

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ANA CRISTINA GOMES DE LIMA



**FATORES ASSOCIADOS À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA EM ADULTOS
ATENDIDOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**CAMPO GRANDE
2016**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ANA CRISTINA GOMES DE LIMA

**FATORES ASSOCIADOS À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA EM ADULTOS
ATENDIDOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de mestre em Saúde da Família, pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob a orientação do Prof. Dr. Joel Saraiva Ferreira.

**CAMPO GRANDE
2016**

RESUMO

O processo de transição epidemiológica pelo qual a população brasileira tem passado fez com que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se tornassem mais prevalentes que as doenças infectocontagiosas, ao ponto de representarem a maior causa de adoecimento e morte entre adultos no país. Sabendo que a prática regular de atividade física é um dos fatores de risco modificáveis para o controle das DCNT, realizou-se o presente estudo, que teve como objetivo descrever os fatores associados à prática de atividade física em adultos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) de Campo Grande-MS. Para isso, foi calculada uma amostra probabilística da população adulta adscrita na Estratégia de Saúde da Família do município estudado e, com isso, avaliados 412 indivíduos, de 20 a 59 anos, distribuídos de forma proporcional nos quatro distritos sanitários do município. As variáveis analisadas incluíram dados sócio-demográficos (sexo, escolaridade, idade, distrito sanitário onde reside), antropométricos (peso corporal e estatura), ocorrência de doenças crônicas (hipertensão arterial, diabetes mellitus e tabagismo), classificação do nível de atividade física habitual, identificação de barreiras para a prática de atividade física e investigação dos estágios de adoção para a prática regular de atividade física. Foram sorteadas as UBSF a serem visitadas, de forma randomizada, até que fosse atingido o número de sujeitos necessários para atender o cálculo da amostra, com os dados sendo coletados no período de julho a agosto de 2015. Utilizou-se a estatística descritiva e inferencial para analisar os resultados, com aplicação do teste T de Student e do teste de Qui-quadrado, com uso do programa SPSS 17, sempre com um valor de $p < 0,05$. A análise dos resultados indicou que o grupo avaliado era constituído de 64,1% de mulheres, tinha média de idade de 37 anos, altura média de 1,62 m, peso médio de 71,4 kg, em sua maior porcentagem com ensino médio completo (31,4%). Em relação à frequência de aparecimento das doenças crônicas, foram identificados diabetes mellitus (2,4%); tabagismo (10,1%); hipertensão arterial (13,9%); e obesidade (24,2%). Havia 24,6% de pessoas com baixo nível de atividade física habitual. Dentre as barreiras pessoais para a prática de atividade física, as mais frequentes foram o relato de preguiça/cansaço (47,2%) e falta de companhia (47,6%). Em relação aos estágios de adoção para a prática de atividade física, foi mais frequente a preparação (30,7%) e menos frequente a ação (5,9%). Concluiu-se que os sujeitos avaliados apresentam baixa adesão aos exercícios físicos, embora tenham elevado nível de atividade física habitual, na forma de atividades de lazer, atividades laborais, rotina doméstica e deslocamento. Assim, a inserção de programas de exercícios físicos nas UBSF de Campo Grande-MS se apresenta como uma estratégia adequada para combater os fatores de risco para DCNT.

Palavras-chave: estratégia saúde da família, atividade física, promoção em saúde.

ABSTRACT

The process of epidemiological transition by which the Brazilian population has passed caused the noncommunicable diseases (NCDs) to become more prevalent than the infectious ones to the extent of posing a major cause of morbidity and death among adults in the country. As regular physical activity is known to be one of the modifiable risk factors for the control of NCDs, the aim of this study is to describe the factors associated with physical activity in adults assisted by the Family Health Strategy (FHS) basic units in Campo Grande-MS. To this end, a sample of the adult population enrolled in the FHS was randomly selected. The evaluation involved 412 individuals, ranging from 20 to 59 years, proportionally distributed into the city's four health districts. The variables included socio-demographic data (gender, education, age, health district of residence), anthropometric information (weight and height), the occurrence of chronic diseases (hypertension, diabetes mellitus and smoking), the level of habitual physical activity, the identification of barriers to the practice of physical activity and the investigation of stages of change for regular physical activity. The FHS units to be visited were randomly selected, until the number of subjects required to meet the sample calculation was reached, with data collected in the period July-August 2015. The descriptive inferential statistics was used to analyze the results, with the Student's t-test and chi-square test, SPSS 17 program, and $p < 0.05$. The results showed that the group consisted of 64.1% females, mean age of 37 years, mean height of 1.62 m and mean weight of 71.4 kg, most of them having completed high school (31.4%). Regarding the frequency of chronic diseases, diabetes mellitus (2.4%), smoking (10.1%), hypertension (13.9%) and obesity (24.2%) have been identified. People with low levels of habitual physical activity stood for 24.6%. Among the personal barriers to physical activity, the most frequently found were laziness/fatigue (47.2%) and lack of company (47.6%). Regarding the stages of change for physical activity, the most and the less frequently mentioned were, respectively, preparation (30.7%) and action (5.9%). The conclusion was that the subjects involved presented poor adherence to physical exercises, despite displaying a high level of habitual physical activity, in the form of leisure, workplace doings, domestic routine and displacement. Thus, the inclusion of physical exercise programs in the FHS in Campo Grande-MS is presented as a proper strategy to fight the risk factors for NCDs.

Key words: family health strategy, physical activity, health promotion.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distritos sanitários do município de Campo Grande-MS.....	30
Figura 2 - Comparação do estado nutricional dos adultos atendidos em Unidades Básicas de Saúde da Família de Campo Grande-MS, em relação ao nível de atividade física habitual (n = 412).....	46
Figura 3 - Comparação do estado nutricional dos adultos atendidos em Unidades Básicas de Saúde da Família de Campo Grande-MS, em relação ao nível de atividade física habitual, em cada distrito sanitário do município (n = 412).....	48
Figura 4 - Barreiras pessoais para a prática de atividade física habitual entre adultos atendidos em Unidades Básicas de Saúde da Família de Campo Grande-MS (n = 412)	50
Figura 5 - Comparação do estado nutricional dos adultos atendidos em Unidades Básicas de Saúde da Família de Campo Grande-MS, em relação a barreira "Preguiça/Cansaço", em cada distrito sanitário do município (n = 412).....	51
Figura 6 - Comparação do estado nutricional dos adultos atendidos em Unidades Básicas de Saúde da Família de Campo Grande-MS, em relação a barreira "Companhia", em cada distrito sanitário do município (n = 412).....	52
Figura 7 - Comparação dos estágios de adoção para a prática regular de atividade física dos adultos atendidos em Unidades Básicas de Saúde da Família de Campo Grande-MS, em relação ao nível de atividade física habitual (n = 412).....	53
Figura 8 - Comparação do estado nutricional dos adultos atendidos em Unidades Básicas de Saúde da Família de Campo Grande-MS, em relação ao nível de atividade física habitual (n = 412).....	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da população atendida em Unidades Básicas de Saúde da Família de Campo Grande – MS, conforme variáveis sociodemográficas (n=412).....	37
Tabela 2 – Caracterização dos adultos atendidos em Unidades Básicas de Saúde da Família de Campo Grande – MS, conforme medidas antropométricas, estado nutricional e presença de doenças crônicas com diagnóstico clínico (n=412).....	38
Tabela 3 - Caracterização dos adultos atendidos em Unidades Básicas de Saúde da Família de Campo Grande – MS, conforme nível de atividade física habitual (n=412)	41
Tabela 4 - Caracterização dos adultos atendidos em Unidades Básicas de Saúde da Família de Campo Grande – MS, conforme barreiras pessoais para a prática de atividade física (n=412).....	43
Tabela 5 - Caracterização dos adultos atendidos em Unidades Básicas de Saúde da Família de Campo Grande – MS, conforme estágios de adoção para a prática regular de atividade física (n=412).	44

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DS	Distrito Sanitário
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IMC	Índice de Massa Corporal
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema único de saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBSF	Unidades Básicas de Saúde da Família
UFMS	Universidade federal de Mato Grosso do Sul

SUMÁRIO

RESUMO	03
ABSTRACT	04
LISTA DE FIGURAS	05
LISTA DE TABELAS	06
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	07
1 INTRODUÇÃO	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1 A SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA	12
2.1.1 Níveis de atenção à saúde	15
2.1.2 A promoção de saúde no contexto de saúde pública	17
2.2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	21
2.3 ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE	22
2.3.1 Conceituação, recomendações e fatores determinantes	22
2.3.2 Atividades físicas e práticas corporais no SUS	24
3 OBJETIVOS	28
3.1 OBJETIVO GERAL	28
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
4 METODOLOGIA	29
4.1 ASPECTOS GRÁFICOS DO TRABALHO	29
4.2 TIPO DE ESTUDO	29
4.3 CONTEXTO E SUJEITOS DO ESTUDO	29
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DO ESTUDO	31
4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	32

4.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	33
4.7 ANÁLISE DOS DADOS	34
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	35
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
6 CONCLUSÕES	56
REFERÊNCIAS	58
APÊNDICE A	66
APÊNDICE B	67
ANEXO A	68
ANEXO B	70
ANEXO C	71

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morte no mundo, atingindo pessoas em diversos países, independentemente de classes sociais, gênero e idade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS, 2004). Muitos são os fatores que contribuem para esse quadro epidemiológico, especialmente porque o estilo de vida contemporâneo proporciona muitas facilidades, como acesso fácil a alimentos industrializados, televisão, computadores, entre outros itens que poupam tempo, tornando a vida mais cômoda e sobrando maior tempo para se dedicar ao trabalho, mas também torna as pessoas menos ativas fisicamente em seus momentos de lazer/tempo livre. A diminuição dessas atividades físicas diárias se constitui em fator que contribui para o desenvolvimento de doenças crônicas, com destaque para diabetes, cânceres, doenças respiratórias crônicas e doenças cardiovasculares (BONFIM; COSTA; MONTEIRO, 2012).

No Brasil, o cenário não é diferente de outras localidades e as DCNT são causadoras de aproximadamente 72% das mortes registradas anualmente no país (DUNCAN *et al.*, 2012). Para tentar conter o avanço desse grupo de doenças na população, o Sistema Único de Saúde (SUS) está organizado para oferecer ações e serviços voltados à promoção, proteção e recuperação da saúde das pessoas.

Todas essas ações e serviços são ofertados à população em diferentes níveis de atenção à saúde. No entanto, a atenção primária é considerada a porta de entrada preferencial dos usuários do SUS no próprio sistema de saúde e também o nível responsável pela ordenação de todos os demais, por meio de ações de referência e contrarreferência (BRASIL, 2012).

Na atenção primária também é evidenciada com maior realce a proposta de promoção da saúde. Nesse caso, muitas são as intervenções possíveis, mas destaque pode ser dado à prática de atividades físicas, em função de seu potencial no controle de fatores responsáveis pelo surgimento das DCNT, na busca de um estilo de vida mais saudável da população, uma vez que há relação inversamente proporcional entre o nível de atividade física habitual e a incidência de DCNT (COELHO; BURINI, 2009).

Porém, para que as intervenções com atividades físicas sejam adequadamente dimensionadas para contemplar as necessidades da população atendida pelo SUS, assim como as características desses indivíduos em relação à práticas de tais atividades, ou a ausência dessas, há necessidade de dados que subsidiem a gestão do sistema de saúde.

Essa demanda, suprida por meio de estudos apoiados no método científico, justificam a realização da presente pesquisa, que tem como objetivo descrever os fatores associados à prática de atividade física em adultos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) de Campo Grande – MS.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

Na década de 1970, com o pouco desenvolvimento de áreas rurais e a falta de políticas públicas próprias para esta população, começou uma intensa migração da zona rural para as cidades brasileiras. O resultado desse processo foi um aumento populacional urbano, que implicou, dentre outras coisas, em atendimentos precários à saúde. Já na década de 1980, ganhou espaço no âmbito das políticas públicas a atuação dos sanitaristas, que ao intervirem nos serviços municipais de saúde, qualificaram o trabalho, integrando práticas curativas e preventivas e assim, ganharam apoio da população antes excluída. Nesse intervalo de tempo, aconteceram inúmeros encontros estaduais e nacionais de trocas de experiências municipais de saúde, buscando sempre apoio do Governo para mais recursos aplicados à saúde. Esses acontecimentos ficaram conhecidos como Reforma Sanitária e embasaram as diretrizes constitucionais da universalidade, descentralização, integralidade e regionalização, que na mesma década de 1980 deram origem ao Sistema Único de Saúde (SUS) (CAVALHEIRO, MARQUES, MOTA, 2013; ZIONI, ALMEIDA, PEREIRA FILHO, 2013; SILVA *et al*, 2014).

Em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que debateu de forma profunda as demandas de saúde da população brasileira e afirmou os princípios e diretrizes do SUS. A força desse movimento social e político culminou na Comissão Nacional de Reforma Sanitária, composta pelos três níveis de governo, pelas instituições públicas e privadas de saúde e pelas entidades sociais. Nesta conferência foi elaborada uma proposta de sistema público de saúde, que foi debatida na Assembleia Nacional Constituinte. Instituiu-se também a Plenária Nacional de Saúde, que congregava todos os movimentos e entidades da sociedade, com a finalidade de exercer controle social nos debates da proposta de saúde na constituição, sendo que todas as entidades, formadas pelos profissionais de saúde ou pela sociedade, optaram pelo SUS e não pelos planos privados, que na época tinham pouca expressividade no Brasil (ZIONI, ALMEIDA, PEREIRA FILHO, 2013; SILVA *et al*, 2014).

O desfecho das discussões ocorridas na 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco referencial para a saúde pública brasileira, uma vez que essa política pública deixou de ser uma ação de governo e passou a constar como um propósito do Estado. A Constituição de 1988 estabeleceu em seus artigos de 196 a 200 a política de saúde para a criação do SUS. A regulamentação das leis ocorreu em 1990, com as Leis 8.080 de 19 de setembro e 8.142 de 28 de dezembro (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Outro aspecto importante no texto constitucional de 1988 é a perspectiva de intervenção, por meio de políticas públicas, não apenas na vertente curativa das doenças (recuperação), mas também em componentes de promoção da saúde e prevenção de doenças. Com isso, ampliou-se a forma como profissionais de saúde e gestores passaram a intervir na saúde da população, sendo que as diferentes ações destinadas à mudança no estilo de vida da população são consideradas de promoção da saúde, inclusive algumas que não são exclusivamente da área de saúde, tais como programas de desenvolvimento de ambientes sustentáveis. Já as ações de prevenção são mais pontuais e específicas, tais como as campanhas de imunização, enquanto a recuperação da saúde se caracteriza pelo conjunto de ações direcionadas à reabilitação das pessoas já acometidas por doenças ou agravos (CZERESNIA, 2003).

O SUS passa a ser um programa de direito à todos e tem em seus princípios doutrinários a universalidade, a equidade e a integralidade. Por meio desses princípios, as ações dos serviços passam a ser igualitárias à todos, independentemente da cor, raça, religião, local de moradia, situação financeira, sendo esses serviços de alta ou baixa complexidade, alto ou baixo custo, entre outros. Sendo todos iguais perante o sistema de saúde, é esperado também que o cidadão seja atendido conforme as suas necessidades, considerando as múltiplas facetas das comunidades existentes em uma população, considerando o estilo de vida, para que diminua as desigualdades, oferecendo mais a quem precisa mais (ZIONI, ALMEIDA, PEREIRA FILHO, 2013; SILVA *et al.*, 2014).

Ainda citando os princípios doutrinários, as ações de saúde devem ser combinadas para a prevenção e cura, atendendo o indivíduo integralmente, sejam quais forem as situações que levaram o indivíduo a adoecer. Sendo assim, o

atendimento deve prevenir também e não apenas sanar as doenças, tendo ações voltadas para a promoção da saúde e a prevenção de agravos e doenças não sendo dissociadas da assistência ambulatorial e hospitalar. Para haver a prevenção, deve-se erradicar as causas e diminuir os riscos, evitando-se os danos finais, no caso, as doenças. Para tanto, é necessário que a população tenha acesso as ações de promoção, de prevenção e de recuperação de saúde (ZIONI, ALMEIDA, PEREIRA FILHO, 2013; SILVA *et al*, 2014).

O outro conjunto de princípios do SUS, chamados de organizativos, também descritos na legislação dessa política pública, incluem as diretrizes da regionalização, descentralização e participação popular, tal como descrito a seguir.

A regionalização permite o estudo de ações específicas para determinada população, tendo maiores chances de acerto dos serviços oferecidos. O acesso da população à rede de saúde deve ser por meio dos serviços de nível primário de atenção, que devem estar qualificados para fazer escuta e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde (IBAÑEZ, ALBUQUERQUE, 2012; ZIONI, ALMEIDA, PEREIRA FILHO, 2013).

A descentralização é a distribuição das responsabilidades pelas ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo. A responsabilidade pela situação de saúde não deve ser setorial, tendo a integração das políticas de saúde com as demais políticas públicas (IBAÑEZ, ALBUQUERQUE, 2012; ZIONI, ALMEIDA, PEREIRA FILHO, 2013).

