser submetido à Revista de Saúde Pública

(Dissertação de mestrado de Inácio C M da Silva)

Título: Associação entre suporte social e atividade física de lazer em adultos/Association between social support and leisure-time physical activity in adults

Título resumido: Suporte social para atividade física de lazer em adultos

Autores: Inácio Crochemore Mohnsam da Silva^{1, 2}; Mario Renato Azevedo^{2,3}; Helen Gonçalves¹

1 – Programa de Pós-graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas

2 – Grupo de Estudos em Epidemiologia da Atividade Física. Universidade Federal de Pelotas

3 – Programa de Pós-graduação em Educação Física. Universidade Federal de Pelotas

Autor para correspondência:

Inácio Crochemore Mohnsam da Silva

E-mail: inacio_cms@yahoo.com.br

Av. São Francisco de Paula, Nº 2632. Bairro Areal

Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. CEP: 96080-730

Agência financiadora: Bolsa de mestrado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e financiamento parcial do custo total do estudo pela mesma agência.

Artigo oriundo da dissertação de mestrado de Inácio Crochemore Mohnsam da Silva. Associação entre suporte social e atividade física no lazer em adultos. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia - Universidade Federal de Pelotas. 2010.

Título: Associação entre suporte social e atividade física de lazer em adultos/Association between social support and leisure-time physical activity in adults

Autores: Inácio Crochemore Mohnsam da Silva^{1, 2}; Mario Renato Azevedo^{2,3}; Helen Gonçalves¹

1 – Programa de Pós-graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas

2 – Grupo de Estudos em Epidemiologia da Atividade Física. Universidade Federal de Pelotas

3 – Programa de Pós-graduação em Educação Física. Universidade Federal de Pelotas

Resumo

Objetivo: Explorou a associação entre suporte social de familiares e amigos e prática de atividade física (AF) de lazer em adultos (≥ 20 anos). **Metodologia:** Estudo transversal, de base populacional, realizado em Pelotas (RS). O processo de amostragem ocorreu em múltiplos estágios. A AF de lazer foi mensurada com a versão longa do Questionário Internacional de Atividade Física. Foram considerados ativos aqueles que reportaram uma prática de AF ≥ 150 minutos na semana anterior à entrevista. Estimativas específicas para caminhada e AF moderadas e vigorosas (AFMV) foram realizadas. O suporte social foi coletado com a Escala de Apoio Social para AF e diferentes variáveis de exposição foram construídas conforme as fontes de apoio (familiares ou amigos), níveis de exposição e tipo de prática de AF. Todas as análises foram estratificadas por sexo. Para a associação entre suporte social e AF utilizou-se a regressão de Poisson com ajuste robusto da variância. Análises complementares estratificaram a amostra em dois grupos etários (20-39 anos e ≥ 40 anos). **Resultados:** Houve uma forte associação entre suporte social e AF de lazer em adultos ($RP \geq 2,0$). Considerando as caminhadas, as razões de prevalências entre os homens foram menores do que as evidenciadas entre as mulheres. Restringindo a análise às AFMV, as maiores medidas de riscos pertenceram ao sexo masculino. Comparando as fontes de suporte social estudadas, a magnitude da associação foi sempre maior com o apoio dos amigos em relação ao suporte social dos familiares, independente do tipo de AF. Contudo, o efeito sobre os indivíduos foi ainda mais importante quando o suporte social foi fornecido simultaneamente por familiares e amigos. **Conclusões:** Ressalta-se a importância de diferentes tipos de apoio para a

prática de AF de lazer. Acredita-se que intervenções baseadas na mobilização dos indivíduos e do seu ambiente social terão maior potencial de efetividade na promoção de estilos de vida ativos.

Palavras-chave: Atividade física; ambiente social; suporte social; estudo transversal; adultos

Abstract

Objective: To explore the association between social support from family and friends and the practice of leisure-time physical activity (PA) in adults (≥ 20 years old). **Methodology:** Population-based, cross-sectional study, conducted in Pelotas/RS. The sampling process occurred in multiple stages. Leisure-time PA was measured with the long version of the International Physical Activity Questionnaire. Those who reported an PA practice of ≥ 150 minutes on the week before the interview were considered active. Specific estimates for walking and moderate and vigorous PA (MVPA) were performed. Social support was collected with a Social Support Scale for PA and different exposure variables were built according to the sources of support (family or friends), levels of exposure and type of PA practice. The developed analysis was stratified by sex. For the association between social support and PA a Poisson regression was used with robust adjustment of variance. Complementary analysis stratified the sample in two age groups (20-39 years old and ≥ 40 years old). **Results:** There was a strong association between social support and leisure-time PA in adults ($RP \geq 2,0$). Considering the walks, prevalence ratios between men were lower than the ones between women. Restricting the analysis to MVPA, the greatest risk measures belonged to male. Comparing the

studied sources of social support, the magnitude of the association was always greater with the support from friends in relation to the social support from family, independent of the PA type. However, the effect on the individuals was even more important when the social support was provided simultaneously by family and friends. **Conclusion:** It stands out the importance of different types of support for leisure-time PA practice. It is believed that the interventions based on the mobilization of individuals and their social environment will have greater effectiveness power in the promotion of active lifestyles.

Keywords: Physical activity; social environment; social support; cross-sectional study; adults

Introdução

A efetividade das estratégias de promoção da saúde depende do entendimento adequado dos fatores que influenciam a aquisição de hábitos de vida saudáveis, como, por exemplo, a prática regular de atividade física (AF). Os benefícios desta prática para prevenção e tratamento de muitas doenças estão consolidados pela literatura.²³ Todavia, há também evidências de que a inatividade física apresenta prevalências elevadas no cenário internacional^{5, 11} e no Brasil.^{6, 14}

Muitos fatores individuais e interpessoais podem interferir no comportamento ativo.²⁰ Entre estes, os relacionados ao ambiente social, como os aspectos interpessoais (suporte social e rede social), são considerados passíveis de intervenções.¹⁶ A importância da interação destes fatores na determinação do comportamento dos indivíduos tem sido estudada com ênfase nas últimas décadas.¹⁶

O suporte social é descrito como um dos fatores interpessoais importantes para diversos desfechos em saúde, sobretudo na adoção de comportamentos saudáveis.²² Sua definição engloba todos os recursos materiais e/ou emocionais fornecidos por outras pessoas para a completa execução de alguma ação, plano ou atividade.^{7, 16} A idéia central deste conceito, com origem na Teoria Cognitivo Social³, é de que as pessoas emocionalmente mais próximas agem como figuras modelo de condutas e são importantes para estimular mudanças no comportamento. Nesse sentido, familiares e amigos podem compor as principais fontes de suporte social para a aquisição de novas condutas.

