



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

DAIANE NASCIMENTO DE CASTRO

**CARACTERÍSTICAS DA VIZINHANÇA E A PRÁTICA DE
ATIVIDADE FÍSICA ENTRE ADOLESCENTES E
ADULTOS JOVENS**

Salvador

2016

DAIANE NASCIMENTO DE CASTRO

**CARACTERÍSTICAS DA VIZINHANÇA E A PRÁTICA DE
ATIVIDADE FÍSICA ENTRE ADOLESCENTES E
ADULTOS JOVENS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA com área de concentração em epidemiologia como requisito para obtenção do grau de mestre em Saúde Comunitária.

Orientadora: Prof. Dr^a. Rosana Aquino Guimarães Pereira.

Salvador

2016

DEDICATÓRIA

A meu pai (*in memoriam*), que sempre priorizou e incentivou a minha educação e certamente estaria muito orgulhoso em ver a conclusão desta etapa da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Então, muito feliz e com o coração cheio de gratidão, deixo de lado as formalidades acadêmicas para prestar a minha singela homenagem e agradecimentos a tantas pessoas que percorreram comigo esta jornada e que de alguma maneira contribuíram para que eu chegasse até aqui.

À Rosana Aquino, minha orientadora e minha inspiração! O caminho acadêmico que trilhei, deve-se grande parte a esta pessoa que tanto admiro. Obrigada pela confiança, aprendizado, dedicação e amizade. Tenho certeza que a trajetória não se encerrará por aqui. Espero retornar em breve!

A querida Val, que neste reencontro que a vida nos proporcionou, foi para mim mais que uma amiga! Um ser cheio de luz, que sempre esteve na torcida com seu carinho enorme.

Aos amigos do GRAB, que certamente levarei para toda vida. Obrigada pelo companheirismo e pela troca de experiências. Não posso deixar de citar Marina e Poliana pela acolhida e disponibilidade em colaborar para a conclusão deste trabalho.

Aos professores do Instituto de Saúde Coletiva, em especial Ana Luiza Vilas Boas, Cristiane Abdon e Guadalupe Medina que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

As professoras que compuseram minha banca de qualificação e de defesa, Estela Aquino e Dóra Chor pelas sugestões e críticas que contribuíram para o aprimoramento deste trabalho.

A todos os meus amigos que cheios de otimismo me encorajaram e nunca tiveram dúvida do meu potencial.

Por fim agradeço a minha família, meu maior tesouro, razão e destino de todas as minhas conquistas. Não há palavras que expressem o quanto sou grata a minha mãe e ao meu irmão pelo amor desmedido e por sempre acreditarem e se orgulharem de mim,

incondicionalmente. Ao meu marido, confidente e companheiro de todas as horas, que se fez presente mesmo tão distante. Temos caminhando juntos numa estrada cheia de sonhos, já realizamos alguns, mas temos muitos outros a serem alcançados! Obrigada pela compreensão nos momentos mais difíceis, paciência e incentivo nessa conquista chamada mestrado. Amo você!

CASTRO, Daiane Nascimento. **Características da vizinhança e a prática de atividade física entre adolescentes e jovens**, 2016. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

RESUMO

Introdução: A adoção da prática regular de atividade física proporciona inúmeros benefícios à saúde. Estudos apontam que a determinação deste comportamento é complexa e multifatorial, sendo destacada a importância de características da vizinhança, tais como disponibilidade de espaços públicos, condições adequadas de iluminação, segurança e trânsito, para o estímulo a comportamentos ativos. **Objetivo:** Analisar a associação entre as características de vizinhança e os padrões de atividade física de adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia. **Métodos:** Trata-se de um inquérito domiciliar, de corte transversal, aninhado à pesquisa “Avaliação dos hábitos de vida e acessibilidade aos serviços de Atenção Primária à Saúde da população entre 15 a 24 anos”, realizada em um município da Bahia. A amostra por conglomerados foi obtida através de cálculo probabilístico, em dois estágios de seleção: unidade primária – microarea; unidade secundária – indivíduo adolescente ou jovem. O instrumento para analisar atividade foi o International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) - versão curta e o desfechos foram nível de atividade física e a prática de atividade de lazer. Foram utilizadas 14 variáveis como características percebidas de vizinhança. Para verificar a existência de associação entre características e escalas da vizinhança e a prática de atividade física total e de lazer, foram estimadas a Odds Ratio (OR) e seus respectivos intervalos de confiança (IC-95%), em modelos brutos e ajustados, resultando em dois grupos de modelos de regressão logística com correção para amostragens complexas. **Resultados:** A prevalência de atividade física em níveis recomendados foi de 66,0% e de atividade de lazer foi de 49,1% entre adolescentes e adultos jovens. No modelo de regressão ajustado pelas variáveis sociodemográficas e autopercepção de saúde, “ter sido vítima violência” esteve associado positiva e estatisticamente significativa com maiores níveis de prática de atividade física (OR:1,57; IC95%: 1,23-2,0). Para atividade física no lazer, no modelo ajustado, verificou-se que “existência de lanchonete” associou-se inversamente com a prática de atividade física neste domínio (OR:0,79; IC95%: 0,64-0,98). **Conclusões:**

As associações encontradas no presente estudo reforçam a complexidade da temática abordada, sendo recomendadas maiores investigações aplicação de métodos estatísticos mais sofisticados. Os padrões de atividade física de lazer são considerados insatisfatórios, sendo necessária a expansão das ações destinadas a estimular a prática de atividade de lazer entre adolescentes e jovens.

Palavras-chave: Vizinhança, atividade física, adolescente e adulto jovem.

CASTRO, Daiane Nascimento. **Neighborhood characteristics and physical activity among youth**, 2016. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

ABSTRACT

Introduction: The adoption of regular physical activity practice provides numerous healthy benefits. Studies present that the determination of this behavior is complex and multifactorial, and highlighted the importance of neighborhood characteristics such as availability of public spaces, suitable lighting, security and traffic, to stimulate the active behaviors. **Objective:** To analyze the association between neighborhood characteristics and physical activity patterns of young people in a city in the state of Bahia. **Methods:** This is a survey community based, cross-sectional, nested research "Evaluation of lifestyle and accessibility to services of primary health care of the population aged 15-24 years," held in the State of Bahia. The cluster sampling was obtained via probabilistic calculations in two selection stages: primary unit (micro-area) and secondary drive (teenager or young person). We employed the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)-short version, and the outcomes included levels of physical activity and the practice of leisure activities. We evaluated characteristics about the perceived neighborhood using 14 variables. In order to verify the existence of an association between characteristics and neighborhood scales and practices of total physical activity and leisure-time physical activity, we estimated odds ratios (ORs) and confidence intervals (95% CI) in crude and adjusted models. Our analysis resulted in three sets of logistic regression models that were adjusted for complex samples. **Results:** The prevalence of physical activity in adolescents and young adults was 66.0%, and the prevalence of leisure-time physical activity was 49.1%. in the regression model, each neighborhood variable was individually adjusted for socio demographic variables and self-perceived health, and high levels of physical activity were statistically significantly associated with and "victim of violence" (OR: 1.5; 95% CI 1.18–1.91). The model that took into account leisure physical activity as an outcome and as adjusted for sociodemographic variables, self-perceived health demonstrated statistically significant inverse association with the "existence of many eateries nearby home" (OR:

0.72; 95% CI: 0.57–0.91). **Conclusions:** The associations found in the study reinforce the complexity of the issue addressed. It is recommended further investigations using sophisticated statistical methods. Further investigation is clearly required, as is the expansion of efforts aimed at stimulating leisure-time activity among adolescents and youth.

Keywords: Neighborhood, physical activity, adolescent and young adult.

SUMÁRIO

1. Introdução	11
2. Fundamentação Teórica	15
2.1. Vizinhança e Saúde	15
2.2. Atividade Física e ambiente	19
2.3. Adolescência, juventude e saúde	22
3. Pergunta de investigação	24
4. Hipótese	24
5. Objetivos	25
Objetivo geral	25
Objetivos específicos	25
6. Métodos	25
6.1. Modelo Teórico	25
6.2. Desenho de estudo	29
6.3. População e local de estudo	29
6.3.1 O município de Camaçari: aspectos sociodemográficos	29
6.3.2 Desenvolvimento econômico e ocupação urbana	31
6.4. Amostra	33
6.5. Estudo Piloto	35
6.6. Instrumentos de coleta	36
6.7. Variáveis estudadas	37
6.8. Análise dos dados	42
6.9. Aspectos éticos da pesquisa	43
7. Resultados	44
8. Discussão	56
9. Considerações finais	63
10. Referências	64
Anexos	63

1.0 INTRODUÇÃO

As características que conformam os locais onde as pessoas residem, inter-relacionam e compartilham atividades cotidianas podem estar associadas à adoção de comportamentos, protetores ou de risco para o desencadeamento de doenças e agravos, produzindo impactos sobre a saúde de indivíduos e grupos populacionais. Embora, sejam antigas as evidências desta associação (MACYNTYRE e ELLAWAY, 2003), nas últimas décadas, tem sido crescente o interesse em investigar a importância destes espaços, sobretudo em estudos de saúde pública (DIEX ROUX, 2001; DIEX ROUX, 2007; SCHAEFER-MCDANIEL et al 2010), com o desenvolvimento teórico e metodológico em torno do conceito de vizinhança (SANTOS, 2007; CARROLL-SCOTT, 2013).

Alguns estudos evidenciaram que viver em determinados bairros favorecia a exposição a fontes de estresse crônico como ruído, violência e pobreza, associando-se com maior risco de doença isquêmica do coração (DIEX ROUX *et al*, 2001) e que residir em comunidades com menores níveis de coesão social associava-se com aumento da depressão e tabagismo (ECHEVERRÍAS *et al*, 2008). Além disso, o tipo de alimento disponível na vizinhança tem recebido atenção considerável e evidências sugerem que facilidade de acesso a alimentos baratos e altamente calóricos está associada a comportamentos alimentares menos saudáveis (GORDON-LARSEN, 2014). Outro aspecto discutido em estudos recentes refere-se as associações entre acesso a espaços de lazer, (GORDON-LARSEN *et al*, 2010) e residir em bairros seguros com a redução do sedentarismo e do Índice de Massa Corporal (IMC) (SAFRON *et al*, 2011).

Tais achados apontam que algumas características do contexto comunitário estão ligadas a um conjunto de comportamentos que podem influenciar a ocorrência de desfechos em saúde. Dentre os componentes de estilos de vida saudáveis, que estão associados a características da vizinhança, destaca-se a prática regular de atividade física, cujos benefícios gerados para a saúde dos indivíduos, em diferentes faixas etárias, são amplamente documentados (WHO, 2010).

O comportamento ativo, quando adotado precocemente, apresenta forte tendência de ser mantido na vida adulta (GUEDES, *et al*, 2001; BARRETO *et al*, 2009; GOMES *et al*, 2012) e, embora adolescentes sejam considerados como o grupo etário mais ativo fisicamente (ROMAN, *et al*, 2008), as prevalências de sedentarismo neste período da vida ainda são consideradas elevadas (OEHLSCHLAEGER *et al*, 2004; FARIAS JÚNIOR *et al* 2011). Estudos no Brasil revelam que o sedentarismo entre adolescentes chegam até 62,5% (CESCHINI *et al*, 2009).

A adoção de práticas de atividade física é um comportamento multifatorial, com determinantes de ordem biológica, psicológica, social, cultural e ambiental (PITANGA, 2002; COLLET, *et al* 2008), e as características da vizinhança se destacam entre os componentes sociais e ambientais que podem estimular ou inibir estas práticas, especialmente, aspectos relacionados à disponibilidade de espaços públicos tais como, parques, praças e ciclovias, condições adequadas de iluminação, segurança no trânsito, baixos níveis de violência e presença de pessoas ativas na vizinhança (SALLIS *et al*, 1990; TEIXEIRA, 2014; FLORINDO e HALLAL, 2011).

Em Portugal, estudo realizado com adolescentes demonstrou associação positiva entre baixo nível de atividade física, percepções de insegurança na comunidade e ausência de espaços para atividade física de lazer (LOUREIRO *et al*, 2010). Na Inglaterra, inquérito realizado com adultos revelou que as pessoas que se sentiam

inseguras durante o dia e durante a noite em sua vizinhança eram menos ativas fisicamente do que aquelas que sentiam-se seguras (HARRISON *et al*, 2007).

No Brasil, estudos realizados com adultos demonstraram níveis mais elevados de prática de atividade física de lazer entre indivíduos residentes em locais com maior proporção de área de parques, praças e jardins (BOCLIN, FAERSTEIN e LEON, 2014), e apontam, por outro lado, que a presença de bares próximo da residência (<10 minutos) associava-se com menores chances de atingir a recomendação da OMS de pelo menos 150 minutos semanais de atividade física (FLORINDO *et al*, 2011).

No cenário atual de transformações nos padrões de morbimortalidade da população brasileira e elevação da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, estudos direcionados para avaliação de comportamentos que produzem efeitos sobre a saúde dos indivíduos, tais como a atividade física, apresentam grande relevância. Assim, a investigação de fatores associados à adoção de comportamentos ativos, considerando não só a dimensão individual, mas a perspectiva do contexto e de vizinhança, configura-se de extrema importância, sobretudo quando trata-se de grupos etários mais jovens.

Vale ressaltar que, embora o número de artigos que abordam esta temática, com enfoque em adolescentes e jovens, venha sendo crescente na literatura internacional, no Brasil esta produção ainda é recente e escassa, necessitando de maior conhecimento. Portanto, a análise de características percebidas da vizinhança e a sua associação com a prática de atividade física entre adolescentes e jovens pode produzir importantes resultados, fomentar a ampliação das discussões sobre fatores estruturais, ambientais e sociais determinantes para a prática de atividade física regular e subsidiar a implantação de ações e intervenções intersetoriais nesta área. Tais achados corroboram a importância do presente estudo, que objetiva verificar as associações

entre características da vizinhança e a prática de atividade física, a fim de ampliar as discussões sobre os determinantes contextuais que influenciam a adoção deste comportamento.

2.0 Fundamentação Teórica

2.1 Vizinhança e saúde

Estudos relacionando saúde, condições de vida, ambientes físicos e sociais surgiram no século XVIII na Inglaterra, desencadeados principalmente pelo interesse em investigar os efeitos da crescente urbanização dos países europeus, agregando conhecimentos da geografia, estatística e sociologia (MACYNTYRE e ELLAWAY, 2003). As diversas transformações, ocorridas ao longo dos tempos, com destaque para os processos de industrialização e urbanização, produziram impactos ambientais e sociais com risco potencial de afetar a saúde (REIS, SALVADOR e FLORINDO 2011).

A partir da década de 1970, diversas pesquisas em saúde buscaram formular explicações contextuais para a compreensão dos desfechos em saúde e condições que contribuem para a sua ocorrência, enfatizando a necessidade de abordar além de características e comportamentos individuais, as características dos grupos ou contextos em que os indivíduos estão inseridos (SANTOS *et al*, 2007; DIEX-ROUX e MAIR, 2010; SANTOS *et al*, 2013).

Os espaços em que os indivíduos residem, interagem e realizam atividades cotidianas têm implicações para saúde, o que tem sido considerado em estudos epidemiológicos a fim de contribuir para avaliação de fatores que favorecem a ocorrência de doenças e agravos (CARROLL-SCOTT, 2013; SANTOS, 2013). A literatura produções internacional já apontou associações entre bairros/vizinhança e diferentes desfechos (DIEX-ROUX, 2001), porém, no Brasil esta abordagem ainda é recente, principalmente no tocante aos estudos sobre adoção de comportamentos saudáveis, a exemplo da atividade física.

É importante destacar, nos estudos de vizinhança, a complexidade, nos estudos de vizinhança, para o desenvolvimento de teorias plausíveis de relação causal sobre as questões investigadas, ou seja, na construção de cadeias de causalidade entre variáveis que mensurem características contextuais e os desfechos na saúde (MACYNTYRE e ELLAWAY, 2003; CURTIS e REES JONES, 1998). Estas questões remetem a reflexão sobre o que determina a escolha dos locais de moradia (estilos de vida dos indivíduos, índice de criminalidade local ou a oferta e disponibilidade de serviços, por exemplo) e, principalmente, sobre o nível de determinação deste fenômeno, pois não se trata apenas de uma escolha individual, uma vez que está limitada pela condição social dos indivíduos. Frente a esta questão, a abordagem sobre a temática tem exigido a elaboração de modelos causais mais complexos que contemplem possíveis fatores de confusão (MACYNTYRE e ELLAWAY, 2003).

Por outro lado, salienta-se que o contexto de organização e estrutura das cidades e dos bairros dos países desenvolvidos é diferente da conjuntura da maioria dos países periféricos. No Brasil, por exemplo, as alternativas de locais de moradia são muito restritas para grupos populacionais de baixa renda. Nas grandes cidades, a ocupação de terrenos periféricos, a formação de favelas e loteamentos populares são fenômenos inerentes ao descontrolado crescimento urbano, insuficiência de políticas habitacionais e da regulação pública, sendo caracterizado majoritariamente por condições de pobreza e iniquidades (CARDOSO, 2007).

Vários autores tem contribuído para o desenvolvimento do conceito de vizinhança, sendo destacado os múltiplos atributos e dimensões a serem exploradas para a compreensão de suas relações com as condições de saúde. Vizinhança pode ser conceituada como “*construção espacial e geográfica, onde os indivíduos que nela residem compartilham proximidades, circunstâncias e características*” (SANTOS *et al*;

2007). Em uma compreensão mais ampla, vizinhança extrapola limites geográficos e deve levar em consideração os componentes de solidariedade, coesão social, sensação de pertencimento, uso comum de bens e serviços, redes de apoio e interpessoais (SANTOS *et al*; 2007; Chaskin, 1997 apud SANTOS *et al* 2007; CREMONESE *et al*, 2011).

Segundo Diez Roux (2001), vizinhança pode ser compreendida como um espaço no qual os indivíduos são partes interagentes e interdependentes de grupos sociais. Outra definição de vizinhança é a de qualquer agregação geográfica, onde seus residentes locais atribuem esse significado (BOCLIN, FAERSTEIN e LEON, 2014 apud FLOREY *et al*, 2007).

Não há um consenso na literatura sobre metodologias para mensurar as características de vizinhança, como destacou um estudo de revisão, realizado com 51 publicações em língua inglesa, a partir de 1990, que sistematizou uma diversidade de abordagens, cada um com as suas próprias vantagens e limitações (SCHAEFER-MCDANIEL *et al*, 2010). Entretanto, embora sejam observadas diferenças conceituais e metodológicas nos estudos sobre a temática, (DIEZ-ROUX, 2001; SANTOS *et al*, 2007) podemos identificar duas abordagens principais de mensuração: a partir da utilização de dados secundários agregados ou da percepção dos indivíduos (PROIETTI *et al*, 2008; CÉLIO *et al*, 2014).

A primeira, mais comumente utilizada, sobretudo nos Estados Unidos e Canadá, refere-se a delimitação baseada em áreas geográficas e em unidades espaciais administrativas, as quais são mapeadas e definidas por órgãos ou instituições oficiais. Tal abordagem, embora apresente baixo custo e fácil acesso a informação, pois está baseada na utilização de dados secundários, especialmente dados censitários, possui várias limitações. Entre elas, aponta-se para o longo intervalo de tempo em que estas

informações censitárias são atualizadas, e da dificuldade em revelar diferenças sociais, contextuais e aspectos mais subjetivos, como por exemplo, as relações e interações entre os indivíduos presentes em cada área (PROIETTI *et al*, 2008; CÉLIO *et al*, 2014; SCHAEFER-MCDANIEL *et al*, 2010).

Outra forma utilizada, consiste na identificação da percepção dos indivíduos sobre a delimitação territorial de vizinhança (COULTON *et al*, 2001; CÉLIO *et al*, 2014). Esta é considerada mais complexa, pois, busca contemplar além das características espaciais e geográficas, a dimensão social da vizinhança, as práticas cotidianas dos indivíduos, disponibilidade de recursos públicos, bens e serviços e a sua própria percepção de dimensão territorial (CÉLIO *et al*, 2014).

