

**ESTUDO DOS FATORES DETERMINANTES DA PRÁTICA DE
ATIVIDADES FÍSICAS DE PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS**

por

Marcelle de Oliveira Martins

Dissertação Apresentada ao Curso de Pós-Graduação
em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina
como Requisito Parcial à Obtenção do Título de Mestre em Educação Física

Março, 2000

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

A dissertação: **ESTUDO DOS FATORES DETERMINANTES DA PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS DE PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS.**

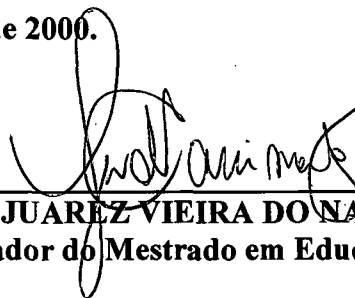
elaborada por: **MARCELLE DE OLIVEIRA MARTINS**

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Curso de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRE EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Área de concentração: Atividade Física Relacionada à Saúde

Data: 06 de Abril de 2000.

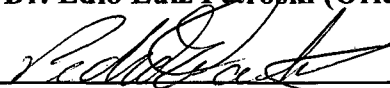


Prof. Dr. JUAREZ VIEIRA DO NASCIMENTO
Coordenador do Mestrado em Educação Física

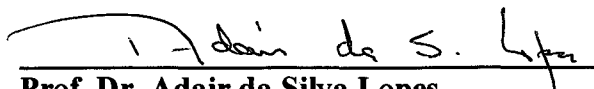
BANCA EXAMINADORA



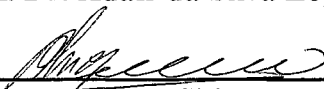
Prof. Dr. Edio Luiz Petroski (Orientador)



Prof. Dr. Pedro Alberto Barbeta



Prof. Dr. Adair da Silva Lopes



Prof. Dr. Viktor Shigunov

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todas as pessoas que tornaram possível a realização deste projeto pessoal e profissional, e que, com sua atenção e dedicação, ajudaram-me direta ou indiretamente. A todas elas, meus sinceros agradecimentos e minha admiração, especialmente:

A Deus, porque sem acreditar e confiar nele eu nada conseguiria.

Aos meus pais, Telmo e Yara, que se doaram para fazer de mim quem sou, e assim me fortaleceram espiritualmente, tornando-me capaz de percorrer este caminho; que sempre viabilizaram a realização de meus planos com seu amor e apoio incondicional.

Aos meus irmãos Luiz Felipe e Caroline, que com amor somado às pequenas e grandes ajudas no dia-a-dia foram fundamentais neste processo.

Ao amigo e professor Dr. Edio Luiz Petroski, que acreditou em mim desde o começo, e soube orientar meus passos, emoções e ambições com carinho e competência.

Aos professores Dr. Pedro Antônio Barbetta, Dr. Adair da Silva Lopes e Viktor Shigunov, que compuseram a banca examinadora deste trabalho, dedicando seu tempo e atenção.

Ao amigo, colega e companheiro Rodrigo Siqueira Reis, que com seu carinho e atenção deu-me força nesta caminhada e fez de mim alguém melhor, pessoal e profissionalmente.

Ao amigo Marcelo Eichler, que plantou em mim a semente da curiosidade científica e da auto-superação e soube sempre ser um amigo exemplar.

À companheira de todos os dias Maria Geci da Silva Pereira, que sempre foi prestativa e amiga, tornando-se verdadeiramente indispensável.

A todos os professores e funcionários do centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina, que participam da minha caminhada acadêmica desde o princípio, dando-me suporte e incentivo.

Ao Programa de Mestrado em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina, que me deu suporte fundamental, especialmente ao Prof. Dr. Juarez Vieira do Nascimento.

A todos os amigos do Núcleo de Pesquisa em Cineantropometria e Desempenho Humano, especialmente Andiará Schwingel, Adilson Monte, Cristiane de Lima, Edio Luiz Petroski, Elio Carlos Petroski, José Henrique Ramos, Nivia Marcia Velho, Osni Jacó da Silva, Ricardo Aurino de Pinho, Rodrigo Siqueira Reis e Tânia Bertoldo Benedetti, que sendo mais que colegas tornaram-se companheiros fora das salas de aula, principalmente a “Andi”, a “Cris” e o “Caco”.

Aos companheiros de mestrado Ana Cristina Pimentel, Cléia Rignon (e família!), Gelcemar Oliveira Farias, Luis de Mello Loi, Mauro Virgílio Gomes de Barros, Mariza Carmen da Silva, Alexandre Carricone Marques, que souberam compartilhar dias e noites, e ser amigos de maneira preciosa; que me fortaleceram com seu calor humano.

A Maria Lúcia Boos, Jairo João Luiz e Karla Pereira Tives, que me doaram seu carinho, tempo e dedicação sempre que necessário, tornando-se parte indispensável deste processo.

A Arnaldo Podestá e Jorge Balster, da Reitoria da Universidade Federal de Santa Catarina, que me auxiliaram com simpatia e presteza em momentos cruciais da coleta de dados e à Olga Bichibichi e Laerte Costa, profissionais e amigos cuja presença no CDS tornou meu percurso mais agradável e menos atribulado.

A todos os professores desta universidade que colaboraram na pesquisa com sua atenção e participação.

Às minhas alunas de ginástica, que sempre foram para mim grande estímulo, dando-me força e serenidade, alegria e vitalidade; que representam, cada uma, uma justificativa para meu crescimento profissional.

RESUMO

Estudo dos Fatores Determinantes da Prática de Atividades Físicas de Professores Universitários

Marcelle de Oliveira Martins

Orientador: Prof. Dr. Edio Luiz Petroski

Tendo em vista as novas recomendações para prática de atividades físicas (AF) relacionadas à saúde, um número crescente de pesquisadores têm preocupado-se em mensurar o nível de AF habitual em diversas populações, bem como tem-se procurado entender melhor o comportamento relacionado à prática de AF. Desta forma, tornou-se cada vez mais freqüente a preocupação em investigar os padrões de prática de AF, bem como os fatores que determinam esta prática (desestimulando ou incentivando a adesão ao estilo de vida fisicamente ativo). O propósito deste estudo, enfim, foi analisar os fatores determinantes da prática de AF de professores universitários, especialmente a existência de fatores facilitadores e a percepção de barreiras. Com este intuito, realizou-se um levantamento descritivo-correlacional, junto a uma amostra de 190 professores da Universidade Federal de Santa Catarina, que trabalham em regime de dedicação exclusiva. O instrumento utilizado foi um questionário de respostas objetivas, auto-administrado, composto por questões destinadas à caracterização da amostra, mensuração do nível de AF habitual, identificação dos estágios de mudança de comportamento, percepção de barreiras, existência de fatores facilitadores e conhecimento específico sobre AF. Os dados coletados foram tratados estatisticamente através do programa Statistica® (versão 5), e o nível de significância adotado foi " $p < 0,05$ ". A análise dos dados resultou nas seguintes conclusões: **a)** o nível de AF habitual dos professores universitários é reduzido e irregular; **b)** há diferenças entre a prática de homens e mulheres no tocante à intensidade das atividades habitualmente praticadas (homens praticam mais AF de intensidade vigorosa e combinam diferentes intensidades de prática), à regularidade da prática (mulheres são mais regularmente ativas) e à adesão à prática programada (mulheres aderem mais a programas de AF no tempo de lazer); **c)** a maior parte dos sujeitos percebe barreiras para a prática de AF, e predominam as barreiras de ordem pessoal, especialmente as relacionadas à falta de tempo, seguindo-se as barreiras de natureza psicológica e, enfim, as características ambientais (dentre as quais a falta de suporte social é mais prevacente que o ambiente físico desestimulante); **d)** os fatores facilitadores mais presentes são relativos a crenças normativas, percepção de benefícios da prática de AF, ambiente físico favorável e alta auto-eficácia, assim como os menos presentes são relativos a suporte social; **e)** o nível de conhecimento específico sobre AF foi considerado satisfatório, e embora não represente uma barreira para a prática de AF de professores universitários, não é um fator facilitador por si só; **g)** as características sócio-demográficas influem consideravelmente na percepção de barreiras, e barreiras relacionadas à profissão, às características familiares e à classe econômica são os principais determinantes da prática de AF reduzida e irregular de professores universitários; **h)** em geral, as barreiras percebidas sobrepõe-se aos fatores facilitadores existentes.

Palavras-chave: professores universitários, atividade física, comportamento, barreiras, facilitadores.

ABSTRACT

Study of the Determinants of University Teachers' Physical Activities Practice

Marcelle de Oliveira Martins

Advisor: Prof. Dr. Edio Luiz Petroski

Tends in view the new recommendations for practice of physical activities (PA) related to the health, a growing number of researchers have been worrying about take measures of the level of habitual PA in several populations, as well as have been trying to better understand the behavior related to the PA's practice. At this way, became more and more frequent the efforts in investigating the patterns of PA's practice, as well as the factors that determine this practice (obstructing or motivating the adherence to the active lifestyle). The purpose of this study, finally, was to analyze the determinant of the university teachers' PA practice, especially the existence of facilitative factors and the perception of barriers. With this purpose, a descriptive-correlational study was accomplished, close to a sample of 190 teachers of Santa Catarina's Federal University, whom work in regime of exclusive dedication. The used instrument was an objective, self-report questionnaire, composed by questions destined to the characterization of the sample, to measure the level of habitual PA, identification of the stages of exercise behavior change, perception of barriers, existence of facilitative factors and specific knowledge concerning PA. The data collected were statistically treated through the program Statistica® (version 5), and the adopted significance level was " $p < 0,05$ ". The data analysis resulted in the following conclusions: **a)** the level of the university teachers' habitual PA is limited and irregular; **b)** there are differences between the men's and women's practice concerning the intensity of the activities habitually practiced (men practice more vigorous PA and they combine different intensities in their practice), to the regularity of the practice (women are more regularly active) and to the adherence to the scheduled practice (women stick more to programs of PA in their leisure time); **c)** most of the subjects notices barriers for the practice of PA, and the barriers of personal order prevail, especially the related to the lack of time, being followed by barriers of psychological nature and, finally, the environmental characteristics (in which the lack of social support is more prevalent than unsuitable physical environment); **d)** the facilitative factors more presents are relative to normative beliefs, perception of benefits of the PA's practice, favorable physical environment and high self-efficacy, as well as the less presents is relative to social support; **e)** the level of specific knowledge concerning PA was considered satisfactory, and although it doesn't represent a barrier for the practice of PA, it is not by itself a facilitative factor; **g)** the social-demographic characteristics influence considerably in the perception of barriers, and barriers related to the profession, to the family characteristics and the economic class are the main determinants of the limited and irregular practice of university teachers' PA; **h)** in general, the noticed barriers are put upon to the existent facilitative factors.

Key-Words: university teachers, physical activity, behavior, barriers, facilitators.

ÍNDICE

	Página
LISTA DE ANEXOS	ix
LISTA DE FIGURAS	x
LISTA DE QUADROS	xi
LISTA DE TABELAS	xii
LISTA DE SIGLAS	xiii

Capítulos

I. O PROBLEMA 01

- Introdução
- Formulação da Situação Problema
- Objetivos do Estudo
- Justificativa
- Definição de Termos
- Delimitação do Estudo

II. REVISÃO DE LITERATURA 15

- Saúde e Atividade Física
 - Atividade Física e Exercício
 - Aptidão Física Relacionada à Saúde
 - Prática de Atividades Físicas Regulares x Sedentarismo
- Recomendações Atuais
- Padrão de Prática em Adultos
- Motivação e Comportamento
 - Motivação para a Prática de Atividades Físicas
 - Teorias Comportamentais
 - O Modelo Transteorético
- Determinantes da Prática de Atividades Físicas
 - Barreiras e Facilitadores

III. METODOLOGIA 55

- Modelo do Estudo
- População e Amostra
- Instrumentos
- Projeto Piloto
- Coleta de Dados
- Tratamento e Análise dos Dados
- Limitações do Método

IV. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	65
Características da Amostra	
Hábitos de Atividade Física	
Estágios de Mudança de Comportamento	
Barreiras Percebidas	
Fatores Facilitadores	
Conhecimento Específico sobre Atividade Física	
V. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	87
Descrição Geral dos Resultados	
Características da Amostra	
Prática de Atividades Físicas: Nível de Atividade Física	
Habitual e Estágios de Mudança de Comportamento	
Conhecimento Específico Sobre atividade Física	
Barreiras Percebidas e Fatores Facilitadores	
VI. CONCLUSÕES, CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES	111
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115
ANEXOS	121

LISTA DE ANEXOS

Anexos	Página
1. Solicitação ao Departamento de Recursos Humanos	121
2. Ofício Circular Entregue aos Chefes de Departamento	123
3. Carta-convite aos Professores Universitários	125
4. Instrumento de Pesquisa (Questionário).....	127
5. Anexo do Instrumento de Pesquisa: orientações para o preenchimento do CCEB.....	132
6. Godin Leisure-Time Exercise Questionaire.....	134
7. “Check List” de Sallis	136
8. Comunicação Pessoal de Bess Marcus (via Fax).....	138
9. Distribuição Conjunta de Frequências para Prática Semanal de Atividade Física de Intensidade Leve e Faixa Etária	140
10. Distribuição Conjunta de Frequências para Prática Semanal de Atividade Física de Intensidade Moderada e Faixa Etária	142
11. Distribuição Conjunta de Frequências para Prática Semanal de Atividade Física de Intensidade Vigorosa e Faixa Etária	144
12. Distribuição Conjunta de Frequências para Nível de Atividade Física Habitual e Faixa Etária	146
13. Tabelas de Distribuição de Frequências para Prática Semanal de Atividades Físicas de Intensidade Leve, Moderada e Vigorosa.....	148
14. Número de Citações para Atividades Físicas Praticadas no Tempo de Lazer ...	151
15. Correlação entre Variáveis Sócio-demográficas e Nível de Atividade Física Habitual, Percepção de Barreiras, Número de Fatores Facilitadores e Conhecimento Específico Sobre Atividade Física .	153
16. Distribuição de Frequências em Percepção de Barreiras	155
17. Tabelas de Distribuição Conjunta de Frequências para Percepção das Cinco Barreiras Mais Importantes, Segundo Gênero	157
18. Projeto Piloto	159

