

**SETOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA
CURSO DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

MARIANA SILVA SANTOS

**RELIGIOSIDADE, APOIO SOCIAL E ATIVIDADE FÍSICA
EM ADULTOS RESIDENTES EM CURITIBA-PR**

Dissertação de mestrado apresentada como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre em Educação Física, no Departamento de Educação Física, Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná.



**CURITIBA
2010**

MARIANA SILVA SANTOS

**RELIGIOSIDADE, APOIO SOCIAL E ATIVIDADE FÍSICA
EM ADULTOS RESIDENTES EM CURITIBA-PR**

Dissertação de mestrado apresentada como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre em Educação Física, no Departamento de Educação Física, Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná.

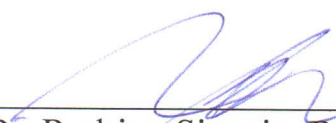
Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Siqueira Reis

TERMO DE APROVAÇÃO

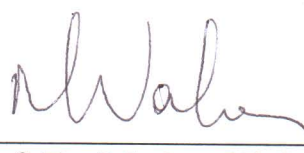
MARIANA SILVA SANTOS

“Religiosidade, Apoio Social e Atividade Física em Adultos Residentes em Curitiba – Pr”

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Educação Física – Área de Concentração Exercício e Esporte, Linha de Pesquisa Atividade Física e Saúde, do Departamento de Educação Física do Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte Banca Examinadora:



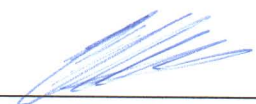
Prof. Dr. Rodrigo Siqueira Reis
Departamento de Educação Física / UFPR



Prof. Dr. Markus Vinicius Nahas
Membro Externo



Professor Dr. Wagner de Campos
Departamento de Educação Física / UFPR



Prof. Dr. Ciro R. Rodriguez Añes
Membro Externo

Curitiba, 19 de Março de 2010

A todos os profissionais de Educação Física

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por me conceder forças e sabedoria no dia-a-dia. Com o Senhor aprendi a nunca desistir.

Ao meu esposo Fábio, que sempre me incentivou e compreendeu, principalmente nos últimos meses antes da defesa, quando ainda estávamos em lua de mel. Meu grande amigo e companheiro, alguém com quem pude partilhar e me apoiar.

Aos meus pais, Valcir e Salete que sempre estiveram ao meu lado, me ensinaram a ter gosto pelos estudos e me suportaram quando chegava em casa cansada e estressada. Amo vocês.

Aos meus amados amigos que sabiamente me ajudaram em momentos de dúvida e dificuldade. Obrigada por poder contar com vocês.

Ao meu orientador Dr. Rodrigo Siqueira Reis, um exemplo de profissional, alguém que realmente ama o que faz e por isso o faz com Carinho. Um orientador realmente dedicado e atencioso. Mais do que um orientador, um exemplo a ser seguido. Obrigada de coração!!

Ao professor Dr. Ciro Rodriguez-Añez, nosso grande mestre. Sempre com palavras que nos encorajam. Obrigada por seu exemplo, dedicação e sabias orientações para o trabalho e para a vida.

Um agradecimento mais do que especial aos integrantes do grupo de pesquisa em Atividade Física e Qualidade de Vida. Esse trabalho foi possível graças a ajuda de todos vocês. Agradeço especialmente o ambiente de convivência que vocês me proporcionam diariamente. Thank you so much.

SUMÁRIO

Lista de ilustrações	vii
Resumo.....	viii
Abstract.....	ix
Capítulo 1 Introdução	09
Apresentação do tema e justificativa	12
Problema	14
Objetivo	14
Delimitações do estudo	16
Limitações do estudo	16
Estrutura da dissertação	16
Referências	18
Capítulo 2 Procedimentos metodológicos	21
Seleção dos locais	22
Coleta de dados	24
Protocolos de medidas	25
Critérios de inclusão	26
Critérios de exclusão	28
Aspectos éticos	28
Análise de dados	28
Referências	29
Capítulo 3 Religiosidade, apoio social e atividade física: Uma revisão sistemática	31
<i>Mariana Silva SANTOS, Rodrigo Siqueira REIS</i>	
Capítulo 4 Validade e fidedignidade de uma escala de avaliação do apoio social para a prática de atividade física em adultos brasileiros	45
<i>Mariana Silva SANTOS, Rodrigo Siqueira REIS, Pedro C. HALLAL</i>	

Capítulo 5	Religiosidade, Apoio Social e Atividade Física de Lazer em Adultos	59
	<i>Mariana Silva SANTOS, Rodrigo Siqueira REIS, Pedro C. HALLAL.</i>	
Capítulo 6	Conclusões e considerações finais	78
Apêndices	Apêndice I - Carta de aprovação do comitê de ética	82
	Apêndice II – Questionário	84

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Capítulo 1	Tabela 1. Estrutura da dissertação organizada por capítulos e seus principais objetivos	17
Capítulo 2	Tabela 1. Parques e praças selecionados considerando os grupos extremos de qualidade de ambiente para a prática de atividade física e NSE	24
	Figura 1. Localização geográfica dos oito parques e praças selecionados para o estudo	24
	Tabela 2. Tabela para sorteio do morador da residência avaliada	27
Capítulo 3	Tabela 1. Descrição dos estudos selecionados para compor a revisão.....	36
Capítulo 4	Tabela 1. Características dos participantes do estudo.....	52
	Tabela 2. Análise fatorial exploratória e coeficiente de reprodutibilidade da escalada de apoio social para a atividade física.....	53
	Tabela 3. Valores do coeficiente de correlação de Spearman entre a EASAF, tempo de caminhada (min/sem) e tempo de AFMV no tempo livre (n=1.461)	54
Capítulo 5	Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes do estudo	66
	Tabela 2. Razão de chance para cumprir a recomendação de caminhada no tempo livre entre mulheres e homens.....	67
	Tabela 3. Razão de chance para cumprir as recomendações de AFMV no tempo livre entre mulheres e homens.....	68

RESUMO

A literatura apresenta evidências de que o apoio social (AS) exerce influência na prática de atividades físicas (AF). As instituições religiosas parecem funcionar como um canal para o AS. Além disso, a literatura tem demonstrado que parece haver associação entre a frequência a igrejas e maior engajamento em AF. O objetivo do estudo foi analisar a associação entre a religiosidade, o AS e a AF de lazer de adultos residentes na cidade de Curitiba-PR. O presente trabalho é composto por três artigos, sendo um de revisão e dois originais. O artigo de revisão, que objetivou a síntese da literatura sobre a relação entre a religiosidade, o AS e a AF, foi realizado através de buscas eletrônicas nas principais bases de dados da área da saúde (Medline e Lilacs) e psicologia (PsycInfo), através da combinação dos descritores: “religião”, “religiosidade”, “religioso”, “espiritualidade”, “espiritual”, “suporte social”, “apoio social”, “atividade física”, “exercício” e “exercício físico”, bem como seus correspondentes na língua inglesa. Foram selecionados artigos originais, publicados em inglês, português e espanhol, realizados com adultos (entre 18 e 65 anos) e que incluíssem ao menos um dos domínios da AF. Duzentos e dez estudos foram identificados, sendo que 39 atendiam os critérios de inclusão e oito apresentavam resultados sobre a associação entre as variáveis de estudo. Os artigos foram escritos entre 2001 e 2008 e todos foram realizados em estados dos Estados Unidos. Seis estudos foram transversais, um experimental e um de coorte. Os resultados da revisão sugerem que pessoas que frequentam com mais frequência as igrejas estão mais propensas a iniciarem e se engajarem em alguma AF e que AS obtido através das instituições religiosas parece não ser suficiente para promover AF em níveis recomendados. O artigo original 1 objetivou testar a validade e a fidedignidade da versão brasileira da escala de AS para a prática de AF (EASAF) em adultos. Para tanto, a escala foi aplicada em conjunto com um questionário multidimensional face-a-face em 1.461 indivíduos e submetida à testagem da validade (fatorial e construto) e fidedignidade (consistência interna e reprodutibilidade). A análise fatorial resultou em 4 fatores com eigenvalues entre 4,29 e 1,39 que explicam 82,8% da variância total. Nos fatores 1 e 2 ficaram agrupadas as questões sobre AS recebido dos amigos para AFMV e caminhada, respectivamente. Os fatores 3 e 4 ficaram constituídos dos agrupamentos do AS recebido da família, para AFMV e caminhada, nessa ordem. A reprodutibilidade apresentou ICC entre 0,63 e 0,80 e consistência interna alfa entre 0,87 e 0,91. A validade de construto foi evidenciada pela associação significativa ($p < 0,005$) entre os escores de AS com caminhada e AFMV. Concluiu-se que o instrumento testado apresenta características psicométricas adequadas para emprego em adultos brasileiros. O artigo original 2 que objetivou analisar a relação entre a religiosidade, o AS e a AF de lazer foi realizado com a participação de 1.461 moradores de regiões com diferentes níveis socioeconômicos (NSE) e condições de ambiente para a prática de AF. Vinte e cinco entrevistadoras foram treinadas e contratadas para realizar a coleta. A taxa de recusa foi de 7,9% ($n=121$). O controle de qualidade foi realizado em 12,5% da amostra. A entrada de dados foi realizada no software Epidata, por dois profissionais com experiência em digitação e o controle de qualidade foi realizado através da função “Validar arquivos duplicados”. As divergências encontradas foram conferidas e corrigidas. A regressão logística ($p < 0,05$) foi utilizada para verificar a relação entre religiosidade, AS da família e amigos, idade, NSE e percepção de saúde. Os resultados demonstram que o aumento da idade está positivamente associado com o aumento das chances de caminhar e inversamente associado com as chances de realizar AFMV, mesmo quando ajustado. O AS recebido dos amigos e da família foi associado com maiores chances de cumprir as recomendações de caminhada e AFMV. A religiosidade e o apoio recebido de pessoas da igreja não foram associados com o cumprimento das recomendações. Concluiu-se que o AS é um importante fator de influência para a prática de AF e que a religiosidade e o apoio recebido das pessoas da igreja não são suficientes para promover o cumprimento das recomendações de caminhada e AFMV.

ABSTRACT

The literature presents evidence that social support (SS) has an influence on physical activity (PA). Religious institutions seem to function as a channel for the SS. Furthermore, the literature has shown that apparent association between frequency of church and greater engagement in PA. The aim of this study was to analyze the association between religiosity, SS and leisure PA in adult residents in the city of Curitiba-PR. This work consists of three articles, one review and two originals. The review article, which aimed to the synthesis of the literature on the relationship between religiosity, SS and PA was carried out through electronic searches in major databases of health (Medline and Lilacs) and psychology (PsycInfo), by the combination of descriptors: "religion," "religiosity," "religious," "spirituality," "spiritual", "social support", "physical activity", "exercise" and their counterparts in English. Are included only original articles, published in English, Portuguese and Spanish, conducted with adults (between 18 and 65 years) and to include at least one of the domain of PA. Two hundred and ten studies were identified, of which 39 met the inclusion criteria and eight had results on the association between the variables. The articles were written between 2001 and 2008 and were conducted in all U.S. states. Six studies were cross-cutting, one is a trial and one is a cohort. The results of the review suggest that people who attend more often the churches are more likely to initiate and engage in some PA and SS obtained through religious institutions seems not to be sufficient to cause PA in recommended levels. The original article 1 aimed to test the validity and reliability of the Brazilian version of SS for the practice of PA (EASAF) in adults. Therefore, the scale was administered in conjunction with a multidimensional questionnaire face-to-face in 1,461 individuals and subjected to testing of validity (factorial and construct) and reliability (internal consistency and reproducibility). Factor analysis resulted in 4 factors with eigenvalue between 4.29 and 1.39 explaining 82.8% of total variance. On factors 1 and 2 were grouped the issues on SS received from friends for MVPA and walking, respectively. The factor 3 e 4 were composed of groupings of SS received from family, MVPA and walking, in that order. Reproducibility showed ICC between 0.63 and 0.80 and internal consistency alpha between 0.87 and 0.91. Construct validity was evidenced by a significant association ($p < 0.005$) between the scores of SS with walking and MVPA. It was concluded that the instrument has psychometric properties for use in Brazilian adults. The original Article 2 aimed to examine the relationship between religiosity, SS and leisure PA was conducted involving 1,461 residents of areas with different socioeconomic status (SS) and environmental conditions for the practice of PA. Twenty-five interviewers were trained and hired to harvest. The refusal rate was 7.9% ($n = 121$). Quality control was performed in 12.5% of the sample. Data entry was done in software Epidata by two professionals with experience in typing and quality control was performed using the function "validate duplicate files". The discrepancies found were checked and corrected. Logistic regression ($p < 0.05$) was used to verify the relationship between religiosity, family and friends, age, SS and health perception. The results show that increasing age is positively associated with increased odds of walking and inversely associated with the chances of performing MVPA, even when adjusted. AS received from friends and family was associated with greater chances of fulfilling the recommendations of walking and MVPA. Religiosity and the support received from church people were not associated with the implementation of the recommendations. It was concluded that SS is an important factor to influence the practice of PA and that religiosity and support received from the church people are not sufficient to promote compliance with the recommendations of walking and MVPA.

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO GERAL E ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Introdução

Apresentação do tema e justificativa

Problema

Objetivo

Delimitações do estudo

Limitações do estudo

Estrutura da dissertação

INTRODUÇÃO

Existem recentes e fortes evidências de que a prática regular de atividade física não apenas reduz o risco de mortalidade entre adultos e idosos como também reduz o risco de desenvolver doença coronariana, derrame, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, síndrome metabólica e câncer de cólon e mama^{1, 2}. Além disso, previne o ganho e contribui para a perda de peso, melhora o condicionamento cardiorrespiratório e muscular, atua na prevenção de quedas, reduz a depressão e melhora função cognitiva¹. Alguns desses benefícios se aplicam também a crianças e adolescentes. As recomendações atuais de nível de atividade física para pessoas saudáveis com idade entre 18 e 65 anos, determinam que, para obter tais benefícios os adultos devem engajar-se em 150 minutos semanais de atividade física moderadas a vigorosa¹. Além disso, recomenda-se a prática de exercícios físicos que ajudem a manter ou aumentar a força e a resistência muscular por ao menos dois dias por semana³.

Mesmo com a extensa gama de evidências sobre os benefícios da atividade física, bem como as diversas recomendações, grande parte das pessoas continua levando uma vida inativa fisicamente. Os resultados de um recente estudo realizado com 212 mil pessoas com idade entre 18 e 69 anos de 51 países, demonstram que na região Oriental do Mediterrâneo a prevalência de inatividade física é de 21,5%, nas Américas de 21%, na África de 19,5%, na Europa de 12,2% e a menor prevalência na Ásia, 7,6%⁴. Nesse estudo o Brasil apresentou prevalência de 26,1%, resultado muito semelhante aos apresentados pelo VIGITEL⁵ (sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas) que avalia todas as capitais dos estados brasileiros, que foi de 26,3%. Em ambos os estudos foram consideradas fisicamente inativas aquelas pessoas que não cumpriam as recomendações de atividade física.

Sallis e Owen⁶ relatam que a inatividade física pode ser considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública, merecendo o mesmo nível de importância que o tabagismo, o colesterol e a obesidade. De acordo com Nahas, Goldfine e Collins⁷, a grande quantidade de informações sobre a importância da atividade física para a saúde e para a qualidade de vida não é suficiente para promover um estilo de vida ativo na grande maioria da população. Sallis e colaboradores^{6, 8} justificam que isso ocorre porque a atividade física é um comportamento complexo influenciado por uma variedade de fatores. Por essa razão, diferentes variáveis podem ser de particular importância para grupos distintos nos diferentes períodos de desenvolvimento. Esses fatores de influência são comumente conhecidos como determinantes da atividade física e o entendimento sobre a forma como eles controlam o

comportamento pode ajudar a desenvolver intervenções mais eficazes e conseqüentemente diminuir os gastos públicos com o cuidado da saúde⁶.

Tendo em vista a impossibilidade de considerar todos os fatores de influência, os pesquisadores, utilizando-se de teorias para explicar outros comportamentos humanos, desenvolveram modelos, teorias e hipóteses para explicar os determinantes da atividade física. A ligação entre as relações sociais e a saúde tem sido foco de estudo de diferentes teorias e modelos por representar uma importante variável no delineamento de intervenções^{9, 10}. O apoio social constitui a função mais importante das relações sociais e pode ser definido como a ajuda ou assistência recebida através das relações sociais e das transações interpessoais¹⁰. Quando o objetivo é verificar sua influência na saúde, quatro dimensões podem ser consideradas: apoio emocional (expressão de empatia, amor, confiança e generosidade), apoio instrumental (serviços e ajuda tangíveis), apoio informativo (conselho, informações e sugestões) e apoio avaliativo (informações úteis para a autoavaliação)^{10, 11}. Entretanto, a investigação dessas dimensões como construtos separados não são simples, pois as relações que oferecem um dos tipos frequentemente oferecem outros tipos de apoio¹⁰.

De acordo com Heaney e Israel¹⁰, há uma grande quantidade de estudos de revisão sobre estudos empíricos que investigam a influência das relações sociais na saúde. Em suas observações sobre a literatura existente, os autores encontraram relatos de achados consistentes entre a falta de relações sociais e todas as causas de mortalidade e entre o apoio emocional e o aumento da expectativa de vida entre pessoas com doença cardiovascular severa¹⁰. Além disso, também são observados efeitos positivos entre o apoio social e o enfrentamento de doenças¹⁰. Há também na literatura uma grande quantidade de estudos investigando a influência do apoio social na atividade física, como descrito a seguir.

Wendel-Vos e colaboradores¹² em uma revisão de literatura sobre os determinantes ambientais da atividade física em adultos, encontraram que o apoio social está associado com diferentes tipos de atividade física, entre elas a caminhada, o ciclismo e os esportes. Em outro estudo de revisão os resultados demonstram que o apoio social está entre os principais motivos relacionados à prática de atividades físicas, principalmente em adolescentes¹³. Pessoas que recebem apoio da esposa, membros da família, amigos e colegas de trabalho apresentam maior probabilidade de engajarem-se em atividades físicas de lazer do que seus pares que não recebem tal suporte¹⁴. Young e Stewart¹⁵ em um estudo com mulheres afro-americanas relatam que o apoio social prediz mudanças nos níveis de atividade física dessas mulheres e deve ser incorporado como um importante componente em intervenções.

É visto que a relação entre o apoio social, a saúde e a atividade física têm sido foco de muitos estudos¹²⁻¹⁵. A literatura também apresenta evidências de que as instituições religiosas podem ser importantes fontes de apoio social, de redes sociais e de controle social podendo, por esse motivo, influenciar a atividade física. Kim e Sobal¹⁶ relatam que as instituições sociais e especialmente as instituições religiosas podem proporcionar uma clara compreensão sobre os comportamentos saudáveis, como a dieta e a atividade física, principalmente pelo vínculo desses comportamentos com importantes fatores de risco para a saúde.

APRESENTAÇÃO DO TEMA E JUSTIFICATIVA

Durante séculos os estabelecimentos religiosos regulavam e controlavam a ciência, a medicina e os cuidados com a saúde. Na idade média a igreja era a instituição responsável por emitir as licenças médicas e a maioria dos profissionais que atendiam a população eram monges e sacerdotes. Até mesmo os profissionais da enfermagem surgiram das ordens religiosas dedicadas ao cuidado das doenças. Apesar disso, durante muito tempo acreditava-se que as desordens físicas e mentais eram consequência de possessão demoníaca ou eram tratadas em termos espirituais¹⁷. Koenig, importante pesquisador em religião e saúde da atualidade, e colaboradores¹⁷ relatam que a força que as igrejas exerciam no cuidado com a saúde foi declinando ao passo que as ciências médicas foram conquistando seu lugar. Um importante marco que contribuiu para esse declínio das instituições religiosas ocorreu no início do século XX com os escritos de Sigmund Freud na psiquiatria e de Stanley Hall na psicologia¹⁸. Esses autores acreditavam que religião gerava neurose e que teorias psicológicas iriam substituir as religiões como propiciadoras de visão de mundo e fonte de tratamento. Tais atitudes negativas em relação à religião não eram baseadas em pesquisas científicas nem em estudos sistemáticos, mas primordialmente nas crenças e opiniões pessoais desses pioneiros. Como consequência, durante a maior parte do século XX, o campo dos cuidados à saúde mental subestimou e freqüentemente desqualificou as crenças e práticas religiosas dos pacientes¹⁸. Entretanto, nos últimos anos foi observado um renovado interesse sobre a influência do envolvimento religioso na saúde das populações.

Koenig e colaboradores¹⁷, relatam que um dos motivos dessa reaproximação se dá pela importância que a religiosidade continua exercendo na vida das pessoas mesmo com tremendos avanços na educação, psicologia e medicina. As estatísticas confirmam esse relato. De acordo com o censo demográfico, realizado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística) em 2000¹⁹, 92% dos brasileiros entrevistados relataram ter afiliação com alguma religião (73% católicos, 15% protestantes e 3,4% de outras religiões). Nos Estados Unidos, de acordo com uma pesquisa representativa da população realizada em 2007²⁰ o percentual de afiliação a alguma religião é de 83% (51,3% protestantes, 23,9% católicos, 4,7% de outras religiões).

De acordo com Fleck e colaboradores²¹ na Assembléia Mundial da Saúde em 1983 iniciaram-se as discussões sobre a inclusão de uma dimensão não-material ou espiritual na avaliação da qualidade de vida das populações. Em 1991, durante o desenvolvimento do WHOQOL-100 (Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde), através da técnica de grupos focais, ficou claro que a religião e a espiritualidade são importantes variáveis da qualidade de vida e saúde de pessoas de todas as partes do mundo²².

Em um importante estudo de revisão objetivando examinar as bases científicas sobre o impacto da religião e da espiritualidade na saúde física, Powell, Shahabi e Thoresen²³ concluíram que em pessoas saudáveis que participam de igrejas há uma redução de aproximadamente 25% no risco de mortalidade. Koenig, McCullough e Larson¹⁷ ao revisarem a relação entre a religiosidade e o estado de saúde mental relatam que o envolvimento religioso está correlacionado com uma grande quantidade de fatores como o bem-estar, a felicidade e a satisfação com a vida, a esperança e o otimismo, o propósito e o sentido na vida, a maior autoconfiança, a adaptação a perdas, a menores índices e a recuperação mais rápida da depressão, a menores índices de suicídio, a menos ansiedade, a menos psicose, a menores índices de consumo de álcool e abuso de drogas, a menores índices de delinquência e comportamentos criminosos, a maior satisfação e a estabilidade marital, a menos isolamento e ao maior apoio social.