No Brasil, os estudos que trabalham com abordagens de vizinhança autopercebida ainda são recentes, tendo sido publicado, em 2013, estudo pioneiro de validação de instrumento para medir a percepção de vizinhança e sua associação com doença cardiovascular e diabetes (SANTOS *et al*, 2013).

No presente estudo, as dimensões de vizinhança são consideradas a partir da percepção dos indivíduos do ambiente físico e social. As características estudadas contemplam atributos estruturais e sociais do entorno onde as pessoas residem, relacionadas a prática de atividade física. Assim, vizinhança autopercebida será trabalhada a partir três blocos: ambiente social, ambiente físico e disponibilidade de pontos comerciais, os quais reúnem um conjunto de atributos, que podem estar relacionados com os desfechos estudados.

2.2 Atividade física e ambiente

Estudos direcionados para investigar a relação entre atividade física e saúde surgiram apenas em meados do século XX, considerando o comportamento ativo como um potencial fator para a prevenção da ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis. Neste período, diversas pesquisas em saúde pública passaram a centrar-se na compreensão de aspectos sociais relacionados com o surgimento das doenças, sobretudo pelo cenário de transformações demográficas, sociais e dos padrões de morbimortalidade da população (PITANGA, 2002; FLORINDO e HALLAL, 2011).

A partir de então, resultados importantes evidenciaram o sedentarismo como um comportamento determinante para o desenvolvimento de doenças e agravos à saúde, assim como os benefícios gerados pela prática regular de atividade física, que passou a ser considerada como uma ação que favorece a qualidade de vida (PITANGA, 2002; COLLET *et al*, 2008; FLORINDO e HALLAL, 2011).

A temática atividade física ganhou força na Organização Mundial de Saúde (OMS) a partir de 2000, quando documento produzido pela entidade apontou a inatividade física como uma das dez principais causas de morte e incapacidade na atualidade, causando um número estimado de 3,2 milhões de mortes em todo o mundo (WHO, 2002). Atualmente, a OMS, recomenda, para adultos, pelo menos 150 minutos semanais de atividades aeróbicas de intensidade moderada, ou 75 minutos semanais de atividades de intensidade vigorosa. Para os adolescentes, são recomendados 60 minutos diários de atividades física de intensidade moderada ou vigorosa, em pelo menos 5 dias da semana, totalizando 300 minutos semanais (AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 1988; WHO, 2010)

Os malefícios do sedentarismo à saúde dos indivíduos são amplamente retratados na literatura, com maior destaque para os adultos. Todavia, efeitos negativos em crianças e adolescentes também têm ganhado destaque nos estudos, principalmente por estas fases serem caracterizadas por maiores índices de comportamentos de risco para à saúde, alterações psicológicas e hábitos alimentares inadequados (OEHLSCHLAEGER *et al*, 2004). As prevalências de sedentarismo nestas faixas ainda são consideradas elevadas e chegam até 62,5% (CESCHINI *et al*, 2009).

A atividade física pode ser definida como a realização de qualquer movimento corporal gerado pelo sistema musculoesquelético, o qual resulta em gasto energético (CASPERSEN, POWELL e CHRISTENSON, 1985), e é considerada como comportamento complexo, determinado por múltiplos fatores, de origem biológica, psicológica, social, cultural e ambiental (BOUCHARD, MALINA e PÉRUSSE 1997; PITANGA, 2002; COLLET *et al*, 2008).

Frente a complexidade deste comportamento, sobretudo em faixas etárias mais jovens, o enfoque na compreensão dos seus fatores determinantes tornou-se crescente nos estudos nas últimas décadas. A partir dos anos 1970, pesquisas que analisavam o processo de socialização da prática esportiva foram desenvolvidas, fundamentadas em teorias e modelos explicativos que consideravam a influencia dos ambientes sociais, comunitários e das relações ali estabelecidas, em uma combinação de fatores psicológicos e sociológicos (PELEGRINI, GREENDOFER e BLINDE, 1987). Abordagens mais recentes consideram que a influência se dá em múltiplos domínios, considerando além dos aspectos individuais, os componentes do nível social e ambiental (GOMES *et al*, 2012).

As discussões, que envolvem os fatores determinantes da prática de atividade física e hábitos alimentares, revelam que esta é influenciada tanto por aspectos

intrínsecos aos indivíduos até componentes da macroestrutura social, corroborando a idéia de que múltiplos fatores contribuem para a adoção de comportamentos ativos (REICHERT, 2011).

Dentre os aspectos socioculturais que podem influenciar a prática de atividade física, destaca-se influência da família, pares e professores, além das redes sociais e de apoio (PELEGRINI, 1987; SEABRA *et al*, 2008).

No tocante aos componentes ambientais, as investigações se iniciaram a partir da década de 1980, partindo do pressuposto que características do bairro e estruturas de vizinhança poderiam estimular ou inibir a prática de atividade física (SALLIS *et al*, 1990). Sallis *et al* (2009) apresentam quatro subdivisões, classificadas em ambiente construído, natural, social e comunitário, os quais podem influenciar os níveis de prática de atividade física. O ambiente natural pode ser definido pelas características climáticas, de vegetação e relevo, enquanto as características do ambiente construído consistem nos espaços físicos ou objetos presentes em um bairro, tais como praças, parques, ciclovias, sistemas de transporte, e a acessibilidade a estes (LEE *et al*, 2009; SALLIS, 2009; REIS, SALVADOR e FLORINDO, 2011). Já o ambiente social é caracterizado pelas redes de interação estabelecidas com familiares, amigos, vizinhos e o conjunto de normas e características que as rodeiam. O conjunto destes componentes ambientais configuram o ambiente comunitário, que consiste em um conjunto de interações ambientais, sociais e contextuais.

Estudos que objetivaram identificar a associação entre a percepção do ambiente comunitário com a prática de atividade física nos domínios do lazer e deslocamento verificaram associações positivas com diversas características, tais como segurança, acessibilidade a pontos comerciais, de serviços e de lazer, presença de locais para

prática de atividade e coesão social (REIS, SALVADOR e FLORINDO, 2011; ECHEVERRÍAS, *et al*, 2008).

Estas evidências reforçam a idéia de que a estrutura dos bairros e as relações sociais podem exercer influencia significativa sobre a adoção do comportamento ativo. Reiteram ainda a necessidade de ampliar as investigações sobre a temática e as discussões acerca da importância de intervenções para modificar positivamente os ambientes para estímulo à prática de atividade física.

2.3 Adolescência, juventude e saúde

A adolescência e juventude são fases da vida que envolvem processos biológicos, sociais e multiculturais complexos (BRASIL, 2010), sendo caracterizadas ainda pela formação de padrões comportamentais e estilos de vida (VINGILIS, WADE, e SEELEY, 2002). Segundo a legislação brasileira, são considerados adolescentes indivíduos que possuem entre 12 e 18 anos de idade (Lei ° 8.069/90). Já a Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde consideram a adolescência a faixa etária compreendida entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias (Brasil, 2010). Por outro lado, a definição de juventude está ancorada em uma concepção sociológica, sendo definida como um período de transição entre a adolescência e vida adulta (SILVA, 2011), e compreende a faixa etária dos 15 aos 24 anos (BRASIL, 2010).

A busca por novos desafios e experiências são atitudes inerentes aos sujeitos destes grupos etários, e ao mesmo tempo que podem favorecer a autonomia e independência destes indivíduos, podem também ocasionar prejuízos para a vida e para a saúde. Mesmo sendo observadas controvérsias quanto a definição e classificações sobre a adoção de comportamentos de risco, o uso de álcool, tabaco e outras drogas,

situações de violência e trânsito, hábitos alimentares inadequados, inatividade física e comportamentos sexuais de risco conformam o bloco de problemas mais abordados nesta faixa-etária (ZAPPE, 2014).

No entanto, destaca-se que, por se tratar de um grupo populacional composto majoritariamente de indivíduos saudáveis, muitas vezes a atenção à saúde é focalizada nas temáticas de saúde sexual e reprodutiva, (BRASIL, 2010) negligenciando demais comportamentos de risco, tais como a padrões alimentares não saudáveis e sedentarismo, importantes fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis.

Braz, (2011) em estudo de revisão, aponta que tradicionalmente as pesquisas na área da saúde com adolescentes investigam questões relacionadas ao tabagismo, alcoolismo, drogas ilícitas e violência. Embora seja notado um aumento incipiente dos estudos sobre doenças crônicas, a produção ainda é considerada escassa no âmbito nacional.

A abordagem das questões que podem aumentar ou reduzir o nível de vulnerabilidade dos adolescentes frente aos riscos, a exemplo de gênero, classe social, acesso a informação e condições de vida e saúde, tornam-se imprescindíveis na orientação de ações e estratégias voltadas para este grupo (BRASIL, 2007). De acordo com dados do IBGE, em 2010, os adolescentes e jovens (10 a 24 anos) representavam um percentual expressivo da população brasileira (26,9%) e a grande maioria (83,1%) vivia em áreas urbanas. Neste sentido, salienta-se a importância das ações de promoção da saúde voltadas para o adolescentes e jovens, sendo necessária intervenções intersetoriais, multidimensionais, incluindo o fomento de ambientes saudáveis que minimizem o adoecimento e favoreçam ao protagonismo juvenil.

03. PEGUNTA DE INVESTIGAÇÃO

Existe associação entre características percebidas da vizinhança e a prática de atividade física entre adolescentes e jovens?

04. HIPÓTESE

O presente estudo apresenta como hipótese principal que as características percebidas do ambiente físico e social da vizinhança influenciam a prática de atividade física global e de lazer entre adolescentes e adultos jovens. Considera-se que a disponibilidade de espaços públicos para a prática de atividade física, condições adequadas de iluminação, segurança e a presença de pessoas ativas na vizinhança aumentam as chances da adoção do comportamento ativo, enquanto tráfego intenso ou pesado e ter sido vítima de situações vítima de violência reduzem as chances de praticar atividade física. Além disso, pressupõe-se que a disponibilidade de pontos de alimentos saudáveis influenciam positivamente a prática de atividade física e existência de muitas lanchonetes, bares e pontos de venda cigarro influenciam negativamente a realização desta prática.

05. OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Analisar a associação entre características percebidas da vizinhança e a prática de atividade física entre adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia.

Objetivos Específicos:

1. Descrever as características percebidas da vizinhança;
2. Estimar a prevalência de atividade física total e de lazer dos adolescentes e jovens;
3. Analisar a associação entre características percebidas da vizinhança e atividade física de lazer.

6.0 MÉTODOS

6.1. Modelo Teórico

No presente estudo, a elaboração de um modelo teórico foi proposta no intuito de subsidiar a análise da relação entre as variáveis investigadas.

Para a elaboração do modelo, inicialmente considerou-se a exposição principal - vizinhança, que foi subdividida em três grandes blocos. O primeiro, *Ambiente social* é composto por questões referentes ao cumprimento e diálogo corriqueiro entre pessoas da vizinhança (cordialidade) e a possibilidade de pedir ajuda ou favor a vizinhos (solidariedade). Além disso, engloba a presença de outras pessoas se exercitando na vizinhança, a percepção de segurança e episódio de violência sofrido pelo indivíduo

entrevistado ou outro morador do domicílio. Considera-se que as relações sociais estabelecidas nos espaços onde as pessoas residem podem estimular e intensificar a prática de atividade física regular, com base no suporte social, redes comunitárias e de apoio, a participação social e vinculação à vizinhança. Durante o tempo de residência na vizinhança. Estudos apontam para uma relação entre ambientes mais seguros, deslocamento e a prática de atividade física.

O segundo bloco que compõe vizinhança, *Ambiente físico*, é composto por características do ambiente construído que podem favorecer a prática de atividade física, tais como a existência de locais para se exercitar como praças e parques, a facilidade de deslocamento, intensidade no trânsito e condições de iluminação das ruas. Estes atributos ambientais da vizinhança podem favorecer ou desfavorecer a prática de atividade física entre os residentes, uma vez que vizinhanças bem iluminadas, com ampla oferta de espaços públicos para exercícios físicos de lazer tendem a reunir um conjunto de elementos favoráveis ao comportamento ativo.

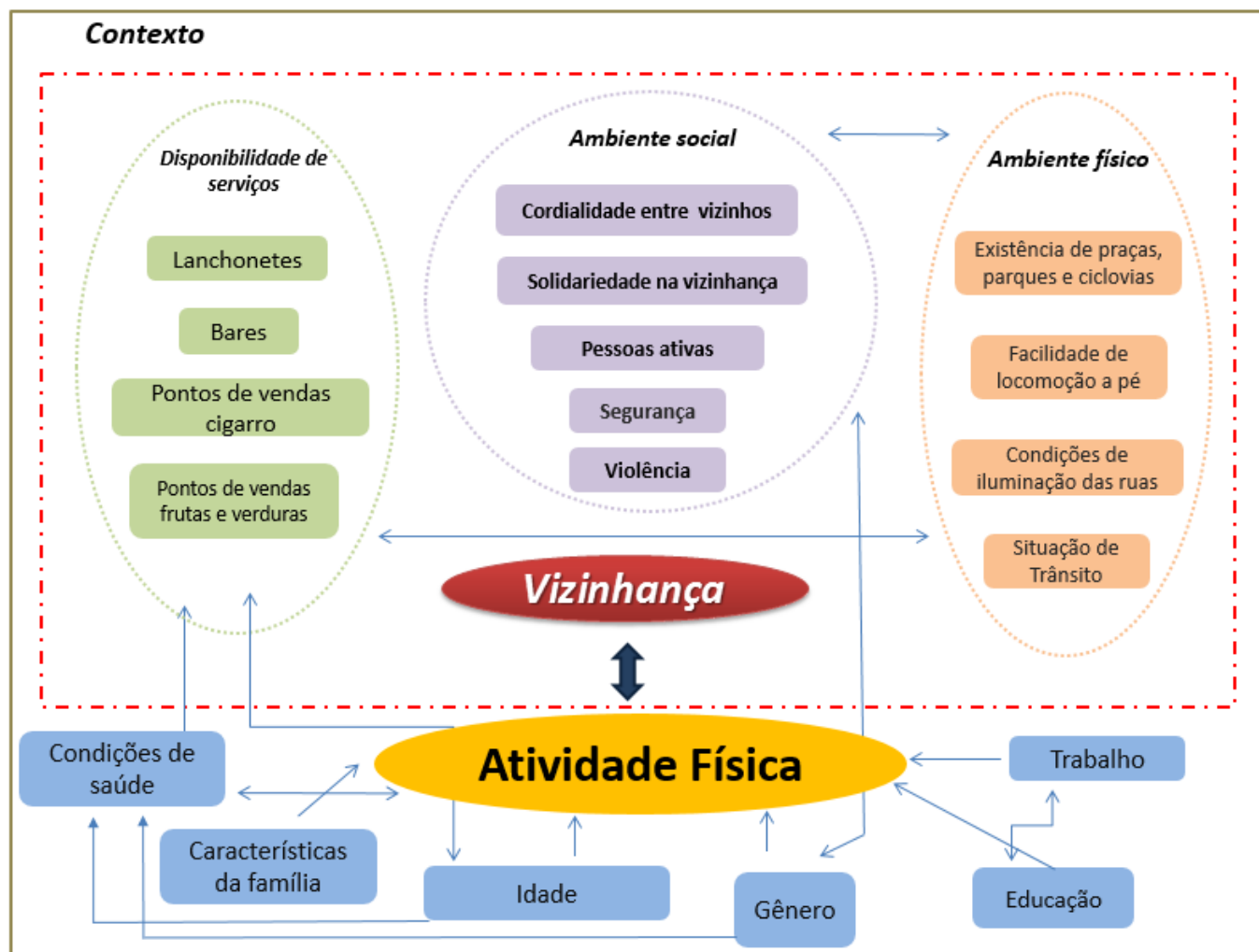
O terceiro bloco, *disponibilidade de estabelecimentos comerciais* (pontos de venda de alimentos como frutas, verduras e legumes, pontos de venda de cigarros, presença de bares e lanchonetes) na vizinhança, reúne um conjunto de atributos que garantem o acesso e/ou disponibilidade a marcadores favoráveis, ou não, à adoção de hábitos de vida saudáveis. Embora, apresente uma relação direta com o ambiente físico sua relação com a atividade física ainda precisa ser esclarecida, assim, para fins deste estudo, optou-se por uma abordagem em separado.

No entanto, é importante destacar que outros fatores que determinam a prática de atividade física devem ser controlados e que estes apresentam também relação com a vizinhança, relações sociais e contexto comunitário. Neste sentido, um bloco composto por co-variáveis demográficas e socioeconômicas relacionadas aos indivíduos e a

família foi elaborado. Quanto aos indivíduos, sexo, faixa-etária, situação conjugal, escolaridade, trabalho, autopercepção de saúde, foram considerados, tendo em vista que estas características estão associadas com atividade física. Para a família serão abordadas a escolaridade do chefe da família e recebimento de auxílio financeiro, pois, aspectos socioeconômicos do contexto familiar podem estar associados com o comportamento ativo dos indivíduos.

Todas estas características, estão inseridas em um contexto mais amplo, aqui denominado de ambiente comunitário que engloba todos os blocos descritos anteriormente. Este contexto comunitário, refere-se os aspectos físicos, sociais e demográficos e os modelos analíticos propostos levarão em consideração estas variáveis.

Figura 1. Modelo teórico elaborado para demonstrar a relação entre variáveis no presente estudo.



Fonte: Elaboração própria.

6.2. Desenho de estudo

Trata-se de um estudo transversal, individuado, tipo inquérito domiciliar, aninhado à pesquisa intitulada “Avaliação dos hábitos de vida e acessibilidade aos serviços de Atenção Primária à Saúde da população entre 15 a 24 anos”

6.3 População e local de estudo

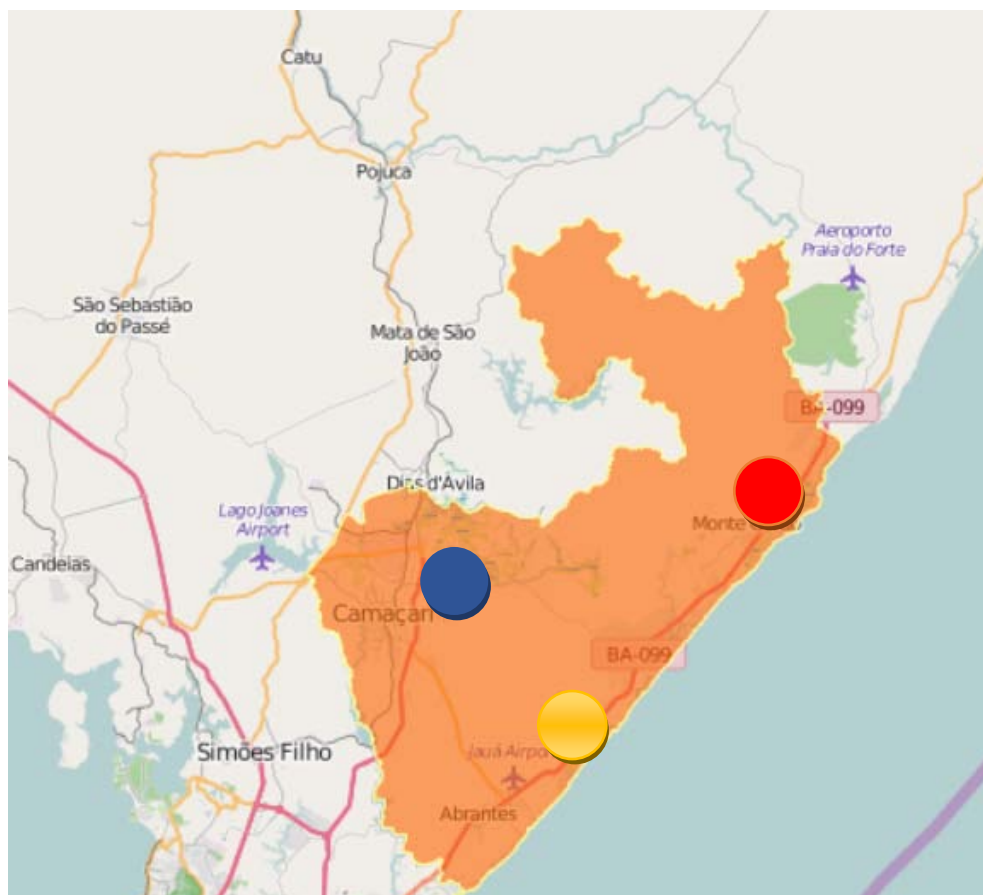
O inquérito domiciliar foi realizado no município de Camaçari, entre os meses de outubro de 2011 e janeiro de 2012, com indivíduos de 15 a 24 anos.