LISTA DE FIGURAS

Figura	Página
1. Continuum do Fator Determinante	50
2. Caracterização da Amostra Segundo Gênero	65
3. Caracterização da Amostra Segundo Titulação	67
4. Distribuição de Frequências por Faixa Etária Segundo NAFH por Categorias	71
5. Participação em Atividade Física no Tempo de Lazer Segundo Faixa Etária ...	72
6. Padrão de Prática de Atividade Física de Homens e Mulheres	74
7. Número de Ocorrências para Cada Estágio de Mudança de Comportamento....	75
8. Número de Ocorrências para Estágios de Mudança de Comportamento Segundo Faixa Etária	77
9. Distribuição de Frequências para Número de Barreiras Percebidas Segundo Faixa Etária	81
10. Diagrama de Dispersão entre Percepção de Barreiras e NAFH	82
11. Distribuição de Frequências da Pontuação em Fatores Facilitadores Segundo Gênero	83
12. Diagrama de Dispersão entre Fatores Facilitadores e NAFH	84

LISTA DE QUADROS

Quadro	Página
1. Processos de Mudança Utilizados para cada Estágio de Mudança de Comportamento segundo o Modelo Transteorético	45

LISTA DE TABELAS

Tabelas	Página
1. Distribuição Conjunta de Frequências Segundo Faixa etária e Gênero	66
2. Distribuição de Frequência Segundo Número de Filhos	67
3. Distribuição de Frequências para Classe Econômica	68
4. Distribuição de Frequências para Prática de Atividades Físicas de Intensidade Vigorosa, Moderada e Leve	69
5. Estatística Descritiva para a Variável Nível de Atividade Física Habitual	70
6. Distribuição de Frequências Segundo Nível de Atividade Física Habitual por Categorias	71
7. Testes de Associação entre Idade e Nível de Atividade Física Habitual	72
8. Testes de Associação entre Gênero e Prática de Atividade Física no Tempo de Lazer	73
9. Testes de Associação entre Nível de Atividade Física Habitual e Estágios de Mudança de Comportamento	75
10. Distribuição Conjunta de Frequências segundo Gênero, Estágios de Mudança de Comportamento e padrão de Prática de Atividade Física.....	76
11. Distribuição de Frequências para cada Barreira Citada	78
12. Valores de Correlação entre Barreiras Percebidas e Outras Variáveis Investigadas	79
13. Distribuição de Frequências para Percepção de Barreiras Segundo Gênero	80
14. Distribuição de Frequências para Número de Barreiras Percebidas segundo Gênero	81
15. Distribuição de Frequências para Conhecimento Específico sobre Atividade Física	85
16. Valores de Associação entre a Variável Conhecimento Específico e as Variáveis Gênero, Idade, Nível de Atividade Física Habitual, Estágios de Mudança de Comportamento, Percepção de Barreiras e Fatores Facilitadores	86

LISTA DE SIGLAS

ACSM: American College of Sports Medicine

AF: Atividade(s) Física(s)

AFV: Atividade Física de Intensidade Vigorosa

AFM: Atividade Física de Intensidade Moderada

AFL: Atividade Física de Intensidade Leve

AFLZ: Atividade Física de/no Lazer

CE: Conhecimento Específico sobre Atividade Física

EMC: Estágio(s) de Mudança de Comportamento

NAFH: Nível de Atividade Física Habitual

MT: Modelo Transteorético (Estágios de Mudança de Comportamento)

OMS: Organização Mundial de Saúde

QV: Qualidade de Vida

CAPÍTULO I

O PROBLEMA

Introdução

Atualmente o entendimento do termo *saúde* de forma multidimensional, considerando as necessidades fisiológicas, afetivas, motoras e intelectuais do homem de maneira mais ampla, profunda e dinâmica tornou-se mais evidente. A atenção destinada à percepção da saúde humana como um constructo multifatorial que transcende a simples concepção de “ausência de doenças” tem levado estudiosos da área da saúde, no mundo inteiro, a questionar antigos conceitos a ela relacionados.

No tocante à Educação Física, a reformulação de conceitos implica em novos entendimentos sobre o que vem a ser *saúde*, *aptidão física*, *qualidade de vida* e *bem-estar* (Nahas & Corbin, 1992; Pate, 1988; Shephard, 1995, 1996; Ziegler, 1996), e está cada vez mais fundamentada a tendência mundial em valorizar e adotar a atividade física (AF) rotineira como fator coadjuvante na recuperação, manutenção e/ou promoção da saúde (Barbanti & Guiselini, 1993; Sallis & Owen, 1999; Shephard, 1995, 1996; Wagorn, Théberge & Orban, 1993).

Outrossim, atualmente reconhece-se que a maximização dos níveis de desempenho motor e fisiológico não é fundamental, e tampouco necessária, para que se obtenha níveis satisfatórios de aptidão para as tarefas diárias e prevenção de doenças (Blair, 1995; Pate,

1995; Sallis & Owen, 1999).

As descobertas científicas sustentam o papel significativo da AF moderada na redução de riscos relacionados a doenças hipocinéticas. A literatura médica, principalmente, tem evidenciado os benefícios da prática regular de AF, contribuindo para o reforço da compreensão do binômio *atividade física e saúde*. Verifica-se, também, que profissionais da saúde têm posicionado-se contrariamente a hábitos considerados nocivos como tabagismo, dieta inadequada e sedentarismo.

Pesquisas provenientes de diferentes países tornaram óbvia a necessidade de se combater especialmente o sedentarismo (Blair, 1995; Nahas & Corbin, 1992; Pate, 1995; Sallis & Owen, 1999; Shephard, 1995; U.S. Department of Health and Human Services, 1996), o qual passou a figurar indiscutivelmente como um dos fatores comprometedores da qualidade de vida humana.

Embora relacionado intimamente à evolução tecnológica, urbana e econômica das diversas populações mundiais ocorrida neste último século, em se tratando de saúde o sedentarismo pode ser considerado uma “involução”.

A mudança de foco ocasionada pelo entendimento multidimensional da saúde permite conceber a mudança de hábitos de vida como um dos primeiros passos - senão o principal - no combate ao sedentarismo. A adoção de um “estilo de vida ativo” constitui-se uma prática eficiente de intervenção ou minimização de conseqüências indesejáveis do sedentarismo, considerando que este é, em si mesmo, um fator de risco à saúde.

Sallis e Owen (1999) destacam que estudos epidemiológicos têm confirmado ser a inatividade física a maior causa de mortalidade e morbidade, logo há uma consistente justificativa para procurar interferir no padrão de comportamento do indivíduo fisicamente inativo.

Admite-se também que a promoção do “estilo de vida ativo” é de interesse geral,

compreendendo interesses governamentais (saúde pública) e individuais (bem-estar pessoal). Compete ao profissional da saúde, incluindo o da Educação Física, desenvolver métodos que oportunizem e incentivem a inclusão da prática de atividades físicas na rotina dos indivíduos, independentemente de sexo, idade ou necessidades pessoais.

Embora reconhecidamente importante, a aderência ao comportamento ativo, ou seja, a fixação e manutenção do hábito de praticar AF, mesmo que moderadamente, não tem sido adotada por grande parcela da população (Berger, 1996). Estudos norte-americanos relatam que somente 10% a 15% dos adultos declararam estar engajados em exercícios vigorosos regularmente, e verificou-se que 25% a 30% dos adultos em países industrializados como EUA, Canadá, Inglaterra e Austrália podem ser caracterizados como sedentários em seu tempo de lazer (Sallis & Owen, 1999).

Há que se lembrar que o sedentário, após experimentar a prática de exercícios, opta pela manutenção ou desistência da mesma. Necessário se faz, então, considerar que os diversos momentos de tomadas de decisão (iniciar, manter, desistir ou retornar à prática) são influenciados por fatores motivacionais diferentes entre si, e particulares para cada um destes momentos (Berger, 1996; Biddle & Smith, 1991; Prochaska & Marcus, 1995).

Algumas teorias têm considerado a motivação um item multifatorial do comportamento humano, resultante de intenções variadas, derivadas de fatores pessoais e sócio-ambientais (Dishman, 1995; Bandura, 1986; Sallis & Owen, 1999). A motivação pode ser influenciada por estímulos e percepções intrínsecos ou extrínsecos, os quais irão orientar as tomadas de decisão dirigidas para a satisfação das necessidades ou desejos individuais (Berger, 1996; Deci & Ryan, 1985; Zimbardo et al., 1977).

Particularmente no campo da Educação Física em que se estuda AF e Saúde, cresce rapidamente o interesse pelo estudo de temas relacionados à motivação ou, mais especificamente, ao *comportamento humano*, o que implica na investigação da motivação

em suas facetas relacionadas à tomada de decisão, intenção e atitudes.

Pesquisas em AF relacionada à saúde, que têm referido-se ao estudo do comportamento humano, procuram investigar e entender os fatores que controlam e/ou influenciam a prática de AF, para que se produza conhecimento capaz de tornar as práticas de intervenção cada vez mais efetivas (Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute, 1996^a, 1996^b; Marcus, 1995; Riddle, 1980; U.S. Department of Health and Human Services et al., 1999).

Tais estudos têm origem na preocupação com os padrões de prática de AF, uma vez que pesquisas epidemiológicas apontam uma situação alarmante em relação ao sedentarismo e sua estreita ligação com a mortalidade e morbidade humanas.

Contudo, apesar da crescente compreensão da necessidade de se estimular a população à adoção de hábitos contrários ao sedentarismo, têm-se muito pouco domínio sobre as variáveis intervenientes na adoção de comportamentos e estruturação dos hábitos de vida. É preciso tentar compreender o comportamento humano relacionado à AF e seus fatores determinantes de maneira cada vez mais detalhada, e planejar e implantar estratégias de intervenção cujo objetivo seja interferir nos padrões de comportamento inadequados. Para Sallis (1994), é necessário melhor entendimento acerca das influências sobre hábitos de prática de AF, pois se os mais importantes e determinantes fatores puderem ser identificados pode-se torná-los alvo de programas educacionais ou outras formas de intervenção.

Formulação da Situação-Problema

O sedentarismo é epidêmico em sociedades industrializadas porque o comportamento do ser humano tem propiciado e perpetuado este estilo de vida há dois

séculos. É importante compreender que a inatividade física é um problema social, mais que uma questão de escolha individual.

Estudos de epidemiologia descritiva em AF atestam o alto índice de sedentarismo entre a população adulta e sabe-se hoje que é crescente o interesse por estratégias de intervenção que promovam a prática regular de AF, ou um “estilo de vida ativo” (Caspersen, Merritt & Stephens, 1995; U.S. Department of Health and Human Services et al., 1999; Marcus, 1995; Sallis & Owen, 1999).

Para Caspersen e Kriska (1997), investiga-se cada vez mais os padrões de AF da vida diária porque doenças crônicas como osteoporose e câncer tendem a ter longos períodos de desenvolvimento, e a exposição a longos períodos de inatividade física é que podem aumentar os fatores de risco relacionados a tais doenças. Com efeito, há estudos com crianças, adolescentes, adultos jovens e de “meia-idade”, idosos e populações especiais (cardiopatas, diabéticos, obesos, entre outros), alguns tentando descrever seu estilo de vida e comportamentos relacionados à saúde ou propondo programas educativos, outros tentando mensurar a quantidade de prática de AF realizadas em tais subgrupos populacionais (Andersen, 1999; Biddle & Smith, 1991; Dunlap & Barry, 1999; Martens, 1996; Nahas & Corbin, 1992; Pinho & Petroski, 1999).

Medir a AF, contudo, é uma tarefa delicada e complicada porque existem vários fatores que podem interferir no resultado final, tais como gasto calórico, intensidade do trabalho aeróbico realizado, flexibilidade e força individuais.

Para Sallis (1994), explicar a prática de AF enquanto “comportamento humano” é um desafio, mas devido aos sérios efeitos de estilos de vida inativos sobre a saúde pública está-se despendendo muito atualmente, em termos de recursos monetários e intelectuais, para que se entenda os fatores que a afetam.

Caspersen e Kriska (1997) declaram que um dos focos de pesquisa da atualidade

tem sido a *atividade física de/no lazer (AFLZ)*, pois devido ao fato de existir hoje menor atividade física no trabalho (pela tecnologia e automação presentes nas tarefas laborais) nos países industrializados, a AFLZ torna-se uma medida que representa mais fielmente a AF praticada pela população economicamente ativa.

Caspersen et al. (1995) citam que aqueles que não relatam praticar AF no tempo de lazer possuem níveis menores de AF na vida diária, e sugerem que a AFLZ é a mais forte e incontestável “dimensão” de prática de AF relacionada à inatividade física (quanto menor o nível de AF no lazer, maior o nível de sedentarismo).

Sallis e Owen (1999) salientam que, embora os dados disponíveis sugiram que adultos estão tornando-se um pouco mais ativos em seu tempo de lazer, não se pode dizer que aumentou o grupo de pessoas fisicamente ativas regularmente, e engajadas em programas de AF em intensidade moderada e/ou vigorosa. Ainda sobre AFLZ, Caspersen e Kriska (1997) acrescentam que o foco nas atividades ocupacionais e de lazer é válido para jovens e populações saudáveis.