Em estudos da AF, especialmente de lazer, o potencial do suporte social na opção por um estilo de vida ativo de adultos tem sido bastante relatado em países de alta renda.^{2, 9, 10} Estudos de revisão^{20, 21, 24} e análises de intervenções^{12, 13} concordam que adultos que recebem suporte social são mais ativos do que aqueles que não recebem apoio de pessoas de sua rede social. Neste contexto, um guia do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC)ⁱ, realizou uma revisão criteriosa dos estudos de intervenção existentes na literatura e pontuou o suporte social como uma das quatro recomendações atuais para fundamentar programas de intervenção comunitária de promoção da AF no mundo.

Embora seja crescente o interesse sobre a relação entre suporte social e prática de AF, as evidências sobre este tema necessitam de maiores estudos no Brasil e em outros países de renda média e baixa. Diferenças regionais, culturais e ambientais (como acesso ao lazer ativo) podem ser apontadas como fatores que podem inviabilizar ou potencializar a efetividade do suporte social. Assim, investigações sobre o tema são relevantes para o planejamento e a realização de intervenções em saúde. O presente estudo objetiva explorar a associação entre o suporte social de familiares e amigos e a prática de AF no lazer em adultos.

Métodos

Esta pesquisa vincula-se a um estudo sobre saúde realizado pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de

ⁱ Guia Comunitário de Serviços Preventivos. Centro de Controle e Prevenção de Doenças – CDC/EUA. Disponível em: www.thecommunityguide.org

Pelotas (UFPel). Com delineamento transversal, de base populacional, a pesquisa foi realizada no primeiro trimestre de 2010, em Pelotas (RS). A cidade é plana, apresenta estações do ano bem definidas e possui cerca de 350.000 habitantes.

O processo de amostragem foi realizado em múltiplos estágios, como conglomerados foram utilizados os setores censitários delimitados pelo Censo Demográfico do ano 2000. Inicialmente foram listados 404 setores elegíveis conforme a média de renda familiar, selecionando 130 destes sistematicamente com probabilidade proporcional ao tamanho. Para a seleção dos domicílios em cada setor amostrado realizou-se uma nova estratégia de seleção sistemática, considerando o tamanho do setor e o número real de domicílios em relação aos dados do Censo. Nas residências selecionadas, foram considerados elegíveis todos os indivíduos com idade de 20 ou mais anos. Foram excluídos os indivíduos que permaneceram institucionalizados durante a realização da pesquisa e aqueles que apresentaram impossibilidade física de locomoção. As perdas ou recusas foram caracterizadas após a ocorrência de, no mínimo, três visitas ao domicílio feitas pelas entrevistadoras e uma pelo supervisor.

Para o cálculo de tamanho de amostra para a prevalência de AF no lazer, utilizou-se nível de confiança de 95%, margem de erro tolerada de três pontos percentuais para mais e menos, e prevalência de AF no lazer estimada em 30%. A amostra necessária totalizou 1.967 indivíduos. Para mensurar a associação entre os desfechos e suas respectivas variáveis de exposição utilizou-se nível de confiança de 95%, poder de 80% e diferentes estimativas de razões de prevalências. O maior número de indivíduos necessários foi de 1.940 para a associação entre suporte social para caminhada e prática desta

AF. Nos dois cálculos foram adicionados 10% para perdas e recusas, 15% para controle de fatores de confusão e considerado um efeito de delineamento de 2,0.

A prática de AF foi mensurada por meio da seção de lazer do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ – versão longa).⁸ Foram considerados ativos os indivíduos que relataram uma prática de AF igual ou superior a 150 minutos na semana anterior à entrevista segundo recomendações atuais.²⁵ Este escore foi constituído somando os minutos semanais de: caminhada, AF moderada e AF vigorosa (multiplicado por dois), conforme estudos anteriores.^{8, 14} Análises adicionais foram realizadas considerando ativos os indivíduos que reportaram uma prática de AF igual ou superior a 150 minutos especificamente nas caminhadas e, posteriormente, nas atividades físicas moderadas e vigorosas (AFMV).

O suporte social foi coletado por meio da Escala de Apoio Social para AF (EASAF) desenvolvida e validada para aplicação em adultos brasileiros.¹⁹ O instrumento está baseado na escala proposta por Sallis *et al.*¹⁷(1987) e considera o suporte social como: 1) o recebimento de incentivo de familiares e/ou amigos à prática de caminhadas e/ou AFMV; 2) o convite de familiares e/ou amigos para caminhadas e/ou para fazer AFMV; 3) a prática de caminhadas e/ou AFMV com familiares e/ou amigos. Como período recordatório utiliza-se os três meses anteriores à entrevista. A escala divide-se em seis perguntas referentes ao suporte social para caminhadas e seis ao suporte social para AFMV. Cada seção (caminhada e AFMV) contempla dois blocos de questões, três sobre o suporte social de familiares e três referentes

ao apoio dos amigos. Todas as suas perguntas possuem três opções de resposta: nunca, às vezes, sempre.

Este conjunto de dados permite construir uma estimativa global de suporte social e algumas específicas, de acordo com cada fonte de apoio e diferentes tipos de AF. Para especificar a fonte de suporte social foram diferenciados familiares de amigos. Todos que coabitavam com o entrevistado foram considerados familiares; os demais, alocados como amigos.