Almeida²⁴, ao escrever a carta editorial da primeira revista médica em português a destinar um fascículo inteiro à espiritualidade e saúde, relata que o número de estudos que investigam a relação do tema com a saúde tem crescido exponencialmente. Contudo, existem duas importantes limitações nesse campo em relação ao Brasil e outros países de língua portuguesa. Uma delas é que os estudos sobre espiritualidade e saúde realizados nesses países não são bem conhecidos no exterior. A segunda limitação é a ausência de uma revisão abrangente da literatura sobre espiritualidade e saúde, em português, que seja facilmente acessível a pesquisadores e clínicos de tais países²⁴.

Nos últimos anos houve um aumento no interesse sobre a relação entre o apoio social e a religiosidade. Isso porque, de acordo com Koenig e colaboradores¹⁷, as instituições religiosas são promotoras de socialização entre seus membros. White, Drechsel e Johnson²⁵

relatam que as igrejas ou lugares de culto oferecem um ambiente seguro e familiar que alimenta as pessoas com sentimento de pertencer, promovem senso de comunidade e intimidade que encoraja a realização de escolhas positivas.

Estudos são citados por demonstrarem que pessoas que tem envolvimento religioso possuem maior rede de suporte, maior quantidade de contatos sociais e maior satisfação com o suporte recebido¹⁷. Os autores encontraram 20 estudos investigativos sobre a relação entre a atividade religiosa e o apoio social e em 19 deles foi encontrada ao menos uma relação significativa, do ponto de vista estatístico, entre essas variáveis¹⁷. Krause²⁶ relata que também há um interesse dos pesquisadores em entender o tipo de apoio social que o envolvimento religioso oferece e que favorece efeitos positivos na saúde e bem-estar. Um estudo com 1.625 adultos residentes nos Estados Unidos encontrou evidências de que o suporte informacional oferecido pela igreja através de mensagens sobre atividade física em boletins e incentivo verbal pode fazer com que as pessoas iniciem alguma atividade física, sendo esse um significativo passo para se atingir as recomendações²⁷.

Apesar de o apoio social ter sido estudado em diferentes contextos ainda não existem claras evidências de que o apoio social oferecido pela igreja influencia a atividade física das pessoas²⁷. A igreja parece funcionar com um canal para o apoio social²⁸ e dessa forma, se a literatura apresenta evidências de que o apoio social está associado com a prática de atividades físicas faz-se necessário explorar em que medida o apoio social obtido através das instituições religiosas ou ainda, do engajamento em atividades religiosas, pode se relacionar com a prática de atividades físicas.

PROBLEMA

Qual a relação entre a religiosidade, o apoio social recebido da família e dos amigos e atividade física de lazer em adultos residentes na cidade de Curitiba-PR, BR.

OBJETIVO

Objetivo Geral

Analisar a associação entre a religiosidade, o apoio social e a atividade física de lazer de adultos residentes na cidade de Curitiba-PR.

Objetivos Específicos

- Realizar uma síntese da literatura sobre a relação entre a religiosidade, o apoio social e a atividade física;
- Verificar a validade e a fidedignidade da versão brasileira da escala de apoio social para a prática de atividades físicas (EASAF) em adultos.
- Analisar a relação entre a religiosidade, o apoio social e a atividade física de lazer em contextos específicos.

DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

Atividade Física

Movimento produzido pela musculatura esquelética que resulte em gasto energético acima dos níveis de repouso²⁹.

Apoio social

Ajuda ou assistência recebida através de relações sociais e transações interpessoais¹¹.

Religião

Fenômeno social, que envolve instituições sociais com regras, rituais, convenções e procedimentos formais³⁰.

Religiosidade

Experiência pessoal obtida através da religião³⁰. Extensão na qual um indivíduo acredita, segue ou pratica uma religião²¹.

Espiritualidade

Experiência pessoal não necessariamente associada com alguma organização religiosa³⁰. Diz respeito à busca do significado da vida e da razão de viver, não se limitando a crenças ou práticas²¹.

DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Participaram adultos, com idade entre 18 e 65 anos residentes no entorno de parques e praças da cidade de Curitiba. Os locais foram previamente selecionados considerando a localização geográfica, a condição econômica do bairro e as facilidades para a prática de atividades físicas.

As variáveis em estudo foram a atividade física de lazer, o apoio social e a religiosidade.

LIMITAÇÃO DO ESTUDO

Dentre as limitações do atual estudo, deve-se ressaltar que o delineamento transversal adotado não permite identificar relações de causalidade entre as variáveis. Outro ponto importante diz respeito à extrapolação dos dados, pois apesar das entrevistas terem sido realizadas em diferentes regiões da cidade, elas ficaram limitadas ao entorno de parques e praças.

A utilização de questionário também é uma limitação que pode comprometer a qualidade das medidas, uma vez que está sujeito a imprecisão de registros que pode acontecer por viés de classificação ou de memória³¹.

ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

A estrutura de apresentação do presente trabalho foi baseada no “*Modelo Escandinavo*” e, portanto, é distinta do padrão tradicional, até então adotado, no programa de Mestrado em Educação Física da Universidade Federal do Paraná.

Na tabela 1 estão descritos o conteúdo de cada capítulo. A principal distinção está no fato de os resultados estarem redigidos em formato de artigo, obedecendo as normas específicas de cada periódico a que foram ou serão submetidos.

Tabela 1. Estrutura da dissertação organizada por capítulos e seus principais objetivos.

Capítulo 1	Introdução geral e estrutura da dissertação Apresentar a introdução, justificativa, problema, objetivos, delimitações e limitações do estudo.
Capítulo 2	Métodos Descrever os métodos empregados para o desenvolvimento do estudo.
Capítulo 3	Artigo de revisão: Religiosidade, apoio social e atividade física Realizar uma síntese da literatura sobre a relação entre a religiosidade, o apoio social e a atividade física
Capítulo 4	Artigo original: Validade e fidedignidade de uma escala de avaliação do apoio social para a prática de atividades físicas em adultos brasileiros Verificar a validade e a fidedignidade da versão brasileira da escala de apoio social para a prática de atividades físicas (EASAF) em adultos.
Capítulo 5	Artigo original: Religiosidade, apoio social e atividade física de lazer em adultos Analisar a relação entre a religiosidade, o apoio social e a atividade física de lazer em contextos específicos.
Capítulo 6	Conclusões gerais Apresentar a síntese final e as conclusões gerais da dissertação

REFERÊNCIAS

1. Committee PAGA. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report 2008. Washington: United States: Department of Health and Human Services; 2008.
2. Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ* 2006;174(6):801-9.
3. Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc* 2007;39(8):1423-34.
4. Guthold R, Ono T, Strong KL, Chatterji S, Morabia A. Worldwide variability in physical inactivity a 51-country survey. *Am J Prev Med* 2008;34(6):486-94.
5. Vigitel. Vigitel Brasil 2008: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; 2009.
6. Sallis JF, Owen N. *Physical Activity & Behavioral Medicine*. SAGE; 1999.
7. Nahas MV, Goldfine B, Collins MA. Determinants of physical activity in adolescents and young adults: The basis for High School and College Physical Education to promote active lifestyles. *Physical Educator* 2003;60(1):42-56.
8. Sallis JF, Simons-Morton BG, Stone EJ, Corbin CB, Epstein LH, Faucette N, et al. Determinants of physical activity and interventions in youth. *Med Sci Sports Exerc* 1992;24(6 Suppl):S248-57.
9. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson RC, Heath GW, Howzed EH, Powell KE, et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity: A systematic review. *Am J Prev Med* 2002;22(4):73-107.

10. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.
11. Glanz K, Lewis FM, Rimer BK. Health behavior and health education: theory, research, and practice. San Francisco: Jossey-Bass; 1996.
12. 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;8(5):425-40.
13. Allender S, Cowburn G, Foster C. Understanding participation in sport and physical activity among children and adults: a review of qualitative studies. *Health Educ Res* 2006;21(6):826-835.
14. Carron AV, Hausenblas HA, Mack DE. Social influence and exercise: a meta-analysis. *J Sport Exerc Psychol* 1996;18(1):1-16.
15. Young DR, Stewart KJ. A church-based physical activity intervention for African American women. *Fam Community Health* 2006;29(2):103-17.
16. Kim KH, Sobal J. Religion, social support, fat intake and physical activity. *Public Health Nutr* 2004;7(6):773-81.
17. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. Handbook of religion and health. New York: Oxford university press; 2001.
18. Koenig HG. Prefácio: Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. *Rev. psiquiatr. clín.* 2007;34(1): 5-7.
19. IBGE. Características gerais da população, resultados da amostra. Rio de Janeiro: Instituto brasileiro de geografia e estatística 2000.
20. Survey USRL. Religious Affiliation: Diverse and Dynamic 2008.
21. Fleck MPdA, al. e. A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais de Saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008.

22. Skevington SM. Advancing cross-cultural research on quality of life: Observations drawn from the WHOQOL development. *Qual Life Res* 2002;11:135-144.
23. Powell LH, Shahabi L, Thoresen CE. Religion and spirituality. Linkages to physical health. *Am Psychol* 2003;58(1):36-52.
24. Moreira-Almeida A. Editorial: Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. *Rev. psiquiatr. clín.* 2007;34(1).
25. White JA, Drechsel J, Johnson J. Faithfully Fit Forever: A Holistic Exercise and Wellness Program for Faith Communities. *J Holist Nurs* 2006;24(2):127-131.
26. Krause N. Church-Based Social Support and Health in Old Age: Exploring Variations by Race. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2002;57B(6):S332-S347.
27. Kanu M, Baker E, Brownson RC. Exploring associations between church-based social support and physical activity. *J Phys Act Health* 2008;5(4):504-15.
28. Peterson J, Atwood JR, Yates B. Key elements for church-based health promotion programs: outcome-based literature review. *Public Health Nurs* 2002;19(6):401-11.
29. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep* 1985;100(2):126-31.
30. Boll TJ, Raczynski JM, Leviton LC. *Handbook of Clinical Health Psychology*. American Psychological Association; 2004.
31. Barros MVGd, Nahas MV. *Medidas da Atividade Física: Teoria e aplicação em diversos grupos populacionais*. Londrina: Midiograf; 2003.

CAPÍTULO 2

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Seleção dos locais

Coleta de dados

Protocolos de medidas

Critérios de inclusão

Critérios de exclusão

Aspectos éticos

Análise de dados

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo, caracterizado como inquérito transversal, foi delineado com o objetivo de analisar a associação entre a religiosidade, o apoio social e a atividade física de lazer de adultos residentes na cidade de Curitiba-PR. Para tanto, as questões de interesse foram inseridas no projeto *Caminhos para o Parque*, desenvolvido pelo grupo de pesquisa em Atividade Física e Qualidade de Vida (GPAQ), sediado na Pontifícia Universidade Católica do Paraná em parceria com o Grupo de Estudo e Pesquisa em Epidemiologia da Atividade Física (GEPEAF) da Universidade Federal de Pelotas/RS. A parceria entre os grupos de pesquisa consistiu do financiamento do projeto *Nível de atividade física em adultos: associações com ambiente percebido e suporte social*, Coordenado pelo Prof. Dr. Pedro Curi Hallal junto ao CNPq e tendo como Pesquisador o Professor Dr. Rodrigo S. Reis. O financiamento do projeto foi aplicado na coleta de dados do *Projeto Caminhos do Parque* que foi o nome fantasia adotado pelos pesquisadores para permitir melhor identificação da comunidade de Curitiba-PR para os propósitos da pesquisa.

O projeto *Caminhos para o Parque* objetivou avaliar a associação entre as características do ambiente e a utilização de parques e praças com a prática de atividade física de lazer e deslocamento, aspectos de saúde, estilo de vida, qualidade de vida, hábitos de lazer.

A inclusão das questões de interesse no projeto *Caminhos para o Parque* foi realizada porque a metodologia de seleção empregada no projeto oportunizou o levantamento de dados de uma parcela representativa dos moradores da cidade, uma vez que participaram um número considerável de pessoas residentes em diferentes regiões. Portanto a metodologia de seleção empregada no projeto será descrita a seguir.

SELEÇÃO DOS LOCAIS

Curitiba é uma cidade reconhecida por suas políticas de promoção da saúde e da atenção especial aos espaços verdes como forma de desenvolvimento sustentável¹, contando com aproximadamente 52m² de área verde por habitante². Atualmente existem 19 parques (18.580.617 m²) e 443 praças (2.750.740m²) dispersos nos 75 bairros da cidade. Entretanto, grande parte desses locais são destinados a visitação e/ou preservação ambiental e não tem como finalidade a prática de atividades físicas e, portanto, inviabiliza a seleção aleatória dos locais para a realização de pesquisas sobre o assunto (*Caminhos para o Parque*).

Portanto, optou-se por selecionar parques e praças de acordo com as condições econômicas e qualidade do ambiente para a prática de atividades físicas dos bairros em que estavam localizados. Para realizar a seleção de acordo com a qualidade do ambiente os seguintes indicadores foram utilizados: área de praças, parques e ciclovias, número de centros de esporte e lazer, qualidade do transporte e da segurança pública.

Considerando que os indicadores apresentam diferentes escalas de medida, os escores foram ajustados e transformados em uma escala de 0-100 (0 sendo o escore mais baixo e 100 o mais alto), o que permitiu calcular um único escore com todos os indicadores. A mesma estratégia foi empregada para ajustar a renda média (NSE) de cada bairro. Esse procedimento permitiu calcular um único escore com todos os indicadores. As informações utilizadas para calcular os indicadores foram disponibilizadas pelo IPPUC (Instituto de Planejamento Urbano de Curitiba) e IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

Após o cálculo, os bairros da cidade foram ranqueados a partir do escore de ambiente e de NSE. Os dois indicadores foram separados em tercís e comparados em uma tabulação cruzada. Através deste cruzamento surgiram nove categorias de qualidade do ambiente e NSE. Com o intuito de estabelecer contrastes de qualidade do ambiente e NSE, foram selecionados apenas os bairros classificados no primeiro e terceiro tercís (extremos) de ambos os indicadores (34 bairros).

O próximo passo consistiu em identificar os parques e as praças que seriam selecionados para a pesquisa. Para tanto, a lista dos bairros foi apresentada aos gestores da Secretaria de Saúde e Secretaria de Esporte e Lazer (SMEL). Estes deveriam indicar, os locais (bairros) onde havia intervenção de suas secretarias com serviços relacionados a atividade física e disponibilizados para a população. Após a indicação de uma lista com os bairros que satisfaziam a condição anterior, a seleção dos parques e praças existentes em cada bairro ocorreu de maneira intencional (tabela 1). Os parques e praças selecionados foram aqueles que ofereciam maior segurança para a coleta de dados. Esse procedimento foi adotado com o intuito de evitar a exposição das entrevistadoras a riscos desnecessários.

A localização geográfica dos oito locais selecionados pode ser visualizada na figura 1. Foi solicitado ao IPPUC os mapas de cada parque e praça selecionado. Esses mapas deveriam apresentar uma demarcação de 500 metros do entorno de cada local a partir de sua borda externa (figura 2). O software utilizado para esse processo foi o *ArcGIS 9.0*[®]. Essa segunda etapa do projeto foi realizada entre os meses de Maio à Julho de 2008.

Tabela 1. Parques e praças selecionados considerando os grupos extremos de qualidade de ambiente para a prática de atividade física e NSE.

Qualidade de ambiente para a prática de atividade física			
		Baixa	Alta
NSE	Baixo	Praça Wenceslau Braz	Parque Diadema
		Parque Tanguá	Parque Caiuá
	Alto	Praça Jardim Ambiental	Praça Afonso Botelho
		Praça Oswaldo Cruz	Parque Barigui

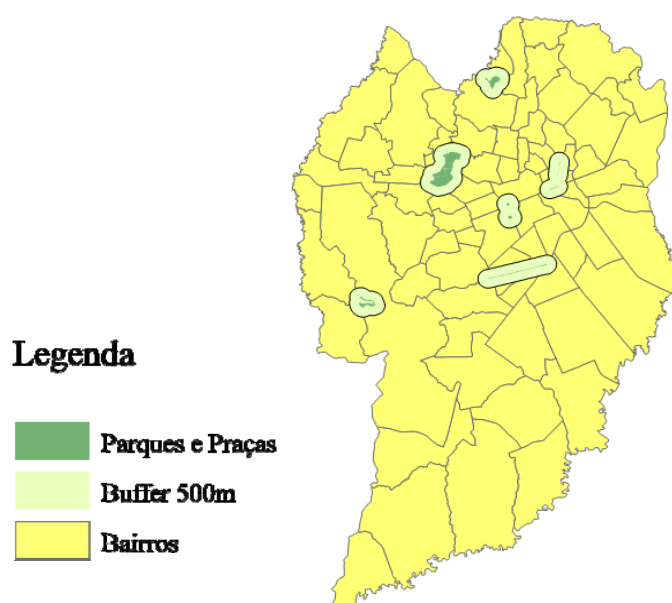


Figura 1. Localização geográfica dos oito parques e praças selecionados para o estudo.

Todos os segmentos de rua em um raio de 500 metros dos parques e praças foram visitados ($n=1.899$). O total de domicílios presentes foi identificado com o intuito de estabelecer a representatividade amostral de moradores. Foram considerados segmentos elegíveis para a pesquisa apenas aqueles que continham ao menos uma residência ($n=1.538$). Após a identificação dos segmentos com residência, foi realizado o sorteio aleatório de um domicílio em cada segmento. Para tanto foram utilizados os mapas de arrolamento de cada segmento e uma sequência de números aleatórios gerada no *softwareEpiInfo*.

COLETA DE DADOS

Um treinamento teórico/prático de 30 horas (cinco dias) foi realizado, com o objetivo de instruir sobre a aplicação, preenchimento e codificação do questionário. Poderiam inscrever-

se mulheres com idade entre 18 e 60 anos e que tivessem concluído ao menos o ensino médio. Ao final 25 entrevistadoras foram contratadas para realizar a coleta.

As entrevistas foram conduzidas em 95% (n=1.461) dos segmentos elegíveis para a pesquisa (n=1.538). A taxa de recusa média foi 7,9% (n=121). O controle de qualidade foi realizado em 12,5% da amostra.

A coleta de dados para a realização da fidedignidade da escala foi realizada pelos pesquisadores que conduziram o treinamento das entrevistadoras. As reentrevistas foram realizadas por telefone em um grupo de 74 pessoas. O processo de seleção para a reentrevista foi realizado pelas entrevistadoras, que foram orientadas a perguntar para 1 em cada 5 entrevistados, se aceitavam participar da reentrevista.

Dois profissionais com experiência em digitação foram contratados para realizar a dupla entrada. Para tanto, foi utilizado o *software Epidata*, que permitiu o controle e a correção dos erros de digitação através da função “*Validar arquivos duplicados*”. As divergências encontradas foram conferidas e corrigidas.

PROTÓCOLOS DE MEDIDAS

A atividade física foi avaliada com o IPAQ longo (Questionário Internacional de Atividade Física) sendo empregada a seção de atividades de lazer³. As questões referiam-se ao tempo de duração e quantidade de dias da semana em que a pessoa realizava pelo menos 10 minutos de caminhada, atividades de intensidade moderada ou ainda atividades físicas vigorosas no tempo livre. Para efeitos de análise as atividades físicas moderadas e vigorosas foram agrupadas (moderadas-vigorosas = AFMV) e analisadas separadamente da caminhada no tempo livre. Os participantes foram classificados em duas categorias, caminhadas ou AFMV, considerando as recomendações mais recentes⁴.

O apoio social foi avaliado com a EASAF (apêndice II, blocos 6 e 9) administrada com 3 dos 13 itens da escala original⁵. Esses itens foram os que apresentaram maior clareza em entrevistas para avaliar a compreensão e o contexto para adultos. Os 3 itens consistiram em 2 conjuntos de questões, sendo cada conjunto relacionado a uma fonte de apoio social (família e amigos) e em dois blocos de questões (apoio para caminhada e para AFMV). Os respondentes relataram a frequência que a família e os amigos “*fizeram junto*”, “*convidaram*” ou “*incentivaram*” a prática de caminhada e AFMV. Para melhor entendimento, a família foi definida como “pessoas que dormem e fazem refeições na mesma casa” e amigos como

“qualquer pessoa que não more na residência, mesmo que seja parente”. A escala de resposta utilizada também foi adaptada e consistiu em uma escala de 3 pontos que variou de nunca (0) a sempre (2). O escore de apoio social foi produzido com a soma das respostas de cada bloco de questões (caminhada e AFMV). O processo de tradução da escala já havia sido realizado no estudo de Reis e Sallis⁶. O procedimento de tradução empregado foi conduzido de acordo com as recomendações de Vijver e Hambleton⁷. As adaptações (escala e opções de resposta) foram realizadas tendo como propósito a obtenção de uma escala breve (curta) que possa ser empregada em inquéritos populacionais ou estudos de larga escala.

A religiosidade foi avaliada através de cinco questões. Estas se referiam à frequência com que a pessoa: “*realizava orações*”, “*frequentava igreja, templos ou locais de culto*”, “*utilizava a fé ou crenças para lidar com os problemas do dia-a-dia*”, “*se considerava religiosa*” “*recebia ajuda com coisas ou assuntos fora da igreja*”, As questões e escalas de resposta que o compuseram foram traduzidas e adaptadas^{8,9} (apêndice II, bloco 25).

Os instrumentos para avaliar o apoio social e a religiosidade tiveram suas características psicométricas devidamente testadas através do software SPSS 11.0. Na EASAF a reprodutibilidade (teste-reteste) foi de 0,63 a 0,80 e consistência interna de 0,87 a 0,91. Os procedimentos e resultados detalhados podem ser observados no capítulo 4. Na escala de religiosidade o alfa foi de 0,81 e a reprodutibilidade de 0,95 (0,92-0,97). Os instrumentos apresentaram características psicométricas aceitáveis.

As variáveis sexo, idade, nível socioeconômico e percepção de saúde também foram contempladas no questionário (apêndice II, bloco 28). O sexo e a idade foram autoreportados. O nível socioeconômico foi estimado através dos critérios de classificação econômica do Brasil¹⁰. As classes foram agrupadas em A (A1+A2), B (B1+B2), C (C1+C2) e D (D+E). A percepção de saúde foi avaliada com a questão “*Como você considera a sua saúde?*” tendo como opções de resposta uma escala de quatro pontos (ruim, regular, boa, muito boa). A percepção positiva de saúde compreendeu o agrupamento das respostas boa e muito boa.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram considerados elegíveis todos os indivíduos adultos, com idade entre 18 e 65 anos, residentes no entorno de 500 metros dos parques e praças selecionados e que moravam nos domicílios e áreas especificadas por ao menos um ano.

A entrevistadora foi instruída a não conduzir a entrevista com o indivíduo que atendesse a porta. Para sortear os indivíduos no domicílio, foi utilizada a metodologia de Kish¹¹, que define tabelas aleatórias de acordo com o total de moradores. Uma tabela definiu qual sujeito deveria ser entrevistado, de acordo com o número de moradores elegíveis no domicílio. Foram utilizadas oito tabelas diferentes para que os sorteios mantivessem a aleatoriedade. Os critérios de aleatoriedade das oito tabelas foram resumidos em apenas uma que foi afixada na prancheta utilizada pelas entrevistadoras durante o trabalho no campo (tabela 2). Dessa forma, os moradores adultos dos domicílios foram ordenados segundo a idade e de maneira decrescente (do mais velho para o mais novo).