6.3.1. O município de Camaçari: aspectos sociodemográficos

Localizado na Região Metropolitana de Salvador (RMS), com distância de aproximadamente 50km da capital baiana, Camaçari constitui-se o maior município dessa região, ocupando área territorial de 784,65 Km². Em 2010, a população era de 242.970 habitantes, concentrada, principalmente, em área urbana (95,5%), a densidade demográfica de 309,65 hab/km², Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,694, Índice de Gini de 0,43 e incidência de pobreza 57,5% (IBGE, 2010). As mulheres representavam 50,3% da população e a faixa etária predominante era a de 25 a 34 anos (21%), sendo que adolescentes e jovens, entre 15 e 24 anos, constituíam 19% desta população. Trata-se do município mais industrializado do estado, com o maior PIB industrial do Nordeste (IBGE, 2010).

A atual formação administrativa do município de Camaçari é composta por três distritos: Camaçari – Sede, Abrantes e Monte Gordo (Figura 01). Até o ano de 1985, o distrito de Dias D’Ávila fazia parte desta composição, no entanto foi desmembrado, através da Lei Estadual nº. 4.404 de 25 de fevereiro de 1985 (IBGE, 2010). Os distritos, Abrantes e Monte Gordo situam-se no entorno litorâneo, (SANDES-SOBRAL, 2008) enquanto o distrito sede, abriga o pólo industrial de Camaçari, o maior complexo industrial integrado do hemisfério sul, considerado como âncora do desenvolvimento da Bahia (COFIC, 2015).

Figura 02 – Mapa de Camaçari



Legenda

- Camaçari-Sede
- Distrito de Monte Gordo
- Distrito de Abrantes

Fonte: IBGE Cidades, 2010

6.3.2. Desenvolvimento econômico e ocupação urbana

Até a década de 1960, Camaçari tinha menos de 20.000 habitantes e apenas 1/4 da população ocupavam as áreas urbanas. A economia do município centrava-se basicamente em atividades primárias, tais como agricultura e pesca. No entanto, este cenário passou a transformar-se a partir da década de 1970, seguindo a tendência nacional e estadual de uma política de expansão e desenvolvimento econômico e urbano (SOUZA, 2005; SANDES-SOBRAL, 2008).

Em 1978, nasce então a "Camaçari Contemporânea", com a inauguração o polo industrial de Camaçari, sendo caracterizado como o primeiro polo petroquímico planejado do país (PINHO 1989; COFIC, 2016). A partir de então, transformações estruturais repercutiram em um novo modelo socioeconômico, tornando o ramo industrial como principal atividade do município. Este período foi marcado pela chegada de migrantes em busca de oportunidades de emprego, o que gerou uma explosão no crescimento populacional e na ocupação do espaço urbano (SOUZA, 2005).

No intuito de suprir a crescente demanda de trabalhadores, as diferentes esferas de governo estimularam a implantação de programas habitacionais, a exemplo do Programa de Habitação Orientada de Camaçari, programa de Habitação e Urbanização da Bahia distribuídos em lotes semi-urbanizados em diversas áreas no município (PINHO, 1989). Na década de 1980, originaram-se os bairros: Glebas A, B, C, D, E e H, Piaçaveira e Inocoop (SOUZA, 2005).

Concomitantemente, são observados fenômenos como favelização, ou seja, a habitação de territórios de forma desenfreada, irregular/clandestina e sem planejamento, repercutindo em outros problemas sociais, como a marginalização, elevação dos nos

níveis de violência e na degradação ambiental. Estudo realizado no município em 2005 demonstrou que 49% da população municipal residia em unidades habitacionais classificadas como irregulares ou clandestinas pela Prefeitura (CAMAÇARI 2005 apud SOUZA, 2005).

Outro fator que favoreceu a formação de assentamentos urbanos foi a expansão da malha viária da Região Metropolitana de Salvador nos últimos 30 anos, a qual introduziu novos padrões residenciais e proporcionou o crescimento do ramo imobiliário, ao longo dessas vias, principalmente na extensão do litoral (SANDES-SOBRAL, 2008). As vilas e povoados da faixa litorânea tornaram-se um espaço com características heterogêneas, sendo ocupado por antigos moradores e ao mesmo tempo por novos empreendimentos voltado em grande parte para veraneio e atividades turísticas. Os condomínios fechados e loteamentos privados com médio e alto padrão construtivo surgiram, além dos grandes investimentos na estrutura da rede hoteleira, o que fomentou maiores investimentos na iluminação pública, pavimentação de vias, melhorias no desenho urbanístico e ampliação do comércio e da oferta de serviços (SANDES-SOBRAL, 2008).

No que se refere aos planos e projetos de desenvolvimento urbano de Camaçari, os primeiros registros são datados em 1971, voltados para a instalação do complexo petroquímico (SOUZA, 2005). Em 1975, o município implantou o primeiro plano piloto que foi atualizado novamente em 1980. Posteriormente, em 2000, a partir da obrigatoriedade dos Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano (PDDU), para alguns municípios brasileiros através da criação do Estatuto da Cidade, a proposta de implantação do primeiro PDDU do município, ganhou espaço na agenda política, no entanto, foi aprovado apenas em 2007 (CAMAÇARI, 2016).

Vale destacar ainda sobre as iniciativas recentes do governo federal, do program habitacional "Minha casa, minha vida" para o financiamento de moradias nas áreas urbanas para famílias de baixa renda, que, desde 2009, foi responsável por financiar a construção de 12.115 unidades habitacionais.

Outro projeto que envolvem o desenvolvimento do município é o "Rede Nossa Camaçari", que desde 2011 reúne representantes da sociedade civil, empresários e instituições de ensino para discutir transformações da cidade como espaço de desenvolvimento, justiça e sustentabilidade. O projeto visa abrir espaços para o planejamento intersetorial e para o relacionamento sustentável com os meios ambientes urbano e natural.

Quanto à disponibilidade de espaços públicos, como parques e praças, em 2010, a população do Município contava com um total de 68 praças, das quais 58 estavam localizadas na sede e 15 na orla e zona rural. Propostas de ampliação e modernização da iluminação pública no município forma anunciadas no mesmo ano pela prefeitura (CAMACARI, 2016).

6.4 Amostra

O processo amostral foi probabilístico por conglomerados em dois estágios de seleção: unidade primária – microárea; unidade secundária – indivíduo adolescente ou jovem.

Para o primeiro estágio da seleção utilizou-se uma listagem da Secretaria Municipal de Saúde com informações sobre todas as microáreas do município segundo unidade de referência e acompanhamento de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A lista possuía ainda, identificação dos logradouros e quantidade de domicílios. Do total de 477 microáreas que representavam 100% de cobertura do município, 266

apresentavam cobertura de ACS e 211 não estavam cobertas por ACS ou não apresentavam informações. Estas microáreas foram ordenadas numericamente e procedeu-se o sorteio aleatório de oitenta microáreas. Cada microárea teve equiprobabilidade de ser selecionada. Das sorteadas, onze microáreas da orla do município foram excluídas, dez por serem consideradas inseguras para a realização do trabalho de campo e uma microárea da zona rural por não estar delimitada. Ao final, foram incluídas 65 microáreas no estudo, sendo 33 da modalidade de saúde da família e 35 de unidade básica de saúde tradicional.

O segundo estágio da seleção foi constituído pelo sorteio dos logradouros, também realizado de forma aleatória e dos domicílios. A seleção dos domicílios ocorreu a partir daqueles com menor numeração, considerado o 1º domicílio da rua a ser visitado. O entrevistador seguia domicílio a domicílio pelo lado direito e ao final do trecho passava para o lado esquerdo da rua, retornando ao ponto inicial. Ao final do logradouro, o entrevistador seguia para a próxima rua sorteada na microárea, até completar a amostra prevista de domicílios. Todo o mapeamento realizado em cada logradouro, assim como a identificação de domicílios com residentes na faixa etária e a situação da entrevista de estudo eram registrados em uma ficha pelos entrevistadores. Após identificação de domicílio com pelo menos um residente entre 15 e 24 anos, realizava-se o sorteio aleatório de um morador por domicílio nesta faixa etária para responder ao questionário, mesmo que não estivesse presente no momento. Gestantes, pessoas com necessidades especiais (que inviabilizassem a realização do questionário) e empregados domésticos daquele domicílio, identificados dentro da faixa etária, eram excluídos do sorteio.

Em caso de domicílios fechados, sem informações sobre seus moradores, e quando o sorteado do domicílio estava ausente o entrevistador retornava até 3 vezes,

preferencialmente, em turnos diferentes e aos finais de semana. O agendamento por telefone ou pessoalmente também foram estratégias adotadas para realização das entrevistas.

Para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizado o programa estatístico Stata 11[®], estimando o número de sujeitos necessários para detectar uma diferença na prevalência dos desfechos estudados entre duas populações (uma adscrita às ESF e a outra adscrita às UBS), com nível de significância 0,95 e poder estatístico 0,80. Foi considerado como indicador de referência a prevalência de hábitos alimentares não saudáveis entre adolescentes, foi estimada em 36,6% (NEUTZLING *et al*, 2010). Estimou-se um efeito de redução através da ESF de 20% deste valor. Além de um coeficiente de correlação intraclasse de 0,0104 (AMORIM *et al.*, 2007), o tamanho de conglomerado de 30 microáreas em cada população e um efeito de planejamento de 1,30. O valor de 1755 domicílios/indivíduos foi obtido e levando em consideração a taxa de não resposta, este número foi aproximado a 1800 (900 por cada grupo).

Dos 1698 entrevistados, foram excluídos aqueles que a soma total das atividades físicas moderada, vigorosa e caminhada foi maior que 960 minutos/ diários (n=24) e todos os que não preencheram completamente o questionário (n=37), obtendo-se uma amostra final constituída por 1637 indivíduos .

6.5 Estudo Piloto

O inquérito domiciliar foi precedido por um estudo piloto, realizado no mesmo município, que objetivou testar a logística de campo e treinar a equipe de coleta de dados composta por supervisores e entrevistadores. A área de abrangência de uma unidade de Saúde da Família não sorteada foi selecionada para o desenvolvimento deste

estudo. Algumas adequações na formatação do instrumento e em erros de digitação foram corrigidas para aperfeiçoar e facilitar a aplicação dos questionários.

5.6. Instrumentos de coleta

Foi aplicado um questionário contendo 120 questões. O referido questionário era composto por blocos, onde o primeiro continha informações de identificação, quadro informativo sobre a família e medidas antropométricas. O segundo bloco era composto por questões de características gerais da família, socioeconômicas e da vizinhança. As questões de comportamentos e saúde faziam parte do terceiro bloco.

Para a mensuração de atividade física, utilizou-se a versão curta do Questionário Internacional de Atividade Física/International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), validado em 12 países e 14 centros de pesquisa, que permite estimar o tempo semanal gasto em atividades físicas, discriminado em caminhada e esforços físicos de intensidade moderada e vigorosa em diferentes contextos do cotidiano, como: trabalho, transporte, tarefas domésticas e lazer. No Brasil, a versão curta do instrumento também já foi validado para adolescentes (GUEDES, LOPES e GUEDES, 2005). Além disso, a atividade física de lazer foi investigada com base em questão elaborada pelo grupo de pesquisadores que considerou se o indivíduo pratica frequentemente atividades esportivas, de lazer e/ou recreação.

As características de vizinhança foram investigadas através de questionário próprio, elaborado pelos pesquisadores com base em questões adaptadas/traduzidas dos instrumentos internacionais Neighborhood Activities Questionnaire (Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis - MESA) e do Community Survey Questionnaire (Project on Human Development in Chicago Neighborhoods - PHDCN), composto por 14 questões sobre

características da vizinhança. Para as 13 questões a seguir foram construídas afirmativas para as quais o entrevistado tinha três opções de resposta (concordo / não concordo, nem concordo / discordo): existência de locais para práticas de lazer; locomoção a pé na vizinhança; observação de pessoas realizando exercícios físicos; segurança durante o dia e noite na vizinhança; situação do trânsito; iluminação pública; relação entre moradores; pontos de venda de frutas, verduras ou legumes; cigarros; existência de lanchonetes e bares. A questão era sobre experiência pessoal ou familiar de algum tipo de violência e as opções de resposta eram: 1. Sim; 2. Não; 3. Não sabe informar. Além disso, o tempo de residência do domicílio foi investigado, admitindo-se respostas em meses e/ou anos.

6.7. Variáveis estudadas

Foram utilizadas duas variáveis dependentes relativas a prática de atividade física: atividade física total e atividade física de lazer.

Quanto a primeira variável, os indivíduos foram classificados em duas categorias:

a) suficientemente ativos para os indivíduos que possuíam entre 15 e 17 anos que atingiram no mínimo 300 minutos semanais de atividades moderadas/caminhada ou vigorosa; para os indivíduos que possuíam 18 anos ou mais, que alcançaram pelo menos 150 minutos semanais de atividades moderadas/caminhada ou 75 minutos semanais de atividades vigorosas.

b) insuficientemente ativos, aqueles indivíduos que não atingiram o mínimo de minutos estabelecidos na variável anterior, considerando as recomendações da OMS para cada faixa etária.

A atividade física de lazer, esporte ou recreação autorreferida, segunda variável dependente, sendo as respostas 0 (zero) “Não” e 1 (um) “Sim.

A variável independente principal deste estudo é "Vizinhança" e foi trabalhada de duas formas. Na primeira cada uma das características da vizinhança foi analisada de forma independente, como uma variável categórica e para a segunda proposta analítica, foram somadas as pontuações obtidas em cada uma das variáveis, considerando os valores de acordo com a discriminação de características favoráveis e desfavoráveis, para elaboração de um indicador composto. Os valores distribuídos em uma escala que variou de 1 a 14, onde 0 foi classificado com o "pior" índice de vizinhança e 14 como o "melhor" índice de vizinhança. Ao final, vizinhança foi analisada como variável categórica, classificada da seguinte forma: 1-4 "Desfavorável à prática de atividade física"; 5-9 "Intermediário"; 10-14 "Favorável à prática de atividade física".

Além disso, foram construídas subescalas de vizinhança, considerando-se os três blocos de características, indicados no modelo teórico (ambiente físico; ambiente social, disponibilidade de pontos comerciais), através da soma das pontuações de cada variável que compôs cada um dos blocos. Posteriormente as sub-escalas foram categorizadas da seguinte forma:

- *Ambiente físico*, obteve-se variação de 0 a 4 na escala, na qual 0-2 foi classificada como "desfavorável a prática de atividade física" e 3-4 "favorável a prática de atividade física"

- *Ambiente social* obteve-se variação de 0 a 6 na escala, na qual 0-2 foi classificada como "desfavorável a prática de atividade física" e 3-6 "favorável a prática de atividade física";

- *Disponibilidade de pontos comerciais* obteve-se variação de 0-4, na qual 0-2 foi considerada "desfavorável a prática de atividade física" e 3-4 "favorável a prática de atividade física".

Ambas as propostas utilizaram a atribuição do valor de referência da seguinte forma: o grupo composto por características que consistem em atributos **favoráveis** da vizinhança para prática de atividade física (*existência de locais para práticas de lazer; locomoção a pé na vizinhança; segurança durante o dia e noite na vizinhança; iluminação pública; observação de pessoas realizando exercícios físicos; pontos de venda de frutas e verduras; cordialidade e solidariedade dos vizinhos*), foi atribuído **valor 0 (zero)** quando o entrevistado respondeu "não concordo/nem discordo" ou "discordo" e **1 (um)** quando o entrevistado respondeu "concordo". Para as características da vizinhança **desfavoráveis** a prática de atividade física (*trânsito pesado; existência de bares, lanchonetes e pontos de venda de cigarro*), foi atribuída pontuação inversa, isto é **0 (zero)** "concordo" e **1 (um)** para "não concordo nem discordo" ou "discordo" (Quadro 01). A variável violência percebida foi pontuada como 0 (zero) no caso de resposta afirmativa e 1 (um) no caso de resposta negativa.

As co-variáveis estudadas foram:

a) No nível individual: sexo, idade (adolescentes: 15 a 19 anos/adultos jovens: 20 a 24 anos), raça/cor, situação conjugal, ter filhos, frequência a escola, escolaridade do entrevistado, trabalho, autopercepção de saúde (Quadro 01).

b) No nível social e familiar: escolaridade do chefe da família e recebimento de algum auxílio financeiro pela família (Quadro 01).

Quadro 01. Variáveis analisadas, segundo bloco e categorias

BLOCO	VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	CATEGORIA
Características sociodemográficas do indivíduo	Sexo	Sexo do adolescente ou jovem	0. Feminino 1. Masculino
	Idade	Idade do Adolescente ou jovem	0. Jovens (20 a 24 anos) 1. Adolescentes (15 a 19 anos)
	Raça/cor	Raça/cor autodeclarada	0. Preto/pardo 1. Branco 2. Amarelo/indígena/não se enquadra
	Situação Conjugal	Situação conjugal do adolescente ou jovem	0. Solteiro 1. Casado/Mora junto 2. Divorciado/Separado/Viúvo
	Tem filhos	Ter filhos	0. Sim 1. Não
	Frequenta a escola	O adolescente ou jovem frequenta a escola	0. Não 1. Sim
	Escolaridade adolescente/jovem	A série escolar que o adolescente ou jovem cursa, e caso não estude, a última série que completou.	0. Analfabeto/fundamental incompleto 1. Ensino Fundamental completo/médio ou técnico incompleto 2. Médio ou técnico completo 3. Superior completo ou incompleto
	Trabalho	O adolescente ou jovem exerce atividade de trabalho	0. Não 1. Sim
	Tempo de moradia no domicílio	Tempo que ou adolescente ou jovem reside no domicílio	0. Menor que 1 ano 1. 1 a 5 anos 2. 5 anos ou mais
Condições de saúde	Autopercepção de saúde	Percepção do adolescente ou jovem sobre sua saúde	0. Regular/ruim 1. Boa/muito boa
Condições socioeconômicas Nível Familiar	Escolaridade do responsável	Nível de escolaridade atribuído ao chefe da família, em anos de estudo	0. Analfabeto/fundamental incompleto 1. Ensino Fundamental completo/ médio ou técnico incompleto 2. Médio completo ou mais
	Auxílio Bolsa família	A família recebe o auxílio financeiro bolsa família	0. Sim 1. Não
Vizinhança - Ambiente físico	Locais para prática de atividade física	Existência de locais/espacos para atividade física de lazer	0. Não concordo nem discordo/ discordo 1. Concordo
	Iluminação	Presença de iluminação a noite na vizinhança	0. Não concordo nem discordo/ discordo 1. Concordo
	Deslocamento a pé	Facilidade de deslocamento a pé	0. Não concordo nem discordo/ discordo 1. Concordo
	Trânsito pesado	Trânsito pesado ou intenso na vizinhança	0. Concordo 1. Não concordo nem discordo/discordo

BLOCO	VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	CATEGORIA
Vizinhança - ambiente social	Cordialidade	Cordialidade entre vizinhos	0. Não concordo nem discordo/ discordo 1. Concordo
	Solidariedade	Solidariedade entre vizinhos	0. Não concordo nem discordo/ discordo 1. Concordo
	Pessoas praticando atividade física	Ver outras pessoas praticando AF	0. Não concordo nem discordo/ discordo 1. Concordo
	Segurança de noite	Segurança de noite na vizinhança	0. Não concordo nem discordo/ discordo 1. Concordo
	Segurança de dia	Segurança de dia na vizinhança	0. Não concordo nem discordo/ discordo 1. Concordo
	<i>Violência</i>	Ter sofrido algum tipo de violência na vizinhança	0. Sim 1. Não
Vizinhança - disponibilidade de serviços	Bares	Existência de bares	0. Concordo Não concordo nem discordo/discordo
	Lanchonetes	Existência de lanchonetes	1. Concordo 2. Não concordo nem discordo/discordo
	Cigarro	Existência pontos de venda de cigarro	0. Concordo 1. Não concordo nem discordo/discordo
	Frutas e Verduras	Existência pontos de venda de frutas e verduras	0. Não concordo nem discordo/ discordo 1. Concordo
Atividade Física	Prática de atividade física	Nível de prática atividade física	1. Insuficientemente ativo 15-19 anos: <300min de atividades moderadas/caminhada ou vigorosas); (20-24 anos: <150min de atividades moderadas ou < 75min vigorosas) 0. Ativo (15-19 anos: >=300min de atividades moderadas/caminhada ou vigorosas); (20-24 anos: >=150min de atividades moderadas/caminhada ou >=75min vigorosas).
	Prática de atividade física de lazer	Realização de atividade física de lazer autorreferido	0. Não 1. Sim

6.8. Análise dos dados

Para análise descritiva e para os procedimentos de modelagem dos dados foi utilizado a correção necessária para amostragens complexas através do conjunto de comandos *svy* do software estatístico *Stata*®, versão 13.0.