Já a participação popular é a garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas, possa participar do processo de formulação das políticas de saúde, da fiscalização do cumprimento dos dispositivos legais e normativos e do controle de sua execução, em todos os níveis, desde o local até o federal. Para tanto existem os conselhos de saúde, com formação de usuários, profissionais de saúde, prestadores de serviço, associações representativas da comunidade, bem como representantes do governo. A representação dos conselhos de saúde, que é definida pela Lei n.8.142, determina que os mesmos deverão ser paritários e tripartites, em todas as esferas do governo, sendo que na mesma lei ficou estabelecido que a Conferência Nacional de Saúde deve ser realizada a cada quatro anos, com a representação de vários segmentos sociais, para avaliar a

situação de saúde e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde nos níveis correspondentes (IBAÑEZ, ALBUQUERQUE, 2012; ZIONI, ALMEIDA, PEREIRA FILHO, 2013).

Dessa forma, o sistema de saúde brasileiro passou a ter um mecanismo de oferta de ações e serviços, organizado por meio de diferentes níveis de atenção à saúde, diferenciados a partir da complexidade tecnológica envolvida em cada contexto.

2.1.1 Níveis de atenção à saúde

O SUS está organizado em três diferentes níveis de atenção à saúde, cada qual com suas peculiaridades e objetivos específicos. Tais níveis são denominados de Atenção Primária à Saúde¹ (APS), Atenção Secundária e Atenção Terciária, os quais se diferem em função da complexidade tecnológica ofertada nas ações e serviços destinados à população (BRASIL, 2011a).

A Atenção Terciária representa a condição de maior complexidade tecnológica disponível em âmbito ambulatorial e hospitalar. Já a Atenção Secundária é considerada de média complexidade tecnológica e inclui os serviços de atenção ambulatorial, de apoio diagnóstico e terapêutico, além de eventuais internações hospitalares. Por fim, a Atenção Primária tem a menor complexidade tecnológica em suas intervenções e é responsável por ações e serviços que incluem não só a assistência, mas também a promoção da saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2011a).

Considerando que a APS compõe o cenário do presente estudo, será descrita com maior detalhamento deste ponto em diante.

Direcionada para atender as necessidades de saúde da população, a APS foi consolidada como a opção governamental para organizar o sistema de saúde brasileiro e, para isso, foram definidos atributos para esse nível de atenção, os quais

¹ As expressões Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica, no presente estudo, representam a mesma concepção de nível de atenção à saúde do SUS, tal como adotado pelo governo brasileiro em documentos oficiais (BRASIL, 2012).

a retratam como a principal porta de acesso ao SUS e que suas ações devem ser desenvolvidas por equipes multiprofissionais que sejam capazes de cobrir toda a população, integrando e coordenando os cuidados ofertados (MELLO; FONTANELLA; DERMAZO, 2009; BRASIL, 2012).

Dessa forma, a APS é o primeiro contato, preferencialmente a porta de entrada do usuário para toda a rede do SUS, podendo ser entendida como o nível básico de atenção à saúde que é oferecido, sendo esse nível uniforme e igualitário a todos. Caracteriza-se por ações individuais e coletivas, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e demanda do usuário (TEIXEIRA *et al*, 2014).

A APS atende aos problemas mais comuns, podendo desenvolver ações (além dos centros de saúde) em escolas, asilos, centros de referência e assistência social (CRAS), centros comunitários, etc. Os pacientes têm acesso direto à atenção à saúde, continuada ao longo do tempo, incluindo os serviços preventivos. Além disso, utiliza menos o capital e o trabalho, se comparada a atenção especializada e a sua organização permite mais adaptações para que se possa atender às necessidades sociais de saúde, que estão em constante mudança. Para isso, a equipe de trabalho desenvolve uma proximidade com a comunidade atendida, ao ponto de acompanhar não só o tratamento das pessoas, quanto os impactos posteriores sobre a doença (STARFIELD, 2002; MENDES, 2012).

Com isso, a APS apresenta condições profícuas ao desenvolvimento de intervenções no âmbito da prevenção de doenças e agravos, assim como na promoção da saúde ou em sua recuperação, sendo partes fundamentais desse sistema a educação em saúde, saneamento ambiental, programas de saúde materno-infantil (planejamento familiar e imunização), prevenção de doenças endêmicas, tratamento adequado de lesões comuns e doenças, fornecimento de medicamentos essenciais, promoção de boa nutrição e medicina tradicional (ROCHA; CACCIA-BAVA, 2009; TEIXEIRA *et al.*, 2014). Essa estratégia, sendo

resolutiva, atende cerca de 85% dos problemas da população, sendo essa afirmação confirmada por estudos de revisão sistemática desenvolvidos com essa finalidade (MENDES, 2012).

Com isso, não apenas a oferta de ações e serviços voltados à assistência aos pacientes do SUS tem seu espaço garantido nas políticas públicas de saúde. As intervenções com a perspectiva de promoção da saúde também se consolidam e passam a ocupar espaço na atuação de profissionais de saúde vinculados aos diferentes níveis de atenção, mas de forma mais acentuada na atenção primária.

2.1.2. A promoção de saúde no contexto de saúde pública

Há algumas décadas ocorrem esforços internacionais para a consolidação do conceito de promoção da saúde e de sua efetivação como política pública em países localizados em diferentes continentes. Tais esforços são marcados por reuniões técnicas com a participação de profissionais dos diversos países interessados nessa temática (HAESER, BÜCHELE, BRZOWSKI, 2012).

Os marcos iniciais ocorreram na década de 1970 e foram representados pela abertura da China comunista ao mundo exterior (FERREIRA; BUSS, 2001) e, de forma mais conhecida, as discussões advindas do estudo canadense sobre investimentos e resultados obtidos nos indicadores de saúde, que resultaram em um documento que identificou as causas do processo saúde-doença naquele país, que vivia uma crise do setor de bem-estar social e não tinha recursos para atender os anseios da população, que já naquela época viu aumentar os custos com as doenças crônicas não transmissíveis (CARVALHO, 2004; HAESER, BÜCHELE, BRZOWSKI, 2012).

O Ministério da Saúde canadense observou que a influência dos estilos de vida e do ambiente eram responsáveis por 80% das causas das doenças da população daquele país, mas que os investimentos da saúde não eram utilizados nestes fatores. Em 1974 o documento conhecido como Relatório Lalonde, apresentou componentes que deveriam ser considerados durante a elaboração das políticas públicas de saúde. Neste documento, foram descritas diferentes doenças e suas causas, sugerindo que as condições sociais e o adoecimento/mortalidade

estão associados, evidenciando que os estilos de vida, o ambiente, a biologia humana e o sistema de saúde eram fatores que, juntos representavam a causa das alterações no processo saúde-doença da população (CARVALHO, 2004; SUNDFELLD, 2010; HAESER, BÜCHELE, BRZOZOWSKI, 2012).

Posteriormente à publicação do Relatório Lalonde, a promoção de saúde despertou o interesse do poder público de diferentes países, o que culminou na realização de uma sequência de conferências internacionais, propostas pela OMS. Dentre tais conferências, aquela realizada na cidade de Alma-Ata (na antiga União Soviética) se tornou um marco, pois pela primeira vez a saúde foi reconhecida como um direito e vista como parte integrante de vários setores da sociedade, e não apenas dos serviços de saúde. Nesse mesmo contexto, a promoção de saúde começou a ser percebida como parte de um processo que tem no indivíduo um ser atuante, um agente transformador de sua própria saúde (CARVALHO, 2004).

Em 1978 a proposta de Alma-Ata surge quando o cenário internacional é de uma crise do sistema capitalista, na qual os países procuravam organizar os serviços de saúde, mas tendo poucos recursos e ainda, tendo que aumentar os benefícios desses serviços. Os pontos determinantes deste documento de Alma-Ata têm uma base moldada no sistema socialista, onde os benefícios devem ser iguais para todos, mas esquecendo-se dos países em desenvolvimento que não tinham políticas sociais e de saúde voltadas para a equidade da população, países onde mal existia uma rede de serviços da saúde primária (BAGRICHEVSKY *et al.*, 2013; HAESER, BÜCHELE, BRZOZOWSKI, 2012).

Ainda que a promoção de saúde possa ser traduzida como o processo de capacitação de indivíduos e coletividades para serem os agentes transformadores de sua própria saúde (CARVALHO, 2004), só passou a ser parte integrante como diretriz na formação de política pública a partir da Carta de Ottawa, documento redigido durante a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, no ano de 1986. Neste documento, reafirmou-se a conceituação de saúde como bem estar físico, mental e social. Este documento reafirmou também que o sujeito é um ser empoderador das ações que resultem (ou não) em sua própria saúde e discute a importância da integração dos setores políticos, econômicos, sociais, ambientais e culturais em prol da promoção de saúde, já que esses fatores são os que geram desigualdade social. Foram definidos cinco eixos de ações para a promoção da

saúde (HAESER; BÜCHELE; BRZOWSKI, 2012; DOWBOR; WESTPHAL, 2013; MEDINA *et al.*, 2014; TEIXEIRA *et al.*, 2014), sendo eles:

- elaboração e implementação de políticas saudáveis;
- reorientação dos sistemas e serviços de saúde;
- reforço da ação comunitária (empoderamento comunitário);
- criação de ambientes favoráveis à saúde;
- desenvolvimento de habilidades pessoais (empoderamento individual).

Dentre os itens listados, destaque pode ser dado para a reorientação dos serviços, entendido como a grande mudança de estratégia na saúde, já que, anteriormente a Carta de Ottawa, a atenção básica era puramente assistencialista e voltada para a doença. O novo pensamento passou a ser embasado na integralidade de ações e cuidado ampliado, objetivando uma vida mais saudável, respeitando o indivíduo e a comunidade onde está inserido, mas promovendo mudanças por meio de ações comunitárias efetivas. Nesse processo, os saberes técnicos têm igual importância aos saberes populares, cruzando as ações políticas e ambientais com as necessidades da comunidade (TEIXEIRA *et al.*, 2014; HAESER; BÜCHELE; BRZOWSKI, 2012).

A autonomia do indivíduo não é apenas para produzir saúde, mas para recurso de vida, o que também ficou evidenciado na Carta de Ottawa quando a compreensão de promoção da saúde ficou atrelada ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde (TEIXEIRA *et al.*, 2014; HAESER, BÜCHELE, BRZOWSKI, 2012).

A partir da Carta de Ottawa, houve um grande movimento internacional em torno da proposição da promoção da saúde como componente das políticas públicas de saúde. Sucessivas conferências internacionais com essa temática foram realizadas, as quais geraram documentos importantes, com destaque para a Declaração de Adelaide em 1988, Declaração de Sundsvall em 1991, Declaração de Jacarta em 1997, Declaração do México em 2000, Carta de Bangkok em 2005 e Carta de Nairóbi em 2009 (HEIDMANN *et al.*, 2006).

As discussões sobre a promoção da saúde como componente das políticas públicas também proporcionaram o lançamento, em 2004, da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, como um meio de prevenção às doenças crônicas não transmissíveis e melhoria de qualidade de vida da população. Nessa estratégia, recomendava-se que os indivíduos mantivessem um nível adequado de atividade física, de forma regular, por toda a vida (BAGRICHEVSKY *et al.*, 2013; TEIXEIRA; SOLLA, 2006; MORETTI *et al.*, 2009).

No Brasil, a promoção da saúde surge somente em 1998, com o projeto nº 98/006, denominado Promoção da Saúde: um Novo Modelo de Atenção. No entanto, só toma ares de programa institucional a partir de 2006, quando foi oficializada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), estratégia intersetorial, com o objetivo de promover a qualidade de vida, reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes (condições de trabalho, estilo de vida, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais). A PNPS têm como diretrizes: alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outra drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura da paz e promoção do desenvolvimento sustentável. No ano de 2015 a PNPS foi revisada, com o propósito de atualizar e incrementar as ações já realizadas desde 2006, dando destaque para a formação da Rede de Atenção à Saúde - RAS (MORETTI *et al.*, 2009; FERREIRA NETO; KIND, 2010; BRASIL, 2006; HAESER; BÜCHELE; BRZOWSKI, 2012; FERREIRA NETO *et al.*, 2013; TEIXEIRA *et al.*, 2014; BRASIL, 2015).

A atualização da PNPS, concluída em 2015, consolidou a proposta de intervenções mais abrangentes por parte do Ministério da Saúde, incluindo demandas e serviços que não se restringiriam aos cuidados das pessoas já acometidas por doenças ou agravos à saúde. Para isso, a RAS tem papel articulador das ações de promoção da saúde, incluindo as demais redes de proteção social para o favorecimento de práticas de cuidado pautadas nas necessidades locais, o que inevitavelmente incluiria intervenções voltadas ao controle das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) (BRASIL, 2015).

2.2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As DCNT são aquelas cuja etiologia é múltipla e não infecciosa, com quadros que apresentam longos períodos de latência e, por vezes, desencadeiam incapacidades funcionais aos indivíduos acometidos por tais condições. Em função dessas características, as DCNT não apresentam um único agente etiológico, mas sim fatores de risco, os quais são diferenciados em: a] não modificáveis (sexo, idade e herança genética); b] modificáveis (tabagismo, alimentação, inatividade física, consumo de álcool e outras drogas) (BRASIL, 2008; SCHMIDT *et al.*, 2011).

Um processo de transição epidemiológica ocorrido mundialmente e, mais especificamente na segunda metade do século XX no Brasil, fez com que as DCNT se tornassem mais prevalentes que as doenças infectocontagiosas. Uma combinação de modificações demográficas, a partir das quais a população passou de uma condição rural para urbana, juntamente com novos hábitos alimentares e configurações familiares com menor número de indivíduos, somados a diminuição da mortalidade infantil e aumento da expectativa média de vida da população, resultou em condições de saúde-doença mais propícias às DCNT (PEREIRA; ALVES-PEREIRA; VALE, 2015).

Em âmbito mundial, as DCNT foram identificadas em níveis preocupantes na maioria dos países avaliados em um estudo realizado pela OMS (2014). No Brasil, as DCNT se tornaram, desde o final do século XX, um problema de grande magnitude, pois correspondem a aproximadamente 70% das causas de mortes da população. Fazem parte desse rol a hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, infarto, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. Mas há dados indicativos de que a expansão da atenção primária pode reduzir o percentual de mortes atribuídas às DCNT, uma vez que tais doenças acometem fortemente grupos populacionais de baixa renda, baixa escolaridade e que residem nas regiões periféricas das cidades (BRASIL, 2011b).

Dados epidemiológicos indicam que alguns fatores relacionados às DCNT são bastante frequentes na população brasileira, resultando em um estilo de vida que requer intervenções capazes de modificá-los (MALTA *et al.*, 2015a). O detalhamento do referido estudo indicou que o uso abusivo de álcool esteve presente em 13,7% da

população adulta brasileira (GARCIA; FREITAS, 2015); o uso do tabaco foi de 15% (MALTA *et al.*, 2015c); o consumo elevado de sal foi de 14,2% (OLIVEIRA *et al.*, 2015); o consumo de alimentos não saudáveis relacionados a DCNT foi de 37,2% de gorduras e 60,6% de refrigerantes (CLARO *et al.*, 2015); a prática insuficiente de atividade física regular foi de 77,5% e 28,9% das pessoas assistiam televisão por um número excessivo de horas diariamente (MIELKE *et al.*, 2015). Todos os fatores mencionados foram mais frequentes em homens adultos jovens e com menor escolaridade, exceto a inatividade física que foi maior entre as mulheres.

Especificamente em relação à insuficiente prática regular de atividade física, esse fator de risco modificável tem sido alvo de estudos que avaliaram o alcance de intervenções que visavam aumentar o nível de atividade física habitual de determinados grupos populacionais brasileiros (LAMBOGLIA *et al.*, 2012; OLIVEIRA-CAMPOS; MACIEL; RODRIGUES NETO, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2015). Em todas as pesquisas mencionadas, os resultados apontaram melhores condições de saúde aos indivíduos que não tinham estilo de vida sedentário. Possivelmente, constatações dessa natureza influenciaram o governo brasileiro a incluir ações voltadas ao combate do sedentarismo no Plano Nacional de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis para o período 2011-2022 (BRASIL, 2011b).

Dessa forma, entende-se que tanto os fatores de risco modificáveis quanto os não modificáveis são relevantes e interferem no curso das DCNT. No entanto, por sua natureza, os fatores modificáveis representam maior potencial para receber intervenções de baixo custo e alta eficácia, a exemplo da possibilidade de promoção de atividades físicas na atenção primária à saúde no SUS.

2.3 ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE

2.3.1 Conceituação, recomendações e fatores determinantes

As atividades físicas são conceituadas como quaisquer ações realizadas pela musculatura esquelética, com gasto maior que os níveis de repouso. Já os exercícios físicos são os esforços realizados de forma planejada, estruturada e repetitiva, com o objetivo de manter ou melhorar componentes da aptidão física

(CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985). Dessa forma, compreende-se que todo exercício físico é uma atividade física, mas que a situação inversa não é verdadeira, uma vez que há atividades do cotidiano laboral ou dos afazeres domésticos que não têm como objetivo intervir na aptidão física de quem as realiza.