Por exemplo, foi visitada a residência de número 12 na qual residem seis pessoas (1º: 72 anos, 2º: 55 anos, 3º: 50 anos, 4º: 30 anos, 5º: 28 anos e 6º: 16 anos), contudo, apenas quatro indivíduos são elegíveis para o estudo (18 – 65 anos). Após ordenar os indivíduos de maneira decrescente pela idade (1º: 55 anos, 2º: 50 anos, 3º: 30 anos e 4º: 28 anos), deve-se consultar a tabela a qual indica que o sujeito sorteado é o terceiro (30 anos).

Tabela 02. Tabela para sorteio do morador da residência avaliada

	Número de moradores elegíveis no domicílio									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Residência 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Residência 2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
Residência 3	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
Residência 4	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3
Residência 5	1	1	1	2	2	2	3	3	4	4
Residência 6	1	1	2	2	2	3	3	3	8	5
Residência 7	1	1	2	2	3	3	4	4	9	5
Residência 8	1	1	2	2	3	3	4	4	5	6
Residência 9	1	2	2	3	3	4	5	5	6	7
Residência 10	1	2	2	3	4	4	5	5	1	5
Residência 11	1	2	2	3	4	4	6	6	3	7
Residência 12	1	2	3	3	4	5	6	6	7	8
Residência 13	1	2	3	4	4	5	7	7	8	9
Residência 14	1	2	3	4	5	6	5	7	9	10
Residência 15	1	2	3	4	5	6	6	8	9	10
Residência 16	1	2	3	4	5	6	7	8	10	9

Caso o indivíduo sorteado não estivesse na residência no momento da visita ou não pudesse responder ao inquérito naquele momento, as entrevistadoras foram instruídas a agendar um segundo encontro com o sujeito. Foram permitidos no máximo três tentativas de

entrevistar uma mesma pessoa, após, o caso era encaminhado para o coordenador do setor. De posse de uma carta de apresentação diferenciada, a quarta tentativa era realizada pelo coordenador. Finalmente, no caso de insucesso (residências frequentemente vazias) ou recusa, a residência imediatamente ao lado passaria a ser a residência “sorteada” e todo o processo de aleatoriedade dos moradores era reiniciado. Foram consideradas recusas, toda a declaração expressa onde o indivíduo se negava a participar na pesquisa.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos os indivíduos com idade fora do intervalo etário estabelecido (18 – 65 anos), pessoas que não residiam no domicílio sorteado (exemplo: empregada doméstica, pessoas que estivessem visitando a família no período da entrevista, etc), indivíduos com alguma limitação física ou mobilidade reduzida que impedisse a prática de atividade física (cadeirantes, muletantes, etc), aqueles que apresentavam deficiência auditiva ou fonativa que impedisse a compreensão das questões, ou ainda aqueles com problemas visuais ou mentais.

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas-RS (protocolo nº 005/2008) com o seguinte título: Nível de atividade física em adultos: associações com ambiente percebido e suporte social. Os procedimentos da pesquisa foram devidamente informados e os indivíduos aceitaram participar de maneira voluntária, de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996) do Conselho Nacional de Saúde.

ANÁLISE DE DADOS

O software utilizado para a realização das análises estatísticas foi o SPSS versão 11.0 e os procedimentos estatísticos utilizados estão descritos detalhadamente na sessão metodológica de cada artigo.

REFERÊNCIAS

1. Hallal PC, Reis RS, Hino AAF, Santos MS, Grande D, Krempel MC, et al. Avaliação de programas comunitários de promoção da atividade física: O caso de Curitiba, Paraná. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2009;14(2):104-114.
2. Brownson RC, Baker EA, Housemann RA, Brennan LK, Bacak SJ. Environmental and policy determinants of physical activity in the United States. . *Am J Public Health* 2001;91(12):1995-2003.
3. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev. bras. ativ. fís. saúde* 2001;6(2):5-18.
4. Committee PAGA. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report 2008. Washington: United States: Department of Health and Human Services; 2008.
5. 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;16:825-836.
6. Reis RS, Sallis JF. Validade e reprodutibilidade da versão brasileira da escala de suporte social para o exercício em adolescentes. *R. bras. Ci. e Mov* 2005;13(2):7-14.
7. Vijver FVD, Hambleton RK. Translating tests: some practical guidelines. *Eur Psychol* 1996;1:89-99.
8. Olphen JV, Schulz A, Israel B, Chatters, Klem L, Parker E, et al. Religious involvement, social support, and health among African-American women on the east side of Detroit. *J Gen Intern Med* 2003;18(7):549-57.
9. Eliassen AH. Religiosity, physical disability, and the social distribution of problematic drinking in an aging population. Florida: The Florida State University college of social sciences; 2006.

10. ABEP. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2006 e 2007 - IBOPE: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; 2009.

11. Kish L. Sampling organizations and groups of unequal sizes. *Am Sociol Rev* 1965;30:564-72.

CAPÍTULO 3

ARTIGO DE REVISÃO

Religiosidade, apoio social e atividade física: Uma revisão sistemática

Religiosity, social support and physical activity: A systematic review

Mariana Silva SANTOS, Rodrigo Siqueira REIS

RESUMO

Objetivo: Realizar uma síntese da literatura sobre a relação entre a religiosidade, o apoio social e a atividade física. **Métodos:** As buscas eletrônicas foram realizadas no mês de agosto de 2009, nas principais bases de dados da área da saúde (Medline e Lilacs) e psicologia (PsycInfo) através da combinação dos seguintes descritores: “religião”, “religiosidade”, “religioso”, “espiritualidade”, “espiritual”, “suporte social”, “apoio social” “atividade física”, “exercício” e “exercício físico”, bem como seus correspondentes na língua inglesa. Foram selecionados artigos originais, publicados em inglês, português e espanhol, realizados com adultos (entre 18 e 65 anos) e que incluíssem ao menos um dos domínios da atividade física. Artigos de revisão, teses e dissertações não fizeram parte da seleção. Todos os processos de seleção e avaliação de artigos foram realizados por pares. **Resultados:** Dos 210 estudos identificados nas bases de dados, 39 atendiam os critérios de inclusão e oito apresentavam resultados sobre a associação entre a religiosidade, o apoio social e a atividade física. Os artigos foram escritos entre 2001 e 2008 e todos foram realizados em estados dos Estados Unidos. Seis estudos foram transversais, um experimental e um de coorte. **Conclusão:** Pessoas que frequentam com mais frequência as igrejas estão mais propensas a iniciarem e se engajarem em alguma atividade física. O apoio social obtido através das instituições religiosas parece não ser suficiente para promover a atividade física em níveis recomendados.

Palavras chave: Religiosidade, apoio social, atividade física e revisão de literatura.

ABSTRACT

Purpose: Realize a synthesis of literature on the relationship between religiosity, social support and physical activity. **Methods:** The electronic searches were conducted in August 2009, in the main databases of health (Medline and Lilacs) and psychology (PsycInfo) using the combination of the following keywords: "Religion", "religiosity", "religious", "spirituality", "spiritual", "social support", "physical activity" and "exercise" as well as their counterparts in English. Original articles, published in English, Portuguese and Spanish, conducted with adults (between 18 and 65 years) and to include at least one of the domains of physical activity. Review articles, theses and dissertations were not part of the selection. All procedures for selecting and evaluating articles were made by peers. **Results:** Of 210 studies identified in the databases, 39 met the inclusion criteria and eight had results on the association between religiosity, social support and physical activity. The articles were written between 2001 and 2008 and all were conducted in USA. Six studies were cross-cutting, one is a trial and one is a cohort. **Conclusion:** People who attend more often the churches are more likely to initiate and engage in any physical activity. Social support obtained through religious institutions seems not sufficient to promote physical activity at recommended levels.

Key words: Religiosity, social support, physical activity and literature review

INTRODUÇÃO

A inatividade física é considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública e tem sido uma preocupação crescente mesmo em relação a outros problemas como o tabagismo, o colesterol e a obesidade¹. Os benefícios que a atividade física pode proporcionar a saúde estão evidenciados na literatura científica^{2,3} e também um relativo conhecimento por parte da população, pode ser observado. Entretanto, mesmo com a extensa gama de evidências grande parte das pessoas continua levando uma vida inativa fisicamente^{4,5}. De fato, sabe-se que a disponibilidade de informações sobre a importância da atividade física para a saúde e para a qualidade de vida não é suficiente para promover um estilo de vida ativo na grande maioria da população⁶. Em parte isso pode ser explicado por ser a atividade física um comportamento complexo influenciado por uma variedade de fatores^{1,7}. Por essa razão, são diversos os aspectos de influência e sua relação com os níveis de atividade física nos distintos grupos populacionais e períodos de desenvolvimento humano (infância, adolescência e velhice, por exemplo).

Entre esses aspectos, o apoio social tem sido evidenciado como um importante fator de influência e está relacionado com o aumento dos níveis de atividade física em estudos descritivos e também em intervenções⁸. Uma recente revisão de literatura sobre os determinantes ambientais da atividade física em adultos demonstrou que o apoio social está associado com diferentes tipos de atividades físicas, entre elas a caminhada, o andar de bicicleta e os esportes⁹. Em outro estudo de revisão os resultados demonstram que o apoio social está entre os principais motivos relacionados à prática de atividades físicas, principalmente em adolescentes¹⁰. Pessoas que recebem apoio da esposa, membros da família, amigos e colegas de trabalho apresentam maior probabilidade de engajarem-se em atividades físicas de lazer do que seus pares que não recebem tal suporte¹¹.

Outro fator de influência que tem sido associado com comportamentos saudáveis é a religiosidade. As instituições sociais e especialmente as religiosas parecem proporcionar uma clara compreensão sobre os comportamentos saudáveis, como a dieta e a atividade física, principalmente pelo vínculo desses comportamentos com importantes fatores de risco para a saúde¹². White, Drechsel e Johnson¹³ relatam que as igrejas ou lugares de culto oferecem um ambiente seguro e familiar que alimenta as pessoas com sentimento de pertencer, promovem senso de comunidade e intimidade que encoraja a realização de escolhas positivas. Nos últimos anos foi observado um aumento no interesse sobre a relação entre o apoio social e a religiosidade. A literatura apresenta evidências de que as instituições religiosas são

importantes fontes de apoio social e de redes sociais. Koenig, McCullough e Larson relatam que pessoas que tem envolvimento religioso possuem maior rede de apoio, maior quantidade de contatos e maior satisfação com o apoio recebido¹⁴. Os autores encontraram 20 estudos sobre a relação entre a atividade religiosa e o apoio social e em 19 deles foi encontrada ao menos uma associação significativa, do ponto de vista estatístico, entre essas variáveis¹⁴

Apesar de o apoio social ter sido estudado em diferentes contextos ainda não existem claras evidências de que o apoio social obtido através das instituições religiosas influencia a atividade física das pessoas¹⁵, mesmo a igreja funcionando com um canal para o apoio social¹⁶. A aparente lacuna sobre esta relação em combinação com o robusto conjunto de evidências que a literatura apresenta sobre o papel do apoio social para a atividade física reforçam a importância em ampliar a compreensão sobre em que forma e medida o apoio social, obtido através das instituições religiosas, pode se relacionar com a prática de atividades físicas. Este entendimento pode ser muito útil no delineamento de intervenções e na promoção da atividade física, auxiliando na redução de despesas públicas com o cuidado da saúde¹. Assim sendo, o presente estudo tem como objetivo realizar uma síntese da literatura sobre a relação entre a religiosidade, o apoio social e a atividade física.

MÉTODOS

A identificação dos artigos foi realizada através de pesquisa eletrônica nas principais bases de dados da área da saúde (Medline e Scielo) e psicologia (PsycInfo). A busca foi realizada a partir da combinação dos descritores “religião”, “religiosidade”, “religioso”, “espiritualidade”, “espiritual”, “suporte social”, “apoio social” “atividade física”, “exercício” e “exercício físico”, bem como seus correspondentes na língua inglesa. Os limites disponíveis nas bases de dados (busca por palavras do título, resumo, ano e etc.) não foram utilizados.

A busca foi realizada em agosto de 2009. Foram selecionados artigos originais, publicados em inglês, português e espanhol, realizados com adultos (entre 18 e 65 anos) e que incluíssem ao menos um dos domínios da atividade física (lazer, transporte, atividades domésticas e ocupacionais). Artigos de revisão, teses e dissertações não fizeram parte da seleção.

A busca resultou em 436 artigos, dos quais 226 repetiram-se entre as buscas, na mesma base ou entre as bases de dados. A análise inicial foi realizada com base nos resumos dos manuscritos. Foram mantidos todos os estudos que preenchiam os critérios de inclusão ou

que não permitiam a certeza de que deveriam ser excluídos. Após análise dos resumos, todos os artigos selecionados foram obtidos na íntegra e posteriormente examinados de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. Todos os processos de seleção e avaliação de artigos foram realizados por pares, ou seja, dois pesquisadores realizaram as leituras e seleção independentemente e depois comparavam os resultados. As divergências eram discutidas até que se chegasse a um consenso.

RESULTADOS

Dos 210 estudos identificados nas bases de dados, 39 atendiam os critérios de inclusão. Após a leitura dos artigos na íntegra, oito apresentavam resultados sobre a associação entre a religiosidade, o apoio social e a atividade física. As descrições dos estudos estão apresentadas na tabela 1.

Os artigos incluídos foram escritos entre 2001 e 2008 e todos foram realizados em estados dos Estados Unidos. As amostras apresentadas entre os estudos variaram entre 42 e 3,617 pessoas. Um estudo realizou análises com dados do *Alameda County Study* (Estudo do distrito de Alameda – Califórnia)¹⁷, dois foram realizados em comunidades rurais^{15, 18} e dois em congregações religiosas^{8, 12}. Apenas um foi realizado com uma amostra probabilística nacional (EUA)¹⁹. Metade dos estudos foram realizados com amostras mistas (mulheres e homens) e a outra metade apenas com mulheres.

Em relação ao desenho metodológico, seis estudos foram transversais, um experimental⁸ e um de coorte¹⁷. Em todos os estudos a atividade física foi auto-reportada. E na maior parte os indivíduos foram classificados de acordo com as recomendações em inativos, insuficientemente ativos e ativos, ou em cumpriram ou não cumpriram a recomendação de atividades físicas. As medidas utilizadas para avaliar o apoio social foram distintas entre os estudos. Todos os estudos que avaliaram a religiosidade utilizaram a frequência a cerimônias religiosas como uma das questões.

Tabela 1. Descrição dos estudos selecionados para compor a revisão.

Autor	Ano	Título	Periódico	Objetivo	N	Gênero	Idade	Grupo populacional	Cidade	País	Delimitação	Medida atividade física	Medida Apoio Social	Medida religiosidade	Principais Resultados
WJ Strawbridge, SJ Shema, RD Cohen, GA Kaplan	2001	Religious attendance increases survival by improving and maintaining good health behaviors, mental health, and social relationships.	Ann Behav Med 23(1): 69-74	Analisar extensão pela qual a frequência religiosa esta associada com a promoção e manutenção de comportamentos saudáveis	2676	Homens e mulheres	17-65	Alameda county study (Estudo do distrito de Alameda)		EUA/São Francisco	Longitudinal. Avaliada em 1995.	Frequência com que realiza caminhada, natação, exercício físico ou esportes (frequentemente, as vezes ou nunca)	Número de amigos e parentes que vêm no mês	Frequência a cerimônias religiosas	A frequência religiosa foi associada com “sempre” realizar AF e com o aumento no nº de relações sociais. Maior frequência religiosa esta associada com efeito protetor na redução das relações sociais.
J Wilbur, PJ Chandler, B Dancy, H Lee	2003	Correlates of Physical Activity in Urban Midwestern Latinas	Am J Prev Med. 25(3): 69-76	Identificar os fatores pessoais, socioambientais e de ambiente físico correlacionados com a AF	300	Mulheres	20-50	Latinas		EUA/Chicago	Transversal	Questões do Behavioral Risk Factor Surveillance System (cumprir a recomendação, insuficientemente ativo e inativo)	-	Frequência a cerimônias religiosas	Mulheres que frequentam cerimônias religiosas apresentam 2x mais chances de cumprir a recomendação de AF
JL Thompson, VK Wolfe, N Wilson, MN Pardilla, G Perez	2003	Personal, social and environmental correlates of physical activity in native american women	Am J Prev Med 25 (3Si):5 3-60	Verificar a relação entre AF e fatores pessoais, sociais e ambientais em mulheres americanas nativas	350	Mulheres	20 - 50	Americanas nativas de comunidades rurais e urbanas		EUA/Novo México e Arizona	Transversal	A AF foi auto-reportada e classificada de acordo com as recomendações do CDC/ACSM (cumprir as recomendações, insuficientemente ativo, inativo)	Função social e problemas sociais Conhecer pessoas que se exercitam, e ver pessoas se exercitando na vizinhança.	Frequência a cerimônias religiosas	Mulheres que frequentam cerimônias religiosas apresentam mais de 2 vezes mais chances de cumprir a recomendação de AF

Autor	Ano	Título	Periódico	Objetivo	N	Gênero	Idade	Grupo populacional	Cidade	País	Delineamento	Medida atividade física	Medida Apoio Social	Medida religiosidade	Principais Resultados
AA Eyler	2003	Personal, social and environmental correlates of physical activity in rural Midwestern white women	Am J Prev Med 25 (3Si):86-92	Verificar a relação entre fatores pessoais, sociais e ambientais com a AF em mulheres de áreas rurais	1000	Mulheres	20 - 50	Comunidades rurais		EUA/Missouri e Illinois	Transversal	AF foi auto-reportada e os indivíduos foram classificadas em inativos, insuficientemente ativo, moderada e vigorosamente ativo de acordo com recomendação do CDC/ACSM	Função social e problemas sociais Conhecer pessoas que se exercitam, e ver pessoas se exercitando na vizinhança	Frequência a cerimônias religiosas	Mulheres que relataram participar de atividades religiosas apresentaram 63% mais chance de se engajar em alguma AF. Mulheres que pertencem a grupos comunitários tem 2,20 vezes mais chances de cumprir as recomendações de AF
MA Musick, JS House, DR Williams	2004	Attendance at religious services and mortality in a national sample	J Health Soc Behav 45:198-213	Estimar o impacto da participação em cerimônias religiosas na mortalidade	3617	Homens e mulheres	>25	Amostra probabilística nacional		EUA	Transversal	Autoreportado: trabalho no jardim, engajamento em esportes e exercícios, caminhadas	O quanto os amigos e parentes faziam com que se sentissem amados e cuidados, estavam dispostos a ouvir problemas ou preocupações, pedem muitas coisas, e são muito críticos com o que fazem.	Frequência a cerimônias; Trabalho voluntário na igreja; Conforto e importância da religião ou crenças no dia-a-dia, ler, ouvir ou assistir programas religiosos	Indivíduos que frequentam cerimônias religiosas uma vez por mês ou mais têm um 30-35% menor risco de morte. De 20 a 30% deste efeito pode ser explicado por melhorar os comportamentos de saúde
KH Kim, J Sobal	2004	Religion, social support, fat intake and physical activity	Public Health Nutr 7(6):773-781	Examinar a relação entre o apoio social e a religiosidade na atividade física e no consumo de alimentos	546	Homens e mulheres	17-91	Congregações religiosas		EUA/Nova York	Transversal	Questionário sobre atividades físicas moderadas e vigorosas	AS da igreja: divino (oração) e congregacional	Comportamental: denominação religiosa e frequência a cerimônia; Subjetiva: identidade e comprometimento; Funcional: enfrentamento e AS da igreja	Homens que realizam mais oração apresentam aumento da AF. Em mulheres dar mais dinheiro está associado com aumento na AF moderada e vigorosa

Autor	Ano	Título	Periódico	Objetivo	N	Gênero	Idade	Grupo populacional	Cidade	País	Delineamento	Medida atividade física	Medida Apoio Social	Medida religiosidade	Principais Resultados
JA Peterson, BC Yates, JR Atwood, M Hertzog	2005	Effects of a physical activity intervention for women	West J Nurs Res 27(1): 93-110	Determinar a efetividade do programa "HSPAP" em intervenção baseada no AS da igreja, para aumentar a AF, o gasto energético e aptidão cardiorrespiratória	42	Mulheres	35-65	Participantes de igrejas de comunidades rurais		EU/A/meio oeste	Experimental/ensaio clínico com medidas repetidas	Recordatório: 7-Day physical activity recall. Intensidade, frequência e duração das atividades	Intervenção: os participantes receberam apoio informativo, pertencimento, tangível e de auto-estima	Intervenção realizada nas igrejas	Ainda que não significativos, os resultados foram na direção da hipótese. As mulheres do grupo de intervenção aumentaram a média do tempo gasto em AF, gasto energético e aptidão cardiorrespiratória. No grupo com baixa aptidão, o aumento da aptidão cardiorrespiratória foi significativamente aumentado
M Kanu, E Baker, RC Brownson	2008	Exploring Association Between church-based social support and physical activity	J Phys Act Health 5:504-515	Testar a associação entre o AS instrumental e informativo recebido na igreja com o cumprimento das recomendações de AF	1625	Homens e mulheres	≥18	Comunidades rurais		EU/A/Missouri, Tennessee e Arkansas	Transversal	Caminhada e AF de intensidade moderada no lazer. Reportaram a quantidades de dias e minutos que permaneciam realizando as atividades	AS recebido na igreja. Informativo: "Os representantes da igreja informaram para que você começasse ou continuasse realizando exercícios", "Mensagens sobre AF foram incluídas nos boletins da igreja". Instrumental: "relatar quais programas a igreja financiava"	Foi realizado na igreja	Foi observada associação entre o AS instrumental e a realização de alguma AF, porém não entre as duas formas de AS e o cumprimento das recomendações. O AS instrumental foi associado com um aumento nos níveis de AF, entretanto, não foi o suficiente para o cumprimento da recomendação

AF: atividade física; AS: apoio social

DISCUSSÃO

Nos últimos anos foi observado um renovado interesse sobre a influência do envolvimento religioso na saúde das populações e um dos motivos dessa reaproximação se dá pela importância que a religiosidade continua exercendo na vida das pessoas mesmo com tremendos avanços na educação, psicologia e medicina¹⁴. As estatísticas confirmam esse relato. De acordo com o censo demográfico, realizado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) em 2000²⁰, 92% dos brasileiros entrevistados relataram ter afiliação com alguma religião (73% católicos, 15% protestantes e 3,4% de outras religiões). Nos Estados Unidos, de acordo com uma pesquisa representativa da população realizada em 2007²¹ o percentual de afiliação religiosa era de 83% (51,3% protestantes, 23,9% católicos, 4,7% de outras religiões). O presente estudo teve como objetivo realizar uma revisão sistemática da literatura sobre a relação entre a religiosidade, o apoio social e a atividade física, visando contribuir para o desenvolvimento de pesquisas sobre o tema no Brasil e também fornecer informações que podem servir como guia no planejamento de estratégias de promoção de atividade física.