Dois pontos de corte para a definição operacional das variáveis relativas ao suporte social foram adotados, favorecendo a identificação do efeito de diferentes níveis de exposição na prática de AF. Em uma abordagem mais sensível, considerou-se como ter recebido suporte social todos aqueles que reportaram as frequências de “às vezes” ou “sempre” em uma ou mais questões dos blocos. Em outra definição, mais específica, foram agrupados todos que responderam ter recebido suporte social “sempre” em uma ou mais questões. Posteriormente, foram construídas variáveis de suporte social de acordo com cada tipo de AF (caminhada, AFMV e AF global) e os indivíduos foram alocados em quatro categorias: a) sem suporte social; b) suporte somente de familiares; c) suporte somente de amigos; d) suporte social de familiares e amigos.

As demais variáveis independentes, exploradas para fins de ajustes e estratificações, foram sexo (masculino/feminino), idade (categorizado em décadas), cor da pele (branca/não branca), situação conjugal (coabita ou não

com companheiro/a), escolaridade em anos completos de estudo (0-4, 5-8, 9-11, ≥12 anos) e classe econômica (A/B, C, D/E).ⁱⁱ

A coleta dos dados foi realizada por entrevistadoras treinadas com, no mínimo, o ensino médio completo. Para controle de qualidade, foram revisitados 10% dos entrevistados de forma aleatória com reaplicação de uma versão reduzida do instrumento para verificação da concordância das informações.

Todas as análises desenvolvidas no estudo foram estratificadas por sexo. Utilizou-se o teste de qui-quadrado de heterogeneidade para identificar diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres na descrição da amostra e na frequência do recebimento de suporte social.

Para a associação entre o suporte social e a AF foram desenvolvidos modelos de regressão de Poisson, com ajuste robusto da variância.⁴ Análises brutas foram realizadas comparando a prevalência do desfecho de acordo com cada grupo da variável de exposição. Nas análises multivariáveis os ajustes para fatores de confusão foram baseados em um modelo hierárquico. As variáveis demográficas e socioeconômicas, pertencentes ao nível distal, permaneceram sempre no modelo controlando o efeito de possíveis fatores de confusão junto à exposição de interesse situada no nível proximal. O nível de significância adotado foi de 5% e, em todas as análises, o efeito de delineamento foi considerado. A literatura apresenta inúmeros dados de grandes grupos etários (como jovens, adultos e idosos). Para compreender algumas associações, através de análises complementares foram exploradas

ⁱⁱ ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa). Adoção do CCEB 2010 - Critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo: ABEP 2010. Disponível em: www.abep.org

possíveis diferenças de efeito em dois grupos de idade entre os adultos (20-39 anos e ≥ 40 anos). Termos de interação com classe econômica e escolaridade também foram testados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina, da UFPel. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Foram selecionados 1.512 domicílios no processo de amostragem, nos quais 3.059 indivíduos foram considerados elegíveis para o estudo. A taxa de não-resposta foi de 10,7% (327 perdas e recusas). A descrição da amostra, abordando variáveis sócio-demográficas e o nível de AF no lazer, segundo recomendações atuais, está apresentada na Tabela 1. Cor da pele, idade e classe econômica possuem distribuições similares entre os sexos, diferentemente da escolaridade e da situação conjugal. Com relação ao nível de AF no lazer, os homens foram os que mais atingiram as recomendações atuais (≥ 150 minutos/semana) em relação à prática de AFMV e em uma estimativa global, quando somada essa atividade à caminhada. Quando a abordagem limitou-se à prática de caminhada não houve diferença entre os sexos.

A Tabela 2 apresenta a descrição da frequência de suporte social recebido pelos entrevistados conforme a escala utilizada. Grande parte da amostra (70% ou mais) relatou nunca receber o suporte social questionado. Todavia, as prevalências de algum suporte social (às vezes ou sempre) para

caminhada foram sempre maiores nas mulheres e, do mesmo modo, foram maiores nos homens para as AFMV.

As análises brutas e ajustadas da associação entre o suporte social para caminhada e a prática desta atividade no lazer de acordo com as recomendações atuais são apresentadas na Tabela 3. Homens e mulheres apresentam semelhantes medidas de efeito. Para este tipo de AF estão fortemente associados o suporte social de familiares e o de amigos. Além disso, o efeito desta associação aumenta quando observada a presença de suporte social de amigos e familiares simultaneamente. Homens e mulheres que relataram receber “às vezes” ou “sempre” pelo menos algum apoio de familiares e amigos para caminhada são três vezes mais ativos no lazer do que os não expostos a este tipo de apoio, mesmo após ajuste para fatores de confusão (Homens: $RP=3,34$ - $IC_{95\%}$: 2,11 – 5,29; Mulheres: $RP=3,57$ - $IC_{95\%}$: 2,41 – 5,28). Quando se altera o ponto de corte (suporte social “sempre” para pelo menos um dos tipos) as mudanças nas medidas de efeito oscilam entre os sexos, não sendo identificado um padrão de aumento da medida em todas as três categorias.

Com relação à prática de AFMV e o suporte social específico para estas atividades (Tabela 4), e de acordo com as análises ajustadas, percebe-se que os homens com suporte social de familiares são 2,45 vezes mais ativos no lazer ($IC_{95\%}$: 1,67 – 3,59) do que aqueles que não receberam de familiares e amigos qualquer tipo de suporte social. Todavia, aqueles homens que relataram receber suporte social de amigos são 2,72 vezes mais ativos no lazer ($IC_{95\%}$: 1,91 – 3,87) do que o grupo de referência.

Entre as mulheres, a existência de suporte social somente de familiares ou apenas de amigos faz com que elas sejam, respectivamente, 1,92 (IC_{95%}: 1,13 – 3,25) e 2,14 (IC_{95%}: 1,35 – 3,40) vezes mais ativas no lazer do que aquelas que não receberam suporte social para AFMV. Não obstante, homens e mulheres que receberam suporte social de ambas as fontes são cerca de três vezes mais ativos no lazer do que seus respectivos grupos de referência.

