

JARINA GOMES GABILAN

**FATORES ASSOCIADOS À PRÁTICA DA ATIVIDADE FÍSICA EM
ADULTOS DE CAMPO GRANDE /MS**

CAMPO GRANDE
2015

JARINA GOMES GABILAN

**FATORES ASSOCIADOS À PRÁTICA DA ATIVIDADE FÍSICA EM
ADULTOS DE CAMPO GRANDE /MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Profº. Dr. Edson Mamoru Tamaki

CAMPO GRANDE

2015

FOLHA DE APROVAÇÃO

JARINA GOMES GABILAN

**FATORES ASSOCIADOS À PRÁTICA DA ATIVIDADE FÍSICA EM
ADULTOS DE CAMPO GRANDE /MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Resultado _____ (preenchido pela banca: Aprovado/Reprovado)

Campo Grande (MS), _____ de _____ de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Profº Dr. Edson Mamoru Tamaki
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Profª Dra. Fabiana Maluf Rabacow
Universidade Anhanguera/UNIDERP

Profº Dr. Joel Saraiva Ferreira
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

DEDICATÓRIA

À minha mãe, Marlene Gomes Gabilan (*in memoriam*) que sempre me incentivou a buscar no conhecimento as ferramentas para me aprimorar como pessoa e que, por acreditar tanto no poder da educação, me motivou a seguir este caminho.

AGRADECIMENTOS

- A Deus, por esta oportunidade grandiosa de amadurecimento profissional e pessoal que o mestrado representou em minha vida.
- Ao meu pai, João Evangelista Gabilan, e a minha irmã Waleska Gomes Gabilan, pelo incondicional apoio, sem o qual certamente eu não teria conseguido concluir esta jornada. Obrigada também pela paciência e pelas palavras de incentivo principalmente nos momentos de desânimo e desespero. Infinito amor por vocês!
- Ao meu orientador, Profº Dr. Edson Mamoru Tamaki, por me guiar pacientemente neste árduo caminho da pesquisa; pelos “chacoalhões” quando necessário e, acima de tudo, por acreditar no meu potencial e cobrar sempre o meu melhor. Gratidão e carinho ao senhor, professor!
- Aos meus amigos-irmãos Lucas de Castro Castelluccio e Daniela Alejandra Carballo de Lima Castelluccio, por me incentivarem a buscar o mestrado, por me apoiarem de todos os modos possíveis a seguir, inclusive me presenteando com um notebook (que foi de inegável importância), mas principalmente por viverem comigo a aventura que é o mestrado mesmo não fazendo um. Amo vocês!
- À colega de orientação que se tornou amiga, Cristina da Silva Riques, por dividir comigo esta empreitada, desde as reuniões de orientação até as angústias e, principalmente, por aguentar meus choramingos. Que esta amizade permaneça Cris!
- Ao Samuel Ramires Junior, meu noivo, que entrou em minha vida no meio da aventura chamada mestrado e que embarcou nessa viagem me apoiando e até mesmo me acompanhando nas coletas, garantindo minha segurança nos locais pouco amistosos. Obrigada por me dar forças quando precisei e por me motivar a seguir na vida acadêmica. Te amo!
- A minha prima Silvia Regina Evangelista que vibrou com a minha entrada no mestrado e que, mesmo à distância, compartilha das minhas vitórias. Te amo, neguinha!
- Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste que me proporcionaram valorizar a

multiplicidade de perspectivas que o conhecimento nos oferece. Obrigada por ampliarem meu mundo!

- Aos professores da banca, pelos quais cultivo grande admiração. Obrigada por aceitarem compartilhar este importante momento comigo e por contribuírem tão generosamente com este trabalho.

EPÍGRAFE

“A parte que ignoramos é muito maior que tudo quanto sabemos. ”

(Platão)

RESUMO

A atividade física passou a se destacar nas políticas de promoção da saúde no Brasil por seus benefícios à prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis, por proporcionar bem-estar, melhoria da autoestima e favorecer a interação social. O conhecimento das características e demandas da comunidade, assim como a identificação dos obstáculos e dificuldades colocadas pelo ambiente físico e social para a prática da atividade física é essencial para o desenvolvimento de ações efetivas na área. Com esse fim a presente pesquisa teve por objetivo analisar os fatores associados à prática de atividade física em adultos de Campo Grande/MS por meio da aplicação de um formulário, adaptado de Dumith (2006), em uma amostra representativa de adultos (396 indivíduos) residentes em uma área coberta por uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) do município. Verificou-se como aspectos favoráveis à prática da atividade física: ser do sexo masculino, auto avaliar positivamente a saúde; o avançar da idade; conhecer e frequentar locais como parques/praças próximos à residência. Verificou-se também que indivíduos com alta escolaridade e renda bruta familiar entre 6 e 8 salários mínimos se mostravam mais ativos que os demais. Em relação ao convívio comunitário, pareceu relacionar-se à prática: participar de atividade cultura/religiosa no bairro/região; achar que o bairro oferece locais que favorecem o contato entre os moradores; conhecer/ter ouvido falar de programa de atividade física gratuito no bairro/região; querer mudar de bairro; utilizar o posto de saúde referenciado; e ter morador na residência que frequenta a escola pública do bairro/região. Não pareceu influenciar a prática de atividade física nesta população: ter uma boa relação com os vizinhos; sentir-se feliz no bairro em que vive; e sentir-se seguro circulando nas ruas do bairro/região. Identificou-se que a população compreende a atividade física como a própria atividade que desenvolve, sendo a definição mais citada a “caminhada/corrída”. Identificou-se ainda que para essa população a atividade física se relaciona principalmente com a saúde, a qual foi atribuída muita importância visto que “faz bem/é boa para saúde”. Sobre as barreiras relatadas pelos não praticantes, as mais frequentes foram a “falta de tempo/trabalho” e a “falta de interesse/preguiça”, e entre os praticantes os principais motivos para realizar atividade física foram: “para melhorar/manter a saúde”; “para prevenir/controlar doenças ou dores”; e “para emagrecer/manter a forma”. Sobre os estágios de mudança de comportamento verificou-se associação dos homens ao estágio de manutenção e das mulheres ao estágio de preparação; a associação dos idosos ao estágio de manutenção; a percepção positiva da saúde ao estágio de manutenção e a regular ao estágio de contemplação; e conhecer/ter ouvido falar de programas de atividade física ao estágio de preparação.

Palavras-chave: PROMOÇÃO DA SAÚDE; ATIVIDADE FÍSICA; SAÚDE COLETIVA

ABSTRACT

Physical activity went on to highlight health promotion policies in Brazil for its benefits on the prevention and control of chronic non-communicable diseases, by providing welfare, improving self-esteem and encouraging social interaction. The knowledge of the characteristics and demands of the community, as well as the identification of obstacles and difficulties posed by the physical and social environment for the practice of physical activity is essential to the development of effective actions in the area. To that end, the present research aimed to analyze the factors associated with the practice of physical activity in adults of Campo Grande/MS by applying a form in a representative sample of adults (396 individuals) resident in an area covered by a Basic Unit of Family Health (UBSF) of the municipality. It was found as favorable aspects to the practice of physical activity: being a man, auto evaluate positively; the advance of age; meet and places such as parks/squares next to the residence. It was also verified that highly-educated individuals and family gross income between 6 to 8 minimum wages were more active than the others. In relation to community living, seemed to relate to: participating on culture/religious activity in the neighborhood/region; finding the neighborhood offers sites that promote contact among residents; knowing/having heard about free physical activity program in the neighborhood/region; changing the neighborhood; using the referenced Health Center; and being resident in the residence who attends public school in the neighborhood/region. It does not seem to influence the practice of physical activity in this population: having a good relationship with neighbors; feeling happy in the neighborhood in which he/she lives; and feeling safe circulating on the streets of the neighborhood/region. It was identified that the population understands the physical activity as the activity they do, the most quoted definition is the "jogging/running". It was identified that for this population physical activity relates primarily to health, which was attributed a great importance since it "does well/is good for health". About the barriers reported by non-practitioners, the most frequent were the "lack of time/work" and the "lack of interest/laziness", and among the main reasons practitioners to perform physical activity were: "to improve/maintain health"; "to prevent/control disease or pain"; and "to lose weight/keep fit". About the stages of behavior change was found the men's association to the maintenance stage and women to the stage of preparation; the association of the elderly to the maintenance stage; the positive perception of health maintenance and regular stage to the stage of contemplation; and knowing/having heard about physical activity programs at the stage of preparation.

Key words: HEALTH PROMOTION; PHYSICAL ACTIVITY; PUBLIC HEALTH

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	14
2.1. O conceito de saúde, os determinantes sociais e as transformações no cenário epidemiológico do Brasil	14
2.2. A promoção da saúde e as políticas existentes no Brasil	18
2.3. Atividade física e a promoção da saúde.....	21
2.4. Monitoramento e fatores relacionados à atividade física.....	25
3. OBJETIVOS.....	30
3.1. Geral	30
3.2. Específicos.....	30
4. MÉTODO	31
4.1. Classificação da pesquisa.....	31
4.2. Local e população	31
4.3. Determinação e caracterização da amostra.....	32
4.4. Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados.....	32
4.5. Aspectos éticos	35
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
5.1. Características gerais da população	36
5.1.1. Características da prática de atividade física.....	40
5.2. A prática da atividade física: relações entre as variáveis.....	43
5.3. Significado e importância da Atividade Física para a população	51
5.4. A prática da atividade física: aspectos favoráveis e as barreiras percebidas ..	56
5.5. Os estágios de mudança de comportamento (EMC) para a prática da atividade física	59
6. CONCLUSÕES.....	67
REFERÊNCIAS.....	70
APÊNDICES.....	80

1. INTRODUÇÃO

A promoção da saúde, segundo Ferreira e colaboradores (2011), é um referencial ideológico que vem servindo de ponto de partida para ações e políticas no campo da saúde. Seu conceito perpassa pela visão ampliada da saúde, a qual preconiza “[...] a capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002, p.19).

No Brasil, é sob este referencial que se tem buscado organizar o sistema de saúde e, por isso, a atenção básica figura entre os protagonistas deste sistema. Ela é orientada sob os princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, visto que deve ser a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012). Configura-se, portanto, como o primeiro elo da comunidade com o sistema público de saúde.

Sob esta perspectiva, a atuação deste nível de cuidado é importante ferramenta para viabilizar aos indivíduos a capacidade de identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Contudo, este propósito advindo da promoção da saúde é interpretado sob diferentes olhares. Um deles fundamenta-se nos preceitos de fatores de risco, orientado sob a vertente da epidemiologia para mudanças comportamentais e de estilo de vida (FERREIRA, CASTIEL e CARDOSO, 2011). Esta interpretação tende à responsabilização do indivíduo, a qual Castiel e Álvarez-Dardet chamaram de saúde persecutória (2007).

Existe ainda a leitura do que seria a “nova” promoção da saúde, que se fundamenta na abordagem socioambiental ou socioecológica, a qual, ainda que tenha o princípio de risco epidemiológico como referência, foca nos condicionantes mais gerais da saúde, como o ambiente social, econômico e cultural (FERREIRA, CASTIEL e CARDOSO, 2011). Sob esta interpretação, princípios como o da intersetorialidade, do empoderamento, da participação social, da equidade, das ações multiestratégicas e de sustentabilidade servem de norte para as ações.

No Brasil, transformações na organização ambiental e social, da pirâmide etária e do perfil epidemiológico têm exigido do governo direcionar esforços à efetivação das políticas de promoção da saúde. Estas políticas, apesar de fundamentadas na abordagem socioambiental, enfrentam dificuldades quanto ao direcionamento, visto que em alguns casos se volta à responsabilização do indivíduo. Esta situação é percebida, por exemplo, em ações de promoção da atividade física.

A atividade física passou a se destacar nas políticas de promoção da saúde no Brasil considerando seus benefícios quanto à prevenção e controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Eles vão além destes, visto que contribuem para promoção do bem-estar, melhora da autoestima e da interação social (NAHAS, 2013; ACSM, 2011; OMS, 2010; DUMITH, 2006) e, portanto, à percepção da saúde positiva.

Na prática, observa-se que as ações de promoção da atividade física estão pautadas em referenciais fisiológicos, posto as recomendações do *American College Sports and Medicine* (ACSM, 2011) e Organização Mundial da Saúde (2010), levando a concluir que seus objetivos direcionam-se apenas à lógica dos fatores de risco, prevenção e controle das DCNT. Não que estes não sejam importantes frente ao novo cenário epidemiológico, contudo não contempla na totalidade a proposta da promoção da saúde.

A autonomia e o protagonismo em relação à saúde são aspectos a serem destacados em ações que objetivem a sua promoção. No âmbito da atividade física há de se considerar que suas vantagens não são cumulativas e, por isso, dependem de uma prática regular e contínua. Sendo assim, ações que proponham estimular e promover a prática devem oportunizar sua regularidade e continuidade. Neste sentido, princípios como o empoderamento, a participação social e as ações multiestratégicas podem servir de base à estruturação e desenvolvimento de programas voltados a este fim. Isso porque oportunizar à população conhecimento acerca dos fatores que determinam e condicionam a saúde pode favorecer a participação social, assim como o envolvimento nas decisões quanto às prioridades locais.

Por isso, anterior à estruturação e desenvolvimento, é fundamental, para que a ação se torne efetiva, conhecer as características e demandas da comunidade,

assim como identificar sua intenção e dificuldades em relação ao ambiente físico e social que podem se relacionar à prática da atividade física, para que seja possível agir sobre as suas reais necessidades.

No município de Campo Grande existem programas de promoção da atividade física, contudo, não foram encontrados estudos sobre eles. Por isso, frente à relevância do tema no âmbito da saúde pública, a escassez de dados sobre atividade física em Campo Grande/MS e à importância em compreender os fatores que se relacionam à prática nesta população é que se propôs este estudo.

Com o objetivo de analisar os fatores associados à prática de atividade física de adultos de Campo Grande/MS, esta pesquisa foi organizada em 5 partes. Na primeira, são apresentados os referenciais teóricos da temática, iniciando pelo conceito de saúde ampliada, os determinantes sociais da saúde e as transformações nas características epidemiológicas do Brasil; depois feita breve apresentação sobre a promoção da saúde e as principais políticas voltadas a este fim; em seguida a atividade física é contextualizada nas ações de promoção da saúde; depois são apresentadas referências do monitoramento desta prática, assim como referências que tratam dos fatores relacionados à prática da atividade, e na última parte é apresentado o modelo transteórico, utilizado para verificar os estágios da mudança do comportamento referentes à atividade física.

Na segunda são apresentados os objetivos gerais e específicos. Na terceira, os procedimentos metodológicos, os quais são apresentados em blocos que tratam da classificação da pesquisa, local e população do estudo, procedimentos para coleta e análise dos dados e os aspectos éticos.

Na quarta são apresentados os resultados e a discussão agrupados em tópicos que abordam: as características gerais da população, as relações entre a prática da atividade física e as variáveis levantadas, o significado e importância da atividade física para população; os aspectos favoráveis e barreiras percebidas à prática da atividade física e, também, os estágios de mudança de comportamento para a prática da atividade física. Na quinto e último capítulo são apresentadas as conclusões do estudo.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. O conceito de saúde, os determinantes sociais e as transformações no cenário epidemiológico do Brasil

A relação direta com valores individuais, concepções científicas, religiosas e filosóficas, fez com que o conceito de saúde variasse ao longo dos tempos (SCLiar, 2007). A saúde inicialmente foi compreendida como situação oposta à doença, sendo, portanto, o foco. Assim, a doença foi interpretada de diversas maneiras, como por exemplo: sinal de desobediência a mandamentos divinos, sinônimo de desequilíbrio de energias e/ou substâncias vitais, como resultado/castigo pelo pecado cometido, causada por agentes externos, resultado da permanência em ambientes insalubres, até chegar ao conceito proposto pela Organização Mundial da Saúde, aceito atualmente, de que a saúde é o pleno bem-estar biopsicossocial (idem, 2007).

Deste modo, a saúde se apresenta como uma condição humana com dimensões física, social e psicológica, não estática e, por isso, construída ao longo da vida (PITANGA, 2010). Por se tratar de algo complexo e bastante subjetivo, sua mensuração a partir de referenciais biológicos passou a ser questionada. Isto levou a uma diferenciação de “saúdes”. Esta, através do olhar biomédico ou negativo repousa o foco na doença, associa-se a taxas de morbidade e mortalidade, centra o olhar na produção de diagnósticos, à redução da terapêutica, à prescrição de medicamentos e à ênfase na perspectiva curativa ou, no máximo, contemplando a prevenção das doenças (CAMARGO JUNIOR, 2007). No polo positivo estariam associadas à capacidade de apreciar a vida e resistir aos desafios cotidianos que seriam influenciados por fatores ambientais, sociais, biológicos e de estilo de vida (PITANGA, 2010; CAMARGO JUNIOR, 2007).

Assim, mesmo tal diferenciação não resolvendo a complexidade da sua compreensão, sabe-se que vários são os fatores imbricados à sua percepção, manutenção e promoção. Uma teoria em especial, a dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), se destaca no meio científico visto que considera as várias questões da vida em sociedade.

Os avanços científicos, inclusive os conquistados nas últimas décadas, têm favorecido a comprovação de técnicas, tratamentos e/ou comportamentos positivos à saúde. No entanto, ainda não se conseguiu superar as influências que os fenômenos sociais têm na aplicação destes. A exemplo disso estão as práticas corporais, que apesar de inerentes à natureza humana e de amplamente divulgados os seus benefícios à saúde, têm se tornado cada vez menos presentes no cotidiano das pessoas.

Segundo Daolio (1995), o corpo é uma síntese da cultura, pois expressa elementos específicos da sociedade da qual faz parte. Assim, novas possibilidades no transporte, no modo de se comunicar, no entretenimento doméstico e na organização do local de trabalho, podem explicar a diminuição do movimentar-se (OWEN *et al*, 2010). Somando-se ainda à supervalorização do consumo, estimulada pela organização econômica que encontra uma mola propulsora nas facilidades que as inovações tecnológicas proporcionam.

Em países de diferentes níveis socioeconômicos, assim como no Brasil, em consequência de tais inovações foram percebidas transformações na organização ambiental e social como, por exemplo, a urbanização acelerada, o aumento da expectativa de vida e a inversão nos padrões de morbidade e mortalidade, antes em sua maioria decorrentes de doenças infectocontagiosas e hoje predominantemente causadas pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (NAHAS, 2013; BUSS e CARVALHO, 2009; HOEHNER *et al*, 2008).

As DCNT são afecções de saúde que acompanham os indivíduos por longo período de tempo e podem apresentar momentos de piora ou melhora sensível (BARROS *et al*, 2006). Essas doenças se destacam no perfil epidemiológico brasileiro também em função do envelhecimento da população, visto que são doenças características da idade avançada e demandam assistência continuada de serviços e ônus progressivo, na razão direta do envelhecimento dos indivíduos (ACHUTTI E AZAMBUJA, 2004)

As mudanças no comportamento alimentar (aumento significativo do consumo de alimentos processados como bolachas e biscoitos, refrigerantes, carnes processadas e pratos prontos), a preferência por atividades sedentárias (que envolvem pouco ou nenhum movimento, como ficar sentado vendo televisão, jogando videogames e usando o computador), o tabagismo e o consumo abusivo de

álcool e de outras drogas são os principais fatores de risco para a maioria das DCNT (SCHIMIDT *et al*, 2011; ACSM, 2011).

No Brasil, destacam-se as doenças cardiovasculares, o câncer, o diabetes e a doença respiratória crônica que, juntas, representam cerca de 72% das mortes (BRASIL, 2011a). Elas atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda (idem, 2011). De acordo com Schmidt e colaboradores (2011) as DCNT são um problema de saúde global e a carga destas recai especialmente sobre países de baixa e média rendas.

O processo de urbanização acelerada, sem a preocupação com a implementação de políticas públicas que atendessem as necessidades da nova organização social contribuiu para que as diferenças sociais se acentuassem no Brasil. A partir do modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991), a saúde é um fenômeno social no qual as condições socioeconômicas, culturais e ambientais, as condições de vida e trabalho, as redes comunitárias e o estilo de vida se relacionam com as características não modificáveis como idade, sexo e fatores hereditários dos indivíduos. Assim, é possível compreender que as iniquidades relacionadas à estratificação social são determinantes para a existência de diversas situações que levam à vulnerabilidade em saúde como, por exemplo, a dificuldade de acesso a serviços básicos como educação, saúde, moradia, saneamento básico e lazer (BUSS e PELEGRINI FILHO, 2007).



Figura 1 – Modelo dos Determinantes Sociais de Saúde de Dahlgren e Whitehead (1991)

Entre os diferenciais de exposição, vulnerabilidade e consequências derivadas da posição social ocupada por indivíduos e grupos da população, a escolaridade é um fator de destaque, visto que o nível de instrução reflete na percepção dos problemas de saúde, na capacidade de entendimento das informações sobre saúde, na adoção de estilos de vida saudáveis, no consumo e utilização dos serviços e na adesão aos procedimentos terapêuticos (CNDSS, 2008).