Quando se direciona a prática de atividades físicas para o propósito de promoção e melhora das condições de saúde, devem ser observadas recomendações envolvendo frequência, duração e intensidade. Nesse caso, instituições internacionais como o *American College of Sports Medicine* e a *American Heart Association*, conforme descrito por HASKELL *et al.* (2007), têm recomendado aos adultos a realização de atividades físicas regulares de intensidade moderada, com duração mínima de 30 minutos cada sessão e frequência mínima semanal de cinco vezes, acumulando assim 150 minutos semanais desse tipo de atividade; ou ainda atividades físicas de intensidade vigorosa, com duração mínima de 20 minutos por sessão e frequência semanal mínima de três vezes.

São vários os benefícios obtidos com a prática regular de atividade física, dentre os quais é possível destacar a melhora da aptidão cardiorrespiratória, a aptidão muscular, saúde óssea, composição corporal e marcadores biológicos da saúde cardiovascular e metabólica (MOTA, 2012). No entanto, as evidências científicas relacionando atividade física regular e saúde não têm se mostrado suficientes para promover mudanças no estilo de vida da população adulta brasileira (GOMES; DUARTE, 2008).

Dessa forma, a adesão à prática regular de atividades físicas, especialmente com as condições mínimas necessárias para alcançar os benefícios fisiológicos para promover a aptidão física relacionada à saúde, ainda representa um problema. Em relação à prática de atividades físicas no momento de lazer, há barreiras pessoais que figuram como empecilhos para adesão ao estilo de vida ativo fisicamente, como descrito por Santos e Knijnik (2006) ao investigarem tanto os motivos de início quanto de interrupção da prática regular de atividades físicas. Os autores mencionados identificaram que a capacidade de organizar o tempo disponível, a dificuldade de estabelecer prioridades e condições socioeconômicas, interferem diretamente nessas escolhas. Na mesma linha de investigação, Gonçalves e Alchieri (2010) também vislumbraram resultados indicando a saúde como maior fator motivador para adesão à prática regular de atividades físicas, mas que, mesmo

assim, a adesão continuada desse estilo de vida por período de tempo superior a seis meses é baixa.

Como consequência da baixa adesão à prática regular de atividades físicas, inevitavelmente se tem o aumento do sedentarismo entre a população. No caso dos indivíduos adultos, os riscos trazidos pelo estilo de vida sedentário estão relacionados de forma mais acentuada ao aumento nas chances de desenvolvimento de doenças crônicas, principalmente aquelas de ordem cardiovascular (CARLUCCI *et al.*, 2013).

2.3.2 Atividades físicas e práticas corporais no SUS

Inicialmente, é importante distinguir as duas expressões que serão usadas a seguir. A atividade física, quando direcionado ao campo da saúde, pode ser entendida como um conjunto de ações sistematizadas que alteram o organismo biologicamente, por meio de exercícios físicos, utilizando capacidades corporais e mentais, objetivando resultados benéficos à saúde. Já as práticas corporais compreendem o ser humano em toda a sua expressão corporal, em todo e qualquer movimento, podendo ser atribuída tanto às áreas biológicas, como também humanas e sociais, atribuindo sentido e significado às práticas e aumentando o conceito de atividade física direcionada ao campo da saúde (CARVALHO, 2006).

Nas últimas duas décadas, o Brasil vem sofrendo intenso processo de urbanização, com impacto de tecnologias de informação e comunicação, o que faz com que haja mudanças culturais, sendo que esta transformação permite também a ampliação de problemas sociais, culturais, econômicos e ambientais (MORETTI *et al.*, 2009; BONFIM, COSTA E MONTEIRO, 2012).

Esse novo estilo de vida, somado ao crescente número populacional, veio alterar as condições de vida da população, causando mudanças no perfil das doenças e agravos à saúde. Problemas de saúde, antes raros, tornam-se corriqueiros, tais como estresse, obesidade e sedentarismo. As condições ambientais dos locais onde a maior parte da população vive (áreas urbanas) também são diferentes daquelas observadas até meados do século XX, tais como o excesso de lixo, esgoto, falta de água potável, poluição, diminuição de áreas verdes

e ocupação de forma desordenada das cidades. Esses dois fatores (estilo de vida e questões ambientais) somados resultam em necessidades sociais e políticas (MORETTI *et al.*, 2009).

Neste contexto é visto a importância de uma política de práticas voltadas para a promoção da saúde, fazendo com que o indivíduo busque uma vida mais saudável, voltada para o viver e não para o sobreviver e que incorpore isto ao seu cotidiano. São exemplos dessa perspectiva as intervenções do poder público para incentivo a prática regular de atividade física e a alimentação saudável (MORETTI *et al.*, 2009; SANTOS *et al.*, 2012; BONFIM, COSTA e MONTEIRO, 2012).

Quanto às ações específicas das práticas corporais/atividades físicas, devido ao seu papel preventivo contra os riscos à saúde, a PNPS (BRASIL, 2006) descreve que devam ser implantadas ações de:

- oferta de práticas corporais/atividades físicas para toda a comunidade;
- aconselhamento/divulgação sobre os benefícios das mudanças de estilo de vida;
- ações de intersetorialidade e de parcerias;
- ações implantadas na rede básica de saúde e ações de monitoramento e de avaliação.

Dessa forma, com as ações destinadas às práticas corporais/atividades físicas chegaram ao patamar de componente das políticas públicas no Brasil. No entanto, para alcançar tal condição, houve um período de aproximadamente duas décadas de ações sendo realizadas, tal como descrito a seguir.

Historicamente, o primeiro programa no Brasil que utilizava a atividade física com o objetivo de se alcançar a promoção da saúde, e se tornou conhecido, recebendo inclusive menção da OMS, foi o programa “Agita São Paulo” (1996), sendo este um programa do Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS), com auxílio financeiro da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Deste programa piloto foram desmembrados outros programas: “Agita trabalhador”, “Agita Galera”, “Agita Idoso” e “Agita Mundo”, levado a 150 municípios de São Paulo (FERREIRA; CASTIEL; CARDOSO, 2011).

Em 2001, um novo programa foi criado, com o mesmo objetivo de ofertar práticas corporais/atividades físicas à população, o qual foi denominado “Programa

Saúde Ativa Rio Claro”, da cidade de Rio Claro, estado de São Paulo. Este programa teve o diferencial de ser desenvolvido em Unidades Básicas de Saúde e em Unidades Básicas de Saúde da Família, tendo a preocupação de fazer reuniões com os gestores e funcionários para o andamento do programa (FERREIRA; CASTIEL; CARDOSO, 2011).

Outros programas surgiram posteriormente, dentre os quais podem ser destacados: “Programa Academia da Cidade” em Recife (PE), em 2002; “Programa Caminhando para a Saúde” em Santo André (SP), em 2003; “Programa Comunitário de Atividade Física” em São Caetano do Sul (SP), em 2004; “Programa Academia da Cidade” em Aracajú (SE), também em 2004; “Programa Agita Lourdes” em Lourdes (SP), em 2005; “Programa Curitiba” em Curitiba (PR), em 2005; “Programa Se Bole Olinda” em Olinda (PE), em 2007, entre outros (BONFIM, COSTA E MONTEIRO, 2012).

Além das iniciativas locais mencionadas nos parágrafos anteriores, também houve iniciativas do governo federal, tal como o programa “Brasil Saudável”, de 2005, o qual posteriormente desmembrou-se em “Pratique Saúde” para todas as cidades do país, veiculando mensagens de estímulo à atividade física, alimentação saudável e prevenção do tabagismo e diabetes em toda a mídia. A partir de 2008, o Ministério da Saúde começou a comemorar a semana nacional de promoção da saúde, com ações de práticas corporais/atividades físicas juntamente com ações específicas de saúde, sendo que a cada ano escolhe-se uma cidade sede para dar início as ações de comemoração, a exemplo das cidades de Brasília, Rio de Janeiro e Recife, que já passaram por essa experiência (BRASIL, 2013).

Outro exemplo de intervenção governamental na área de promoção de atividades físicas é o programa Academia da Saúde, que teve início no ano de 2011, com o propósito de promover modos de vidas saudáveis, que sejam adaptadas ao cotidiano das localidades onde estão inseridas (BRASIL, 2014). O programa é direcionado especificamente à população atendida pelo SUS e tem mostrado potencial para impactar positivamente na promoção da saúde das pessoas que o utilizam (RAMALHO *et al.*, 2014).

No município de Campo Grande-MS, até o período de encerramento do presente estudo, no ano de 2016, não havia registro de implantação do programa Academia da Saúde. No entanto, há mais de uma década são oferecidas atividades físicas e práticas corporais aos pacientes atendidos no SUS, especificamente com

maior ênfase às pessoas que buscam atendimento na APS. Ferreira, Ferreira e Lima (2016) fizeram a descrição da inserção do profissional de Educação Física no SUS no município de Campo Grande, apontando para uma condição considerada importante pelos autores, que foi a institucionalização dessas práticas pela secretaria de saúde pública local, incorporando as ações de uma iniciativa isolada de profissionais de uma UBSF no ano de 2005, tornado-as um projeto institucional.

Ainda em relação ao município de Campo Grande, Ferreira (2015) identificou também a promoção de atividades físicas nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que contavam com quatro profissionais de Educação Física no ano de 2015, distribuídos em três dos quatro distritos sanitários (DS) do município. As atividades físicas eram ofertadas aos pacientes das UBSF vinculadas aos NASF em que os profissionais de Educação Física estavam lotados e ocorriam nos DS Norte, Sul e Oeste.

Ainda parecem ser incipientes as iniciativas em relação ao aspecto avaliativo dos efeitos que a oferta de atividades físicas tem na população que recebe tal serviço na rede municipal de saúde de Campo Grande, sendo localizado apenas o estudo de Ferreira, Dietrich e Pedro (2015) que retratou e publicou informações sobre o contexto mencionado. No estudo, os autores avaliaram a qualidade de vida de usuários do SUS em dois grupos de pessoas, sendo um de praticante de atividades físicas ofertadas nas UBSF e o outro grupo não praticante de tais atividades. O resultado indicou valores superiores nos domínios que compõem a qualidade de vida, em favor dos praticantes de atividade física.

Dessa forma, dar prosseguimento na identificação das condições de saúde e dos fatores de risco relacionados às DCNT é condição básica para a qualificação da tomada de decisão por parte da gestão local de saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever os fatores associados à prática de atividade física em adultos atendidos nas unidades básicas de saúde da família de Campo Grande – MS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mensurar o nível de atividade física habitual da população estudada.
- Identificar as barreiras pessoais para a prática de atividade física na população estudada
- Conhecer os estágios de adoção para a prática regular de atividade física na população estudada.
- Comparar as barreiras pessoais para a prática de atividade física, bem como categorizar os estágios de adoção para a prática regular de atividade física na população investigada nos distritos sanitários de Campo Grande-MS.

4 METODOLOGIA

4.1 ASPECTOS GRÁFICOS DO TRABALHO

A estruturação do trabalho seguiu as normas elaboradas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), conforme documentos vigentes no ano de 2015, adotando-se o sistema autor-data para fazer uso de citações no decorrer do texto e apresentação em ordem alfabética das referências.

4.2 TIPO DE ESTUDO

Conforme a descrição de Andrade (2015), o presente estudo caracterizou-se como sendo uma pesquisa com desenho quantitativo analítico transversal, a qual utilizou dados primários, obtidos por meio de uma pesquisa de campo.

4.3 CONTEXTO E SUJEITOS DO ESTUDO

A Figura 1 apresenta a organização político-administrativa da saúde pública no município de Campo Grande, com a divisão da área urbana em quatro distritos sanitários.

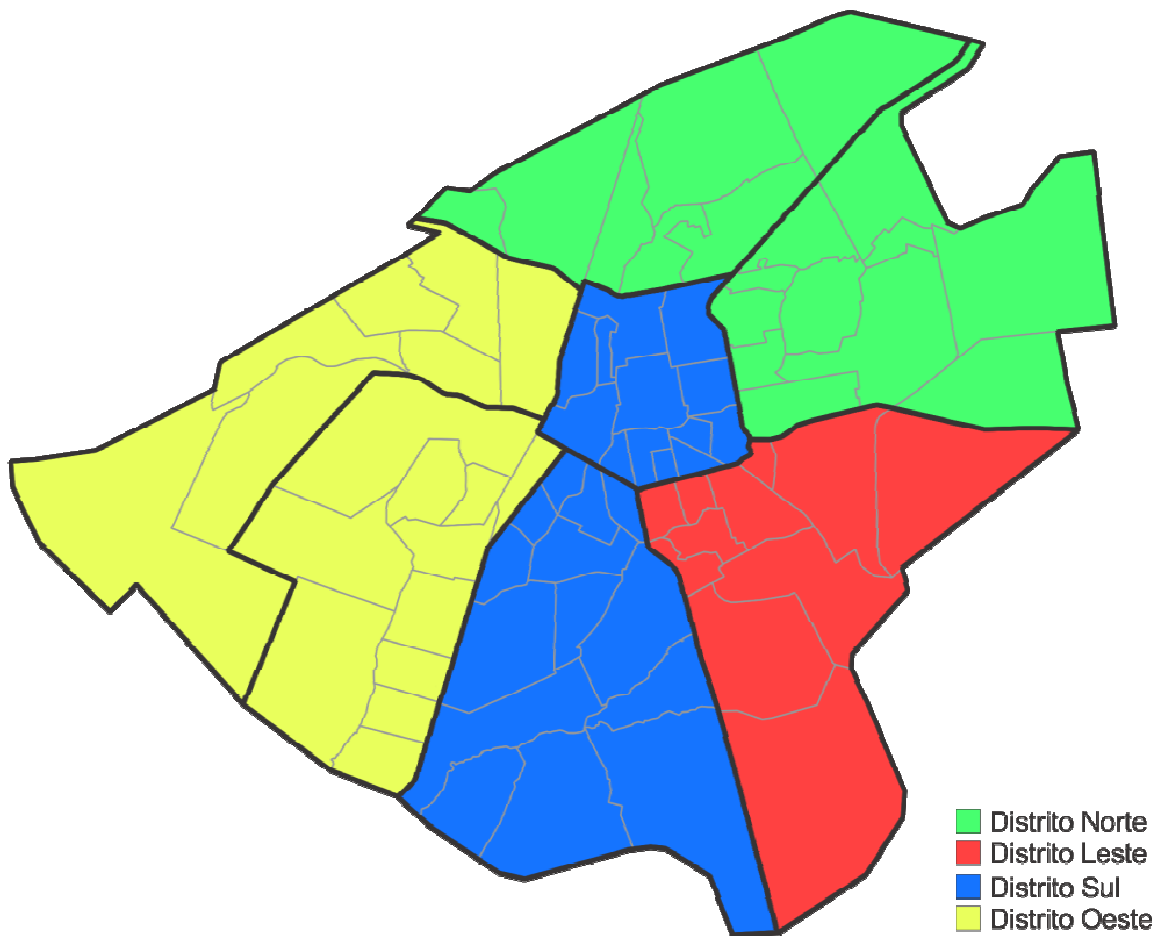


Figura 1: Distritos sanitários do município de Campo Grande-MS.

Para a realização deste estudo foi constituída uma amostra probabilística, representativa dos adultos com idade de 20 a 59 anos, de ambos os sexos, que possuíam cadastro nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) da área urbana do município de Campo Grande-MS, no ano de 2014.

Para o delineamento da amostra foi considerado o número total de indivíduos cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do Ministério da Saúde. Do SIAB utilizou-se o conjunto de dados chamado Consolidado das Famílias Cadastradas do ano de 2014, no qual as informações sobre o número de pessoas cadastradas nas UBSF estão diferenciadas por sexo e faixa etária. Dessa forma, o cálculo amostral levou em consideração a distribuição de forma proporcional dos sujeitos nos quatro distritos sanitários (Norte, Sul, Leste e Oeste) do município de

Campo Grande, além da consideração de proporcionalidade por sexo (masculino e feminino) e faixas etárias (20 a 39 anos; 40 a 49 anos; 50 a 59 anos).

A partir do número total de adultos cadastrados no SIAB no município de Campo Grande, procedeu-se o cálculo amostral, adotando-se para tal procedimento um nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%. Com isso, o indicativo foi de uma amostra composta por 384 indivíduos, a qual acrescentou-se um valor de 10% como margem de segurança para possíveis falhas na obtenção dos dados, totalizando 422 pessoas. Esse número total de indivíduos foi distribuído de forma proporcional em relação à população cadastrada no SIAB nos quatro distritos sanitários do município, considerando-se ainda ao número de indivíduos de cada sexo e de cada faixa etária cadastrada em cada localidade, para posterior coleta dos dados.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DO ESTUDO

Os indivíduos incluídos no estudo atenderam os seguintes critérios:

- Adultos na faixa etária de 20 a 59 anos.
- Possuíam condições físicas e cognitivas para responder os questionamentos necessários para a coleta de dados.
- Residiam na área adscrita à uma das UBSF urbanas do município de Campo Grande-MS, no ano de 2014.

Foram excluídos do estudo os indivíduos que apresentavam ao menos um dos critérios listados a seguir:

- Pessoas com dificuldade de locomoção;
- Indígenas;
- Gestantes;
- Pessoas com deficiência física e/ou mental que impediam a prática de atividade física regular.