Nessas análises de AFMV, observando a mudança da exposição para um ponto de corte mais específico, verifica-se um efeito dose-resposta apenas no grupo feminino. Por exemplo, as mulheres que relataram receber “sempre” o suporte social de familiares e amigos são 4,97 vezes mais ativas no lazer (IC_{95%}: 2,86 – 8,62) do que as que não recebem qualquer apoio para essas atividades. Entre os homens, esse padrão não foi evidenciado, ao contrário, alguns riscos apresentaram um leve decréscimo.

A Tabela 5 descreve as análises brutas e ajustadas da associação global de suporte social e AF, considerando tanto o apoio fornecido à caminhada e à AFMV quanto à prática dessas duas atividades. Nessa análise os efeitos encontrados após ajustes são novamente similares entre os sexos. A presença de suporte social familiar faz com que homens e mulheres sejam mais ativos do que aqueles que não apresentam nenhum tipo de suporte social (Homens: RP=1,73; IC_{95%}: 1,32 – 2,26 e Mulheres: RP=1,75; IC_{95%}: 1,25 – 2,46). Salienta-se que o efeito do suporte social fornecido apenas por amigos é um pouco mais elevado do que o ofertado só por familiares (Homens: RP=2,05; IC_{95%}: 1,57 – 2,69; Mulheres: RP=2,05; IC_{95%}: 1,44 – 2,92). Considerando todos os indivíduos que receberam suporte social de familiares e de amigos constatou-se, após ajustes, que eles são mais ativos no lazer do que aqueles

que nunca receberam qualquer suporte social estudado (Homens: $RP=2,27$; $IC_{95\%}$: 1,75 – 2,93 e Mulheres: $RP=2,50$; $IC_{95\%}$: 1,82 – 3,44). Ainda conforme os dados especificados na Tabela 5, a mudança na definição operacional da exposição não gerou variações expressivas entre os homens, mas as mulheres que sempre receberam suporte social foram ainda mais ativas em comparação ao grupo de referência do que aquelas da abordagem anterior.

Análises complementares explorando termos de interação com classe econômica, escolaridade e idade foram desenvolvidas e, posteriormente, as análises foram estratificadas para duas faixas etárias (dados não demonstrados). Um dos resultados relevantes diz respeito ao grupo masculino entre 20 e 39 anos, para o qual o suporte social familiar não apresentou efeito sobre qualquer AF investigada. Com relação às mulheres, especificamente as mais jovens, considerando ponto de corte mais sensível (“às vezes” ou “sempre” em uma ou mais questões dos blocos), os resultados mostraram que o suporte social familiar para AFMV ($RP=1,83$ – $IC_{95\%}$: 0,81 – 4,11) e o apoio de familiares ou de amigos para AF global ($RP=1,61$ – $IC_{95\%}$: 0,80 – 3,21; $RP=1,56$ – $IC_{95\%}$: 0,83 – 2,92; respectivamente) não apresentam significância estatística na associação com suas respectivas práticas. Todavia, quando alterado o ponto de corte para uma abordagem mais específica (“sempre” em uma ou mais questões), evidencia-se um importante efeito nesses mesmos grupos. Assim sendo, mulheres jovens que sempre receberam suporte social de familiares para AFMV são 2,94 vezes mais ativas no lazer ($IC_{95\%}$: 1,62 – 5,31) do que aquelas que não receberam qualquer tipo de suporte social. Do mesmo modo, mulheres que sempre receberam suporte social de familiares ou de amigos para AF global são 1,98 ($IC_{95\%}$: 1,33 – 2,97) e 2,33 ($IC_{95\%}$: 1,48 –

3,66) vezes mais ativas no lazer do que o seu grupo de referência sem suporte social, respectivamente. Entre indivíduos com 40 ou mais anos, aumentaram os efeitos do suporte social para AF em homens e mulheres.

Discussão

Os resultados deste estudo ratificam os achados entre adultos sobre a importância do suporte social para a prática de AF. Os dados apresentados evidenciaram maiores magnitudes de efeito se comparados aos dois únicos estudos brasileiros encontrados que utilizaram metodologias semelhantes a este.^{1, iii} Considerando apenas as caminhadas, as razões de prevalências encontradas entre os homens foram menores do que entre as mulheres. Em contrapartida, quando a análise foi restrita às AFMV, as maiores medidas de riscos pertenceram ao sexo masculino. Comparando as fontes de suporte social, a magnitude da associação foi sempre maior com o apoio dos amigos em relação ao suporte social dos familiares, independente do tipo de AF. Não obstante, o efeito sobre os indivíduos foi ainda mais importante quando o suporte social foi fornecido simultaneamente por familiares e amigos.

Explorando a associação entre o ambiente físico e apenas dois quesitos do ambiente social com a AF no mesmo município, Amorim *et al.*¹ (2010) em um estudo de base populacional evidenciaram que indivíduos que receberam incentivo ou convite de familiares ou amigos eram significativamente mais ativos quando comparados àqueles que não recebiam estes apoios. Ressaltaram, no entanto, que os efeitos foram maiores entre os homens. Nas presentes análises esta evidência não foi encontrada – não houve diferenças nas magnitudes dessas associações quando avaliada a AF de forma global.

Um estudo, recentemente realizado com indivíduos residentes no entorno de parques/praças de Curitiba (Paraná), utilizou a EASAF e demonstrou haver associação entre suporte social de familiares e de amigos com diferentes tipos de AF (≥ 150 minutos/semana).ⁱⁱⁱ Entretanto, diferentemente dos achados do presente estudo, os pesquisadores encontraram maiores magnitudes das associações, em ambos os sexos, para as AFMV. Ainda demonstraram que o suporte social dos amigos exercia maior influência sobre a AF do que o fornecido pelos familiares, assim como nas análises deste estudo.