Sobre as DCNT inicialmente acreditou-se, pelos principais fatores de risco estarem relacionados ao estilo de vida, que a carga de responsabilidade dizia respeito apenas à individualidade de escolhas. No entanto, sabe-se que as escolhas são definidas a partir do acesso que se tem à informação e propaganda, pela pressão de pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e a espaços de lazer, entre outros, às quais questões econômicas e sociais estão diretamente ligadas (CNDSS, 2008).

No contexto das relações sociais, sabe-se ainda que as formas e relações não-monetárias podem ser importantes fontes de poder e influência. Para isso, tem-se utilizado o termo “capital social”, o qual se refere às relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos, visto ser um importante fator através do qual as iniquidades de renda impactam negativamente na situação de saúde (PATUSSI et al, 2006).

No modelo dos DSS de Dahlgren e Whitehead (1991), o terceiro nível trata das redes sociais e comunitárias. Dentro destas estão as relações de contato com amigos e parentes, diferentes formas de participação social como pertencer a grupos religiosos, associações sindicais, associações de moradores e clubes de recreação. Ou seja, representam formas pelas quais grupos de pessoas mantêm-se em contato e estabelecem vínculos sociais (BUSS e PELEGRINI FILHO, 2007).

De acordo com a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2008), países com frágeis laços de coesão social resultantes das iniquidades são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social e também onde há menor participação na definição de políticas públicas. As sociedades que possuem melhores níveis de saúde não são as mais ricas, e sim as mais igualitárias e com alta coesão social, pois as pessoas são mais envolvidas com a vida pública, vivem mais, são menos violentas e avaliam melhor sua própria saúde (PATUSSI et al, 2006).

No Brasil, a saúde passou a ser reconhecida como um direito de todos e um dever do Estado a partir da Constituição de 1988, que também instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS). Este foi um marco na história do país, que junto às transformações na estrutura demográfica e epidemiológica fomentaram debate voltado à transição do modelo biomédico, centrado nas doenças agudas, para um modelo baseado na promoção intersectorial da saúde e na integração dos serviços (PAIM *et al*, 2011). Portanto com vistas a compreender as transformações na organização de saúde, o próximo item tratará do SUS e das políticas voltadas à promoção da saúde.

2.2. A promoção da saúde e as políticas existentes no Brasil

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (BRASIL, 2002, p. 19).

A definição apresentada foi resultado I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, em 1986. O movimento de promoção da saúde ganhou força a partir desta conferência na qual se chamou a atenção para o estabelecimento de políticas públicas favoráveis à saúde, a criação de ambientes propícios, o fortalecimento da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços sanitários (BUSS e CARVALHO, 2009; SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003). Para tais, propôs como princípios a intersectorialidade, o empoderamento, a participação social, a equidade, as ações multiestratégicas e a sustentabilidade. Na sua proposta está a importância de proporcionar às pessoas meios necessários para melhorar e exercer um maior controle sobre sua saúde sendo, portanto, capaz de atuar sobre seus determinantes e de ir além da prestação de serviços clínico-assistenciais (SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003)

O SUS, formulado a partir das discussões advindas deste movimento e regulamentado na lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, fundamentou-se nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. O primeiro princípio reforça o dever do poder público para com a saúde e trata da oferta de serviços e ações a todos que necessitem e enfatiza as ações preventivas; o segundo leva em consideração as necessidades específicas de pessoas e grupos, apontando para o atendimento das necessidades de cada um e o terceiro volta-se à necessidade em reduzir as disparidades sociais e regionais (BRASIL, 2000). A partir de então, novas ações se direcionariam à promoção da saúde, entre elas, a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

A ESF, inicialmente programa Saúde da Família, foi criado em 1994 em ampliação ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (FERLA, BUENO e SOUZA, 2013). A estratégia veio com o objetivo de construir um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, em uma tentativa de reorganizar a prática da atenção à saúde e substituir o modelo tradicional, voltando a atenção à família (BRASIL, 1997). É organizado por equipes de saúde da família, compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde e equipes de saúde bucal. As equipes de saúde da família trabalham em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) que atuam em áreas geográficas definidas e com populações que variam entre 600 a 1.000 famílias por equipe. Esta estratégia foi elaborada para ser a principal “porta de entrada” do sistema, visto que as equipes têm como objetivos oferecer o primeiro ponto de contato com o sistema de saúde local, coordenar a atenção e procurar integrar com os serviços de apoio diagnósticos, assistência especializada e hospitalar. Estes serviços e as atividades de promoção da saúde devem funcionar tanto nas unidades, nas casas como na comunidade (SANTANA e CARMAGNANI, 2001).

Já a PNPS, proposta com o objetivo de “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes” (BRASIL, 2010, p.17) foi inserida no Pacto em Defesa da Vida, um dos 3 eixos que compõe o Compromisso pela Saúde do SUS. Este pacto se refere ao aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com ênfase no fortalecimento e na qualificação estratégica da Saúde da Família;

promoção, informação e educação em saúde com ênfase na promoção de atividade física, na promoção de hábitos saudáveis de alimentação, vida e controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento (BRASIL, 2010). Em suas diretrizes a PNPS propõe

I - Reconhecer na promoção da saúde uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde;

II - Estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde;

III - Fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário;

IV - Promover mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais;

V - Incentivar a pesquisa em promoção da saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas e

VI - Divulgar e informar das iniciativas voltadas para a promoção da saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional (BRASIL, 2010, p. 19).

Além disso, no texto da política são apontadas as responsabilidades atribuídas a cada uma das gestões públicas assim como propostas de ações específicas.

Isto posto, percebe-se que o Estado tenta direcionar o foco da saúde para a atenção primária, no esforço de atingir os princípios do SUS e atuar sobre os pontos urgentes da saúde pública: os principais fatores de risco e respectivos determinantes das doenças que mais matam no país.

No Brasil, o SUS encontra-se ainda em processo de desenvolvimento e enfrenta dificuldades principalmente no que tange a dois dos seus princípios: universalidade e equidade. Para Paim e colaboradores (2011) uma nova estrutura financeira, a revisão profunda das relações público-privadas e o enfrentamento de questões como o financiamento do sistema e as desigualdades persistentes são primordiais. Ainda neste sentido, sobre a promoção da saúde, Buss e Carvalho (2009) completam que a estrutura administrativa segmentada e burocrática do Estado, o predomínio da organização setorial competitiva e a ausência de políticas estratégicas de desenvolvimento social somada ao predomínio ainda da racionalidade biomédica no campo da saúde, são entraves para sua efetiva aplicação.

Portanto, mesmo se percebendo o progresso na compreensão dos fatores que compõem a saúde e das políticas que tratam do tema, principalmente no Brasil, ainda há longo caminho a se percorrer. Isso porque o entendimento do processo saúde/doença transcende questões simplificadas, visto que, segundo Czeresnia (sd) repousam entre a subjetividade da experiência e a objetividade dos conceitos que lhe dão sentido e que propõem intervenções para lidar com semelhante vivência. Por isso, a proposição e disseminação de ações em saúde capazes de envolver os diferentes determinantes são estratégias que podem contribuir para uma trajetória ascendente da promoção da saúde no país.

2.3. Atividade física e a promoção da saúde

A atividade física é definida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resultam em gasto energético maior que os níveis de repouso como, por exemplo, caminhar, subir escadas, dançar, praticar um esporte, realizar atividades domésticas como cuidar do jardim e etc. Já exercício físico são formas de atividade física planejada, sistemática e repetitiva, com objetivo a manutenção, desenvolvimento ou recuperação de um ou mais elementos da aptidão física (NAHAS, 2013; CASPERSEN, POWELL e CRISTENSEN, 1985).

O “movimentar-se” esteve presente inicialmente na relação de cuidado, valorizado pelas primeiras civilizações ocidentais como maneira de fortalecer o corpo e torná-lo mais resistente às influências do meio. Hipócrates, conhecido como pai da Medicina, recomendava exercícios para todas as partes do corpo como maneira de torná-lo mais saudável e retardar o seu envelhecimento (NAHAS, 2013). Ao longo da história, em paralelo ao entendimento que se tinha das causas das doenças, os exercícios físicos foram mais ou menos valorizados de acordo ainda com os interesses oriundos das relações econômicas e de poder na sociedade (NAHAS, 2013; SCLiar, 2007; GRIFI, 1989).

A partir da ampliação do conceito de saúde, aspectos sociais, ambientais e relacionados ao estilo de vida foram associados à sua determinação (PITANGA, 2010). Desta maneira, a atividade física, se destacou na relação de cuidado, frente à compreensão dos seus efeitos:

- Na redução do risco de morte prematura por doença cardíaca, de desenvolver diabetes tipo 2 e hipertensão arterial;
- Na redução da pressão arterial em hipertensos;
- Na redução no risco de desenvolver câncer de cólon e mama;
- Na redução da ansiedade e sintomas ligados à depressão;
- No auxílio à manutenção do peso corporal, na formação e manutenção dos ossos, músculos e articulações saudáveis;
- Na manutenção da força muscular e o equilíbrio em idosos, proporcionando-lhes mobilidade e reduzindo os riscos de quedas;
- Na promoção do bem-estar psicológico, melhora da autoestima e da interação social. (NAHAS, 2013; ACSM, 2011; OMS, 2010; DUMITH, 2006).

No entanto, há de se ter cautela na aplicação destes conhecimentos, visto que a atividade física regular se configura como um fator de proteção, mas que, sozinha, não é capaz de manter e/ou determinar a condição de saúde do indivíduo, posto a subjetividade do próprio conceito de saúde. Esta ponderação se dá para que não se incorra no erro de aplicá-la sob a ótica biomédica de causa e efeito.

A atividade física no Brasil ganhou espaço como instrumento ideológico principalmente no âmbito escolar. O movimento médico higienista foi responsável pelo fortalecimento da ideia de cuidado com o corpo e pela popularização da atividade física, principalmente as ginásticas e os esportes no país. Este movimento, que no início do século XX se tratava de um projeto político nacional, objetivava o fortalecimento da raça que, junto à concepção eugênica, proporcionariam, segundo Goellner:

“[...] além do desenvolvimento harmônico do corpo, o robustecimento do caráter, formando homens física e moralmente sadios, cientes de suas responsabilidades para com a pátria e habilitando as mulheres para uma missão não menos importante: a preparação de seu corpo e espírito para conduzir uma maternidade sadia e, assim, gerar bons frutos à nação. Ao buscar modelar os corpos físicos, a eugenia seria a ciência a remodelar o corpo social pelo revigoramento orgânico e pela instauração de uma consciência cívica no cidadão, ao passo que a higiene asseguraria aos homens e mulheres uma condição física e moral capaz de garantir robustez e integridade às gerações futuras, aumentando o ‘capital-saúde’ da população” (2010, p. 529).

Deste modo, praticar atividade física ficou associada à performance e ao caráter disciplinador principalmente se considerado que os referenciais de rendimento se direcionavam a indicadores biológicos voltados à aptidão física e as

primeiras escolas de formação de professores e instrutores de Educação Física foram as do Exército (GOELLNER, 2010).

No âmbito das políticas públicas de saúde no Brasil, a atividade física passou a ser priorizada a partir do aumento expressivo das DCNT e comprovados seus benefícios no controle da maioria destas doenças.

Em 2006, a PNPS institucionalizou a atividade física/práticas corporais¹ e direcionou ações específicas para tal (MALTA *et al*, 2009; BRASIL, 2006). Além disso, em 24 de setembro de 2013, com a alteração do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a atividade física passou a figurar entre os fatores determinantes e condicionantes da saúde (BRASIL, 2013a).

O Ministério da Saúde, a partir das experiências do Programa Agita São Paulo e do Programa Academia da Cidade, que acontece nas cidades de Recife/PE, Aracaju/SE e Belo Horizonte/MG, está implantando a Academia da Saúde. A proposta é de contribuir para a promoção da saúde a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de atividades dentro dos seguintes eixos: práticas corporais e atividades físicas; produção do cuidado e de modos de vida saudáveis; promoção da alimentação saudável; práticas integrativas e complementares; práticas artísticas e culturais; educação em saúde; planejamento e gestão e mobilização da comunidade (BRASIL, 2013c).

Os programas e ações voltadas a promover a atividade física pautam-se nas recomendações da *American College Sports and Medicine (ACSM)* e Organização Mundial da Saúde (OMS). De acordo com a ACSM (2011), para maioria das pessoas as vantagens da AF se sobrepõem aos possíveis riscos. Como ideal para obter benefícios à saúde são recomendadas atividades:

- Aeróbica: ≥ 30 minutos diários de atividade moderada por pelo menos 5 dias na semana, totalizando ≥ 150 minutos semanais, ou ≥ 20 minutos diários de atividade vigorosa por pelo menos 3 dias na semana, totalizando ≥ 75 minutos semanais ou combinação de exercícios moderados e vigorosos e/ou elevar a quantidade de passos por dia em ≥ 7.000 passos.
- De resistência muscular: realizar exercícios para os grandes grupos musculares de 2 a 3 vezes por semana.

¹ No texto da PNPS os termos aparecem juntos.

- De flexibilidade: realizar exercícios de 2 a 3 vezes por semana; para ganhos efetivos, sugere-se à maioria dos adultos permanecer em cada posição de alongamento de 10 a 30 segundos; para idosos de 30 a 60 segundos.
- Neuromotoras: realizar exercícios que envolvem habilidades motoras de 2 a 3 vezes por semana por tempo ≥ 20 minutos.

A OMS apresentou de maneira simplificada estas orientações, resumindo para a população adulta: acumular um mínimo de 150 minutos por semana de atividade física aeróbica moderada, ou pelo menos 75 minutos por semana de atividade aeróbica vigorosa ou combinação equivalente de atividade moderada e vigorosa, sendo que estas podem acontecer em sessões de ao menos 10 minutos; para mais benefícios, aumentar esses níveis acima de 300 minutos ou 150 minutos por semana de atividade moderada e vigorosa, respectivamente; realizar exercícios de fortalecimento muscular para os grandes grupos musculares dois ou mais dias por semana; para idosos, realizar 3 ou mais dias da semana exercícios que melhorem o equilíbrio (OMS, 2010).

As diretrizes tanto da ACSM quanto da OMS são referências na orientação e monitoramento da AF. Mesmo sendo de inegável importância, há de se ponderar a simplificação das recomendações no sentido da “medicalização” do exercício. Neste contexto, apresenta-se ainda uma divergência teórico-conceitual. Esta divergência se fez visível no texto da PNPS, visto que, buscando contemplar ambas, os termos “atividade física” e “práticas corporais” aparecem juntos, os quais, apesar de semelhantes, na prática, se diferenciam no contexto e objetivos (FRAGA, CARVALHO e GOMES (2013).

Segundo Silva e Damiani (2005) com a expressão “práticas corporais” é possível reunir o sentido de construção corporal e as linguagens presentes nas diferentes formas de expressão do corpo. Já com “atividade física” destaca-se seu caráter biológico.

A diferenciação destes tem impacto direto na organização metodológica e na avaliação dos resultados das ações de promoção da saúde que tem como eixo a atividade física e as práticas corporais. Se considerados os princípios para a promoção da saúde, as ações que se orientam em questões anátomo-fisiológicas se mostram inadequadas e insuficientes (SILVA e DAMIANI, 2005). Já as que se situam

a partir das “práticas corporais” abarcariam com mais sensatez os objetivos da atividade física neste contexto, pois percebe o indivíduo enquanto pertencente a uma realidade e contexto sociocultural e, por isso, seu direcionamento pode ser mais abrangente que o anterior (FRAGA, CARVALHO e GOMES, 2013).

Em resumo, como identificado por Lazzaroti Filho e colaboradores (2010) esta questão parte da distinção que se faz no meio acadêmico entre as ciências biológicas/exatas das sociais por meio de termos ultra específicos. Deste modo, será adotado para este estudo a expressão “atividade física”, pois, ainda que restrita, é a mais utilizada e recorrente nos estudos da área.

2.4. Monitoramento e fatores relacionados à atividade física

Estudos de base populacional como a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) e a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) são as principais fontes de monitoramento sobre atividade física no país, as quais têm como referência para AF as recomendações da OMS. Dentre as questões perguntadas estão o auto relato da prática de atividades física, o tipo de deslocamento para o trabalho, se realiza atividade física no lazer e tempo de assistência à televisão.

No Brasil, de acordo com dados do VIGITEL (BRASIL, 2013), somente 33,8% da população é ativa no lazer e 12,1% ativas no deslocamento. Esta, no entanto, não é uma realidade apenas do Brasil. Segundo Kohl e colaboradores (2012) 31% da população mundial não cumpre as recomendações mínimas para a atividade física e, em 2009, a prevalência global de sedentarismo era de 17%.

Vários são os autores que estudam os fatores que se relacionam à prática da atividade física sob diferentes aspectos e em diferentes contextos, os quais alguns deles são.

- Ferreira e Najjar (2005), a partir de um estudo de revisão bibliográfica elencaram como principais fatores que influenciam positivamente na adesão: as experiências anteriores de prática desportiva e exercícios físicos; o apoio do cônjuge e de familiares; o aconselhamento médico; a conveniência do local de exercitação; os aspectos biológicos/fisiológicos; o gênero; a automotivação para a prática do

exercício; a disponibilidade de tempo; a condição sócio econômica; o conhecimento sobre o exercício físico e o acesso a instalações e espaço adequados.

- Horne e Tierney (2012), em revisão bibliográfica sobre barreiras para prática da AF em idosos do sul da Ásia, concluíram que mesmo apesar das diferenças culturais e socioeconômicas da região, o aconselhamento profissional, baseado na compreensão dos potenciais obstáculos, assim como o apoio da família, amigos e grupos comunitários parecem favorecer essa população a se tornar mais ativa.
- Legh-Jones e Moore (2012), em estudo realizado em Montreal no Canadá, analisaram o capital de rede (diversidade, alcance e gama de relações) e a inatividade física e fez associação entre inatividade física e a participação social. Observaram significativa relação entre elas em que quanto maior a diversidade de capital de rede e participação social, menor a inatividade física entre os adultos pesquisados.
- Thomaz e colaboradores (2010) em estudo para identificar os fatores associados à prática da AF em Brasília encontraram como justificativa entre os que não realizavam atividade física: falta de tempo, falta de disposição, problemas de saúde, não gostar da AF, clima desfavorável, falta de hábito, falta de recursos financeiros e falta de local adequado. Entre os ativos, os motivos para prática foram promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida, por fatores estéticos, por obrigação, por prazer e por indicação médica.
- Santos e colaboradores (2010) em estudo que investigou as barreiras para AF entre adolescentes de uma escola de Curitiba, verificaram que os principais motivos para inatividade física entre os meninos era a preguiça, a falta de companhia e falta de tempo e, entre as meninas, as mais importantes foram a preguiça, a falta de companhia e a ocupação.
- Reis (2001) em sua dissertação sobre os determinantes ambientais para prática de AF em parques de Curitiba encontrou que a incidência de chuvas, a poluição do ar, a beleza geográfica e das estruturas construídas, a localização, pista de caminhada/corrida, equipamentos disponíveis para realização de exercícios e estacionamentos são as

características ambientais físicas que podem influenciar a prática de atividades físicas. E que os programas públicos para a prática de atividades físicas, os cartazes ou quadros informativos, os serviços de atendimento de emergência, a segurança pública e regulamentação de trânsito nas imediações, o comportamento observado entre os usuários, o apoio e incentivo de amigos e ainda o valor atribuído ao parque pela comunidade, as características ambientais e sociais podem influenciar tal prática.

À vista destes estudos, entende-se que são vários os fatores que influenciam a prática da atividade física, tendo como aspectos principais as características do indivíduo (sexo, idade, condição socioeconômica, automotivação) do ambiente (acesso às instalações, programas públicos de atividade física, fatores climáticos, segurança) e das relações sociais (apoio e participação social, aconselhamento profissional, companhia, disponibilidade de tempo).

2.5. Comportamento e os estágios de mudança

Além da compreensão dos fatores que intervêm na adesão de uma prática, faz-se necessário ainda identificar se o indivíduo está ou não disposto a mudar e a adotá-la, visto que as ações devem se direcionar às intenções dos indivíduos. A mudança de um comportamento, em especial relacionado a atividade física possui diferentes estágios que envolvem uma série de atitudes entre a decisão e a ação e que, de maneira geral, passa pela pré-intenção, intenção, iniciação, e continuação (DUMITH, DOMINGUES e GIGANTE, 2007).

Um modelo bastante utilizado é o Modelo dos Estágios de Comportamento (PROCHASKA e MARCUS, 1994). Na década de 1980, este modelo, conhecido ainda como Transteórico, foi utilizado no combate ao tabagismo. Desde então vem sendo muito utilizado na investigação de comportamentos relacionados à saúde, como o consumo de álcool, uso de drogas psicotrópicas, exame de mamografia, uso de cinto de segurança, uso de preservativos, consumo de gorduras e fibras, perda de peso, uso de protetor solar, exposição ao sol, redução do estresse, além da prática de atividade física (MADUREIRA *et al*, 2009; DUMITH, 2006).