Os níveis de AF variam em diferentes grupos populacionais e diferentes abordagens são necessárias para que haja intervenção efetiva em cada subgrupo. Dados sobre mudanças relativas à prática de AF são necessários para que se possa determinar quando as pessoas estão tornando-se mais ou menos ativas fisicamente ou, ainda, identificar subgrupos populacionais específicos que podem estar reduzindo seus níveis de prática de AF, o que implicaria na necessidade de intervenção.

Dados sobre padrões de comportamento populacionais relacionados à AF começaram a se tornar disponíveis a partir de 1980, de modo que ainda são recentes as informações que se têm. Devido à dificuldade de mensuração da quantidade de AF praticada, que implica em poucos dados disponíveis e confiáveis, e das dificuldades de comparação de resultados em diversos estudos por causa das diferentes metodologias

utilizadas, é necessário que se realize mais inferências (Sallis & Owen, 1999).

Atualmente, e com suporte científico, preconiza-se a execução de AF moderadas, pelo menos 30 minutos diários, todos dias da semana, de preferência, ou pelo menos três vezes na semana (ACSM, 1989; Pate, 1995; Phillips et. al. 1996; Shephard 1995, 1996). A sessões de AF não precisam ser de esforços continuados, podem ser realizados em pequenas sessões (três vezes de 10 min, por exemplo, ou duas vezes de 15 min).

É nesse contexto que se desenvolve e aprimora-se estudos relacionando comportamento e AF. Estes estudos são importantes uma vez que, mesmo com mais flexibilidade no tocante às recomendações para prática de AF (menos vigorosas, distribuídas em sessões menores e intermitentes, entre outros) constata-se que muitas pessoas mantêm-se em padrões de comportamento “inativos”. A necessidade de desenvolver estratégias de intervenção e promoção da prática de AF regulares com vistas à promoção de comportamentos saudáveis –incluindo-se o combate ao sedentarismo– é premente, portanto.

Com efeito, é particularmente útil identificar, estudar e discriminar variáveis que estão sujeitas a modificação e que têm sido consistentemente associadas com a prática de AF ou descritas como não tendo relação com AF. Inúmeras variáveis de categorias psicológicas, comportamentais e sociais foram consideradas como tendo forte relação com AF, incluindo suporte social, auto-eficácia, percepção de barreiras, percepção de benefícios, gosto pela atividade, processos de mudança, intenção de exercitar-se, baixa intensidade do exercício, hábitos alimentares (Dunlap & Barry, 1999; Marcus, 1995; Sallis & Owen, 1999; Riddle, 1980). Variáveis como “conhecimento”, história de exercício durante a juventude, crenças e suscetibilidade a doenças são variáveis de cunho psicológico e comportamental que estão fracamente relacionadas à prática de AF, pouco passíveis de serem modificadas com programas de intervenção.

Em outras palavras, sabe-se que fatores sócio-demográficos, biológicos, psicológicos e ambientais são determinantes na prática de atividades físicas, em algumas situações sendo facilitadores do comportamento ativo, outras sendo percebidos como barreiras para a prática de AF por representarem itens que o indivíduo percebe, entende e admite como tendo peso negativo em suas decisões (praticar ou não praticar AF). Conhecendo tais fatos, julga-se importante investigar as diferentes facetas dos fatores determinantes para a prática de AF.

Considerando que ainda são necessários mais estudos nesta área, especialmente no tocante à *população brasileira*, pretende-se pesquisar fatores relacionados à prática de AF em indivíduos *adultos*, dando especial atenção à *percepção de barreiras* e aos *fatores facilitadores* que podem intervir na experimentação e adoção do comportamento ativo.

Pretende-se estudar o *padrão de comportamento* de indivíduos com *grau de instrução superior*, pois este fator (instrução, escolaridade e acesso a informações sobre exercício) pode influenciar o comportamento relacionado à atividade física (Dishman, 1995^b; Sallis & Owen, 1999; U.S. Department of Health and Human Services et al., 1999), assim como pretende-se investigar adultos cujas atividades laborais não requeiram esforços físicos, uma vez que trabalhos de natureza pouco ativa podem estar relacionados à inatividade física tanto por implicar em baixo consumo energético (atividade pouco acima do gasto energético de repouso) como por propiciar uma atitude pouco ativa em grande parte do dia (Dul & Weerdmister, 1995; Sallis, 1994).

Admite-se, ainda, que a profissão está estreitamente relacionada com o estilo de vida por determinar, dentre outros fatores, o *tempo disponível para outras atividades* e a *classe econômica* a que pertence o indivíduo e, portanto, os bens de consumo que este possui e que, considerando a influência da tecnologia atual no nível de esforço e gasto energético diários, está também relacionada a menores níveis de AF.

É preciso, também, considerar aspectos como *sexo, idade, estrutura familiar, crenças e percepções pessoais* quando a proposta é realizar um levantamento abrangente sobre determinado subgrupo populacional, pois estes fatores estão relacionados intimamente com o estilo de vida adotado pelos indivíduos e também relacionados entre si, resultando em padrões de comportamento particulares.

Conforme os fatos anteriormente relatados, declara-se que o objetivo desta pesquisa é estudar os fatores determinantes da prática de atividades físicas em indivíduos adultos, com nível educacional superior, pertencentes à classe econômica média ou superior, cujos trabalhos supostamente requerem demanda energética leve.

Objetivos do Estudo

Objetivo Geral:

Analisar os fatores determinantes da prática de AF de professores universitários, especialmente a existência de fatores facilitadores e a percepção de barreiras.

Objetivos Específicos:

- Descrever os padrões de prática de AF adotados por professores universitários quanto ao nível de AF habitual (NAFH);
- Classificar os professores universitários quanto aos estágios de mudança de comportamento (EMC) relacionados à prática de AF;
- Identificar o grau de percepção de barreiras, bem como as barreiras mais percebidas por professores universitários;
- Descrever o grau de ocorrência de fatores facilitadores, bem como os facilitadores mais frequentes;

- Identificar o nível de conhecimento específico (CE) sobre AF;
- Verificar associações e correlações estatísticas existentes entre as variáveis.

Justificativa

Uma vez que a AF vem assumindo um papel cada vez mais importante na promoção da saúde na sociedade, a minimização do sedentarismo enquanto atitude populacional figura como uma necessidade cada vez mais urgente.

Os resultados da pesquisa proposta podem indicar novos caminhos na elaboração de estratégias de intervenção e promoção da saúde, no tocante à prática de AF condizente com as novas recomendações do ACSM (ACSM, 1989; Pate, 1995). Considera-se necessário estudar diferentes subgrupos populacionais para que decisões mais específicas possam ser tomadas por instituições governamentais e/ou profissionais da saúde.

Atualmente pode-se encontrar resultados de várias pesquisas sugerindo o fato de que indivíduos pertencentes a grupos sócio-demográficos diferentes, em estágios de comportamento diferentes, inseridos em ambientes físicos e sociais diferentes, possuem padrões de comportamento diferentes porque suas percepções (sobre si mesmo, a sociedade e o ambiente) relacionam-se estreitamente com suas decisões e ações, resultando em padrões de atitudes diferenciados (Prochaska & Marcus, 1995; Sallis, 1994; Sallis & Owen, 1999). Entender como comportam-se as pessoas de bom nível social, econômico e cultural de nossa comunidade pode melhorar a compreensão dos motivos que conduzem à adoção de um estilo de vida pouco ativo na vida adulta, apesar das atuais recomendações -mais flexíveis e comedidas- em relação à prática de AF.

A presente pesquisa justifica-se também por não se observar na bibliografia pesquisada estudos anteriores relacionados a professores universitários e, portanto, desconhece-se os hábitos desta população.

A utilização do instrumento proposto irá permitir, ainda, a validação dos instrumentos “*Questionário de AF no Lazer de Godin*” (Medicine and Science in Sports and Exercise, 1997) e “*Escala de Estágios de Mudança de Comportamento*” de Marcus (Marcus, 1998; U.S. Department of Health and Human Services et al., 1999) na população estudada, bem como a proposição de um instrumento mais completo a ser utilizado em pesquisas sobre barreiras e facilitadores para a prática de AF.

Entende-se que a realização da presente pesquisa poderá contribuir para com o conhecimento científico numa área de estudo em franca expansão que, apesar de ampliar-se suportada pelas mais atualizadas premissas dos conhecimentos em AF e saúde, necessita ainda inúmeras contribuições.

Definição de Termos

Atividades Físicas: qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética que resulta em consumo de energia/gasto energético maior que em níveis de repouso (Caspersen et. al., 1985).

Atividades Físicas de Intensidade Leve: atividades nas quais a demanda energética situa-se entre 0,12 a 1,79 kcal x kg/1 x dia/1 ou até 3 METs (Sallis & Owen, 1999), ou que requerem esforço mínimo para serem realizadas, podendo ser realizadas continuamente por longos períodos de tempo (Dul & Weerdmister, 1995).

Atividades Físicas de Intensidade Moderada: atividades nas quais a demanda energética é igual ou superior a 1,8 kcal x kg/1 x dia/1, ou 3 a 6 METs, como por exemplo

na caminhada rápida (Sallis & Owen, 1999), ou que elevam (moderadamente) a frequência cardíaca, mas não implicam em esforço físico exaustivo (Medicine and Science in Sports and Exercise, 1997).

Atividades Físicas de Intensidade Vigorosa: atividades nas quais a demanda energética é igual ou superior a $3,8 \text{ kcal} \times \text{kg}/1 \times \text{dia}/1$, ou igual ou superior a 7 METs, como por exemplo no “jogging” (Sallis & Owen, 1999), ou que fazem a frequência cardíaca acelerar consideravelmente (Medicine and Science in Sports and Exercise, 1997).

Atividade(s) Física(s) Regular(es): aquela realizada pelo menos cinco vezes por semana, durante trinta minutos diários ou mais (continuados ou intermitentes), se em intensidade moderada; ou realizadas pelo menos três vezes por semana, durante vinte minutos contínuos ou mais a cada sessão, se em intensidade vigorosa (Marcus, 1998).

Atividades Físicas de Lazer (ou no tempo de lazer): aquelas realizadas em tempo livre de obrigações com o trabalho remunerado.

Barreiras: razões, motivos declarados pelo indivíduo que representam um fator negativo em seu processo de tomada de decisão (neste caso, para a prática de AF). São fatores determinantes negativamente associados à prática de AF (Sallis & Owen, 1999).

Determinantes (da prática de atividades físicas): fatores que influenciam os hábitos de AF, que embora não sejam fatores causais, influenciam e/ou determinam o tipo e o montante de atividade física praticada pelo indivíduo (Dishman, 1995^b; Sallis, 1994).

Estágios de Mudança de Comportamento: um dos constructos centrais do Modelo Transteorético de Estágios de Mudança de Comportamento (ou, simplesmente, Modelo Transteorético), usualmente aplicado à pesquisa do comportamento humano relacionado à AF. Sugere uma dimensão de tempo e direção, de natureza dinâmica, na qual está o sujeito em processo de mudança comportamental. São eles: (a) Estágio de Pré-contemplação, (b) Estágio de Contemplação, (c) Estágio de Preparação, (d) Estágio de Ação, (e) Estágio de Manutenção (Prochaska & Marcus, 1995). Neste estudo admite-se ainda a fase de “Recaída” (Prochaska et al., 1992) como sendo um estágio adicional.

Facilitadores: são fatores determinantes positivamente associados à prática de AF, os quais atuam favoravelmente no processo de tomada de decisão, predispondo o indivíduo à prática de AF.

Processos de Mudança: constructo do Modelo Transteorético. São estratégias, atividades realizadas pelo indivíduo ou terceiros para modificar experiências e ambientes a fim de modificar seu comportamento, fazendo-o “progredir” ao próximo estágio de mudança de comportamento (Prochaska et al. 1992).

Sedentarismo: demanda energética inferior a $0,12 \text{ kcal} \times \text{kg}/1 \times \text{dia}/1$, ou que requer demanda energética próxima do MET basal, sugerindo que o indivíduo limita-se às atividades físicas essenciais e leves (Sallis & Owen, 1999).

Delimitação do Estudo

Este estudo limitou-se a estudar professores universitários vinculados à Universidade Federal de Santa Catarina, que trabalham em regime de dedicação exclusiva. A restrição do regime de trabalho foi imposta em função da pouca disponibilidade de recursos humanos, financeiros e materiais contrapondo-se à quantidade e diversidade de dados a serem coletados.

A delimitação a professores DE, entretanto, vem ao encontro da necessidade de controlar as variáveis “horas dedicadas ao trabalho” e “horas disponíveis para o lazer”, que haveriam de ser equivalentes entre os sujeitos em estudo a fim de evitar viés de seleção ou de confundimento.

CAPÍTULO II

REVISÃO DE LITERATURA

Saúde e Atividade Física

No século XX, em que a expectativa de vida aumentou devido aos processos tecnológicos e principalmente à pesquisa científica nas áreas das ciências exatas e da vida, emergiu a consciência a respeito da necessidade de se manter níveis mínimos de saúde, ao mesmo tempo em que o conceito de *saúde* deixa de significar simplesmente “ausência de doenças e afecções”.

Embora o termo saúde seja, ainda hoje, utilizado de forma simplista, quase como antônimo de doença, aceita-se amplamente a conceituação adotada pela Organização Mundial de Saúde em sua Constituição de 1948, a qual define *saúde* como sendo um complexo de valores que se refere tanto ao estado morfo-fisiológico de um indivíduo como ao seu estado mental, emocional, afetivo e social abrangendo, pois, todas as esferas do bem-estar pessoal (Pereira, 1999). Esta definição é, inclusive, adotada como consenso por profissionais da área da atividade física (Shephard, 1995).