4.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a análise proposta, foram coletados dados sócio-demográficos (sexo, escolaridade, idade, distrito sanitário onde reside), antropométricos (peso corporal e estatura), ocorrência de doenças crônicas (hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, tabagismo), classificação do nível de atividade habitual, identificação de barreiras pessoais para a prática de atividade física e investigação dos estágios de adoção para a prática regular de atividade física, entre os sujeitos do estudo.

Para a coleta do primeiro conjunto de dados elaborou-se uma ficha específica (APÊNDICE A) para obtenção de informações autorrelatadas sobre os dados antropométricos, idade, escolaridade, distrito sanitário onde reside e ocorrência de doenças crônicas. Para obter os dados de forma autorrelatada, os sujeitos do estudo foram abordados após serem atendidos pela triagem da equipe de enfermagem da UBSF, pois nesse local todos os dados necessários ao estudo são também avaliados pela equipe técnica da unidade de saúde, seja de forma direta ou indireta. Para cada pessoa foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B) e foram coletados os dados somente daqueles que concordaram com o conteúdo e assinaram o referido documento.

A opção pela escolha da obtenção de dados autorrelatados ocorreu após constatação de que tal procedimento é utilizado em pesquisas populacionais semelhantes ao presente estudo e apresenta boa confiabilidade nas informações geradas (LIMA-COSTA; PEIXOTO; FIRMO, 2004; SCHMIDT *et al.*, 2009), inclusive sendo adotados como metodologia de obtenção de informações envolvendo indivíduos atendidos por programas vinculados ao SUS (BRASIL, 2011b).

Posteriormente, os dados antropométricos foram utilizados para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), conforme recomendado por Petroski (2003), utilizando-se a seguinte equação: $IMC = \text{Massa Corporal (kg)} \div (\text{estatura})^2$. A classificação do resultado do cálculo do IMC foi feita a partir dos critérios estabelecidos pela OMS (2004). Com esse procedimento foi possível identificar a prevalência de baixo peso, eutrofia, sobrepeso e obesidade entre os sujeitos do estudo.

Já o nível de atividade física habitual foi mensurado por meio do questionário IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*), já traduzido e validado para a língua portuguesa (MATSUDO *et al.*, 2001) (ANEXO A). Há duas versões do IPAQ,

uma com 27 questões (versão longa) e outra com sete questões (versão curta), sendo que no presente estudo optou-se pela versão curta (*Short Form*), em função de seu custo efetividade, já demonstrado em estudos internacionais que o validaram, além do Brasil, em mais de 20 países (LEE *et al.*, 2011). As maiores vantagens da versão curta do IPAQ são o menor tempo despendido para aplicação e baixo custo, especialmente quando outros dados são coletados dos mesmos sujeitos, enquanto as limitações do instrumento residem na impossibilidade de definir detalhadamente a prática de atividade física em um mais domínios (lazer, trabalho, deslocamento ou no lar) e possível superestimação da atividade física autorrelatada (VESPASIANO; DIAS; CORREA, 2012).

O questionário sobre barreiras pessoais para a atividade física utilizado neste estudo foi desenvolvido e testado por REICHERT *et al.* (2007), o qual se mostrou adequado, segundo os autores, ao uso com a população brasileira (ANEXO B). A identificação das barreiras representa a busca pelo conhecimento de fatores capazes de gerar menor engajamento em atividades físicas regulares e, por isso, esse tema é estudado em diferentes grupos populacionais brasileiros, sendo necessário, para isso, adequada observação em relação às condições socioeconômicas e culturais onde são estudadas (DIAS; LOCH; RONQUE (2015), condição essa atendida pelo instrumento utilizado no presente estudo, a fim de satisfazer o propósito aqui estabelecido.

O instrumento utilizado neste estudo para avaliação dos estágios de adoção para a prática regular de atividade física em adultos foi desenvolvido e testado por Dumith, Gigante e Domingues (2007), pois também se mostrou adequado ao uso com a população brasileira (ANEXO C). Os referidos estágios são: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção. O enquadramento dos sujeitos do estudo em um dos estágios permite diferenciá-los em relação à prática regular de atividade física, sendo as três primeiras classificações destinadas às pessoas que ainda não são ativas fisicamente e as duas últimas aos indivíduos praticantes de exercícios e atividades esportivas (LOCH *et al.*, 2015).

4.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Após a definição dos instrumentos para coleta de dados e autorização da SESAU, procedeu-se o sorteio das UBSF que seriam visitadas em cada Distrito

Sanitário, até que fosse atingido o número de sujeitos necessários para atender o cálculo da amostra estratificada. Essa definição das UBSF onde os dados foram coletados ocorreu de forma randomizada, para que todas as Unidades tivessem a mesma chance de serem incluídas no estudo.

Uma equipe formada pela pesquisadora responsável pelo estudo e estudantes de graduação em Educação Física, devidamente treinados para essa finalidade, se deslocava até cada UBSF sorteada e apresentava à gerência da Unidade uma síntese da pesquisa e a autorização da SESAU, antes de iniciar a abordagem dos sujeitos do estudo.

Cada sujeito abordado foi inicialmente informado sobre os objetivos e procedimentos do estudo e caso manifestasse disponibilidade para participar, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) era entregue para essa pessoa ler e assinar. Aqueles que não conseguiram fazer a leitura por conta própria, por conta da baixa escolaridade, foram auxiliados pela equipe de pesquisa.

Cada sujeito foi entrevistado de forma individual, dentro da própria UBSF, mas afastado das demais pessoas que estavam na Unidade naquele momento, garantindo assim o sigilo dos dados informados.

As visitas às UBSF para coleta dos dados ocorreram no período de julho a agosto de 2015.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Utilizou-se a estatística descritiva e de frequência para descrever os resultados, diferenciando-os conforme os Distritos Sanitários do município de Campo Grande – MS.

Teste T de Student foi utilizado em variáveis contínuas para identificar diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis analisadas, quando comparadas entre os Distritos Sanitários. Adotou-se um valor de $p < 0,05$ para esse conjunto de análises.

O Teste de Qui-Quadrado foi utilizado para verificar possíveis associações/diferenças entre o conjunto de variáveis categóricas. Adotou-se um valor de $p < 0,05$ para esse conjunto de análises.

Todos os dados foram tratados no programa SPSS 17 para Mac.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa recebeu parecer favorável (protocolo nº 867.415) do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (CEP/UFMS) atendendo às exigências éticas e científicas fundamentais das pesquisas envolvendo seres humanos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram 422 questionários coletados dos sujeitos que compuseram o estudo. Nesse conjunto de dados foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão, restando 412 questionários válidos. Os 10 questionários excluídos estavam com dados incompletos ou eram de pessoas fora da faixa etária estipulada para o estudo.

A quantidade 422 questionários foi considerada suficiente para compor a amostra probabilística da população adscrita nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) da área urbana do município de Campo Grande-MS, que inicialmente previu uma demanda de 384 indivíduos. Ou seja, o conjunto de dados utilizados para o presente estudo tem condições estatísticas de representar o universo da população investigada.

Esses dados passaram por análise estatística e são apresentados a seguir, organizados em Tabelas e Figuras, de forma a atender os objetivos do estudo.

Optou-se pela apresentação das variáveis estudadas separando os resultados pelos DS e com o valor total do grupo pesquisado. Com isso, a discussão subsequente a cada conjunto de dados também seguiu a mesma forma de organização, comparando as informações típicas de cada variável nos quatro DS e com o valor total.

Nas Tabelas 1, 2, 3, 4 e 5 são apresentados os dados que caracterizam os sujeitos do estudo conforme as questões sociodemográficas antropométricas, presença de doenças crônicas, nível de atividade física habitual, barreiras pessoais para a prática de atividade física e estágios de adoção para a prática regular de atividade física, utilizando como padrão de diferenciação o local de residência das pessoas, nesse caso representado pelo distrito sanitário do município de Campo Grande onde moravam no momento da coleta de dados.

Tabela 1: Caracterização da população adulta atendida em Unidades Básicas de Saúde da Família de Campo Grande-MS, conforme variáveis sociodemográficas (n = 412).

Variáveis	Distritos sanitários do município de Campo Grande				Total
	Leste	Oeste	Norte	Sul	
N	31	102	125	154	412
Homens (%)	6,5	28,4	26,0	24,4	35,9
Mulheres (%)	93,5*	71,6*	74,0*	75,6*	64,1*
Idade em anos ($\bar{X} \pm DP$)	38,5 \pm 10,4	36,6 \pm 11,8	36,3 \pm 10,1	36,6 \pm 10,3	37 \pm 11,1
Escolaridade (%)					
Sem escolaridade	3,2	0,0	0,8	1,2	0,9
En. Fundam. Incompleto	35,5	23	34,6	21,3	26,7
En. Fundam. Completo	9,7	10,8	3,9	7,9	7,5
En. Médio Incompleto	9,7	12,7	18,1	17,1	15,8
En. Médio Completo	32,3	33,3	29,1	31,7	31,4
En. Superior Incompleto	9,7	15,7**	6,3	7,3	9,2
En. Superior Completo	0,0**	4,9	5,5	7,3	5,7

(*) diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) quando comparados valores de um mesmo conjunto de variáveis entre os distritos sanitários, por meio do teste T de Student.

(**) diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) quando comparados com valores dos demais distritos sanitários, por meio do teste Qui-Quadrado.

Os dados da Tabela 1 indicam que a maior parte da amostra foi composta por mulheres (64,1%) em todos os DS, com diferença estatisticamente significativa em relação aos homens. A média de idade do grupo foi de 37 anos. Quanto à escolaridade, a maior proporção foi observada entre aqueles com ensino médio completo (31,4%), seguidos daqueles com ensino fundamental incompleto (26,7%) e a menor proporção encontrada foi de pessoas sem qualquer escolaridade (0,9%), seguidas daquelas com ensino superior completo (5,7%). Houve diferença estatisticamente significativa no número de sujeitos com ensino superior incompleto no DS oeste e com ensino superior completo no DS leste, respectivamente com maior valor e menor valor que os demais DS.

O maior número de mulheres na amostra do presente estudo, considerando-se que a coleta de informações ocorreu nas UBSF, remete ao fato já relatado na literatura (TRAVASSOS *et al.*, 2002) de que há maior procura pelos serviços de saúde por parte de pessoas do sexo feminino. Essa constatação tem se repetido em estudos de grande abrangência no Brasil (RIBEIRO *et al.*, 2006) e, dessa forma, corroboram com os dados do presente estudo.

A diferença estatisticamente significativa observada em relação ao nível de escolaridade também é fato relevante e já apontado em estudo prévio, no qual Travassos *et al.* (2002) denominaram tal fenômeno de uma condição de desigualdade social do consumo de serviços de saúde, quando os autores verificaram que pessoas de baixa escolaridade têm maiores dificuldades para acessar adequadamente os serviços de saúde.

A existência de indivíduos sem escolaridade na amostra, apesar de pequena, deve ser observada com atenção, uma vez que as estratégias de intervenção nas UBSF incluem divulgação de ações e serviços de saúde, realizadas por meio de material escrito, tal como folder, banner ou cartazes. Assim, aproximadamente 1% de todos os sujeitos que fizeram parte do presente estudo, sequer têm condições de usufruir das informações disponibilizadas de forma escrita a eles, sem que haja necessidade de recorrer à ajuda de outras pessoas alfabetizadas. Certamente esse deve ser um fato que merece observação no planejamento das ações de educação em saúde a serem ofertadas à população adscrita na ESF de Campo Grande-MS.

Tabela 2: Caracterização dos adultos atendidos em Unidades Básicas de Saúde da Família de Campo Grande-MS, conforme medidas antropométricas, estado nutricional e presença de doenças crônicas com diagnóstico autorreferido (n = 412).

Variáveis	Distritos sanitários do município de Campo Grande				Total
	Leste	Oeste	Norte	Sul	
N	31	102	125	154	412
Estatura em m ($\bar{X} \pm DP$)	1,60 \pm 0,09	1,64 \pm 0,06	1,64 \pm 0,07	1,60 \pm 0,10	1,62 \pm 0,09
Peso em Kg ($\bar{X} \pm DP$)	70,8 \pm 14,9	70,6 \pm 15,5	71,2 \pm 14,7	72,9 \pm 14,3	71,4 \pm 15,3
Estado nutricional (%)					
Baixo peso	0,0	3,9	3,9	1,2	2,6
Normal	38,7	44,1	39,4	29,3	36,7
Sobrepeso	29,0	30,4	29,9	46,3	36,5
Obesidade	32,3	21,6	25,2	23,2	24,2
Doenças crônicas (%)					
Diabetes mellitus	3,2	1,0	4,7	1,22	2,4
Hipertensão arterial	32,3	5,9*	27,6	4,88*	13,9
Tabagismo	9,7	6,9	18,9	5,49	10,1

(*) diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) quando comparados valores de um mesmo conjunto de variáveis entre os distritos sanitários, por meio do teste T de Student.

Os dados da Tabela 2 indicam que a estatura média da população estudada é de 1,62 m, com distribuição semelhante nos quatro DS. A mesma semelhança

acontecendo com a variável peso corporal, com média de 71,4 kg. Quanto ao estado nutricional, a maior frequência encontrada foi a de pessoas eutróficas (normal) para ambos os sexos, com 36,7% e a menor frequência observada foi a de pessoas com baixo peso, com 2,6%, também entre homens e mulheres. Chamou a atenção o quantitativo de pessoas com alguma forma de excesso de peso, representada pela soma resultante dos sujeitos obesos e com sobrepeso, cujo valor foi de 60,7%.

Em relação às doenças crônicas listadas na Tabela 2 (diabetes mellitus, hipertensão arterial, tabagismo e obesidade) foi observado que a maior proporção encontrada foi a obesidade, com 24,2%, seguida de hipertensão arterial, tabagismo e diabetes *mellitus*, com 13,9%, 10,1% e 2,4%, respectivamente.

Apesar de haver uma tendência de redução de mortalidade geral de brasileiros, nas diferentes faixas etárias, o conjunto das DCNT ainda representa a principal causa de morte e incapacidade nessa população (MALTA *et al.*, 2015b). Considerando esse fato, é necessário destacar a relevância dos dados apontados no presente estudo, especialmente em relação a obesidade e a hipertensão arterial, que se mostraram mais frequentes entre pacientes atendidos nas UBSF de Campo Grande-MS.

O estudo de Malta *et al.* (2015b), realizado com dados de uma amostra representativa dos adultos residentes em todas as capitais brasileiras, apontou que metade desses sujeitos apresentavam excesso de peso, enquanto o presente estudo obteve um dado ainda mais preocupante, pois 60% estavam com alguma forma de excesso de peso (sobrepeso + obesidade).

Já os dados de prevalência de hipertensão arterial foram menores no presente estudo (13,9%), em comparação com a pesquisa de Andrade *et al.* (2015), representativa da população adulta brasileira (21,4%). Ambos os estudos utilizaram dados autorreferidos, sendo comparáveis por conta dessa questão, sendo que os dados de Andrade *et al.* (2015) apontaram prevalência de 21,1% de hipertensão arterial para o total da população adulta da capital de Mato Grosso do Sul. Outro fato relevante é que os menores valores médios do presente estudo foram obtidos nos distritos sanitários que Ferreira (2015) identificou como aqueles em que há o desenvolvimento de programas de exercícios físicos em unidades de saúde vinculadas à atenção básica do município de Campo Grande.

A frequência de diabetes auto-referida, observada também em estudo de base populacional dos brasileiros adultos, foi de 6,2% (ISER *et al.*, 2015), sendo a

capital de Mato Grosso do Sul uma das cidades com maior prevalência dessa doença, junto com São Paulo e Porto Alegre. O presente estudo obteve frequência menor (2,4%) entre as pessoas cadastradas e que frequentam as UBSF de Campo Grande.

No que se refere ao tabagismo, dados do presente estudo indicaram menor frequência (10,1%), comparativamente com estudo de Malta *et al.* (2015b), que identificou 15% dos adultos brasileiros referindo utilizar o tabaco periodicamente.

Ao observar o conjunto de DCNT avaliadas no presente estudo (obesidade, hipertensão arterial, diabetes e tabagismo) e sua comparação com o contíguo de pesquisas publicadas recentemente e mencionadas nos parágrafos anteriores, a partir do uso dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde, realizada no ano de 2013 por meio de questionário aplicado em residências de todas as capitais brasileiras, nota-se que é premente estabelecer estratégias de intervenção para identificar e modificar os fatores de risco para tais DCNT da população atendida nas UBSF de Campo Grande-MS, pois há indícios que esses indivíduos, adultos de 20 a 59 anos, estão rumando para condições desfavoráveis de saúde, o que pode resultar em piora nas condições de vida desses sujeitos e sobrecarga aos serviços públicos de saúde.