No Modelo Transteórico as fases representam um período de tempo, assim como um conjunto de tarefas necessárias para o próximo movimento. Seus estágios são divididos da seguinte maneira:

- Pré - contemplação: estágio em que o indivíduo não tem nenhuma intenção de mudar o comportamento em um futuro próximo. A maioria, nesta fase, não tem consciência dos seus problemas;
- Contemplação: estágio no qual o indivíduo está consciente de que tem um problema e pensa seriamente em superá-lo, mas ainda não fez um compromisso de agir. Estes lutam com suas avaliações positivas de seus comportamentos disfuncionais e a quantidade de esforço e energia que demandará para superá-lo;
- Preparação: estágio em que o indivíduo tem a intenção de tomar medidas no próximo mês e relata pequenas mudanças comportamentais. Embora eles tenham feito algumas reduções em seus comportamentos-problema, estes ainda não chegaram a uma ação efetiva;
- Ação: estágio em que o indivíduo modifica seu comportamento para superar seus problemas. A ação envolve alterações comportamentais e exige empenho considerável de tempo e energia. Os indivíduos são classificados na fase de ação se eles alteraram o comportamento disfuncional com sucesso por um período de 1 dia a 6 meses.
- Manutenção: estágio em que as pessoas trabalham para prevenir a recaída e consolidar os ganhos alcançados da ação. Esta fase estende-se desde os 6 meses para um período indeterminado a partir da ação inicial. Permanecer consistentemente engajado em um novo comportamento por mais de 6 meses é o critério de identificação da fase de manutenção (NORCROSS, KREBS e PROCHASKA, 2011).

Embora o tempo de um indivíduo em cada estágio possa variar, para cada fase da mudança, diferentes processos e posturas relacionais produzem progresso ideal. Este modelo, aplicado à prática da AF fica como apresentado na figura 2:



Figura 2 - Algoritmo do modelo dos estágios de mudança de comportamento para a prática regular de atividade física adaptado de Dumith (2006).

Dumith (2006) propôs um modelo teórico semelhante ao dos DSS de Dahlgren e Whitehead (1991), em que apresenta em níveis a influência dos determinantes para a adoção da AF regular, sendo eles:

- Primeiro nível (determinantes distais): estão os fatores sócio demográficos como sexo, idade, cor da pele, estado civil, escolaridade, ocupação, renda e classe social. Esses fatores podem influenciar diretamente a adoção do comportamento, agindo sobre os fatores psicocognitivos ou, indiretamente, através da sua influência sobre os fatores culturais e ambientais;
- Segundo nível (determinantes intermediários): localizam-se os fatores culturais e ambientais como orientação médica, apoio social (familiares, parentes, amigos e vizinhos), acesso à infra-estrutura (facilidades), cenário/paisagem agradável, clima/estação propício, segurança, custo do programa e campanhas de incentivo à prática de atividades físicas. Esses fatores agem diretamente sobre os fatores psicocognitivos e sofrem influência dos fatores sociais e demográficos no processo de adoção da prática de atividade física.
- Terceiro nível (determinantes proximais): estão os fatores psicológicos e cognitivos. As experiências passadas, o conhecimento e a auto percepção da saúde determinam as atitudes com relação ao comportamento esperado. As atitudes designam as expectativas que o indivíduo possui quanto ao comportamento-alvo e exercem influência direta sobre a motivação para praticar atividade física. A motivação, por sua vez, consiste em um importante determinante da prática de atividade física, sendo geralmente medida pela intenção do indivíduo para desempenhar o comportamento-alvo (p. 15).

Este modelo permite entender a maneira como os fatores se relacionam, tornando possível atuar na progressão dos estágios, até a efetiva adoção e manutenção do comportamento alvo.

3. OBJETIVOS

3.1. Geral

Analisar os fatores associados à prática de atividade física em adultos de uma área referenciada por Unidade Básica de Saúde da Família de Campo Grande/MS.

3.2. Específicos

Identificar a concepção e a importância da atividade física para a população estudada;

Descrever os motivos para praticar e não praticar atividade física;

Analisar os fatores que influenciam a prática da atividade física nesta população;

Determinar a prevalência dos estágios de adoção para a prática regular de atividade física de acordo os principais fatores que influenciam a prática da atividade física.

4. MÉTODO

4.1. Classificação da pesquisa

Este foi um estudo descritivo-transversal, visto que teve como objetivo descrever características de uma população acerca da AF e traçar relação entre variáveis em um momento temporal determinado (GIL, 1996).

4.2. Local e população

O estudo foi realizado na área geográfica correspondente à área de cobertura de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) do município de Campo Grande/MS. A decisão de pesquisar uma população utilizando como referência a área de cobertura de uma UBSF se deu visto ser uma área circunscrita e com características similares.

Para a determinação do local, o aspecto considerado foi o socioeconômico. De acordo com a literatura, são determinantes da atividade física fatores demográficos, ambientais, de suporte social e cognitivos (PITANGA, 2010), sendo que a renda e a escolaridade exercem importante relação com a adesão à prática regular (DEL DUCA *et al*, 2013; KNUTH *et al*, 2011). Por isso, a partir dos dados de rendimento mediano mensal apresentado no Perfil Socioeconômico de Campo Grande (PMCG, 2013) foi sorteado um bairro entre aqueles que estavam no intervalo mais frequente (com renda entre R\$ 511,00 e R\$ 1000,00) no qual mais de 60% dos bairros estavam inseridos. Após o sorteio, buscou-se a UBSF correspondente da área.

O bairro sorteado foi o Jardim Leblon, em que está localizada a UBSF Dr. Nelson Assef Buainain – Jardim Antártica. Esta unidade de saúde cobre parte dos bairros Leblon, Tijuca e seus desdobramentos.

A área selecionada está situada na região urbana do Lagoa. Nesta, segundo dados do Perfil Socioeconômico de Campo Grande (PMCG, 2013), existem 35.568 domicílios particulares permanentes, com uma média de 3,2 moradores por domicílio; a população total é de 114.447 pessoas; 48,4% de homens e 51,6% de

mulheres com idade média de 31,2 anos; a renda por domicílios prevalente é de meio a 2 salários mínimos (idem, 2013).

A população coberta pela unidade é estimada em 10.826 pessoas, no entanto o grupo estudado foi de adultos maiores de 18 anos de idade, o que corresponde a um total estimado de 7.668 pessoas de acordo com informações prestadas pela própria unidade de saúde.

4.3. Determinação e caracterização da amostra

A população estudada foi representada por uma amostra do tipo aleatória sistemática e o tamanho da amostra foi calculado com um coeficiente de confiança de 95%, margem de erro de 5% e acrescentado 10% do total na amostra para cobrir possíveis perdas, totalizando 402 indivíduos.

A seleção da amostra se deu a partir do procedimento seguinte: a) identificou-se a divisão da área total em 24 microáreas (MC); b) se dividiu o total da amostra pelo número de MC o que resultou em um valor aproximado de 16 indivíduos por MC; c) a partir do programa estatístico BioEstat 5.3 foi calculado o intervalo sistemático de 19 números; d) a partir de um mapa da área, a cada coleta sorteava-se uma rua e a casa de número mais baixo era visitada e seguia-se considerando o intervalo sistemático; no caso de recusa selecionava-se a casa imediatamente ao lado e/ou em frente e repetia-se o procedimento, sendo que, nas ruas onde haviam casas dos dois lados para o intervalo sistemático considerava-se os domicílios de ambos os lados; e) esgotadas as possibilidades na rua sorteada, seguia-se então a sequência na primeira rua paralela, seguindo o mesmo sistema de intervalo até que se alcançasse o número de indivíduos previstos naquela MC.

Os critérios de inclusão no estudo foram: ser morador do domicílio sorteado e maior de 18 anos. De exclusão foram: apresentar distúrbios na fala e incapacidade auditiva e/ou mental que impossibilitasse a compreensão e/ou resposta do formulário.

4.4. Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados

Para coleta de dados foi utilizado um formulário (apêndice A). O formulário, adaptado de Dumith (2006), foi adequado aos objetivos desta pesquisa, como apresentado na figura 3.

OBJETIVOS		QUESTÕES
Caracterizar a amostra	Idade	IDADE: _____
	Sexo	SEXO: Feminino () Masculino ()
	Tabagismo	O (a) Sr. (a) fuma ou já fumou?
	Situação conjugal	Qual seu estado civil?
	Escolaridade	Qual a sua escolaridade?
	Situação socioeconômica	O (a) Sr. (a) possui plano de saúde?
		Qual a renda total bruta da família?
		Quantas pessoas moram nesta residência?
Qual sua profissão/ocupação atual?		
Investigar a situação de saúde	Índice de massa corporal	Qual é a sua altura?
		Qual seu peso?
	Auto percepção da saúde	Como o (a) Sr. (a) avalia a sua saúde?
		O (a) Sr. (a) atualmente toma remédio ou está em tratamento médico para algum problema de saúde?
Identificar a concepção e a importância atribuída à atividade física		Para o(a) Sr.(a) o que é ATIVIDADE FÍSICA?
		O (a) Sr. (a) acha que atividade física se relaciona PRINCIPALMENTE com:
		O (a) Sr. (a) acha que praticar atividade física REGULARMENTE é algo...Por quê?
Identificar a percepção de locais para atividade física no bairro/região		O (a) Sr. (a) saberia citar algum espaço de lazer, como por exemplo um parque, uma praça, quadra de esportes ou outros nas PROXIMIDADES da sua residência? Quais?
		O (a) Sr. (a) frequenta este(s) local(is)? Por quê?
Identificar envolvimento na comunidade		Pensando no seu bairro e na região que mora, responda sim ou não
Identificar os motivos para praticar atividade física		Qual o principal motivo para o (a) Sr. (a) PRATICAR _____ (a atividade relatada)?
		Além deste, quais outros motivos contribuem para que faça _____ (a atividade relatada)?
Identificar os motivos para NÃO praticar atividade física		Qual o principal MOTIVO ou DIFICULDADE encontrada para o (a) Sr. (a) NÃO realizar atividade física?
		Além deste, quais outros motivos ou dificuldades contribuem para que o (a) Sr. (a) não faça atividade física?
Identificar o estágio de adoção da prática regular de atividade física		ATUALMENTE o (a) Sr. (a) pratica alguma atividade física?Quais?
		O (a) Sr. (a) realiza essa atividade CONTINUAMENTE ou PARA UM TEMPO E DEPOIS VOLTA A FAZER? Quanto tempo?
		O (a) Sr. (a) pretende começar a realizar alguma atividade física REGULARMENTE?
Caracterizar a atividade praticada		Esta atividade é realizada...
		Onde o (a) Sr. (a) pratica a ____ (a atividade relatada)?
		Este local fica próximo:
		Como vai até esse local?
		Em um dia normal, quanto tempo em média o (a) Sr. (a) gasta realizando essas(s) atividades(s)?
		Quanto a intensidade, durante a realização do exercício o (a) Sr. (a) sente que:
		Quantos dias por semana o (a) Sr. (a) realiza essa(s) atividade(s)?

Figura 3 – Questões do formulário segundo objetivos pretendidos.

Após a elaboração do formulário, foi realizado um teste-piloto inicialmente em indivíduos não moradores da área, a partir do qual foi feita a adequação aos objetivos e posteriormente realizado segundo teste em uma microárea da região sorteada para garantir a adequação quanto à formulação das questões e captação das respostas. Testou-se ainda a planilha que receberia os dados e a descrição dos dados.

A coleta dos dados foi realizada de quinta a domingo no período vespertino entre os meses de agosto e dezembro de 2014. A abordagem dos indivíduos se deu do seguinte modo: 1) a pesquisadora batia palmas/tocava interfone e se apresentava, apresentava o objetivo do estudo e perguntava se a pessoa poderia responder; 2) após devolutiva positiva, era informado que um termo de consentimento deveria ser assinado; 3) a partir da devolutiva positiva, as questões do formulário eram feitas e as respostas anotadas.

Para tratamento dos dados foi elaborada uma planilha no programa Microsoft Excel® onde todas as respostas foram transcritas; os dados de idade, e renda foram agrupados em faixas; os de peso e estatura serviram de base para cálculo do IMC, que também foi agrupado por faixas. Para classificação do IMC, utilizou-se com referência as orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde (BRASIL, 2011b), na qual para indivíduos de 18 a 20 anos utilizou-se como referência os valores do percentil com os pontos de corte de $\geq$ percentil 0,1 e $\leq$ percentil 3 para baixo peso; $\geq$ percentil 3 e $\leq$ percentil 85 para adequado ou eutrófico, $>$ percentil 85 e $\leq$ percentil 97 para sobrepeso e $>$ percentil 97 para obesidade; para adultos com mais de 20 anos e menos de 60 anos, os pontos de corte foram $< 18,5 \text{ Kg/m}^2$ para baixo peso, $\geq 18,5$ e $< 25 \text{ Kg/m}^2$ como adequado ou eutrófico, ≥ 25 e $< 30 \text{ Kg/m}^2$ sobrepeso e $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ obesidade; para indivíduos com 60 anos ou mais os valores foram $\leq 22 \text{ Kg/m}^2$ para baixo peso, > 22 e $< 27 \text{ Kg/m}^2$ adequado ou eutrófico e $\geq 27 \text{ Kg/m}^2$ sobrepeso.

Para os dados qualitativos se seguiu os procedimentos da análise temática de conteúdo apresentada por Gomes (2007), na qual as respostas foram divididas em partes, as partes foram distribuídas em categorias, e para estas levou-se em consideração a frequência dos termos e/ou significado do conteúdo. Deste modo, a resposta de um mesmo indivíduo pode se enquadrar em mais de uma categoria. As

categorias foram agrupadas de acordo com um eixo temático principal baseada nas referências apresentadas na revisão de literatura.

A análise dos dados quantitativos foi feita inicialmente a partir de cálculo de frequência a partir do programa EpiInfo™7; para médias e desvios padrão utilizou-se o programa BioEstat 5.0; a associação entre a prática de atividade física e todas as variáveis avaliadas neste estudo foi realizada por meio do teste do qui-quadrado, considerando um nível de significância de 5%, o qual foram utilizados os programas estatísticos EpiInfo™7 e SPSS 22.0. Os demais resultados deste estudo foram apresentados na forma de estatística descritiva ou na forma de tabelas e figuras.

4.5. Aspectos éticos

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da UFMS e aprovado sob o parecer nº 789.877/2014.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados e traçadas as relações com o objeto de estudo. Com vistas a dinamizar a apresentação os resultados foram divididos em blocos, sendo eles:

5.1 Características gerais da população

5.1.1 Características da prática de atividade física

5.2. Prática da atividade física: relações entre as variáveis

5.3. Significado e importância da atividade física para a população

5.4. Prática da atividade física: aspectos favoráveis e as barreiras percebidas

5.5. Os estágios de mudança de comportamento para a prática da atividade física

5.1. Características gerais da população

A prática da atividade física tem como principais determinantes variáveis demográficas, cognitivas, ambientais e suporte social (PITANGA, 2010). Com o intuito de levantar os fatores que interveem sobre essa população, neste bloco serão apresentados os resultados que caracterizam a população sob a perspectiva socioeconômica, da saúde e das relações comunitárias.

Como resultados gerais, seis entrevistas não atenderam aos critérios de inclusão, totalizando amostra de 396 indivíduos. A média de respondentes foi de $16,5 \pm 5,3$ DP por microárea, sendo 61,9% do sexo feminino e 38,1% do sexo masculino e idade média em anos de $43,3 \pm 15,6$ DP. A média de moradores por domicílio foi de $3,3 \pm 1,4$ DP.

Sobre os aspectos socioeconômicos observou-se (tabela 1): quanto à escolaridade, 34,1% tem Ensino Médio completo e 20,7% Ensino Fundamental incompleto; que a maior parte da população é casada ou vive com companheiro (61,4%); a renda bruta familiar prevalente foi de até quatro salários mínimos, sendo 29,8% com até dois e 25,0% de dois a quatro salários mínimos; e a maioria não tem plano de saúde (54,5%).

Tabela 1 – Número e percentual de indivíduos segundo aspectos socioeconômicos, Campo Grande – 2014 (n=396)

Variáveis socioeconômicas	N	% (IC 95%)
Sexo		
Feminino	245	61,9 (56,8 – 66,6)
Masculino	151	38,1 (33,4 – 43,1)
Idade (faixa etária)		
≥ 18 < 20 anos	18	4,6 (2,8 -7,2)
≥ 20 ≤ 29 anos	67	16,9 (13,4 – 21,0)
≥ 30 ≤ 39 anos	90	22,7 (18,7 – 27,2)
≥ 40 ≤ 49 anos	78	19,7 (15,9 – 24,0)
≥ 50 ≤ 59 anos	74	18,7 (15,0 – 22,9)
≥ 60 anos	69	17,4 (13,8 – 21,6)
Escolaridade		
Analfabeto	6	1,5 (0,6 – 3,4)
Ensino Fundamental completo	42	10,6 (7,8 – 14,1)
Ensino Fundamental incompleto	82	20,7 (16,8 – 25,1)
Ensino Médio completo	135	34,1 (29,4 – 39,0)
Ensino Médio incompleto	28	7,1 (4,8 – 10,1)
Ensino Superior completo	55	13,9 (10,7 – 17,7)
Ensino Superior Incompleto	48	12,1(9, 1 -15, 8)
Estado civil		
Casado(a)/com companheiro(a)	243	61,4 (56,3 – 66,1)
Solteiro(a)	111	28,0 (23,7 – 32,7)
Divorciado(a)	26	6,6 (4,4 – 9,5)
Viúvo(a)	16	4,0 (2,4 – 6,6)
Renda bruta familiar*		
Não respondeu	34	8,6 (6,1 – 11,9)
0.1 ₧ 2.0	118	29,8 (25,3 – 34,6)
2.0 ₧ 4.0	99	25,0 (20,8 – 29,6)
4.0 ₧ 6.0	75	18,9 (15,2 – 23,20)
6.0 ₧ 8.0	32	8,0 (5,6 – 11,3)
8.0 ₧ 10.0	18	4,5 (2,8 – 7,22)
≥10.0	20	5,0 (3,1 -7,8)
Tem plano de saúde		
Não	216	54,5 (49,5 – 59,5)
Sim	180	45,4 (40,5 – 50,5)

Quanto à saúde, a maioria: avalia como “boa” (56,8%); não está em tratamento médico e/ou tomando medicação atualmente (56,6%); nunca fumou (69,9%); não apresenta IMC eutrófico, estando 48,4% na faixa de obesidade e 34,3% na de sobrepeso (tabela 2).

O envolvimento em grupos, sejam eles por meio de práticas religiosas ou culturais, ou pelo envolvimento profissional/escolar, aproxima os indivíduos e favorece o vínculo com o local em que estes grupos estão alojados. A existência de espaços como centros comunitários, praças e parques podem também estimular o contato entre indivíduos do mesmo modo que a boa relação entre vizinhos podem fortalecer vínculos e estimular o apoio mútuo. Por isso, com vistas a compreender a

exposição ou predisposição dos sujeitos ao convívio comunitário, como se sentem em relação ao local onde moram, o engajamento em grupos e/ou atividades no bairro e a utilização de serviços públicos do bairro/região é que foram feitos os questionamentos apresentados na tabela 3.

Tabela 2 – Número e percentual de indivíduos segundo as variáveis de saúde, Campo Grande – 2014 (n=396)

Variáveis de saúde	N	% (IC 95%)
Percepção da saúde		
Muito boa	51	12,9 (9,8 – 16,6)
Boa	225	56,8 (51,7 – 61,7)
Regular	104	26,2 (22,0 – 30,9)
Ruim	10	2,5 (1,2 – 4,7)
Péssima	6	1,5 (0,6 – 3,4)
Está em tratamento médico e/ou toma remédio atualmente		
Não	224	56,6 (51,5 – 61,4)
Sim	172	43,4 (38,5 – 48,4)
IMC		
Baixo peso	1	0,2 (0,01 – 1,62)
Eutrófico	37	9,3 (6,7 – 12,7)
Sobrepeso	136	34,3 (29,7 – 39,2)
Obesidade	192	48,4 (43,4 – 53,5)
Não informou	30	7,6 (5,2 – 10,7)
Tabagismo		
Nunca fumou	277	69,9 (65,1 – 74,3)
Parou de fumar	73	18,4 (14,8 – 22,6)
Fuma	46	11,6 (8,7 -15,2)

Sobre como se sentem em relação ao local em que residem, a maioria disse se sentir feliz (90,4%) e sem intenção de mudança para outro bairro (78%). Quanto à utilização dos serviços públicos, 60,3% relataram não ter nenhum morador da residência frequentando escola pública, 85,9% disse não conhecer nenhum programa que oferece atividade física gratuita na região e 60,3% afirmaram utilizar os serviços da UBSF referenciada.

Em relação à segurança, pouco mais da metade apresentou resposta positiva. Em um levantamento sobre a vitimização nacional publicado pelo Ministério da Justiça, foi identificado que 48,3% da população do país se sente muito segura ao andar pelas ruas do bairro que moram durante o dia, enquanto apenas 22,5% se sente muito segura durante a noite (BRASIL, 2013b). A pesquisa nacional verificou ainda que os homens, nos dois contextos tendem a se sentir mais seguros que as mulheres. Considerando que a maioria da população do presente estudo é do sexo feminino e a variação sugerida no levantamento nacional, o período do dia em que

os indivíduos costumam circular, assim como o sexo pode ter influenciado a percepção de segurança da população pesquisada.