As condições em que se encontra o indivíduo, com relação ao ajustamento dos aspectos do bem-estar pessoal, pode variar de um polo negativo a um polo positivo, sendo então a saúde vista sob uma ótica dinâmica e multifatorial. A ausência total de saúde (extremo do polo negativo) significaria a morte, e “níveis” próximos do polo negativo significam um comprometimento em que riscos de morte prematura seriam bastante

significativos. Maior aproximação do polo positivo está relacionada à vitalidade em geral, à capacidade de resistir e superar desafios e contornar o estresse, à capacidade de obter prazer e satisfação nas atividades diárias e ao engajamento voluntário em atividades cotidianas sociais e/ou individuais. (Barbanti & Guiselini, 1993; Shephard, 1995).

O conceito *saúde* está intimamente relacionado ao conceito de *qualidade de vida*, e também ao termo *longevidade*, quando sugere relativo controle da morbidade e prolongamento da vida útil e independente de um indivíduo.

O reconhecimento dos danos à saúde causados por maus hábitos (alimentares, comportamentais) e o entendimento profundo que hoje se tem das causas e efeitos das doenças crônico-degenerativas e hipocinéticas e do próprio envelhecimento humano traz à tona discussões sobre *como*, *porquê* e *quando* pode-se e deve-se manter a saúde individual o mais próximo possível de “valores positivos” (Blair, 1995; Cooper, 1982; Katch & McArdle, 1984; Nahas & Corbin, 1992; Shephard, 1995, 1996; Siedentop, 1996; Chodzko-Zajko, 1996).

O termo “qualidade de vida” (QV) também ganhou destaque à medida que estudos considerando o novo paradigma de saúde multidimensional propagaram-se. Afinal, o redimensionamento do termo saúde, por si só, permitiu que preocupações antes restritas a profissionais ligados à área da saúde “curativa” permeassem também o interesse de profissionais da área da saúde “preventiva”. Neste ínterim, informações sobre saúde desvincularam-se de dados unicamente clínico e laboratoriais, passando a figurar também em estudos sócio-econômicos, culturais e mesmo comportamentais.

Nahas (1997) comenta que, em geral, associam-se à expressão “qualidade de vida” fatores como estado de saúde, longevidade, satisfação pessoal (relacionada a fatores econômicos, trabalho, família), disposição e até espiritualidade. Para este autor, QV é um conceito complexo, multi-determinado, pois resulta da interação mais ou menos

harmoniosa de fatores do cotidiano humano (percepções, relacionamentos e situações vivenciadas).

Entre os fatores individuais que podem alterar a QV estão, com pronunciada importância, a hereditariedade e o estilo de vida e, a este último, relacionam-se os hábitos alimentares, o gerenciamento do estresse e a prática de AF.

Atualmente, a realização de atividades físicas (AF) pode ser considerada um evidente fator coadjuvante na determinação de níveis mínimos e adequados de saúde (e por consequência, de QV), independente do sexo, idade, grupo social ou etnia a que pertence o indivíduo.

Segundo Cooper (1982, p.17) “um dos grandes princípios do universo é o do equilíbrio, (...) e o mesmo acontece com o ser humano”. Para estar em “equilíbrio” (psicossomático, neste caso), e poder então gozar dos benefícios consequentes, é preciso que se submeta a uma quantidade adequada de exercícios, que se consuma determinados tipos de alimentos em uma dieta equilibrada e variada, que se possa desfrutar de uma quantidade adequada de sono e alívio das tensões e esforços do dia-a-dia.

Duas relações triádicas têm sido bastante estudadas: “*Atividade Física, Alimentação, Repouso*” (no começo da década de 80, com Kenneth Cooper) e, mais recentemente, “*Atividade Física, Aptidão Física e Saúde*”. Em ambas, a prática de AF tem merecido destaque, tendo-se proposto nos últimos anos uma mudança de paradigmas que elevou sua importância e comprovou sua contribuição para a promoção da saúde (ACSM, 1989; Cooper, 1982; Nahas & Corbin, 1992; Pate, 1988, 1995; U.S. Department of Health and Human Services, 1996).

Para aceitar estes novos paradigmas no contexto da Educação Física, tornou-se indispensável aprofundar o entendimento e mesmo a uniformização de conceitos como “atividades físicas”, “aptidão física” e “aptidão física relacionada à saúde”.

Atividade Física e Exercício

Recentemente, estudiosos da área da AF preocuparam-se em esclarecer o conceito do termo “AF”, bem como diferenciá-lo do termo “exercício”. A conceituação mais comumente usada para o termo data de 1985, e foi apresentada no periódico *Public Health Reports* por Caspersen, Powell e Christensen no estudo intitulado “*Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research*” (Atividade física, exercício e aptidão física: definições e distinções para pesquisa relacionada à saúde).

Após esta divulgação de conceitos distintos para os dois termos, houve um salto em qualidade em se tratando de estudos na área da Educação Física, modificando-se verdadeiramente pontos de vista e possibilidades de pesquisa.

O grande passo dado para focalizar o interesse de muitas pesquisas em saúde na prática de AF, talvez tenha sido a exaltação do tema “balanço energético”, quando nos meados deste século tornaram-se cada vez mais evidentes as relações entre alta ingestão calórica e morbidade.

Se antes pensava-se que o excesso de peso era causado tão somente por elevada ingestão calórica, hoje pode-se afirmar que o sobrepeso é resultante do desequilíbrio entre o número de calorias ingeridas e o número de calorias gastas para suprir as atividades diárias (Katch & McArdle, 1984; Guedes & Guedes, 1998).

O excesso de gordura e de peso corporal, por sua vez, é acompanhado por maior suscetibilidade a várias disfunções crônico-degenerativas que levam sensivelmente os índices de mortalidade e morbidade (Guedes & Guedes, 1998). Cooper (1982) já declarava, no início da década de 80, que deveria haver um “medo saudável” da obesidade, dadas as inúmeras revelações da íntima relação entre excesso de gordura e doenças do coração, hipertensão e certos tipos de câncer, assim como sugeria as AF aeróbias como

atividades auxiliares na manutenção do peso corporal.

A obesidade foi, por longa data, foco de atenção em pesquisas epidemiológicas, evidenciando a necessidade de manter o percentual de gordura corporal em níveis saudáveis. Ainda hoje faz-se grandes levantamentos na área da saúde cujos resultados apontam para índices preocupantes de doenças relacionadas a um balanço energético inapropriado. O World Health Report de 1999 (OMS, 1999) cita com ênfase as doenças cardiovasculares, pois elas são responsáveis por 10% dos anos perdidos de vida saudável, os quais levam à morte prematura em países de baixa e média renda. Este percentual sobe para 18% em países de alta renda, sendo a isquemia do miocárdio e os derrames (enfermidades relacionadas a excesso de gordura) as duas maiores causas de mortalidade no mundo, para ambos os sexos.

Tais fatos deixam ainda mais nítida a explicação do porque as AF têm sido consideradas fatores coadjuvantes na recuperação e manutenção da saúde: o papel que podem representar na manutenção do balanço energético adequado (gasto energético total menor que ingestão energética total) determina parte da importância de sua inclusão de maneira significativa na vida diária.

Sabe-se que os componentes do gasto energético total, para um ser humano, são o *metabolismo basal*, que compreende 50 a 70% do total de energia despendida, o *efeito térmico da comida*, que implica em 7-10% do gasto energético total, e *atividades físicas* (Caspersen & Kriska, 1997).

Segundo Caspersen, Powell e Christensen (1985), AF refere-se a “qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética que resulta em consumo de energia/gasto energético”.

Esta definição tem sido amplamente utilizada e inclui, segundo Nahas (1997), esportes, atividades ocupacionais (trabalho), atividades da vida diária (deslocamentos e

demais movimentos do dia-a-dia, tais como vestir-se, alimentar-se, carregar/empurrar/puxar objetos), danças e artes marciais, exercícios físicos.

Caspersen et al (1985) definem exercício como uma AF planejada, estruturada, sistemática, efetuada com movimentos corporais repetidos, a fim de manter e/ou desenvolver um ou mais componentes da aptidão física.

A sutil diferença entre AF e exercício ainda gera confusão devido ao fato de que as AF englobam, por definição, os exercícios, mas o contrário nem sempre acontece. Fazer exercícios físicos é uma forma de praticar AF, embora muitas AF não sejam exercícios.

Praticar AF pode não ser considerado “fazer exercícios”, caso o movimento corporal seja feito espontaneamente, sem intuito de treinar o organismo, com movimentos não planejados e desestruturados, descompromissados com resultados, tempo ou técnica de execução. Por exemplo, a caminhada que se faz sistemática e regularmente, com intuito de emagrecer é um exercício, mas a caminhada que se faz para ir às compras ou passear é uma AF; faz-se exercício quando se vai a uma aula de dança supervisionada por professor, mas faz-se AF quando se vai a um baile; levantar pesos em sessões de musculação é exercício, mas levantar pesos enquanto arruma a casa ou trabalha é AF.

Assim entendida, a AF pode ser aceita, praticada e incorporada no cotidiano de qualquer indivíduo. Pode ser divulgada com maior margem de aceitabilidade, pois implica em tarefas motoras com maior possibilidade de adaptação.

Obviamente, a manutenção do balanço energético adequado, assim como os demais benefícios decorrentes da prática de AF podem ser conseguidos com a prática de exercícios físicos, especificamente. Todavia, percebeu-se que as AF são mais passíveis de serem realizadas diariamente, e por mais pessoas.

As características da AF envolvem o tipo de atividade, sua frequência, duração e regularidade, a situação em que é praticada (no trabalho ou no lazer), o local de prática (em

casa, áreas públicas, no trabalho, na escola), o fato de ser realizada com ou sem supervisão profissional, sua espontaneidade ou obrigatoriedade. A prática de AF, dependendo de como apresentam-se tais características, irá influenciar a aptidão física e o estado de saúde.

Aptidão Física Relacionada à Saúde

A conceituação prévia do termo *aptidão física* é necessária antes que se queira relacioná-lo à saúde. A *aptidão física* não deve ser entendida como um termo unifatorial, mas sim como um conjunto de atributos referidos a um indivíduo, que pode apresentar-se de forma diferenciada nas diversas fases da vida (Nahas, 1989).

Segundo Pate (1988), tal conceituação sofreu diversas modificações ao longo deste século, principalmente após a década de 40, quando então reportava-se quase exclusivamente à capacidade funcional, e não se mencionava a relação exercício/saúde. Não se considerava componentes hoje indiscutivelmente relacionados à saúde como, por exemplo, a composição corporal, e se valorizava a aquisição e/ou melhoria de capacidades físicas que atualmente estão mais vinculadas à aptidão para performance motora (ou desportiva) que à saúde (como a velocidade, a potência anaeróbia e agilidade).

Se *aptidão* for entendida como uma capacidade individual (que considera qualidades inatas e qualidades adquiridas) passível de ser treinada, percebe-se que mesmo as antigas definições de aptidão física não estavam de todo equivocadas, mas sim restritas.

Aptidão física já fora definida, em 1965, como o “grau de habilidade para executar uma tarefa física específica sob condições ambientais específicas” (Karpowich citado por Pate, 1988).

Este entendimento não está errado, e identifica *aptidão física* como sendo dependente da capacidade de *exercitar-se*. A relação com as capacidades físicas é inegável

quando se pensa em aptidão *física*, porém hoje sabe-se que a gama de respostas motoras que se é capaz de realizar é resultante de ocorrências fisiológicas, neurológicas e metabólicas, relacionadas entre si, e portanto não refere-se somente a aspectos “físicos”.

Deve-se avaliar a capacidade para a realização de exercícios específicos, como os esportes, mas não se deve deixar de analisar a capacidade para realizar atividades físicas em geral, as quais se fazem presentes em nosso dia-a-dia das formas mais variadas. O movimento é uma forma natural e espontânea, própria do Homem, de exploração e integração com o meio que o cerca.

A percepção de que atividades físicas cotidianas como, por exemplo, as solicitadas em horas de lazer ou trabalho ou, simplesmente, em situações de deslocamento ou movimentação “utilitária” (caminhar nas ruas ou em casa, fazer faxina, lavar roupas) também requerem o mínimo de aptidão do organismo, trouxe a necessidade de ampliar a abrangência do termo *aptidão física*.

O conceito de *aptidão física* deixou de relacionar-se de forma generalizada a componentes de aptidão para desempenho motor (ênfaticamente na busca da performance “desportiva” ou “atletica”) e foi “reestruturado”. Assim, a aptidão física pôde ser conceituada sob três enfoques: aptidão física *funcional*, *motora* ou *relacionada à saúde* (Barbanti & Guiselini, 1993; Pate, 1988; Shephard, 1995).

De posse deste entendimento, e sabendo que os componentes da aptidão física compreendem aspectos de *função muscular*, *morfologia*, *habilidades motoras*, *metabolismo* e *funções cardiorrespiratórias* (Barbanti & Guiselini, 1993; Pate, 1988; Shephard, 1995), pode-se concluir que a *aptidão física relacionada à saúde*, especificamente, deve estar relacionada fundamentalmente com as atividades diárias do indivíduo - e da sociedade como um todo - necessárias à sobrevivência saudável e com qualidade de vida ao menos satisfatória.

Prática de Atividades Físicas Regulares X Sedentarismo

Considerando a reformulação do conceito de “aptidão física”, bem como sua estreita relação com a saúde, atualmente a prática de AF figura como agente promotor da saúde (pois é capaz de aprimorar a aptidão física) e, conseqüentemente, como fator interferente na qualidade de vida.