Analisando dois níveis de exposição, uma estimativa de efeito do tipo dose-resposta ficou demarcado apenas entre as mulheres quando consideradas as AFMV e a prática global de AF no lazer. Esses achados ressaltam que a ação do suporte social é diferente entre os sexos. Questões relativas às formas de socialização masculina podem fazer com que o suporte social para AF em homens seja interpretado como algo bastante corriqueiro – o futebol do final de semana ou outros esportes coletivos realizados com amigos são um bom exemplo. No entanto, entre as mulheres – cuja socialização na fase adulta, em geral, não abrange a prática de AF com familiares ou amigos – o fato de receberem apoios pode refletir na mudança de estilos de vida de forma mais efetiva, considerando-os como indicadores evidentes de que necessitam mudar de comportamento e/ou forma do corpo.

Análises estratificadas para dois grupos de idade (20-39 anos e ≥ 40 anos) confirmaram diferenças importantes no efeito do suporte social para AF de lazer segundo o sexo. Entre os homens mais jovens não houve associação

ⁱⁱⁱ Santos MS. Religiosidade, apoio social e atividade física em adultos residentes de Curitiba-PR [Dissertação]. Curitiba: UFPR; 2010.

entre suporte social de familiares e a AF em nenhum tipo de prática e nos diferentes níveis de exposição. Já entre as mulheres mais jovens, algumas associações com apoio de familiares e amigos foram evidenciadas apenas em níveis mais específicos de exposição, quando relataram receber algum suporte social “sempre”. Algumas questões podem ser ponderadas a este respeito, como quais são as influências familiares com potencial transformador no comportamento dos homens jovens? Entre aqueles que ainda coabitam com a família, o vínculo existente ou a forma como o suporte é ofertado podem não ser suficiente para fomentar mudanças. Entre as mulheres, ressalta-se novamente a importância de intensidades mais elevadas de apoio para prática de AF. Esportes e exercícios físicos não costumam fazer parte da cultura feminina, vide as baixas prevalências de AF consistentemente apontadas na literatura.

Em contrapartida, os efeitos entre os indivíduos com 40 anos ou mais foram potencializados, reiterando evidências de estudos sobre a importância do suporte social nesta faixa etária.^{10, 15, 18} Salvador¹⁸ (2009) entrevistou indivíduos de 60 anos ou mais e evidenciou que os homens que receberam convite dos amigos apresentaram um *odds* de AF 3,13 vezes maior do que o *odds* daqueles não convidados. O mesmo não ocorreu entre as mulheres.

Novas investigações sobre o tema, em especial, as que abordem interações entre o suporte social e características individuais (classe econômica, escolaridade e situação conjugal), em vários ambientes sociais, são necessárias. Embora existam estudos consolidando o potencial do suporte social para a prática regular de AF^{20, 21}, algumas questões ainda precisam ser mais bem estabelecidas, apreciando aspectos culturais e práticas sociais de

gênero dos locais em estudo. Wendel-Vos e colaboradores²⁴ (2007), por exemplo, ao fazerem uma revisão sobre os determinantes ambientais da prática de AF, apontam algo nesta direção. Apesar de confirmarem a existência de uma associação positiva e estatisticamente significativa do suporte social com a prática de AF global, cinco dos 12 estudos analisados não encontraram tal associação.²⁴ Além disso, embora o suporte social seja uma das quatro recomendações atuais para fundamentar programas de intervenção de promoção da AF em nível comunitário, intervenções de suporte social de base familiar ainda não apresentam evidências sobre sua efetividade.¹³ Nossos achados chamam a atenção para algumas parcelas da população que parecem não corresponder a determinados apoios, como é o caso do suporte social familiar para os homens jovens.

São necessárias reflexões sobre algumas limitações do estudo. A distinção das fontes de suporte social medidas pela EASAF integra uma discussão conceitual da definição de “família” em estudos epidemiológicos. A família foi definida operacionalmente como grupo de pessoas que dividem a mesma residência. Tal definição se faz necessária para facilitar a compreensão do entrevistado, além de explorar a importância da coabitação (pode implicar maior tempo juntos) na frequência do suporte social. Todavia, é preciso reconhecer que a alocação de “outros parentes” como amigos pode gerar distorções e resultar em erros de classificação dos entrevistados.

É necessário analisar com cautela as associações encontradas neste estudo, visto que elas não possuem uma conotação causal pelo tipo de delineamento utilizado. O fato de o indivíduo ser fisicamente ativo pode levá-lo a estender sua rede social de amigos e, com isso, receber mais suporte social

para a prática de AF do que o não ativo. Independente da temporalidade das associações investigadas ressalta-se a importância das magnitudes evidenciadas, pois, caso o desfecho preceda a exposição, a adesão do indivíduo à determinada atividade pode ser afetada positivamente pelo suporte social.

Portanto, os dados locais ressaltam a importância da prática conjunta, do incentivo e do convite de familiares e/ou amigos para a prática de AF. Embora ainda sejam necessárias análises mais aprofundadas, utilizando diferentes delineamentos em realidades distintas, acredita-se que intervenções que mobilizem os indivíduos e seu ambiente social terão maior potencial de efetividade na promoção de estilos de vida ativos.

Referências bibliográficas

1. Amorim T, Azevedo M, Hallal P. Physical activity levels according to physical and social environmental factors in a sample of adults living in South Brazil. *Journal of Physical Activity and Health*. 2010;7(Suppl 2):S204-12.
2. Bamana A, Tessier S, Vuillemin A. Association of perceived environment with meeting public health recommendations for physical activity in seven European countries. *J Public Health (Oxf)*. 2008 Sep;30(3):274-81.
3. Bandura A. Social foundations of thought and action. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall 1986.