Tabela 3 – Número e percentual de indivíduos segundo o convívio comunitário, como se sentem em relação ao local que vivem e exposição às políticas públicas, Campo Grande – 2014 (n=396)

No bairro e/ou região	Sim		Não	
	N	% (IC 95%)	N	% (IC 95%)
Convívio comunitário				
Participa regularmente de alguma atividade cultural/religiosa	152	38,4 (33,6 – 43,3)	244	61,6 (56,6 – 66,3)
Tem o costume de andar a pé ou de bicicleta pelo bairro/região	282	71,2 (66,4 – 75,5)	114	28,7 (24,4 – 33,5)
Tem boa relação com os vizinhos	364	91,9 (88,6 – 94,3)	32	8,1 (5,6 – 11,3)
Acha que existem locais que favorecem o contato entre moradores	110	27,8 (23,4 – 32,5)	286	72,2 (67,4 – 76,5)
Trabalha/estuda no bairro ou região	92	23,2 (19,2 – 27,7)	304	76,7 (72,2 – 80,7)
Como se sentem em relação ao local que vivem				
Se sente feliz onde mora	358	90,4 (86,9 – 93,0)	38	9,6 (6,9 – 13,0)
Gostaria de mudar para outro bairro	87	22,0 (18,0 – 26,4)	309	78,0 (73,5 – 81,9)
Se sente seguro circulando pelas ruas	205	51,8 (46,7 – 56,7)	191	48,2 (43,2 – 53,2)
Algum morador da residência frequenta a escola pública	157	39,6 (34,8 – 44,6)	239	60,3 (55,3 – 65,1)
Utiliza o posto de saúde	239	60,3 (55,3 – 65,1)	157	39,6 (34,8 – 44,6)
Conhece/ouviu falar de programa que oferece AF gratuitamente	56	14,1 (10,9 – 18,0)	340	85,9 (81,9 – 89,0)

O desconhecimento de programas que oferecem atividade física gratuita pode ser explicado pelo fato de não existirem ações sedimentadas no contexto comunitário estudado. Foi levantada na comunidade a existência do Projeto Escola Viva alocado em uma escola municipal. Na unidade de saúde, na ocasião da coleta dos dados havia grupo de caminhada orientada por profissional de Educação Física vinculada ao NASF que realizava ainda consultas compartilhadas e orientações a grupos de cuidado específico (tabagismo e doenças crônicas). No Parque Airton Senna, atividades esportivas e ginásticas desenvolvidas pela Fundação Municipal de Esporte de Campo Grande (FUNESP). Apesar de grande parte da população utilizar os serviços da unidade de saúde referenciada, observa-se o desconhecimento das ações direcionadas a atividade física lá desenvolvidas.

Quanto à prática da atividade física, a maioria (59,1%) da população pesquisada disse praticar. Quando questionados em que momento, observou-se que a maioria (80,3%) o faz no tempo livre (tabela 4).

Tabela 4 – Número e percentual de indivíduos que declararam praticar atividade física segundo o domínio prática, Campo Grande – 2014 (n=234)

Domínio da atividade física	N	%
No tempo livre	188	80,3
Para o deslocamento	26	11,1
Em função do trabalho	22	9,4
Outro	4	1,7

Nesta questão seis indivíduos responderam mais de uma alternativa.

Entre os que se declararam praticantes, 59,4% disseram fazer continuamente; 20,5% de maneira irregular, mas na ocasião do estudo estavam praticando e 18,4% disseram fazer sem regularidade e na ocasião do estudo estavam parados há mais de duas semanas e 1,7% não responderam. O presente estudo optou por destacar a continuidade à recomendação propostas pela OMS, pois ao adotar o conceito ampliado de saúde como referência para atividade física, entende que ela possa ser praticada sem almejar unicamente respostas fisiológicas, na qual a duração, a intensidade e a frequência certamente tornam-se indispensáveis.

5.1.1. Características da prática de atividade física

Segundo dados do VIGITEL em Campo Grande, 40% dos adultos maiores de 18 anos atingem as recomendações para atividade física no lazer e 9,4% no tempo livre. (BRASIL, 2014). O presente estudo, no entanto, não objetivou determinar o nível de atividade física ou medir a eficácia da mesma com base nos indicadores de referência, mas sim identificar informações que caracterizem a atividade realizada. A partir da revisão de literatura apresentada, entende-se que os benefícios da atividade física, por se tratar de um comportamento de saúde, devem extrapolar parâmetros biológicos, assim como o próprio conceito de saúde, que busca compreender o indivíduo em toda sua subjetividade. E considerando o comportamento relacionado à atividade física como um fator fortemente influenciado pela subjetividade, buscou-se identificar diferenças na prática daqueles que se declararam ativos, mas que a época da pesquisa encontravam-se parados, daqueles que se declararam ativos e estavam praticando a atividade física.

Deste modo pode-se entender que a maior parte da população ativa na ocasião do estudo: realiza a atividade física no tempo livre (75,4%); a atividade mais frequente é caminhada (51,3%); a rua (31,0%) e a academia (19,8%) são os locais

mais utilizados para prática; para maioria o local utilizado é próximo à residência (58,8%); a maioria vai a pé (44,3%) e de carro/moto (25,1%) (tabela 5).

Tabela 5 – Percentual e número de indivíduos que praticam atividade física segundo as características da prática, Campo Grande – 2014 (n=187)

Características da prática	% (n)
Quando é realizada?	
No tempo livre	75,4 (141)
Para o deslocamento	10,2 (19)
Em função do trabalho	10,2 (19)
No tempo livre e para o deslocamento	2,1 (4)
Para o deslocamento e em função do trabalho	0,5 (1)
Para o deslocamento e outro	0,5 (1)
Outros	1,1 (2)
Qual atividade pratica?*	
Caminhada	51,3 (96)
Corrida	6,9 (13)
Andar de bicicleta	8,5 (16)
Musculação	13,9 (26)
Ginástica	10,2 (19)
Futebol	12,3 (23)
Outros esportes	5,3(10)
Dança	2,7 (5)
Lutas (Judô/muai thay)	2,1 (4)
ATI	2,1 (4)
Atividades domésticas e laborais	8 (15)
Outras atividades	4,8 (9)
Onde pratica?*	
Na rua	31,0 (58)
Em uma academia	19,8 (37)
Em uma praça ou parque	14,9 (28)
Em um clube	6,9 (13)
No espaço da associação de moradores	1,1 (2)
Em uma escola/universidade	3,7 (7)
Outros	8,0(15)
Não se aplica**	22,4 (46)
Onde fica este local?	
Próximo à sua residência.	58,8 (110)
Distante de casa e do trabalho.	7,5 (14)
Próximo ao seu trabalho.	4,3 (8)
No caminho entre a casa e o trabalho.	3,7 (7)
Não se aplica**	25,7 (48)
Como vai até lá?*	
A pé	44,3 (83)
De carro/moto	25,1 (47)
De bicicleta	3,7 (7)
De carona	0,5 (1)
Utiliza o transporte público	2,1 (4)
Não se aplica*	25,1 (47)

*Nesta questão era possível marcar mais de uma resposta.

**Não se aplica aos que responderam praticar atividade física para o deslocamento, em função do trabalho e outros.

Além disso, observou-se que as características mais frequentes são: praticar atividade física de três a quatro dias (41,2%) e de cinco a seis dias (35,3%) por semana com duração de até 90 minutos (76,6% e 71,2% respectivamente); intensidade auto relatada da atividade como moderada (74,9%); seguir uma prática continuamente (74,3%) pelo período de um a 10 anos (43,2%) (tabela 6).

Tabela 6 – Percentual e número de indivíduos ativos segundo as características da atividade realizada, Campo Grande – 2014 (n=187)

Características da atividade	% (n)
Intensidade do esforço durante a atividade	
Sente a respiração e os batimentos cardíacos mudarem pouco do normal	12,3 (23)
Sente a respiração e o coração mais acelerados do que o normal	74,9 (140)
Sente a respiração ofegante e o coração bastante acelerado	2,1 (4)
Intensidade do esforço durante a atividade	
Outra sensação	10,7 (20)
Frequência e duração da atividade	
De um a dois dias por semana	17,6 (33)
Até 90 minutos	63,4 (21)
Mais de 90 minutos	36,4 (12)
Características da atividade	% (n)
Frequência e duração da atividade	
De três a quatro dias por semana	41,2 (77)
Até 90 minutos	76,6 (59)
Mais de 90 minutos	23,4 (18)
De cinco a seis dias por semana	35,3 (66)
Até 90 minutos	71,2 (47)
Mais de 90 minutos	28,7 (19)
Todos os dias	5,9 (11)
Até 90 minutos	36,4 (4)
Mais de 90 minutos	63,4 (7)
Continuidade e tempo de prática	
Realiza continuamente	74,3 (139)
De uma semana a menos de um ano	28,8 (40)
De um ano a menos de 10 anos	43,2 (60)
Mais de 10 anos	28,0 (39)
Realiza de forma irregular, mas está ativo	25,7 (48)
De uma semana a menos de um ano	89,6(43)
De um ano a menos de 10 anos	10,4 (5)
Mais de 10 anos	0 (0)

Entre aqueles que se declararam praticantes irregulares mas não estavam praticando na ocasião do estudo (n= 43) apresentaram como características principais: utilizar o tempo livre para praticar atividade física (90,7%); a atividade mais frequente foi a caminhada (69,8%); a rua é o local preferido pela maioria para prática (65,1%); o local utilizado é próximo à residência (74,4%); a maioria vai a pé ao local (60,5%). Este grupo gasta em média 60 minutos (25,6%) com a prática; a intensidade auto relatada como moderada mais é a frequente (32,6%); normalmente dedicam de três a quatro dias por semana e o tempo que estão parados é de aproximadamente um mês (65,1%).

Sendo assim, não se observaram diferenças importantes em relação os grupos. Uma dificuldade encontrada na caracterização foi a determinação do tempo e intensidade. Buscou-se de modo simples, pela percepção da respiração e batimentos cardíacos determinar o nível de esforço e por pergunta direta saber quanto tempo gastavam na atividade. No entanto, sabe-se que este se configura grande desafio. Titze e colaboradores (2001) identificaram que há uma tendência em subestimar o tempo da tarefa e superestimar a intensidade um dia após a prática.

Se considerarmos o cuidado com a saúde como principal objetivo, observa-se que a partir das características apresentadas, a prática se mostra adequada. Entre os grupos a única questão que os diferenciou foi a irregularidade da atividade. Se considerados os objetivos como sendo voltados ao controle/prevenção de doenças ou a busca do bem-estar, disposição e qualidade de vida, a diferenciação é decisiva. Seus benefícios só são percebidos e desfrutados a partir da continuidade. Por isso, ao se destacar este aspecto, é possível refletir, por exemplo, sobre o desafio da mudança de um comportamento ou ainda, a partir da percepção dos próprios indivíduos, compreender os diferentes aspectos imbricados à inserção desta prática em seu cotidiano. Por isso, a fim de analisar a influência destes fatores, nos próximos itens deste capítulo serão apresentadas e discutidas variáveis que se relacionam à atividade física de acordo com as referências apontadas na revisão de literatura.

5.2. A prática da atividade física: relações entre as variáveis

Neste bloco, foram considerados praticantes todos aqueles que declararam realizar alguma atividade física, independente do domínio e da continuidade.

Na população pesquisada a maioria dos praticantes são do sexo feminino. No entanto, os homens, proporcionalmente, são mais ativos (tabela 7). Estatisticamente verificou-se associação significativa na qual praticar atividade física associou-se ao sexo masculino. Este achado corrobora com o que foi encontrado por Pitanga e colaboradores (2014); Vigitel 2013 (Brasil, 2014), Silva, Sandre-Pereira e Salles-Costa (2011), Quadros e colaboradores (2009) e por Dias-da-Costa e colaboradores (2005).

Tabela 7 – Número e percentual de indivíduos de acordo com a prática da atividade física, segundo o sexo e a faixa etária, Campo Grande – 2014 (n=396)

Variáveis	Atividade Física				Total		p*
	Sim		Não				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Sexo							
Feminino	130	53,1	115	46,9	245	61,9	0,001
Masculino	104	68,9	47	31.1	151	38,1	
Faixa etária							
≥ 18 < 20 anos	8	44,4	10	55,6	18	4,6	0,142
≥ 20 ≤ 29 anos	37	55,2	30	44,8	67	16,9	
≥ 30 ≤ 39 anos	55	61,1	35	38,9	90	22,7	
≥ 40 ≤ 49 anos	49	62,8	29	37,2	78	19,7	
≥ 50 ≤ 59 anos	37	50,0	37	50,0	74	18,7	
≥ 60 anos	48	69,6	21	30,4	69	17,4	

* Valor-p obtido a partir do teste de qui-quadrado com significância estatística se $p \leq 0,05$.

Em relação à faixa etária se observou uma tendência crescente de praticantes com o aumento da idade, havendo discreta diferenciação na faixa dos 50 anos. Estatisticamente não houve associação significativa, no entanto, os idosos se destacaram por representar maior percentual de praticantes nesta população. Um fator favorável a este grupo pode ser a maior disponibilidade de tempo, visto que 46,4% declarou estar aposentado, 20,3% serem donas de casa e apenas 33,3% ainda trabalharem formalmente. Se consideradas as questões sociais que a aposentadoria representa, como a tendência ao isolamento social, acrescida das dificuldades físicas características do avanço da idade, a prática da atividade física representa aos idosos uma possibilidade não somente de cuidado voltado à saúde, mas como ocupação do tempo e interação social (MOURA e SOUZA, 2012).

Comparando com tendência apresentada pelo VIGITEL (BRASIL, 2014), observa-se que a realidade da população estudada se difere dos dados nacionais e do município no qual o percentual de adultos praticantes seguiu tendência decrescente com o aumento da idade. Difere-se ainda dos resultados obtidos por Oliveira-Campos, Maciel e Neto (2012) em Montes Claros/MG e por levantamento apresentado por Knuth e colaboradores (2011) sobre os dados nacionais do Pnad que detectou a maior prevalência de sedentários entre maiores de 65 anos.

Quanto à escolaridade, foram classificados com “baixa” aqueles que declararam ser analfabetos ou terem o ensino fundamental completo ou não; com “média” aqueles que declararam ter o Ensino médio completo ou não; e “alta” aqueles que declararam ter o Ensino Superior completo ou não.

Tabela 8 – Número e percentual de indivíduos segundo a prática da atividade física de acordo com a escolaridade e faixas de renda bruta familiar, Campo Grande – 2014 (n=396)

Variáveis	Atividade Física				Total		P*
	Sim		Não		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%			
Escolaridade							
Baixa	78	60,0	52	40,0	130	32,8	0,633
Média	92	56,4	71	43,6	163	41,1	
Alta	64	62,1	39	37,9	103	26,1	
Renda bruta familiar**							
Não informou	19	55,9	15	44,1	34	8,6	0,518
0.1 f 2.0	72	61,0	46	39,0	118	29,8	
2.0 f 4.0	54	54,5	45	45,5	99	25,0	
4.0 f 6.0	42	56,0	33	44,0	75	18,9	
6.0 f 8.0	24	75,0	8	25,0	32	8,1	
8.0 f 10.0	10	55,6	8	44,4	18	4,5	
≥10.0	13	65,0	7	35,0	20	5,1	

* valor-p obtido a partir do teste de qui-quadrado com significância estatística se $p \leq 0,05$.

** Salário mínimo vigente de R\$724,00.

De acordo com a tabela 8 o maior número de praticantes está entre aqueles com escolaridade média. Observando proporcionalmente, percebe-se que os indivíduos com escolaridade alta apresentam percentual ligeiramente maior de ativos. Este dado foi semelhante aos resultados nacionais apresentados pelo VIGITEL (BRASIL, 2014) no qual se observou maior percentual de ativos entre pessoas com 12 anos ou mais de escolaridade. Sobre a renda, há mais praticantes entre os que acumulam na família até dois salários mínimos, no entanto aqueles que têm renda bruta familiar de seis a oito salários mínimos apresentam alto percentual de praticantes (75%).

Em ambas as relações não houve associação significativa estatisticamente. Del Duca e colaboradores (2013) relacionaram a escolaridade e renda aos domínios da atividade física e verificaram que somente a renda se associou a todos eles. Segundo análise de Knuth e colaboradores (2011), indivíduos com maior escolaridade são mais ativos no lazer, enquanto os que têm menos escolaridade são mais ativos no deslocamento.

Sobre a percepção da saúde (tabela 9), esta foi agrupada em “muito boa/boa”, “regular” e “ruim/péssima”, deste modo, foi possível identificar que a maioria que pratica atividade física avalia positivamente sua saúde. Estatisticamente houve correlação significativa demonstrando que a percepção negativa da saúde esta inversamente associada com a prática da atividade física. O presente achado

corroborar com estudos de Lopes e colaboradores (2010) e Fonseca e colaboradores (2008) que apontaram que a percepção negativa de saúde está associada, entre outros fatores, à atividade física insuficiente ou ao baixo engajamento em atividades físicas de lazer.

Tabela 9 – Número e percentual de indivíduos segundo a prática da atividade física de acordo com a percepção da saúde e IMC, Campo Grande – 2014 (n=396)

Variáveis	Atividade Física				Total		p*
	Sim		Não				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Percepção da saúde							
Muito boa/ boa	177	64,1	99	35,9	276	69,7	0,001
Regular	53	51,0	51	49,0	104	26,3	
Ruim/péssima	4	25,0	12	75,0	16	4,0	
IMC							
Baixo peso	1	100	0	0	1	0,4	0.489**
Eutrófico	20	54,1	17	45,9	37	9,3	
Sobrepeso	87	64,0	49	36,0	136	34,3	
Obeso	114	59,4	78	40,6	192	48,5	
Não informado	12	40,0	18	60,0	30	7,6	

* valor-p obtido a partir do teste de qui-quadrado com significância estatística se $p \leq 0,05$.

**Valor-p calculado desconsiderando a categoria "baixo peso" e a categoria "não informado".

Quanto ao IMC, há mais praticantes entre obesos, mas a partir da comparação entre as classificações e desconsiderado a categoria baixo peso, o maior percentual de praticantes está entre aqueles com sobrepeso (tabela 9). Este achado se diferencia do levantamento de Thomaz e colaboradores (2010) em Brasília/DF, no qual foi encontrada associação inversa: quanto maior o IMC, menor o índice de atividade física.

Mesmo não apresentando correlação estatística significativa, esta variável chama a atenção em dois aspectos: o alto índice de pessoas obesas e com sobrepeso e o fato destes grupos serem também os mais ativos em números absolutos e proporcionais respectivamente.

No presente estudo, assim como nos estudos de monitoramento populacional, os dados para o cálculo do estado nutricional são auto referidos. Lucca (2006) avaliou a validade e confiabilidade do peso, estatura e IMC auto referidos obtidos por entrevista telefônica e verificou que houve tendência de superestimação da estatura em ambos os sexos e subestimação do peso no caso das mulheres e superestimação no caso dos homens. No entanto concluiu que o peso e o IMC referidos apresentaram boa concordância quando comparados às suas respectivas

aferições. Campos (2011), em estudo similar, identificou importante diferença entre medidas aferidas e auto referidas, mas quando realizada a classificação do estado nutricional observou ótima capacidade em detectar o excesso de peso quando ele esteve realmente presente, registrando então altos níveis de sensibilidade e valor preditivo positivo. Deste modo, os valores encontrados podem ser considerados pois, ainda que exista uma tendência em superestimar a altura e subestimar o peso, os valores encontrados estão bem acima do esperado (eutrófico).

Segundo dados do VIGITEL (BRASIL, 2014) em Campo Grande 52,9% da população está com excesso de peso e 17,7% obesa. Se comparados os resultados da população estudada com os resultados do município observa-se que na região estudada há percentual menor de indivíduos com sobrepeso, mas apresenta quase o triplo do percentual de obesos. Sendo estes os grupos com maiores percentuais de ativos, se faz necessário, em estudos posteriores, aprofundar a investigação quanto às características da atividade física realizada, objetivando auxiliá-los a um melhor aproveitamento da prática voltada à redução do peso, se este for o objetivo pretendido.

Em relação aos locais para a prática da atividade física segundo Reis (2001) o conhecimento destes exerce influência positiva em relação à prática da atividade física tanto para o lazer quanto para o deslocamento. Pazin e colaboradores (2012) em estudo realizado em Florianópolis concluíram que a atividade física no lazer é favorecida pela atratividade dos locais, ruas iluminadas, segurança, proximidade de local para caminhar e de clube esportivo e que morar próximo a centros de compras e agências bancárias é favorável para promover a atividade física para o deslocamento.

Sobre a população pesquisada, quando perguntado se sabiam citar locais de lazer como praças, parques, quadras de esportes ou outros próximos a residência, 58,8% disseram não conhecer ou lembrar-se de nenhum local. Ao relacionar esta informação com a prática da atividade física não houve associação estatística significativa, no entanto, foi observado maior percentual de ativos entre aqueles que citaram locais próximos a sua residência (61,3%) (tabela 10).