Nahas e Corbin (1992, p.49) lembram que “dentro do novo paradigma de saúde (dinâmico, multidimensional), não há dúvida de a AF representa papel importante e deveria estar presente nos hábitos de vida de qualquer indivíduo”.

O conhecimento atualmente disponível, abundante e cada vez mais minucioso, permite que se enumere cada vez mais evidências dos benefícios da prática regular de AF, mesmo que informal, para a recuperação, manutenção ou promoção da saúde.

Preocupadas com estas evidências, renomadas organizações como a OMS (Organização Mundial da Saúde) e ACSM (American College of Sports Medicine) têm assumido posições contrárias ao sedentarismo e têm divulgado a prática de AF regulares como meio eficaz de promover a saúde pessoal e/ou pública (ACSM, 1989; Dishman, 1995; Nahas & Corbin, 1992; OMS, 1999; Pate, 1995; Sallis, 1994; Sallis & Owen, 1999; U.S. Department of Health and Human Services, 1996, U.S. Department of Health and Human Services et al., 1999).

Os benefícios alcançados com a prática de AF regulares abrangem desde o bem-estar psicológico (Berger, 1996; Fox, 1997; Sallis & Owen, 1999; Shephard, 1996) até adaptações nos sistemas orgânicos fundamentais no controle das doenças crônico-degenerativas (Cooper, 1982; Katch & McArdle, 1984; Nieman, 1990; Shephard, 1995, 1996) e importantes para um envelhecimento com qualidade de vida (Olszewer, 1994; Wagorn et al., 1993; Chodzko-Zajko, 1996).

Por outro lado o sedentarismo, por si só, permite que se desencadeie a ação

conjunta ou isolada de fatores de risco à saúde (acúmulo de placas de ateroma, hipertensão arterial, diminuição da densidade óssea, estresse, enrijecimento músculo-articular, entre outros) o que explicitamente contribui para a instalação de um quadro de morbidade.

Shephard (1995) e o Surgeon General Report (U.S. Department of Health and Human Services, 1996) enumeram fortes –e comprovadas– evidências de que a prática de AF regular atua contrariamente às doenças renais e artério-coronarianas, hipertensão, diabetes mellitus tipo II, osteoporose, depressão e ansiedade, traumas cirúrgicos e alguns tipos de câncer, e que pode atuar também contra desordens neuro-musculares, problemas lombares e obesidade, por exemplo.

Várias publicações têm veiculado a informação de que ser inativo dobra a chance de risco para doenças coronarianas e, apesar disto, a inatividade física (sedentarismo) é comum, com mais da metade da população de países industrializados (principalmente norte-americanos) sendo menos ativa do que se recomenda (Sallis & Owen, 1999; U.S. Department of Health and Human Services, 1996).

Recomendações Atuais

Segundo o U.S. Department of Health and Human Services et al. (1999), as recomendações nacionais (EUA) para prática de AF vêm evoluindo desde 1960, quando se começou a traçar orientações específicas à prática de AF e prescrição de exercícios baseadas nos recentes e cada vez mais numerosos estudos científicos. Pode-se considerar a evolução histórica das recomendações norte-americanas, sem dúvida, a evolução de recomendações internacionalmente aceitas em relação a AF e saúde, pois elas serviram de exemplo para as demais nações do chamado “primeiro mundo”.

Em 1978, o ACSM divulgou recomendações com vistas à promoção da Aptidão

Física, as quais estabeleciam a quantidade e o tipo de AF (exercício, na época) adequados para que adultos saudáveis desenvolvessem e/ou mantivessem níveis adequados de aptidão física. Tais recomendações preconizavam a realização de atividades aeróbias tradicionais (correr, nadar, pedalar, ginástica aeróbia) três a cinco vezes por semana, em intensidade moderada a alta (60% a 90% da frequência cardíaca máxima ou 50% a 85% do volume de oxigênio máximo), durante 15 a 60 minutos contínuos.

Para Sallis e Owen (1999), havia problemas com as orientações de 1978. Primeiro, elas foram prescritas com vistas à promoção da aptidão aeróbia em adultos saudáveis, mas eram freqüentemente interpretadas como condições para *ser saudável*. Segundo, os estudos em que se basearam para formulá-las foram feitas com homens caucasianos jovens e, no entanto, estavam sendo generalizadas para mulheres, crianças, idosos e todos os grupos étnicos. Terceiro, as atividades “tradicionalmente” aeróbias especificamente priorizadas não agradavam à maioria da população adulta. Tais fatos contribuíram consideravelmente para que estas recomendações não fossem adotadas pela população e, por conseqüência, tendo que ser revistas e reformuladas.

Em 1988 o ACSM incorporou objetivos relacionados à aptidão física e à saúde em um novo “estatuto”, estabelecendo recomendações distintas para estas duas metas, mas por falta de um consenso a respeito de vários itens relacionados à quantidade e qualidade de exercícios necessários à melhoria de parâmetros de saúde, em 1990 só foram publicadas as recomendações relativas à aptidão física (Pollock et. al., 1995). As recomendações anteriores para atividades aeróbias foram mantidas, porém acrescentou-se a elas orientações para a prática de treinamento com pesos (praticar duas vezes por semana uma série de 8 a 12 repetições em 8 a 10 exercícios para grandes grupamentos musculares).

Em 1995 a American Heart Association (AHA) divulgou orientações para “padrões de exercícios” as quais sugeriam exercícios que desempenhassem a função de “atividades

de promoção da saúde”, pelo menos três vezes na semana, durante 30 minutos no mínimo com intensidade de 50% a 60% do volume de oxigênio máximo (Pate, 1995; Pollock et. al. 1995), o que já representava padrões bem mais flexíveis.

No entanto, segundo Phillips et al. (1996), grande parte da população mantinha-se em níveis de atividade física essencialmente sedentários, e diante disso decidiu-se organizar novas orientações e diretrizes para a prática de AF.

Buscou-se, então, conhecimento científico condizente com a urgência em modificar este quadro e responder melhor às necessidades concernentes à saúde pública: em fevereiro de 1995 o ACSM juntamente com o CDC (Center for Disease Control), publicou novas recomendações que salientavam a prática de AF (não especificadas) de intensidade moderada, feitas diariamente de forma continuada ou intermitente, desde que acumulassem pelo menos 30 minutos de execução.

Estas novas recomendações foram assim elaboradas com o intuito de tornarem-se mais flexíveis, possíveis e efetivamente praticadas, incluindo desde então recomendações para prática de exercícios de força e resistência muscular e, ainda, flexibilidade.

Em seguida, o U.S. Department of Health and Human Services (1996), publicou um importante e completo documento (The Surgeon General Report), o qual divulgava as novas recomendações e diretrizes para prática de AF relacionada à saúde.

Este documento têm servido de referência para pesquisas de intervenção, laboratoriais e de observação no campo da educação física, que se multiplicaram consideravelmente neste final de década.

Em linhas gerais, as atuais recomendações (do ACSM e outras organizações de saúde internacionais) focalizam objetivos de saúde e/ou aptidão, que podem propiciar estabelecimento de metas e programas de AF mais individualizados, com máximo benefício e mínimo risco.

Nota-se, inclusive, que objetivos de saúde pública traçados para a nação norte-americana (o de aumentar o número de pessoas fisicamente ativas no tempo destinado ao lazer), bem como as recomendações aceitas especialmente para mulheres, adolescentes e idosos, estão sendo adotados em outros países –como Canadá, Inglaterra, Austrália e Brasil– através de iniciativas em programas de intervenção sociais e educacionais (Biddle & Smith, 1991; Fox, 1991; Matsudo, 1997; Physical Activity Benchmarks, 1999; Sallis & Owen, 1999).

Entretanto, ainda que revisadas e melhoradas à luz do conhecimento científico atual, as novas recomendações também estão sujeitas a equívocos. Sallis e Owen (1999) afirmam que :

...tem havido alguns equívocos quanto às orientações que se referem às atividades de intensidade moderada. Muitas pessoas acreditam que não precisam fazer tanta atividade se seguirem as orientações de prática de AF moderadas, quanto se seguirem as orientações do ACSM para AF vigorosas. Isso não é verdade, porque o total de dispêndio energético é muito similar. Porque a intensidade é reduzida nas orientações para AF moderadas, a frequência deve ser aumentada de três vezes por semana para preferencialmente todos os dias. A principal diferença das orientações para atividades vigorosas é a intensidade das atividades. (p.60)

Um segundo equívoco é que AF moderadas requerem pouco ou nenhum grau de exaustão, o que leva muitas pessoas a considerarem AF leves na certeza de estarem atingindo nível de esforço moderado; outro engano é assumir a idéia de que AF vigorosas não são mais recomendadas: as evidências científicas ainda apontam as atividades vigorosas como aquelas capazes de produzir maiores benefícios para indivíduos saudáveis e com mínima aptidão física para praticá-las (Sallis & Owen, 1999).

Atividades vigorosas são, portanto, ainda consideradas adequadas, mas para aqueles que não praticam regularmente AF vigorosas, é importante que se trabalhe com o intuito de promover a prática de AF moderadas (Pollock et. al., 1995; U.S. Department of Health and Human Services et al., 1999), ou o número de pessoas engajadas em AF diárias e regulares

(Blair, 1995; Pate, 1995; Phillips, 1996).

Para Pollock et. al. (1995, p.332) “as orientações atuais e futuras continuarão a enfatizar fatores que resultem em mudanças permanentes no estilo de vida e encorajem a prática de AF”, para que mais pessoas possam corresponder às recomendações propostas, aderindo a um estilo de vida mais “saudável”, tornando-se fisicamente ativos por períodos prolongados nas diversas fases da vida, de preferência por toda sua vida.

Padrões de Prática em Adultos

A necessidade crescente de intervir contra o sedentarismo fez surgir recomendações, programas de intervenção e de prática orientada, através de iniciativas públicas e privadas, e os estudos epidemiológicos relacionados à AF foram crescendo em importância, uma vez que levantamentos populacionais, com dados descritivos confiáveis e minuciosos são fundamentais para estruturar tais iniciativas.

Para Sallis e Owen (1999, p.94), tais dados são necessários por três motivos: “é importante saber o quanto a inatividade física tem tornado-se parte integral da vida das pessoas, (...) como ela está distribuída na população e (...) quais são os padrões –no tempo– da participação em AF”.

Responder a estas questões significa saber se as orientações do ACSM estão sendo seguidas e por quantas pessoas (% da população total), se mulheres estão mais ativas que homens, ou jovens mais que adultos ou, ainda, se os de maior escolaridade são os mais ativos fisicamente entre os adultos. As pessoas estão mais ativas que há dez anos atrás? Tais respostas permitem identificar momentos e segmentos sociais em que é necessário modificar ou incrementar estratégias de ação interventora, e com levantamentos extensivos, enfim, os epidemiologistas podem identificar e conhecer melhor mudanças de

comportamento da população e seus subgrupos (Caspersen et. al., 1995; Sallis, 1999).

Sallis e Owen (1999) apresentam uma série de dados de estudos epidemiológicos de vários países, todos relacionados à prática de AF e padrões de atividade entre adultos. Em estudos australianos, os fisicamente *menos* ativos encontram-se em maior número dentre os mais idosos, de menor nível de escolaridade, e que têm salários mais baixos. Mulheres reportam ser *menos* ativas que os homens, embora esta diferença não seja estatisticamente significativa.

Alguns estudos, realizados nos EUA, referem-se também a diferenças étnicas que influenciam padrões de prática de AF (Caspersen et. al., 1995; Stonecipher, 1998; U.S. Department of Health and Human Services et al., 1999), e estudos demográficos sobre inatividade física apontam mulheres tendem a ser menos ativas que os homens; a inatividade física aumenta em proporção à idade cronológica; e a prevalência de inatividade diminui conforme aumenta-se a instrução e o salário recebidos (Caspersen et. al., 1995; Sallis & Owen, 1999).

No Brasil, apesar de haver ainda poucas informações disponíveis, alguns dados sugerem que os números em relação ao sedentarismo são similares às dos demais países (Nahas, 1997). Segundo Anjos (1999), estudos brasileiros sugerem que grande parte da população, com predominância para as mulheres, seria fisicamente inativa.

Dishman (1995^b) lembra que os determinantes da AF são diferentes em diferentes subgrupos populacionais, e uma vez que estão fortemente relacionados com os padrões de prática, justificam-se as diferenças entre gênero, idades ou mesmo profissões.

Se a AF é classificada como vigorosa em termos de sua intensidade absoluta, como “maior que 06 MET’s”, então os níveis de participação em AF deste nível de esforço decaem claramente com a idade.

Há que se considerar, contudo, que a aptidão física também decresce com a idade,

em termos de valores absolutos, e uma atividade moderada para um jovem adulto poderá ser vigorosa para um indivíduo idoso, devido ao fato de atividades que requerem esforços em determinados MET's irão implicar em altas percentagens de esforço cardiorrespiratório máximo o qual, declina com o avanço da idade cronológica. O mesmo raciocínio aplica-se à interpretação das diferenças de prática (para atividades vigorosas) entre mulheres e homens, pois a capacidade cardiorrespiratória das mulheres é, em média, menor que a dos indivíduos do sexo masculino (Caspersen et. al., 1995).

Finalmente, é preciso lembrar que levantamentos populacionais muitas vezes não podem ser comparados também entre nações, pois metodologias utilizados em países distintos usualmente apresentam os dados em unidades de medida diferentes, incompatíveis (Dishman, 1995^b; Caspersen et. al, 1995; Sallis & Owen, 1999).