4. Barros AJD, Hirakata V. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology*. 2003;3(21).
5. Bauman A, Bull F, Chey T, Craig CL, Ainsworth BE, Sallis JF, et al. The International Prevalence Study on Physical Activity: results from 20 countries. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2009;6(1):21.
6. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: MS 2009.
7. Cohen S, Syme SL, eds. Social support and health. Orlando, Florida: Academic Press 1985.
8. Craig C, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. 2003;. *Med Sci Sports Exerc* 2003;35(8):1381-95.
9. De Bourdeaudhuij I, Teixeira PJ, Cardon G, Deforche B. Environmental and psychosocial correlates of physical activity in Portuguese and Belgian adults. *Public Health Nutr*. 2005 Oct;8(7):886-95.

10. Eyster AA, Brownson RC, Donatelle RJ, King AC, Brown D, Sallis JF. Physical activity social support and middle- and older-aged minority women: results from a US survey. *Soc Sci Med*. 1999 Sep;49(6):781-9.
11. Guthold R, Ono T, Strong KL, Chatterji S, Morabia A. Worldwide variability in physical inactivity a 51-country survey. *Am J Prev Med*. 2008 Jun;34(6):486-94.
12. Heath GW. The Role of the Public Health Sector in Promoting Physical Activity: National, State, and Local Applications. *Journal of Physical Activity and Health*. 2009;6(Suppl 2):S159-S67.
13. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson RC, Heath GW, Howze EH, Powell KE, et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2002 May;22(Suppl. 4):73-107.
14. Knuth AG, Bacchieri G, Victora CG, Hallal PC. Changes in physical activity among Brazilian adults over a five-year period. *J Epidemiol Community Health*. 2009;64:591-5.
15. Lian WM, Gan GL, Pin CH, Wee S, Ye HC. Correlates of leisure-time physical activity in an elderly population in Singapore. *Am J Public Health*. 1999 Oct;89(10):1578-80.

16. McNeill LH, Kreuter MW, Subramanian SV. Social environment and physical activity: a review of concepts and evidence. *Soc Sci Med*. 2006 Aug;63(4):1011-22.
17. Sallis JF, Grossman RM, Pinski RB, Patterson TL, Nader PR. The development of scales to measure social support for diet and exercise behaviors. *Preventive medicine*. 1987 Nov;16(6):825-36.
18. Salvador EP, Florindo AA, Reis RS, Costa EF. Perception of the environment and leisure-time physical activity in the elderly. *Rev Saude Publica*. 2009 Dec;43(6):972-80.
19. Santos MS, Reis RS, Hallal PC. Validade e fidedignidade de uma escala de avaliação do apoio social para a atividade física. *Revista Brasileira de Saúde Pública*. 2010;(in press).
20. Trost SG, Owen N, Bauman AE, Sallis JF, Brown W. Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. *Med Sci Sports Exerc*. 2002 Dec;34(12):1996-2001.
21. Vrazel J, Saunders RP, Wilcox S. An overview and proposed framework of social-environmental influences on the physical-activity behavior of women. *Am J Health Promot*. 2008 Sep-Oct;23(1):2-12.

22. Wang HH, Wu SZ, Liu Y-Y. Association between social support and health outcomes: a meta-analysis. *Kaohsiung J Med Sci.* 2003;19:345-51.

23. Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. *Cmaj.* 2006 Mar 14;174(6):801-9.

24. Wendel-Vos W, Droomers M, Kremers S, Brug J, van Lenthe F. Potential environmental determinants of physical activity in adults: a systematic review. *Obes Rev.* 2007 Sep;8(5):425-40.

25. WHO (World Health Organization). Global Recommendations on Physical Activity for Health. Geneva: WHO 2010.

Tabela 1. Descrição da amostra conforme características demográficas e socioeconômicas. Pelotas, RS, 2010 (N = 2.732).

Variáveis	Total N (%)	Homens (1.581) N (%)	Mulheres (1.151) N (%)	Valor – p
Cor				0,8
Branca	2.218 (81,2)	931 (81,0)	1.287 (81,4)	
Não branca	513 (18,8)	219 (19,0)	294 (18,6)	
Idade (anos)				0,2
20 – 29	595 (21,8)	252 (21,9)	343 (21,7)	
30 – 39	462 (16,9)	199 (17,3)	263 (16,6)	
40 – 49	545 (20,0)	246 (21,4)	299 (18,9)	
50 – 59	495 (18,1)	212 (18,4)	283 (17,9)	
60 ou mais	635 (23,2)	242 (21,0)	393 (24,9)	
Situação conjugal				<0,001
Coabita com companheiro	1.606 (58,8)	776 (67,4)	830 (52,5)	
Não coabita com companheiro	1.126 (41,2)	375 (32,6)	751 (47,5)	
Escolaridade (anos completos de estudo)				0,01
0 – 4	678 (24,8)	265 (23,0)	413 (26,1)	
5 – 8	773 (28,3)	351 (30,5)	422 (26,7)	
9 – 11	732 (26,8)	325 (28,3)	407 (25,8)	
12 ou mais	547 (20,0)	209 (18,2)	338 (21,4)	
Classe econômica				0,2
A – B	477 (17,5)	376 (32,8)	555 (35,1)	
C	1.318 (48,4)	579 (50,5)	739 (46,8)	
D – E	931 (34,1)	192 (16,7)	285 (18,1)	
Ativo – Caminhada				0,9
Não	2.355 (88,5)	992 (88,4)	1.363 (88,5)	
Sim	307 (11,5)	130 (11,6)	177 (11,5)	
Ativo – AFMV				<0,001
Não	2.280 (85,5)	874 (77,8)	1.406 (91,2)	
Sim	385 (14,5)	250 (22,2)	135 (8,8)	
Ativo – AF (caminhada + AFMV) #				<0,001
Não	2.007 (75,6)	764 (68,2)	1.243 (81,0)	
Sim	649 (24,4)	357 (31,9)	292 (19,0)	

* Teste de qui-quadrado de heterogeneidade

Maior número de *missings* – 2.656 observações

Tabela 2. Descrição da frequência de suporte social para AF. Pelotas, RS, 2010 (N=2.671).