Os artigos incluídos no presente estudo foram publicados entre 2001 e 2008 demonstrando que o estudo sobre a influência da religiosidade na saúde é recente (últimas décadas). De fato, apenas em 1991 a religiosidade foi reconhecida como uma importante variável na qualidade de vida e saúde das pessoas. Nesse mesmo ano, uma dimensão chamada de não-material ou espiritual foi incluída no questionário de avaliação da qualidade de vida da organização mundial da saúde (OMS)²². O recente reconhecimento deste aspecto existência humana para a saúde e qualidade vida pode explicar, em parte, a razão para a aparente escassez de estudos sobre o tema.

Na tabela de descrição dos estudos é possível observar que todos os manuscritos incluídos foram realizados com amostras de pessoas residentes nos Estados Unidos. Não parece claro o motivo pelo qual estudos sobre o tema, desenvolvidos em outras regiões, não tenham sido publicados. Uma possibilidade para esta característica pode ser a carência de instrumentos de pesquisa adequados ao contexto local, como no Brasil, para avaliar tanto o apoio social como a religiosidade. Embora instrumentos para avaliar o apoio social para a atividade física em adolescentes estejam disponíveis²³, ainda não se encontram medidas para população adulta brasileira.

Os resultados observados nesta revisão sugerem que a religiosidade, na maioria dos estudos avaliada através da frequência a cerimônias religiosas, apresenta associação positiva com a atividade física. Em apenas em dois dos estudos incluídos a religiosidade foi associada com o cumprimento das recomendações de atividades físicas, entretanto esses estudos foram realizados com amostras específicas (latinas e nativas) e reduzidas de mulheres^{24, 25}. Nos demais a religiosidade está associada apenas com o aumento e com o engajamento em atividades físicas. Todavia a relação de causalidade não ficou clara uma vez que estas associações são resultados de estudos com desenho transversal^{12, 15, 18, 19, 24, 25}.

A frequência religiosa parece estar associada com o aumento do apoio social recebido. Strawbridge e colaboradores¹⁷ encontraram que a frequência religiosa está associada com o aumento do número de relações sociais. No estudo de Musick e colaboradores¹⁹ o apoio social foi identificado como um mediador da relação entre a religiosidade e a atividade física. Kanu, Baker e Brownson¹⁵ encontraram que a influência do apoio social depende do tipo de apoio recebido e que o apoio instrumental recebido na igreja está associado com o aumento na realização de atividades físicas. O programa de intervenção baseado no apoio social oferecido pela igreja demonstrou efetividade no aumento na atividade física, gasto energético e VO₂. Apenas em um dos estudos o apoio social não alterou a associação observada entre a religiosidade e a atividade física¹².

No estudo longitudinal¹⁷ e no estudo realizado com a amostra probabilística nacional (EUA)¹⁹, as associações indicam efeitos positivos da frequência religiosa na atividade física e no apoio social. Apesar de alguns estudos demonstrarem resultados positivos entre a religiosidade o apoio social e a atividade física a interação entre essas variáveis não é clara.

Algumas limitações devem ser consideradas e entre elas a não avaliação da qualidade e a pouca quantidade de estudos encontrados sobre o assunto. Muitas críticas são observadas na literatura a respeito da avaliação da religiosidade, que frequentemente é realizada com um ou dois indicadores de afiliação e frequência a cerimônias religiosas¹⁹. Além disso, a maior parte dos estudos são transversais e realizados com pequenos grupos populacionais.

As crenças compartilhadas, o senso de confiança e a ajuda mútua observada entre os membros de igrejas, promovem e reforçam um sistema de comportamentos aceitáveis, entre eles os comportamentos positivos relacionados a saúde e prevenção de doenças⁸. Esses fatores fazem das igrejas um lugar ideal, útil e eficaz, para o desenvolvimento de intervenções de promoção de saúde, inclusive através da prática de atividades físicas. Além disso, é possível que programas de intervenção realizados nas igrejas possam produzir um grande impacto na

população, considerando a quantidade de igrejas existentes e a grande proporção de pessoas que as freqüentam regularmente¹⁵.

CONCLUSÃO

Apesar das limitações e dificuldades de comparação entre os estudos, é possível afirmar que as pessoas que frequentam com mais assiduidade as igrejas estão mais propensas a iniciarem e se engajarem em alguma atividade física e que o apoio social obtido através das instituições religiosas parece não ser suficiente para promover a atividade física em níveis recomendados.

REFERÊNCIAS

1. Sallis JF, Owen N. *Physical Activity & Behavioral Medicine*. SAGE; 1999.
2. Committee PAGA. *Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report 2008*. Washington: United States: Department of Health and Human Services; 2008.
3. Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ* 2006;174(6):801-9.
4. Guthold R, Ono T, Strong KL, Chatterji S, Morabia A. Worldwide variability in physical inactivity a 51-country survey. *Am J Prev Med* 2008;34(6):486-94.
5. Vigitel. *Vigitel Brasil 2008: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; 2009.
6. Nahas MV, Goldfine B, Collins MA. Determinants of physical activity in adolescents and young adults: The basis for High School and College Physical Education to promote active lifestyles. *Physical Educator* 2003;60(1):42-56.
7. Sallis JF, Simons-Morton BG, Stone EJ, Corbin CB, Epstein LH, Faucette N, et al. Determinants of physical activity and interventions in youth. *Med Sci Sports Exerc* 1992;24(6 Suppl):S248-57.
8. Peterson JA, Yates BC, Atwood JR, Hertzog M. Effects of a Physical Activity Intervention for Women. *West J Nurs Res* 2005;27(1):93-110.
9. 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;8(5):425-40.

10. Allender S, Cowburn G, Foster C. Understanding participation in sport and physical activity among children and adults: a review of qualitative studies. *Health Educ Res* 2006;21(6):826-835.
11. Carron AV, Hausenblas HA, Mack DE. Social influence and exercise: a meta-analysis. *J Sport Exerc Psychol* 1996;18(1):1-16.
12. Kim KH, Sobal J. Religion, social support, fat intake and physical activity. *Public Health Nutr* 2004;7(6):773-81.
13. White JA, Drechsel J, Johnson J. Faithfully Fit Forever: A Holistic Exercise and Wellness Program for Faith Communities. *J Holist Nurs* 2006;24(2):127-131.
14. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of religion and health*. New York: Oxford university press; 2001.
15. Kanu M, Baker E, Brownson RC. Exploring associations between church-based social support and physical activity. *J Phys Act Health* 2008;5(4):504-15.
16. Peterson J, Atwood JR, Yates B. Key elements for church-based health promotion programs: outcome-based literature review. *Public Health Nurs* 2002;19(6):401-11.
17. Strawbridge W, Shema S, Cohen R, Kaplan G. Religious attendance increases survival by improving and maintaining good health behaviors, mental health, and social relationships. *Ann Behav Med* 2001;23:68 - 74.
18. Eyler AA. Personal, social, and environmental correlates of physical activity in rural Midwestern white women. *Am J Prev Med* 2003;25(3 Suppl 1):86-92.
19. Musick MA, House JS, Williams DR. Attendance at religious services and mortality in a national sample. *J Health Soc Behav* 2004;45(2):198-213.
20. IBGE. *Características gerais da população, resultados da amostra*. Rio de Janeiro: Instituto brasileiro de geografia e estatística 2000.

21. Survey USRL. Religious Affiliation: Diverse and Dynamic 2008.
22. Skevington SM. Advancing cross-cultural research on quality of life: Observations drawn from the WHOQOL development. *Qual Life Res* 2002;11:135-144.
23. Reis RS, Sallis JF. Validade e reprodutibilidade da versao brasileira da escala de suporte social para o exercício em adolescentes. *R. bras. Ci. e Mov* 2005;13(2):7-14.
24. Wilbur J, Chandler PJ, Dancy B, Lee H. Correlates of Physical Activity in Urban Midwestern Latinas. *Am J Prev Med* 2003;25(3):69-76.
25. Thompson JL, Wolfe VK, Wilson N, Pardilla MN, Perez G. Personal, social, and environmental correlates of physical activity in Native American women. *Am J Prev Med* 2003;25(3 Suppl 1):53-60.

CAPÍTULO 4

ARTIGO ORIGINAL

Validade e fidedignidade de uma escala de avaliação do apoio social para a atividade física

Validity and reliability of a scale on social support for physical activity

Mariana Silva SANTOS, Rodrigo Siqueira REIS, Pedro C. HALLAL

Submetido a revista de Saúde Pública

RESUMO

Objetivo: Testar a validade e a fidedignidade da versão brasileira da escala de apoio social para a prática de atividades físicas (EASAF) em adultos. **Métodos:** A EASAF foi aplicada em conjunto com um questionário multidimensional face-a-face em 1.461 indivíduos (36,7% homens) com idade entre 18-79 anos. O questionário foi submetido à testagem de validade (fatorial e construto) e fidedignidade (consistência interna e reprodutibilidade). A fidedignidade foi verificada através da consistência interna, com alfa de Cronbach (alfa), e do procedimento de teste-reteste, com uma semana de intervalo (n=74) e coeficiente intra-classe (ICC). **Resultados:** A análise fatorial resultou em quatro fatores com eigenvalues entre 4,29 e 1,39 que explicam 82,8% da variância total. Nos fatores 1 e 2 ficaram agrupadas as questões sobre apoio social recebido dos amigos para atividades físicas moderadas a vigorosas (AFMV) e caminhada, respectivamente. Os fatores 3 e 4 ficaram constituídos dos agrupamentos do apoio social recebido da família, para AFMV e caminhada, nessa ordem. A reprodutibilidade apresentou ICC entre 0,63 e 0,80 e consistência interna alfa entre 0,87 e 0,91. A validade de construto foi evidenciada pela associação significativa ($p < 0,005$) entre os escores de apoio social com caminhada e AFMV. **Conclusão:** O instrumento testado apresentou características psicométricas adequadas para emprego em adultos brasileiros.

Palavras chave: Atividade motora; Apoio Social; Questionários; Validade dos testes; Reprodutibilidade dos testes.

ABSTRACT

Purpose: To evaluate the validity and reliability of the Brazilian version of the physical activity social support scale (EASAF) among adults. **Methods:** The EASAF was administered in conjunction with a multidimensional questionnaire by means of face-to-face interview to 1461 individuals (36.3% men) aged 18-79 years. The scale was tested for validity (factor and construct) and reliability (internal consistency and reproducibility). Reliability was verified through internal consistency (Cronbach's Alpha) and test-retest with one week interval (n=74). **Results:** Factor analyzed results in four factors with eigenvalues between 4.29 and 1.39, that explain 82,75% of the variance. Factor 1 and 2 group questions of social support received from friends for moderate-vigorous physical activity (AFMV) and walk, respectively. Factor 3 and 4 were constituted by the group of social support received from family for AFMV and walk, in this order. Reliability intra-class scores ranged from 0.63 and 0.80. Results from internal consistency ranged between 0.87 and 0.91. Construct validity was evidenced by the association among social support score for walk and AFMV and walk and AFMV ($p < 0,005$). **Conclusion:** Scale present adequate psychometric characteristics to be used in Brazilian adults.

Key words: Motor activity; Social Support; Questionnaires; Validity of results; Reproducibility of results

INTRODUÇÃO

O apoio social tem sido objeto de estudo de pesquisadores de diferentes áreas, pois representa um importante fator de influência em diversos aspectos da saúde^{1,2}. O apoio social pode ser definido como a “ajuda ou assistência recebida nas relações pessoais e transações interpessoais”³ e seu emprego em estudos na área de atividade física compreende diferentes tipos: emocional (expressão de empatia, amor, confiança e generosidade); instrumental (serviços e ajuda tangível); informativo (conselho, informações e sugestões) e avaliativo (informações úteis para a autoavaliação)³ e fontes de apoio (família e amigos)^{4,5}.

Apesar dos efeitos benéficos da prática regular de atividades físicas para a saúde^{6,7} ainda é elevada a prevalência de níveis insuficientes de atividade física na população brasileira⁸ e existem evidências de que essa prevalência está crescendo⁹. Intervenções que utilizam o apoio social como um dos seus componentes têm demonstrado efetividade na promoção da atividade física em diferentes grupos, o que justifica entender os tipos e as fontes de apoio social^{10,11}.

Embora a associação entre o apoio social e o engajamento em atividades físicas esteja bem estabelecida na literatura^{4,12}, as evidências têm origem em populações de outros países especialmente dos Estados Unidos^{13,14}. Na população brasileira, um estudo realizado com 884 adultos residentes na cidade de Pelotas - RS, BR, demonstrou que há forte associação entre o apoio social e a atividade física de lazer¹⁵.

A aparente escassez de estudos sobre este tema com população brasileira pode estar associado à carência de instrumentos, especialmente para a população adulta. Reis e Sallis¹⁶ realizaram um estudo para verificar a validade e a fidedignidade de uma versão traduzida e adaptada da escala de apoio social para o exercício em adolescentes. Esta escala foi empregada em outras investigações com adolescentes brasileiros¹⁷. Todavia, até o momento, ainda não estão disponíveis na literatura estudos que apresentem um instrumento para avaliar o apoio social para atividades físicas entre adultos brasileiros.

A escala para avaliar o apoio social tem sido empregada com frequência, por ser de fácil entendimento e aplicação, em estudos com adultos de países de língua inglesa¹⁸. Tal instrumento apresenta questões referentes ao apoio social recebido da família e dos amigos para atividades físicas. Os resultados da avaliação psicométricas demonstram que a escala possui validade e fidedignidade adequadas para avaliar o apoio social para atividades físicas¹⁸. Todavia, este instrumento foi concebido e é aplicado sem considerar os diferentes tipos e intensidades das atividades físicas. Evidências demonstram que estes aspectos da atividade

física estão associados com diferentes fontes de apoio social^{4, 19}. Por exemplo, alguém que recebe apoio para caminhada pode não receber o mesmo incentivo para atividades de maior intensidade ou complexidade. Assim sendo, o objetivo do presente estudo foi testar a validade (fatorial e constructo) e a fidedignidade da versão brasileira da escala de apoio social para a prática de atividades físicas de diferentes intensidades (EASAF) em adultos.

MÉTODOS

Delineamento do estudo

As análises do presente estudo foram realizadas com dados do projeto intitulado “Nível de atividade física em adultos: associações com ambiente percebido e suporte social”. Tal projeto foi delineado para avaliar aspectos de saúde, estilo de vida e hábitos de lazer de indivíduos residentes no entorno de parques e praças da cidade de Curitiba-PR, Brasil. Os parques e praças foram selecionados de acordo com as condições socioeconômicas e qualidade do ambiente para a prática de atividade física dos bairros em que estavam localizados. Foram considerados elegíveis os indivíduos com idade entre 18 e 65 anos, residentes no entorno dos parques e praças, moradores dos domicílios selecionados por ao menos um ano na data da coleta. Não foram incluídas pessoas com idade inferior a 18 anos, aqueles que não residiam no domicílio sorteado (empregada doméstica, visitantes no período da entrevista, por exemplo), indivíduos com alguma limitação física grave para atividade física ou aqueles com alguma limitação cognitiva para o entendimento do questionário.

Todos os segmentos de rua em um raio de 500 metros dos parques e praças foram visitados (n=1.899). O total de domicílios presentes foi identificado com o intuito de estabelecer a representatividade amostral de moradores. Foram considerados segmentos elegíveis para a pesquisa apenas aqueles que continham ao menos uma residência (n=1.538). Após a identificação dos segmentos com residência, foi realizado o sorteio aleatório de um domicílio em cada segmento e para tanto foram empregados os mapas de arrolamento de cada segmento e uma sequência de números aleatórios gerada no *software EpiInfo*. Em seguida foi realizada a seleção dos sujeitos. Neste procedimento, os residentes elegíveis foram ordenados por idade de maneira decrescente e foi efetuado o sorteio de acordo com o número de pessoas elegíveis seguindo uma tabela números aleatórios²⁰.

Coleta de dados

Um treinamento teórico/prático de 30 horas (5 dias) foi realizado, com o objetivo de instruir sobre a aplicação, preenchimento e codificação do questionário. Participaram 25 mulheres com idade entre 18 e 60 anos e com ao menos ensino médio concluído. As entrevistas foram conduzidas em 95% (n=1.461) dos segmentos elegíveis para a pesquisa (n=1.538). A taxa de recusa foi de 7,9% (n=121). O controle de qualidade foi realizado pelos supervisores de campo que procederam novas entrevistas em 12,5% da amostra.

A fidedignidade foi testada por meio de novas entrevistas em uma amostra aleatória sistemática entre os participantes da primeira etapa da coleta. Para tanto, a cada cinco entrevistas iniciais, um sujeito foi convidado a participar da segunda etapa e ao final 74 sujeitos aceitaram participar. A segunda entrevista ocorreu em um intervalo entre 7 a 10 dias e foi realizada pelos supervisores de campo via telefone.

Dois profissionais com experiência em digitação foram contratados para realizar a dupla entrada de dados. Para tanto, foi utilizado o *software Epidata*, que permitiu o controle e a correção dos erros de digitação através da função “*Validar arquivos duplicados*”. As divergências encontradas foram conferidas e corrigidas.

Protocolos de medidas

A atividade física foi avaliada com a seção de lazer do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), versão longa²¹. As questões referiam-se a duração e frequência semanal em que a pessoa realizava pelo menos 10 minutos de caminhada, atividades de intensidade moderada ou ainda atividades físicas vigorosas no tempo livre. Para efeitos de análise as atividades físicas moderadas e vigorosas foram agrupadas (AFMV) e analisadas separadamente da caminhada no tempo livre. Os participantes foram classificados, considerando as recomendações mais recentes⁶, em ativos (≥ 150 min/sem) ou não (< 150 min/sem) ao realizar caminhadas ou AFMV no lazer.

A EASAF foi administrada com 3 dos 13 itens da escala original¹⁸. Esses itens foram os que apresentaram maior clareza de conteúdo, verificada em um estudo piloto no qual foram avaliados a compreensão e o contexto do apoio social para atividades físicas realizada por adultos. Os itens que apresentaram pouca relevância para adultos caminharem ou realizarem AFMV (ex: *alguém paga para você realizar atividades físicas*) foram desconsiderados. Os

itens foram traduzidos para o português em um estudo preliminar¹⁶ seguindo procedimentos recomendados na literatura²² e consistiram em dois conjuntos de questões relacionados ao apoio da família e amigos para realizar atividades físicas em um total de seis questões. Finalmente, as seis questões foram duplicadas de maneira a formarem dois blocos, com seis questões cada, sendo o primeiro relacionado à caminhada e o segundo a AFMV no lazer. Em cada bloco os respondentes relatam a frequência que a família e os amigos “*fizeram junto*”, “*convidaram*” ou “*incentivaram*” a prática de caminhada e AFMV. Para melhor entendimento, a família foi definida como “pessoas que dormem e fazem refeições na mesma casa” e amigos como “qualquer pessoa que não more na residência, mesmo que seja parente”. A escala de resposta apresenta três opções de resposta sendo (0) nunca, (1) às vezes e (2) sempre. Os escores de apoio social são determinados com a soma das respostas de cada bloco sendo que dois escores, que variam de 0 a 6 pontos para menor ou maior apoio para caminhada ou AFMV, são obtidos. As adaptações foram realizadas tendo como propósito a obtenção de uma escala breve (curta) que possa ser empregada em inquéritos populacionais ou estudos de larga escala e que possibilite avaliar as distintas formas apoio social e de para atividades físicas.

As variáveis sexo, idade, nível socioeconômico e percepção de saúde também foram contempladas no questionário. O nível socioeconômico foi estimado através dos critérios de classificação econômica do Brasil²³ e as classes foram agrupadas em A (A1+A2), B (B1+B2), C (C1+C2) e D/E (D+E). A percepção de saúde foi avaliada com a questão “*Como você considera a sua saúde?*” tendo como opções de resposta uma escala de quatro pontos (ruim, regular, boa, muito boa). A percepção positiva de saúde compreendeu o agrupamento das respostas boa e muito boa⁸.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas-RS. Os procedimentos da pesquisa foram devidamente informados e os indivíduos aceitaram participar de maneira voluntária, de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996) do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados foram coletados entre os meses de Abril e Julho de 2009.

Análise de dados

A estrutura da escala foi avaliada através da análise fatorial exploratória sendo aplicada a rotação Varimax. A estatística KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) foi utilizada para estimar a adequação da amostra ao procedimento. Para determinar os fatores resultantes das foram aceitos *eigenvalues* acima de 1,0 e considerados itens com carga maior que 0,4 para definir os fatores.

A fidedignidade foi verificada com dois procedimentos. A consistência interna das escalas foi analisada através do alfa de Cronbach e foram considerados adequados os valores de alfa $\geq 0,70$. A estabilidade temporal, ou reprodutibilidade, foi analisada através da Correlação Intraclasse (ICC) entre os escores das escalas obtidos nas duas aplicações. Foi adotado ICC $\geq 0,70$ para considerar a reprodutibilidade adequada²⁴.

Como evidência de construto os escores obtidos pela soma dos fatores extraídos da análise fatorial foram comparados com os minutos de caminhada e de AFMV realizados por semana. Para tanto foi empregada a correlação de postos ordenados de Spearman. Assume-se que maiores valores de apoio social estão associados com maior tempo de atividade física por semana e ainda que esta relação é específica para cada tipo de atividades (ex: apoio para caminhada x minutos caminhando). Em todas as análises foi adotado o nível de significância de 5% e utilizado o *software* SPSS for Windows versão 11.0.

RESULTADOS

Na tabela 1 estão descritas as características dos participantes do estudo. Participaram 1461 indivíduos com idade entre 18 e 79 anos. Desses, um em cada 5 foram convidados a participar do estudo de reprodutibilidade, ao final 74 aceitaram participar (18-69 anos). Em relação ao nível socioeconômico, nenhum indivíduo foi classificado na classe D. A maior proporção de participantes apresenta nível socioeconômico intermediário e percepção positiva de saúde. Foi observado que aproximadamente um em cada cinco entrevistados atinge as recomendações para atividades físicas tanto considerando a caminhada quanto as AFMV.

A análise fatorial (Tabela 2) resultou em quatro fatores com *eigenvalues* $>1,3$ e correspondentes a 82,8% da variância total. O fator 4 apresentou a menor variância (11,2%). Nos fatores 1 e 2 ficaram agrupadas as questões sobre o apoio social recebido dos amigos

para a prática de AFMV (fator 1) e caminhadas (fator 2) enquanto o apoio recebido da família para AFMV e para caminhadas ficaram agrupados nos fatores 3 e 4, respectivamente. O item 6 da escala foi o que apresentou a menor carga de contribuição (0,84) e ainda assim muito superior ao valor adotado com o mínimo. Os resultados do teste KMO (0,74; $p < 0,001$) evidenciaram que o tamanho da amostra foi adequado para a realização da análise fatorial. Os valores de alfa-chronbach variaram entre 0,87 e 0,9 evidenciando a adequada consistência em todos os fatores obtidos com a análise fatorial o que demonstra que quatro sub-escalas podem ser empregadas separadamente. Os escores de reprodutibilidade variaram entre ICC=0,63 a ICC=0,80 sendo que apenas um fator, ou sub-escala, apresentou valor menor do que o considerado como adequado.