Em linhas gerais, os padrões de AF atuais –na população adulta e baseando-se nos dados de estudos internacionais– descrevem uma população pouco ativa fisicamente no tempo de lazer, que se torna menos ativa com o passar dos anos (avanço da idade), e que é influenciada por fatores como gênero, escolaridade, grupo étnico, disponibilidade de ambiente e tempo para praticar AF, sendo que o percentual de adultos engajados em AF vigorosas e regulares é ainda pequeno (Dishman, 1995^b; Sallis, 1994; Stonecipher, 1998; U.S. Department of Health and Human Services, 1996).

Motivação e Comportamento

O interesse em motivar as pessoas à adesão ao estilo de vida ativo, fez com que estudos sobre comportamento ganhassem espaço e atenção considerável no âmbito da Educação Física.

Reconhece-se atualmente que entender claramente o comportamento, as teorias

comportamentais e os processos de mudança de comportamento é fundamental para o sucesso de qualquer programa de promoção da saúde (U.S. Department of Health and Human Services et al., 1999).

Inicialmente, foi o termo “motivação” que figurou nas primeiras pesquisas comportamentais de educação física, tendo sido praticamente uma palavra-chave nos estudos das décadas de 70 e 80. Tal fato deve-se à utilização do referencial teórico da área da Psicologia.

A busca de um referencial teórico cada vez mais específico, no entanto, trouxe à tona termos e constructos teóricos, e o foco de pesquisas na área da educação física hoje, recai sobre “teorias comportamentais” e “estratégias de mudança de comportamento”. Enfim, esta mudança de foco justifica-se possivelmente pelo fato de que o comportamento é mais passível de ser estudado, se comparado à motivação.

“O comportamento é algo observável. É uma ação que pode ser descrita, caracterizada e definida” (U.S. Department of Health and Human Services et al., 1999, p.67). Motivação, por sua vez, é um constructo, relacionado à intencionalidade e não mensurável diretamente.

Não se quis desvincular motivação e comportamento pois isto seria, até mesmo conceitualmente, impossível. O que se faz atualmente é delimitar pesquisas e focalizar temáticas, para que a produção de conhecimentos em educação física –com especial atenção à relação AF e saúde– possa continuar avançando.

Motivação para a Prática de AF

Compete ao estudo da *motivação* “investigar todos os aspectos das necessidades de um organismo e os processos e estruturas que relacionam estas necessidades ao

comportamento” (Deci & Ryan, 1985, p.3). As teorias da motivação, portanto, baseiam-se em suposições acerca da natureza das pessoas e os fatores que lhes dão ímpeto para agir (Deci & Ryan, 1985), o que vem ao encontro da definição de Maggil (1984): motivação pode ser definida como qualquer coisa que impele uma pessoa a iniciar ou manter-se em andamento em direção a um objetivo.

Em linhas gerais, pode-se dizer que a motivação pode ser *intrínseca* ou *extrínseca*. No primeiro caso, ela é orientada por estímulos internos e, no segundo, os estímulos provém do ambiente. A motivação intrínseca está voltada para o prazer e satisfação e a motivação extrínseca está voltada para receber recompensas ou evitar punições (Deci & Ryan, 1985; Dishman, 1995; Martens, 1996).

Com relação à motivação para a prática de AF, Berger (1996) sugere que valores e significados pessoais refletem o porquê cada indivíduo exercita-se. Algumas das razões para tal comportamento podem ser de ordem “não-utilitária”, compreendendo benefícios *orientados para o processo*, ou de ordem “utilitária”, com benefícios *orientados para o produto*, como pode-se observar a seguir:

- benefícios orientados para o processo são, por exemplo, experiências divertidas, que dão à pessoa oportunidade de brincar e ser infantil, de estar ciente de si mesmo como ser físico, que permitem voltar a atenção para o momento em si, e até implicam em melhoria da qualidade de vida.
- benefícios orientados para o produto são aqueles voltados à utilidade do comportamento, ou à capacidade de oferecer, por exemplo, mais energia, alterações positivas do humor, diminuição do estresse, integração social.

Os comportamentos adotados diante da possibilidade de obter benefícios orientados para o processo podem ser justificados pelo fato de nem toda atitude ser baseada em crenças geradas pelo raciocínio (Zimbardo et al., 1977) e mais uma vez figuram os

estímulos internos relacionados à busca do prazer e da sensação de competência. Parece haver um consenso acerca da importância da *liberdade de escolha*, do *sentimento de competência* e da *percepção de prazer e satisfação* para a auto-motivação e continuidade do comportamento (Deci & Ryan, 1985; Martens, 1996; Sallis, 1994).

Nahas e Corbin (1992) preconizam que motivação intrínseca e satisfação pessoal devem ser alguns dos primeiros objetivos considerados relevantes em programas de Educação Física. Partindo-se disto, facilita-se a adoção da prática de AF regulares, pois o gosto pela prática em si é excelente agente motivador.

Martens (1996) salienta que, em se tratando de crianças, não se pode perder de vista a diversão gerada pela AF e nem a possibilidade de escolha quando se quer educar crianças para a adoção da prática de AF como hábito, enquanto Biddle e Smith (1991) reforçam que, para indivíduos adultos, é de fundamental importância o “sentir-se bem”, sentir-se capaz (auto-eficácia) e sentimento de controle (confiança e controle sobre o que pratica).

Com efeito, outros estudos têm mostrado que, mesmo com adultos (principalmente sedentários), a sensação de impotência (ou incompetência), a obrigatoriedade da prática ou a tensão gerada por ela são aspectos que atuam em detrimento, e não em favor da motivação para a prática de AF (Berger, 1996; Siedentop, 1996; Phillips, et al., 1996).

Dishman (1995^a) relaciona vários modelos teóricos multidimensionais nos quais pode-se basear o comportamento do Homem em relação à prática de AF. São bastante claras as relações da *percepção de riscos/benefícios*, *eficácia* do programa *ou competência* pessoal percebida para contornar os problemas e mesmo a *intenção* de realizar com a adoção ou não do comportamento.

Teorias Comportamentais

Para Godin (1995), no começo da década de 80 alguns autores perceberam que vários estudos sobre aderência em AF não consideravam qualquer teoria, e as informações obtidas acerca dos motivos para exercitar-se eram geralmente descritivas e guiadas conforme as propensões do pesquisador. Para ele, a ausência de abordagens teóricas no estudo do comportamento relacionado ao exercício representava uma possível explicação para o entendimento restrito sobre “aderência em AF” e, conseqüentemente, no baixo nível de aderência à AF regular entre os norte-americanos.

Muitas das teorias formais e modelos teóricos que têm sido atualmente utilizados em pesquisas sobre determinantes da AF e intervenções são aquelas aplicadas a estudos de outros comportamentos. Entre as mais citadas, figuram: *Modelo de Crença na Saúde*, utilizado principalmente em estratégias de promoção da saúde através da educação/informação; *Teoria do Comportamento Planejado*, desenvolvido a partir de modelos previamente utilizados em pesquisas de marketing; *Modelo Transteorético*, desenvolvido a partir de estudos em psicoterapia, especificamente sobre comportamentos aditivos (vícios); *Teoria Social-Cognitiva e Modelos Ecológicos*, ambas postuladas segundo os pressupostos mais recentemente desenvolvidos em psicologia comportamental (Bandura 1977, 1986; Dishman, 1995^a; Godin, 1995; Nascimento, 1998; Prochaska & Marcus, 1995; Riddle, 1980; Sallis & Owen, 1999).

Reverendo-se o grande número de teorias comportamentais e modelos de mudança de comportamento que norteiam as intervenções propostas atualmente, percebe-se ainda que certos temas e constructos teóricos são citados constantemente e seriam, portanto, considerados como os mais relevantes para mudanças efetivas (U.S. Department of Health and Human Services et al., 1999).

Dentre os constructos mais fundamentais estão os da *auto-eficácia* (que deve ser alta), da *intenção e prontidão para mudança* (que devem ser expressivas), da *rede de suporte social* (que deve ser incentivadora) e do *ambiente estimulante* (U.S. Department of Health and Human Services et al., 1999).

Com efeito, três das cinco teorias descritas por Sallis e Owen (1999) citam a auto-eficácia entre as variáveis pessoais a serem consideradas, e outros autores (Bandura, 1986; Berger, 1996; Biddle & Smith, 1991; Dishman, 1995; Siedentop, 1996; Phillips, et al., 1996) citam-na em seus estudos, ainda que sob outras denominações (percepção de competência e/ou capacidade, sensação de impotência ou incapacidade).

De acordo com Bandura (1986), a percepção de auto-eficácia é o julgamento que uma pessoa faz de sua capacidade para organizar e executar ações a fim de efetuar certo tipo ou nível de desempenho. Diz respeito não às capacidades que alguém tem, mas aos julgamentos do que se possa fazer com as habilidades que possui.

Lee e Bobko (1994) declaram que aquele que tem um forte senso de auto-eficácia irá, em uma situação particular, devotar sua atenção e esforços para as demandas da situação, e quando em face a obstáculos e dificuldades, irá esforçar-se mais arduamente e persistir por mais tempo.

A “intenção e prontidão para mudança”, em resumo, pressupõe que para existir uma mudança de comportamento deve haver, em algum grau, a intenção de mudança, e o nível de prontidão para mudar está relacionado ao estágio de mudança (suas características e processos específicos) em que se encontra o indivíduo. Relata-se na literatura que, para atingir o resultado final almejado com uma intervenção, é preciso conhecer o estágio de mudança atual. Desta forma, somente, pode-se determinar em que ponto está a prontidão para mudança e quais as técnicas e estratégias mais efetivas para o caso (Prochaska et al., 1992).

A “rede de suporte social” também tem sido frequentemente citada quando o comportamento humano está em foco. Em inúmeros estudos vê-se citada a importância do apoio dado pelo governo e pela comunidade, família e amigos nos processos de tomadas de decisão, aquisição de hábitos e mudança de comportamento (Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute, 1998; Morrow & Blair, 1999; Sallis, 1994; Ubbes, 1999; U.S. Department of Health and Human Services et al., 1999).

Finalmente, cresce o interesse pelo ambiente em que o indivíduo está inserido. A importância de um ambiente estimulante, do ponto de vista emocional, físico e social, para a mudança de comportamento tem sido cada vez mais documentada (Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute, 1998; Sallis, 1994; Sallis et al., 1997).

Segundo o U.S. Department of Health and Human Services (1996), um ambiente capaz de promover hábitos saudáveis deve ser aquele em que fornece estímulos para prática de AF, sendo seguro, acessível e atraente.

Prestando atenção à abrangência dos constructos admitidos e aos níveis de investigação propostos pelas teorias comportamentais, pode-se perceber claramente os motivos do grande interesse por certos modelos.

Para Sallis e Owen (1999), as teorias mais abrangentes são a Teoria Social-Cognitiva e a dos Modelos Ecológicos, com abordagens e possibilidades de intervenção em vários níveis. A mais citada na literatura tem sido, contudo, o Modelo Transteorético (MT).

Marcus (1995) acrescenta que, em se tratando de estudos em mudança de comportamento, determinantes da prática de AF e intervenções, a teoria Social-Cognitiva e o MT são os modelos que tem sido utilizados de forma mais promissora.

Segundo Nascimento (1998), Albert Bandura elaborou a Teoria da Aprendizagem Cognitiva Social (Bandura, 1986), por criticar as teorias que julgavam ser o comportamento

humano regulado por disposições internas somente, ou automaticamente controlado por determinantes externos. Na teoria de Bandura (1986) considera-se o comportamento humano como uma resultante da interação das pessoas com o ambiente. Os pressupostos teóricos desta teoria versam sobre como os padrões de comportamento são adquiridos e como sua expressão é regulada continuamente pela interação recíproca de fatores externos e internos (cognição e outros fatores pessoais, eventos ambientais e o próprio comportamento).

Um dos modelos ecológicos, o modelo teórico desenvolvido por Urie Brofenbrenner em 1979, conhecido como Teoria dos Sistemas Ecológicos, estabelece que o desenvolvimento humano acontece em decorrência da relação dinâmica entre ser humano e o contexto ambiental, na qual o contexto afeta o indivíduo em desenvolvimento assim como o indivíduo influencia o ambiente em que está inserido (Nascimento, 1998).

O Modelo Transteorético (ou Modelo de Estágios de Mudança), por sua vez, integra conceitos de múltiplas teorias e modelos de mudança de comportamento (Sallis & Owen, 1999). Tal modelo foi desenvolvido por DiClemente e Prochaska, para descrever as diferentes fases envolvidas na aquisição ou manutenção de um comportamento (Marcus et al., 1992; Prochaska & Marcus, 1995; Prochaska et al., 1992).

O Modelo Transteorético.

Biddle (1997) comenta que processos motivacionais podem diferir quando se quer *iniciar* um comportamento relacionado à saúde, em comparação à *manutenção* do mesmo padrão de comportamento, ou quando se quer *reassumir* um comportamento após um período de cessação. Essa afirmação confirma-se com os pressupostos do Modelo Transteorético de Estágios de Mudança, oriundo da Psicoterapia e, recentemente, inserida

na pesquisa em saúde e AF.

Segundo Riebe e Nigg (1998), em 1983 o Modelo Transteorético (MT) de mudança de comportamento foi apresentado pelo Dr. James Prochaska, diretor do Centro de Pesquisa de Prevenção de Câncer (Universidade Rhode Island) e Dr. Carlo DiClemente, do departamento de Psicologia da Universidade de Maryland.

Este modelo sugere que indivíduos com comportamentos problemáticos, tais como fumar ou ter estilo de vida sedentário, podem mover-se através de uma série de estágios que representam seu nível de prontidão para a mudança de comportamento.