Foi realizada análise descritiva das características de vizinhança e socio-demográficas nos níveis individual e familiar, sendo esta última de acordo com o nível de prática de atividade física (ativo e insuficientemente ativo). Para as variáveis categóricas realizou-se o cálculos das frequências absolutas (n) e relativas (%) e para variáveis quantitativas, cálculos das medidas de tendência central.

A fim de verificar a existência de associação entre características e escalas da vizinhança e a prática de atividade física total e de lazer, foram estimadas a Odds Ratio (OR) e seus respectivos intervalos de confiança (IC-95%), em modelos brutos e ajustados, resultando em dois grupos de modelos de regressão logística com correção para amostragens complexas:

1. Cálculo das OR brutas;
2. Cálculo de OR ajustada, na qual cada variável de vizinhança foi ajustada, individualmente pelas variáveis sociodemográficas (sexo, idade, raça/cor, situação conjugal, escolaridade do entrevistado, trabalho, frequência à escola) e autopercepção de saúde. Para cada um dos modelos ajustados foi realizado teste de colinearidade através dos comando *VIF*, considerando a correção necessária para amostragens complexas e todos os resultado apresentaram valores de *VIF* abaixo de 10, o que sugere que não há colinearidade entre as variáveis do modelo.

A *Sensitivity Analysis* foi realizada a fim de verificar a robustez dos resultados apresentados. Foram testados modelos considerando a estratificação por sexo e idade e

os achados foram semelhantes aos apresentados no estudo. Realizou-se ainda, testes estatísticos para verificar a interação do sexo e da faixa etária sobre a relação entre a cada uma das variáveis de vizinhança e atividade física. Não foi observada modificação de efeito do sexo e faixa-etária sobre estas variáveis, uma vez que o termo-produto introduzido no modelo de regressão logística multinível não foi estatisticamente significativo, exceto para a variável “pedir ajuda ou favor aos vizinhos”.

6.9 Aspectos éticos da pesquisa.

O projeto intitulado “Avaliação dos hábitos de vida e acessibilidade aos serviços de Atenção Primária à Saúde da população entre 15 a 24 anos” foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia - Parecer nº. 019-09/CEP-ISC. A anuência do gestor municipal de Camaçari, Bahia, local estudado, foi solicitada e obtida.

Todos os entrevistados, após receberem esclarecimentos quanto aos propósitos do estudo, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e quando menores seus respectivos responsáveis também consentiram, segundo as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

7.0 RESULTADOS

Dos 1637 adolescentes e jovens que compuseram a amostra final, mais da metade eram do sexo feminino (57,6%), adolescentes (56,7%) e a média de idade foi de 19 anos (DP=2,8). A maioria se declarou negro ou pardo (80,3%), solteiro (76,7%), sem filhos (80,2%), com percepção de saúde muito boa ou boa (63,4%) e 36,7% trabalhava. As séries escolares em curso ou concluídas mais referidas foram o ensino fundamental completo ou ensino médio/técnico incompleto (39,2%) e 51,9% ainda frequentava a escola. (Tabela 01)

A maior parte dos indivíduos residiam no domicílio por um tempo superior a 5 (cinco) anos (57,8%) e a média do tempo de moradia foi de 9,5 anos (DP=7,0). O grau de escolaridade do responsável pela família mais predominante foi analfabeto ou fundamental incompleto (40,5%) e 35,8% afirmou receber o auxílio do governo federal “Bolsa Família” (Tabela 01).

A prevalência de atividade física, em níveis recomendados, foi estimada em 78,3%, sendo maior entre os adultos jovens (86,2%) e entre aqueles que se declararam negro/pardo (73,3%), casados (85,4%), com filhos (85,5%), que não frequentavam a escola (84,1%) e que trabalhavam (85,7%). Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos de ativos e insuficientemente ativos quando consideradas as variáveis sexo, tempo de moradia no domicílio, autopercepção de saúde, escolaridade do responsável pela família e recebimento de auxílio financeiro. (Tabela 01).

A prevalência de atividade física de lazer foi de 49,1%, sendo maior entre os adolescentes (54,9%). Quando considerada a análise por sexo, os homens afirmaram praticar mais atividades de lazer (70,3%), quando comparados as mulheres (33,7%). Em relação ao tipo de atividade física realizada com maior frequência, atividades domésticas foram as mais referidas entre as mulheres (53,4%) e entre os adultos jovens (38,1%). A realização de atividades vigorosas foi referida por 55,0% dos indivíduos, sendo predominante entre os homens (75,5%) e adolescentes (60,3%) (Tabelas 02 e 03).

Quanto às características ambientais e estruturais da vizinhança, 42,5% dos indivíduos concordavam que haviam muitos locais para prática de atividade física, tais como praças e parques, e metade dos entrevistados (50,5%) afirmaram que frequentemente viam outras pessoas praticando atividade física. A existência de trânsito pesado ou intenso de veículos foi referido por 37,7% dos entrevistados, e a maioria concordou que era fácil ir a pé aos lugares (78,5%) e que as ruas da vizinhança eram iluminadas a noite (69,8%). (Gráfico 01).

No conjunto de questões relacionadas ao ambiente social, ter sido vítima de violência (roubos assaltos ou sequestro) foi referido por 36,7% e sentir-se seguro durante o dia e noite, foi encontrado em 68,1% e 27,5%, respectivamente. Ainda nesse bloco, a maioria concordou que as pessoas se cumprimentam e conversam umas com as outras (58,4%) ou que poderiam pedir ajuda/favor aos vizinhos (70,2%) (Gráfico 01).

No bloco disponibilidade de estabelecimentos comerciais, houve maior referência a presença de bares (86,7%) e pontos de venda de cigarros (84,0%), seguidos de pontos de venda de frutas, verduras e hortaliças na vizinhança (66,3%) e lanchonetes (41,6%) (Gráfico 01).

A escala global de vizinhança, utilizada para caracterizar a vizinhança como favorável ou não à adoção de comportamentos ativos, variou de 1 a 14 pontos com mediana de 8, percentil 75 correspondendo a 9 pontos e percentil 25 a 6 pontos (Gráfico 02). Quando categorizada, observou-se que apenas 17,0% dos indivíduos referiram características favoráveis a prática de atividade física (Gráfico 03).

Gráfico 2 - Box Plots da distribuição da pontuação obtida na escala de vizinhança. Camaçari, Bahia, 2011-2012

Para as subescalas correspondentes aos blocos analisados, verificou-se que para ambiente físico e ambiente social do contexto estudado 74,4% e 61,2%, respectivamente, dos entrevistados referiram características favoráveis a prática de atividade física, enquanto para subescala de pontos comerciais, 86,7% dos indivíduos referiram características desfavoráveis a prática de atividade física (Gráfico 03).

Na análise de regressão logística, observou-se nos modelos brutos (modelos 01) de cada uma das variáveis de vizinhança, que o nível de atividade física esteve associado positivamente apenas com a observação de outras pessoas que praticam atividade física (OR:1,32; IC95%: 1,02-1,70) e com a percepção de violência (OR:1,47; IC95%: 1,18-1,82). Não foram identificadas associações com as demais variáveis. Após ajuste pelas variáveis sociodemográficas e autopercepção de saúde, (modelos 2), apenas a associação com a percepção de violência manteve-se estatisticamente significativa (OR:1,57; IC95% 1,23-2,00) (Tabela 04).

Quanto a atividade de lazer, nos modelos brutos, foram identificadas associações estatisticamente significantes para: existência de locais para a prática de atividade física (OR:1,43; IC95%: 1,16-1,77); facilidade de ir a pé aos lugares da vizinhança (OR:1,35; IC95%: 1,06-1,73); observar outras pessoas praticando atividade física na vizinhança, (OR:1,39; IC95%: 1,17-1,65), cordialidade (OR:1,27; IC95%: 1,02-1,57) e solidariedade (OR:1,28; IC95%: 1,01-1,63). No entanto, nos modelos ajustados tais associações não permaneceram e “existência de muitas lanchonetes próximas ao domicílio”, mostrou-se associada inversamente com a prática de atividade de lazer (OR:0,79; IC95%: 0,64-0,98) (Tabela 05).

Utilizando as escalas e subescalas de vizinhança, não foram identificadas associações em nenhum dos modelos testados (01 e 02) entre níveis globais de atividade física (Tabela 06).

Analisando a atividade de lazer, nos modelos brutos, observou-se associações estatisticamente significantes com vizinhança, utilizando a escala global, com gradação para as categorias favorável (OR:1,98; IC95%: 1,35-2,88) e intermediária (OR:1,58; IC95%: 1,14-2,21) e utilizando a subescala de ambiente físico (OR:1,44; IC95%: 1,18-1,76) quando comparadas com as categorias desfavoráveis de cada uma das escalas. No entanto, nos modelos ajustados pelas variáveis sociodemográficas e autopercepção de saúde, as associações não permaneceram estatisticamente significantes (Tabela 07).

Tabela 01. Caracterização dos indivíduos e das famílias estudadas segundo nível de prática de atividade física, de acordo com sexo, faixa etária, raça/cor, religião, trabalho, situação conjugal, tempo de moradia no domicílio, escolaridade do responsável pela família e recebimento de auxílio financeiro. Camaçari, Bahia, 2011-2012

Variáveis	Total		Ativos		Insuficientemente ativos		p-valor**
	n	%	n	%	n	%	
Total	1697	100	1282	78,3	355	21,7	
Sexo							
Masculino	694	42,4	561	80,8	133	19,2	0,103
Feminino	943	57,6	721	76,5	222	23,6	
Faixa etária							
15 -19 anos	929	56,7	672	72,4	257	27,6	0,000*
20 - 24 anos	708	43,2	610	86,2	98	13,9	
Raça/cor**							
Branco	169	10,3	131	77,5	38	22,5	0,035*
Preto/pardo	1315	80,3	1043	79,3	272	20,7	
Amarelo/indígena/não se enquadra	153	9,4	108	70,6	45	29,4	
Situação conjugal**							
Casado	363	22,2	310	85,4	53	14,6	0,035*
Solteiro/viúvo/separado	1274	77,8	972	76,3	302	23,7	
Tem filhos							
Sim	323	19,8	276	85,5	47	14,5	0,003*
Não	1312	80,2	1005	76,6	307	23,7	
Frequenta a escola							
Sim	849	51,9	619	72,9	230	27,7	0,000*
Não	788	48,1	663	84,1	125	15,9	
Escolaridade do entrevistado							
Analfabeto/fundamental incompleto	397	24,5	287	72,3	110	27,7	0,000*
Ensino fundamental completo/ médio ou técnico incompleto	633	39,2	473	74,7	160	25,3	
Ensino médio ou técnico completo	474	29,3	416	87,8	58	12,2	
Superior incompleto ou completo	113	7,0	89	78,8	24	21,2	
Trabalha							
Sim	601	36,7	515	85,7	86	14,3	0,000*
Não	1036	63,3	767	74,0	269	26,0	
Tempo de moradia no domicílio							
<1 ano	260	15,9	167	64,2	93	35,8	0,254
1 a 5 anos	431	26,3	289	67,1	142	32,9	
>5 anos	946	57,8	624	66,0	322	34,1	
Autopercepção de saúde							
Muito boa/boa	1038	63,4	476	79,5	123	20,6	0,340
Regular/ruim	599	36,6	806	77,6	232	22,3	

Escolaridade do responsável pela família

Analfabeto/fundamental incompleto	663	40,5	520	78,4	143	21,5	
Ensino fundamental completo ou médio incompleto	256	15,6	201	78,5	55	21,5	0,457
Ensino médio completo/Superior incompleto ou completo	579	35,4	459	79,2	120	20,7	
Não sabe	139	8,5	102	73,4	37	26,6	

Recebe o auxílio financeiro Bolsa Família

Sim	551	33,8	420	76,3	131	23,7	0,205
Não	1079	66,2	855	79,2	224	20,8	

* Estatisticamente significativa

** Utilizando teste χ^2 de Pearson com correção para amostragem complexa

*** Viúvos, solteiros e separados: 1,2%/ Não se enquadra: 2,4%

Tabela 02. Caracterização da prática de atividade física segundo sexo, de acordo com o tipo e nível de atividade realizada. Camaçari, Bahia, 2011-2012

Atividade Física	Masculino		Feminino		Total		p-valor*
	n	%	n	%	n	%	
Atividade física (>=10 min)							
Caminhada	586	84,4	750	79,5	1336	81,6	0,010
Moderada	522	75,2	851	90,2	1.373	83,9	0,000**
Vigorosa	538	77,5	363	38,5	901	55,0	0,000**
Tipo de atividade física realizada com maior frequência							
Deslocamento	151	21,9	200	21,4	351	21,6	
Trabalho	169	24,5	78	8,3	247	15,2	
Domésticas	37	5,4	500	53,4	537	33,0	0,000**
Lazer	317	45,9	138	14,7	455	28,0	
Nenhuma destas atividades	16	2,3	20	2,1	36	2,2	
Prática atividade de lazer							
Sim	487	70,6	315	33,7	802	49,1	0,000**
Nível de prática de atividade física							
Ativo	561	80,8	721	76,5	1282	78,3	0,103
Insuficientemente ativo	133	19,2	222	23,5	355	21,7	

* Utilizando teste χ^2 de Pearson com correção para amostragem complexa

** Estatisticamente significativa

Tabela 03. Caracterização da prática de atividade física segundo faixa etária, de acordo com o tipo e nível de atividade realizada. Camaçari, Bahia, 2011-2012

Atividade Física	Adolescentes		Adultos-Jovens		Total		p-valor*
	n	%	n	%	n	%	
Atividade física (>=10 min)							
Caminhada	778	83,7	558	78,8	1336	81,6	0,038**
Moderada	769	82,8	604	85,3	1.373	83,9	0,161
Vigorosa	560	60,3	341	48,2	901	55,0	0,000**
Tipo de atividade física realizada com maior frequência							
Deslocamento	225	24,3	126	18,0	351	21,6	
Trabalho	87	9,4	160	22,9	247	15,2	
Domésticas	270	29,2	267	38,1	537	33,0	0,000**
Lazer	326	35,2	129	18,4	455	28,0	
Nenhuma destas atividades	18	1,9	18	2,6	36	2,2	
Prática atividade de lazer							
Sim	508	54,9	294	41,6	802	49,1	0,000**
Nível de prática de atividade física							
Ativo	672	72,3	610	86,2	1282	78,3	0,000**
Insuficientemente ativo	257	27,6	98	13,8	355	21,7	

* Utilizando teste χ^2 de Pearson com correção para amostragem complexa

** Estatisticamente significante

Gráfico 1. Descrição das características de vizinhança. Camaçari, Bahia, 2011-2012

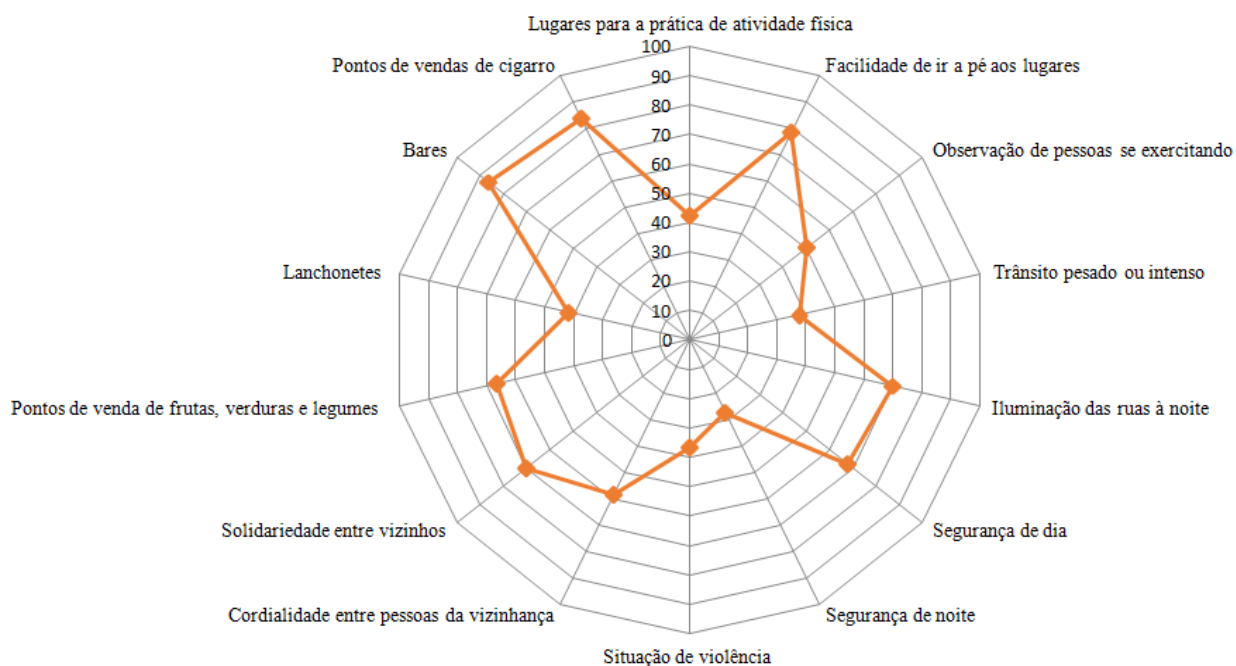


Gráfico 2 - Box Plots da distribuição da pontuação obtida na escala de vizinhança. Camaçari, Bahia, 2011-2012