Tabela 1. Características dos participantes do estudo.

Variável	Análise fatorial e validade (n=1.461)	Análise fidedignidade (n=74)
Homens (%)	36,3	29,7
Idade (%)		
18-39	41,5	42,9
40-59	45,8	51,4
≥ 60	12,6	5,7
Nível socioeconômico* (%)		
A	12,6	14,9
B	49,4	51,4
C	37,9	33,8
Percepção positiva saúde** (%)	71,0	63,5
Caminhada (≥150min/sem) (%)	18,6	14,9
AFMV (≥150min/sem) (%)	18,5	17,6

* Nenhum participante foi classificado na classe econômica D.

** Percepção positiva de saúde compreendeu o agrupamento das respostas: boa+muito boa.

AFMV: atividades físicas moderadas e vigorosas

Os escores das sub-escalas apoio social para caminhada e AFMV apresentaram associação positiva e significativa (Tabela 3) com as respectivas atividades. Conforme a premissa adotada não foram observadas correlações entre os escores de apoio para caminhada com minutos de AFMV e entre os escores de AFMV com minutos de caminhada por semana.

Tabela 2. Análise fatorial exploratória e coeficiente de reprodutibilidade da escalada de apoio social para a atividade física.

Itens da EASAF	Carga do Fator			
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
1 Convidou para fazer exercícios médios ou fortes (ami)	0,93			
2 Incentivou para fazer exercícios médios ou fortes (ami)	0,92			
3 Fez exercícios médios ou fortes com você (ami)	0,87			
4 Convidou para caminhar (ami)		0,92		
5 Incentivou a caminhar (ami)		0,90		
6 Fez Caminhada com você (ami)		0,84		
7 Convidou para fazer exercícios médios ou fortes (fam)			0,91	
8 Incentivou para fazer exercícios médios ou fortes (fam)			0,87	
9 Fez exercícios médios ou fortes com você (fam)			0,87	
10 Convidou para caminhar (fam)				0,91
11 Incentivou a caminhar (fam)				0,86
12 Fez Caminhada com você (fam)				0,85
Eigenvalue	4,29	2,43	1,86	1,34
% Variância	35,80	20,26	15,49	11,20
Coeficiente alfa Cronbach's	0,91	0,89	0,89	0,87
Coeficiente Intraclass* (ICC) (n=74)	0,80	0,80	0,63	0,80

P<0,001

Tabela 3. Valores do coeficiente de correlação de Spearman entre a EASAF, tempo de caminhada (min./sem.) e tempo de AFMV no tempo livre (n=1.461).

Atividade	Domínio	Caminhada (min/sem)	Moderadas+Vigorosas (min/sem)
AS para Caminhada	Amigos	0,20*	0,07
	Família	0,23*	0,12
AS para AFMV	Amigos	0,05	0,30*
	Família	0,05	0,28*

AS=apoio social, *p<0,005

DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi testar a validade (fatorial e constructo) e a fidedignidade da versão brasileira da EASAF em adultos. Nosso estudo se justifica pela carência de instrumentos confiáveis para serem utilizados na população brasileira. Acreditamos que nossos dados podem favorecer as investigações de quais fontes e tipos de apoio social mais influenciam essa população. Além disso, a disponibilidade e divulgação dessas informações favorecem o desenvolvimento e a efetividade das intervenções de promoção de atividade física.

As características da amostra demonstram que foram entrevistadas uma maior proporção de mulheres e de pessoas com meia idade (40 a 59 anos). Nenhum entrevistado foi classificado como nível socioeconômico “D”. Dados com base no levantamento socioeconômico de 2006 demonstram que mais metade da população curitibana (62%) pertence às classes econômicas A e B²³. A proporção de pessoas que cumprem as recomendações de caminhada e AFMV no lazer foi pequena (18%) e semelhante aos resultados apresentados pelo VIGITEL para a população de Curitiba (16,1%)⁸.

A distribuição dos fatores, que podem ser observados na análise fatorial, demonstra que o agrupamento das questões ocorreu de acordo com a fonte de apoio (amigos/família) e com o tipo de atividade (AFMV/caminhada). Através da distribuição observada é possível identificar que a intensidade das atividades físicas e as fontes de apoio social constituem diferentes construtos. A literatura corrobora com esses resultados. O apoio social recebido da família e dos amigos tem sido consistentemente associado com a atividade física em adultos²⁵,²⁶. Um estudo realizado com adultos portugueses e belgas encontrou que maiores níveis de caminhada no lazer estão associados com o maior recebimento do apoio social da família, enquanto que maiores níveis de atividades físicas estão associados com maior recebimento de apoio social dos amigos⁴. Treiber e colaboradores²⁵ também encontraram diferenças entre a fonte de apoio suporte e diferentes tipos de atividades físicas. A caminhada e as AFMV apresentam padrões diferentes entre os gêneros. Diversos estudos apresentam evidências de que os homens se engajam em atividades físicas mais intensas que as mulheres^{27, 28}.

O procedimento estatístico utilizado para verificar a congruência entre os itens alocados em cada fator foi a consistência interna, através do alfa de Cronbach. Foram considerados aceitáveis os valores de alfa $\geq 0,70$ ²⁹. Os resultados demonstram que todos os fatores superam o critério (0,87 a 0,91) e são semelhantes àqueles observados em outros estudos^{16, 18}. Além disso, estes resultados demonstram que as quatro sub-escalas podem ser empregadas separadamente, o que permite a utilização em estudos que busquem analisar intensidades e tipos específicos de AF.

A reprodutibilidade foi observada através do coeficiente de correlação intraclasse, com o procedimento de teste-reteste. De acordo com recomendações da literatura, coeficientes abaixo de 0,7 não são suficientes²⁴. Os resultados observados no presente estudo demonstram que nos fatores 1, 2 e 4 os coeficientes são aceitáveis (R=0,80), sendo o fator 3 o único com resultado insuficiente (R=0,63). Entretanto, os resultados da reprodutibilidade do instrumento original (R=0,55-0,86) e da versão brasileira para adolescentes (R=0,61-0,78) obtiveram resultados até mesmo inferiores aos observados na EASAF.

A validade de construto foi evidenciada através dos resultados que demonstraram que o apoio social para a caminhada foi associado com a caminhada de lazer, assim como o apoio social para atividades físicas foi associado com as AFMV no lazer. Além disso, e conforme a premissa adotada, não foram observadas correlações entre os escores de apoio para caminhada com minutos de AFMV e entre os escores de AFMV com minutos de caminhada por semana.

Mesmo que os procedimentos empregados sejam reconhecidamente adequados para testar a qualidade psicométrica de instrumentos, a extrapolação dos dados do presente estudo está sujeita a algumas limitações. A cidade de Curitiba além de ser destacada no cenário nacional por apresentar elevada qualidade de vida, também apresenta um elevado nível socioeconômico. Mais da metade da população (62%) pertence às classes econômicas A e B²³. Além disso, conclusões em relação à validade de construto poderiam ser fortalecidas com o emprego de métodos diretos de mensuração da atividade física. Investigações sobre as características psicométricas da EASAF devem ser realizadas em outras regiões do país para verificar a generalização deste instrumento para uma população mais abrangente.

Os resultados do presente estudo demonstram que a EASAF apresenta forte desempenho psicométrico. Além disso, é uma ferramenta que pode ser facilmente empregada em estudos de larga escala uma vez que apresenta poucos itens e com fácil compreensão. Finalmente, a EASAF apresenta uma característica única em estudos na área de AF pois permite investigar fontes diferentes de apoio (amigos e família) e de AF (caminhada e AFMV).

REFERÊNCIAS

1. Uchino BN. Social Support and Health: A Review of Physiological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes. *J Behav Med* 2006;29(4):377-387.
2. Wang H-H, Wu S-Z, Liu aY-Y. Association between social support and health outcomes: a meta-analysis. *J Med Sci* 2003;19:345-351.
3. Glanz K, Lewis FM, Rimer BK. Health behavior and health education: theory, research, and practice. San Francisco: Jossey-Bass; 1996.
4. Bourdeaudhuij ID, Teixeira PJ, Cardon G, Deforche B. Environmental and psychosocial correlates of physical activity in Portuguese and Belgian adults. *Public Health Nutr* 2005;8(7):886-895.
5. Trost SG, N NO, Bauman AE, Sallis JF, Brown W. Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. *Med Sci Sports Exerc* 2002;34(12):1996-2001.
6. Committee PAGA. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report 2008. Washington: United States: Department of Health and Human Services; 2008.
7. Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ* 2006;174(6):801-9.
8. Vigitel. Vigitel Brasil 2008: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; 2009.
9. 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.
10. Peterson JA, Yates BC, Hertzog M. Heart and Soul Physical Activity Program: Social Support Outcomes. *Am J Health Behav* 2008;32(5):525-537.

11. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson RC, Heath GW, Howzed EH, Powell KE, et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity: A systematic review. *Am J Prev Med* 2002;22(4):73-107.
12. Lindstrom M, Hanson BS, Ostergren P-O. Socioeconomic differences in leisure-time physical activity: the role of social participation and social capital in shaping health related behaviour. *Soc Sci Med* 2001;52:441-451.
13. Anderson ES, Wojcik JR, Winett RA, Williams DM. Social–Cognitive Determinants of Physical Activity: The Influence of Social Support, Self-Efficacy, Outcome Expectations, and Self-Regulation Among Participants in a Church-Based Health Promotion Study. *Health Psychol* 2006;25(4):510-520.
14. Bull S, Eakin E, Reeves M, Riley K. Multi-level support for physical activity and healthy eating. *J Adv Nurs* 2006;54(5):585-593.
15. Amorim T, Azevedo M, PC PH. Physical activity levels according to physical and social environmental factors in a sample of adults living in South Brazil. *J Phys Act Health*;No prelo.
16. Reis RS, Sallis JF. Validade e reprodutibilidade da versao brasileira da escala de suporte social para o exercício em adolescentes. *R. bras. Ci. e Mov* 2005;13(2):7-14.
17. Reis RS, Petroski EL. Application of the social cognitive theory to predict stages of change in exercise for brazilian adolescents. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2005;7(2):62-68.
18. 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;16:825-836.
19. Dunton GF, Berrigan D, Ballard-Barbash R, Graubard BI, Atienza AA. Environmental influences on exercise intensity and duration in a U.S. time use study. *Med Sci Sports Exerc* 2009;41(9):1698-1705.

20. Kish L. Sampling Organizations and Groups of Unequal Sizes. *Am Sociol Rev* 1965;30:564-572.
21. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev. bras. ativ. fis. saúde* 2001;6(2):5-18.
22. Vijver FVD, Hambleton RK. Translating tests: some practical guidelines. *Eur Psychol* 1996;1:89-99.
23. ABEP. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2006 e 2007 - IBOPE: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; 2009.
24. Pasquali L. *Psicometria: teoria e aplicações*. Brasília, DF: Editora UnB; 1997.
25. Treiber FA, Baranowski T, Braden DS, Strong WB, Levy M, Knox W. Social support for exercise: relationship to physical activity in young adults. *Prev Med.* 1991;20(6):737-750.
26. Eyler AA, Brownson RC, Donatelle RJ, King AC, Brownd D, Sallis JF. Physical activity social support and middle- and older-aged minority women: results from a US survey. *Soc Sci Med* 1999;49:781-789.
27. Azevedo MR, Araújo CLP, Reichert FF, Siqueira FV, Silva MCd, Hallal PC. Gender differences in leisure-time physical activity. *Int J Public Health* 2007;52:8-15.
28. Abel T, Graf N, Niemann S. Gender bias in the assessment of physical activity in population studies. *Soz Praventivmed.* 2001;46(4):268-272.
29. Field A. *Descobrimos a estatística usando o SPSS*. Porto Alegre: Artmed; 2009.

CAPÍTULO 5

ARTIGO ORIGINAL

Religiosidade, Apoio Social e Atividade Física de Lazer em Adultos

Religiosity, Social Support and physical activity in adults

Mariana Silva SANTOS, Rodrigo Siqueira REIS, Pedro Curi HALLAL

Resumo

Contexto: O envolvimento religioso parece constituir uma importante fonte de apoio social (AS) e estes aspectos estão associados a atividade física. **Objetivos:** Analisar a relação entre a religiosidade, o AS e a atividade física de lazer (AFL). **Métodos:** Participaram do estudo 1.461 pessoas com idade entre 18 e 65 anos, residentes na cidade de Curitiba – PR, Br. As seguintes variáveis foram analisadas: religiosidade, AS da família e amigos, idade, nível socioeconômico (NSE) e percepção de saúde. A regressão logística foi utilizada nas análises ($p < 0,05$). **Resultados:** O aumento da idade e o AS recebido dos amigos foram associados com o cumprimento da recomendação de caminhada entre homens (Idade $RC > 3,4$ e AS amigos $RC = 1,9$) e mulheres (Idade $RC > 2,0$ e AS amigos $RC = 1,7$). O NSE mais elevado ($RC = 1,8$) e o AS da família ($RC = 1,4$) foi associado com as maiores chances de cumprir a recomendação de caminhada somente entre as mulheres. O cumprimento da recomendação de atividades físicas moderadas a vigorosas (AFMV) foi associado com o NSE mais elevado (Homens $RC = 2,9$; Mulheres $RC = 2,6$), percepção positiva de saúde (Homens $RC = 1,7$; Mulheres $RC = 2,4$), AS recebido dos amigos (Homens $RC = 2,2$; Mulheres $RC = 2,8$) e família (Homens $RC = 2,2$; Mulheres $RC = 2,3$) em ambos os gêneros. Os homens (mais jovens, 40 a 49,9 anos $OR = 0,5$) apresentaram 50% menos chances de cumprir a recomendação de AFMV. **Conclusões:** O AS está associado com as recomendações de atividades físicas. A religiosidade apresentou variação entre as variáveis demográficas, entretanto não foi associada com a atividade física.

Palavras-chave: Religiosidade, apoio social e atividade física

Abstract

Religiosity, Social Support and physical activity in adults

Background: Religious involvement appears to be an important source of social support (SS) and these aspects are associated with physical activity. **Purpose:** To analyze the relationship between religiosity, SS and leisure physical activity (LPA). **Methods:** The study included 1,461 people aged between 18 and 65 years living in the city of Curitiba - PR, Br. The following variables were analyzed: religiosity, family and friends, age, socioeconomic status (SES) and health perception. Logistic regression was used in the analysis ($p < 0.05$). **Results:** Increasing age and SS received from friends were associated with compliance with the recommendation of walking for men (Age $OR > 3.4$ SS of friends $OR = 1.9$) and women (Age $OR > 2.0$ SS of friends $OR = 1.7$). The higher SES ($OR = 1.8$) and SS family ($OR = 1.4$) was associated with greater chances of fulfilling the recommendation to walk only among women. Compliance with the recommendation of moderate to vigorous physical activity (MVPA) was associated with higher SES (Men $OR = 2.9$, Women $OR = 2.6$), positive perception of health (Men $OR = 1.7$, Women $OR = 2.4$), SS received from friends (Men $OR = 2.2$; Women $OR = 2.8$) and family (Men $OR = 2.2$, Women $OR = 2.3$) in both genders. The men (Younger, 40 to 49.9 years $OR = 0.5$) had 50% less likely to comply with the recommendation of MVPA. **Conclusions:** SS is associated with the recommendations of physical activities. Religiosity has varied between the demographic variables, however was not associated with physical activity.

Keywords: Religiosity, social support and physical activity

INTRODUÇÃO

Os benefícios que a prática regular de atividades físicas pode proporcionar a saúde estão bem estabelecidos na literatura¹⁻³. Entretanto, mesmo com esta extensa gama de evidências, bem como as diversas recomendações, grande parte das pessoas continua levando uma vida inativa fisicamente^{4, 5}. A promoção da atividade física é dificultada pela complexidade e diversidade dos fatores que a influenciam⁶ e o apoio social é um desses fatores. O apoio social constitui a função mais importante das relações sociais e pode ser definido como a ajuda ou assistência recebida através das relações sociais e das transações interpessoais⁷. Em diversos estudos a sua associação com a atividade física tem sido evidenciada⁸⁻¹¹. De fato, uma recente revisão de literatura demonstrou que o apoio social está associado com diferentes tipos de atividade física como a caminhada, andar de bicicleta, os esportes e as atividades físicas de lazer⁸. Além disso, o apoio social recebido de pessoas importantes (esposa, membros da família, amigos e colegas de trabalho) aumenta a probabilidade das pessoas engajarem-se em atividades físicas de lazer, quando comparadas a seus pares que não recebem tal apoio⁹.

Nos últimos anos houve um aumento no interesse sobre a relação entre o apoio social e a religiosidade e um dos motivos para isso é a socialização que a religião promove entre seus membros¹². Há evidências de que pessoas com envolvimento religioso possuem maior rede de apoio, maior quantidade de contatos sociais e maior satisfação com o apoio recebido¹². Em 19 de 20 estudos publicados sobre a relação entre a atividade religiosa e o apoio social foi encontrada ao menos uma associação significativa entre essas variáveis¹². Um estudo envolvendo idosos japoneses encontrou que a religiosidade estava associada à melhores indicadores de saúde, e boa parte desta relação era mediada pelo apoio social percebido por aqueles mais religiosos¹³. As igrejas parecem funcionar com um canal para o apoio social¹⁴ e podem proporcionar uma clara compreensão sobre os comportamentos saudáveis e isso é importante principalmente pelo vínculo desses comportamentos com importantes fatores de risco para a saúde¹⁵. Vários estudos têm demonstrado resultados positivos entre a religiosidade e a prática de atividades físicas, sendo que pessoas religiosas apresentam maiores chances de se engajarem e de se manterem em comportamentos fisicamente ativos¹⁶⁻²⁰.

Dessa forma, se a literatura apresenta evidências de que o apoio social está associado com a prática de atividades físicas faz-se necessário explorar em que medida o apoio social obtido através das instituições religiosas ou ainda, do engajamento em atividades religiosas,

pode se relacionar com esse comportamento. O conhecimento sobre essa relação pode ajudar a delinear intervenções mais eficazes e, conseqüentemente, diminuir os gastos públicos com o cuidado da saúde^{6, 21}. Sendo assim, o objetivo desse estudo foi analisar a relação entre a religiosidade, o apoio social e a atividade física de lazer em contextos específicos.

MÉTODOS

Delineamento do estudo

As análises do presente estudo foram realizadas com dados de um projeto delineado para avaliar aspectos de saúde, estilo de vida e hábitos de lazer de indivíduos residentes no entorno de parques e praças da cidade de Curitiba-PR, Brasil, e desenvolvido pelo grupo de pesquisa em atividade física e qualidade de vida (GPAQ). Os parques e praças foram selecionados de acordo com as condições socioeconômicas e qualidade do ambiente para a prática de atividade física dos bairros em que estavam localizados.

Foram considerados elegíveis os indivíduos com idade entre 18 e 65 anos, residentes no entorno dos parques e praças, moradores dos domicílios selecionados por ao menos um ano na data da coleta. Não foram incluídas pessoas com idade inferior a 18 anos, aqueles que não residiam no domicílio sorteado (empregada doméstica e visitantes no período da entrevista, por exemplo), indivíduos com alguma limitação física grave para atividade física ou aqueles com alguma limitação cognitiva para o entendimento do questionário.

Todos os segmentos de rua em um raio de 500 metros dos parques e praças foram visitados (n=1.899). O total de domicílios presentes foi identificado com o intuito de estabelecer a representatividade amostral de moradores. Foram considerados segmentos elegíveis para a pesquisa apenas aqueles que continham ao menos uma residência (n=1.538). Após a identificação dos segmentos com residência, foi realizado o sorteio aleatório de um domicílio em cada segmento e para tanto foram empregados os mapas de arrolamento de cada segmento e uma sequência de números aleatórios gerada no *software EpiInfo*. Em seguida foi realizada a seleção dos sujeitos. Neste procedimento, os residentes elegíveis foram ordenados por idade de maneira decrescente e foi efetuado o sorteio de acordo com o número de pessoas elegíveis seguindo uma tabela números aleatórios²².

Coleta de dados

Um treinamento teórico/prático de 30 horas (cinco dias) foi realizado, com o objetivo de instruir sobre a aplicação, preenchimento e codificação do questionário. Participaram 25 mulheres com idade entre 18 e 60 anos e com ao menos ensino médio concluído.

As entrevistas foram conduzidas em 95% (n=1.461) dos segmentos elegíveis para a pesquisa (n=1.538). A taxa de recusa foi de 7,9% (n=121). O controle de qualidade foi realizado pelos supervisores de campo que procederam reentrevistas em 12,5% da amostra.

A fidedignidade foi realizada por meio de novas entrevistas em uma amostra aleatória sistemática entre os participantes da primeira etapa da coleta. Para tanto a cada cinco entrevistas iniciais um sujeito foi convidado a participar da segunda etapa e ao final 74 sujeitos aceitaram participar. A segunda entrevista ocorreu em um intervalo entre 7 a 10 dias e foi realizada pelos supervisores de campo via telefone.

Dois profissionais com experiência em digitação foram contratados para realizar a dupla entrada de dados. Para tanto, foi utilizado o *software Epidata*, que permitiu o controle e a correção dos erros de digitação através da função “*Validar arquivos duplicados*”. As divergências encontradas foram conferidas e corrigidas.

Protocolos de medidas

A atividade física foi avaliada com a seção de lazer do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), versão longa²³. As questões referiam-se a duração e frequência semanal em que a pessoa realizava pelo menos 10 minutos de caminhada, atividades de intensidade moderada ou ainda atividades físicas vigorosas no tempo livre. Para efeitos de análise as atividades físicas moderadas e vigorosas foram agrupadas (AFMV) e analisadas separadamente da caminhada no tempo livre. Os participantes foram classificados, considerando as recomendações mais recentes¹, em ativos (≥ 150 min/sem) ou não (< 150 min/sem) ao realizar caminhadas ou AFMV no lazer. Esta abordagem foi empregada para permitir analisar atividade que apresentam intensidades distintas uma vez que os fatores que estão associados a caminhada são distintos daqueles associados a atividades de maior intensidade ou da atividade física total²⁴.

O apoio social foi avaliado com a escala de apoio social para atividades físicas (EASAF). Os respondentes relataram a frequência que a família e os amigos “*fizeram junto*”,

“convidaram” ou “incentivaram” a prática de caminhada e AFMV. Para melhor entendimento, a família foi definida como “pessoas que dormem e fazem refeições na mesma casa” e amigos como “qualquer pessoa que não more na residência, mesmo que seja parente”. Para resposta foi utilizada uma escala de três pontos que variou de nunca (0) a sempre (2).