Também chamado “Modelo de Estágios de Mudança”, o MT descreve como as pessoas movem-se através de uma série de cinco estágios distintos à medida que avaliam a informação e a relevância desta para suas vidas, compromissando-se a tomar atitudes, fortalecendo sua intenção de modificar-se, e eventualmente progredindo no sentido de atingir a meta de adotar ou alterar um comportamento específico (U.S. Department of Health and Human Services et al., 1999).

Desenvolvido a partir de estudos com fumantes (Prochaska et al., 1992) o MT é, para Sallis e Owen (1999), fundamentalmente um modelo psicológico. Entretanto, alguns de seus pressupostos (processos de mudança, medidas de benefícios e barreiras percebidos) incluem também fatores sociais e ambientais (Sallis & Owen, 1999).

Segundo Prochaska et al. (1992), as constatações de que, (1) apesar de haver centenas de estudos demonstrando que é possível mudar comportamentos com a ajuda de tratamentos profissionais (em psicoterapias), sabe-se pouco sobre *como* as pessoas mudam, e de que, (2) apesar de estudos sugerirem que muitas pessoas podem modificar comportamentos *sem auxílio* de psicoterapia formal, sabe-se pouco sobre como as pessoas mudam, *quando por si mesmas*, foram o impulso inicial para investigações as quais culminaram no Modelo de Estágios de Mudança.

Prochaska e Marcus (1995) declaram que o conceito de “estágios” é importante para entender as mudanças ocorridas no comportamento, porque reflete uma dimensão temporal na qual a mudança ocorre. Esta dimensão temporal é típica deste modelo teórico, e fundamental porque não procura rotular traços, características, assim deixando de estar aberto a mudanças. Tampouco caracteriza um estado pessoal, pois desta forma seria mutável facilmente, e tipicamente sem estabilidade. O conceito de estágio, então, permite uma noção de certa estabilidade, sem opor-se ao dinamismo.

Outra preocupação foi investigar *quando* a mudança ocorre, além de *como* ela ocorre (Prochaska et al., 1992): concluiu-se que as mudanças acontecem gradualmente, existindo estratégias de incentivo (processos de mudança) que podem e devem acompanhar os estágios de mudança, para que haja uma evolução a estágios superiores, e cada estágio pode ser identificado por atitudes, intenções e disponibilidades distintos.

Portanto, cada estágio simboliza um período de tempo tanto como um grupo de tarefas necessárias para que se passe ao próximo estágio. Embora o tempo despendido em cada estágio, por cada sujeito, possa variar, as “tarefas” a serem cumpridas são invariáveis. As tarefas, que são técnicas e estratégias para conduzir a mudança (processos de mudança) podem ser usadas individualmente para progredir através dos estágios, e mudam quando a pessoa alcança estágios mais “elevados” (Prochaska et al., 1992; Riebe & Nigg, 1998).

Para compreender este modelo teórico de forma adequada, portanto, é necessário que se entenda dois conceitos fundamentais: “estágios de mudança” e “processos de mudança”.

Estágios de mudança. Prochaska et al. (1992), verificaram que modificar um comportamento implica na progressão através de cinco estágios distintos, e normalmente

repassa-se através destes estágios várias vezes antes de abandonar um comportamento impróprio. Este percurso é cíclico e gradual, e os estágios são mutuamente exclusivos.

A maioria dos estudiosos que se utilizam do MT admite cinco estágios: o estágio de pré-contemplação, o estágio de contemplação, o estágio de preparação, o estágio de ação, o estágio de manutenção (Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute, 1996^a; Marcus et al., 1992; Prochaska & Marcus, 1995; Riebe & Nigg, 1998; Sallis & Owen, 1999; U.S. Department of Health and Human Services et al., 1999). Encontrou-se a descrição de mais dois estágios, o de “recaída” e o estágio “terminal” (Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute, 1996^a; Prochaska & Marcus, 1995). Serão descritos a seguir cada estágio, considerando-se a abordagem na área da educação física e o compilamento das informações pesquisadas.

Estágio de Pré-contemplação

Neste estágio os indivíduos não têm intenção de modificar seu comportamento em um futuro previsível. Eles não acham que precisam mudar, mesmo que familiares, vizinhos, amigos ou colegas percebam seu problema (o comportamento inadequado). Normalmente quando admitem participar de um programa para mudança é devido a pressão alheia. Cessando a pressão, cessa a modificação da atitude, retorna-se a velhos hábitos. É o estágio onde encontra-se maior resistência às mudanças, pois não querendo praticar AF, resistem à idéia de que as AF poderiam trazer-lhe benefícios, bem como ignoram as conseqüências maléficas do sedentarismo e minimizam a importância da prática regular de AF. São indivíduos que, pelo menos nos últimos 12 meses, não praticaram AF regulares.

Estágio de Contemplação

Neste estágio o indivíduo percebe o problema e tem sérias intenções de modificar seu comportamento (nos próximos seis meses, ao menos). Todavia, ainda não se compromissou com a tomada de ação efetiva. Esta intenção de mudar, mesmo que ainda não se tenha agido neste sentido, é que diferencia os contempladores dos pré-contempladores. Pode-se permanecer neste estágio por longos períodos (anos, até), sabendo-se que é importante praticar AF, sem no entanto fazê-lo. O sujeito pensa que “não está pronto”, e está ainda em conflito a respeito do que representa seu comportamento (ser sedentário) e do quanto de esforço, energia e perdas serão necessárias para modificá-lo. Ainda percebem mais barreiras para prática de AF que possíveis benefícios.

Estágio de Preparação

Neste estágio o indivíduo coloca-se pronto para o início da prática de AF em futuro próximo ou já as pratica, mas irregularmente. Pode-se observar pequenas modificações no padrão de comportamento, embora ainda não tenha havido tomadas de atitude efetivas. É um estágio onde a intervenção é importante, pois deve-se trabalhar para sedimentar a opção pela prática. Pode haver resquícios de incertezas, ansiedade, e as atividades são esporádicas.

Estágio de Ação

Neste estágio as mudanças de comportamento e mesmo de estilo de vida são nítidas e correspondem às recomendações da prática de AF atuais. O indivíduo tenta modificar também, se preciso, as experiências e o ambiente, para superar problemas relacionados ao comportamento inadequado. As mudanças são publicamente evidentes, a ponto de receberem o reconhecimento de terceiros. A prática de AF regular, entretanto, ainda não

foi efetuada por mais de seis meses. Deve haver compromisso com grande dispêndio de tempo e esforço, pois nesta fase a suscetibilidade a recaídas é grande.

Estágio de Manutenção

Neste estágio o indivíduo já conseguiu permanecer na prática de AF regulares por, no mínimo, seis meses. Geralmente, mesmo quando há breves períodos de recaída, o indivíduo consegue retomar a prática regular sem maiores problemas. Indivíduos neste estágio já adotaram um estilo de vida ativo mas devem esforçar-se ainda, para não abandonar a modificação alcançada.

Estágio de Recaída¹

Este estágio não segue a progressão linear dos demais. Ele pode existir em qualquer ponto da linha de evolução entre os demais estágios, fazendo a pessoa abandonar o estágio que alcançou e retornar ao anterior. Haver pessoas na situação de “recaída” é bastante comum, e os indivíduos são reconhecidos como “relapsos”. Quando “relapsos” abandonam o comportamento alcançado com sentimentos de frustração, vergonha, embaraço ou culpa, podem resistir a mudanças futuras e até mesmo retornar ao estágio de pré-contemplação.

Estágio Terminal (de Permanência)

Pouco divulgado na literatura, este estágio pode ser considerado continuação do estágio de manutenção, quando após cinco anos de prática regular de AF, sugere-se que

¹ Alguns autores não consideram a condição de “recaída” como um estágio de mudança. No entanto, pesquisadores do Canadá (CFRLI, 1996^a) adotam ainda os estágios “relapso”, “relapso potencial” e “desistência” (que representam respectivamente: “quem já foi ativo alguma vez nos 12 meses anteriores, não é mais e pretende retornar”, “quem é ativo mas não tem intenção de continuar sendo”, “quem abandonou a prática e não pretende retornar”), pois acreditam que estes grupos também necessitam estratégias de motivação especiais.

não há mais tentação de retornar a antigos comportamentos e que se conseguiu atingir 100% de auto-eficácia. O sedentarismo foi definitivamente abandonado.

Processos de mudança. Processos de mudança são estratégias, atividades realizadas pelos indivíduos para modificar suas experiências e ambientes a fim de modificar seu comportamento, fazendo-o “progredir” ao próximo estágio de mudança (Prochaska & Marcus, 1995; Riebe & Nigg, 1998). Segundo Prochaska et al. (1992), os processos de mudança são a segunda maior dimensão do MT, e permitem que se saiba como as mudanças ocorrem. São atitudes e experiências, que podem acontecer dissimulada ou publicamente quando se pretende modificar comportamentos problemáticos.

Riebe e Nigg (1998) afirmam que, em geral, os processos usados nos estágios de mudanças iniciais envolvem o estímulo à reflexão e a sensibilização, enquanto mudanças no estilo de vida são mais utilizadas em estágios posteriores. Prochaska e Marcus (1995) acrescentam que é no estágio de ação que são necessários mais processos de mudança, pois este é o estágio menos estável e com o maior risco de recaída.

De maneira generalizada, as estratégias vinculam-se a cada estágio de mudança, mas sempre procuram aumentar a percepção de benefícios e a auto-eficácia, bem como diminuir a percepção de barreiras para a prática de exercícios.

Segundo Prochaska et al. (1992), cada processo pode ser representado por uma categoria extensa –a qual compreende várias técnicas, métodos e intervenções– que tradicionalmente associa-se com diferentes orientações teóricas (em psiquiatria e psicoterapia). Para desenvolver o MT, foram examinadas as técnicas de mudança recomendadas em diferentes teorias (daí o nome “transteorético”), e então selecionou-se os processos de mudança com padrões similares e verificou-se sua validade e reprodutibilidade.

É possível ter acesso a um grande número de estudos, atualmente (Andersen, 1999; Biddle & Smith, 1991; Dunlap & Barry, 1999; Fox, 1991; Marcus, 1995; Morrow & Blair, 1999; Riebe & Nigg, 1998; Sallis, 1994; U.S. Department of Health and Human Services et al., 1999), e pode-se perceber que as recomendações feitas com vistas aos programas de intervenções estão explicitamente baseadas nos processos de mudança de comportamento.

Variações são dependentes do grupo qual se dirige a intervenção, que pode diferir em termos de idade, classe econômica, escolaridade, necessidades especiais, entre outros fatores.

Como os processos são mais ou menos indicados e utilizados dependendo do estágio de mudança optou-se pela confecção do Quadro 1, a fim de ilustrar as recomendações de Prochaska et al. (1992).

Quadro 1

Processos de Mudança Utilizados para cada Estágio de Mudança de Comportamento, Segundo o Modelo Transteorético

Estágio	Características	Processos de Mudança
Pré-contemplação	Processam pouca informação sobre seus problemas e dedicam pouco tempo e energia reavaliando-se. São pouco sensíveis, emocionalmente, a seus problemas. São menos ativos e mais resistentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Conscientização; • Sensibilização
Contemplação	São mais conscientes de si mesmos e de seus problemas, e portanto reavaliam mais facilmente seus valores, problemas e a si próprios, afetiva e cognitivamente. Preocupam-se com a influência de seus comportamentos negativos sobre seus pares e o ambiente.	<ul style="list-style-type: none"> • Auto-reavaliação • Conscientização • Dramatizações • Técnicas Educacionais
Preparação	Começam os primeiros passos em direção à tomada de ação, que podem incluir modificações do ambiente para estimular bons comportamentos ou evitar maus comportamentos.	<ul style="list-style-type: none"> • Controle de Estímulo (evitar ou minimizar estímulos ao sedentarismo) • Contra-condicionamento (condicionar-se em comportamentos alternativos, mais ativos) • Auto-liberação (para comprometer-se e fazer escolhas)
Ação	São capazes de auto-liberar-se, e têm muita força de vontade. Acreditam que têm autonomia para modificar suas vidas. Usam efetivamente os processos de mudança, para evitar com consciência as recaídas. Estágio particularmente estressante, quando se precisa do apoio de outras pessoas.	<ul style="list-style-type: none"> • Controle de Estímulo (evitar ou minimizar estímulos ao sedentarismo) • Contra-condicionamento (condicionar-se em comportamentos alternativos, mais ativos) • Relações de Ajuda • Reforço, Reconhecimentos e Recompensas
Manutenção	É preciso conhecer individualmente as condições nas quais se tenderia à recaída. São pessoas para as quais é importante sentir que se está tomando-se o tipo de pessoa que se almeja ser.	(os mesmos processo do estágio anterior)

Em suma, o MT tenta explicar um padrão cíclico de movimento através de estágios específicos, para o que utilizam-se estratégias de motivação também específicas. Há um grupo comum de processos de mudança para cada estágio e/ou progressão, de forma que estágios e processos estão sistematicamente integrados (Prochaska et al., 1992). A força deste modelo reside no fato de que ele evidencia a natureza dinâmica da mudança de comportamento relacionada à saúde (Marcus et al., 1992).

Para Prochaska e Marcus (1995), a possibilidade de integrar estágios e processos de mudança é bastante útil à organização e implementação de estratégias de intervenção, pois quando se conhece o *estágio* em que se encontra o indivíduo, pode-se saber com mais precisão que *processos* enfatizar para ajudá-lo a progredir rumo ao próximo estágio. As mudanças mais efetivas, segundo Prochaska et al. (1992), dependem do “fazer a coisa certa” (escolher processos de mudança adequados) na “hora certa” (de acordo com o estágio de mudança atual).

Sem dúvida, a abordagem dinâmica do MT acrescenta muitas possibilidades ao estudo da aderência à AF, tanto quanto às práticas de intervenção junto à população. A possibilidade de individualizar ainda mais os processos interventivos aumenta consideravelmente as chances de sensibilizar indivíduos pouco ativos.