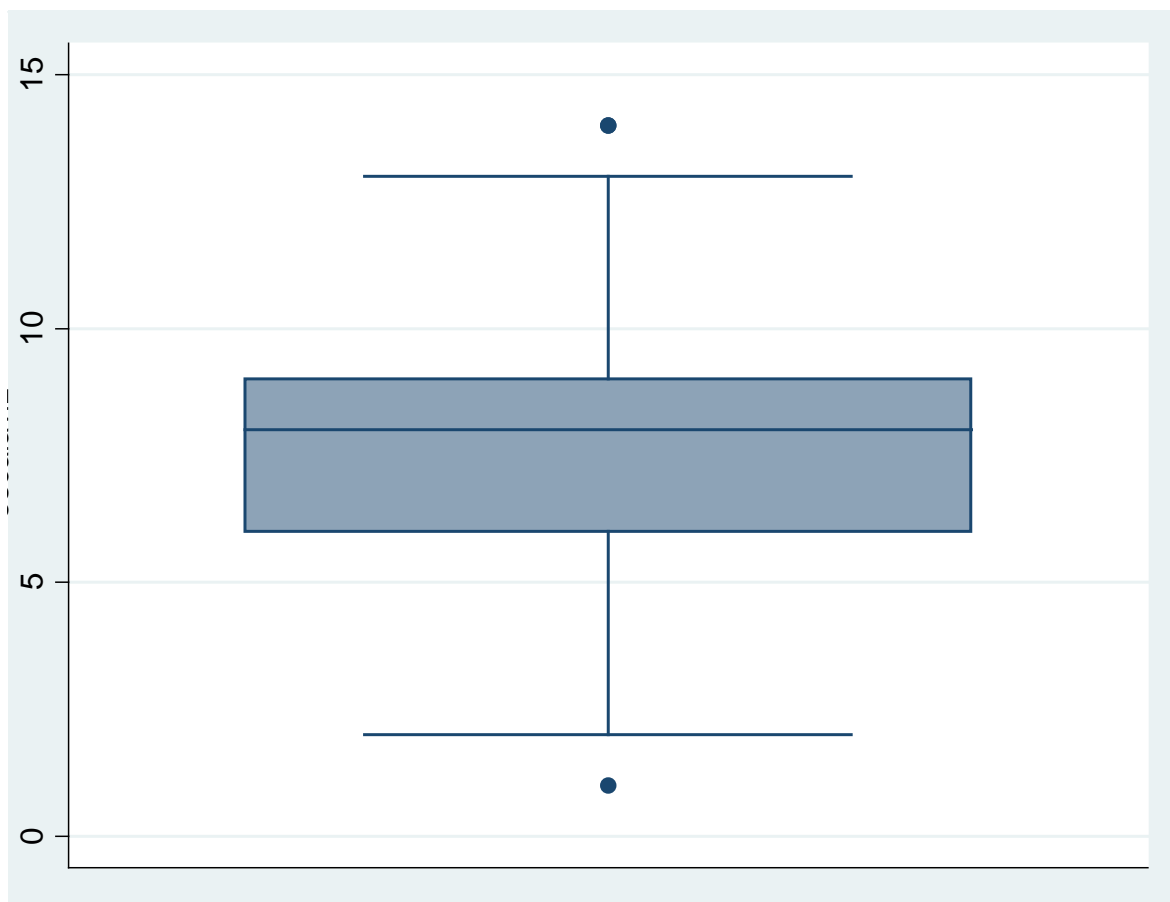


Gráfico 03. Descrição das escalas e subescalas de vizinhança. Camaçari, Bahia, 2011-2012

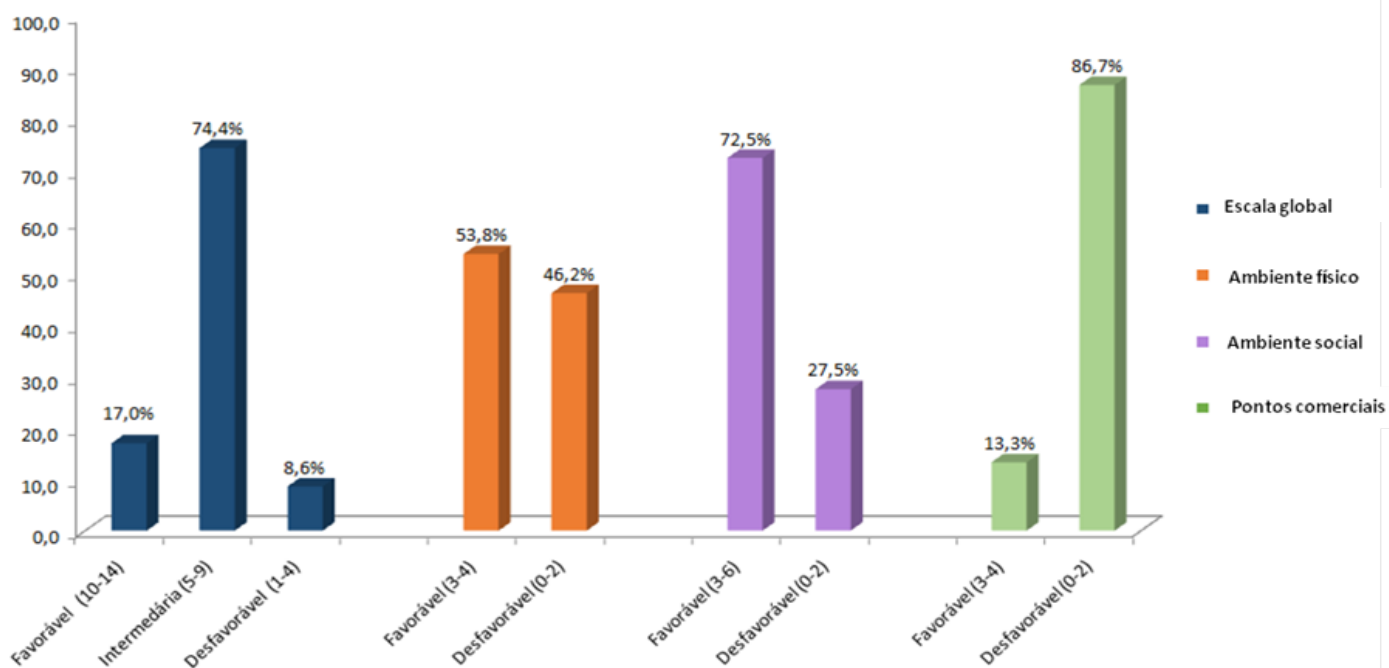


Tabela 04. Modelos brutos e ajustados por variáveis sociodemográficas, autopercepção de saúde da associação entre nível de atividade física e características da vizinhança. Camaçari, Bahia, 2011-2012

Variáveis	Modelo Bruto		Modelo Ajustado ^a	
	OR	IC (95%)	OR	IC (95%)
Existência de lugares para prática de atividade física	0,88	0,71-1,10	0,90	0,71-1,15
Facilidade de ir a pé aos lugares	1,03	0,76-1,39	1,01	0,72-1,41
Outras pessoas praticando atividade física na vizinhança	1,32	1,02-1,70*	1,27	0,98-1,65
Segurança de dia	1,15	0,88-1,50	1,2	0,89-1,62
Segurança de noite	0,99	0,74-1,33	0,96	0,71-1,31
Iluminação à noite	1,01	0,78-1,30	1,00	0,76-1,33
Cordialidade entre pessoas da vizinhança	1,13	0,85-1,49	1,07	0,81-1,41
Solidariedade entre vizinhos	1,03	0,80-1,33	0,96	0,74-1,25
Variedade de frutas, verduras e legumes frescos disponíveis para venda	1,02	0,81-1,27	1,01	0,82-1,23
Trânsito pesado ou intenso na vizinhança	1,22	0,93-1,60	1,21	0,92-1,59
Existência de lanchonetes	0,92	0,72-1,18	0,91	0,70-1,19
Existência de bares	1,30	0,85-1,97	1,21	0,81-1,81
Existência de pontos de vendas de cigarro	1,29	0,88-1,89	1,26	0,86-1,83
Violência	1,47*	1,18-1,82	1,57*	1,23-2,00

a - Ajustado por sexo, faixa etária, situação conjugal, escolaridade, recebimento de auxílio financeiro, frequentar escola, trabalho e autopercepção de saúde.

* Estatisticamente significante

Tabela 05. Modelo bruto e ajustados da associação entre prática de atividade física de lazer, e características da vizinhança, ajustadas por variáveis sociodemográficas e autopercepção de saúde Camaçari, Bahia, 2011-2012

Variáveis	Modelo Bruto		Modelo Ajustado ^a	
	OR	IC (95%)	OR	IC (95%)
Existência de lugares para prática de atividade física	1,43	1,16-1,77*	1,21	0,95-1,53
Facilidade de ir a pé aos lugares	1,35	1,06-1,73*	1,13	0,84-1,53
Outras pessoas praticando atividade física na vizinhança	1,39	1,17-1,65*	1,18	0,96-1,45
Segurança de dia	1,19	0,98-1,45	0,94	0,76-1,17
Segurança de noite	1,09	0,88-1,35	0,9	0,69-1,17
Iluminação à noite	1,25	1,04-1,50*	1,08	0,86-1,37
Cordialidade entre pessoas da vizinhança	1,27	1,02-1,57*	1,14	0,88-1,47
Solidariedade entre vizinhos	1,28	1,01-1,63*	1,11	0,86-1,44
Variedade de frutas, verduras e legumes frescos disponíveis para venda	1,05	0,87-1,28	1,06	0,85-1,32
Trânsito pesado ou intenso na vizinhança	1,01	0,82-1,24	1,05	0,82-1,33
Existência de lanchonetes	0,97	0,81-1,16	0,79	0,64-0,98*
Existência de bares	1,01	0,71-1,44	0,98	0,69-1,40
Existência de pontos de vendas de cigarro	1,1	0,82-1,46	1,00	0,71-1,41
Violência	1,1	0,86-1,39	1,10	0,84-1,42

a - Ajustado por sexo, faixa etária, situação conjugal, escolaridade, recebimento de auxílio financeiro, frequentar escola, trabalho e autopercepção de saúde.

* Estatisticamente significativa

Tabela 06. Modelos brutos e ajustados por variáveis sociodemográficas e autopercepção de saúde da associação entre nível de atividade física, escala e subescalas de vizinhança Camaçari, Bahia, 2011-2012

Variáveis	Modelo Bruto		Modelo Ajustado ^a	
	OR	IC (95%)	OR	IC (95%)
Existência de lugares para prática de atividade física				
Desfavorável a prática de atividade física (1-4)	1	-	1	-
Intermediária (5-9)	1,02	0,62-1,66	0,75	0,42-1,34
Favorável a prática de atividade física (10-14)	0,86	0,48-1,34	0,99	0,59-1,68
Ambiente físico				
Favorável (3-4)	0,86	0,70-1,06	0,88	0,70-1,09
Desfavorável (0-2)	1	-	1	-
Ambiente social				
Favorável (3-6)	1,02	0,79-1,31	0,97	0,74-1,28
Desfavorável (0-2)	1	-	1	-
Pontos comerciais				
Favorável (3-4)	0,71	0,47-1,06	0,74	0,50-1,11
Desfavorável (0-2)	1	-	1	-

a - Ajustado por sexo, faixa etária, situação conjugal, escolaridade, recebimento de auxílio financeiro, frequentar escola, trabalho e autopercepção de saúde.

Tabela 07. Modelos brutos e ajustados por variáveis sociodemográficas e autopercepção de saúde da associação entre atividade de lazer, escala e subescalas de vizinhança Camaçari, Bahia, 2011-2012

Variáveis	Modelo Bruto		Modelo Ajustado ^a	
	OR	IC (95%)	OR	IC (95%)
Escala de vizinhança				
Desfavorável a prática de atividade física (1-4)	1	-	1	-
Intermediária (5-9)	1,98	1,35-2,88*	1,40	0,96-2,04
Favorável a prática de atividade física (10-14)	1,58	1,14-2,21*	1,42	0,96-2,10
Ambiente físico				
Favorável (3-4)	1,44	1,18-1,76*	1,19	0,95-1,49
Desfavorável (0-2)	1	-	1	-
Ambiente social				
Favorável (3-6)	1,23	0,97-1,56	0,96	0,73-1,26
Desfavorável (0-2)	1	-	1	-
Pontos comerciais				
Favorável (3-4)	0,94	0,67-1,31	1,00	0,71-1,40
Desfavorável (0-2)	1	-	1	-

a - Ajustado por sexo, faixa etária, situação conjugal, escolaridade, recebimento de auxílio financeiro, frequentar escola, trabalho e autopercepção de saúde.

* Estatisticamente significativa

8.0 DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo evidenciaram que, dentre as características de vizinhança analisadas, ao contrário do esperado, apenas a variável relativa a experiências de violência associou-se positivamente com o comportamento ativo dos adolescentes e jovens. Quanto ao lazer, a existência de muitas lanchonetes apresentou uma associação inversa com a prática de atividade física neste domínio.

Embora, a associação de percepção de violência e segurança relacionada a crimes na vizinhança e comportamento ativo tem sido amplamente investigada, estudos de revisão sistemática apontam que ainda existem divergências nos resultados, pois, enquanto alguns estudos encontram associação estatisticamente significativa entre estas variáveis, outros não encontram resultados conclusivos (COSTA, *et al*, 2015; DING DING *et al*, 2011).

Com exceção de pesquisa realizada com crianças, na Califórnia, que identificou associação positiva entre maior percepção de risco nos bairros e maiores níveis de atividade física (ROMERO *et al*, 2001), não foram identificados outros estudos na literatura com achados semelhantes aos do presente estudo.

Estudos realizados no Brasil apontaram que ambientes seguros estiveram associados positivamente com a prática de atividade física, sobretudo dos domínios de deslocamento e lazer, (PITANGA *et al*, 2012; HALLAL *et al*, 2010); níveis moderados de segurança pessoal foram associados positivamente com atividade física entre adultos, (PARRA, 2011), associação positiva entre atividade física moderada e vigorosa e segurança contra crimes foi observada entre adultos (Gonçalves, 2012), assim como, a identificação de que indivíduos com melhor percepção de segurança geral apresentaram mais chances de serem ativos no domínio do deslocamento (Florindo *et al*, 2011).

No âmbito internacional, alguns estudos apontaram para a evidência de que a insegurança e criminalidade nos bairros reduzem a prática de atividade física em diferentes grupos populacionais (BABEY *et al* 2008; CARVER, TIMPERIO e CRAWFORD, 2008; CHRISTIANSEN *et al*, 2014).

Apesar de não haver informações suficientes em nosso estudo para melhor interpretação do resultado encontrado, uma provável explicação é de que as áreas mais violentas sejam também as mais pobres e com carência de serviços públicos de transporte coletivo e que nestas áreas os domínios de atividade física realizadas pelos indivíduos tenham sido mais relacionadas ao trabalho e ao deslocamento. Destacando que, no caso do deslocamento, não havendo outra alternativa, os indivíduos teriam que transitar pela vizinhança.

Como foi usado a versão curta do IPAQ e não foram introduzidas questões sobre disponibilidade de transporte público, não foi possível testar esta hipótese. Estudo realizado por Amorim, Azevedo e Hallal (2010), identificaram associação inversa entre presença de lixo na vizinhança e a prática de atividade física e discute também como hipótese para tal achado inesperado a questão que a atividade física relacionada a transporte e deslocamento é a mais frequente entre os pobres no Brasil.

Quanto à associação inversa entre a existência de lanchonetes na vizinhança a prática de atividade física no lazer, encontrada neste estudo, também não foram observadas na literatura muitas evidências que corroborem tais achados, principalmente por tratar-se de uma característica da vizinhança pouco investigada em outras pesquisas. No entanto, a inclusão deste atributo da vizinhança fundamentou-se principalmente em modelos teórico-conceituais de determinantes para a prática da atividade física e hábitos alimentares saudáveis que contemplavam aspectos mais amplos e complexos do

entorno, tais como disponibilidade de supermercados, restaurantes etc, (REICHERT, 2011).

Nesta perspectiva, Gomes (2015), em estudo transversal realizado com a base de dados do VIGITEL¹, em Belo Horizonte, analisou a relação entre características ambientais e sociais e atividade de lazer, incluindo em seu modelo os estabelecimentos de venda de alimentos saudáveis e alguns hábitos alimentares dos indivíduos. Embora o estudo não tenha encontrado associação estatisticamente significativa, é importante ressaltar a importância da realização de estudos que incorporem tais aspectos da vizinhança buscando ampliar a compreensão das redes de determinação do comportamento ativo. Florindo *et al* (2011), ao analisar a relação da prática de atividade física com a percepção do ambiente comunitário, considerou a presença de bares, “mercadinhos” e padarias na vizinhança e verificou que a ausência de bares a menos de dez minutos à pé das residências associou-se com maiores níveis de atividade de lazer.

Destaca-se também que, dado a complexidade da determinação de comportamentos em saúde, é possível que hábitos saudáveis ou de risco tendam a ser adotados conjuntamente (TASSINATO *et al* 2014; POORTINGA, 2007) Em estudo de intervenção com estudantes universitários, Tassinato (2013) verificou que consumo de alimentos saudáveis e prática regular de atividade física tendem a acontecer simultaneamente e exercer influência um sobre o outro. Desta forma, a associação encontrada sugere que indivíduos que frequentam com regularidade, espaços que dispõem de alimentos calóricos e de baixo valor nutricional, como os encontrados em lanchonetes, tendem a adotar hábitos não saudáveis, dentre eles a inatividade física.

¹ Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e de Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – 2008/2010

No tocante a prevalência de atividade física total, observou-se números elevados de indivíduos ativos em ambos os sexos e faixas etárias estudadas. Os valores encontrados são superiores aos achados de alguns estudos brasileiros que utilizaram a classificação de ativos e inativos semelhantes a utilizada neste estudo. Na cidade de Salvador, Pitanga, *et al* (2005) identificaram que 39,1% adultos de etnia negra eram ativos e pesquisa recente realizada em Belo Horizonte, verificou prevalência de atividade física em níveis recomendados, de respectivamente, 51,7% e 43,6% entre adolescentes e adultos (Meirelles *et al*, 2015; Goston *et al*, 2015).

Estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), de capitais brasileiras verificou que a proporção de adolescentes ativos foi de 43,1%, sendo maior nos meninos (56,2%) em comparação às meninas (31,3%) (Hallal *et al*, 2010). Já em Curitiba, somente 22% dos meninos e 9% das meninas foram classificados como ativos (Santos, *et al*, 2010). Estudo multicêntrico realizado com adolescentes brasileiros, verificou prevalência de níveis insuficientes de atividade física de 60,8% (Farias Júnior, *et al*, 2011). Entre indivíduos desta mesma faixa etária, na cidade de São Paulo o percentual de inatividade física foi de 62,5%. No âmbito internacional, estudo investigou a prevalência de inatividade física entre indivíduos com 15 anos ou mais, em 76 países, identificou que a prevalência era de 21,4% (DUMITH *et al*, 2011).

Quanto a atividade de lazer, no geral, a proporção de ativos encontradas no presente estudo foi superior aos achados nacionais, no entanto ainda são considerados insatisfatórios frente aos diversos benefícios gerados a saúde pelo comportamento ativo. Peixoto, *et al* (2012) verificou prevalência de atividade de lazer de 28,2% entre adolescentes e Pitanga e Lessa, (2005) identificaram prevalência de sedentarismo no lazer de 72,5% entre adultos. Em Rio Branco, estudo apontou que apenas 13,8% dos entrevistados referiram praticar exercícios físicos no lazer (SILVA *et al*, 2013).

Na análise segundo sexo e faixa etária, os resultados são condizentes com os achados de estudos nacionais e internacionais, que apontam que homens e indivíduos em faixa etária menores tendem a ser mais ativos, sobretudo no lazer (SOUSA, 2013).

É importante destacar que a prática regular e em níveis recomendados de atividade física é um comportamento complexo determinado por múltiplos fatores (SALLIS, PROCHASKA e TAYLOR, 2000; PITANGA, 2002; COLLET, *et al* 2008) e a sua associação com características contextuais ainda não está bem consolidada na literatura (GONÇALVES, 2012; COSTA *et al* 2015). Estudos de revisão apontaram que a relação características de vizinhança e atividade física ainda são inconsistentes e controversos (DING DING *et al* 2011; GONÇALVES, 2012; COSTA *et al* 2015).

Observa-se ainda, uma diversidade nos grupos populacionais estudados, nos instrumentos e métodos utilizados para mensuração tanto da atividade física quanto do ambiente, os quais variam entre medidas objetivas e de percepção. Além disso, um número reduzido de publicações nacionais sobre a temática, (AMORIM, AZEVEDO e HALLAL, 2010; GONÇALVES, 2012), principalmente com a faixa etária trabalhada, são fatores que dificultam a comparabilidade dos resultados.