A religiosidade foi avaliada através de seis questões. Estas se referiam à frequência com que a pessoa: “realizava orações”, “frequentava igreja, templos ou locais de culto”, “recebia ajuda com coisas ou assuntos fora da igreja”, “utilizava a fé ou crenças para lidar com os problemas do dia-a-dia” e também se a pessoa “se considerava religiosa”. As questões e escalas de resposta que o compuseram foram traduzidas e adaptadas^{25,26}.

Os instrumentos para avaliar o apoio social e a religiosidade tiveram suas características psicométricas devidamente testadas através do pacote estatístico para ciências sociais - SPSS, versão 11.0. Na EASAF a reprodutibilidade (teste-reteste) foi de 0,63 a 0,80 e consistência interna de 0,87 a 0,91. Na escala de religiosidade o alfa foi de 0,81 e a reprodutibilidade de 0,95 (0,92-0,97). Os instrumentos apresentaram características psicométricas adequadas para o emprego na população do estudo.

As variáveis sexo, idade, estado civil, número de filhos, nível socioeconômico e percepção de saúde também foram contempladas no questionário. O nível socioeconômico foi estimado através dos critérios de classificação econômica do Brasil²⁷. As classes foram agrupadas em A (A1+A2), B (B1+B2), C (C1+C2) e D/E (D+E). A percepção de saúde foi avaliada com a questão “Como você considera a sua saúde?” tendo como opções de resposta uma escala de quatro pontos (ruim, regular, boa, muito boa)²⁸.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas-RS (protocolo nº 005/2008). Os procedimentos da pesquisa foram devidamente informados e os indivíduos aceitaram participar de maneira voluntária, de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996) do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados foram coletados entre os meses de Abril e Julho de 2009.

Análise de dados

Os dados foram analisados com o *software* SPSS, versão 11.0. A análise bivariada foi utilizada para determinar a frequência e distribuição das variáveis. A regressão logística foi utilizada para examinar a razão de chance bruta, sendo posteriormente ajustada para idade, estado civil, número de filhos, nível socioeconômico, escolaridade, percepção de saúde, apoio social, religiosidade e apoio das pessoas da igreja. A diferença entre cumprir ou não as recomendações para caminhada e para atividades físicas de lazer e sua relação com as variáveis sociodemográficas, apoio social e religiosidade, foi determinada pela significância estatística do modelo de regressão logística. Em todas as análises foi adotada significância de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Participaram do presente estudo 1.461 pessoas (18 a 65 anos), havendo uma maior proporção de mulheres (63,7%). A amostra é caracterizada por uma maior proporção de pessoas com filhos (72%), de NSE intermediário (49,4%), percepção positiva de sua saúde (boa a muito boa = 71%) e que não atingem a recomendação de AFMV (81,5%). Como pode ser observado na tabela 1.

Na análise de regressão as variáveis que apresentaram associação significativa com o cumprimento da recomendação de caminhada (Tabela 2), entre as mulheres, mesmo quando ajustado, foram: Idade (mais velhos, ≥ 40 anos; $RC \geq 2,0$), NSE (mais elevado, $RC = 1,8$; $p = 0,036$) e apoio social recebido da família e dos amigos ($RC \geq 1,4$; $p \leq 0,049$). Entre os homens as variáveis associadas foram apenas a idade (mais velhos - ≥ 50 anos; $p \leq 0,001$) e apoio social recebido dos amigos ($RC = 1,9$; $p \leq 0,007$).

Em relação ao cumprimento da recomendação de AFMV (Tabela 3), as variáveis que foram associadas na análise ajustada entre as mulheres foram: NSE (mais elevado – A e B, $RC \geq 1,6$; $p \leq 0,053$), percepção positiva de saúde ($RC = 2,4$; $p \leq 0,002$) e apoio social recebido da família e dos amigos ($RC \geq 2,3$; $p \leq 0,001$). Entre os homens a associação mantida entre as variáveis NSE (A, $RC = 2,9$; $p \leq 0,002$), percepção positiva de saúde ($RC = 1,7$; $p = 0,057$) e apoio social recebido da família e dos amigos ($RC = 2,2$; $p \leq 0,001$). Homens com idade entre 40 a 49,9 anos e com filhos apresentaram 50% ($p = 0,016$) e 40% ($p = 0,048$) menos chances de cumprirem a recomendação de AFMV, respectivamente.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes do estudo.

	Homens		Mulheres		p	Total	
	n	%	n	%		n	%
Idade							
18 - 29,9 anos	133	25,1	186	20,1	0,126	319	22,0
30 - 39,9 anos	103	19,5	179	19,4		282	19,4
40 - 49,9 anos	122	23,1	209	22,6		331	22,8
50 - 59,9 anos	114	21,6	223	24,1		337	23,2
> 60 anos	57	10,8	127	13,7		184	12,7
Estado civil							
Solteiro, separado ou viúvo	222	41,9	402	43,2	0,631	624	42,7
Casado ou vivendo com outro	308	58,1	529	56,8		837	57,3
Filhos							
Sim	340	64,3	712	76,5	<0,001	1052	72,1
Não	189	35,7	219	23,5		408	27,9
Nível socioeconômico							
A	82	15,6	101	10,9	0,003	183	12,6
B	271	51,4	447	48,4		718	49,4
C	174	33,0	377	40,7		551	37,9
D	0	0	0	0		0	0
Escolaridade							
Sem estudo a Fund. incompleto	58	11,2	136	14,6	0,006	195	13,4
Fundamental completo	90	17,0	174	18,7		264	18,1
Médio completo	220	41,6	413	44,3		633	43,4
Superior completo	160	30,2	208	22,3		368	25,2
Percepção de saúde							
Ruim a regular	128	24,2	295	31,7	0,002	423	29,0
Boa a muito boa	402	75,8	636	68,3		1038	71,0
Caminhada							
Atinge a recomendação (≥ 150 min)	97	18,3	174	18,7	0,840	271	18,6
Não atinge a recomendação (0 a 149 min)	433	81,7	755	81,3		1188	81,4
AFMV							
Atinge a recomendação (≥ 150 min)	146	27,5	125	13,4	<0,001	271	18,5
Não atinge a recomendação (0 a 149 min)	384	72,5	806	86,6		1190	81,5

AFMV= atividade física moderada a vigorosa

Tabela 2. Razão de chance para cumprir a recomendação de caminhada no tempo livre entre mulheres e homens.

	Mulheres								Homens								
	n	%	RC bruta	IC 95%	p	RC ajustada ^a	IC 95%	p	n	%	RC bruta	IC 95%	p	RC ajustada ^a	IC 95%	p	
Idade																	
até 29,9 anos	20	10,8	1			1			16	12,0	1			1			
30 – 39,9 anos	31	17,3	1,7	(1,0-3,2)	0,073	1,6	(0,8-3,0)	0,174	16	15,5	1,3	(0,6-2,8)	0,437	2,0	(0,9-4,5)	0,097	
40 – 49,9 anos	39	18,8	1,9	(1,1-3,4)	0,027	2,0	(1,0-3,7)	0,038	21	17,2	1,5	(0,8-3,1)	0,243	1,8	(0,8-4,0)	0,126	
50 – 59,9 anos	52	23,3	2,5	(1,4-4,4)	0,001	2,7	(1,4-5,0)	0,002	31	27,2	2,7	(1,4-5,3)	0,003	3,9	(1,7-8,7)	0,001	
≥ 60 anos	30	23,6	2,6	(1,4-4,8)	0,003	2,7	(1,4-5,4)	0,004	13	22,8	2,2	(1,0-4,9)	0,062	3,4	(1,3-8,8)	0,012	
Estado civil																	
Solteiro, separado ou viúvo	68	16,9	1			1			43	19,4	1			1			
Casado ou vivendo com outro	106	20,1	1,2	(0,9-1,7)	0,216	1,1	(0,7-1,6)	0,63	54	17,5	0,9	(0,6-1,4)	0,590	0,7	(0,4-1,3)	0,281	
Filhos																	
Não	33	15,1	1			1			35	18,5	1			1			
Sim	141	19,9	1,4	(0,9-2,1)	0,114	1,0	(0,6-1,7)	0,965	62	18,2	1,0	(0,6-1,6)	0,936	0,7	(0,4-1,3)	0,285	
NSE																	
A	28	27,7	2,1	(1,3-3,5)	0,005	1,8	(1,0-3,2)	0,036	24	29,3	2,6	(1,4-4,9)	0,004	1,9	(1,0-3,8)	0,069	
B	88	19,7	1,3	(0,9-1,9)	0,109	1,2	(0,8-1,8)	0,319	49	18,1	1,4	(0,8-2,3)	0,235	1,2	(0,7-2,1)	0,472	
C	58	15,4	1			1			24	13,8	1			1			
Percepção de saúde																	
Ruim a regular	44	15,0	1			1,0			22	17,2	1,0			1,0			
Boa a muito boa	130	20,5	1,5	(1,0-2,1)	0,046	1,4	(1,0-2,1)	0,072	75	18,7	1,1	(0,7-1,9)	0,708	1,0	(0,6-1,8)	0,973	
Suporte Social																	
Família para caminhada																	
Ausente	73	14,9	1			1			41	14,8	1			1			
Presente	101	23,3	1,7	(1,2-2,4)	0,001	1,4	(1,0-2,1)	0,049	56	22,5	1,7	(1,1-2,6)	0,024	1,6	(1,0-2,6)	0,070	
Amigos para caminhada																	
Ausente	78	14,9	1			1			52	14,6	1			1			
Presente	96	23,9	1,8	(1,3-2,5)	0,001	1,7	(1,2-2,5)	0,002	45	25,7	2,0	(1,3-3,2)	0,002	1,9	(1,2-3,2)	0,007	
Envolvimento religioso																	
Baixo	38	18,4	1			1			39	15,9	1			1			
Médio	47	14,8	0,8	(0,5-1,2)	0,274	0,7	(0,4-1,1)	0,143	31	20,0	1,3	(0,8-2,2)	0,288	1,5	(0,9-2,7)	0,150	
Alto	89	21,9	1,2	(0,8-1,9)	0,317	1,1	(0,7-1,7)	0,807	27	20,9	1,4	(0,8-2,4)	0,222	1,6	(0,9-3,1)	0,140	
Apoio da Igreja																	
Ausente	85	17,8	1			1			59	19,8	1			1			
Presente	89	19,7	1,1	(0,8-1,6)	0,456	1,1	(0,7-1,5)	0,750	38	16,4	0,8	(0,5-1,2)	0,313	0,6	(0,4-1,1)	0,077	

a: análise ajustada para todas as variáveis (idade, estado civil, filhos, NSE, percepção de saúde, apoio social, envolvimento religioso e apoio da igreja)

Tabela 3. Razão de chance para cumprir as recomendações de AFMV no tempo livre entre mulheres e homens.

	Mulheres								Homens							
	n	%	RC bruta	IC 95%	p	RC ajustada ^a	IC 95%	p	n	%	RC bruta	IC 95%	p	RC ajustada ^a	IC 95%	p
Idade																
até 29,9 anos	27	14,5	1			1			56	42,1	1			1		
30 - 39,9 anos	23	12,8	0,9	(0,5-1,6)	0,644	1,1	(0,6-2,2)	0,782	28	27,2	0,5	(0,3-0,9)	0,018	0,6	(0,3-1,2)	0,130
40 - 49,9 anos	34	16,3	1,1	(0,7-2,0)	0,631	1,6	(0,8-3,0)	0,183	26	21,3	0,4	(0,2-0,6)	0,000	0,5	(0,2-0,9)	0,016
50 - 59,9 anos	20	9,0	0,6	(0,3-1,1)	0,082	0,8	(0,4-1,6)	0,560	27	23,7	0,4	(0,2-0,7)	0,003	0,7	(0,3-1,4)	0,267
≥ 60 anos	19	15,0	1,0	(0,5-2,0)	0,913	1,6	(0,8-3,6)	0,213	8	14,0	0,2	(0,1-0,5)	0,000	0,4	(0,2-1,2)	0,097
Estado civil																
Solteiro, separado ou viúvo	57	14,2	1			1			77	34,7	1			1		
Casado ou vivendo com outro	68	12,9	0,9	(0,6-1,3)	0,557	0,8	(0,5-1,3)	0,377	69	22,4	0,5	(0,4-0,8)	0,002	0,8	(0,5-1,4)	0,475
Filhos																
Não	37	16,9	1			1			74	39,2	1			1		
Sim	88	12,4	0,7	(0,5-1,1)	0,086	0,8	(0,4-1,4)	0,410	71	20,9	0,4	(0,3-0,6)	0,000	0,6	(0,3-1,0)	0,048
NSE																
A	22	21,8	3,2	(1,8-5,9)	0,000	2,6	(1,3-5,0)	0,005	36	43,9	3,0	(1,7-5,3)	0,000	2,9	(1,5-5,5)	0,002
B	70	15,7	2,1	(1,4-3,4)	0,001	1,6	(1,0-2,6)	0,053	72	26,6	1,4	(0,9-2,2)	0,159	1,3	(0,8-2,1)	0,340
C	30	8,0	1			1			36	20,7	1			1		
Percepção de saúde																
Ruim+regular	20	6,8	1,0			1,0			23	18,0	1,0			1,0		
Boa+muito boa	105	16,5	2,7	(1,6-4,5)	0,000	2,4	(1,4-4,1)	0,002	123	30,6	2,0	(1,2-3,3)	0,006	1,7	(1,0-2,9)	0,057
Suporte Social																
Família para atividades físicas																
Ausente	60	9,1	1			1			70	20,6	1			1		
Presente	64	24,0	3,1	(2,1-4,6)	0,000	2,3	(1,5-3,6)	0,000	74	39,8	2,5	(1,7-3,8)	0,000	2,2	(1,4-3,4)	0,000
Amigos para atividades físicas																
Ausente	59	8,9	1			1			55	18,4	1			1		
Presente	66	24,4	3,3	(2,2-4,8)	0,000	2,8	(1,8-4,3)	0,000	91	39,4	2,9	(1,9-4,3)	0,000	2,2	(1,4-3,4)	0,001
Envolvimento religioso																
Baixo	34	16,4	1			1			76	30,9	1			1		
Médio	39	12,3	0,7	(0,4-1,2)	0,184	0,8	(0,4-1,4)	0,372	44	28,4	0,9	(0,6-1,4)	0,594	1,1	(0,6-1,8)	0,834
Alto	52	12,8	0,7	(0,5-1,2)	0,219	0,8	(0,4-1,4)	0,419	26	20,2	0,6	(0,3-0,9)	0,027	0,7	(0,4-1,3)	0,302
Apoio da Igreja																
Ausente	72	15,1	1			1			88	29,5	1			1		
Presente	53	11,7	0,7	(0,5-1,1)	0,130	0,8	(0,5-1,3)	0,429	58	25,0	0,8	(0,5-1,2)	0,247	1,1	(0,7-1,8)	0,649

a: análise ajustada para todas as variáveis (idade, estado civil, filhos, NSE, percepção de saúde, apoio social, envolvimento religioso e apoio da igreja)

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo demonstram que o aumento da idade está associado a maiores chances de cumprir a recomendação de caminhada de lazer em ambos os gêneros. Mulheres e homens com ≥ 50 anos são os que apresentam as maiores chances de cumprir essa recomendação. Resultados de estudos objetivando investigar a caminhada também demonstram que pessoas de meia idade e mais velhas caminham mais no lazer, quando comparadas aos mais jovens^{29, 30}. Entretanto quando observados outros domínios da caminhada (ocupacional e transporte), a tendência observada é inversa, ou seja, pessoas com mais idade caminham menos³¹. Em relação às AFMV de lazer, entre as mulheres a idade não foi associada com maiores ou menores chances de cumprir a recomendação. Entre os homens, os resultados da análise bruta demonstram que o aumento da idade está associado com menores chances de cumprir a recomendação de AFMV. Entretanto, na análise ajustada a associação foi mantida somente entre aqueles na faixa dos 30 anos, de forma que apresentam 50% menos chances de cumprir a recomendação. O declínio da atividade física com a idade é uma observação consistente na epidemiologia da atividade física³². Estudos nacionais^{33, 34} e internacionais^{17, 19, 32, 35-37}, reportam que o aumento da idade está associado com a diminuição nos níveis de atividade física no contexto lazer, em ambos os gêneros. Foi encontrado um estudo onde a idade também não foi associada com o cumprimento da recomendação de AFMV entre as mulheres, entretanto, este foi realizado com uma pequena amostra de americanas nativas (n=350)¹⁸. Estudos com o objetivo de esclarecer os motivos pelos quais a associação entre a atividade física e a idade é dependente do gênero são necessários³⁸.

Homens casados apresentaram 50% menos chances de cumprir a recomendação de AFMV, entretanto a associação na foi mantida na análise ajustada. Uma análise realizada com 37.692 sujeitos portugueses encontrou que homens solteiros realizam mais atividades físicas³². O mesmo foi observado em um estudo com 2,292 adultos brasileiros³⁹ e também em amostras de outros países^{40, 41}. A observação dos dados brutos e ajustados revelam que homens que relataram ter filhos apresentam 60% e 40% menos chance de cumprir a recomendação de AFMV, respectivamente. Entre as mulheres não foram observadas associações significativas.

A percepção positiva de saúde foi associada com o cumprimento da recomendação de caminhada apenas entre as mulheres e somente na análise bruta. Os resultados para as AFMV demonstram que em ambos os gêneros, nas análises iniciais e ajustadas, a percepção positiva de saúde esta associada com o cumprimento da recomendação. Um estudo realizado na cidade

de São Paulo – Brasil, com 1.318 adultos encontrou que níveis insuficientes de atividade física estavam associados, além de outros fatores, com a percepção negativa da saúde³³. Alguns autores relatam que a atividade física de lazer é preditor da percepção positiva de saúde em adultos^{42, 43}. Okano, Miyake e Mori sugerem que a atividade física de lazer influencia a percepção de saúde mais do que outros fatores como a obesidade e o tabagismo⁴³.

Na tabela de descrição da amostra é possível observar que nenhum entrevistado foi classificado como pertencente à classe econômica D. Esse resultado corrobora com os dados do levantamento socioeconômico de 2006 que demonstram que mais metade da população curitibana (62%) pertence às classes econômicas A e B²⁷. Os resultados da análise ajustada para o NSE revelam que mulheres que possuem renda alta apresentam 1,8 vezes mais chances de cumprir a recomendação de caminhada no lazer ($p=0,036$). Entre os homens a caminhada no lazer foi associada apenas na análise bruta ($RC=2,6$, $p=0,004$). O NSE apresenta maior influência no cumprimento das recomendações de AFMV de lazer. Mulheres com NSE elevado apresentam 2,6 vezes mais chances de cumprir a recomendação ($p=0,005$) independente de qualquer outra variável. Entre os homens a influência é ainda maior ($RC=2,9$, $p<0,002$). Em estudos nacionais^{38, 44} e internacionais⁴⁵ também são encontrados relatos de que pessoas com NSE mais alto realizam mais atividades físicas. Um estudo realizado com 3740 adultos na cidade do Rio de Janeiro – BR encontrou que homens e mulheres com maior renda realizam mais atividades físicas no lazer⁴⁴.

Apoio Social

O apoio social está associado com o aumento nos níveis de atividade física em estudos descritivos⁴⁶ e também em estudos de intervenção^{47, 48}. O apoio social recebido da família e dos amigos tem sido consistentemente associado com a atividade física em adultos^{49, 50}. Entender quais fontes de apoio social exerce mais influência no comportamento fisicamente ativo é um importante passo para o delineamento de intervenções efetivas⁴⁸. Um estudo realizado com adultos portugueses e belgas encontrou que maiores níveis de caminhada no lazer estão associados com o recebimento de apoio social da família, enquanto que maiores níveis de atividade física estão associados com maior recebimento de apoio dos amigos⁵¹. No presente estudo, para as mulheres e considerando os resultados da análise ajustada, o apoio social recebido dos amigos aumenta em 70% as chances ($p=0,002$) de cumprir a recomendação de caminhada de lazer em relação ao apoio recebido da família (40%,

$p=0,049$). A mesma tendência foi observada nos resultados referentes ao cumprimento das recomendações de AFMV (Amigos $RC=2,7$, $p<0,001$; Família $RC=2,4$, $p<0,001$). Entre as mulheres o apoio social exerce maior influência nas chances de realizar atividades físicas do que nas chances de caminhar. Em relação à caminhada, entre os homens o apoio social recebido da família não manteve associação na análise ajustada. Já o apoio recebido dos amigos manteve, aumentando em 90% ($p=0,007$) as chances de cumprir a recomendação de caminhada. Em relação à recomendação de AFMV os resultados da análise bruta demonstram que o apoio recebido dos amigos aumenta em 190% as chances de cumprir a recomendação ($p<0,001$), entretanto quando ajustado a razão de chance é a mesma para o apoio recebido da família e dos amigos 120%.

Para os adultos que participaram do presente estudo o apoio social recebido da família e dos amigos exerce importante influência no cumprimento das recomendações de caminhada e AFMV. Considerando que apenas 18% dos entrevistados cumprem as recomendações de caminhada (Homens=18,3%, Mulheres=18,7%) e de AFMV (Homens=27,5%, Mulheres=13,4%), as fontes de apoio social devem ser consideradas no delineamento de intervenções com o objetivo de promover o comportamento ativo fisicamente.

Envolvimento religioso

Uma explicação bastante comum é que pessoas mais religiosas são mais propensas a se engajar em comportamentos saudáveis¹⁶. Consistente com essa idéia há evidências de que a prática religiosa regular está associada à prevenção do uso de drogas⁵², recuperação de dependentes de drogas⁵², consumo não abusivo de álcool^{53, 54}, e maior propensão a parar de fumar^{12, 53, 54}. Em relação à prática de atividades físicas, alguns estudos demonstram que há associação positiva entre a religiosidade e o comportamento fisicamente ativo. Em duas diferentes análises oriundas do *Women`s Cardiovascular Health Network Project* (Projeto do Sistema de Saúde Cardiovascular de Mulheres), mulheres norte-americanas latinas¹⁷ e nativas¹⁸ que relataram estar envolvidas em atividades religiosas apresentaram duas vezes mais chances de engajarem-se em atividades físicas comparadas as mulheres que não participavam ($RC= 2,01$ e $2,14$, respectivamente). Outra análise desse mesmo projeto demonstrou que em mulheres brancas residentes em áreas rurais a participação nas atividades religiosas está associada com 1,63 mais chances de engajarem-se em alguma atividade física¹⁹. Koenig, McCullough e Larson¹², relataram que pessoas religiosas são

significativamente mais propensas a realizar exercícios. Entre os estudos observados por esses autores, está a coorte prospectiva realizada com 5.286 pessoas do *Alameda County study* (Estudo do município de Alameda). Esse estudo revelou que 38% das pessoas, que freqüentavam igrejas em 1965, estavam mais propensas em aumentar seu nível de exercício físico durante todo o período de acompanhamento que foi de 28 anos²⁰. Análises realizadas com os dados *Americans` Changing Lives study* (Estudo sobre mudança de vida dos americanos) também demonstram que a freqüência a serviços religiosos está associada com maiores níveis de atividade física¹⁶. No Brasil um estudo realizado com adolescentes encontrou que aqueles que relataram não participar de grupo de jovens apresentaram 37% maior risco de serem inativos no lazer, quando comparados com os que participavam⁵⁵.