Variáveis de Suporte Social	Homens				Mulheres				Valor-p ^a
	N	Nunca (%)	Às vezes (%)	Sempre (%)	N	Nunca (%)	Às vezes (%)	Sempre (%)	
Familiares									
Fez caminhada com o Sr(a)	1.125	941 (83,6)	147 (13,1)	37 (3,3)	1.546	1.234 (79,8)	234 (15,1)	78 (5,1)	0,02
Convidou o Sr(a) para caminhar	1.125	865 (76,9)	191 (17,0)	69 (6,1)	1.546	1.151 (74,5)	280 (18,1)	115 (7,4)	0,3
Incentivou o Sr(a) a caminhar	1.125	803 (71,4)	192 (17,1)	130 (11,6)	1.546	1.046 (67,7)	261 (16,9)	239 (15,5)	0,01
Amigos									
Fez caminhada com o Sr(a)	1.125	983 (87,4)	115 (10,2)	27 (2,4)	1.546	1.283 (83,0)	210 (13,6)	53 (3,4)	0,007
Convidou o Sr(a) para caminhar	1.125	937 (83,3)	145 (12,9)	43 (3,8)	1.546	1.121 (72,5)	342 (22,1)	83 (5,4)	<0,001
Incentivou o Sr(a) a caminhar	1.125	803 (71,4)	192 (17,1)	130 (11,5)	1.546	1.046 (67,7)	261 (16,9)	239 (15,5)	<0,001
Familiares									
Fez exercício médios ou fortes com o Sr(a)	1.125	993 (88,3)	101 (9,0)	31 (2,7)	1.546	1.423 (92,0)	89 (5,8)	34 (2,2)	0,003
Convidou o Sr(a) para fazer exercícios médios ou fortes	1.125	955 (84,9)	132 (11,7)	38 (3,4)	1.546	1.359 (87,9)	131 (8,5)	56 (3,6)	0,02
Incentivou o Sr(a) a fazer exercícios médios ou fortes	1.125	902 (80,2)	153 (13,6)	70 (6,2)	1.546	1.276 (82,5)	163 (10,5)	107 (7,0)	0,05
Amigos									
Fez exercício médios ou fortes com o Sr(a)	1.125	888 (78,9)	139 (12,4)	98 (8,7)	1.546	1.402 (90,7)	99 (6,4)	45 (2,9)	<0,001
Convidou o Sr(a) para fazer exercícios médios ou fortes	1.125	824 (73,2)	187 (16,6)	114 (10,1)	1.546	1.283 (83,0)	187 (12,1)	76 (4,9)	<0,001
Incentivou o Sr(a) a fazer exercícios médios ou fortes	1.125	817 (72,6)	183 (16,3)	125 (11,1)	1.546	1.258 (81,4)	178 (11,5)	110 (7,1)	<0,001

^aTeste de qui-quadrado de heterogeneidade

Tabela 3. Análise bruta e ajustada da associação entre AF, considerando apenas caminhada, e suporte social de amigos e familiares para essa prática, apresentando dois pontos de corte. Pelotas, RS, 2010 (N= 2.656).

Variáveis	Homens								Mulheres							
	AF		Análise bruta			Análise ajustada			AF		Análise Bruta			Análise ajustada		
	N	%	RP	IC _{95%}	p	RP	IC _{95%}	p	N	%	RP	IC _{95%}	p	RP	IC _{95%}	p
Suporte social para caminhada					<0,001			<0,001								<0,001
Nenhum (nunca)	608	6,7	1,00	-		1,00	-		716	5,5	1,00	-		1,00	-	
Só de familiares (às vezes ou sempre)	232	13,8	2,05	1,32 – 3,15		2,29	1,46 – 3,61		272	12,9	2,36	1,56 – 3,58		2,31	1,54 – 4,72	
Só de amigos (às vezes ou sempre)	116	19,8	2,94	1,88 – 4,60		2,86	1,86 – 4,41		222	18,5	3,39	2,30 – 4,99		3,28	2,25 – 4,80	
De familiares e amigos (às vezes ou sempre)	166	20,5	3,04	1,95 – 4,73		3,34	2,11 – 5,29		330	18,8	3,45	2,34 – 5,09		3,57	2,41 – 5,28	
					<0,001			<0,001								<0,001
Nenhum (nunca)	922	8,5	1,00	-		1,00	-		1176	7,3	1,00	-		1,00	-	
Só de familiares (sempre)	114	21,1	2,48	1,63 – 3,79		2,55	1,64 – 3,96		190	22,1	3,02	2,09 – 4,37		2,85	2,02 – 4,02	
Só de amigos (sempre)	49	34,7	4,10	2,69 – 6,25		4,19	2,63 – 6,68		96	27,1	3,70	2,50 – 5,48		3,23	2,16 – 4,83	
De familiares e amigos (sempre)	37	29,7	3,51	2,16 – 5,70		3,04	1,85 – 4,98		78	29,5	4,03	2,68 – 6,06		3,92	2,61 – 5,87	

Regressão de Poisson com ajuste para idade, cor da pele, situação conjugal, classe econômica e escolaridade.

Tabela 4. Análise bruta e ajustada da associação entre AF, considerando apenas AFMV, e suporte social de amigos e familiares para essas práticas, apresentando dois pontos de cortes. Pelotas, RS, 2010 (N= 2.656).