Algumas limitações podem ter influenciado os resultados encontrados, tais como o uso da versão curta do IPAQ, que permite a análise de atividade física em níveis gerais e que contempla atividades domésticas e realizadas no trabalho, domínios que não apresentam uma relação explícita com aspectos do ambiente físico da vizinhança. Além disso, observa-se que há uma diversidade na literatura de critérios empregados para definir e classificar os indivíduos como ativos ou inativos (BARROS, BARROS e SANTOS, 2011; FARIAS JÚNIOR, 2011). Outro fator importante é que não há correspondência total entre as formas de mensuração/investigação dos níveis de atividade física e a classificação adotada para comportamento ativo, em diferentes faixas etárias.

Salienta-se ainda que o instrumento utilizado para a investigação da atividade de lazer não avaliou o número de dias e quantidade de minutos gastos, o que impossibilitou a classificação de indivíduos ativos ou inativos neste domínio. Destaca-se ainda sobre as limitações nas comparações dos resultados encontrados com demais estudos, frente ao instrumento utilizado para mensurar a atividade física de lazer.

Destaca-se também, que a percepção do ambiente está sujeita a múltiplas influencias, inclusive a posição socioeconômica e escolaridade dos indivíduos. Assim, o fato dos questionários que basearam a formulação do instrumento utilizado para analisar a vizinhança terem sido validados apenas em inglês e não realização do processo de adaptação transcultural pode ter introduzido vieses na percepção dos indivíduos em relação às características analisadas. Entretanto, destaca-se que, a maioria das características tratavam de aspectos que poderiam ser objetivamente observados, minimizado a possibilidade de interpretação equivocada.

Há de se ressaltar também, que o desenho transversal não permite estabelecer relações de causalidade entre percepção da vizinhança e atividade física e que, embora no Brasil as alternativas de locais de moradia sejam muito restritas para grupos populacionais de baixa renda, na abordagem desta temática é relevante considerar tais relações.

Como potencialidade do estudo, enfatiza-se o caráter inovador das variáveis de vizinhança estudadas e das propostas analíticas utilizadas a fim de abordar várias alternativas para testar a associação entre as variáveis independentes e o desfecho estudado. Além disso, trata-se de um inquérito populacional com um grupo etário pouco investigado nesta temática. A análise dos dados procedeu-se considerando o rigor metodológico necessário utilizando as correções necessárias para amostragens

complexas, inclusive com a realização de testes para verificar a robustez do modelo apresentado.

9.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados, observa-se que a prática de atividade física esteve associada com algumas das características da vizinhança estudada, as quais corroboram a complexidade da temática abordada. Tradicionalmente, os estudos sobre atividade física analisam a associação do comportamento ativo com fatores sociodemográficos, contudo, evidencia-se uma necessidade de ampliar as pesquisas com enfoque em outras características contextuais.

Recomenda-se portanto, outras investigações com aplicação de métodos estatísticas mais sofisticados para a melhor compreensão das questões analisadas. Além disso, é necessária a ampliação das ações e estratégias para estimular o aumento da atividade física de lazer entre adolescentes e jovens, cujos padrões ainda são considerados insatisfatórios, destacando-se a necessidade de maiores investimentos em espaços públicos adequados e condições ambientais e sociais favoráveis à prática de lazer e adoção de estilos de vida saudáveis.

10.0 REFERÊNCIAS

- AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. Opinion statement on physical fitness in children and youth. **Medicine and Science in Sports and exercise**, n. 20, v. 4, pp. 422-3, 1988.
- AMORIM, L. D et al. Intraclass Correlations among Physiologic Measures in Children and Adolescents. **Nursing Research** (New York), v. 56, pp. 355-360, 2007
- AMORIM, T.C. et al. Physical activity levels according to physical and social environmental factors in a sample of adults living in South Brazil. **Journal of physical activity & health** v.7, n.2 : pp.204-212, 2010.
- BABEY, S. H. et al. Physical Activity among Adolescents. When Do Parks Matter? **American Journal of Preventive Medicine**, v. 34, n. 4, pp. 345-348, 2008.
- BARRETO, S. M. et al. Comportamento saudável entre adultos jovens no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 2, pp. 9-17, 2009.
- BARROS, M.V.G, BARROS, S.S.H, SANTOS, C.M. **Recomendações para a prática de atividade física**. In: FLORINDO, A. A.; HALLAL, P. C. Epidemiologia da Atividade física. São Paulo: Atheneu, 2011. pp. 103-111.
- BOCLIN, K.L.S. et al. Características contextuais de vizinhança e atividade física de lazer: Estudo Pró-Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol.48, n.2, p. 249-257. 2014
- BOUCHARD, C. et al. Genetics of fitness and physical performance. Champaign: **Human Kinetics**, 1997.
- BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais para atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010. 132p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2007. 60p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRAZ, M. **Doenças crônicas e problemas de saúde em adolescentes do município de campinas**. UNICAMPI, 2011. 97f. Dissertação de Mestrado. Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.
- CAMAÇARI. Prefeitura Municipal. Secad/CCTGI/GEPRO. Disponível em <<http://www.camacari.ba.gov.br/2015/index.php>>.
- CARDOSO, A. L. Avanços e desafios na experiência brasileira de urbanização de favelas. **Cadernos MetrÓpole**, v.17 pp. 219-240, 2007.
- CARROLL-SCOTT, A. et al. Disentangling neighborhood contextual associations with child body mass index, diet, and physical activity: The role of built, socioeconomic, and social environments. **Soc Sci Med**, n.95, pp.106-14, Oct, 2013.

- CARVER, A. et al. Perceptions of neighborhood safety and physical activity among youth: The CLAN study. **Journal of Physical Activity and Health**, v. 5, n. 3, p. 430-444, 2008.
- CASPERSEN, C. J. et al. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public health reports** [S.l.], v.100, n. 2, pp. 126-131, 1985.
- CÉLIO, F. A. et al. Características individuais associadas à auto percepção da extensão territorial da vizinhança. **Cadernos de Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v.30, n.9, pp. 1935-1946, 2014.
- CESCHINI, F.L. et al. Prevalência de inatividade física e fatores associados em estudantes do ensino médio de escolas públicas estaduais. **Jornal de Pediatria**, v. 85, n. 4, pp.301-306, 2009.
- CHRISTIANSEN, L. B. et al. School site walkability and active school transport - association, mediation and moderation. **Journal of Transport Geography**, v. 34, pp. 7-15, Jan 2014.
- COLLETT, C. et al. Fatores determinantes para a realização de atividades físicas em parque urbano de Florianópolis. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 13, n. 1, 2008.
- COMITÊ DE FOMENTO INDUSTRIAL DE CAMAÇARI (COFIC). Polo industrial de Camaçari. Disponível em: <<http://www.coficpolo.com.br/>>. Acesso em: 2016.
- COSTA, M. et al. Características de vizinhança e prática de atividade física: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 20, n. 2, pp. 113, 2015.
- COULTON, C.J. et al. Mapping residents' perceptions of neighborhood boundaries: a methodological note. **American Journal Community Psychol**; v. 29, pp. 371-83, 2001.
- CREMONESE, C. Neighborhood sociodemographic and environmental contexts and self-rated health among Brazilian adults: a multilevel study. **Cadernos de Saúde Pública**; v.26, n.12, pp.2368-78, Dec, 2010.
- CURTIS S. et al. Is there a place for geography in the analysis of health inequality? **Sociology of Health & Illness**, v. 20, n.5, pp. 645-672, 2008.
- DIEZ ROUX, A. V. Neighborhoods and health: where are we and where do we go from here? **Revue d'epidemiologie et de sante publique** [S.l.], vol. 55, n.1, pp. 13-21, 2007.
- DIEZ ROUX, A.V. Investigating Neighborhood and Area Effects on Health. **American Journal of Public Health** [S.l.], v. 91, n. 11, pp. 1783-1789, nov, 2001.
- DIEZ-ROUX, A. V. et al. Neighborhoods and health. **Annals of the New York Academy of Sciences** [S.l.], vol.1186, n. 1, pp. 125-145, 2010.
- DING, DING. et al. Neighborhood environment and physical activity among youth: a review. **American journal of preventive medicine**, v.41, n.4, pp. 442-455, 2011.
- DUMITH, S.C. et al. Worldwide prevalence of physical inactivity and its association with human development index in 76 countries. **Preventive medicine**, v. 53, n.1, pp.24-2, 2011.

ECHEVERRÍA S, et al. Associations of neighborhood problems and neighborhood social cohesion with mental health and health behaviors: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. **Health Place**; v.14, n.4, pp.853-65, 2008.

FARIAS JÚNIOR, J. C. **Mensuração de atividade física em estudos epidemiológicos**. In: FLORINDO, A. A.; HALLAL, P. C. *Epidemiologia da Atividade física*. São Paulo: Atheneu, 2011. pp. 37-56.

FARIAS JUNIOR, J.C. et al. Prevalência e fatores associados a níveis insuficientes de atividade física em jovens estudantes de duas cidades Brasileiras: últimos sete dias e semana típica ou normal. **Rev. bras. educ. fís. esporte**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 619-629, Dec. 2011.

FLORINDO, A. A. et al. Percepção do ambiente e prática de atividade física em adultos residentes em região de baixo nível socioeconômico. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 302-10, 2011.

GOMES, C.S. **Determinantes ambientais da prática de atividade física no lazer: uma análise multinível**. UFMG, 2015. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

GOMES, P. et al. Características percebidas na vizinhança, fatores psicossociais e atividade física objetivamente avaliada em adolescentes. **Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente**. Lisboa, v.3, n, 2012.

GONÇALVES, P.B. **Associação entre o ambiente percebido e atividade física em adultos de Curitiba-PR**. UFPR, 2012. 108f. Dissertação de Mestrado. Pós-graduação em Educação Física do Departamento de Educação Física. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012.

GORDON-LARSEN, P. et al. Inequality in the built environment underlies key health disparities in physical activity and obesity. **Current Opinion in Pediatrics**, v. 22, n. 2, pp. 202–207, 2010

GORDON-LARSEN, P. Food Availability/Convenience and Obesity. **American Society for Nutrition**. Adv. Nutr, v. 5, pp. 809–817, 2014.

GOSTON, J.L. et al. **O viver urbano do jovem ao idoso**. In: FRINCHE, A.A.L. Saúde Urbana em Belo Horizonte. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2015. pp. 127-139.

GUEDES, D.P. et al. Níveis de prática de atividade física habitual em adolescentes. **Rev Bras Med Esporte** v.7 n.6, Niterói nov./dez. 2001

GUEDES, Dartagnan Pinto; LOPES, Cynthia Correa; GUEDES, Joana Elisabete Ribeiro Pinto. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física em adolescentes. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói , v. 11, n. 2, p. 151-158, Apr. 2005 .

HALLAL, P. C. et al. Association between perceived environmental attributes and physical activity among adults in Recife, Brazil. **Journal of physical activity & health**, v. 7, n. 2, p. S213, 2010.

HALLAL, P. C. et. al. Prevalência de sedentarismo e fatores associados em adolescentes de 10-12 anos de idade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.22, n.6, pp. 1277-1287, 2006.

HALLAL, P.C. et al. Prática de atividade física em adolescentes brasileiros. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.15, n.2 pp.3035-42, 2010

HARRISON, R.A. et al. The population effect of crime and neighborhood on physical activity: an analysis of 15 461 adults. **Epidemiology Community Health**, v.61, pp.34-9, 2007.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>

LEE, I. M. et al. Relationship between the built environment and physical activity levels: The Harvard Alumni Health Study. *American Journal Medicine Ant.*; v.37, n. 4, pp. 293-298, 2009

LOUREIRO, N., et al. Neighborhood and physical activities of Portuguese adolescents. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity** [S.l.], vol. 7, n. 1, p. 33, 2010.

MACINTYRE, S. **Neighborhoods and Health: An Overview**. In: KAWACHI, I.; BERKMAN, L.F. *Neighborhoods and Health*. New York: Oxford University Press, Inc., 2003. pp. 20-45.

MEIRELLES, A. L. et al. **O viver urbano do adolescente**. In: FRINCHE, A.A.L. *Saúde Urbana em Belo Horizonte*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2015. pp. 93-112.

NEUTZLING, M.B et al. Frequência de consumo de dietas ricas em gordura e pobres em fibra entre adolescentes. **Rev Saúde Pública**; v.4, n.3 pp.336-42, 2010.

OEHLSCHLAEGER, M. H. K. et al. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo em adolescentes de área urbana. **Revista de Saúde Pública [online]**, São Paulo, v.38, n.2, pp. 157-163, 2012.

PARRA, D.C. et al. Perceived environmental correlates of physical activity for leisure and transportation in Curitiba, Brazil. **Preventive medicine**, v.52, n., pp. 234-238, 2011.

PEIXOTO, M.B. Prática de atividade física e suporte social em adolescentes: um estudo de base populacional. UFPel, 2012. 128f. Dissertação de mestrado. Programa de Pós- Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2012.

PELEGRINI, A.M. et al. Fatores determinantes do envolvimento da criança em prática de atividade física e esportivas. **Cadernos de Pesquisa São Paulo**, v. 60, pp. 38-44, fev 1987.

PINHO, J.A.G.P. Habitação em um contexto de redemocratização: a experiência de Camaçari (BA). *Revista Rua*, n. 2, v.2, pp. 85-101, 1989.

PITANGA, F. J. G. Epidemiologia, atividade física e saúde. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento, Brasília**, v.10, n. 3, pp. 49-54, jul. 2002.

PITANGA, F.J.G. et al. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos Prevalence and variables associated with leisure-time sedentary lifestyle in adults. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n.3 pp.870-877, 2005.

PITANGA, F.J.G., et al. Fatores sociodemográficos associados aos diferentes domínios da atividade física em adultos de etnia negra. **Rev Bras Epidemiol** 15.2 (2012): 363-75.

- POORTINGA, W. The prevalence and agregamentoing of four major lifestyle risk factors in an English adult population. **Prev Med**; v. 44, n.2, pp. 124-8, 2007.
- PROIETTI, F. A. et al. Unidade de Contexto e Observação Social Sistemática em Saúde: Conceitos e Métodos. **PhysisRevista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, pp. 469-482, 2008.
- REICHERT, F. F. **Barreiras pessoais relacionadas à atividade física**. In: FLORINDO, A. A.; HALLAL, P. C. *Epidemiologia da Atividade física*. São Paulo: Atheneu, 2011. pp. 103-111.
- REIS, R. S. et al. **Atividade física e ambiente**. In: FLORINDO, A. A.; HALLAL, P. C. *Epidemiologia da Atividade física*. São Paulo: Atheneu, 2011. pp. 113-128.
- ROMAN, B. et al. How many children and adolescents in Spain comply with the recommendations on physical activity? **The Journal of sports medicine and physical fitness** [S.l.], vol. 48, n. 3, pp. 380-387, 2008 .
- ROMERO, A. J., et al. Are Perceived Neighborhood Hazards a Barrier to Physical Activity in Children? **Arch Pediatr Adolesc Med**, v. 155, n.10, p.1143-1148, 2001.
- SAFRON, M. Micro-environmental characteristics related to body weight, diet, and physical activity of children and adolescents: a systematic umbrella review. **International Journal of Environmental Health Research**, v. 21, n.5, p.317-330, Oct 2011.
- SALLIS, J. F. et al. A review of correlates of physical activity of children and adolescents. **Medicine and science in sports and exercise**, v. 32, n. 5, p. 963-975, 2000.
- SALLIS, J. F. et al. Distance between homes and exercise facilities related to frequency of exercise among San Diego residents. **Public health reports** [S.l.], v. 105, n. 2, pp. 179-185, 1990.
- SALLIS, J. F. Measuring physical activity environments: a brief history. **American journal of preventive medicine** [S.l.], v. 36, n. 4, pp. 86-92, 2009.
- SANDES-SOBRAL, L.E. Complexidade territorial e desenvolvimento: tendências e perspectivas da urbanização no litoral de Camaçari/Bahia/Brasil.. Dissertação de doutorado, **Universitat de Barcelona**, 2009.
- SANTOS, M.S. et al. Prevalência de barreiras para a prática de atividade física em adolescentes. **Rev Bras Epidemiol** 13.1 (): 94-104. 2010
- SANTOS, S. M. et ~~a~~ Adaptação transcultural e confiabilidade de medidas de características auto referidas de vizinhança no ELSA-Brasil. **Revista de Saúde Pública [online]**, São Paulo, v.47, suppl.2, pp. 122-130, 2013.
- SANTOS, S. M. et ~~a~~ Associação entre fatores contextuais e auto avaliação de saúde ~~uma~~ revisão sistemática de estudos multinível. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2533-2554, nov. 2007.
- SCHAEFER-MCDANIEL, N. et al. Examining methodological details of neighborhood observations and the relationship to health: a literature review. **Soc Sci Med** v. 70, n. 2, p. 277-92 Jan 2010.

SEABRA, A.F. et al. Determinantes biológicos e socioculturais associados à prática de atividade física de adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p.721-736. 2008

SILVA, I.C.M. **Associação entre prática de atividade física e características do ambiente**. UFPel, 2015. 211f. Dissertação de doutorado. Programa de Pós- Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

SILVA, R. S. et al. Política Nacional de Juventude: trajetória e desafios. **Cad. CRH**, Salvador, v. 24, n. 63, p. 663-678, Dec. 2011

SILVA, R.M. et al. Prevalência de atividade física de lazer e fatores associados em adultos de 18 a 65 anos. **Rev. baiana saúde pública**; v. 37, n.2, abr.-jun. 2013.

SIQUEIRA, F.V. et al. Prevalência e fatores associados a níveis insuficientes de atividade física em jovens estudantes de duas cidades brasileiras: últimos sete dias e semana típica ou normal. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte** v. 25, n.4, p. 619-29, 2011.

SOUSA, C.A. et al. Prevalência de atividade física no lazer e fatores associados: estudo de base populacional em São Paulo, Brasil, 2008-2009. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 2, p. 270-282, 2013.

SOUZA, J.G. **Camaçari, as duas faces da moeda: crescimento econômico x desenvolvimento social**. UNIFACS, 2005. 235f. Dissertação (Mestrado em Análise Regional). Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Regional e Urbano. Universidade Salvador. Salvador, 2005.

TASSITANO, R. M. et al. Agregamento dos quatro principais comportamentos de risco às doenças não transmissíveis entre adolescentes. **Rev. Bras. Epidemiol.** SãoPaulo, v. 17, n. 2, p. 465-478, June 2014.

TASSITANO, R.M. **Impacto de uma intervenção para o aumento da atividade física e consumo de frutas, legumes e verduras em estudantes universitários: ensaio clínico randomizado**. UFPE, 2013. Dissertação de doutorado. Programa de Pós-graduação em Nutrição do Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Pernambuco, Recife, 2013.

TEIXEIRA, I. P. **Percepção do ambiente comunitário e a prática de atividade física em adultos residentes em Rio Claro - SP**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Motricidade (Área de Biodinâmica da Motricidade Humana), 2014.

VINGILIS E.R, et al. Predictors of adolescent self-rated health. Analysis of the National Population Health Survey. **Can J Public Health**, v.30, pp. 193-7, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy on diet, physical activity and health**. Geneva, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva, 2010.