De modo geral, os dados apresentados na Tabela 2 tiveram distribuição semelhante entre os sujeitos de estudo, nos quatro DS. Ao realizar análise desse conjunto de informações, observou-se diferenças estatisticamente significativas apenas na distribuição de indivíduos hipertensos que residiam nos DS oeste e sul, com valores menores que seus pares dos outros dois DS. Esse fato pode estar relacionado às condições de vida nas localidades mencionadas (DS) e também a oferta de serviços. Um desses serviços é a prática sistematizada de exercícios físicos destinados à população vinculada às UBSF dos DS oeste e sul, os quais foram identificados por Ferreira (2015) como regiões do município de Campo Grande em que há mais profissionais de Educação Física atuando na atenção básica e desenvolvendo programas de atividade física. Evidentemente não é possível, nesse momento, fazer uma vinculação de causa e efeito, em função da abordagem transversal do estudo, mas há possibilidade de que a oferta de exercícios físicos pode ser fator colaborador para ocorrência de menor proporção de hipertensos justamente nos DS onde há mais intervenções de profissionais de

Educação Física nas UBSF. Estudos posteriores, com desenho metodológico longitudinal, poderão colaborar para dirimir essas dúvidas.

Tabela 3: Caracterização dos adultos atendidos em Unidades Básicas de Saúde da Família de Campo Grande-MS, conforme nível de atividade física habitual (n = 412).

Variáveis	Distritos sanitários do município de Campo Grande				Total
	Leste	Oeste	Norte	Sul	
N	31	102	125	154	412
Nível de atividade física habitual (%)					
Sedentário	19,4*	5,9	3,9	7,9	7,1
Insuficientemente ativo	22,6	17,6	22,0	12,8*	17,5
Ativo	48,4	49,0	54,3	53,7	52,4
Muito ativo	9,7*	27,5	19,7	19,5	20,8

(*) diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) quando comparados valores de um mesmo conjunto de variáveis entre os distritos sanitários, por meio do teste T de Student.

Os dados da Tabela 3 indicam que a maior parte dos sujeitos estudados encontrava-se ativa fisicamente (52,4%) e a menor proporção encontrada foi a de sedentários (7,1%). Novamente se faz necessário discutir o alcance e confiabilidade dos dados obtidos pelo instrumento utilizado para determinar essa variável, que no caso foi o IPAQ - Versão Curta. Em estudo desenvolvido por Hallal *et al.* (2010) essa discussão foi levantada e os autores concluíram que pode haver superestimação dos resultados com o referido instrumento, em comparação com métodos mais precisos, como o uso de acelerômetros, além do fato de não haver uma diferenciação do domínio em que há maior ou menor atividade física (no trabalho, em casa, no deslocamento ou no lazer) quando utiliza-se a versão curta do instrumento citado. No entanto, é inegável a importância da mensuração do nível de atividade física habitual de grupos populacionais específicos, sendo o uso da versão curta do IPAQ um mecanismo considerado perfeitamente aceitável e bastante utilizado em estudos com a população brasileira (DUMITH, 2009).

Quando comparados os distritos entre si, os sujeitos classificados como sedentários estão em maior proporção no DS leste (19,4%), diferindo-se estatisticamente, com valor superior, dos demais. Entre os insuficientemente ativos, a diferença estatisticamente significativa ocorreu no DS sul (12,8%), com valor

inferior aos demais. Os sujeitos ativos fisicamente estavam distribuídos de forma semelhante nos quatro DS. Já entre aqueles classificados como muito ativos, diferiram estatisticamente os residentes no DS leste, com valor inferior aos demais (9,7%).

Utilizando-se novamente dos dados apresentados por Ferreira (2015), que indicaram maior intervenção de profissionais de Educação Física nas UBSF e NASF dos DS Sul, Norte e Oeste, nota-se semelhança com a maior proporção de indivíduos com bons níveis de atividade física, ao somar as frequências de ativos e muito ativos, apresentados na Tabela 3. Já Mielke *et al.* (2015) ao fazerem o mesmo agrupamento de classificações (ativos + muito ativos), constataram que aproximadamente metade da população adulta residente nas capitais brasileiras não atinge os níveis recomendados de prática de atividade física, dado esse que ficou acima daqueles obtidos no presente estudo.

Além da frequência de sujeitos com baixo ou alto nível de atividade física habitual no presente estudo, é importante também destacar a impossibilidade de vinculação específica dessa classificação a um dos quatro domínios da atividade motora, quais sejam: no trabalho, em casa, no deslocamento ou no lazer, tendo em vista as características do instrumento utilizado. Com isso, é possível que as pessoas estudadas tenham maior nível de atividade física habitual em função de necessidades laborais ou de deslocamento e não necessariamente em seu tempo livre, quer seja por falta de oportunidades ou de interesse.

De qualquer forma, se faz necessária a elaboração de políticas públicas que sejam destinadas especificamente aos sujeitos atendidos na atenção básica de Campo Grande-MS, já que muitos podem não ter outras opções de interação com a prática de exercícios físicos, que não sejam nas próprias unidades de saúde que frequentam para cuidar de doenças e agravos que os acometem.

Tabela 4: Caracterização dos adultos atendidos em Unidades Básicas de Saúde da Família de Campo Grande-MS, conforme barreiras pessoais para a prática de atividade física regular (n = 412).

Variáveis	Distritos sanitários do município de Campo Grande				Total
	Leste	Oeste	Norte	Sul	
N	31	102	125	154	412
Barreiras pessoais para a prática de atividade física (%)					
Sente-se velho(a)	6,5	9,8	8,7	4,9	7,3
Possui lesão/doença	25,8	27,5	22,0	20,1	22,9
Não gosta	16,1	14,7	19,7	23,2	19,6
Sente preguiça/cansaço	54,8	49,0	47,2	44,5	47,2*
Tem medo de se lesionar	12,9	30,4	22,0	17,1	21,5
Falta de dinheiro	61,3*	33,3	43,3	35,4	39,2
Falta de companhia	51,6	50,0	42,5	49,4	47,6*
Falta de tempo	25,8	14,7	29,9	23,8	23,6

(*) diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) quando comparados com valores dos demais distritos sanitários, por meio do teste Qui-Quadrado.

Os dados da Tabela 4 indicam que o grupo estudado identifica algumas barreiras para a prática de atividade física, dentre as quais ocorreram com maior proporção a “falta de companhia” (47,6%) e o fato de sentirem “preguiça/cansaço” (47,2%). Cada sujeito poderia apontar se os itens listados na Tabela 4 representavam ou não uma barreira para praticar atividade física regularmente, por isso a soma das linhas ou das colunas não encerra em 100%, já que o mesmo sujeito poderia apontar uma ou mais das opções. Assim, foi possível identificar de forma mais ampla o conjunto de informações que os indivíduos pesquisados consideram barreiras para a prática de atividades físicas regulares, sem induzir os respondentes a selecionar apenas uma opção.

Considerando que a prática de atividades físicas realizada de forma sistematizada pode colaborar para a prevenção de doenças e para a promoção da saúde, reduzindo, com isso, custos para o SUS e melhorando as condições de vida das pessoas (BIELEMANN; KNUTH; HALLAL, 2010), a identificação dos fatores capazes de dificultar a adoção de um estilo de vida fisicamente ativo entre adultos atendidos nas UBSF é bastante relevante para quem planeja e executa tais ações no âmbito da atenção primária.

O conjunto de barreiras listadas no instrumento de pesquisa e apresentado na Tabela 4 constitui uma diversidade de situações que representam o cotidiano laboral e do tempo livre dos sujeitos. Corroborando com essa informação, Souza *et al.*

(2014), que também investigaram a mesma temática, afirmam que a condição de inatividade física ou a identificação de barreiras para sua adoção tem diversos componentes envolvidos.

Os sujeitos do presente estudo fizeram alusão, com maior frequência, a dois fatores/barreiras que representam uma condição mais relacionada ao aspecto biológico (preguiça/cansaço) e outra mais relacionada ao aspecto social (falta de companhia). Outro aspecto de cunho social, a falta de dinheiro, foi mencionado e diferiu estatisticamente no DS leste, onde foi mais frequente (61,3%). Componentes dessa natureza também foram identificados por Jesus e Jesus (2012), sendo mais frequente as barreiras vinculadas a aspectos sociais, financeiros e ambientais. Já Souza, Santos e José (2010) identificaram situações que foram denominadas de barreiras situacionais e estavam vinculadas as obrigações familiares, excesso de trabalho e de estudo.

Observando as diversas situações advindas da percepção de barreiras para a prática de atividades físicas, citadas nos parágrafos anteriores, no que se refere ao presente estudo é relevante inferir que ao menos a condição denominada "falta de companhia" pode ser contornada com a intervenção do profissional de Educação Física vinculado às UBSF, uma vez que muitas das atividades oferecidas ocorrem em grupos.

Tabela 5: Caracterização dos adultos atendidos em Unidades Básicas de Saúde da Família de Campo Grande-MS, conforme estágios de adoção para a prática regular de atividade física (n = 412).

Variáveis	Distritos sanitários do município de Campo Grande				Total
	Leste	Oeste	Norte	Sul	
N	31	102	125	154	412
Estágios de adoção para a prática regular de AF (%)					
Pré-contemplação	22,5	19,6	15,0	18,9	19,1
Contemplação	29,0	21,6	29,9	31,7	28,1
Preparação	32,3	25,5	34,6	30,5	30,7
Ação	9,7	12,7	1,6	4,3	7,1
Manutenção	6,4	20,6	18,7	14,6	15,0

(*) diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) quando comparados com valores dos demais distritos sanitários, por meio do teste Qui-Quadrado.

Os dados da Tabela 5 indicam que a população estudada foi classificada em diferentes estágios relacionados a adoção da prática regular de atividade física. Observando o total de indivíduos, nota-se que a maior proporção está no estágio de preparação (30,7%) e a menor proporção no estágio de ação (7,1%).

Os estágios de pré-contemplação, contemplação e preparação ficaram com distribuição semelhante entre os quatro DS, sem diferença estatisticamente significativa entre eles. É conveniente lembrar que esses três estágios incluem indivíduos que não realizam exercícios físicos de forma regular e a soma das três categorias representa 77,9% da população estudada. Tal resultado é preocupante, uma vez que três de cada quatro sujeitos pesquisados não incluem exercícios físicos em suas atividades cotidianas. Em estudo realizado por Dumith, Gigante e Domingues (2007), com população residente no estado do Rio Grande do Sul, os resultados foram semelhantes, obtendo 70,8% na soma dos mesmos estágios citados. A diferença entre os dois estudos foi que em Campo Grande a maior parte dos sujeitos está no estágio de preparação, enquanto no Rio Grande do Sul foi mais frequente a pré-contemplação. Nesse caso, parece haver uma disponibilidade maior dos sujeitos do presente estudo para incluir em seu cotidiano a prática de atividades físicas de forma regular.

Já ao realizar uma análise dos estágios de ação e manutenção (Tabela 5), os quais abarcam sujeitos que já realizam regularmente uma atividade física, a soma desses dois itens do grupo pesquisado resulta em 22,1%. Na observação de cada DS separadamente, a região leste teve valores mais baixos que os demais, enquanto a região oeste concentra maior número de pessoas nesses dois estratos. Apesar da coleta de dados ter ocorrido nas UBSF, esse fato não significa que tais sujeitos realizam os exercícios nas próprias unidades de saúde, mas é relevante voltar a comentar o fato de que no mesmo período de realização da coleta de dados do presente estudo, havia intervenções com profissionais de Educação Física na atenção básica nos DS norte, sul e oeste, com a prescrição e acompanhamento de exercícios físicos, e ausência dessas intervenções no DS leste (FERREIRA, 2015). Nesse sentido, os dados de Lopes *et al.* (2014) e Rodrigues *et al.* (2015) reforçam o entendimento de que a oferta de prática de atividades físicas na atenção básica tem potencial para contribuir para o aumento do nível de atividade física habitual desse grupo populacional.

Confrontando os dados da Tabela 5 e da Tabela 3, parece, numa primeira análise, haver contradição de informações. No entanto, é possível que os dados sejam complementares para a compreensão do fenômeno estudado, que é a prática de atividade física da população adulta atendida nas UBSF de Campo Grande. O instrumento que gerou os dados apresentados na Tabela 3 mensurou um conjunto maior de atividades físicas, incluindo dimensões voltadas ao momento de lazer, mas também no lar, no trabalho e no deslocamento. Por sua vez, o instrumento utilizado para gerar os dados da Tabela 5 é mais específico para a identificação de prática sistematizada de exercícios físicos, desconsiderando as demais ações motoras no trabalho, no lar e no deslocamento. Dessa forma, a inferência possível é de que os sujeitos do presente estudo têm nível elevado de atividade física cotidiana, mas que a maior parte dessas ações não é realizada na forma de exercícios físicos.

A seguir, são apresentadas informações que relacionam ao menos duas variáveis descritas nas tabelas anteriores, as quais são apresentadas em gráficos que possibilitam a visualização simultânea desses dados (Figuras 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8).

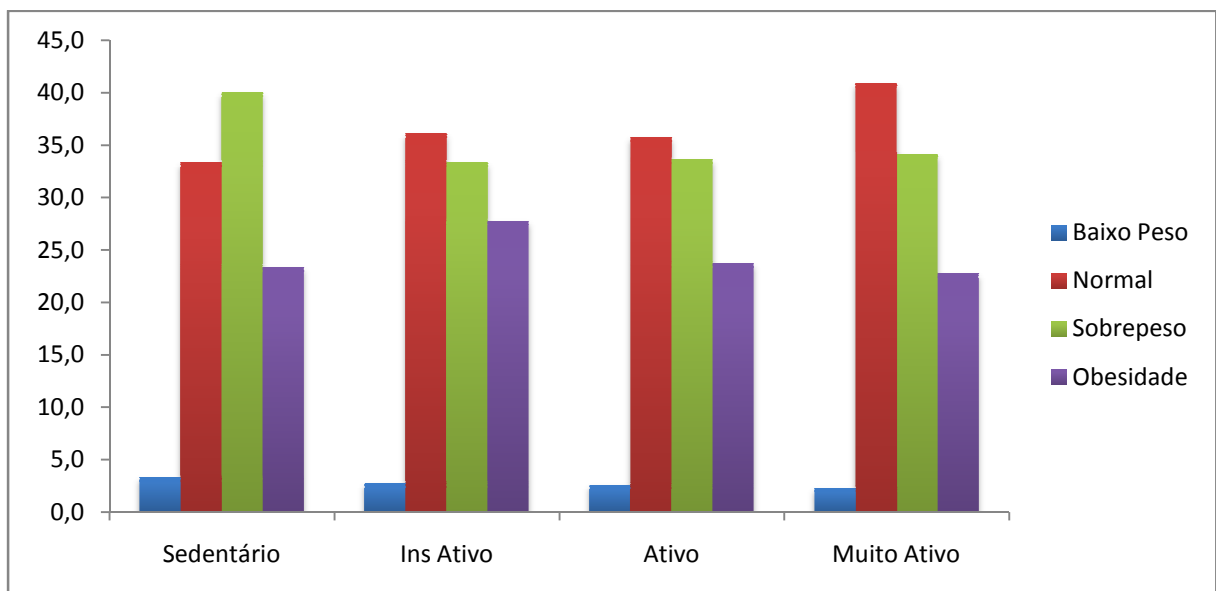


Figura 2: Comparação do estado nutricional dos adultos atendidos em Unidades Básicas de Saúde da Família de Campo Grande-MS, em relação ao nível de atividade física habitual (n = 412).

Os dados da Figura 2 indicam que a maior proporção de obesos está na classificação insuficientemente ativa, a maior proporção de indivíduos com sobrepeso está na classificação sedentária, a maior proporção de pessoas com peso normal (eutróficos) está na classificação muito ativa e, por fim, a maior proporção de sujeitos com baixo peso está na classificação sedentária. Ao observar as duas classificações opostas: baixo peso e obesidade, nota-se que o baixo peso tem frequência muito baixa e a obesidade ocorreu de forma acentuada, independentemente do nível de atividade física habitual que esses indivíduos apresentavam nessas classificações.

O controle do peso corporal dos sujeitos do estudo parece ter sofrido alguma influência da prática de atividades físicas, ao ponto de interferir no estado nutricional (Figura 2), o que é corroborado por Matsudo e Matsudo (2006) ao afirmarem que tais atividades são essenciais para manutenção ou diminuição ponderal. No entanto, os autores fazem um importante alerta em relação a quantidade mínima de atividade física necessária para cada objetivo, especialmente se há intenção de manter ou de diminuir a quantidade de peso e gordura corporal. Assim, se torna mais compreensível o fato de haver indivíduos do presente estudo que estão com sobrepeso ou obesidade e foram classificados como ativos fisicamente, uma vez que a quantidade de exercícios por eles praticado pode ser insuficiente para promover a esperada redução do peso corporal.