No presente estudo a religiosidade não foi associada com o cumprimento das recomendações de caminhada e de AFMV. Os estudos que encontraram associação positiva entre a religiosidade e a atividade física, relatam que a religiosidade está associada ao maior engajamento¹⁹, que pessoas com mais religiosidade estão mais propensas a se engajarem^{12, 20} e que apresentam maiores níveis de atividade física¹⁶. Em apenas dois estudos a religiosidade foi associada com o cumprimento das recomendações de atividades físicas, no entanto, esses estudos foram realizados com amostras reduzidas e específicas de mulheres (latinas e americanas nativas)^{17, 18}. Ao observar os resultados do presente estudo, parece que o envolvimento religioso não é o suficiente para fazer com que as pessoas atinjam as recomendações associadas com benefícios à saúde. Estas observações sugerem que a associação observada é inconsistente e que o maior envolvimento com a religião parece não ser um aspecto suficiente para que maiores níveis de AF sejam alcançados.

Indivíduos que fazem uso de serviços religiosos parecem ter acesso com maior freqüência a redes sociais mais amplas, o que acaba por facilitar o acesso aos mais variados tipos de apoio social. No presente estudo o apoio recebido das pessoas da igreja para assuntos ou “coisas” fora da igreja, também não apresentou associação com o cumprimento das recomendações. Em uma revisão de literatura realizada nas principais bases de dados da área da saúde (Medline e Scielo) e psicologia (PsycInfo) foi encontrado um único estudo realizado com adultos no qual o apoio social recebido não altera a magnitude das relações entre a religião e as atividades físicas¹⁵.

Algumas limitações devem ser consideradas o interpretar os resultados e conclusões deste estudo. O desenho transversal não permite inferências causais sobre as relações encontradas. Apesar de o estudo ter sido realizado com uma amostra considerável de adultos, a localização dos participantes dos participantes (próximos de parques e praças) dificulta a

generalização dos resultados para o restante da população. No entanto, o processo adotado amenizou a possibilidade de viés de seleção. O apoio social recebido das pessoas da igreja foi avaliado com apenas uma questão, a qual não era específica para atividades físicas. As questões utilizadas para a avaliação da religiosidade, embora apresentem validade, não representam toda a complexidade da variável. A avaliação do apoio social utilizou uma ferramenta com validade para a população em questão, no entanto a escassez de estudos sobre este tema, e sua relação com a religiosidade em grupos populacionais no Brasil dificulta as comparações.

Os resultados demonstram que o apoio social recebido dos amigos e família é importante e está associado com o cumprimento das recomendações, principalmente de AFMV. O envolvimento religioso parece não ser suficiente para que as pessoas atinjam as recomendações de atividades físicas. A influência da religiosidade na atividade física pode ser muito discreta e futuros estudos devem testar pontos de corte mais acessíveis de atividade física, para verificar a associação entre as variáveis, uma vez que os estudos têm demonstrado que as intervenções realizadas nas igrejas são efetivas para ajudar no engajamento e aumentar o nível de atividade física dos participantes^{47, 48}.

REFERÊNCIAS

1. Committee PAGA. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report 2008. Washington: United States: Department of Health and Human Services; 2008.
2. Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ* 2006;174(6):801-9.
3. U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion,; 1996.
4. Guthold R, Ono T, Strong KL, Chatterji S, Morabia A. Worldwide variability in physical inactivity a 51-country survey. *Am J Prev Med* 2008;34(6):486-94.
5. Vigitel. Vigitel Brasil 2008: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; 2009.
6. Sallis JF, Owen N. Physical Activity & Behavioral Medicine. SAGE; 1999.
7. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.
8. 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;8(5):425-40.
9. Carron AV, Hausenblas HA, Mack DE. Social influence and exercise: a meta-analysis. *J Sport Exerc Psychol* 1996;18(1):1-16.
10. Wang H-H, Wu S-Z, Liu aY-Y. Association between social support and health outcomes: a meta-analysis. *J Med Sci* 2003;19:345-351.
11. Bull S, Eakin E, Reeves M, Riley K. Multi-level support for physical activity and healthy eating. *J Adv Nurs* 2006;54(5):585-593.
12. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. Handbook of religion and health. New York: Oxford university press; 2001.
13. Krause N, Ingersoll-Dayton B, Liang J, Sugisawa H. Religion, Social Support, and Health among the Japanese Elderly. *J Health Soc Behav* 1999;40(4):405-421.
14. Peterson J, Atwood JR, Yates B. Key elements for church-based health promotion programs: outcome-based literature review. *Public Health Nurs* 2002;19(6):401-11.
15. Kim KH, Sobal J. Religion, social support, fat intake and physical activity. *Public Health Nutr* 2004;7(6):773-81.

16. Musick MA, House JS, Williams DR. Attendance at religious services and mortality in a national sample. *J Health Soc Behav* 2004;45(2):198-213.
17. Wilbur J, Chandler PJ, Dancy B, Lee H. Correlates of Physical Activity in Urban Midwestern Latinas. *Am J Prev Med* 2003;25(3):69-76.
18. Thompson JL, Wolfe VK, Wilson N, Pardilla MN, Perez G. Personal, social, and environmental correlates of physical activity in Native American women. *Am J Prev Med* 2003;25(3 Suppl 1):53-60.
19. Eyler AA. Personal, social, and environmental correlates of physical activity in rural Midwestern white women. *Am J Prev Med* 2003;25(3 Suppl 1):86-92.
20. Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ. Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *Am J of Public Health* 1997;87:957-961.
21. Finkelstein E, Fiebelkorn I, Wang G. State-level estimates of annual medical expenditures attributable to obesity. *Obes Res* 2004;12(1):18-24.
22. Kish L. Sampling Organizations and Groups of Unequal Sizes. *Am Sociol Rev* 1965;30:564-572.
23. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev. bras. ativ. fis. saúde* 2001;6(2):5-18.
24. Trost SG, N NO, Bauman AE, Sallis JF, Brown W. Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. *Med Sci Sports Exerc* 2002;34(12):1996-2001.
25. Olphen JV, Schulz A, Israel B, Chatters, Klem L, Parker E, et al. Religious involvement, social support, and health among African-American women on the east side of Detroit. *J Gen Intern Med* 2003;18(7):549-57.
26. Eliassen AH. Religiosity, physical disability, and the social distribution of problematic drinking in an aging population. Florida: The Florida State University college of social sciences; 2006.
27. ABEP. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2006 e 2007 - IBOPE: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; 2009.
28. Barros MBdA, Zanchetta LM, Moura ECd, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública* 2009;43((Supl 2)):27-37.
29. Simpson ME, Serdula M, Galuska DA, Gillespie C, Donehoo R, Macera C, et al. Walking Trends Among U.S. Adults: The Behavioral Risk Factor Surveillance System, 1987–2000. *Am J Prev Med* 2003;25(2):95-100.
30. Rafferty AP, Reeves MJ, McGee HM, Pivamik JM. Physical activity patterns among walkers and compliance with public health recommendation. *Med Sci Sports Exerc* 2002;34(1255-1261).

31. Reis JP, Macera CA, Ainsworth BE, Hipp DA. Prevalence of Total Daily Walking Among US Adults, 2002-2003. *J Phys Act Health* 2008;5:337-346.
32. Cunha IC, Peixoto MdRG, Jardim PCBV, Alexandre VP. Fatores associados à prática de atividade física na população adulta de Goiânia: monitoramento por meio de entrevistas telefônicas. *Rev Bras Epidemiol* 2008;11(3):495-504.
33. Florindo AA, Guimarães VV, Cesar CLG, Barros MBdA, Alves MCGP, Goldbaum M. Epidemiology of Leisure, Transportation, Occupational, and Household Physical Activity: Prevalence and Associated Factors. *J Phys Act Health* 2009;6:625-632.
34. Dias da Costa JS, Hallal PC, JCK W, colaboradores o. Epidemiologia da atividade física no lazer: um estudo de base populacional no sul do Brasil. *Cad Saude Publica* 2005;21:109-118.
35. Dominguez-Berjón M, Borrell C, Nebot M, Plasència A. La actividad física de ocio y su asociación con variables sociodemográficas y otros comportamientos con la salud. *Gac Sanit* 1998;12(100-109).
36. Schneider S, Becker S. Prevalence of physical activity among the working population and correlation with workrelated factors: results from the first German national health survey. *J Occup Health* 2005;47:414-423.
37. Owen N, Bauman A. The descriptive epidemiology of sedentary life-style in adult Australians. *Int J Epidemiol* 1992;21(305-310).
38. Azevedo MR, Araújo CLP, Reichert FF, Siqueira FV, Silva MCd, Hallal PC. Gender differences in leisure-time physical activity. *Int J Public Health* 2007;52:8-15.
39. Pitanga FJG, Lessa I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. *Cad. Saúde Pública* 2005;21(3):870-877.
40. Sherwood NE, Jeffery RW. The behavioral determinants of exercise: implications for physical activity interventions. *Annu Rev Nutr* 2000;20:21-44.
41. Varo JJ, Martinez-Gonzalez MA, Irala-Estévez JD, J JK, Gibney M, Martínez JA. Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union *Int J Epidemiol* 2003;32(1):138-146.
42. Kaleta D, Makowiec-Dabrowska T, Dziankowska-Zaborszczyk E, Jegier A. Physical activity and self-perceived health status. *Int J Occup Med Environ Health* 2006;19(1):61-69.
43. Okano G, Miyake H, Mori M. Leisure time physical activity as a determinant of self-perceived health and fitness in middle-aged male employees. *J Occup Health* 2003;45(5):286-292.
44. Salles-Costa R, L.Werneck G, Lopes CS, Faerstein E. Associação entre fatores sócio-demográficos e prática de atividade física de lazer no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saude Publica* 2003;19(4):1095-1105.

45. Lindstrom M, Hanson BS, Ostergren P-O. Socioeconomic differences in leisure-time physical activity: the role of social participation and social capital in shaping health related behaviour. *Soc Sci Med* 2001;52:441-451.
46. Duncan M, Mummery K. Psychosocial and environmental factors associated with physical activity among city dwellers in regional Queensland. *Prev Med* 2005;40:363-372.
47. Peterson JA, Yates BC, Atwood JR, Hertzog M. Effects of a Physical Activity Intervention for Women. *West J Nurs Res* 2005;27(1):93-110.
48. Peterson JA, Yates BC, Hertzog M. Heart and Soul Physical Activity Program: Social Support Outcomes. *Am J Health Behav* 2008;32(5):525-537.
49. Treiber FA, Baranowski T, Braden DS, Strong WB, Levy M, Knox W. Social support for exercise: relationship to physical activity in young adults. *Prev Med.* 1991;20(6):737-750.
50. Eyler AA, Brownson RC, Donatelle RJ, King AC, Brownd D, Sallis JF. Physical activity social support and middle- and older-aged minority women: results from a US survey. *Soc Sci Med* 1999;49:781-789.
51. Bourdeaudhuij ID, Teixeira PJ, Cardon G, Deforche B. Environmental and psychosocial correlates of physical activity in Portuguese and Belgian adults. *Public Health Nutr* 2005;8(7):886-895.
52. Sanchez ZVDM, Nappo SA. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. *Rev Psiq Clin* 2007;34(1):73-81.
53. Bezerra J, Barros MVG, Tenório MCM, Tassitano RM, Barros SSH, Hallal PC. Religiosidade, consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo em adolescentes. *Rev Panam Salud Publica* 2009;26(5):440-446.
54. Turner-Musa J, Lipscomb LS. Spirituality and Social Support on Health Behaviors of African American Undergraduates. *Am J Health Behav* 2007;31(5):495-501.
55. Loch MR. Comportamentos relacionados à saúde e indicadores de religiosidade em adolescentes escolares. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC; 2006.

CAPÍTULO 6

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da revisão sistemática demonstraram que apesar de alguns estudos demonstrarem resultados positivos entre a religiosidade o apoio social e a atividade física a interação entre essas variáveis não é clara. É possível afirmar apenas que as pessoas que frequentam com mais frequência as igrejas estão mais propensas a iniciarem e se engajarem em alguma atividade física e que o apoio social obtido através das instituições religiosas parece não ser suficiente para promover a atividade física em níveis recomendados.

Os resultados da validade e fidedignidade da escala de avaliação do apoio social para a atividade física (EASAF) demonstraram que a escala apresenta forte desempenho psicométrico e quem constitui uma ferramenta que pode ser facilmente empregada em estudos de larga escala por apresentar poucos itens e com fácil compreensão. Além disso, a EASAF apresenta uma característica única em estudos na área de atividade física, pois permite investigar fontes diferentes de apoio (amigos e família) e de atividade física (caminhada e AFMV).

Os resultados da análise de regressão demonstram que o apoio social recebido dos amigos e família é importante e está associado com o cumprimento das recomendações de caminhada e de atividades físicas moderadas a vigorosas. O envolvimento e religioso não foi associado com o cumprimento das recomendações. Esse resultado sugere que a influência da religiosidade na atividade física pode ser muito discreta e que futuros estudos devem testar pontos de corte mais acessíveis de atividade física para verificar a associação entre as variáveis.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Carta de aprovação do Comitê de Ética

APÊNDICE II - Questionário

APÊNDICE I – Carta de aprovação do Comitê de Ética

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Pelotas, 17 de dezembro de 2008.

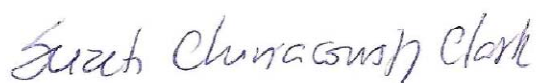
Ao Prof.
Pedro Curi Hallal

Prezado Senhor,

Vimos, através deste, informar a aprovação do projeto intitulado "Nível de atividade física em adultos: associações com ambiente percebido e suporte social" no Comitê de Ética em Pesquisa da ESEF/UFPeL, com protocolo nº 005/2008.

Sendo o que se apresenta, reitero votos de apreço e consideração.

Cordialmente



Profa. Dra. Suzete Chiviacowsky Clark
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da
ESEF-UFPeL

APÊNDICE II – Questionário



ID: _____

Pq/pç: _____ Seg: _____ Dom: _____ Pessoa: _____

Cód: _____

Questionário do Inquérito Domiciliar – Projeto Caminhos para o Parque

Entrevistador: _____ Parque/Praça: _____ Data: _____ / _____ Horário: _____ h _____

Bloco 1 - Atividade Física no Tempo Livre

Vamos começar falando sobre suas atividades físicas no tempo livre. Considere **somente** as atividades físicas que duram pelo menos **10 MINUTOS SEGUIDOS**.

01. Quantos dias por semana você faz caminhadas no seu TEMPO LIVRE?

- 0 Nenhum dia (*Pule para questão 03*)
 1 2 3 4 5 6 7

02. Quanto tempo elas duram POR DIA?

minutos 99 não informou ou não sabe

03. Sem contar a caminhada, quantos dias por semana você faz atividades físicas MÉDIAS, no tempo livre, que te fazem suar um pouco, ou que aceleram um pouco o seu coração?

Exemplo: nadar, pedalar em ritmo moderado, praticar esportes e etc.

- 0 Nenhum dia (*Pule para questão 05*)
 1 2 3 4 5 6 7

04. Quanto tempo elas duram POR DIA?

minutos 99 não informou ou não sabe

05. Quantos dias por semana você faz atividades físicas FORTES, no tempo livre, que te fazem suar bastante, ou que aceleram muito o seu coração?

Exemplo: correr, ginástica de academia, pedalar rápido...

- 0 Nenhum dia (*Pule para questão 07*)
 1 2 3 4 5 6 7

06. Quanto tempo elas duram POR DIA?

minutos 99 não informou ou não sabe

Bloco 2 - Atividade Física de Transporte

Agora vamos falar sobre como você faz para **ir e vir** de um lugar para outro (ir ou voltar do trabalho, escola, mercado, etc.). Considere somente as atividades físicas que duram pelo menos **10 MINUTOS SEGUIDOS**.

07. Quantos dias por semana você usa a bicicleta para ir OU voltar do trabalho, escola, mercado, etc.?

- 0 Nenhum dia (*Pule para questão 09*)
 1 2 3 4 5 6 7

08. Quanto tempo você pedala POR DIA?

minutos 99 não informou ou não sabe

09. Quantos dias por semana você vai OU volta caminhando por pelo menos 10 minutos, do trabalho, escola, mercado ou outro lugar?

- 0 Nenhum dia (*Pule para questão 11*)
 1 2 3 4 5 6 7

10. Quanto tempo você caminha POR DIA?

minutos 99 não informou ou não sabe

Bloco 3 - Tempo Sedentário

Agora vamos falar sobre o tempo que você passa sentado

11. De segunda a sexta - feira, quanto tempo POR DIA você passa sentado, sem contar o tempo no carro ou ônibus?

minutos 99 não informou ou não sabe

12. No sábado e no domingo, quanto tempo POR DIA você passa sentado, sem contar o tempo no carro ou ônibus?

minutos 99 não informou ou não sabe

Bloco 4 - Auto-Eficácia para Caminhada no Tempo Livre

Agora vamos falar sobre caminhada.

13. Você faz ou já fez caminhada no seu tempo livre?

1 sim 99 nunca fez (*Pule para o bloco 6*)

Você **CONSEGUE** fazer **caminhada** no seu **tempo livre** quando você está:

	não	sim
14. ...cansado	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
15. ...de mau humor	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
16. ...sem tempo	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
17. ...de férias	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
18. ...ou quando está muito frio	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

Bloco 5 - Gosto pela Caminhada

19. Você GOSTA de caminhar no seu tempo livre?

0 não 1 um pouco 2 muito

20. Você se SENTE BEM quando está caminhando no seu tempo livre?

0 não 1 um pouco 2 muito

21. Você se SENTE BEM depois que caminha no seu tempo livre?

0 não 1 um pouco 2 muito

Bloco 6 - Suporte Social para Caminhada no Tempo Livre

Nos últimos 3 MESES, com que frequência alguém **que mora com você...** (que dorme e faz refeições na mesma casa)

	nunca	às vezes	sempre
22. Fez Caminhada com você	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
23. Te convidou para caminhar	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
24. Te incentivou a caminhar	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

Nos últimos 3 MESES, com que frequência algum AMIGO...
(qualquer pessoa que não more na casa, mesmo que seja parente)

- | | nunca | às vezes | sempre |
|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 25. Fez Caminhada com você | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 26. Te convidou para caminhar | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 27. Te incentivou a caminhar | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

Bloco 7 - Auto-Eficácia para Atividade Física no Tempo Livre

Agora vamos falar sobre as atividades físicas que você faz no seu tempo livre.

28. Sem contar a caminhada, você **faz** ou **já fez** atividades físicas no seu tempo livre? (Natação, esporte, corrida, bicicleta)
- 1 sim 99 nunca fez (Pule para o bloco 9)

Você **CONSEGUE** fazer atividades físicas **MÉDIAS** ou **FORTES** no seu tempo livre quando você está:

- | | não | sim |
|----------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 29. ...cansado | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 30. ...de mau humor | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 31. ...sem tempo | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 32. ...de férias | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 33. ...ou quando está muito frio | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |

Bloco 8 - Gosto por Atividades Físicas MÉDIAS ou FORTES

Sem contar a caminhada...

34. Você **GOSTA** de fazer atividades físicas **médias** ou **fortes** no seu tempo livre?
- 0 não 1 um pouco 2 muito
35. Você se **SENTE BEM** quando **está fazendo** atividades físicas **médias** ou **fortes** no seu tempo livre?
- 0 não 1 um pouco 2 muito
36. Você se **SENTE BEM** depois que faz atividades físicas **médias** ou **fortes** no seu tempo livre?
- 0 não 1 um pouco 2 muito

Bloco 9 - Suporte Social para Atividades Físicas no Tempo Livre

Nos últimos 3 MESES, com que frequência alguém **que mora com você...** (que dorme e faz refeições na mesma casa)

- | | nunca | às vezes | sempre |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 37. Fez exercícios médios ou fortes com você | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 38. Te convidou você para fazer exercícios médios ou fortes | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 39. Te incentivou você para fazer exercícios médios ou fortes | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

Nos últimos 3 MESES, com que frequência algum AMIGO...
(qualquer pessoa que não more na casa, mesmo que seja parente)

- | | nunca | às vezes | sempre |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 40. Fez exercícios médios ou fortes com você | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 41. Te convidou você para fazer exercícios médios ou fortes | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 42. Te incentivou você para fazer exercícios médios ou fortes | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

Bloco 10 - Utilização do Parque/Praça mais Próximo

Agora vamos falar sobre o parque/prça. (Falar o nome do parque ou praça mais próximo).

43. Nos últimos 12 meses, você frequentou o **parque/prça...**?
(Falar o nome do parque ou praça mais próximo)

0 não 1 sim 99 nunca foi ou não conhece
(Pule para o bloco 15)

(Pule para o bloco 14)

44. Quantas vezes você foi nos últimos 12 meses?

0 algumas vezes no ano 5 4 dias/semana
1 algumas vezes por mês 6 5 dias/semana
2 1 dia/semana 7 6 dias/semana
3 2 dias/semana 8 7 dias/semana
4 3 dias/semana

45. O que você fez ou faz no **parque/prça...**?

(Assinale apenas uma: a principal)

- | | |
|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> caminhada | 10 <input type="checkbox"/> caminhada com cachorro |
| 2 <input type="checkbox"/> corrida | 11 <input type="checkbox"/> celebrações e piqueniques |
| 3 <input type="checkbox"/> alongamento | 12 <input type="checkbox"/> natação |
| 4 <input type="checkbox"/> futebol | 13 <input type="checkbox"/> sentado no parque/leitura |
| 5 <input type="checkbox"/> basquete, vôlei, etc... | 14 <input type="checkbox"/> frescobol |
| 6 <input type="checkbox"/> tênis | 15 <input type="checkbox"/> playground |
| 7 <input type="checkbox"/> encontrar amigos | 16 <input type="checkbox"/> skate |
| 8 <input type="checkbox"/> andar de bicicleta | 17 <input type="checkbox"/> passeio com a família |
| 9 <input type="checkbox"/> exercícios em equipamentos de ginástica | 18 <input type="checkbox"/> outros |

Bloco 11 - Avaliação do Parque/Praça

Você **acha** que o **parque/prça...** ?

(Falar o nome do parque ou praça mais próximo).

46. Tem estrutura para fazer aquilo que você gosta?

0 não 1 sim 99 não sabe

47. É mal cuidado?