Os locais mais citados foram o Parque Airton Senna (48,5%) que serve de polo da região para ações desenvolvidas pela Fundação Municipal de Esporte (FUNESP) e dispõe de espaço para diferentes modalidades esportivas, atividades

aquáticas, pista de caminhada/corrida e parque infantil; o Centro Comunitário (17,8%) que dispõe de parque infantil, quadra de areia, além do seu entorno ser utilizado para prática da caminhada/corrida; a Avenida Lúdio Martins Coelho, também conhecida como Parque Linear Lagoa (11,0%) que dispõe de área verde, ciclovia, praça e pista de skate. Os motivos mais frequentes para ir a estes locais foram: para fazer atividade física (41,4%), para levar crianças para brincar (24,1%), pelo ambiente ser agradável/gostar do local (19,0%), para passear e/ou encontrar amigos (19,0%) e pelas qualidades do local (estrutura, segurança, proximidade) (17,2%).

Tabela 10 – Número e percentual de indivíduos segundo a prática da atividade física de acordo com o conhecimento de locais de lazer e se frequentam estes locais, Campo Grande – 2014 (n=396)

Variáveis	Atividade Física				Total		P*
	Sim		Não		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%			
Saberia citar locais de lazer como praças, parques, quadras de esportes ou outros próximos a residência							
Sim	100	61,3	63	38,6	163	41,2	0,508
Não	134	57,5	99	42,5	233	58,8	
Frequenta os locais citados							
Sim	42	72,4	16	27,6	58	35,6	0,090
Não	58	55,2	47	44,8	105	64,4	

* valor-p obtido a partir do teste de qui-quadrado com significância estatística se $p \leq 0,05$.

Entre aqueles que citaram os locais, 64,4% afirmaram não frequentá-los. Os principais motivos para tal foram: falta de tempo (25,7%), por não perceber atrativos no local (19,0%), por considerar longe (13,3%), por não se sentir seguro (11,4%) e por avaliar negativamente as pessoas que frequentam o local (9,5%).

Se comparados os motivos apresentados para frequentar e não frequentar observa-se que as justificativas se contradizem quando se referem à avaliação do local. Isso porque, se de um lado o espaço é frequentado para levar crianças para brincar, por achar o ambiente agradável e para encontrar amigos, as justificativas para não ir são exatamente opostas, visto que consideram pouco seguro e avaliam negativamente aqueles que frequentam.

A justificativa mais frequente para ir confirma uma tendência observada entre aqueles que citaram e frequentam os locais pois destes 72,4% praticam atividade física. Este achado pode sinalizar uma influência positiva entre o conhecimento de

locais e a prática da atividade física nesta população, o que corrobora com estudo de Florindo e colaboradores (2006) e com evidências anteriormente citadas.

Fatores como a segurança e as relações comunitárias podem influenciar a utilização dos locais, em especial dos parques, como apresentado por McCormack e colaboradores (2010). Outrossim, McNeill e colaboradores (2006) lembram que a prática da atividade física é moldada por um ambiente social, visto que ocorrem principalmente dentro dos limites das famílias, comunidades e bairros. Assim, é possível conjecturar que o envolvimento em grupos, sejam eles por meio de práticas religiosas ou culturais, ou pelo envolvimento profissional/escolar aproxima os indivíduos e cria vínculos com o local em que estes grupos estão localizados. A existência de espaços como centros comunitários, praças e parques além de favorecer a prática, estimular o contato entre indivíduos, do mesmo modo que a boa relação entre vizinhos pode fortalecer vínculos e estimular o apoio mútuo.

Com vistas a investigar a relação da atividade física com estes aspectos foi analisada relação entre às questões do convívio comunitário e como se sentem em relação ao local em que vivem. Em nenhum dos aspectos se observou diferença estatística significativa, exceto no item que trata da exposição às políticas públicas, na questão “algum morador da sua residência frequenta a escola pública do bairro/região”. Aqui se observou significância estatística demonstrando associação entre a inexistência de morador frequentando a escola pública do bairro/região e a prática da atividade física.

Este achado, no contexto geral, levanta um aspecto a investigar, visto que há hipóteses diversas para tal evento como, por exemplo: existir pessoas em idade escolar na residência, mas que frequentam escolas particulares, o que poderia se associar a uma renda bruta familiar maior e, portanto, à tendência deste grupo ser mais ativo fisicamente; não existir crianças/adolescentes em idade escolar na família o que demandaria menos tempo gasto no cuidado e nos afazeres domésticos e, neste caso, maior disponibilidade para prática da atividade física.

Para McNeill e colaboradores (2006) existem fortes evidências de que o apoio social, entendido como recursos fornecidos por outras pessoas e as redes sociais, definido como estrutura coletiva de relações sociais que cercam um indivíduo e fornecem informações sobre como um indivíduo é integrado com os outros, aumentam o nível de atividade física, bem como o tempo e a frequência dedicados a

ela. Por isso, ainda que identificada diferença estatística significativa em apenas um item, com vistas a compreender o peso das respostas afirmativas relacionadas à prática da atividade física, foram consideradas somente as respostas positivas referentes aos questionamentos apresentados na tabela 11. Isso que possibilitou identificar, a partir dos percentuais que: participar de alguma atividade cultural ou religiosa, costumar andar a pé/de bicicleta pelo bairro e utilizar o posto de saúde da região parece exercer alguma influência em relação à prática da atividade física; a boa relação com os vizinhos, sentir-se feliz morando no bairro e sentir-se seguro circulando nas ruas do bairro parece não representar influencia nesta população em relação à atividade física.

Tabela 11 – Percentual e número de indivíduos de acordo com a prática da atividade física segundo convívio comunitário – Campo Grande – 2014 (n=396)

Variável	Pratica atividade física		Total % (n)
	Sim % (n)	Não % (n)	
Participa regularmente de alguma atividade cultural ou religiosa aqui (p=0,504)			
Sim	39,7 (93)	36,4 (59)	38,4 (152)
Costuma se deslocar a pé ou de bicicleta dentro do bairro/pela região (p=0,151)			
Sim	73,9 (173)	67,3 (109)	71,2 (282)
Tem uma boa relação com seus vizinhos (p=0,973)			
Sim	91,9 (215)	92,0 (149)	91,9 (364)
O Bairro/região oferece locais que favorecem o contato entre os moradores (p=0,171)			
Sim	30,3 (71)	24,1 (39)	27,8 (110)
Trabalha e/ou estuda no bairro ou na região (p=0,567)			
Sim	22,2 (52)	24,7 (40)	23,2 (92)
Se sente feliz morando no bairro (p=0,614)			
Sim	91,0 (213)	89,5 (145)	90,4 (358)
Gostaria de mudar para outro bairro (p=0,276)			
Sim	20,1 (47)	24,7 (40)	22,0 (87)
Se sente seguro circulando pelas ruas (p=0,978)			
Sim	51,7 (121)	51,9 (84)	51,8 (205)
Tem morador na sua residência que frequenta a escola pública do bairro/região (p=0,024)			
Sim	35,0 (82)	46,3 (75)	39,6 (157)
Utiliza o posto de saúde da região (p=0,193)			
Sim	57,7 (135)	64,2 (104)	60,4 (239)
Conhece/ouviu falar de programa que oferece atividade física gratuita no bairro (p=0,575)			
Sim	15,0 (35)	13,0 (21)	14,1 (56)

Quanto aos fatores ligados ao convívio e relações comunitárias Legh-Jones e Moore (2012) concluíram que a diversidade do capital de rede e a participação social se relacionam positivamente a prática de atividade física nos adultos pesquisados. Já Duarte e colaboradores (2013) identificaram que o suporte social, entendido como as fontes emocionais e/ou materiais fornecidas por outras pessoas (familiares e amigos) para a completa execução de uma ação, plano ou atividade, parece se

constituir como um correlato da prática de atividades moderadas e vigorosas em trabalhadores de Londrina/PR.

Neste contexto, considerando as diretrizes da promoção da saúde, a utilização do posto de saúde pela maioria que não faz atividade física chama a atenção. Este achado levanta uma perspectiva de estudo, posto que desperta questionamentos voltados à oferta, divulgação e envolvimento comunitário nas ações direcionadas à promoção da atividade física na atenção básica.

Neste sentido, sobre a busca do cuidado na perspectiva da integralidade, Budó e colaboradores (2010) ressaltam que só se torna possível a partir da compreensão dos modos de vida das pessoas e das coletividades, de suas expectativas, olhares e visões de mundo. Os mesmos autores acrescentam ainda que, sob a perspectiva da Estratégia de Saúde da Família, as redes sociais constituem um tema fundamental para compreender a complexidade da vida social e são recursos decisivos para possibilitar avanços em programas que exigem envolvimento e participação ativa das populações locais. Neste sentido, buscou-se analisar aspectos significativos à caracterização da população e de reflexão para avanços necessários às ações de promoção da saúde direcionados à atividade física.

5.3. Significado e importância da Atividade Física para a população

A OMS (2010) entende a atividade física como qualquer movimento corporal, que resulte em gasto calórico acima dos níveis de repouso e por isso não indica nenhuma prática específica, mas preconiza a intensidade e o tempo de duração. De modo geral, estas recomendações norteiam o trabalho da atividade física dentro do contexto da promoção da saúde. No entanto, apesar de amplamente divulgados os benefícios e sua importância, o número de praticantes não tem aumentado (KOHL et al, 2011; FERREIRA e NAJAR, 2005; NOGUEIRA e PALMA, 2003).

Com o objetivo de compreender o sentido desta atividade para a população foi perguntado o que é atividade física, a que ela se relaciona e o seu nível de importância. A utilização de questão aberta permitiu que os sujeitos respondessem com suas palavras e as respostas foram anotadas tais quais apresentadas. Entretanto, frente à variedade de respostas e elementos nelas inseridos verificou-se a necessidade de, como expresso no método, desmembrá-las e distribuí-las em

categorias segundo seu significado. Este procedimento se repetiu em todas as questões abertas.

Sobre o significado da atividade física foram criadas 12 categorias que são apresentadas segundo o percentual de respostas (figura 4). Observa-se que “caminhar/correr” foi o elemento mais citado pelos sujeitos, seguido por “exercitar-se”.

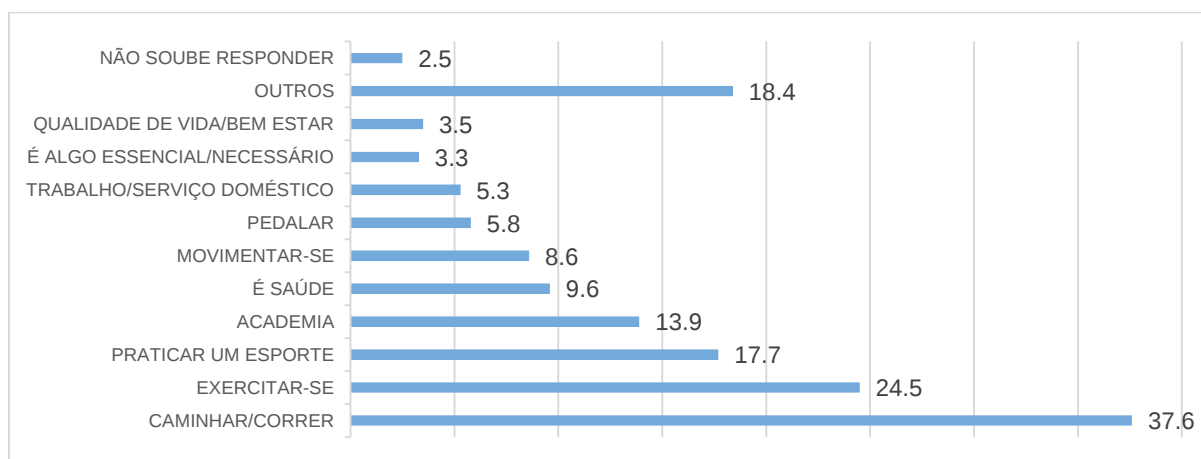


Figura 4 – Percentual de respostas quanto ao significado da atividade física para população, Campo Grande/MS – 2014 (N=396)

A caminhada e a corrida são habilidades motoras fundamentais dentro do universo de gestos motores (GALLAHUE e OZMUN, 2005). Podem ser ainda considerados fundamentais para a evolução do homem - na exploração do espaço e autodefesa. A caminhada pode ser realizada com diferentes finalidades: deslocamento, lazer, como exercício físico e em função do trabalho. Por não exigir equipamentos complexos e espaços específicos é muito recomendada por médicos e profissionais da saúde. Já a corrida é popularmente compreendida como um incremento da intensidade da caminhada e maneira de potencializar o gasto calórico. Tem sido indicada, assim como a caminhada, no tratamento de doenças cardiovasculares como hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, obesidade e hipercolesterolemia, insuficiência cardíaca, entre outras e se apresenta como uma modalidade em ascendência no Brasil, com um número cada vez maior de provas de rua (ISHIDA et al, 2013; SALGADO e CHACON-MIKAHIL, 2006).

O destaque de ambas dentro do contexto do estudo chama atenção, pois foram apresentadas como a própria definição e não como um exemplo de atividade. Ainda nesta questão, observou-se que, quando agrupadas as categorias por

afinidade de significado, percebe-se que majoritariamente o entendimento da atividade física pela população se dá a partir das próprias atividades. Isso porque juntas as categorias “caminhar/correr”, “praticar um esporte”, “academia”, “pedalar” e “trabalho/serviço doméstico” correspondem a 80,3% das respostas.

Contudo, 33,1% dos sujeitos apresentaram elementos como “exercitar-se” e “movimentar-se” em suas respostas o que aproxima bastante da definição de referência para atividade física adotada pelos órgãos de saúde; 10,3% explicaram-na como sendo a própria saúde; 6,8% relacionaram seu significado à percepção subjetiva da situação de saúde ao apresentar as expressões “qualidade de vida/bem-estar” e “é algo essencial/necessário”; e 18,4% incluíram outros elementos para defini-la.

A compreensão da atividade física como sendo a própria atividade levanta reflexão importante quanto à adesão e continuidade. Isso porque entender a atividade física a partir de exemplos restritos como caminhar, praticar esporte ou frequentar academia restringiria a prática entre aqueles que gostam e/ou se identificam com estas atividades. Segundo Moretti e colaboradores (2009) a motivação para a ação, a percepção dos benefícios, a adequação às necessidades pessoais e a satisfação com a atividade executada são elementos que levam à regularidade de um comportamento. Deste modo, ao se ter limitadas as possibilidades do “se movimentar”, indivíduos que não se identificam ou não disponham de recursos financeiros e/ou não se percebam detentores de atributos físicos para tais práticas ficam a margem da atividade física, tornando-os resistentes ou menos dispostos a iniciar ou seguir em uma prática regular.

Entretanto, dada a complexidade da questão e os vários elementos apresentados nas respostas, percebe-se que a população interpreta a atividade física de modo objetivo, prático, mas muito positivo. Sob a vertente da promoção da saúde, o princípio do “empoderamento”, ou aumento do poder e autonomia das pessoas e/ou comunidades pode ser estimulado a partir da ampliação da compreensão e interpretação deste conhecimento. Segundo Paula e colaboradores (2006) a aprendizagem pode tanto ser compreendida como uma mudança de comportamento resultante de prática e experiência anterior, quanto como mudança de comportamento viabilizada pela plasticidade dos processos cognitivos. Portanto, aprender seu significado por meio da vivência das suas possibilidades pode

favorecer a incorporação da atividade física na realidade/rotina daqueles que não praticam.

Sobre a relação que se faz da atividade física com questões do cotidiano, se identificou que a maior parte da população (83,4%) relaciona a atividade física à saúde (figura 5). Historicamente ela foi associada à melhora da condição de saúde e seus efeitos positivos em algumas doenças reforçam essa ideia. No entanto, de acordo com Nogueira e Palma (2003), tem-se atribuído a ela a conquista do que seria o “passaporte da saúde”, da qualidade de vida e longevidade, o que, segundo os autores, deve ser ponderado visto os diversos fatores que se sobrepõem a sua determinação.

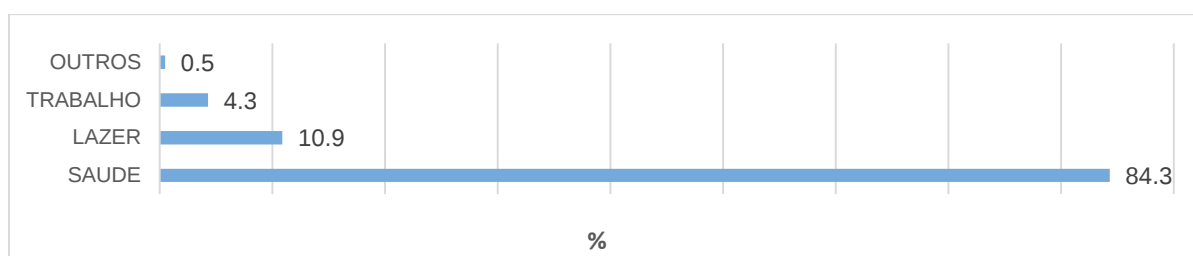


Figura 5 – Percentual de respostas segundo a relação atividade física e questões cotidianas, Campo Grande – 2014 (N=396)

Quando questionados sobre a importância de se praticar atividade física regularmente, foi possível compreender que, tanto entre os homens quanto entre as mulheres isso tem grande valor, visto que todos atribuíram importância, sendo que 67,9% disseram ser “muito importante” e 32,1% “importante” (figura 6). Quando relacionadas as duas questões, pode-se entender que a atividade física neste caso é um aspecto muito relevante e que merece destaque na vida dessa população frente ao cuidado com a saúde. Reichert e colaboradores (2010) encontraram resultado semelhante em estudo de base populacional realizado em uma cidade da região Sul do Brasil, onde identificaram que ter uma dieta saudável, praticar atividade física regularmente e consultar um médico regularmente são os fatores mais valorizados para o cuidado com a saúde naquela população.

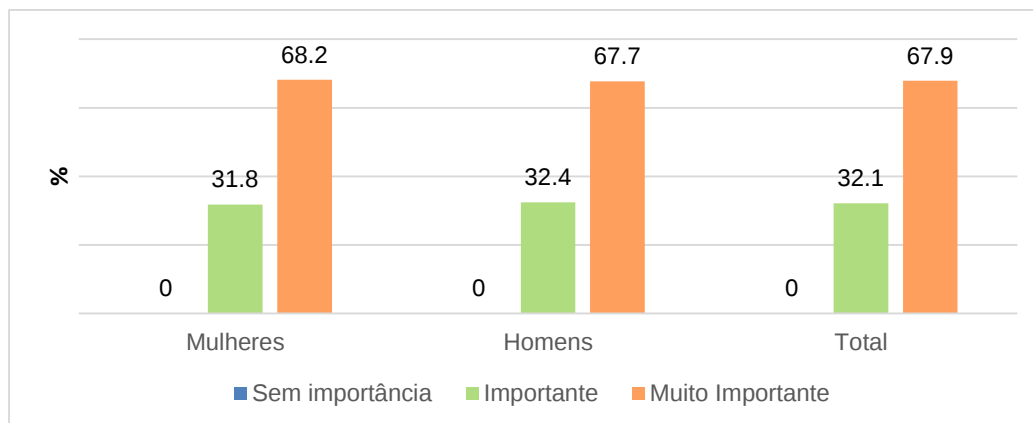


Figura 6 – Percentual de respostas sobre a importância da atividade física segundo sexo, Campo Grande – 2014 (N=396)

Com vistas à compreensão desta preocupação, perguntou-se o porquê deste valor. Assim, para 57,8% da população a atividade física tem importância porque faz bem e/ou é boa para a saúde, para 12,4% porque ajuda a prevenir/controlar doenças e/ou dores e para 9,6% por dar mais disposição (figura 7).