Variáveis	Homens								Mulheres							
	AF		Análise bruta			Análise ajustada			AF		Análise Bruta			Análise ajustada		
	N	%	RP	IC _{95%}	p	RP	IC _{95%}	p	N	%	RP	IC _{95%}	p	RP	IC _{95%}	p
Suporte social de amigos e familiares para outras AF					<0,001			<0,001								<0,001
Nenhum (nunca)	665	11,7	1,00	-		1,00	-		1062	5,4	1,00	-		1,00	-	
Só de familiares (às vezes ou sempre)	102	27,5	2,34	1,63 – 3,36		2,45	1,67 – 3,59		146	11,6	2,17	1,31 – 3,59		1,92	1,13 – 3,25	
Só de amigos (às vezes ou sempre)	182	38,5	3,28	2,35 – 4,58		2,72	1,91 – 3,87		167	14,4	2,68	1,65 – 4,33		2,14	1,35 – 3,40	
De familiares e amigos (às vezes ou sempre)	175	42,3	3,61	2,63 – 4,93		3,27	2,36 – 4,53		166	22,3	4,15	2,68 – 6,43		3,16	2,00 – 5,01	
					<0,001			<0,001								<0,001
Nenhum (nunca)	928	17,4	1,00	-		1,00	-		1333	5,8	1,00	-		1,00	-	
Só de familiares (sempre)	45	24,5	1,41	0,83 – 2,38		1,57	0,92 – 2,68		86	23,5	4,02	2,71 – 5,97		3,18	2,08 – 4,86	
Só de amigos (sempre)	111	51,4	2,96	2,28 – 3,84		2,48	1,88 – 3,26		87	28,7	4,91	3,30 – 7,30		4,10	2,73 – 6,18	
De familiares e amigos (sempre)	40	52,5	3,03	2,15 – 4,26		2,55	1,73 – 3,75		36	33,3	5,70	3,30 – 9,83		4,97	2,86 – 8,62	

Regressão de Poisson com ajuste para idade, cor da pele, situação conjugal, classe econômica e escolaridade.

Tabela 5. Análise bruta e ajustada da associação entre AF global (caminhada e AFMV) e suporte social global de amigos e familiares, apresentando dois pontos de corte. Pelotas, RS, 2010 (N= 2.656).

Variáveis	Homens								Mulheres							
	AF		Análise bruta			Análise ajustada			AF		Análise Bruta			Análise ajustada		
	N	%	RP	IC _{95%}	P	RP	IC _{95%}	P	N	%	RP	IC _{95%}	P	RP	IC _{95%}	p
Suporte social de amigos e familiares					<0,001			<0,001					<0,001			<0,001
Nenhum (nunca)	465	20,0	1,00	-		1,00	-		632	10,6	1,00	-		1,00	-	
Só de familiares (às vezes ou sempre)	202	31,7	1,58	1,24 – 2,03		1,73	1,32 – 2,26		269	19,7	1,86	1,34 – 2,59		1,75	1,25 – 2,46	
Só de amigos (às vezes ou sempre)	267	43,1	2,16	1,66 – 2,80		2,05	1,57 – 2,69		230	24,4	2,30	1,63 – 3,23		2,05	1,44 – 2,92	
De familiares e amigos (às vezes ou sempre)	287	44,6	2,23	1,76 – 2,83		2,27	1,75 – 2,93		404	28,7	2,71	2,00 – 3,67		2,50	1,82 – 3,44	
					<0,001			<0,001					<0,001			<0,001
Nenhum (nunca)	805	25,1	1,00	-		1,00	-		1096	13,0	1,00	-		1,00	-	
Só de familiares (sempre)	119	36,1	1,44	1,10 – 1,89		1,52	1,16 – 2,00		204	28,9	2,23	1,70 – 2,94		2,02	1,53 – 2,69	
Só de amigos (sempre)	117	56,4	2,25	1,78 – 2,84		2,11	1,66 – 2,70		128	35,2	2,71	2,05 – 3,60		2,42	1,80 – 3,24	
De familiares e amigos (sempre)	80	57,5	2,29	1,81 – 2,90		2,22	1,74 – 2,82		107	43,0	3,32	2,48 – 4,45		3,10	2,29 – 4,20	

Regressão de Poisson com ajuste para idade, cor da pele, situação conjugal, classe econômica e escolaridade.

4. Comunicado à imprensa

(Dissertação de mestrado de Inácio C M da Silva)

Receber apoio de familiares e amigos é importante para a prática de atividade física

O professor de Educação Física Inácio Crochemore Mohnsam da Silva realizou um estudo em Pelotas, entrevistando 2.732 indivíduos com o objetivo de analisar se o recebimento de apoio de familiares ou de amigos influencia a prática de atividade física. A pesquisa, orientada pelos professores Dr. Mario Renato Azevedo Júnior e Dra. Helen Gonçalves, foi realizada entre janeiro e abril de 2010, como parte de seu trabalho de mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas.

Nas entrevistas, foram considerados como indivíduos “ativos” aqueles que relataram, na semana anterior a entrevista, ter feito pelo menos 150 minutos de atividades físicas no lazer. Este critério é utilizado em várias pesquisas por ser considerado o tempo mínimo necessário para trazer benefícios à saúde. O apoio de familiares e amigos para fazer exercícios físicos, chamado de suporte social, foi avaliado através do incentivo e do convite dos familiares e/ou dos amigos para caminhar ou praticar atividades físicas de intensidade moderada ou forte, e, ainda, o professor avaliou se os amigos e os familiares faziam essas atividades com os entrevistados.

Os resultados mostraram que quem recebeu suporte social foi, em média, duas vezes mais ativos do que quem não recebeu apoio dos familiares ou dos amigos. O grupo dos homens mais jovens (entre 20 e 39 anos) foi uma exceção. Para eles, o suporte social da família não foi tão importante para praticarem atividades físicas no lazer. Além disso, o estudo mostrou que o

suporte social dos amigos foi sempre mais relevante para a prática de atividade física do que o fornecido pelos familiares.

Com estes dados, o estudo destaca a necessidade de se criar estratégias de intervenção que promovam a prática regular de atividades físicas, tão importantes para a manutenção do bem estar físico e mental. Iniciativas que promovam a prática conjunta com familiares e amigos são extremamente relevantes, assim como a criação ou manutenção de espaços públicos para que as pessoas possam constantemente se exercitar. Além disso, é fundamental a população saber que o incentivo e o convite para a prática de atividade física já trazem resultados positivos.

A prática regular de exercícios, além de promover a socialização entre os indivíduos, atua como fator preventivo de doenças como hipertensão, diabetes, osteoporose, alguns tipos de câncer e doenças cardiovasculares. É preocupante o fato de que em Pelotas a prática de atividade física é cada vez menor.