ZAPPE, J. G. **Comportamento de risco na adolescência: aspectos pessoais e contextuais**. UFRGS, 2014. 199f. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

ANEXOS

ANEXO A - Questionário aplicado com os adolescentes e jovens



Universidade Federal da Bahia

Instituto de Saúde Coletiva

QUESTIONÁRIO SOBRE HÁBITOS DE VIDA E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

PARTE I

LOCALIZAÇÃO DO DOMICÍLIO

Endereço	
Bairro	
Ponto de referência	
Telefone	
Área de cobertura	(1) PSF (2) Não PSF
Nome da unidade de saúde	
Micro-área	

PRIMEIRA VISITA:

Data e hora	____/____/2011 ____:____ h		
Nome do entrevistador			
SITUAÇÃO DA ENTREVISTA	MOTIVO DO NÃO PREENCHIMENTO		
Módulo familiar	Casa fechada/sem informações dos vizinhos		
Termo de consentimento	Casa fechada/vizinho informa que a casa não tem moradores		
Termo de consentimento pais	Sorteado ausente		
Medidas (peso, altura, cintura)	Sorteado menor de 18 anos presente sem termo de consentimento		
Entrega de termo de consentimento e carta de apresentação	Recusa		
AGENDAMENTO DE NOVA VISITA			
Data: ____/____/2011. Hora: _____ Nome e telefone para contato: _____			

SEGUNDA VISITA:

Data e hora	____/____/2011 ____:____ h		
Nome do entrevistador			
SITUAÇÃO DA ENTREVISTA	MOTIVO DO NÃO PREENCHIMENTO		
Módulo familiar	Casa fechada/sem informações dos vizinhos		
Termo de consentimento	Casa fechada/vizinho informa que a casa não tem moradores		
Termo de consentimento pais	Sorteado ausente		
Medidas (peso, altura, cintura)	Sorteado menor de 18 anos presente sem termo de consentimento		
Entrega de termo de consentimento e carta de apresentação	Recusa		

OBSERVAÇÕES:

--

Nome do entrevistado: _____

Entrevistador: O quadro seguinte deverá ser preenchido no primeiro contato com algum RESIDENTE DO DOMICÍLIO MAIOR DE 18 ANOS.

Vamos iniciar identificando TODOS os moradores deste domicílio e vamos solicitar algumas informações sobre cada um deles..

Entrevistador: PARA CADA UM DOS MORADORES, PERGUNTE AS QUESTÕES DE 1 A 3 E ESCREVA NO CAMPO CORRESPONDENTE:

1. O primeiro nome de cada um dos moradores;
2. A idade em anos de cada um dos moradores. Para os menores de 1 ano, escreva < 1 ano;
3. O sexo de cada um dos moradores e escreva no quadro F (feminino) ou M (masculino);

Agora, para as questões 4 a 8, considere TODAS AS PESSOAS que moram no domicílio, INCLUSIVE AS CRIANÇAS, em caso afirmativo, marque com um X no campo correspondente.

4. Quem são as pessoas que freqüentam a escola?
5. Quem são as pessoas que trabalham entre os moradores deste domicílio, incluindo trabalho informal?
6. Há algum aposentado entre os moradores deste domicílio?
7. Há alguma gestante entre as moradoras do domicílio?
8. Algum dos moradores trabalha como empregado (a) doméstico (a) neste domicílio?

Nº	1. Nome	2. Idade	3. Sexo (F / M)	4. Freqüenta a escola? (Marque X)	5. Trabalha? (Marque X)	6. Aposentado? (Marque X)	7. Gestante? (Marque X)	8. Empregado domestico? (Marque X)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

Entrevistador: Após preenchimento do quadro, realize o SORTEIO DO ENTREVISTADO, seguindo os seguintes passos:

- 1º) Identifique os moradores com idade entre 15 e 24 anos, excluindo as gestantes e empregados domésticos deste domicílio, e marque com um X na coluna N° do Quadro 1.
- 2º) Separe as fichas do sorteio que correspondem ao número da ordem destes indivíduos e solicite ao entrevistado que retire uma ficha, sendo este, o número do entrevistado.

Agora, eu irei fazer um sorteio para identificar quem será entrevistado. Entram no sorteio as pessoas entre 15 e 24 anos que não estejam gestantes e que não sejam trabalhadores domésticos neste domicílio. Você poderia retirar uma destas fichas?

Membro da família sorteado para entrevista:

Nome:	Data de nascimento: ___ / ___ / ___
Escola:	Telefone:

Medidas antropométricas: Data das medidas: ___ / ___ / 2011

PESO AUTO REFERIDO:

Circunferência da cintura 1:	Peso:	Altura:	Circunferência da cintura 2:
Peça de roupa e tipo de tecido o entrevistado está usando:			

OBSERVAÇÃO:

Peça ao entrevistado para ficar descalço, antes da tomada de peso e altura. Tirar os adereços da cabeça (como presilhas, bonés, arcos, tranças etc.).

Data: ____/____/2011 Hora: ____:____

Parte III

Nome do entrevistado: _____ Nome do entrevistador: _____

As questões referentes à Parte III (sobre a família, o domicílio e a vizinhança) poderão ser respondidas pelo entrevistado sorteado ou por outro morador (maior de 18 anos).

ATENÇÃO: Leia e solicite assinatura do TERMO DE CONSENTIMENTO.

**Agora, vamos fazer algumas questões sobre a PESSOA RESPONSÁVEL pela família.
(Pessoa Responsável pelo domicílio é aquela que é reconhecida como tal pelos demais moradores. Censo 2010)**

Quem é o responsável pela família?

Nome: _____

9. Qual foi a última série escolar que o Sr.(a) (nome do responsável) _____ completou?

- | | |
|---|--|
| 0() Analfabeto | 4() Ensino médio completo (até o 3º ano/3 série) |
| 1() Ensino fundamental incompleto (da alfabetização até a 7ª série/8º ano) | 5() Ensino superior incompleto |
| 2() Ensino fundamental completo (até a 8ª série/9º ano) | 6() Ensino superior completo (concluiu a faculdade) |
| 3() Ensino médio incompleto (até o 2º ano) | 9() Não sabe informar |

10. O Sr.(a) (nome do responsável) _____ trabalha?

- 0() não 1() sim. Qual a sua ocupação? _____ 9() não sabe informar
- (siga para Q.12)

11. Se não trabalha, o Sr.(a) (nome do responsável) _____ é ...

(LEIA AS ALTERNATIVAS)

- | | |
|---|------------------------|
| 0() Responsável pelo cuidado da casa ou dona de casa | 4() Apenas estudante |
| 1() Desempregado a procura de trabalho | 8() Não se aplica |
| 2() Sem ocupação no momento | 9() Não sabe informar |
| 3() Está afastado do trabalho por motivo de doença | |

12. No trabalho atual (a) Sr.(a) (nome responsável) _____ é... LEIA AS ALTERNATIVAS

- | | | |
|--------------------------------------|---|------------------------|
| 0() Empregado sem carteira assinada | 3() Empregador | |
| 1() Empregado com carteira assinada | 9() Não sabe informar | |
| 2() Funcionário público ou Militar | 4() Autônomo ou conta-própria. Recolhe INSS? | 0() não |
| | 8() Não se aplica | 1() sim |
| | | 9() não sabe informar |

Agora, vamos fazer algumas questões sobre SEU DOMICÍLIO e sobre os MORADORES do domicílio

13. Algum morador deste domicílio recebe algum auxílio financeiro, como por exemplo, bolsa família, amparo a portador de deficiência, bolsa pró-jovem ou PETI - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil? A QUESTÃO ABAIXO ACEITA MAIS DE UMA RESPOSTA

- 0() não 2() sim, Bolsa pró jovem 4() outro. Qual? _____
- 1() sim, Bolsa Família 3() sim, PETI

14. Quantos cômodos têm no domicílio, inclusive banheiro e cozinha? |__|__|

(Não considere como cômodo: corredores, varandas abertas, garagem e outros compartimentos para fins não residenciais. Censo 2010).

15. Quantos cômodos servem de dormitório para os moradores? |_|_|_|

16. Vou ler uma lista sobre serviços e bens e você responde se na sua casa tem ou não....

LEIA AS ALTERNATIVAS

1. Luz elétrica	0() não	1() sim
2. Água encanada	0() não	1() sim
3. Banheiro dentro de casa	0() não	1() sim
4. Telefone fixo	0() não	1() sim
5. Telefone celular	0() não	1() sim
6. Máquina lavar roupas (não considere tanquinho)	0() não	1() sim
7. Geladeira	0() não	1() sim
8. Rádio	0() não	1() sim
9. Televisão	0() não	1() sim
10. Computador	0() não → (siga para Q.17)	1() sim
11. Computador com acesso a internet	0() não	1() sim

17. Algum morador deste domicílio tem carro de uso pessoal? 0() não 1() sim

Para responder às questões seguintes (Q 18) vamos usar as alternativas desta cartela (CARTELA 1).

Vou falar AFIRMAÇÕES a respeito de sua vizinhança e você responde ...

(1) Concordo

(2) Não concordo nem discordo

(3) Discordo

18. Na sua vizinhança....

Concordo não concordo nem
discordo Discordo

1. Há muitos lugares para praticar atividades físicas, como praças, quadras de esportes, etc.	1()	2()	3()
2. É fácil ir a pé aos lugares.	1()	2()	3()
3. Frequentemente você vê outras pessoas praticando atividade física em sua vizinhança	1()	2()	3()
4. O trânsito de veículos é intenso (pesado) na sua vizinhança.	1()	2()	3()
5. Você se sente seguro(a) andando de dia na sua vizinhança.	1()	2()	3()
6. Você se sente seguro(a) andando de noite na sua vizinhança.	1()	2()	3()
7. As ruas de sua vizinhança são iluminadas à noite.	1()	2()	3()
8. As pessoas se cumprimentam e geralmente param para conversar umas com as outras.	1()	2()	3()
9. Você pode pedir ajuda ou um favor aos seus vizinhos.	1()	2()	3()
10. Encontra-se grande variedade de frutas, verduras e legumes frescos à venda próximos à sua casa.	1()	2()	3()
11. Existem muitas lanchonetes próximas à sua casa.	1()	2()	3()
12. Existem muitos bares próximos à sua casa.	1()	2()	3()
13. Existem locais que vendem cigarros próximos a sua casa.	1()	2()	3()

Agora não precisa mais olhar na cartela

19. Você ou outro morador de sua residência já sofreu alguma violência na sua vizinhança, como assalto, roubo, violência sexual ou seqüestro, durante o tempo que você mora neste local?

0() não

1() sim

9() não sabe informar

Parte IV

Data: ____/____/2011 Hora: ____:____

Nome do entrevistado: _____

Nome do entrevistador: _____

Data de nascimento: ____/____/____

As questões referentes à Parte IV SÓ PODERÃO SER RESPONDIDAS PELO ENTREVISTADO SORTEADO.

Agora vamos fazer algumas perguntas sobre você.

20. Há quanto tempo você mora neste domicílio? |__|__| anos |__|__| meses
21. Você frequenta a escola ou faculdade?
0() não → (siga para Q.23) 1() sim
22. Em que turno você estuda?
1() matutino 2() vespertino 3() noturno 8() não se aplica (não frequenta a escola)
23. Qual a série escolar que você cursa, ou caso não estuda, a última série que completou?
0() Analfabeto 4() Ensino médio completo (até o 3º ano/3 série)
1() Ensino fundamental incompleto (da alfabetização até a 7ª série/8º ano) 5() Ensino superior incompleto
2() Ensino fundamental completo (até a 8ª série/9º ano) 6() Ensino superior completo (concluiu a faculdade)
3() Ensino médio incompleto (até o 2º ano) 7() Ensino técnico incompleto
8() Ensino técnico completo
9() Não sabe informar
24. Você trabalha?
0() não 1() Sim. Qual a sua ocupação? _____ → (siga para Q.26) 9() não sabe informar
25. Se não trabalha, você é ... (LEIA AS ALTERNATIVAS)
1() Responsável pelo cuidado da casa, ou dona de casa 5() Apenas estudante
2() Desempregado a procura de trabalho 8() Não se aplica
3() Sem ocupação no momento 9() Não sabe informar
4() Aposentado ou afastado do trabalho por doença
→ (siga para Q.28)
26. Quantas horas por semana você trabalha nesta atividade?
|__|__| horas 8() não se aplica 9() não sabe informar
27. Você trabalha à noite?
0() não 1() sim 8() não se aplica
28. Em relação a sua raça ou cor, você se considera... LEIA AS ALTERNATIVAS
0() Branco 2() Pardo 4() Não se enquadra.
1() Negro 3() Índio ou amarelo Especifique: _____
29. Em relação a situação conjugal atual, você é... LEIA AS ALTERNATIVA
0() Casado ou mora junto 2() Divorciado 4() Viúvo
1() Solteiro 3() Separado
30. Você tem filhos?
0() não 1() sim Quantos? |__|__|
31. Quem são as pessoas que vivem com você em sua casa?
0() Ninguém, mora sozinho 5() Filho(a). Quantos: |__|__| 10() Empregados
1() Mãe 6() Padrasto/namorado da mãe 11() Outro parente. Informe relação de parentesco: _____
2() Pai 7() Madrasta/namorada do pai
3() Irmãos e irmãs. Quantos: |__|__| 8() Avô 12() Outros. Especifique: _____
4() Companheiro(a), marido/esposa 9() Avó
32. Você tem religião?
0() não → (siga para Q.35) 1() sim
33. Qual a sua religião?

- 1() Católica 3() Umbanda 5() Evangélico. Especifique: _____ 8() não se aplica
 2() Candomblé 4() Espiritismo 6() Outra. Especifique: _____
- 34. Você é praticante desta religião?**
 0() não 1() sim 8() não se aplica 9() não sabe informar

Agora vamos fazer algumas perguntas SOBRE A SUA SAÚDE

- 35. Sobre a sua situação de saúde, você considera LEIA AS ALTERNATIVAS**
 0() muito boa 1() boa 2() regular 3() ruim
- 36. Você apresenta alguma doença ou problema de saúde no momento?**
 0() não 1() sim. Qual? _____ 9() não sabe informar

Para responder as questões seguintes (Q 37) vamos usar as alternativas da CARTELA 2.

Vou perguntar a frequência que você teve alguns problemas de saúde nos últimos 6 meses e você responde ...

- (1) Quase todos os dias (2) Mais de uma vez por semana (3) Quase todas as semanas (4) Quase todos os meses (5) Raramente ou nunca**

37. Nos últimos 6 meses, com que frequência você teve...

<i>LEIA AS ALTERNATIVAS</i>	Quase todos os dias	Mais de 1 vez por semana	Quase todas as semanas	Quase todos os meses	Raramente ou nunca
1. Dor de cabeça	1()	2()	3()	4()	5()
2. Dor de estômago	1()	2()	3()	4()	5()
3. Dor no pescoço ou dor nos ombros	1()	2()	3()	4()	5()
4. Cansaço	1()	2()	3()	4()	5()
5. Tontura	1()	2()	3()	4()	5()
6. Desânimo/Tristeza	1()	2()	3()	4()	5()
7. Irritação	1()	2()	3()	4()	5()
8. Nervosismo	1()	2()	3()	4()	5()
9. Dificuldade de dormir	1()	2()	3()	4()	5()
10. Medo	1()	2()	3()	4()	5()

Para responder às questões seguintes (Q 38) vamos usar a cartela CARTELA 3. Vou perguntar se para você é fácil ou difícil falar sobre coisas que lhe incomodam ou lhe aborrecem com algumas pessoas e você responde ...

- (1) Muito fácil (2) Fácil (3) Difícil (4) Muito difícil (5) Eu não vejo esta pessoa (6) Não existe esta pessoa**

38. Para você é fácil ou difícil falar sobre coisas que lhe incomodam ou lhe aborrecem com as seguintes pessoas?

<i>LEIA AS ALTERNATIVAS</i>	Muito fácil	Fácil	Difícil	Muito difícil	Eu não vejo esta pessoa	Não existe esta pessoa
1. Mãe	1()	2()	3()	4()	5()	6()
2. Pai	1()	2()	3()	4()	5()	6()
3. Madrasta ou namorada do pai	1()	2()	3()	4()	5()	6()
4. Padrasto ou namorado da mãe	1()	2()	3()	4()	5()	6()
5. Irmã(s) mais velha(s)	1()	2()	3()	4()	5()	6()
6. Irmão(s) mais velho(s)	1()	2()	3()	4()	5()	6()
7. Namorado(a), esposo(a) ou companheiro(a)	1()	2()	3()	4()	5()	6()
8. Amigo do mesmo sexo	1()	2()	3()	4()	5()	6()
9. Amigo do sexo oposto	1()	2()	3()	4()	5()	6()

39. Atualmente, quantos amigos ou amigas próximos você tem? |__|__|

Para responder às questões seguintes (Q 40) vamos usar as alternativas da cartela CARTELA 4.

Vou falar diversas afirmações que descrevem sentimentos ou pensamentos e você responde ...

- 1() Discordo 2() Não discordo, nem concordo 3() Concordo**

40. Em relação aos seus sentimentos...

<i>LEIA AS ALTERNATIVAS</i>	Discordo	não concordo, nem discordo	Concordo
1. Sinto que sou uma pessoa de valor como as outras pessoas.	1()	2()	3()
2. Eu sinto vergonha de ser do jeito que eu sou	1()	2()	3()
3. Às vezes, eu penso que não presto para nada	1()	2()	3()
4. Sou capaz de fazer tudo tão bem como as outras pessoas.	1()	2()	3()

0() não
1() sim → (siga para Q.51)

8() não se aplica
9() não lembra

50. **Por qual motivo você não conseguiu este atendimento?** → (Após esta questão siga para Q.52)

0() Não conseguiu vaga
1() Não tinha o profissional que precisava
2() Esperei muito e desisti
3() Outro motivo. Qual? _____
8() Não se aplica
9() Não lembro

51. **Quanto tempo (em dias) levou entre a marcação e o atendimento?**

____|____|____ dias
0() foi atendido no mesmo dia

8() não se aplica
9() não lembra

52. **Quanto tempo você leva se for a pé da sua casa até a Unidade (de referência) _____?**

____|____| minutos

88() Não se aplica

99() Não sabe informar

53. **Há transporte coletivo para o seu deslocamento do domicílio até a Unidade (de referência) _____?**

0() não

1() sim

9() Não sabe informar

54. **Existem filas para marcação de consultas na Unidade (de referência) _____?**

0() não

1() sim

9() Não sabe informar

55. **Existe dia específico para marcação de consultas na Unidade (de referência) _____?**

0() não

1() sim

9() Não sabe informar

56. **No último ano, você participou de alguma atividade coletiva (tais como palestras, oficinas, grupos ou feiras de saúde) realizada por profissionais de saúde na Unidade (de referência) _____?**

0() não

1() sim. Qual? _____

9() Não sabe informar

57. **Você sabe o nome do seu Agente Comunitário de Saúde?**

0() não

1() sim. Qual? _____

9() Não sabe informar

58. **Algum Agente Comunitário de Saúde visita a sua casa / acompanha a sua família?**

0() não → (siga para Q.60)

1() sim.

9() Não sabe informar

59. **Quando foi a última vez em que este agente de saúde visitou a sua família?**

0() Há menos de 30 dias

2() Há mais de 60 dias

88() não se aplica

1() De 30 a 60 dias

9() não sabe informar

60. **Você tem algum plano de saúde, médico ou odontológico, particular, de empresa ou órgão público? LEIA AS ALTERNATIVAS**

0() Não → (siga para Q.62)

2() Sim, apenas plano odontológico

1() Sim, apenas plano médico

3() Sim, plano médico e odontológico

61. **Há quanto tempo tem direito a esse plano de saúde sem interrupção?**

0() Até 6 meses

2() Mais de 1 ano até 2 anos

8() não se aplica (não tem plano)

1() Mais de 6 meses até 1 ano

3() Mais de 2 anos

9() não sabe informar

Agora, vou fazer algumas perguntas sobre seus HÁBITOS ALIMENTARES. Para responder, por favor, pense na sua alimentação nos últimos seis meses. Lembre-se de todas as refeições - café da manhã, almoço, jantar e lanches, que você faz em casa ou fora de casa.

62. **Pense na sua rotina semanal. LEIA AS ALTERNATIVAS**

Você costuma.....

Não

Se sim, onde?

1 Tomar café da manhã?

0()

em casa

1()

escola/trabalho

2()

outro lugar

3()

2 Fazer o lanche da manhã?

0()

1()

2()

3()

3 Almoçar?	0()	1()	2()	3()
4 Fazer um lanche ou café da tarde?	0()	1()	2()	3()
5 Jantar ou tomar café da noite?	0()	1()	2()	3()
6 Lanchar antes de dormir?	0()	1()	2()	3()

Para responder às questões seguintes (Q 63) vamos usar as alternativas da CARTELA 5. Vou ler uma lista de alimentos e vou perguntar a frequência que você normalmente consome e você responde ...