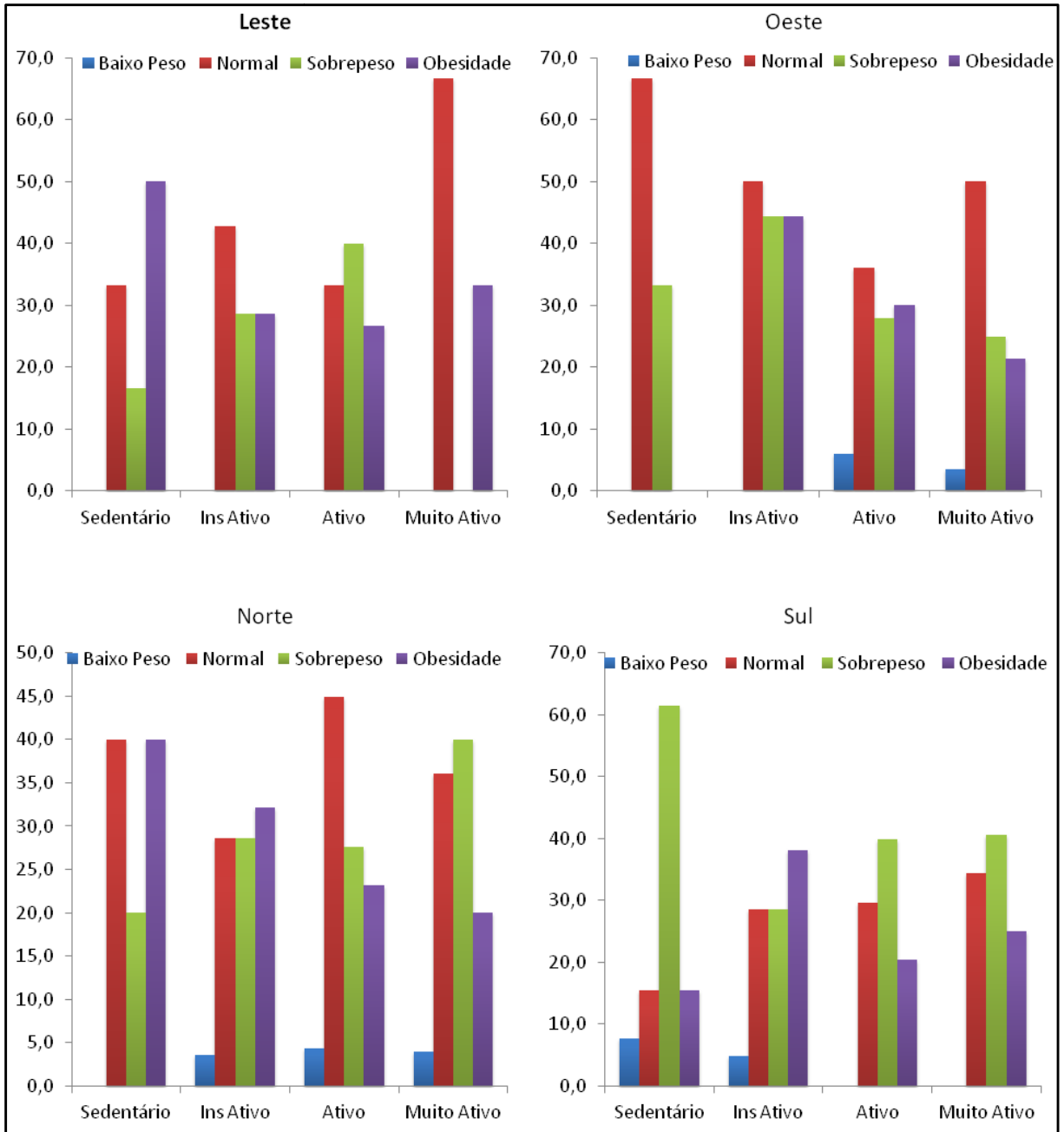


Figura 3: Comparação do estado nutricional dos adultos atendidos em Unidades Básicas de Saúde da Família de Campo Grande-MS, em relação ao nível de atividade física habitual, em cada distrito sanitário do município (n = 412).

Os dados da Figura 3 indicam que ao realizar a análise dos dados da Figura 2 de forma separada por DS, observou-se que há algumas peculiaridades. Nem todos os DS têm indivíduos eutróficos em maior número, exceto a região oeste do município. Os estados nutricionais extremos (baixo peso e obesidade) não estão presentes em todos os níveis de atividade física habitual dos indivíduos avaliados

nos quatro DS, havendo ausência de ambas as classificações na região oeste, entre as pessoas sedentárias. Já na região leste não há pessoas com baixo peso.

A análise estatística indicou que os indivíduos de baixo peso representam a menor proporção da população estudada (Figura 3), independente do distrito sanitário onde residem e do nível de atividade física habitual ($p < 0,05$).

Assim, nota-se que as alterações no estado nutricional dos sujeitos do estudo estão muito mais presentes nos casos de excesso de peso (sobrepeso + obesidade) do que nas situações de baixo peso. Alertas sobre o risco representado pelo excesso de peso da população adulta, já são feitos por instituições de abrangência internacional, tal como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Nesse caso, especialmente a obesidade é apontada como fator de risco para a saúde da população adulta (OPAS, 2003) e essa situação foi identificada em grande quantidade no presente estudo, inclusive entre as pessoas classificadas com elevado nível de atividade física habitual.

Mais uma vez é relevante destacar a possibilidade de ocorrência dos elevados valores de atividade física habitual estar vinculada às situações que não incluem exclusivamente exercícios físicos. Ainda fazendo uso dos dados apresentados pela OPAS (2003), a instituição menciona que é possível que mais de 50% da população adulta mundial não realize a quantidade mínima semanal de atividade física para obter benefícios fisiológicos decorrentes dessa prática, mesmo que tenham atividades laborais ou domésticas desgastantes.

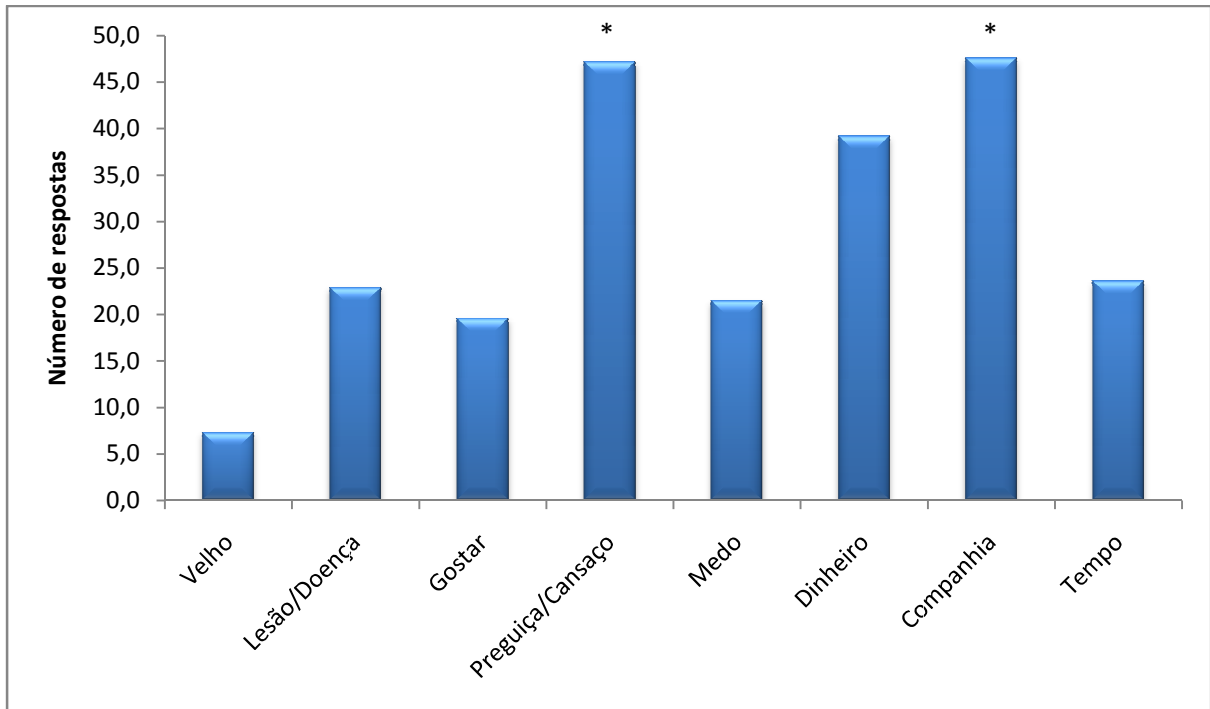


Figura 4: Barreiras pessoais para a prática de atividade física habitual entre adultos atendidos em Unidades Básicas de Saúde da Família de Campo Grande-MS (n = 412).

(*) diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$), por meio do teste Qui-Quadrado.

Os resultados da Figura 4 mostraram que as barreiras “preguiça/cansaço” e “companhia” são mais presentes na população estudada. Já o item menos frequente é a percepção de estar velho para a prática de atividade física. No entanto, apenas os itens com maiores valores (preguiça/cansaço e companhia) apresentavam diferença estatisticamente significativa. Ao identificar as barreiras "Preguiça/Cansaço" e "Companhia" como aquelas que diferiram das demais, optou-se pela análise desses dois itens separadamente, comparando-os com o estado nutricional da população avaliada.

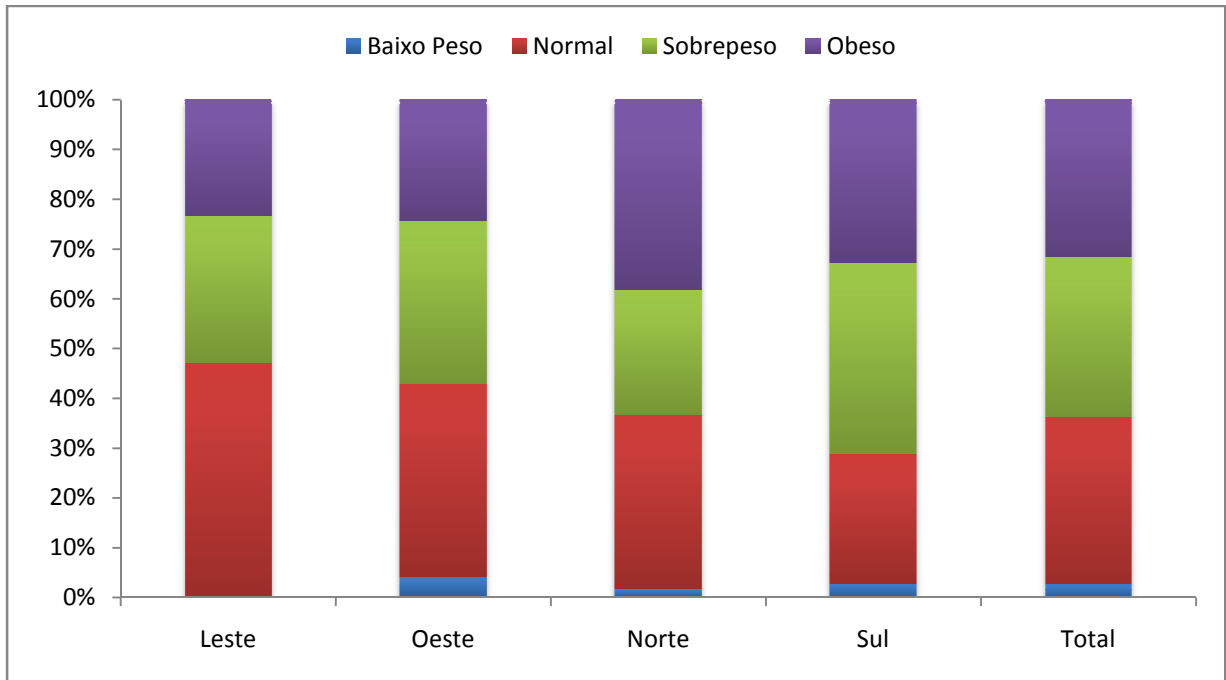


Figura 5: Comparação do estado nutricional dos adultos atendidos em Unidades Básicas de Saúde da Família de Campo Grande-MS, em relação a barreira "Preguiça/Cansaço", em cada distrito sanitário do município (n = 412).

Na Figura 5 observa-se que a classificação do estado nutricional dos sujeitos que apresentaram a barreira "preguiça/cansaço" como mais frequente, tem proporção semelhante nos itens normal, sobrepeso e obeso, com uma frequência baixa de pessoas com baixo peso (valor total). Já ao analisar essas mesmas informações separadamente por DS, nota-se que há ausência de indivíduos com baixo peso no leste e uma maior proporção de indivíduos obesos no norte.

O fato dos sujeitos do estudo apontarem uma dificuldade para incluir a atividade física regular nas ações cotidianas pode ser entendido como um elemento que contribui para um comportamento de risco, que é o sedentarismo. Essa compreensão é compartilhada por Loch *et al.* (2015), ao estudarem indivíduos adultos do sul do Brasil e verificarem que a inatividade física no lazer está relacionada a outros fatores que envolvem o estilo de vida, especialmente em relação a faixa etária, nível econômico e educacional.

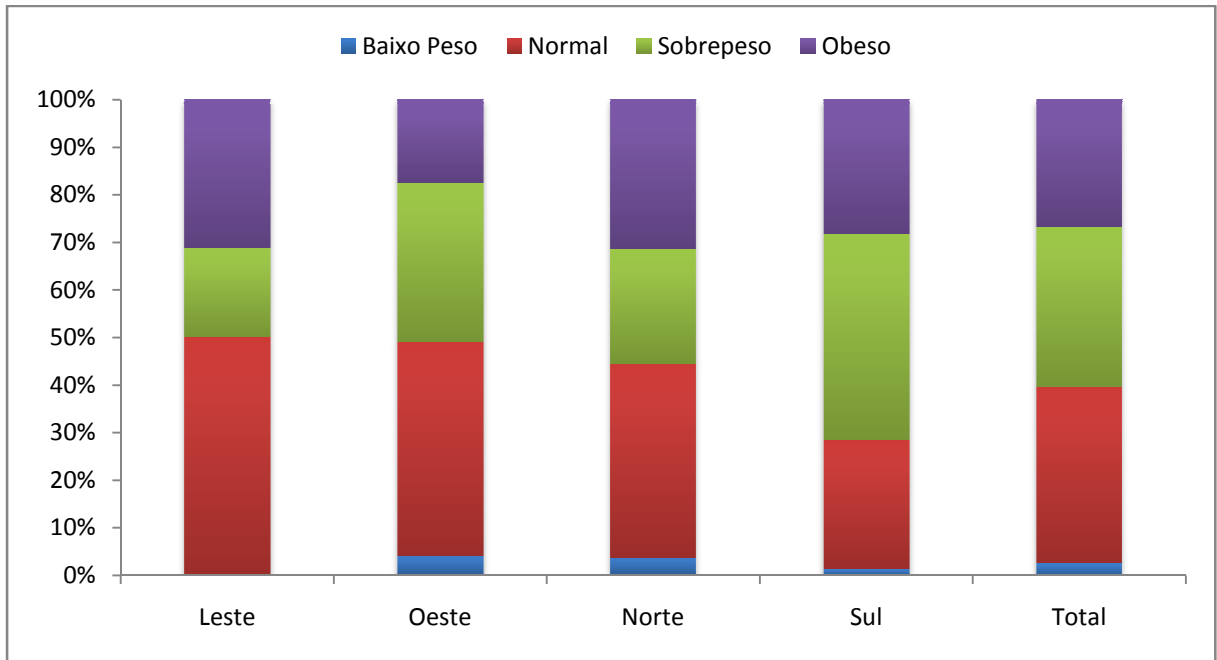


Figura 6: Comparação do estado nutricional dos adultos atendidos em Unidades Básicas de Saúde da Família de Campo Grande-MS, em relação a barreira "Companhia", em cada distrito sanitário do município (n = 412).

Na Figura 6 é demonstrada a classificação do estado nutricional dos sujeitos de estudo que apresentaram a barreira "companhia" como mais frequente, com parcelas semelhantes nas categorias normal, sobrepeso e obeso, com presença baixa de pessoas com baixo peso (valor total). Em análise mais detalhada desses mesmos fatores, evidenciou-se que o sobrepeso aparece em maior frequência nos indivíduos do DS sul e em menor frequência na região leste. Em contrapartida, no DS leste há a ausência de pessoas com baixo peso e maior prevalência de pessoas eutróficas (com IMC normal).

Novamente o estado nutricional dos sujeitos pesquisados não pareceu exercer influência sobre a percepção da barreira analisada, já que a coluna dos valores totais do grupo (Figura 6) tem divisão proporcional ao número de indivíduos. Mesmo assim, vale destacar o diferencial que a barreira "companhia" representa, já que essa não é uma condição de cunho fisiológico e parece ter maior ligação com fatores externos ao sujeito avaliado. Nesse sentido, os dados de Chaves *et al.* (2010), que identificaram que os fatores ambientais são mais determinantes para a adoção de um comportamento sedentário, em comparação com fatores genéticos, parecem corroborar com os achados do presente estudo.

Assim, sob o ponto de vista da proposta de promoção de atividades físicas no âmbito das UBSF de Campo Grande, é necessário considerar fatores biológicos e ambientais para ter efetividade na expectativa de aumentar o nível de atividade física habitual dessa população.