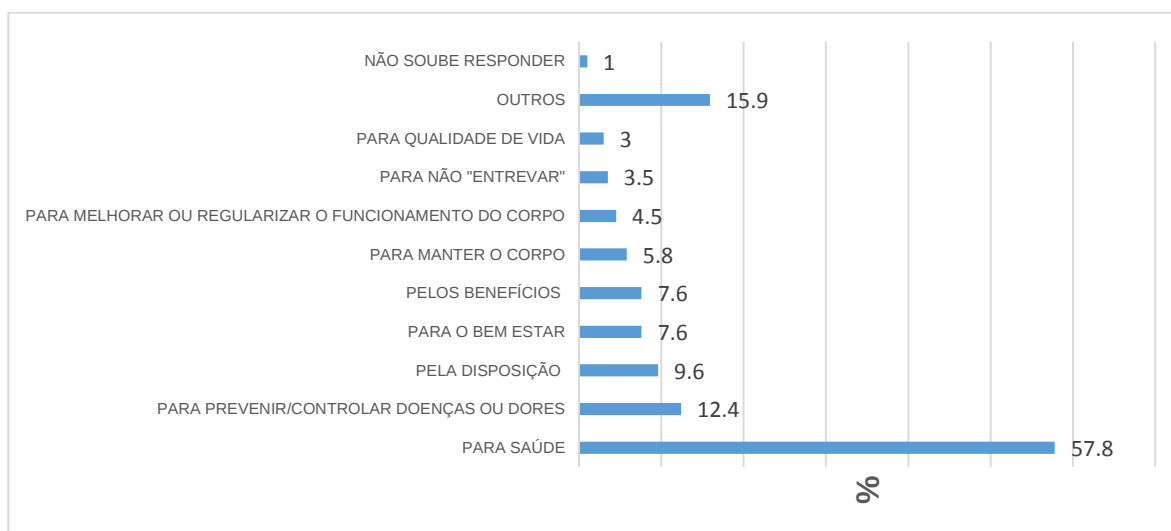


Figura 7 – Percentual de respostas sobre a importância da atividade física, Campo Grande – 2014 (N=396)

Identificado que a saúde é o fator de significação da atividade física, as categorias que representam os menores percentuais foram agrupadas segundo seu significado. Considerando que esta foi uma questão aberta e que o sujeito pode ter apresentado diferentes elementos em sua resposta, buscou-se assim entender sob qual visão de saúde mais valorizam a atividade física. O resultado obtido foi o apresentado na tabela 12, onde se identificou que 27,8% dos sujeitos apresentaram

em suas respostas elementos a partir da ótica positiva da saúde e 26,3% a partir das doenças ou sob a perspectiva negativa.

Tabela 12 – Número e percentual de respostas sobre a importância da atividade física, segundo categorias agrupadas, Campo Grande – 2014 (n=396)

Categorias	Respostas	Total			
		N	%	N	%
Para saúde				229	44,8
	Porque é bom/faz bem para saúde	229	57,8		
Aspecto positivo				110	27,8
	Pela disposição	38	9,6		
	Para o bem-estar	30	7,6		
	Pelos benefícios	30	7,6		
	Para a qualidade de vida	12	3,0		
Aspecto negativo				104	26,3
	Para prevenir/controlar doenças e/ou dores	49	12,4		
	Para manter o corpo	23	5,8		
	Para melhorar/regularizar o funcionamento do corpo	18	4,5		
	Para não “entreviar”	14	3,5		
Outros motivos				63	15,9
Não souberam responder				4	1,0

Nota: esta foi uma questão aberta portanto cada sujeito apresentou um ou mais elementos em sua resposta. A porcentagem é referente aos 396 sujeitos entrevistados.

Para Ferreira e colaboradores (2011) embora a Promoção da Saúde seja vista como capaz de contribuir para transformações sociais, no campo da promoção da atividade física o que tem prevalecido é a abordagem conservadora/comportamentalista, fundamentada nos referenciais epidemiológicos de fatores de risco, orientada para mudanças comportamentais e de estilo de vida. A partir do que foi apresentado, percebe-se que parte desta população interpreta a atividade física sob influência desta abordagem. E é compreensível, se considerado o contexto da popularização da atividade física no país e as dificuldades enfrentadas para a implantação da promoção da saúde no Brasil. No entanto, há de se compreender outros fatores que dizem respeito a essa população, para entender como de fato se dá a sua relação com a atividade física.

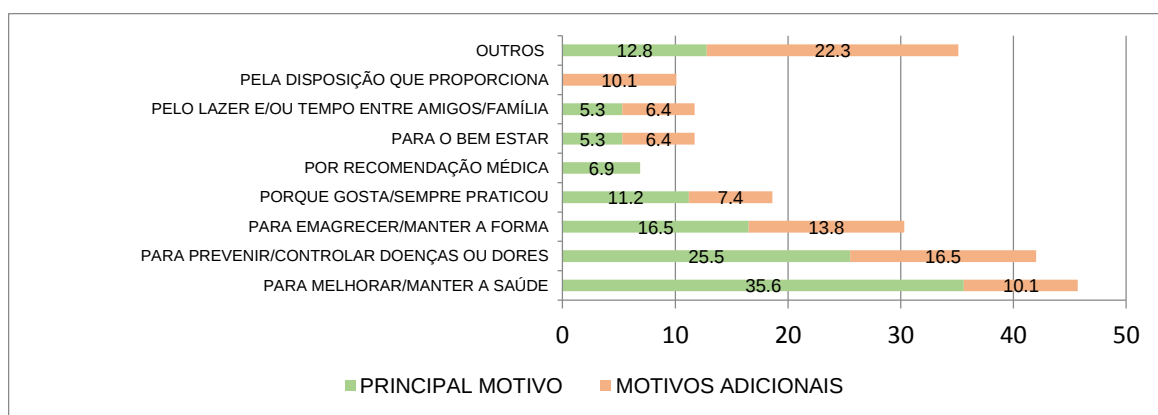
5.4. A prática da atividade física: aspectos favoráveis e as barreiras percebidas

Muitos estudos têm se dedicado a levantar, entre diferentes contextos, as barreiras para a prática da atividade física em diferentes populações (VENDITTI *et al*, 2014; HORNE E TIERNEY, 2012; MOSCHNY *et al*, 2011; SILVA, 2010;

REICHERT, 2004). Este estudo se dedicou a identificar o principal motivo e os motivos adicionais para a prática da atividade física no tempo livre. E entre os que se declararam não praticantes, levantar o principal motivo e/ou dificuldade encontrada e os motivos adicionais, caso houvessem.

Entre os que declararam praticar atividade física, 80,3% (n=188) o faz no tempo livre. Portanto, neste bloco serão desconsiderados aqueles que declararam praticar atividade física em função do trabalho, deslocamento e outros, pois se entende que estes são os motivos principais.

Entre os que utilizam o tempo livre para a atividade física, o principal motivo para a prática foi melhorar/manter a saúde (16,9%) e entre motivos adicionais estavam prevenir/controlar doenças e/ou dores (7,8%), emagrecer/manter a forma (6,6%) e por gostar/sempr praticar (5,5%) conforme apresentado no figura 8.



Nota: esta foi uma questão aberta e, portanto, cada sujeito apresentou um ou mais elementos em sua resposta. A porcentagem é referente ao N indicado.

Figura 8 – Percentual de respostas segundo principais motivos e motivos adicionais para praticar atividade física, Campo Grande – 2014 (N=188)

Dos 7 principais motivos, três se relacionam ao cuidado com a saúde (“para melhorar/manter a saúde”, para “prevenir/controlar doenças ou dores”, “por recomendação médica”), três com o prazer e/ou autossatisfação (“porque gosta/sempr praticou”, “para o bem-estar”, “pelo lazer/tempo em família”) e um com a imagem corporal (para emagrecer/manter a forma). Dentre os motivos adicionais, quatro se relacionavam com o prazer e/ou autossatisfação, três ao cuidado com a saúde e um à imagem corporal.

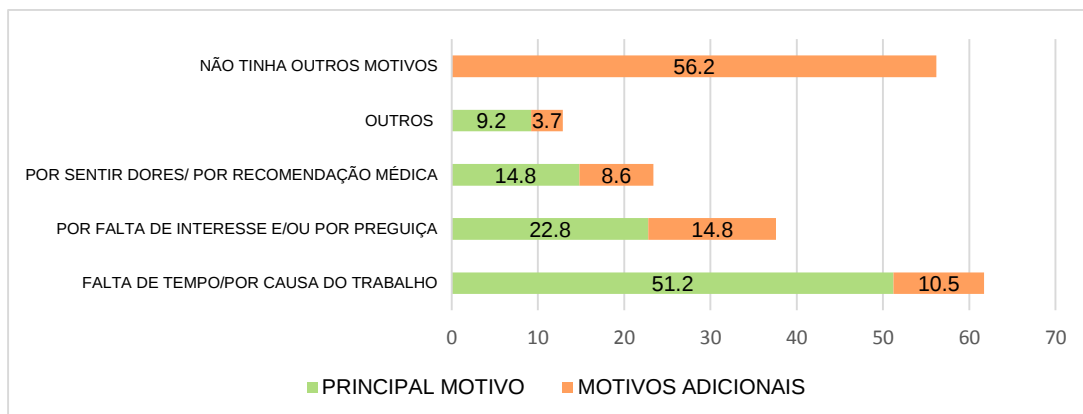
Gonçalves e colaboradores (2001), em estudo realizado em adultos de meia idade (de 40 a 60 anos), identificaram que os motivos para prática se referiam ao

desenvolvimento físico e mental voltado à maior disposição, condicionamento físico, diminuição de dores, liberação de tensão e estética vinculada diretamente à perda de peso. Santos e Knijnik (2006), ainda em adultos de meia idade, identificaram que entre os principais motivos para adesão à prática estavam orientação e/ou prescrição médica, estética, lazer/qualidade de vida ou outros.

Entre idosas, Gomes e Zazá (2009) encontraram como principais fatores “melhorar ou manter o estado de saúde”, “aumentar o contato social”, “prevenir doenças”, “aprender novas atividades” e “aumento da autoestima”; entre fatores menos frequentes estavam “emagrecer”, “melhorar a qualidade do sono” e “reduzir o nível de estresse”. Mathias e colaboradores (2014) em estudo realizado com frequentadores de uma academia ao ar livre em cidade do sul do Brasil, identificaram que o que mais motiva a prática regular é o prazer, seguido da saúde, controle do estresse, estética, sociabilidade e competitividade.

A partir da literatura, percebe-se que os motivadores podem variar de acordo com a população, idade e sexo. Na população pesquisada verifica-se que, assim como o valor atribuído à atividade física, os fatores que levam à prática se direcionam à saúde, tanto interpretada como fator de proteção para doenças, quanto para busca da satisfação e sensação de bem-estar. Um item que se destacou foi a preocupação com o peso e/ou manutenção da forma física. Considerando o alto percentual de obesos e de pessoas com excesso de peso, a motivação em função do peso ou forma física pode ser tanto entendida como preocupação com as doenças associadas à obesidade, quanto com a busca da autoestima, voltada à valorização estética.

Entre os que não praticam atividade física, observou-se que o motivo prevalente foi a falta de tempo e/o trabalho (51,2%) seguido pela falta de interesse e/ou preguiça (22,8%) (figura 8). Estudo realizado por Thomaz e colaboradores (2010) encontrou resultados semelhantes em Brasília/DF, onde 51% justificaram não praticar atividade física por falta de tempo, 27,4% por falta de disposição, 5,8% por problemas de saúde e 15,8% por outros motivos.



Nota: esta foi uma questão aberta e, portanto, cada sujeito apresentou um ou mais elementos em sua resposta. A porcentagem é referente ao N indicado.

Figura 8 – Percentual de respostas segundo principais motivos e motivos adicionais para não praticar atividade física, Campo Grande – 2014 (N=162)

Ferreira (2010), em estudo sobre o uso do tempo entre brasileiros, afirma que “a divisão do tempo é consequência da importância a que se atribuem certos valores na vida” (p.14). Para a autora, na sociedade capitalista, em que existe a priorização do consumo e da aquisição de bens, o trabalho se tornou o elemento central na dimensão do uso do tempo e influencia diretamente no tempo livre. No contexto da atividade física, a organização do tempo, de modo que “sobre” para a atividade física é ainda um desafio. As mulheres, maioria entre a população estudada, sentem ainda mais esta carga, pois, apesar de percebido crescente envolvimento masculino, ainda são elas que se responsabilizam pelos afazeres domésticos, desenvolvendo dupla jornada e, portanto, dispondo de menos tempo livre (FERREIRA, 2010).

Ainda que o tempo livre fosse ampliado, o seu aproveitamento para a atividade física fica condicionado a inúmeros fatores que se relacionam aos valores e importâncias atribuídos por cada indivíduo. Por isso, o presente estudo se dedicou ainda a identificar a intenção para prática, entendendo que este aprofundamento poderá fornecer mais elementos para a proposição de ações voltadas à promoção da atividade física neste grupo.

5.6. Os estágios de mudança de comportamento (EMC) para a prática da atividade física

O algoritmo dos EMC apresentado por Dumith (2006) forneceu a base para elaboração do formulário e, a partir das respostas obtidas, foi possível identificar em quais estágios encontra-se a população pesquisada.

Foram considerados no estágio de “manutenção” aqueles que declararam praticar atividade física por seis meses ou mais; no estágio “ação” aqueles que se disseram praticantes há menos de 6 meses; na “preparação”, aqueles que disseram pretender iniciar atividade física nos próximos 30 dias; “contemplação”, os indivíduos que pretendem iniciar nos próximos 6 meses; e “pré-contemplação”, aqueles que disseram não ter intenção de iniciar a atividade física. Os resultados estão expostos na figura 9.

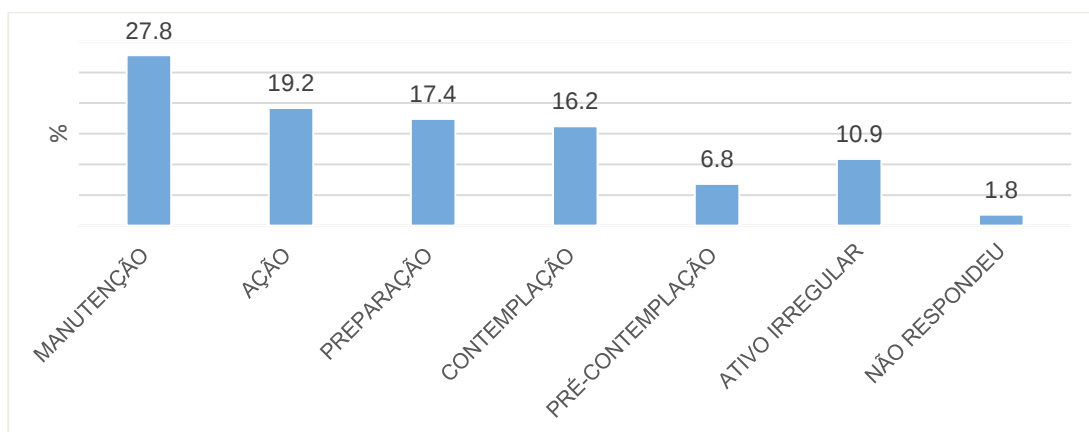


Figura 9 – Percentual de indivíduos segundo os estágios de mudança de comportamento para atividade física, Campo Grande – 2014 (N=396)

Com isso, identificou-se que 27,8% da população encontra-se no estágio de “manutenção”. Observou-se ainda que 10,9%, apesar de ter declarado praticar atividade física no tempo livre, relatou praticar de maneira irregular e na ocasião da entrevista estava há mais de 15 dias parado. Se considerados os movimentos iniciados em direção a incorporar este comportamento em seu cotidiano este grupo poderia estar incluído no estágio de preparação pois, para Checa e colaboradores (2006), nesta fase “[...] a prática da atividade física é inserida no cotidiano do individuo e há pequenos traços positivos de mudanças em direção à prática regular [...]” (p.43). Neste estudo, os que não responderam as questões que serviram como base para elaborar a classificação, assim como os que declararam não estar realizando nenhuma atividade no período da entrevista não puderam ser incluídos em nenhuma categoria.

A partir das relações apresentadas na tabela 13, quanto à renda observou-se que, entre os que estão no estágio de manutenção, a maioria tem renda bruta familiar maior que quatro salários mínimos; no estágio de ação, a maioria tem de

dois a mais que quatro; no de preparação, as rendas mais frequentes são mais de quatro e até dois salários mínimos; no estágio de contemplação estão em maior número aqueles que recebem mais de quatro salários e no estágio de pré-contemplação, aqueles com renda de até quatro salários mínimos.

Tabela 13 – Prevalência dos estágios de mudança de comportamento, segundo faixas de renda bruta familiar, percepção da saúde e percepção de locais para prática da atividade física, Campo Grande – 2014 (n=346)

Variável	Estágios de mudança de comportamento					Total
	Manutenção (n= 110)	Ação (n= 76)	Preparação (n= 69)	Contemplação (n= 64)	Pré- contemplação (n= 27)	
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	
Renda Bruta familiar (p=0,121)						
Até 2	32,4 (33)	22,5 (23)	21,6 (22)	14,7 (15)	8,8 (9)	29,5 (102)
Entre 2 e 4	22,2 (20)	28,9 (26)	18,9 (17)	20,0 (18)	10,0 (9)	26,0 (90)
Mais que 4	38,2 (50)	19,8 (26)	18,3 (24)	19,8 (26)	3,8 (5)	37,9 (131)
Sem inform.	30,4 (07)	4,3 (01)	26,1 (06)	21,7 (05)	17,4 (4)	6,6 (23)
Percepção da saúde (p=0,010)						
Boa/ muito boa	36,9 (90) ^a	23,0 (56) ^a	17,6 (43) ^a	15,2 (37) ^b	7,4 (18) ^a	70,5 (244)
Regular	22,1 (19) ^b	19,8 (17) ^a	23,3 (20) ^a	27,9 (24) ^a	7,0 (6) ^a	24,9 (86)
Ruim/ Péssima	6,2 (01) ^b	18,8 (03) ^a	37,5 (06) ^a	18,8 (03) ^b	18,8 (03) ^a	4,6 (16)
Conhece locais para prática da atividade física próximo à residência (p=0,598)						
Sim	35,1 (52)	22,3 (33)	16,2 (24)	18,2 (27)	8,1 (12)	42,8 (148)
Não	29,3 (58)	21,7 (43)	22,7 (45)	18,7 (37)	7,6 (15)	57,2 (198)

Valor-p obtido a partir do teste qui-quadrado com correção de Bonferroni e significância estatística se $p \leq 0,05$. Letras diferentes na coluna indicam diferença significativa dos percentuais de cada variável, naquele estágio da prática de atividade física.

Sobre a percepção da saúde, observou-se diferença estatística significativa entre a avaliação positiva no estágio de manutenção e a avaliação regular no estágio de contemplação. Quanto à percepção negativa, não se observou diferença significativa, contudo estão em maior frequência no estágio de preparação. Assim, entende-se que os benefícios proporcionados pela prática contínua podem influenciar positivamente na percepção da saúde, visto ter havido associação à prática superior a seis meses. Além disso, avaliações menos positivas podem levar os indivíduos a considerarem a mudança de comportamento referente à atividade física.

No tocante aos locais como praças, parques, quadras de esportes e outros percebidos próximos à residência, os maiores percentuais daqueles que percebem os locais estão entre os estágios de prática (manutenção e ação). Entre os que disseram não conhecer tais locais, os maiores percentuais estão entre os estágios manutenção, preparação e ação (tabela 13). Este dado não esclarece achado deste

estudo em que se identificou influência positiva entre conhecer locais e praticar a atividade física, visto o percentual elevado de indivíduos nos estágios de prática mesmo não sabendo citar locais próximos à sua residência. No entanto, a existência de locais agradáveis, com segurança e favoráveis a atividade física podem servir de estímulo aos grupos que tem intenção de prática da atividade física e que podem encontrar como barreira o fato de não conhecer (e/ou reconhecer) locais próximos as suas casas.

Arvidsson e colaboradores (2012) em estudo realizado em Estocolmo na Suécia identificaram que a percepção de *walkability*² na vizinhança pode aumentar o tempo gasto com a caminhada para o deslocamento ou para o lazer, assim como o aumento do tempo em intensidade mais alta. No Brasil, um grande e integrado esforço entre as políticas de saúde, infra-estrutura e planejamento urbano são alternativas que representam importantes avanços na promoção da atividade física. Para a área pesquisada, considerando que em alguns setores a pavimentação de ruas não existe, um planejamento urbano que leve em conta esta informação seria bastante positivo, principalmente porque grande parte da população do presente estudo citou a caminhada como própria definição de atividade física e que a falta de tempo foi um argumento prevalente entre os que não praticam.

Em relação ao sexo e os EMC, na tabela 14 observa-se significância estatística. Este achado indicou diferença significativa do sexo masculino para estágio de manutenção e feminino para estágio de preparação. Em relação à faixa etária agrupada, observou-se associação estatística na faixa ≥ 60 anos ao estágio de manutenção no qual o percentual apresentou diferença significativa em relação aos demais estágios.

² "Caminhabilidade" em tradução livre, ou aspectos favoráveis para prática da caminhada. Neste conceito considera-se a densidade residencial, a conectividade das ruas, o uso do espaço, a área do piso reservada etc.

Tabela 14 – Prevalência dos estágios de mudança de comportamento, segundo o sexo, a faixa etária, IMC e valor atribuído à atividade física, Campo Grande – 2014 (n=346)

Variável	Estágios de Mudança de Comportamento					Total
	Manutenção (n= 110)	Ação (n= 76)	Preparação (n= 69)	Contemplação (n= 64)	Pré- contemplação (n= 27)	
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	
Sexo (p<0,001)						
Feminino	23,0 (48) ^a	23,0 (48) ^a	27,3 (57) ^b	18,7 (39) ^a	8,1 (17) ^a	60,4 (209)
Masculino	45,3 (62) ^b	20,4 (28) ^a	8,8 (12) ^a	18,2 (25) ^a	7,3 (10) ^a	39,6 (137)
Faixa Etária (anos) (p<0,003)						
≥18 - ≤29	28,0 (23) ^a	23,2 (19) ^a	20,7 (17) ^a	18,3 (15) ^a	9,8 (8) ^a	23,7 (82)
≥30 - ≤59	27,0 (56) ^a	25,1 (52) ^a	19,3 (40) ^a	21,7 (45) ^a	6,8 (14) ^a	59,8 (207)
≥60	54,4 (31) ^b	8,8 (5) ^a	21,0 (12) ^a	7,0 (4) ^a	8,8 (5) ^a	16,4 (57)
IMC (n=318)* (p=0,206)						
B. peso/ eutrófico	35,3 (12)	14,7 (5)	11,8 (4)	23,5 (8)	14,7 (5)	10,7 (34)
Sobrepeso Obesidade/	32,4 (92)	23,6 (67)	20,4 (58)	17,3 (49)	6,3 (18)	89,3 (284)
Valor atribuído à atividade física (p=0,687)						
Sem importância	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,0 (0)
Importante	33,3 (36)	21,3 (23)	15,7 (17)	20,4 (22)	9,3 (10)	31,2 (108)
Muito impotante	31,1 (74)	22,3 (53)	21,8 (52)	17,6 (42)	7,1 (17)	68,8 (238)

Valor-p obtido a partir do teste qui-quadrado com correção de Bonferroni e significância estatística se $p \leq 0,05$. Letras diferentes na coluna indicam diferença significativa dos percentuais de cada variável, naquele estágio da prática de atividade física.

*Foram desconsiderados os indivíduos que não informaram o peso e/ou estatura.

Estes resultados corroboram com achados apresentados anteriormente, nos quais se identificou que os homens e idosos são os grupos mais ativos nesta população. Acrescentando então o fato de serem também os grupos com maior tempo de prática. A associação das mulheres ao estágio de preparação demonstra que, apesar de menos engajadas em atividades físicas no tempo livre que os homens, estão mais propensas a iniciar uma atividade física regular, o que faz deste dado referência importante para o direcionamento de ações que visem promover a atividade física nesta população.

Quanto ao IMC e ao valor atribuído à atividade física, não se observou correlação estatística significativa, nem alguma tendência a partir da frequência absoluta. Segundo estudo realizado por Dumith e colaboradores (2007) em estudo de base populacional realizado no município de Pelotas/RS, indivíduos acima do peso normal são mais motivados a adotar a prática da atividade física, mas não houve associação ao estágio de manutenção. Os autores ainda identificaram que 38.3% da população estava no estágio de pré-contemplação, 13.0% no estágio de contemplação,

19.5% no de preparação, 5.2% na ação e 24.0% no estágio de manutenção; observaram que as mulheres, ainda que menos ativas que os homens, estavam mais propensas a iniciar a atividade física; que os indivíduos com alto status socioeconômico estão mais propensos adotar e manter o comportamento e, em relação a percepção da saúde, quando melhor esta foi avaliada, mais provável manter a prática. Assim, comparando dados com o presente estudo verificam-se semelhanças em relação ao sexo e também à percepção da saúde e tendência inversa em relação ao IMC.

Tabela 15 – Prevalência dos estágios de mudança de comportamento, segundo aspectos do convívio comunitário, Campo Grande – 2014 (n=346)

Sobre o convívio comunitário	Estágios de Mudança de Comportamento					Total
	Manutenção (n= 110)	Ação (n= 76)	Preparação (n= 69)	Contemplação (n= 64)	Pré-contemplação (n= 27)	
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	
Participa regularmente de alguma atividade cultural ou religiosa aqui (p=0,695)						
Não	30,8 (65)	21,3 (45)	19,9 (42)	20,9 (44)	7,1 (15)	61,0 (211)
Sim	33,3 (45)	23,0 (31)	20,0 (27)	14,8 (20)	8,9 (12)	39,0 (135)
Costuma se deslocar a pé ou de bicicleta dentro do bairro/pela região (p=0,174)						
Não	27,6 (27)	19,4 (19)	17,3 (17)	24,5 (24)	11,2 (11)	28,3 (98)
Sim	24,0 (83)	23,0 (57)	15,0 (52)	11,6 (40)	4,6 (16)	71,7 (248)
Tem uma boa relação com seus vizinhos (p=0,318)						
Não	46,4 (13)	10,7 (3)	17,9 (5)	21,4 (6)	3,6 (1)	8,1 (28)
Sim	30,5 (97)	23,0 (73)	20,1 (64)	18,2 (58)	8,2 (26)	91,9 (318)
Acha que o bairro e/ou região oferece locais que favorecem o contato entre os moradores (p=0,346)						
Não	30,1 (74)	20,7 (51)	22,4 (55)	18,3 (45)	8,5 (21)	71,1 (246)
Sim	36,0 (36)	25,0 (25)	14,0 (14)	19,0 (19)	6,0 (6)	28,9 (100)
Trabalha e/ou estuda no bairro ou na região (p=0,637)						
Não	32,5 (86)	22,3 (59)	18,1 (48)	18,9 (50)	8,3 (22)	76,6 (265)
Sim	29,6 (24)	21,0 (17)	25,9 (21)	17,3 (14)	6,2 (5)	23,4 (81)
Conhece/ouviu falar de um programa de atividade física gratuita no bairro (p=0,030)						
Não	31,2 (93) ^a	22,1 (66) ^a	17,8 (53) ^b	20,5 (61) ^a	8,4 (25) ^a	86,1 (298)
Sim	35,4 (17) ^a	20,8 (10) ^a	33,3 (16) ^a	6,2 (3) ^b	4,2 (2) ^a	13,9 (48)

Valor-p obtido a partir do teste qui-quadrado com correção de Bonferroni e significância estatística se $p \leq 0,05$. Letras diferentes na coluna indicam diferença significativa dos percentuais de cada variável, naquele estágio da prática de atividade física.

Com referência ao convívio comunitário, apenas na questão que trata sobre conhecer programa de atividade física gratuita no bairro se verificou diferença estatística significativa, nos estágios de contemplação e preparação. Portanto, assim como o local, a existência de ações gratuitas voltadas à promoção da atividade física representa influência em direção à prática nesta população. A partir deste dado, novamente são levantadas questões quanto à oferta, divulgação e envolvimento comunitário em ações de promoção da atividade física voltada a esta população.

Estudos sobre os EMC voltados à atividade física em população geral são escassos. As pesquisas que tratam deste tema têm sido realizadas em populações específicas (NAGLE et al, 2012; PLOW et al, 2011; PARKER et al, 2010; PLOTNIKOFF et al, 2010; SILVA e PEREIRA, 2010; PETROSKI et al, 2009), o que dificulta a comparação. Entretanto, quando se trata de intervenções voltadas à promoção da atividade física, a disseminação de informações que a estimulem é ponto crucial.

Hirvonen e colaboradores (2012), em estudo realizado na Finlândia acerca de informações sobre comportamentos de saúde no contexto da atividade física e EMC, descobriram que indivíduos que aspiram um estilo de vida ativo estão mais propensos a buscar ativamente informações de saúde, enquanto aqueles menos motivados à prática dependem da aquisição passiva de informações. A partir deste achado, os autores sugerem que, para aumentar a assimilação e o poder de convencimento das mensagens em saúde, estas devem ser estágio-adaptadas, ou seja, que os conteúdos e canais de entrega das intervenções estejam adaptados de acordo com a fase de mudança, assim como os meios de comunicação poderiam ser mais bem empregados para estimular os indivíduos a adotarem comportamentos mais saudáveis.

Gomes e Duarte (2008), em estudo realizado em Florianópolis/SC, implementaram e avaliaram uma intervenção de aconselhamento sobre atividade física a partir do modelo transteórico e teoria educacional de Paulo Freire. Segundo os autores, apesar de sentida a falta de atividades práticas por parte do grupo pesquisado, houve significativa melhora da percepção de saúde positiva, no estágio de mudança do comportamento para atividade física e exercício e para o aumento do índice de atividade física habitual. Outros estudos apresentaram resultados positivos para o trabalho direcionado a partir dos EMC para atividade física (ROMAIN et al, 2014; SPENCER et al, 2007; TITZE et al, 2001; MARCUS et al, 1998).

Cohen e colaboradores (2010), em pesquisa realizada em parques de uma região da Califórnia/EUA, identificaram que apesar da percepção de pouca segurança ter sido uma barreira, a percepção positiva não pareceu facilitar o uso do parque. No entanto, os autores concluíram ainda que a realização de eventos, incluindo as competições esportivas e outras atrações parecem apresentar maior correlação de uso e nível de atividade física nestes locais. Observado que para a população do presente estudo ter conhecimento de atividades gratuitas e

(re)conhecer locais próximos à residência favorecem a prática, a proposição de ações direcionadas aos diferentes níveis de motivação e capazes de atraí-los aos locais existentes podem representar resultados positivos.

Mesmo apesar da complexidade que é captar e aprofundar a discussão da totalidade dos fatores que se relacionam à atividade física, foi possível conhecer e identificar seus aspectos favoráveis e questões urgentes à sua promoção. Moretti e colaboradores (2009), sobre programas de práticas corporais/atividade física ressaltam que estes devem estar “focados no enfrentamento das dificuldades, no fortalecimento da identidade e na incorporação de soluções criativas e saberes saudáveis” (p.346).

Loch (2011) trata de dois pontos importantes neste contexto, considerando a população brasileira: o fato da atividade física estar associada a melhores condições sociais e econômicas e da maioria da população ter melhorado nestes aspectos. Neste contexto, o papel da escola é destacado pelo autor, visto que dispõe de posição significativa no empoderamento dos indivíduos. Ainda neste sentido, programas iniciados a partir da visão e da percepção da comunidade e que consideram importante o aumento na sua capacidade e poder contribuem para que resultados na melhoria da saúde sejam mais efetivos do que aqueles que são propostos a partir de uma perspectiva institucional e se focam em questões ligadas à prevenção de doenças e a mudanças de comportamento (Becker *et al*, 2004).

É sob esta perspectiva que se buscou identificar e analisar os fatores associados à atividade física, uma vez que, segundo Becker e colaboradores (2004), as oportunidades reais que as pessoas têm a seu favor e suas dimensões (tais como autoestima, autoeficácia, legitimidade política, coesão social, pertencimento e redes de apoio) sejam importantes ponto de partida ao se reunir esforços para a promoção da atividade física e, portanto, para a proposição de ações efetivas no campo da promoção da saúde.

6. CONCLUSÕES

Quanto às variáveis analisadas e sua relação com a prática da atividade física, observou-se influência significativa do sexo e da percepção positiva da saúde, os quais homens e indivíduos que avaliam positivamente a saúde estão mais propensos à prática. Além disso, verificou-se como tendência favorável à prática o aumento da idade, visto que os idosos desta população representam o maior percentual de praticantes, achado que contrariou resultados da literatura apresentada, inclusive as que apresentam dados do município. A escolaridade e a renda indicaram que aqueles com alta escolaridade e renda bruta familiar entre 6 e 8 salários mínimos são mais ativos que os demais, convergindo com a tendência relatada em outras populações.

Um resultado que sobressaiu nesta população foi o estado nutricional, visto que apenas 9,3% da população encontra-se na classificação considerada saudável. Esta variável indicou ainda que o percentual de obesos nesta população é quase três vezes maior que a do município. Por representarem maior quantidade, consequentemente, estes foram também os que mais praticaram atividade física. Proporcionalmente, no entanto, não foi observada diferença significativa em relação aos classificados como eutróficos.

Sobre os locais de lazer como praças, parques, quadras de esporte ou outros, observou-se que existem poucos destes equipamentos públicos na região pesquisada, fato confirmado pelos resultados do presente estudo: a maior parte da população não soube citar nenhum deles. No entanto, observou-se que entre aqueles que citaram e disseram frequentar o local, a maioria pratica atividade física, indicando que a existência de locais pode favorecer a prática nesta população.

Em relação ao convívio comunitário, pareceu se relacionar à prática: participar de atividade cultura/religiosa no bairro/região; achar que o bairro oferece locais que favorecem o contato entre os moradores e conhecer/ter ouvido falar de programa de atividade física gratuito no bairro/região; querer mudar de bairro, utilizar o posto de saúde referenciado e ter morador na residência que frequenta a escola pública do bairro/região. Não pareceu influenciar esta população ter uma boa relação com os vizinhos, sentir-se feliz no bairro em que vive e sentir-se seguro circulando nas ruas

do bairro/região. Sobre estas variáveis, sobressai o percentual elevado de indivíduos que disseram utilizar a UBSF referenciada e não praticar atividade física. Este resultado suscita reflexões e a importância de estudos acerca da existência e/ou efetividade das ações de promoção da saúde direcionadas à atividade física desenvolvidas nesta área.

Sobre a compreensão da atividade física, identificou-se que a população a entende a partir das próprias opções de atividade, sendo mais citada a caminhada/corrida. Este aspecto representa importante dado, visto que a limitação na compreensão ou das possibilidades de atividades a serem praticadas pode desencorajar ou diminuir a disposição para seguir em uma prática regular. Identificou-se ainda que para essa população a atividade física se relaciona principalmente com a saúde, a qual foi atribuída muita importância visto que faz bem/é boa para saúde.

Sobre as barreiras relatadas pelos não praticantes, as mais frequentes foram a falta de tempo/trabalho e a falta de interesse/preguiça. Quanto a isso, percebe-se que a utilização do tempo na sociedade se pauta no trabalho e que a utilização do tempo livre é regulada a partir de elementos subjetivos como os valores e importâncias individuais. Portanto deve-se levar em conta para proposição de ações voltadas a diminuir tais barreiras estratégias que estimulem/favoreçam a incorporação da atividade física para o deslocamento, para o lazer e/ou como elemento coadjuvante do bem-estar e da qualidade de vida das pessoas.

Com referência aos motivos para praticar atividade física, os mais frequentes foram “para melhorar/manter a saúde”, “para prevenir/controlar doenças ou dores” e “para emagrecer/manter a forma”. Estes foram os mais citados como motivo principal e também entre os motivos adicionais para a prática, indicando que os motivos para praticar atividade física estão sobretudo voltados ao seu caráter utilitário. Deste modo, observa-se que apesar de esforços representados pelas políticas voltadas à promoção da saúde, a atividade física ainda é significada sob a perspectiva biomédica por parcela representativa desta população.

Sobre os EMC, estes possibilitaram importantes constatações, foram elas: a) quanto ao sexo, a associação significativa do sexo masculino ao estágio de manutenção e feminino ao estágio de preparação; b) quanto à faixa etária, a associação dos idosos ao estágio de manutenção; c) quanto à percepção da saúde,

avaliação positiva associou-se ao estágio de manutenção e regular ao estágio de contemplação; d) conhecer/ter ouvido falar de programas de atividade física ao estágio de preparação.

Quanto ao sexo, conclui-se que as mulheres, ainda que menos ativas que os homens, mostram-se mais propensas a iniciarem a prática da atividade física. O achado quanto à faixa etária acrescenta informações às características dos idosos, que, além de formar o grupo mais ativo, observou-se também que apresentam maior tempo de prática. Quanto à percepção da saúde, conclui-se que os benefícios proporcionados por uma prática contínua podem influenciar positivamente sua percepção, assim como a avaliação regular pode levar os indivíduos a considerarem a mudança de comportamento relacionada à atividade física.

Por fim, um resultado que se destacou neste estudo foi a relação entre conhecer programa gratuito de atividade física e o estágio de preparação. Este resultado demonstra que a oferta de programas gratuitos de atividade física no bairro/região pode ser efetiva para a mudança de comportamento nesta população.

Com o conhecimento obtido no presente estudo, foi possível evidenciar características da população relacionadas à prática de atividade física envolvendo o conhecimento da sua importância, dos seus valores, das suas intenções e do ambiente onde essa prática é desenvolvida. Espera-se que os dados apresentados possam potencializar as ações desenvolvidas na região estudada, assim como a disseminar a atividade física como alternativa viável para a promoção da saúde na atenção básica.

REFERÊNCIAS

Achutti A, Azambuja MIR. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004, 9(4):833-840.

ACSM. Position stand. American College of Sports Medicine. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 2011.

Arvidsson D, Kawakami N, Ohlsson H, Sundquist K. Physical activity and concordance between objective and perceived walkability. *Med Sci Sports Exerc*. 2012; 44(2): 280-7.

Barros MBA, César CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006,11(4):911-926.

Becker D, Edmundo K, Nunes NR, Bonatto D, Souza R. *Empowerment* e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(3):655-667.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Brasília: Ministério Saúde, 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília/DF: 31 de março de 2006 [acesso em set/2012]. Seção1, p. 138. Disponível em: www.saude.gov.br/svs.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel, Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em: outubro de 2012]. Disponível em http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Abr/10/vigitel_100412.pdf. Acesso em: out/2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel, Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em: outubro de 2013]. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Ago/27/coletiva_vigitel_270813.pdf>.

Brasil. Lei nº. 12.864, de 24 de setembro de 2013. Altera o caput do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília/DF: 25 de setembro de 2013a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12864.htm>.

Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Segurança Pública. Pesquisa Nacional de Vitimização. Centro de Estudos de Criminalidade e Segurança Pública (CRISP), 2013b [acesso em: março de 2015]. Disponível em: http://www.crisp.ufmg.br/wp-content/uploads/2013/10/Relat%C3%B3rio-PNV-Senasp_final.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.681 de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília/DF: 08 de novembro de 2013c. Seção 1, p. 37. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html. Acesso em abril/2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel, Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito

telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Budó MLD, Oliveira SG, Garcia RP, Simon BS, Schimith MD, Mattioni FC. Redes sociais e participação em uma comunidade referenciada a uma unidade de saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm.* Dez/2010; 31(4):753-60.

Buss PM, Carvalho AI. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciência & Saúde Coletiva.* 2009; 14(6):2305-2316.

Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva.* 2007,17(1):77-93.

Camargo Junior KR. As armadilhas da “concepção positiva da saúde”. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva.* 2007, 76(1): 63-76.

Campos SF. Validade e reprodutibilidade de medidas antropométricas, morbidade referida, consumo de alimentos e bebidas obtidos por inquérito telefônico [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.

Caspersen CJ, Powell KE, Cristensen G M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports.* 1985;100(2):172-179.

Castiel LD, Álvarez-Dardet C. La salud persecutória. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(3): 461-6.

Checa FM, Furlan TE, Figueira Junior A. Fatores determinantes para a aderência em programas de atividade física em academias de São Caetano do Sul. *Rev Bras Ciência da Saúde.* Out./Dez. 2006, 10: 42-4.

CNDSS. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde; abr/2008 [acesso em março de 2013]. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf .

Cohen DA, Marsh T, Williamson S, Derose KP, Martinez H, Setodji C, McKenzie TL. Parks and physical activity: Why are some parks used more than others? *Preventive Medicine.* 2010; 50:9–12.

Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção [atualização do texto]. s/d [acesso em março de 2014]. Disponível em:
http://143.107.23.244/departamentos/social/saude_coletiva/AOconceito.pdf

Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.

Daolio J. Os significados do corpo na cultura e as implicações para a Educação Física. *Movimento*. Jul.1995, 2(2):24-8.

Del Duca GF, Nahas MV, Garcia LMT, Mota J., Hallal PC, Peres MA. Prevalence and sociodemographic correlates of all domains of physical activity in Brazilian adults. *Preventive Medicine*. 2013; 56: 99–102.

Dias-da-Costa J, Hallal P, Wells JC, Daltoé T, Fuchs S, Menezes AM, Olinto MT. Epidemiology of leisure time physical activity: A population-based study in southern Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(1):275-282.

Duarte TRAD, Santos RCG, Romanzini CLP, Romanzini M. Relação entre o suporte social e a prática de atividade física no lazer em trabalhadores. *Caderno de Educação Física e Esportes*, jul./dez. 2013, 11(2):27-34.

Dumith SC, Gigante DP, Domingues MR. Stages of change for physical activity in adults from Southern Brazil: a population-based survey. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2007;4(25).

Dumith SC. Prontidão para a prática regular de atividade física em adultos do sul do Brasil [dissertação]. Pelotas/RS: Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas; 2006.

Ferla AA, Bueno A, Souza R. Educação Física e saúde coletiva: o que pode a ideia de integralidade na produção de mudanças no trabalho e na educação dos profissionais? In: Fraga AB, Carvalho YM, Gomes IM (organizadores). *As práticas corporais no campo da saúde*. São Paulo/SP: Hucitec Editora; 2013.

Ferreira MS, Castiel LD, Cardoso MHCA. Atividade física na perspectiva da Nova Promoção da Saúde: contradições de um programa institucional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;(16 Suppl.1):865-872.

Ferreira MS, Najar AL. Programas e campanhas de promoção da atividade física. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10(suppl):207-219.

Ferreira, CL. Trabalho, tempo livre e lazer: uma reflexão sobre o uso do tempo da população brasileira [dissertação]. Ponta Grossa/PR: Universidade Federal do Paraná; 2010.

Florindo, AA, Hallal PC, Moura EC, Malta DC. Prática de atividades físicas e fatores associados em adultos, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública*. 2009; (43 Suppl 2): 65-73.

Fonseca SA, Blank VLG, Barros MVG, Nahas MV. Percepção de saúde e fatores associados em industriários de Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública. Mar/2008; 24(3):567-576.

Fraga AB, Carvalho YM, Gomes IM, organizadores. As práticas corporais no campo da saúde. São Paulo: Hucitec editora, 2013.

Gallahue DL, Ozmun JC. Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos. 3ed. São Paulo: Editora Phorte, 2005.

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 3. ed. São Paulo: Editora Atlas, 1996.

Goelner SV. Educação Física, ciência e saúde: notas sobre o acervo do Centro de Memória do Esporte (UFRGS). História, Ciências, Saúde. Abr./jun. 2010, 17, (2):527-536.

Gomes KV, Zazá DC. Motivos de adesão a prática de atividade física em idosas. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. 2009;14(2):132-38.

Gomes MA, Duarte MFS. Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela Estratégia Saúde da Família: programa ação e saúde Floripa – Brasil. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. 2008; 13(1): 44-56.

Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS (organizadora). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 25 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

Gonçalves AK, Duarte CP, Santos CL. Atividade física na fase da meia idade: motivos de adesão e de continuidade. Movimento. 2001;7(15): 75-88.

Grifi G. História da educação física e do esporte. Porto Alegre/RS: D.C. Luzzanato Editores Ltda; 1989.

Hirvonen N, Huotari M, Niemelä R, Korpelainen R. Information behavior in stages of exercise behavior change. J Assoc Inf Sci Technol. 2012; 63(9):1804–1819.

Hoehner CM, Parra PD, Ribeiro IC, Joshi CE, Pratt M, Legetic BD, Malta DC, Matsudo VR, Ramos LR, Simões EJ, Brownson RC. Physical activity interventions in Latin America: a systematic review. American Journal Preventive Medicine. 2008; 34(3): 224-233.

Horne M, Tierney S. What are the barriers and facilitators to exercise and physical activity uptake and adherence among South Asian older adults: a systematic review of qualitative studies. Preventive Medicine. 2012; 55:276-284.

Ishida J C, Turi BC, Pereira-da-Silva M, Amaral SL. Presença de fatores de risco de doenças cardiovasculares e de lesões em praticantes de corrida de rua. *Rev Bras Educ Fís Esporte*. 2013; 27(1):55-65.

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

Kohl HW, Craig CL, Lambert EV, Inoue S, Alkandari JR, Leetongin G, Kahlmeier S. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *Lancet Physical Activity Series*. 2012, 380 (9838):294–305.

Lazzarotti Filho A, Silva AM, Antunes PC, Silva APS, Leite JO. O termo práticas corporais na literatura científica e sua repercussão no campo da Educação Física. *Movimento*. 2010, 16(1):11-29.

Legh-Jones H, Moore S. Network social capital, social participation, and physical inactivity in an urban adult population. *Social Science & Medicine*. 2012; 74:1362-1367.

Loch MRA. Promoção da atividade física na escola: um difícil e necessário desafio [editorial]. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2011; 16(1): 76-7.

Lopes JA, Longo GZ, Peres KG, Boing AF, Arruda MP. Fatores associados à atividade física insuficiente em adultos: estudo de base populacional no sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2010; 13(4):689-98.

Lucca A. validade e confiabilidade do peso, estatura e IMC auto-referidos obtidos em entrevistas telefônicas [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2006.

Madureira AS, Corseuil HX, Pelegrini A, Petroski EL. Associação entre estágios de mudança de comportamento relacionados à atividade física e estado nutricional em universitários. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(10):2139-2146.

Malta DC *et al*. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2009; 18(1):79-86.

Marcus BH, Owen N, Forsyth LH, Cavill NA, Fridinger F. Physical activity interventions using mass media, print media, and information technology. *Am J Prev Med*. 1998; 15(4): 362-78.

Mathias NG, Melo Filho JM, Gomes ARS. Avaliação da motivação de adultos praticantes de atividade física em uma academia ao ar livre de Paranaguá-PR: estudo piloto. In: VII Congresso Sul Brasileiro de Ciências do Esporte. Anais; set/2014. Disponível em: <http://cbce.tempsite.ws/congressos/index.php/7csbce/2014/index>. Acesso em mar/2015.

McCormack GR, Rock M, Toohey AM, Hignell D. Characteristics of urban parks associated with park use and physical activity: a review of qualitative research. *Health & Place*. 2010;16:712–726.

McNeill, LH, Kreuter MW, Subramanian SV. social environment and physical activity: a review of concepts and evidence. *Social Science & Medicine*. 2006; (63):1011–1022.

Mendonça BCA, Toscano JJO, Oliveira ACC. Do diagnóstico à ação: experiências em promoção da atividade física programa academia da cidade Aracaju: promovendo saúde por meio da atividade física. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2009; 14(3): 211-16.

Moretti AC, Almeida V, Westphal MF, BÓGUS CM. Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da saúde. *Saúde Soc*. 2009; 18(2):346-354.

Moura GA, Souza LAK. Autoimagem, socialização, tempo livre e lazer: quatro desafios à velhice. *Textos & Contextos*. Jan./Jul. 2012, 62(1): 172-183.

Nagle J, Melton B, Marshall E, Bland H. Associations between stage of behavior change, physical activity, and self-efficacy in prenatal women. *Medicine And Science in Sports and Exercise*. May/2012; 44(suppl2): 508-508.

Nahas MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida. 6 ed. Londrina: Midiograf; 2013.

Nogueira L, Palma A. Reflexões acerca das políticas de promoção de atividade física e saúde: uma questão histórica. *Rev Bras Ciências Esporte*. 2003; 24, (3):103-119.

Norcross JC, Krebs PM, Prochaska JO. Stages of change. *J Clinical Psychology: In Session*. 2011; 67(2):143-154.

Oliveira-Campos M, Maciel MG, Rodrigues Neto JF. Atividade física insuficiente: fatores associados e qualidade de vida. *Rev Bras Ativ Fis e Saúde*. Dez/2012; 17(6): 562-572.

OMS. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. 2010[acesso em novembro de 2012]. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/es/index.html>.

Owen N, Healy GN, Matthews CE, Dunstan DW. Too much sitting: the population-health science of sedentary behavior. *Rev Exerc Sport Sci*. July 2010, 38(3):105–113.

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet online (Lancet Physical Activity Series)*. 2011[acesso em setembro 2013]. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>.

Parker, P. D., Martin, A. J. , Martinez, C. , Marsh, H. W. , Jackson, S. A. Stages of change in physical activity: a validation study in late adolescence. *Health Education and Behavior*. 2010; 37(3):318-329.

Pattussi MP, Moysés SJ, Junges JR, Sheiham A. Capital social e a agenda de pesquisa em epidemiologia. *Cad Saúde Pública*. Ago/2006; 22(8):1525-1546.

Paula, GR, Beber BC, Baggio SB, Petry T. Neuropsicologia da aprendizagem. *Rev. Psicopedagogia*. 2006; 23(72): 224-231.

Pazin J, Duarte MFD, Borgatto AF, Peres MA. Ambiente urbano percebido e apoio social para atividade física no deslocamento em adultos de Florianópolis, SC. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. Abr/2012,17(2):,100-6.

Petroski EL, Silva DAS, Reis RS, Pelegrini A. Estágios de mudança de comportamento e percepção positiva do ambiente para atividade física em usuários de parque urbano. *Motricidade*. 2009; 5(2):17-31.

Pitanga FJG. *Epidemiologia da atividade física, do exercício físico e da saúde*. 3.ed. São Paulo: Phorte;2010.

Pitanga FJG, Beck CC, Pitanga CPS, Freitas MM, Almeida LAB. Prevalência e fatores sociodemográficos e ambientais associados à atividade física no tempo livre e no deslocamento em adultos. *Motricidade*. 2014;10(1):3-13.

Plotnikoff, R., Lippke S, Johnson S, Courneya K. Physical Activity and Stages of change: a longitudinal test in types 1 and 2 diabetes samples. *Annals of Behavioral Medicine*. 2010; 40(2):138-149.

Plow MA, Finlayson M, ChoC. Correlates of stages of change for physical activity in adults with multiple sclerosis. *Research in Nursing & Health*. 2011; 34(5): 378-388.

PMCG. Instituto Municipal de Planejamento Urbano – PLANURB. Perfil Socioeconômico de Campo Grande/ Instituto Municipal de Planejamento Urbano – PLANURB. 20 ed. rev. Campo Grande, 2013.

Prochaska JO, Marcus BM. The trans-teorical model: applications to exercise. In: Dishman, R.K. (ed). Advances in exercise adherence. Champaign, Illinois: Humam Kinetics; 1994.

Quadros TM, Petroski EL, Santos-Silva DA, Gordia AP. The prevalence of physical inactivity amongst Brazilian university students: Its association with sociodemographic variables. Rev Salud Pública. 2009; 11(5):724-733.

Reichert FF, Domingues MR, Hallal PRC, Azevedo MR, Siqueira FV, Barros AJD. Priorities in health: what do they mean to Brazilian adults? Cad Saúde Pública. 2010; 26: 775-785.

Reichert FF. Barreiras à prática de atividades físicas: prevalência e fatores associados [dissertação]. Pelotas/RS: Universidade Federal de Pelotas; 2004.

Reis RS, Hino AAF, Anez CRS, Grande D. Avaliação de programas comunitários de atividade física: a experiência do Curitiba. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação de efetividade de Programas de Atividade Física no Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Reis, RS. Determinantes ambientais para a realização de atividades físicas os parques urbanos de Curitiba: uma abordagem sócio-ecológica da percepção os usuários [dissertação]. Florianópolis/SC: Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.

Romain AJ, Attalin V, Sultan A, Boegner C, Gernigon C, Avignon A. Experiential or behavioral processes: which one is prominent in physical activity? Examining the processes of change 1 year after an intervention of therapeutic education among adults with obesity. Patient education and counseling. 2014; 97(2):261-268.

Salgado JVV, Chacon-Mikahil MPT. Corrida de rua: análise do crescimento do número de provas e de praticantes. Conexões. 2006;4(1): 90-9.

Santana ML, Carmagnani MI. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre os pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. Saúde e Sociedade. 2001;10(1): 33-53.

Santos MS, Fermino RC, Reis RS, Cassou AC, Añez CRR. barreiras para a prática de atividade física em adolescentes: um estudo por grupos focais. Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum. 2010, 12(3):137-143.

Santos SC, Knijnik JD. Motivos de adesão à prática de atividade física na vida adulta intermediária. Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte. 2006; 5(1): 23-34.

Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios

atuais. The Lancet online (Lancet Physical Activity Series). 2011 [acesso em setembro de 2013]. Disponível em:
<<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>>.

Scliar, M. O conceito de saúde. Rev. Saúde Coletiva. 2007; 17(1): 29-41.

Sícoli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. Interface – Comunic Saúde Educ. 2003; 7(12): 91-112

Silva AM, Damiani IR, organizadoras. Práticas corporais: gênese de um movimento investigativo em Educação Física [volume I]. Florianópolis: Nauemblu Ciência & Arte, 2005.

Silva DAS, Pereira IMM. Estágios de mudança de comportamento para atividade física e fatores associados em acadêmicos de educação física. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. 2010;15(1): 15-20.

Silva DB. Barreiras e facilitadores para aderência à prática regular de atividade física, em um programa de assistência ao indivíduo com hipertensão arterial sistêmica [dissertação]. Curitiba/PR: Universidade Federal do Paraná; 2010.

Silva SPS, Sandre-Pereira G, Salles-Costa R. Fatores sociodemográficos e atividade física de lazer entre homens e mulheres de Duque de Caxias/RJ. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;16(11): 4493-4501.

Spencer L, Adams TB, Malone S, Roy L, Yost E. Applying the transtheoretical model to exercise: a systematic and comprehensive review of the literature. Health Promotion Practice. 2007; 7(4): 428-443.

Thomaz PMD, Costa THM, Silva EF, Hallal PC. Fatores associados à atividade física em adultos, Brasília, DF. Rev Saúde Pública. 2010; 44(5): 894-900.

Titze S, Martin BW, Seiler R, Stronegger W, Marti B. Effects of a lifestyle physical intervention on stages of change and energy expenditure in sedentary employees. Psychology of Sport and Exercise. 2001; 2(2):103-11.

Venditti EM, Wylie-Rosett J, Delahanty LM, Mele L, Hoskin MA, Edelstein SL. Short and long-term lifestyle coaching approaches used to address diverse participant barriers to weight loss and physical activity adherence. International Journal Of Behavioral Nutrition And PhysicalActivity. Feb/2014;11:16.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário adaptado de Dumith (2006).

DATA: ____/____/14

Nº

MA: _____

1. Idade: _____

2. SEXO:

Feminino ()

Masculino ()

3. Para o(a) Sr.(a) o que é **ATIVIDADE FÍSICA**?

4. O (a) Sr(a) acha que a atividade física se relaciona **principalmente** com:

a () O lazer

b () A saúde

c () O trabalho

d () Outro: _____

5. O(a) Sr(a), acha que praticar atividade física **regularmente** é algo :

a () Sem importância. Por quê? _____

b () Importante. Por quê? _____

c () Muito importante. Por quê? _____

6. **Atualmente** o(a) Sr (a) pratica alguma atividade física ?

() Sim. Qual(is)? _____

() Não.

PULAR PARA QUESTÃO 17

7. Essa(s) atividade(s) é/são realizada(s), em sua maioria:

a () No tempo livre.

IR PARA 8

b () Como forma de descolamento.

PULAR PARA 13

c () Em função do seu trabalho.

d () Outro. _____

8. Qual o principal motivo para o(a) Sr.(a) **praticar** _____ (a atividade relatada)?

9. Além deste, quais outros motivos contribuem para que **faça** _____ (a atividade relatada)?

10. Onde o(a) Sr(a) pratica a _____ (atividade relatada)?

a () Em uma academia

b () Em uma praça ou parque

c () Na rua

d () Em um clube

- e () No espaço da associação de moradores
 f () Em uma escola/universidade
 g () No posto de saúde
 h () Outro. Qual? _____

11. Este local fica próximo:

- a () À sua residência.
 b () Ao seu trabalho.
 c () No caminho entre a casa e o trabalho.
 d () Distante de casa e do trabalho.

12. Como vai até esse local:

- a () A pé.
 b () De carro/moto.
 c () De bicicleta.
 d () De carona.
 e () Utiliza o transporte público.

13. Em um dia normal, quanto tempo em média o(a) Sr. (a) gasta realizando essa(s) atividade(s)?

_____ hora(s) _____ minuto(s)

14. Quanto a intensidade, usando como referência sua respiração e batimentos cardíacos, considerando que o normal é como se sente agora, **durante a atividade que realiza** o(a) Sr. (a) sente que :

- a () Sua respiração e os batimentos cardíacos mudam pouco.
 b () Sua respiração e o coração ficam mais acelerados do que o normal.
 c () Sua respiração fica ofegante e o coração bastante acelerado.
 e () Outro. _____

15. Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) realiza essa(s) atividade(s)?

- a () de um a dois dias por semana
 b () de três a quatro dias por semana
 c () de cinco a seis dias por semana
 d () todos os dias (inclusive sábado e domingo)

16. O (a) Sr.(a) realiza essa atividade **continuamente** ou **para um tempo e depois volta a fazer**?

- a () Sim, realizo continuamente. Há quanto tempo? _____
 b () Paro e volto, mas estou fazendo. Quanto tempo faz que voltou desde a última pausa? _____
 Qual o motivo para parar? _____
 c () Paro e volto e estou parado há _____. Por quê? _____

PULAR PARA QUESTÃO 20

17. Qual o principal **motivo** ou **dificuldade encontrada** para o(a) Sr.(a) **NÃO** praticar atividade física?

18. Além deste, quais outros motivos ou dificuldades contribuem para que **NÃO** faça atividade física?

19. O(a) Sr.(a) pretende começar a realizar alguma atividade física **regularmente**?

a () Sim, nos próximos 30 dias.

b () Sim, nos próximos 6 meses.

c () Não pretendo começar. Por quê? _____

20. Pensando no seu bairro e na região que mora, responda **SIM** ou **NÃO**:

a - Se sente feliz morando aqui? () Sim. () Não.

b - Tem uma boa relação com seus vizinhos? () Sim. () Não.

c - Se sente seguro circulando pelas ruas? () Sim. () Não.

d - Acha que o bairro e/ou região oferece locais que favorecem o contato entre os moradores? () Sim. () Não.

e - Gostaria de mudar para outro bairro? () Sim. () Não.

f - Participa regularmente de alguma atividade cultural ou religiosa aqui? () Sim. () Não.

g - Utiliza o posto de saúde da região? () Sim. () Não.

h - Algum morador da sua residência frequenta a escola pública do bairro/região? () Sim. () Não.

i - Costuma se deslocar a pé ou de bicicleta dentro do bairro/pela região? () Sim. () Não.

j - Trabalha e/ou estuda no bairro ou na região? () Sim. () Não.

k - Conhece ou já ouviu falar de um programa que oferece atividade física gratuita no bairro? () Sim. () Não.

21. O (a) Sr.(a) saberia citar algum espaço de lazer, como por exemplo um parque, praça, quadra de esportes ou outros nas **proximidades da sua residência**?

a () Sim. Qual/quais? _____

b () Não conheço/lembro.

PULAR PARA 24

22. O (a) Sr.(a) frequenta este(s) local(is)?

a () Sim. Por quê? _____

b () Não. Por quê? _____

23. Como o (a) Sr.(a) avalia a sua saúde?

a () muito boa

b () boa

c () regular

d () ruim

e () péssima

24. O (a) Sr.(a) atualmente toma remédio ou está em tratamento médico para algum problema de saúde?

() Sim. Qual/quais?

a () Hipertensão

i) () Não

b () Diabetes

c () Colesterol

d () Obesidade

e () Câncer

f () Problemas na visão

g () Problemas nas pernas

g () Problemas na coluna

h () Outro(s). _____

25. O (a) Sr.(a) fuma ou já fumou?

- a () Sim. Fumo _____ cigarros por dia
- b () Sim, mas parei há _____
- c () Não, nunca fumei.

26. O (a) Sr.(a) tem plano de saúde?

- a () Sim.
- b () Não.

27. Qual seu estado civil?

- a () Casado(a)/ com companheiro(a)
- b () Solteiro (a)
- c () Divorciado (a)
- d () Viúvo (a)

28. Qual a sua escolaridade?

- a () Ensino Fundamental completo
- b () Ensino Fundamental incompleto
- c () Ensino Médio completo
- d () Ensino Médio incompleto
- e () Ensino Superior completo
- f () Ensino Superior Incompleto
- g () Analfabeto

29. Qual a renda total da família? _____

(Some a renda bruta de todos os integrantes da família, sem considerar os descontos e considere a renda de todos aqueles que trabalham, inclusive a sua)

30. Quantas pessoas moram nesta residência? _____

31. Qual é a sua profissão ou ocupação atual? _____

32. Qual é a sua altura: _____

33. Qual seu peso: _____

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido pela mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste Jarina Gomes Gabilan sob orientação do Prof. Dr. Edson Mamoru Tamaki.

Porque o estudo está sendo feito?

A finalidade deste estudo é identificar e analisar os fatores associados à prática de atividade física em uma população coberta por uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF). Com isso, pretendemos oferecer os resultados para a Secretaria Municipal de Saúde e à UBSF da área e assim contribuir para a elaboração/reestruturação de ações voltadas à prevenção e promoção da saúde da população desta região.

Quem participará deste estudo?

Participarão deste estudo adultos maiores de 18 anos residentes na área de cobertura da UBSF Jardim Antártica.

O que será solicitado a fazer?

Você será entrevistado acerca de seus conhecimentos e hábitos relacionados à prática da atividade física. As respostas serão anotadas em um formulário.

Quanto tempo estarei no estudo?

A sua participação direta neste estudo será durante a realização da entrevista, que terá duração máxima de 15 minutos.

Quantas outras pessoas estarão participando deste estudo?

Além de você outros moradores da região serão entrevistados, totalizando 402 pessoas.

Quem poderá ver os meus registros/respostas e saber que eu estou participando do estudo?

Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei, somente a pesquisadora, o orientador da pesquisa e o Comitê de Ética independente terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

Este estudo será divulgado onde?

Assim que concluído, este estudo será apresentado publicamente na Faculdade de Medicina da UFMS e publicado em forma de artigo científico em evento e/ou revista científica da área de saúde. Além disso, uma cópia será disponibilizada à UBSF Jd. Antártica e à Secretaria Municipal de Saúde. Haverá cópia disponível ainda na secretaria da Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste/UFMS.

Que benefícios este estudo pode me trazer?

Poderá beneficiá-lo através da melhoria das ações desenvolvidas pela Secretaria de Saúde, visto que a partir das informações coletadas será possível propor ações ou programas voltados à promoção da atividade física, favorecendo o cuidado com a saúde desta região.

Quem devo chamar se tiver qualquer dúvida ou algum problema?

Para perguntas ou problemas referentes ao estudo ligue para Jarina Gomes Gabilan, 9291-3138. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo chame o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no telefone 3345-7187.

Eu posso me recusar a participar ou pedir para sair do estudo?

Sua participação no estudo é voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento. Você receberá uma via assinada deste termo de consentimento.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que sou voluntário a tomar parte neste estudo.

Rubrica do voluntário _____ Data ____/____/____

Assinatura do pesquisador: _____ Data ____/____/____