0() Todos os dias da semana 2() 3 a 4 dias da semana 3() 1 a 2 dias por semana 5() menos de 1 vez por mês ou NÃO CONSUME
1() 5 a 6 dias da semana 4() 1 a 3 vezes por mês

63. Com que frequência você normalmente consome?

63.2. No dia que você consome, quantas vezes consome?

	Semanal					Mensal	
	todos os dias	5-6 dias	3-4 dias	1-2 dias	1-3 por mês	menos de 1 vez por mês ou NÃO CONSUME	
1. Frutas ou sucos feitos da própria fruta ou polpa	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	□
2. Alimentos como batata (sem ser frita), banana-da-terra, batata-doce, aipim, inhame ou farinha de mandioca.	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	□
3. Alimentos como pão, macarrão, arroz, lasanha ou bolachas de sal.	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	□
4. Hortaliças como alface, brócolis, couve, agrião couve-flor, espinafre ou repolho etc.	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	□
5. Legumes como abóbora, abobrinha, beterraba, chuchu, cenoura ou quiabo, não inclua batata.	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	□
6. Alimentos como feijão de qualquer tipo, lentilha, ervilha ou grão de bico.	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	□
7. Alimentos como queijo, requeijão ou iogurte	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	□
8. Leite (lembre-se do achocolatado, mingau ou vitaminas preparadas com leite).	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	□
9. Carne vermelha	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	□
10. Frango	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	□
11. Peixe	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	□
12. Ovos	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	□
13. Miúdos como moela, coração de galinha ou fígado etc.	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	□
14. Alimentos como Presunto, presuntada, mortadela, salame, salsicha ou kitute etc.	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	□
15. Alimentos enlatados ou em conserva como milho, ervilha, palmito, azeitona, extrato de tomate, molhos prontos, ketchup ou mostardas.	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	□
16. Doces em geral como bolos, tortas, biscoito recheado, chiclete, pirulito, balas ou cocadas etc..	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	□
17. Batata frita, salgadinhos de pacote, frituras como coxinhas ou pastéis, etc.	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	□
18. Refrigerantes ou sucos artificiais (de caixa, garrafa ou lata).	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	□
19. Manteiga, margarina, azeite de oliva ou dendê, óleo.	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	□
20. Feijão de qualquer tipo COM arroz	0()	1()	2()	3()	4()	5() marque 0 na Q.63.2	□

64. Quando você come frango o que você faz com a pele? LEIA AS ALTERNATIVAS

0() come 1() não come 8() não come frango

65. Quando você come carne vermelha, o que você faz com a gordura visível? LEIA AS ALTERNATIVAS

0() come 1() não come 8() não come carne vermelha

66. Você costuma colocar sal nos alimentos quando já servidos em seu prato?

0() não 1() sim

67. Quantos copos de água você bebe por dia?

0() menos de 4 copos 1() 4 a 5 copos 2() 6 copos ou mais 9() não sabe informar

Para responder às questões seguintes, considere os ÚLTIMOS 12 MESES, ou seja, desde novembro do ano passado até agora

68. LEIA AS ALTERNATIVAS ABAIXO

- | | | | |
|---|----------|----------|--------------------|
| 1. Você recebeu alguma orientação para manter o seu peso ideal? | 0() não | 1() sim | 9() não se lembra |
| 2. Você recebeu alguma orientação para comer pouco sal? | 0() não | 1() sim | 9() não se lembra |
| 3. Você recebeu alguma orientação para comer pouco doce ou açúcar? | 0() não | 1() sim | 9() não se lembra |
| 4. Você recebeu alguma orientação para comer pouca gordura e fritura? | 0() não | 1() sim | 9() não se lembra |

Entrevistador. Se a resposta foi NÃO PARA TODAS AS ALTERNATIVAS DA Q.68, siga para Q.72.

69. Onde foi que você recebeu estas orientações? Esta questão aceita mais de uma resposta.

Unidade de saúde Qual? _____

- | | | | |
|-----------------------------------|----------|----------|--------------------|
| 1. Unidade de saúde de referência | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 2. Outro serviço de saúde | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 3. Escola | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 4. Casa | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 5. Televisão / rádio/ jornal | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 6. Grupos comunitários | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 7. Outros. Qual: _____ | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 9. Não se lembra | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |

70. Quem lhe deu esta orientação? Esta questão aceita mais de uma resposta.

- | | | | |
|-------------------------------|----------|----------|--------------------|
| 1 Médico | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 2 Enfermeiro | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 3 Dentista | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 4 Nutricionista | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 5 Agente comunitário de saúde | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 6 Professor | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 7 Parente, amigo ou vizinho | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 8 Outros. Quem: _____ | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 9 Não se lembra | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |

71. Estas orientações lhe ajudaram a mudar este hábito?

0() não 1() sim 2() já fazia de acordo a orientação e se manteve 8() não se aplica

72. Você tem interesse em mudar seus hábitos alimentares?

0() não 1() sim

Agora, vou lhe perguntar sobre as ATIVIDADES FÍSICAS que você pratica no seu dia-a-dia. Para responder às perguntas pense nas suas atividades de uma semana normal que você faz na escola, no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, ou como parte das suas atividades em casa.

73. Em quantos dias de uma semana normal você CAMINHA por pelo menos 10 minutos contínuos, como forma de transporte para ir de um lugar para outro ou como forma de exercícios?

___ dias por semana 0() Nenhum → (siga para Q.75)

74. Nos dias em que você CAMINHA, quanto tempo no total você gasta caminhando por dia?

Horas: ___|___ Minutos: ___|___ 8() Não se aplica

Agora vamos utilizar A CARTELA 6.

Atividades físicas MODERADAS fazem você suar LEVE ou aumentam UM POUCO sua respiração ou batimentos do coração. Exemplos: serviços de casa, varrer, subir escadas, lavar ou passar roupa, carregar peso leve, andar de bicicleta e dançar. POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA.

75. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, ou seja, sem parar?

___ dias por semana 0() Nenhum → (siga para Q.77)

76. Nos dias em que você faz essas atividades MODERADAS, quanto tempo no total você gasta fazendo essas atividades por dia?

Horas: ___|___ Minutos: ___|___ 8() Não se aplica

Para responder às questões seguintes vamos usar a definição e exemplos da CARTELA 7

Atividades físicas VIGOROSAS fazem você suar BASTANTE ou aumentam MUITO sua respiração ou batimentos do coração. Exemplos: correr, jogar bola, carregar peso pesado, fazer musculação.

77. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, ou seja, sem parar?

___ dias por semana 0() Nenhum → (siga para Q.79)

78. Nos dias em que você faz essas atividades VIGOROSAS, quanto tempo no total você gasta fazendo essas atividades por dia?

Horas: ___|___ Minutos: ___|___ 8() Não se aplica

79. Você costuma fazer atividade física de recreação, de esporte ou de lazer como por exemplo fazer ginástica, jogar futebol ou dançar?

0() não 1() sim

80. Que tipo de atividade física você realiza com mais frequência? LEIA AS ALTERNATIVAS

0() Atividade como forma de deslocamento 2() Atividades domésticas 4() Outra atividade
1() Atividades do trabalho 3() Lazer ou esporte

81. Em um dia de semana normal, em média, quanto tempo você Total de horas : ___|___ horas ___|___ minutos

1. Assiste televisão? ___|___ horas ___|___ minutos
2. Joga videogame ou jogar no celular? ___|___ horas ___|___ minutos
3. Fica no computador? ___|___ horas ___|___ minutos

82. No final de semana, em média, quanto tempo por dia você Total de horas : ___|___ horas ___|___ minutos

1. Assiste televisão? ___|___ horas ___|___ minutos
2. Joga videogame ou jogar no celular? ___|___ horas ___|___ minutos
3. Fica no computador? ___|___ horas ___|___ minutos

Para responder às questões seguintes, considere os ÚLTIMOS 12 MESES

83. Você recebeu algum tipo de orientação sobre atividade física desde novembro do ano passado até agora?

0() não → (siga para Q.87) 1() sim 9() não se lembra → (siga para Q.87)

84. Onde foi que você recebeu estas orientações? Entrevistador, esta questão aceita mais de uma resposta

Unidade de saúde Qual? _____

1. Unidade de saúde de referência	0() não	1() sim	8() não se aplica
2. Outro serviço de saúde	0() não	1() sim	8() não se aplica
3. Escola	0() não	1() sim	8() não se aplica
4. Casa	0() não	1() sim	8() não se aplica
5. Televisão / rádio/ jornal	0() não	1() sim	8() não se aplica

- | | | | |
|------------------------|----------|----------|--------------------|
| 6. Grupos comunitários | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 7. Outros. Qual: _____ | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 9. Não se lembra | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |

85. Quem lhe deu esta orientação? *Entrevistador, esta questão aceita mais de uma resposta*

- | | | | |
|-------------------------------|----------|----------|--------------------|
| 1 Médico | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 2 Enfermeiro | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 3 Dentista | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 4 Nutricionista | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 5 Agente comunitário de saúde | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 6 Professor | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 7 Parente, amigo ou vizinho | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 8 Outros. Quem: _____ | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 9 Não se lembra | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |

86. Estas orientações lhe ajudaram a mudar este hábito?

- 0() não 1() sim 2() já fazia de acordo a orientação e se manteve 8() não se aplica

87. Você tem interesse em mudar seus hábitos de atividade física?

- 0() não 1() sim

Agora, vou fazer algumas perguntas sobre o USO DE CIGARROS de tabaco. Não considere cigarros de maconha, haxixe ou outras drogas ilícitas.

88. Alguma vez você já experimentou fumar cigarros, mesmo uma ou duas tragadas?

- 0() não → (siga para Q.93) 1() sim

89. Quantos anos você tinha quando fumou seu primeiro cigarro?

- ____ anos 8() Não se aplica (nunca fumou) 9() não se lembra

90. Quantos o anos você tinha quando começou a fumar regularmente, quer dizer, pelo menos 1 cigarro por semana, mesmo que já tenha parado?

- ____ anos 0() Nunca fumou regularmente 8() Não se aplica 9() não se lembra

91. Atualmente, você fuma cigarros?

- 0() não → (siga para Q.93) 1() sim

92. Nos últimos 30 dias (um mês), quantos dias você fumou cigarros?

- | | | | |
|-------------------------|------------------|--------------------|----------------------|
| 0() 0 dia / nenhum dia | 2() 3 ou 5 dias | 4() 10 ou 19 dias | 6() todos os 30 dia |
| 1() 1 ou 2 dias | 3() 6 ou 9 dias | 5() 20 ou 29 dias | 8() não se aplica |

93. Quem é fumante entre as pessoas que convivem com você? *LEIA AS ALTERNATIVAS*

- | | | | |
|--|----------|----------|-----------------------------|
| 1. Seu(sua) melhor amigo(a) | 0() não | 1() sim | 8() não existe esta pessoa |
| 2. A maioria dos seus amigos | 0() não | 1() sim | 8() não existe esta pessoa |
| 3. Seu marido, sua esposa, namorado(a) | 0() não | 1() sim | 8() não existe esta pessoa |
| 4. Seu(s) irmão(s) | 0() não | 1() sim | 8() não existe esta pessoa |
| 5. Pai/responsável paterno | 0() não | 1() sim | 8() não existe esta pessoa |
| 6. Mãe/responsável materna | 0() não | 1() sim | 8() não existe esta pessoa |
| 7. Outros: _____ (especifique) | 0() não | 1() sim | 8() não existe esta pessoa |

94. Quantas pessoas que vivem na sua casa fumam, contando com você, se for o caso?

- ____ pessoas → (Se 0 siga para Q.96)

95. Quantas dessas pessoas fumam dentro do espaço da casa, contando com você, se for o caso?

- ____ pessoas 8() Não se aplica (ninguém fuma)

Para responder às questões seguintes, considere os ÚLTIMOS 12 MESES

96. Você recebeu algum tipo de orientação a respeito dos riscos do cigarro desde novembro do ano passado até agora?
 0() não → (siga para Q.101) 1() sim 9() não se lembra → (siga para Q.101)

97. Onde você recebeu orientações? Entrevistador, esta questão aceita mais de uma resposta

Unidade de saúde Qual? _____

- | | | | |
|-----------------------------------|----------|----------|--------------------|
| 1. Unidade de saúde de referência | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 2. Outro serviço de saúde | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 3. Escola | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 4. Casa | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 5. Televisão / rádio/ jornal | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 6. Grupos comunitários | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 7. Outros. Qual: _____ | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 9. Não se lembra | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |

98. Quem lhe deu esta orientação? Entrevistador, esta questão aceita mais de uma resposta

- | | | | |
|-------------------------------|----------|----------|--------------------|
| 1 Médico | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 2 Enfermeiro | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 3 Dentista | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 4 Nutricionista | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 5 Agente comunitário de saúde | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 6 Professor | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 7 Parente, amigo ou vizinho | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 8 Outros. Quem: _____ | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |
| 9 Não se lembra | 0() não | 1() sim | 8() não se aplica |

99. Estas orientações lhe ajudaram a mudar este hábito?

- 0() não 1() sim 2() já fazia de acordo a orientação e se manteve, ou seja, não é fumante → (siga para Q.101) 8() não se aplica

100. Você tem interesse em mudar seus hábitos em relação ao uso de cigarro?

- 0() não 1() sim 8() não é fumante ou não se aplica

Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu consumo de BEBIDAS ÁLCOOLICAS.

101. Você já experimentou algum tipo de bebida alcoólica?

- 0() não → (siga para Q.113) 1() sim

102. Que idade você tinha quando experimentou pela primeira vez bebida alcoólica?

- ____ anos 8() Não se aplica 9() não se lembra

Para as próximas perguntas considere os últimos 12 meses

103. Com qual frequência você utiliza bebida alcoólica?

- 0() não bebe → (siga para Q.111) 2() 2 a 4 vezes ao mês (até 1 vez por semana) 4() 4 vezes por semana
 1() mensalmente ou menos 3() 2 a 3 vezes por semana 5() 5 ou mais vezes por semana
 8() não se aplica

Para responder a próxima questão, utilize a CARTELA 8 que corresponde a doses de bebidas alcoólicas. Uma dose pode ser 1 dose de bebidas destiladas como vodka, uísque, gin e cachaça OU quase um copo cheio de vinho OU uma lata média de cerveja.

104. Quando você bebe, comumente, quantas doses de bebidas alcoólicas você costuma tomar?

- 0() 1 ou 2 2() 5 ou 6 4() 10 ou mais
 1() 3 ou 4 3() 7 ou 9 8() não se aplica

Para as próximas perguntas considere os últimos 12 meses e utiliza a CARTELA 9 para ver as opções de respostas

105. Com que frequência você toma 6 ou mais doses em uma única ocasião?

- 0() nunca 2() mensalmente 4() todos ou quase todos os dias

1() menos que 1 vez no mês 3() semanalmente 8() não se aplica

106. Quantas vezes ao longo do último ano você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?

0() nunca 2() mensalmente 4() todos ou quase todos os dias
1() menos que 1 vez no mês 3() semanalmente 8() não se aplica

107. Com que frequência no último ano você não conseguiu fazer algo por causa da bebida?

0() nunca 2() mensalmente 4() todos ou quase todos os dias
1() menos que 1 vez no mês 3() semanalmente 8() não se aplica

108. Com que frequência no último ano você precisou beber de manhã para se recuperar de uma bebedeira?

0() nunca 2() mensalmente 4() todos ou quase todos os dias
1() menos que 1 vez no mês 3() semanalmente 8() não se aplica

109. Com que frequência no último ano você sentiu remorso ou arrependimento após beber?

0() nunca 2() mensalmente 4() todos ou quase todos os dias
1() menos que 1 vez no mês 3() semanalmente 8() não se aplica

110. Com que frequência no último ano você não conseguiu se lembrar o que aconteceu na noite anterior pela bebida?

0() nunca 2() mensalmente 4() todos ou quase todos os dias
1() menos que 1 vez no mês 3() semanalmente 8() não se aplica

Para as próximas perguntas considere qualquer momento de sua vida.

111. Você já se machucou ou machucou alguém como resultado do seu uso de álcool?

0() não 2() sim, mas não no último ano 4() sim, no último ano 8() não se aplica

112. Algum parente ou amigo ou médico ou outro profissional de saúde se preocupou com seu hábito ou sugeriu que você parasse de beber?

0() não 2() sim, mas não no último ano 4() sim, no último ano 8() não se aplica

113. Você acha que alguém na sua família bebe demais? LEIA AS ALTERNATIVAS

1 pai	0() não	1() sim
2 mãe	0() não	1() sim
3 irmão(a)	0() não	1() sim
4 outro	0() não	1() sim

Para responder as questões seguintes, considere os ÚLTIMOS 12 MESES

114. Você recebeu orientação sobre os riscos do consumo de bebida alcoólica desde novembro do ano passado até agora?

0() não → (siga para Q.118) 1() sim 9() não se lembra → (siga para Q. 118)

115. Onde você recebeu orientações? Entrevistador, esta questão aceita mais de uma resposta

Unidade de saúde Qual? _____			
1. Unidade de saúde de referência	0() não	1() sim	8() não se aplica
2. Outro serviço de saúde	0() não	1() sim	8() não se aplica
3. Escola	0() não	1() sim	8() não se aplica
4. Casa	0() não	1() sim	8() não se aplica
5. Televisão / rádio/ jornal	0() não	1() sim	8() não se aplica
6. Grupos comunitários	0() não	1() sim	8() não se aplica
7. Outros. Qual: _____	0() não	1() sim	8() não se aplica
9. Não se lembra	0() não	1() sim	8() não se aplica

116. Quem lhe deu esta orientação? Entrevistador, esta questão aceita mais de resposta positiva

1 Médico	0() não	1() sim	8() não se aplica
----------	----------	----------	--------------------

2 Enfermeiro	0() não	1() sim	8() não se aplica
3 Dentista	0() não	1() sim	8() não se aplica
4 Nutricionista	0() não	1() sim	8() não se aplica
5 Agente comunitário de saúde	0() não	1() sim	8() não se aplica
6 Professor	0() não	1() sim	8() não se aplica
7 Parente, amigo ou vizinho	0() não	1() sim	8() não se aplica
8 Outros. Quem: _____	0() não	1() sim	8() não se aplica
9 Não se lembra	0() não	1() sim	8() não se aplica

117. Esta orientação lhe ajudou a mudar este hábito?

0() não 1() sim 2() já fazia de acordo a orientação e se manteve 8() não se aplica

118. Você tem interesse em mudar seus hábitos em relação ao uso de bebidas alcoólicas?

0() não 1() sim 2() não consome bebidas alcólicas

Agora, para finalizar a entrevista, observe as figuras na CARTELA 10 para responder as questões a seguir. A figura apresenta diversas imagens com silhuetas jovens. Você deve indicar um número de acordo com a pergunta.

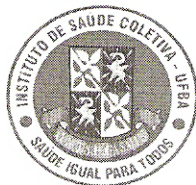
ATENÇÃO: Se o entrevistado for homem, entregue a **CARTELA 10 – HOMENS** e se for mulher, a **CARTELA 10 – MULHERES**.

119. O seu corpo se parece mais com qual destas imagens?

□□□

120. Qual destas imagens mostra como você gostaria de se parecer?

□□□



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº 019-09 / CEP-ISC

Registro CEP: 020-09/CEP-ISC

Projeto de Pesquisa: “Avaliação dos efeitos da Estratégia Saúde da Família: adoção de hábitos saudáveis e acessibilidade a serviços primários de prevenção e de promoção”

Pesquisador Responsável: Rosana Aquino Guimarães Pereira

Área Temática: Grupo III

Os Membros do Comitê de Ética em Pesquisa, do Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia, reunidos em sessão ordinária no dia 30 de junho de 2009, e com base em Parecer Consubstanciado, resolveu pela sua aprovação.

Situação: APROVADO

Salvador, 01 de julho de 2009.

Leny Alves Bomfim Trad
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia