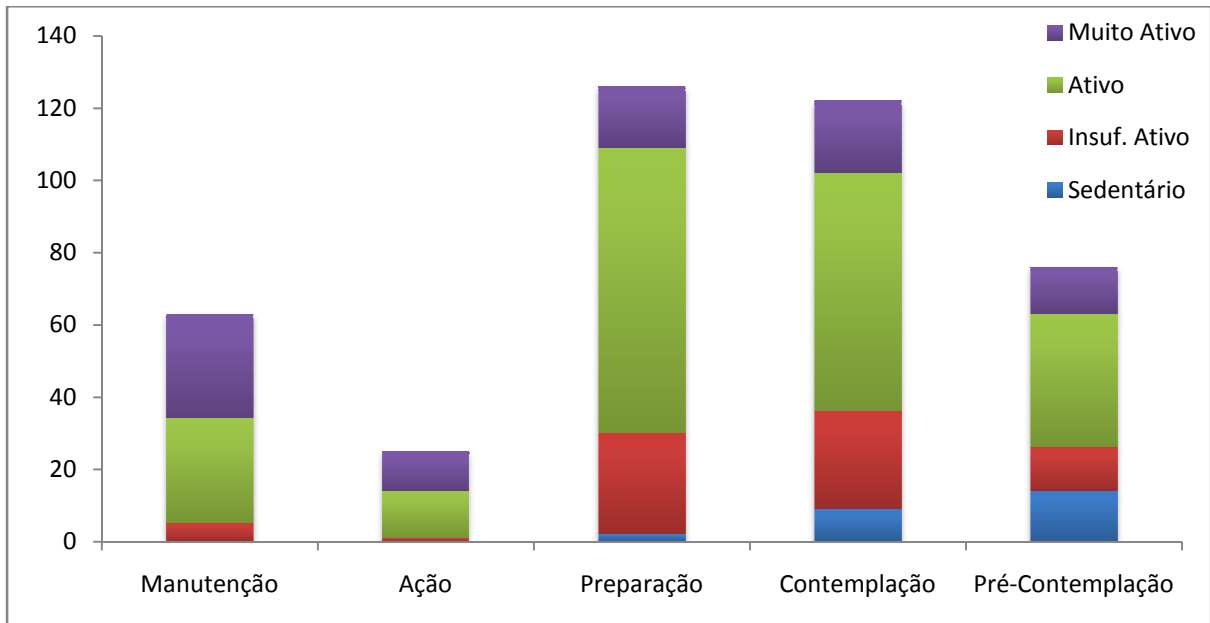


Figura 7: Comparação dos estágios de adoção para a prática regular de atividade física dos adultos atendidos em Unidades Básicas de Saúde da Família de Campo Grande-MS, em relação ao nível de atividade física habitual (n = 412).

Na figura 7 são apresentados dois conjuntos de dados relacionados à prática de atividade física, nível de atividade física habitual e estágios de adoção para prática regular de atividade física. No entanto, é necessário distinguir a forma como cada um deles foi categorizado. O nível de atividade física habitual, mensurado por meio do IPAQ - Versão Curta, permite uma classificação global do indivíduo, sem diferenciar as atividades realizadas na forma de exercício físico, daquelas executadas no deslocamento ou mesmo nas atividades laborais. Já os estágios de adoção para a prática regular de atividade física, como o próprio nome indica, contempla apenas a prática de exercícios físicos para determinar a classificação de cada indivíduo.

Dessa forma, identificou-se (Figura 7) que o maior número de indivíduos ativos está nos estágios de preparação e contemplação, que são estágios onde o

indivíduo tem intenção de fazer exercícios físicos, apesar de já terem um cotidiano com atividades físicas em diferentes contextos (deslocamento, atividades laborais em casa ou no local de trabalho).

Enfim, os indivíduos do presente estudo parecem ser mais ativos fisicamente no contexto de suas ações laborais, mas não são praticantes de exercícios físicos. Com essa situação, nem sempre será possível obter os benefícios almejados por aqueles que têm um estilo de vida ativo fisicamente, já que de acordo com Gualano e Tinucci (2011) e Freire *et al.* (2014), a regularidade e realização de atividades devidamente programadas são condições básicas para a ocorrência de modificações significativas.

Outro dado obtido no presente estudo indicou que há mais pessoas eutróficas que ainda não praticam exercícios físicos, enquadradas nos estágios de pré-contemplação, contemplação e preparação, do que nos estágios de ação e manutenção. É possível que essa situação esteja relacionada com o entendimento de que a prática de exercícios físicos é destinada às pessoas que já apresentam algum tipo de doença ou agravo à saúde, o que pode ser denominado medicalização dos exercícios físicos (MANSKE; ROMANIO, 2015).

Assim, tais pessoas podem ter a compreensão, equivocada, de que o exercício é um componente exclusivamente do tratamento de doenças. Já há indicativo na literatura de que os exercícios físicos podem contribuir para a promoção da saúde e qualidade de vida, inclusive com população idêntica a que foi avaliada no presente estudo (FERREIRA; DIETRICH; PEDRO, 2015) e esse tipo de informação precisa ser disseminada entre a população atendida nas UBSF, o que pode ser feito por meio de ações de educação em saúde.

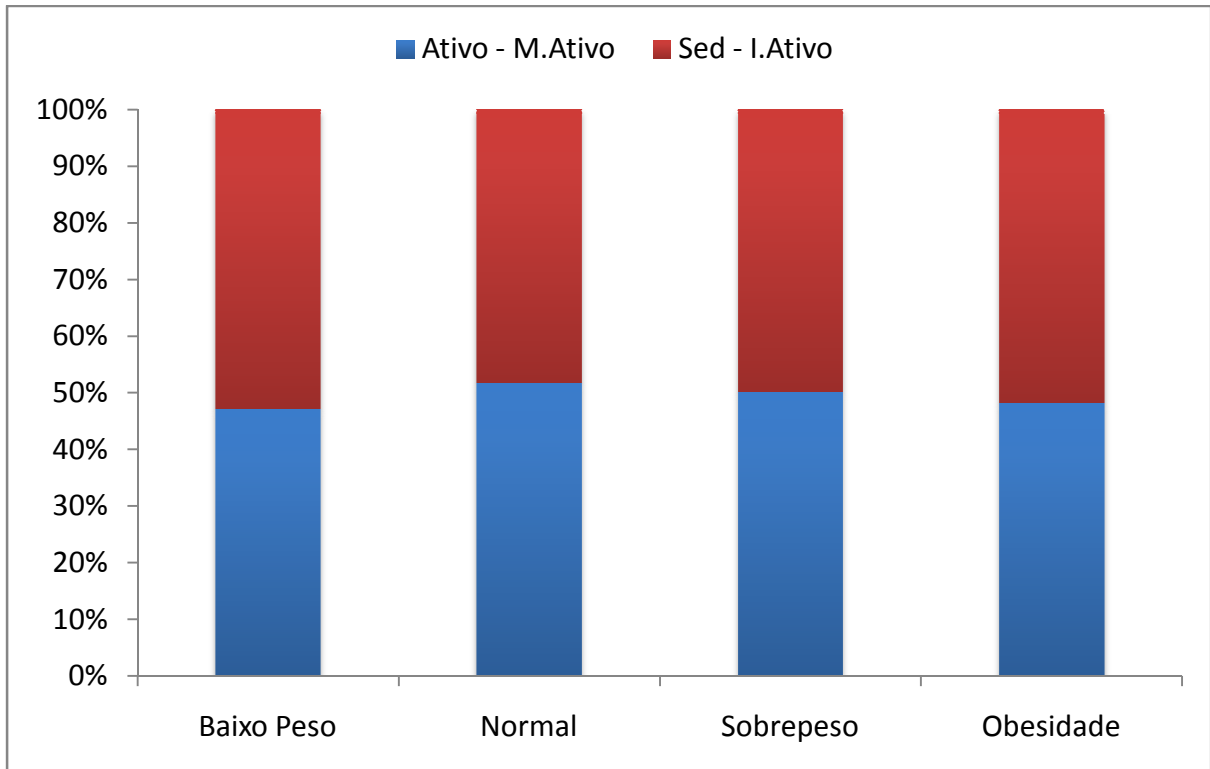


Figura 8: Comparação do estado nutricional dos adultos atendidos em Unidades Básicas de Saúde da Família de Campo Grande-MS, em relação ao nível de atividade física habitual (n = 412).

Os dados da Figura 8 indicam que, ao organizar-se de forma dicotômica o nível de atividade física habitual (Sedentários+Insuficientemente Ativos *Versus* Ativos+Muito Ativos), observa-se que independente da classificação do índice de massa corporal (IMC), aproximadamente 50% da população estava com baixos níveis de atividade física quando os dados foram coletados.

Já os 50% de pessoas ativas descritas na Figura 8 podem ter recebido essa classificação em função de práticas relacionadas ao ambiente laboral e ao deslocamento ativo, uma vez que o instrumento utilizado (IPAQ) não permite essa diferenciação.

Considerando a condição semelhante na proporção de indivíduos ativos e inativos, bem como a limitação mencionada no parágrafo anterior, é possível inferir que a prática de exercícios físicos é o componente com maior potencial para modificar esse quadro, em favor do aumento de indivíduos fisicamente ativos na localidade do estudo.

6 CONCLUSÕES

O nível de atividade física habitual da população estudada se mostrou adequado em mais da metade dos indivíduos investigados, atingindo uma classificação considerada satisfatória para manter boa condição de saúde da população adulta. Houve uma particularidade que chamou a atenção para a coincidência das melhores frequências ocorrerem em DS com maiores ofertas de prática de exercícios físicos em UBSF, apesar de não ser possível afirmar com total exatidão se o elevado escore foi decorrente de atividades realizadas em momentos de lazer ou em atividades laborais/cotidianas captadas pelo instrumento de coleta desse conjunto de dados.

A percepção de barreiras para a prática de atividades físicas esteve presente entre os sujeitos do estudo, de forma mais frequente em relação a um componente biológico (cansaço/preguiça) e outros sociais (falta de dinheiro e falta de companhia). É importante não só identificar, mas também propor intervenções que sejam capazes de contornar tais situações, as quais representam elementos limitadores para a proposição de aumento do nível de atividade física habitual dos indivíduos que frequentam as UBSF.

Os estágios de adoção para a prática regular de atividade física indicaram que os sujeitos do estudo tinham baixa adesão aos exercícios físicos. Com isso, inferiu-se que esses indivíduos até podem ter nível elevado de atividade física cotidiana, mas que a maior parte dessas ações não é realizada na forma de exercícios físicos.

A inserção de programas de exercícios físicos nas UBSF de Campo Grande-MS se apresenta como uma estratégia adequada para intervir junto aos fatores de risco para DCNT. Há boas perspectivas para a continuidade e aperfeiçoamento dessa ação, em função da população local ter sido identificada com: a) alta prevalência de excesso de peso, situação sensível à prática regular de exercícios físicos; b) menor frequência de hipertensão arterial em DS onde os programas de exercícios físicos já estão mais consolidados.

Em relação às limitações do presente estudo, a principal reside no viés de informação, já que a maior parte dos dados foi autorreferida pelos sujeitos pesquisados. Pode ter havido tanto superestimação quanto subestimação de algumas variáveis. Mesmo assim, ao comparar os dados obtidos com outros já

consolidados na literatura acadêmica, não pareceu haver qualquer disparate que invalidasse a presente pesquisa.

Por fim, entende-se que o presente estudo trouxe, à luz do âmbito acadêmico, algumas reflexões que podem subsidiar as decisões gestoras da saúde pública local e até mesmo nacional, uma vez que problemas semelhantes aos aqui relatados e discutidos, parecem ser comuns em várias localidades brasileiras.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, S. M. O. **A pesquisa científica em saúde: concepção e execução**. 7 ed. Campo Grande: Editora UFMS, 2015.
- ANDRADE, S.S.A.; STOPA, S.R.; BRITO, A.S.; CHUERI, P.S.; SZWARCOWALD, C.L.; MALTA, D.C. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional da Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v.24, n.2, p.297-203, 2015.
- BAGRICHEVSKY, M.; SANTOS JÚNIOR, V.J.; ESTEVÃO, A.; VASCONCELOS-SILVA, P.R. Desigualdades sociais em saúde e práticas corporais: um exercício singular de análise. **Saúde e Sociedade**. v.22, n.2, p.497-510, 2013.
- BIELEMANN, R.; KNUTH, A.G.; HALLAL, P.C. Atividade física e redução de custos por doenças crônicas ao Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. v.15, n.1, p.9-14, 2010.
- BONFIM, M.R.; COSTA, J.L.; MONTEIRO, H.L. Ações de Educação Física na saúde coletiva brasileira: expectativas versus evidências. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. v.17. c.03 p.167-173, junho 2012
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. **Sistema Único de Saúde**. Coleção para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2011a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Academia da Saúde**. Cartilha informativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Avaliação de Efetividade de Programas de Atividade Física no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- 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: MS, 2011b.
- 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. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS: Revisão da Portaria GM/MS nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CARLUCCI, E.M.S.; GOUVÊA, J.A.G.; OLIVEIRA, A.P.; SILVA, J.D.; CASSIANO, A.C.M.; BENNEMANN, R.M. Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular. **Comunicação em Ciências da Saúde**. v.24, n.4, p.375-384, 2013.

CARVALHO, S.R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.9, n.3, p.669-678, 2004.

CARVALHO, Y.M. Promoção da saúde, práticas corporais e atenção básica. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Brasília, p.33-45, 2006.

CASPERSEN, C.J.; POWELL, K.E.; CHRISTENSON, G.M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Reports**. v.100, n.2, p.127-131, 1985.

CAVALHEIRO, J.R.; MARQUES, M.C.C.; MOTA, A. A construção da Saúde Pública no Brasil no Século XX e Início do Século XXI. In: **Saúde Pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2013.

CHAVES, R.N.; SOUZA, M.C.; SANTOS, D.; SEABRA, A.; GARGANTA, R.; MAIA, J.A.R. Fatores genéticos e ambientais da atividade física. Um estudo em famílias com três gerações. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**. v.12, n.6, p.408-414, 2010.

CLARO, R.M.; SANTOS, M.A.S.; OLIVEIRA, T.P.; PEREIRA, C.A.; SZWARCOWALD, C.L.; MALTA, D.C. Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v.24, n.2, p.257-266, 2015.

COELHO, C.F.; BURINI, R.C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. **Revista de Nutrição**. v.22, n.6, p.937-946, 2009.

CZERESNIA, D. **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

DIAS, D.F.; LOCH, M.R.; RONQUE, E.R.V. Barreiras percebidas à prática de atividades físicas no lazer e fatores associados em adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.20, n.11, p.3339-3350, 2015.

DOWBOR, T.P.; WESTPHAL, M.F. Social determinants of health and the Brazilian Family Health Care Program in the city of São Paulo, Southeastern Brazil. **Revista de Saúde Pública**. v.47, n.4, p.1-9, 2013.

DUMITH, S.C. Physical activity in Brazil: a systematic review. **Cadernos de Saúde Pública**. v.25, sup.3, p.S415-S426, 2009.

DUMITH, S.C., GIGANTE, D.P., DOMINGUES, M.R. Stages of change for physical activity in adults from Southern Brazil: a population-based survey. **Internacional Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**. v.4, n.25, p.1-10, 2007.

- DUNCAN, B.B.; CHOR, D.; AQUINO, E.M.L.; BENSENOR, I.M.; MILL, J.G.; SCHMIDT, M.I.; LOTUFO, P.A.; VIGO, A.; BARRETO, S.M. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**. v.46, supl., p.126-134, 2012.
- FERREIRA, J.R.; BUSS, P. **Atenção primária e promoção da saúde**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto promoção da saúde: as cartas de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- FERREIRA, J.S.; DIETRICH, S.H.C.; PEDRO, D.A. Influência da prática de atividade física sobre a qualidade de vida de usuários do SUS. **Saúde em Debate**. v.39, n.106, p.792-801, 2015.
- FERREIRA, J.C.V; FERREIRA, J.S.; LIMA, A.C.G. O profissional de Educação Física na assistência à saúde no SUS: experiência do município de Campo Grande-MS. **Revista Saúde em Redes**. Anais do 12º Congresso Internacional da Rede Unida. v.2, n.1, Suplemento, 2016.
- FERREIRA, J.S. V Congresso de Educação Física do Vale do São Francisco. **Mesa Redonda: Políticas públicas voltadas ao lazer e no NASF**. Juazeiro-BA, 2015.
- FERREIRA, M.S.; CASTIEL, L.D.; CARDOSO, M.H.C. de. Atividade física na perspectiva da Nova Promoção da Saúde: contradições de um programa institucional. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.16, n.1, p.865-872, 2011.
- FERREIRA NETO, J.L.; KIND, L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. v.20, n.4, p.1119-1142, 2010.
- FERREIRA NETO, J.L.; KIND, L.; RESENDE, M.C.C.; COLEN, N.S. Processos da construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Caderno de Saúde Pública**. v.29, n.10, p.1997-2007, 2013.
- FREIRE, R.S.; LÉLIS, F.L.O.; FONSECA FILHO, J.A.; NEPOMUCENO, M.O.; SILVEIRA, M.F. Prática regular de atividade física: estudo de base populacional no Norte de Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**. v.20, n.5, p.345-349, 2014.
- GARCIA, L.P.; FREITAS, L.R.S. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v.24, n.2, p.227-238, 2015.
- GOMES, M.A.; DUARTE, M.F.S. 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**. v.13, n.1, p.44-56, 2008.
- GONÇALVES, M.P.; ALCHIERI, J.C. Motivação à prática de atividades físicas: um estudo com praticantes não-atletas. **Psico-USF**. v.15, n.1, p.125-134, 2010.

- HASKELL, W.L.; LEE, I.M.; PATE, R.R.; POWELL, K.E.; BLAIR, S.N.; FRANKLIN, B.A.; MACERA, C.A.; HEATH, G.H.; THOMPSON, P.D.; BAUMAN, A. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Circulation**. v.116, n.esp., p.1081-1093, 2007.
- LAMBOGLIA, C.M.G.F.; FRANCHI, K.M.B.; BATISTA, L.G.; MAIA, D.S.S. Prática da atividade física como facilitadora da promoção de saúde: relato de experiência exitosa do PRÓ-SAÚDE e PETsaúde da UNIFOR. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. v.25, n.4, p.521-526, 2012.
- LEE, P.H.; MACFARLANE, D.J.; LAM, T.H.; STEWART, S.M. Validity of the international physical activity questionnaire short form (IPAQ-SF): A systematic review. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**. v.8, n.115, p.1-11, 2011.
- GUALANO, B.; TINUCCI, T. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. **Revista Brasileira de Educação Física e Esportes**. v.25. n.esp., p.37-43, 2011.
- HAESER, L.M.; BÜCHELE, F.; BRZOZOWSKI, F.S. Considerações sobre a autonomia e a promoção de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.02, n.22, p.605-620, 2012.
- HALLAL, P.C.; GOMEZ, L.F.; PARRA, D.C.; LOBELO, F.; MOSQUERA, J.; FLORINDO, A.A.; REIS, R.S.; PRATT, M.; SARMIENTO, O.L Lições aprendidas depois de 10 anos de uso do IPAQ no Brasil e Colômbia. **Journal of Physical Activity and Health**. V. 7, Sup. 2, p.S259-S264, 2010.
- HEIDMANN, I.T.S.B.; ALMEIDA, M.C.P.; BOEHS, A.E.; WOSNY, A.M. MONTICELLI, M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto e Contexto Enfermagem**. v.15, n.2, p.352-358, 2006.
- IBAÑEZ,N.; ALBUQUERQUE, M.V. O SUS estrutura e organização. In: ROCHA, J.S.Y.(Org.). **Manual de Saúde Pública & Saúde Coletiva no Brasil**. São Paulo: Atheneu, 2012.
- ISER, B.P.M.; STOPA, S.R.; SZWARCOWALD, C.L.; MALTA, D.C.; MONTEIRO, H.O.C.; DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v.24, n.2, p.305-314, 2015.
- JESUS, G.M.; JESUS, E.F.A. Nível de atividade física e barreiras percebidas para a prática de atividades físicas entre policiais militares. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. v.34, n.2, p.433-448, 2012.
- LIMA-COSTA, M. F.; PEIXOTO, S. V.; FIRMO, J. O. A. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (projeto Bambuí). **Revista de Saúde Pública**. v.38, n.5, p.637-642, 2004.

LOCH, M.R.; BORTOLETTO, M.S.S.; SOUZA, R.K.T.; MESAS, A.E. Simultaneidade de comportamentos de risco para a saúde e fatores associados em estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Coletiva**. v.23, n.2, p.180-187, 2015.

LOPES, A.C.S.; TOLEDO, M.T.T.; CÂMARA, A.M.C.S.; MENZEL, H.J.K.; SANTOS, L.C. Condições de saúde e aconselhamento sobre alimentação e atividade física na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte-MG. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v.23, n.3, p.475-486, 2014.

MALTA, D.C.; ANDRADRE, S.S.C.A.; STOPA, S.R.; PEREIRA, C.A.; SZWARCOWALD, C.L.; SILVA JUNIOR, J.B.; REIS, A.A.C. Estilos de vida da população brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v.24, n.2, p.217-226, 2015a.

MALTA, D.C.; CAMPOS, M.O.; OLIVEIRA, M.M.; ISER, B.P.M.; BERNAL, R.T.; CLARO, R.M.; MONTEIRO, C.A.; SILVA JUNIOR, J.B.; REIS, A.A.C. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos residentes em capitais brasileiras, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v.24, n.3, p.373-387, 2015b.

MALTA, D.C.; OLIVEIRA, T.P.; VIEIRA, M.L.; ALMEIDA, L.; SZWARCOWALD, C.L. Uso e exposição à fumaça do tabaco no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v.24, n.2, p.239-248, 2015c.

MANSKE, G.S.; ROMANIO, F. Medicalização, controle dos corpos e Crossfit: uma análise do site CrossFit Brasil. **Revista Textura**. v.33, p.139-159, 2015.

MATSUDO, S.M.M.; ARAUJO, T.; MATSUDO, V.; ANDRADE, D; ERINALDO, A.; OLIVEIRA, L. C.; BRAGGION, G. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista atividade física e saúde**. v.6, n.2, p.5-18, 2001.

MATSUDO, V.K.R.; MATSUDO, S.M.M. Atividade física no tratamento da obesidade. **Revista Einstein**. Supl.1, p.S29-S43, 2006.

MEDINA, M.G.; AQUINO, R.; VILASBÔAS, A.L.Q.; MOTA, E.; PINTO JÚNIOR, E.P.; LUZ, L.A.; ANJOS, D.S.O.; PINTO, I.C.M. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? **Saúde em Debate**, v.38, n.esp., p.69-82, 2014.

MELLO, G.A.; FONTANELLA, B.J.B.; DEMARZO, M.M.P. Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. **Revista APS**, v.12, n.2, p.204-213, 2009.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MIELKE, G.E.; HALLAL, P.C.; RODRIGUES, G.B.A.; SZWARCOWALD, C.L.; SANTOS, F.V.; MALTA, D.R. Prática de atividade física e hábito de assistir à televisão entre adultos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v.24, n.2, p.277-286, 2015.

MORETTI, A.C.; ALMEIDA, V.; WESTPHAL, M.F.; BÓGUS, C.M. Práticas Corporais/Atividade Física e Políticas Públicas de Promoção da Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.2, p.346-354, 2009.

MOTA, J. Atividade física, sedentarismo e promoção da saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. v.17, n.3, p.163-164, 2012.

OLIVEIRA, F.A.; PIRAJÁ, W.C.; SILVA, A.P.; PRIMO, C.P.F. Benefícios da prática de atividade física sistematizada no lazer de idosos: algumas considerações. **Licere**. v.18, n.2, p.262-304, 2015.

OLIVEIRA, M.M.; MALTA, D.C.; SANTOS, M.A.S.; OLIVEIRA, T.P.; NILSON, E.A.F.; CLARO, R.M. Consumo elevado de sal autorreferido em adultos: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v.24, n.2, p.249-256, 2015.

OLIVEIRA-CAMPOS, M.; MACIEL, M.G.; RODRIGUES NETO, J.F. Atividade física insuficiente: fatores associados e qualidade de vida. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. v.17, n.6, p.562-572, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Noncommunicable diseases country profiles**. Geneva: OMS, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global**. São Paulo: Roca, 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde: Brasília, 2003.

PAIVA, C.H.A.; TEIXEIRA, L.A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. v.21, n.1, p.15-35, 2014.

PEREIRA, R.F.; ALVES-PEREIRA, R.A.; VALE, J.S. O processo de transição epidemiológica no Brasil: uma revisão de literatura. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**. v.6, n.1, p.99-108, 2015.

RAMALHO, J.R.O.; LOPES, A.C.S.; TOLEDO, M.T.T.; PEIXOTO, S.V. Physical activity levels and factors associated with the sedentary lifestyle of users of a basic health unit in Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista Mineira de Enfermagem**. v.18, n.2, p.433-439, 2014.

REICHERT F.F.; BARROS A.J.; DOMINGUES M.R.; HALLAL, P.C. The role of perceived personal barriers to engagement in leisure-time physical activity. **American Journal of Public Health**, v.97, n.3, p.515-519, 2007.

RIBEIRO, M.C.S.A.; BARATA, R.B.; ALMEIRA, M.F.; SILVA, Z.P. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.11, n.4, p.1011-1022, 2006.

RODRIGUES, J.D.; FERREIRA, D.K.S.; FARIAS JUNIOR, J.C.; CAMINHA, I.O.; FLORINDO, A.L.; LOCH, M.R. Perfil e atuação do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na região metropolitana de João Pessoa, PB. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. v.20, n.4, p.352-365, 2015.

ROCHA, J.S.Y.; CACCIA-BAVA, M.C.G.G. A atenção básica na construção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.14, supl.1, p.1336-1345, 2009.

SANTOS, R.P.; HORTA, P.M.; SOUZA, C.S.; SANTOS, C.A.; OLIVEIRA, H.B.S.; ALMEIDA, L.M.R.; SANTOS, L.C. Aconselhamento sobre alimentação e atividade física: prática e adesão de usuários da atenção primária. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.33, n.4, p.14-21, 2012.

SANTOS, S.C.; KNIJNIK, J.D. Motivos de adesão à prática de atividade física na vida adulta intermediária. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**. v.5, n.1, p.23-34, 2006.

SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B.; AZEVEDO E SILVA, G.; MENEZES, A.M.; MONTEIRO, C.A.; BARRETO, S.M.; CHOR, D.; MENEZES, P.R. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**. Saúde no Brasil. 2011.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; HOFFMANN, J. F.; MOURA, L.; MALTA, D. C.; CARVALHO, R. M. S. V. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**. v.43, Supl.2, p.74-82, 2009.

SILVA, K.L.; SENA, R.R.; MOURA, S.M.; BELGA, F.; SILVA, P.M.; RODRIGUES, A.T. Promoção da Saúde: desafios revelados em práticas exitosas. **Revista de Saúde Pública**, v.48, n.1, p.76-85, 2014.

SOUZA, I.L.; FRANCISCO, P.M.S.B.; LIMA, M.G.; BARROS, M.B.A. Nível de inatividade física em diferentes domínios e fatores associados em adultos: Inquérito de Saúde no Município de Campinas (ISACamp 2008/2009), São Paulo, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v.23, n.4, p.623-634, 2014.

SOUZA, T.F.; SANTOS, S.F.S; JOSÉ, H.P.M. Barreiras percebidas à prática de atividade física no nordeste do Brasil. **Pensar a Prática**. v.13, n.1, p.1-15, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.

SUNDFELD, A.C. Clínica ampliada na atenção básica. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**. v.20, n.4, p.1079-1097, 2010.

TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. **Promoção da saúde e SUS**: um diálogo pertinente. Série Sala de Aula, n.3. Salvador-BA: EDUFBA, 2006.

TEIXEIRA, M.B.; CASANOVA, A.; OLIVEIRA, C.C.M.; ENSGTROM, E.M.; BODSTEIN, R.C.A. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde em Debate**. v.38, n. esp., p.52-68, 2014.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; PINHEIRO, R.; BRITO, A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Revista Panamericana de Saúde Pública**. v.11, n.5-6, p.365-373, 2002.

VESPASIANO, B.S.; DIAS, R.; CORREA, D.A. A utilização do Questionário Internacional de Atividade Física (Ipaq) como ferramenta diagnóstica do nível de aptidão física: uma revisão no Brasil. **Saúde em Revista**. v.12, n.32, p.49-54, 2012.

ZIONI, F.; ALMEIDA, E.S.; PEREIRA FILHO, F.N.B. Políticas públicas e sistemas de saúde: a reforma sanitária e o SUS. In: ROCHA, A.A.; CESAR, C.L.G.; RIBEIRO, H. (Org.). **Saúde Pública - bases conceituais**. 2. Ed. São Paulo: Atheneu, 2013.

APÊNDICE A – Instrumento para coleta de dados sócio demográficos dos sujeitos do estudo.

1. CÓDIGO:

2. SEXO: () Masc. () Fem. 3.IDADE ÷:_____

4. PESO (Kg):_____ 5.ESTATURA (m):_____

6.ESCOLARIDADE:

- () Sem escolaridade formal
- () Ensino Fundamental INCOMPLETO
- () Ensino Fundamental COMPLETO
- () Ensino Médio INCOMPLETO
- () Ensino Médio COMPLETO
- () Ensino Superior INCOMPLETO
- () Ensino Superior COMPLETO

7.LOCAL DE RESIDÊNCIA (DISTRITO SANITÁRIO):

- () Norte.
- () Sul.
- () Leste.
- () Oeste.

8.POSSUI DIAGNÓSTICO MÉDICO DE:

- () HIPERTENSÃO ARTERIAL
- () DIABETES

9.VOCÊ É TABAGISTA?

- () Não
- () Sim (Fuma qualquer quantidade de cigarro, cachimbo, charuto,cigarro de palha, etc)

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa chamada “Nível de atividade física habitual da população adscrita na estratégia de saúde da família de Campo Grande-MS”. 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 por Ana Cristina Gomes de Lima.

A finalidade deste estudo é mensurar o nível de atividade física habitual da população adscrita na estratégia de saúde da família.

Poderão participar deste estudo indivíduos de ambos os sexos, na faixa etária de 20 a 59 anos e que sejam moradores da área adscrita da unidade de saúde.

Não poderão participar deste estudo pessoas com idade abaixo de 20 anos ou acima de 60 anos, indígenas, gestantes e pessoas com deficiência física e/ou mental que impeçam a prática de atividade física regular.

Você será entrevistado sobre o seu nível de atividade física e nos informará sobre sua escolaridade e idade. Essa será a única forma que participará deste estudo. Um grupo de aproximadamente 400 pessoas será entrevistado.

Talvez você se sinta constrangido em responder alguma pergunta, mas esse é o único risco ao qual estará exposto durante sua participação na pesquisa.

Sua participação no estudo pode trazer uma importante contribuição para toda a população atendida pela estratégia de saúde da família, inclusive você mesmo, pois os resultados da pesquisa poderão indicar algumas necessidades de saúde das pessoas atendidas pelos profissionais, especialmente na área de atividade física e saúde.

Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei, somente a pesquisadora, a equipe de estudo, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

Para perguntas ou problemas referentes ao estudo, ligue e peça para falar com Ana Cristina no telefone 3301-4339. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo chame o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no telefone (067) 3345-7187.

Sua participação no estudo é voluntária, por isso não haverá nenhum tipo de pagamento para participar da pesquisa. 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.

Assinatura do voluntário _____

Data: ____ / ____ / _____

Assinatura do pesquisador _____

Data: ____ / ____ / _____

ANEXO A – Questionário IPAQ (*Intenational Physical Activity Questionnaire*) - Versão Curta.

Nós estamos interessados em saber quais tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia-a-dia. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma **semana NORMAL, TÍPICA ou HABITUAL**. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício físico ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são **MUITO** importantes. Por favor, responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. **Obrigado pela sua participação!**

Para responder as questões lembre que:

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

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

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza **por pelo menos 10 minutos contínuos** de cada vez:

1a Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades **VIGOROSAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que faça você suar **BASTANTE** e aumentar **MUITO** sua respiração ou batimentos do coração.

Dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

1b Nos dias em que você faz essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gasta fazendo essas atividades **por dia?**

Horas: _____ Minutos: _____

2a Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades **MODERADAS** por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que faça você suar leve ou aumentem **moderadamente** sua respiração ou batimentos do coração (**POR FAVOR, NÃO INCLUA CAMINHADA**).

Dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

2b Nos dias em que você faz essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gasta fazendo essas atividades **por dia**?

Horas: _____ Minutos: _____

3a Em quantos dias de uma semana normal você **CAMINHA** por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

Dias _____ por **SEMANA** () Nenhum

3b Nos dias em que você caminha por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gasta caminhando **por dia**?

Horas: _____ Minutos: _____

4a Estas últimas perguntas são em relação ao tempo que você gasta **SENTADO** ao todo no trabalho, em casa, na escola ou faculdade e durante o tempo livre. Isto inclui o tempo que você gasta sentado no escritório ou estudando, fazendo lição de casa, visitando amigos, lendo e sentado ou deitado assistindo televisão.

Quanto tempo **por dia** você fica sentado em um dia da semana?

Horas: _____ Minutos: _____

4b Quanto tempo **por dia** você fica sentado no final de semana?

Horas: _____ Minutos: _____

ANEXO B – Questionário de Investigação de Barreiras Pessoais para a prática de atividade física.

1. O(a) Sr(a) se sente velho(a) demais para fazer atividade física?
 Sim Não

2. O(a) Sr(a) possui alguma lesão ou doença que atrapalhe na hora de fazer atividade física?
 Sim Não

3. O(a) Sr(a) gosta de praticar atividades físicas?
 Sim Não

4. O(a) Sr(a) sente preguiça ou cansaço para fazer atividades físicas?
 Sim Não

5. O(a) Sr(a) tem medo de se machucar fazendo atividades físicas?
 Sim Não

6. A falta de dinheiro atrapalha o(a) sr(a) à realização de atividades físicas?
 Sim Não

7. A falta de companhia é um fator que dificulta que o(a) sr(a) faça atividades físicas?
 Sim Não

8. O(a) Sr(a) tem tempo livre para fazer atividades físicas?
 Sim Não

ANEXO C – Estágios de adoção para a Prática Regular de Atividade Física.