0 não 1 sim 99 não sabe

48. É feio?

0 não 1 sim 99 não sabe

49. É perigoso no horário em que você vai?

0 não 1 sim 99 não sabe

50. É longe de sua casa?

0 não 1 sim 99 não sabe

51. É difícil chegar?

0 não 1 sim 99 não sabe

Bloco 12 - Barreiras para a utilização dos Parques

Eu quero saber se esses **motivos** te **IMPEDEM** de ir ao parque /praça...? (Falar o nome do parque ou praça mais próximo).

52. Quando o clima esta ruim (chuva, frio, muito sol)?

0 não 1 sim

53. Quando você prefere fazer outras coisas?

0 não 1 sim

54. Quando você está com preguiça?

0 não 1 sim

55. Quando você está muito cansado?

0 não 1 sim

56. Quando você tem muitas coisas para fazer?

0 não 1 sim

57. Quando não tem ninguém para ir com você?

0 não 1 sim

58. Quando ninguém te convida?

0 não 1 sim

Bloco 13 - Gosto pelo Parque/Praça

Continue pensando no parque/praiça...?

(Falar o nome do parque ou praça mais próximo).

59. Você **GOSTA** de ir lá?

0 não 1 um pouco 2 muito

60. Você se **SENTE BEM** quando está lá?

0 não 1 um pouco 2 muito

61. Você se **SENTE BEM** depois que vai lá?

0 não 1 um pouco 2 muito

(Pule para o bloco 15)

Bloco 14 - Motivos para não utilização do Parque/Praça

Esse bloco é somente para quem respondeu "nunca foi ou não conhece" na questão 43

Porque você nunca foi ou não conhece?

62. Você prefere fazer outras coisas?

0 não 1 sim

63. Você tem preguiça de ir?

0 não 1 sim

64. Você está sempre cansado?

0 não 1 sim

65. Você tem muitas coisas para fazer?

0 não 1 sim

66. Ninguém nunca te convidou?

0 não 1 sim

67. Quando não tem ninguém para ir com você?

0 não 1 sim

68. Você não gosta?

0 não 1 sim

Bloco 15 - Utilização de outro Parque/Praça

69. Nos últimos **12 meses**, você foi a outro parque/praiça?

(Aquele que a pessoa mais frequenta)

0 não (Pule para a questão 72) 1 sim

70. Qual? _____

71. Nos últimos **12 meses** quantas vezes você foi a este parque/praiça?

0 algumas vezes no ano 5 4 dias/semana
1 algumas vezes por mês 6 5 dias/semana
2 1 dia/semana 7 6 dias/semana
3 2 dias/semana 8 7 dias/semana
4 3 dias/semana

Bloco 16 - Utilização das Pistas de Caminhada no Tempo Livre

Agora vamos falar sobre pistas de caminhada e cicloviárias.

72. Nos últimos **12 meses** você caminhou nas **pistas de caminhada** ou **cicloviárias** próximas a sua casa?

(Não considerar pistas dentro dos parques e atividade física como transporte)

0 não 1 sim 99 nunca foi ou não conhece

(Pule para a questão 74)

(Pule para a questão 74)

73. Quantas vezes você foi nos últimos **12 meses**?

0 algumas vezes no ano 5 4 dias/semana
1 algumas vezes por mês 6 5 dias/semana
2 1 dia/semana 7 6 dias/semana
3 2 dias/semana 8 7 dias/semana
4 3 dias/semana

Bloco 17 - Utilização das Cicloviárias no Tempo Livre

74. Nos últimos **12 meses**, você **andou** de bicicleta nas **cicloviárias** ou **pistas de caminhada** próximas a sua casa?

0 não 1 sim 99 não tem ou não conhece

(Pule para a questão 76)

(Pule para a questão 76)

75. Quantas vezes você foi nos últimos **12 meses**?

0 algumas vezes no ano 5 4 dias/semana
1 algumas vezes por mês 6 5 dias/semana
2 1 dia/semana 7 6 dias/semana
3 2 dias/semana 8 7 dias/semana
4 3 dias/semana

Bloco 18 - Utilização de Ruas da Cidadania

Agora vamos falar sobre as ruas da cidadania.

76. Nos últimos **12 meses**, você fez atividade física na **Rua da Cidadania** próxima a sua casa?

0 não 1 sim 99 não tem ou não conhece

(Pule para a questão 78)

(Pule para a questão 78)

77. Quantas vezes você foi nos últimos **12 meses**?

0 algumas vezes no ano 5 4 dias/semana
1 algumas vezes por mês 6 5 dias/semana
2 1 dia/semana 7 6 dias/semana
3 2 dias/semana 8 7 dias/semana
4 3 dias/semana

Bloco 19 - Presença de Equipamentos de Atividade Física no Ambiente Doméstico

Agora vou perguntar sobre **materiais** ou **equipamentos** que você tem em casa.

Você tem...

78. Bicicleta ergométrica ou esteira?

0 não 1 sim 99 não sabe

79. Caneleiras, tornozeleiras, bastões ou similares?

0 não 1 sim 99 não sabe

- 80.** Step ou material de ginástica?
0 não 1 sim 99 não sabe
- 81.** Vídeos, DVD's ou fitas de áudio de aulas de ginástica ou localizada?
0 não 1 sim 99 não sabe
- 82.** Bolas (vôlei, futebol e etc), raquetes, redes para jogos, traves e etc?
0 não 1 sim 99 não sabe
- 83.** Kimono, abadá para lutas?
0 não 1 sim 99 não sabe
- 84.** Saco de pancada ou similar?
0 não 1 sim 99 não sabe
- 85.** Tênis de corrida?
0 não 1 sim 99 não sabe
- 86.** Colchonete de ginástica?
0 não 1 sim 99 não sabe
- 87.** Tatame ou piso emborrachado?
0 não 1 sim 99 não sabe
- 88.** Aparelho para medir a frequência cardíaca (Polar)?
0 não 1 sim 99 não sabe
- 89.** Cama elástica?
0 não 1 sim 99 não sabe
- 90.** Bola suíça (fit ball)? (*Bola grande para fazer alongamento*)
0 não 1 sim 99 não sabe
- 91.** Skate ou patins?
0 não 1 sim 99 não sabe
- 92.** Bicicleta?
0 não 1 sim 99 não sabe
- 93.** Óculos, nadadeira (pé de pato), touca de natação, prancha, *pull boy*?
0 não 1 sim 99 não sabe
- 94.** Roupas de borracha para surf ou mergulho?
0 não 1 sim 99 não sabe
- 95.** Pranchas (*surf, body board, etc*)?
0 não 1 sim 99 não sabe
- Se você estiver em uma casa perguntar se a pessoa tem no quintal...
Se estiver em um prédio perguntar se tem no condomínio...*
- 96.** Parquinho ou cama elástica?
0 não 1 sim 99 não sabe
- 97.** Máquinas de musculação?
0 não 1 sim 99 não sabe
- 98.** Quadra de esporte (futebol, tênis, vôlei, basquete e etc)?
0 não 1 sim 99 não sabe
- 99.** Piscina?
0 não 1 sim 99 não sabe
- 100.** Pista de skate?
0 não 1 sim 99 não sabe
- 101.** Pista de caminhada?
0 não 1 sim 99 não sabe

102. Material de escalada?
0 não 1 sim 99 não sabe

103. Cachorro?
0 não 1 sim 99 não sabe

**Bloco 20 - Escala de Mobilidade Ativa
do Ambiente Comunitário**

Gostaríamos de saber o que você **acha** ou **sente** sobre o seu bairro.

Perto da sua residência:

104. Os terrenos possuem apenas uma casa ou sobrado?
nenhuma algumas quase todas todas não sabe
0 1 2 3 99

105. As moradias são **casas** ou sobrados **conjugados**?
nenhuma algumas quase todas todas não sabe
0 1 2 3 99

106. Os prédios são baixos, com até **3 andares**?
nenhum alguns quase todos todos não sabe
0 1 2 3 99

107. Os prédios são médios, de **4-6 andares**?
nenhum alguns quase todos todos não sabe
0 1 2 3 99

108. Os prédios são altos, de **7-12 andares**?
nenhum alguns quase todos todos não sabe
0 1 2 3 99

109. Os prédios são muito altos, acima de **13 andares**?
nenhum alguns quase todos todos não sabe
0 1 2 3 99

Quanto tempo você leva para ir **CAMINHANDO** para os seguintes comércios **MAIS PRÓXIMOS**?

	1-5 min	6-10 min	11-20 min	21-30 min	+ 31 min	não sabe não tem
110. Loja de conveniência Mercadinho /Armazém	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
111. Supermercado	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
112. Loja de material de construção	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
113. Feira/Feira Livre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
114. Lavanderia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
115. Loja de roupas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
116. Correio	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
117. Padaria/cafeateria	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
118. Escola/faculdade	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
119. Papelaria	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
120. Lanchonete	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
121. Bar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
122. Banco ou lotérica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
123. Restaurante	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
124. Locadora de vídeo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
125. Farmácia/ Drogaria	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
126. Salão de beleza/ Barbeiro	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
127. Seu trabalho ou escola	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
128. Ponto de ônibus	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
129. Praça	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
130. Parque	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
131. Centro comunitário Associação de moradores	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>
132. Academia de ginástica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	99 <input type="checkbox"/>

Agora vamos falar sobre outros aspectos do seu bairro...

133. As lojas do bairro são próximas da sua casa para ir **CAMINHANDO?** (até 15 minutos)
0 não 1 sim 99 não sabe/não tem
134. Tem lugar para estacionar na maioria das ruas?
0 não 1 sim 99 não sabe/não tem
135. Existem vários locais em que você pode ir **caminhando FACILMENTE?**
0 não 1 sim 99 não sabe/não tem
136. É fácil **caminhar** da sua casa até um ponto de ônibus?
0 não 1 sim 99 não sabe/não tem
137. As ruas são inclinadas (tem subidas e decidas) fazendo com que seja **difícil** caminhar?
0 não 1 sim 99 não sabe/não tem
138. Tem muitas **barreiras** como rodovias, rios, trilhos de trem, que dificultam caminhar de um lugar para outro no **bairro?**
0 não 1 sim 99 não sabe/não tem
139. Existem poucas ruas sem saída no seu **bairro?**
0 não 1 sim 99 não sabe/não tem
140. As distâncias entre as esquinas no bairro são curtas (menos de 100 metros)?
0 não 1 sim 99 não sabe/não tem
141. Existem caminhos alternativos que você possa usar para ir de um lugar para outro no **bairro?**
0 não 1 sim 99 não sabe/não tem
142. Existem calçadas na maioria das ruas?
0 não 1 sim 99 não sabe/não tem
143. As **calçadas** são separadas das ruas por área de estacionamento?
0 não 1 sim 99 não sabe/não tem
144. As **calçadas** são separadas das ruas por um canteiro, faixa de grama, terra, arbusto ou árvore?
0 não 1 sim 99 não sabe/não tem
145. Existem **árvores** ao longo das ruas do **bairro?**
0 não 1 sim 99 não sabe/não tem
146. Quando você caminha no **bairro** encontra muitas coisas **interessantes** para ver?
0 não 1 sim 99 não sabe/não tem
147. Existem muitas **atrações naturais** no **bairro** (como paisagens, vistas)
0 não 1 sim 99 não sabe/não tem
148. Existem muitas construções/casas bonitas no **bairro?**
0 não 1 sim 99 não sabe/não tem
149. Na **rua** que você mora o **trânsito** é tão intenso que é difícil ou desagradável **caminhar?**
0 não 1 sim 99 não sabe/não tem
150. Na **rua** que você mora a velocidade do trânsito é **baixa** (30km/h ou menos)?
0 não 1 sim 99 não sabe/não tem

151. Nas **ruas** do seu bairro a maioria dos motoristas **ultrapassa o limite** de velocidade?
0 não 1 sim 99 não sabe/não tem
152. Existem **faixas, sinais** ou **passarelas** que **facilitam** a travessia das ruas movimentadas do bairro?
0 não 1 sim 99 não sabe/não tem
153. As ruas do bairro são bem iluminadas à noite?
0 não 1 sim 99 não sabe/não tem
154. Quando você está **DENTRO DE CASA** é fácil enxergar pessoas **caminhando** ou **andando de bicicleta** na rua?
0 não 1 sim 99 não sabe/não tem
155. Existem muitos crimes no seu **bairro?**
0 não 1 sim 99 não sabe/não tem
156. É seguro caminhar durante o **dia** no seu **bairro?**
0 não 1 sim 99 não sabe/não tem
157. É seguro caminhar durante a **noite** no seu **bairro?**
0 não 1 sim 99 não sabe/não tem

Bloco 21 - Fatores Comunitários

Agora vamos falar sobre a sua satisfação com o bairro e com a cidade.

158. Você **GOSTA** de morar no seu bairro?
0 não 1 sim
159. Você mora neste bairro por **OPÇÃO?**
0 não 1 sim
160. Você está **SATISFEITO(a)** com o seu Bairro?
0 não 1 sim
161. Se você **PUDESSE**, moraria em **outro** bairro?
0 não 1 sim
162. Você **participa** ou **frequenta** a Associação de Moradores do Bairro (Grupo Comunitário)?
0 não 1 sim 99 não sabe/não tem
163. Você **GOSTA** do parque/prça...?
(Falar o nome do parque ou praça mais próximo)
0 não 1 sim 99 não conhece/não sabe
(Pule para a questão 165)

164. Você está **SATISFEITO** com esse (a) parque/prça?
0 não 1 sim

165. Você **GOSTA** de Curitiba?
0 não 1 sim

166. Você está **SATISFEITO(a)** com a cidade?
0 não 1 sim

Bloco 22 - Transporte

Agora vamos falar sobre seu meio de transporte.

167. Qual o **PRINCIPAL** meio de transporte que você usa no dia-a-dia?
- | | | |
|--|--------------------------------------|----------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> carro | 4 <input type="checkbox"/> moto | 7 <input type="checkbox"/> a pé |
| 2 <input type="checkbox"/> ônibus público | 5 <input type="checkbox"/> táxi | 8 <input type="checkbox"/> outro |
| 3 <input type="checkbox"/> ônibus particular | 6 <input type="checkbox"/> bicicleta | |
- (empresa)

168. Você **USA** o transporte público da cidade?

0 não (Pule para a questão 171) 1 sim

169. Quantos dias por semana?

1 2 3 4 5 6 7

170. Quais linhas de ônibus você utiliza? (marque as que se aplicam)

1 interbairros (verde) 3 alimentadores (laranja) 5 expressos (vermelho)
2 ligeirinho (cinza) 4 metropolitano 6 convencional (amarelo)
7 outros

171. Quantos dias por semana você utiliza transporte particular (carro e moto)?

0 não utiliza
1 2 3 4 5 6 7

Bloco 23 - Qualidade de Vida

Queremos saber o que você acha de sua **vida**.

Leve em conta as **2 últimas semanas**.

172. O que você acha da sua qualidade de vida?

muito ruim ruim nem ruim nem boa boa muito boa
0 1 2 3 4

173. Você está **satisfeito** com a sua saúde?

muito insatisfeito insatisfeito nem satisfeito nem insatisfeito satisfeito muito satisfeito
0 1 2 3 4

174. Algum tipo de dor impede você de fazer o que precisa?

nada muito pouco mais ou menos bastante extremamente
0 1 2 3 4

175. Você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?

nada muito pouco mais ou menos bastante extremamente
0 1 2 3 4

176. Você aproveita a vida?

nada muito pouco mais ou menos bastante extremamente
0 1 2 3 4

177. Você acha que a sua vida tem sentido?

nada muito pouco mais ou menos bastante extremamente
0 1 2 3 4

178. Você consegue se concentrar?

nada muito pouco mais ou menos bastante extremamente
0 1 2 3 4

179. Você se sente confiante em sua vida diária?

nada muito pouco mais ou menos bastante extremamente
0 1 2 3 4

180. O seu ambiente físico é saudável (clima, barulho, poluição)?

nada muito pouco mais ou menos bastante extremamente
0 1 2 3 4

Agora queremos saber sobre sua **capacidade e satisfação** com certas coisas. Considere as **últimas 2 semanas**.

181. Você tem **disposição** para as atividades do seu dia-a-dia?

nada muito pouco médio muito completamente
0 1 2 3 4

182. Você é capaz de aceitar sua aparência física?

nada muito pouco médio muito completamente
0 1 2 3 4

183. Você tem dinheiro **suficiente** para satisfazer suas **necessidades**?

Nada Muito pouco Médio Muito Completamente
0 1 2 3 4

184. Você tem informações **disponíveis** para o que precisa no seu dia-a-dia?

nada muito pouco médio muito completamente
0 1 2 3 4

185. Você tem **oportunidade** de fazer atividades no **tempo livre**?

nada muito pouco médio muito completamente
0 1 2 3 4

186. Qual a sua **capacidade** de se locomover (**caminhando**)?

muito ruim ruim nem ruim nem bom bom muito bom
0 1 2 3 4

187. Você está satisfeito com o seu sono?

muito insatisfeito insatisfeito nem satisfeito nem insatisfeito satisfeito muito satisfeito
0 1 2 3 4

188. Você está satisfeito com sua **capacidade** de desempenhar as **atividades do dia-a-dia**?

muito insatisfeito insatisfeito nem satisfeito nem insatisfeito satisfeito muito satisfeito
0 1 2 3 4

189. Você está satisfeito com sua **capacidade** para o **trabalho**?

muito insatisfeito insatisfeito nem satisfeito nem insatisfeito satisfeito muito satisfeito
0 1 2 3 4

190. Você está satisfeito **consigo mesmo**?

muito insatisfeito insatisfeito nem satisfeito nem insatisfeito satisfeito muito satisfeito
0 1 2 3 4

191. Você está satisfeito **com suas relações pessoais** (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?

muito insatisfeito insatisfeito nem satisfeito nem insatisfeito satisfeito muito satisfeito
0 1 2 3 4

192. Você está satisfeito com sua vida sexual?

muito insatisfeito insatisfeito nem satisfeito nem insatisfeito satisfeito muito satisfeito
0 1 2 3 4

193. Você está satisfeito com o **apoio** que você recebe de seus **amigos**?

muito insatisfeito insatisfeito nem satisfeito nem insatisfeito satisfeito muito satisfeito
0 1 2 3 4

194. Você está satisfeito com as **condições** do local onde mora?

muito insatisfeito insatisfeito nem satisfeito nem insatisfeito satisfeito muito satisfeito
0 1 2 3 4

195. Você está satisfeito com o seu **acesso** aos serviços de saúde?

muito insatisfeito insatisfeito nem satisfeito nem insatisfeito satisfeito muito satisfeito
0 1 2 3 4

196. Você está satisfeito com o seu meio de transporte?

muito insatisfeito insatisfeito nem satisfeito nem insatisfeito satisfeito muito satisfeito
0 1 2 3 4

197. Com que frequência você tem **sentimentos negativos** tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

nunca algumas vezes frequentemente muito frequentemente sempre
0 1 2 3 4

Bloco 24 - Percepção de Saúde e Estresse

Agora vamos falar sobre sua percepção de saúde e estresse.

198. Como você considera a sua saúde?

ruim regular boa muito boa
0 1 2 3

199. Nos últimos **30 dias**, com que frequência você percebeu que **NÃO** conseguiu controlar coisas importantes na sua vida?

nunca quase nunca as vezes quase sempre sempre
0 1 2 3 4

200. Com que frequência você **conseguiu** lidar com seus problemas pessoais?

nunca quase nunca as vezes quase sempre sempre
0 1 2 3 4

201. Com que frequência você **percebeu** que as coisas **aconteceram** como você queria?

nunca quase nunca as vezes quase sempre sempre
0 1 2 3 4

202. Com que frequência você **percebeu** que os problemas acumularam tanto que você **não conseguiu** resolvê-los?

nunca quase nunca as vezes quase sempre sempre
0 1 2 3 4

Bloco 25 - Religiosidade

Agora queremos saber algumas informações sobre a sua **religiosidade**:

203. Você frequenta igreja, templo ou local de culto?

Nunca poucas vezes ao ano poucas vezes no mês pelo menos uma vez por semana uma vez ao dia várias vezes ao dia
0 1 2 3 4 5

204. Você se considera religioso?

nada um pouco moderadamente muito
0 1 2 3

205. Você usa a sua fé ou crença para lhe **ajudar a lidar** com os problemas do dia-a-dia?

nunca raramente as vezes frequentemente sempre
0 1 2 3 4

206. Com que **frequência** você faz orações?

Nunca poucas vezes ao ano poucas vezes no mês pelo menos uma vez por semana uma vez ao dia várias vezes ao dia
0 1 2 3 4 5

207. Com que frequência as pessoas da **igreja** ou **lugar de culto** lhe **ajudam** com as coisas ou assuntos **fora da igreja**?

nunca raramente as vezes frequentemente sempre
0 1 2 3 4

Bloco 26 - Fatores de Risco e Estilo de Vida

Agora vamos falar sobre o seu estilo de vida.

208. Você fuma? (*considerar apenas o consumo de tabaco: cigarro, cachimbo, charuto ou cigarro de palha.*)

não sim, ocasionalmente sim, diariamente
0 1 2

(Pule para a questão 210)

(Pule para a questão 210)

209. Você já fumou algum dia?

0 não 1 sim

Algum **MÉDICO** já disse que você tem...

não sim não lembra
210. Pressão alta? 0 1 99
211. Diabetes, açúcar no sangue? 0 1 99
212. Colesterol alto? 0 1 99
213. Triglicérides alto? 0 1 99
214. Infarto, derrame ou acidente vascular cerebral? 0 1 99
215. Osteoporose, fraqueza nos ossos? 0 1 99

Bloco 27 - Ocupação

Agora vamos falar sobre suas ocupações.

216. Você trabalha?

0 não (*Pule para a questão 223*) 1 sim

217. Qual é a sua profissão?

218. Seu trabalho é remunerado?

0 não 1 sim

219. Seu trabalho é com carteira assinada (formal)?

0 não 1 sim

220. Quantos dias por semana você trabalha?

1 2 3 4 5 6 7

221. Quantas horas por dia você trabalha?

horas

222. Quanto tempo você gasta se deslocando (ir + voltar) **POR DIA**, para o trabalho?

minutos

223. Você frequenta escola/universidade?

(*Queremos saber se a pessoa estuda.*)

0 não (*Pule para a questão 227*) 1 sim

224. Quantos dias por semana?

1 2 3 4 5 6 7

225. Nos dias que você vai à escola quantas horas você fica lá?

horas

226. Quanto tempo você gasta se deslocando (ir + voltar) **POR DIA**, para a escola/faculdade?

minutos

Bloco 28 - Informações Demográficas

Estamos quase chegando ao fim, por favor responda só mais algumas perguntas.

227. Sexo? (*apenas observar e anotar*)

1 Masculino 2 Feminino

228. Qual sua data de Nascimento: ____/____/____

229. Qual o seu peso atual? _____ kg