O estudo dos determinantes da AF tornou-se o passo subsequente ao estudo das teorias de comportamento, pois enquanto estas tentam explicar o comportamento humano, os determinantes influenciam-no diretamente.

Determinantes da Prática de Atividades Físicas

Enquanto se desenvolvia o interesse pelo estudo do comportamento e criava-se modelos teóricos, paralelamente intensificou-se a atenção dada aos estudos dos fatores

determinantes do comportamento.

O fatores “determinantes” influenciam o comportamento, de uma forma ou outra, em dado período de tempo (U.S. Department of Health and Human Services et al., 1999) e reconhecê-los implica em perceber os “porquês” das atitudes de indivíduos, comunidades e até populações.

Apesar do termo “determinantes” estar sendo utilizado na maioria dos estudos para designar os fatores que influenciam aquisição, abandono ou modificação de comportamentos, Sallis e Owen (1999) sugerem que a denominação pode ser equivocada:

A pesquisa neste campo é freqüentemente chamada *determinante* ou *aderência ao exercício*. Estes termos geralmente referem-se a estudos observacionais –o que significa sem intervenção– de coisas correlacionadas à atividade física. Entretanto, determinantes é um nome equivocado pois estudos correlacionais não podem levar a conclusões sobre causa, e aderência ao exercício é um nome equivocado porque os investigadores estão interessados em tipos de atividades físicas que vão além dos conceitos tradicionais de exercício. (p.110-111)

Marcus (1995) confirma estas colocações, citando que pesquisas sobre determinantes para a prática de AF são tipicamente não-experimentais e descrevem associações e relações que não são causais. Contudo, a autora utiliza o termo e acrescenta, ainda, que a tendência em pesquisas sobre determinantes e intervenções em AF é utilizar teorias da Psicologia na tentativa de entender, predizer e modificar comportamentos.

Nesta pesquisa adota-se o termo “determinantes”, admitindo-se que o mesmo não implica no estudos dos fatores causais do comportamento humano, mas sim nos fatores que podem influenciar mais expressivamente a opção por dada conduta. A propósito, este tem sido o termo utilizado nas pesquisas mais recentemente publicadas.

Vários pesquisadores têm procurado não só enumerar fatores relacionados à prática, como investigar sua associação com a quantidade e o tipo de AF realizados, baseando-se na proposta de Estágios de Mudança de Comportamento de Prochaska e DiClemente

(Andersen, 1999; Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute, 1996^a, 1996^b, 1998; Dunlap & Barry, 1999; Riebe & Nigg, 1998). Desta forma procura-se descrever fatores determinantes típicos de cada estágio de mudança, que desencadeiam ou são desencadeados, que inibem ou são inibidos pelos processos de mudança efetuados.

Pode acontecer, todavia, do investigador hipotetizar novas variáveis na tentativa de explicar melhor a prática de AF, ou combinar variáveis de diferentes teorias (tais como a variável “estágio de mudança” – do MT, com a variável “percepção de severidade” – do Modelo de Crença na Saúde; ou a variável “auto-eficácia” – da Teoria Social-cognitiva, com a variável “intenção de comportamento” – da Teoria do Comportamento Planejado) e acrescenta-se que nem sempre as mesmas variáveis apresentam as mesmas correlações em diferentes subgrupos populacionais (Sallis & Owen, 1999).

Em suma, a descrição dos fatores determinantes contempla a descrição de itens que facilitam a modificação ou manutenção de comportamento, tanto quanto fatores que as atrapalham. São os chamados “fatores facilitadores” e “barreiras” para a prática de AF.

Para Marcus (1995, p.319) “os fatores associados com a participação em AF têm tipicamente sido classificados em três grupos: características pessoais, variáveis psicológicas e fatores ambientais”. Observa-se também outras categorias tais como “fatores sócio-demográficos”, “atributos comportamentais”, “fatores sócio-culturais” (Sallis & Owen, 1999).

Analisando-se o fator determinante em si, percebe-se que alguns deles podem estar relacionados a várias categorias. Em geral, os fatores determinantes do comportamento resultam de interações do indivíduo com seu semelhante, com a sociedade, com o ambiente, consigo mesmo.

Barreiras e Facilitadores

“Barreiras para AF” é o termo descrito por Sallis & Owen (1999) para designar as razões, motivos ou “desculpas” declarados pelo indivíduo que representam um fator negativo em seu processo de tomada de decisão (neste caso, para a prática de AF), e devido à sua natureza onipresente (em todo tempo e lugar encontra-se fatores que podem ser percebidos e utilizados como motivos de resistência e/ou desistência) é importante estudá-los.

As barreiras podem advir da realidade objetiva ou subjetiva, ser fator abstrato ou material e a percepção de barreiras está fortemente correlacionada com a prática de AF (Sallis, 1994; Dishman, 1995; Stonecipher, 1998).

A associação das barreiras com padrões de prática de AF é muito relevante para intervir efetivamente junto à população: se as barreiras são objetivas, métodos para modificar o ambiente social e físico são necessárias; se são mais subjetivas, devem haver aspectos na estratégia de intervenção que ajudem a eliminar crenças ou pensamentos negativos ou, pelo menos, torná-los menos frequentes e influentes nas tomadas de decisões individuais (Sallis, 1994; Sallis & Owen, 1999; Stonecipher, 1998).

Em suma, a percepção de barreiras difere conforme o estágio de mudança de comportamento em que se encontra o indivíduo. Lee (citado por Sallis & Owen, 1999), em seu estudo, descreve que “pré-contempladores” estão particularmente pouco informados sobre exercício físico, o que pode ser uma característica deste estágio. A maior diferença entre “contempladores” e aqueles em estágios de ação e manutenção é a percepção de barreiras, tendo-se constatado que o segundo grupo (os que estão no estágio de ação e manutenção) percebe menos barreiras ou as considera insignificantes e, desta forma, a prática de AF é mais constante e/ou regular.

Os fatores facilitadores, por sua vez, não estão claramente descritos na literatura. Entretanto, percebeu-se que alguns fatores reconhecidos como barreiras, se analisados a partir do outro extremo de um *continuum* de positividade-negatividade, são então reconhecidos como fatores que facilitam e estimulam a prática de AF.

Exemplos disto são os fatores “suporte social” e “ambiente estimulante”, que com frequência têm sido bastante relatados na literatura (Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute, 1996^b, 1998; Marcus, 1995; U.S. Department of Health and Human Services et al., 1999).

Se a falta de suporte por parte da família é uma barreira para a prática de AF de algumas pessoas, por outro lado ter uma família que incentiva, reconhece ou participa conjuntamente da prática de AF, é um fator facilitador. Em outro exemplo, sobre estruturação do ambiente, percebe-se claramente que a região da comunidade cujas áreas, ruas e praças são mal iluminadas, estreitas e com obstáculos, ou mal pavimentadas, são pouco procuradas para prática de AF (ambiente desestimulante pela falta de segurança, acessibilidade e atrativos). A região com ruas bem iluminadas, áreas verdes, amplas e com ciclovias e faixas de segurança podem ser mais procuradas (facilitador: ambiente estimulante pela segurança oferecida, acesso fácil, atrativo).

Observando-se a Figura 1, pode-se perceber como um fator determinante pode tornar-se barreira ou facilitador, conforme a valoração dada pelo indivíduo.

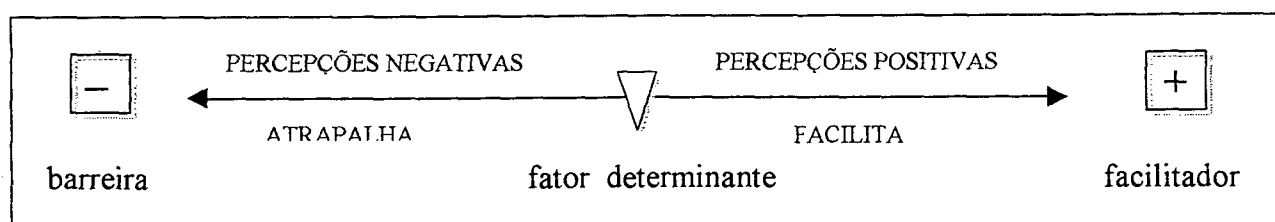


Figura 1. *Continuum* do Fator Determinante

A caracterização de um fator determinante como fator facilitador está, portanto,

também relacionado à importância que ele representa subjetivamente para a pessoa.

Todavia, há casos de fatores facilitadores que, mesmo estando presentes, não necessariamente ocasionam prática de AF, e de barreiras que, mesmo sendo percebidas, não impedem a prática de AF. Isto talvez aconteça porque a percepção de barreiras (e facilitadores) varia de acordo com o estágio de mudança em que está o indivíduo (Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute, 1996^a, 1996^b, Riebe & Nigg, 1998; U.S. Department of Health and Human Services et al., 1999). E, variando o estágio de mudança em comportamentos relacionados a AF, acredita-se que varia também a convicção para manter o comportamento, as reações emocionais aos fracassos e dificuldades, o nível de auto-eficácia, a força de vontade.

Sallis e Owen (1999) citam que “vários estudos têm examinado as associações de determinantes com estágios de mudança preferivelmente às associações com medidas diretas de AF” (p.121).

Mesmo sendo, em última análise, a interpretação pessoal que faz o indivíduo julgar um fator como sendo uma barreira ou um facilitador, é função dos profissionais da saúde, educadores, líderes comunitários e políticos minimizarem as barreiras e ampliarem em quantidade e diversidade dos fatores facilitadores.

Para Sallis (1994), quanto maior número de facilitadores de ordem psicológica, social e ambiental, mais a pessoa ou o grupo serão favoráveis a tornarem-se ou manterem-se fisicamente ativos.

Serão descritos os fatores determinantes mais freqüentemente citados na literatura, adotando-se a classificação sugerida por Marcus (1995), a qual sugere três grupos distintos: características pessoais, variáveis psicológicas, fatores ambientais. Entende-se que esta classificação é abrangente e que os fatores descritos nos demais estudos podem ser inseridos em uma destas categorias.

Os fatores determinantes denominados “características pessoais” incluem as características biológicas e sócio-demográficas, as quais dificilmente podem ser analisadas separadamente. Os fatores psicológicos podem estar inclusos nesta categoria, além dos fisiológicos e comportamentais (U.S. Department of Health and Human Services et al., 1999); pois não deixam de representar crenças e visões particulares, absolutamente pessoais, acerca dos fatores determinantes. Contudo, porque os fatores psicológicos possuem características peculiares, constituem uma categoria própria.

Dentre as **características pessoais** mais citadas estão gênero, idade, etnia, escolaridade, profissão, classe econômica, características familiares, estado civil. Alguns estudos citam, ainda, peso corporal, histórico de prática de AF e nível de atividade física, hábitos de consumo (alimentos, tabaco) e até mesmo nação de origem (Andersen, 1999; Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute, 1996^a, 1996^b Marcus, 1995; Sallis & Owen, 1999). As mais usualmente investigadas são gênero, idade, etnia, classe econômica e características familiares.

Em resumo, percebe-se que idade e gênero figuram na maioria dos estudos, apontando para uma tendência na diminuição da quantidade e intensidade de prática com o avançar da idade. Parece também haver bastante similitude de resultados apontando para um maior número de praticantes do gênero masculino. Relata-se, ainda, que os homens estão mais propensos a praticar AFV.

A etnia parece ser um fator importante nos estudos norte-americanos (Caspersen et al., 1995; Sallis & Owen, 1999; Stonecipher, 1998; U.S. Department of Health and Human Services et al., 1999), no entanto este parece ser um fator específico de cada nação, e talvez mais implícito nos fatores sócio-culturais e econômicos do que em fatores biológicos.

As características familiares e o estado civil parecem estar relacionados às barreiras encontradas por homens e mulheres, em idade adulta, e podem estar também estreitamente

relacionadas à falta de tempo e de suporte social. A classe social tem merecido cada vez mais destaque porque parece atuar em conjunto com as demais características pessoais, interferindo na escolha do tipo de AF praticada e do ambiente de prática, bem como nos recursos materiais e financeiros disponíveis tanto para a realização da atividade em si, como para a viabilização da prática. (transporte, adesão a programas de AF, aquisição de bens materiais).

As **variáveis psicológicas** incluem todos os fatores que são determinados por percepções, crenças e processos internos de julgamento de valor. A auto-eficácia tem sido o fator determinante mais comumente investigado, sendo também referenciados o sentimento de prazer com a AF, a intenção de praticar, equilíbrio decisório e prontidão para mudança (Marcus, 1995; Sallis, 1994; Marcus et al., 1992; Prochaska & Marcus, 1995; Riddle, 1980; U.S. Department of Health and Human Services et al., 1999).

A auto-eficácia (ver “Teorias Comportamentais”, p.65) parece estar relacionada com a adesão à AFV para homens e com a adesão a AFM para homens e mulheres, tanto em programas de AF estruturados como domésticos (Marcus, 1995). O sentimento de prazer, por sua vez, tem sido relacionado especialmente em estudos com populações especiais. Falta de prazer com a prática de AF é uma barreira forte, especialmente para idosos, crianças e obesos (Andersen, 1999; Dunlap & Barry, 1999; Fox, 1991; Martens, 1996).

A prontidão para mudança, como relatado na descrição do MT (ver “Teorias Comportamentais”, p.65), pode determinar não só a regularidade da prática, como a intensidade da AF escolhida. Como descreve Marcus (1995), muitas intervenções são planejadas para incentivar a tomada de ação, a adesão à AF, mas muitos indivíduos não estão nem mesmo no estágio de preparação para a prática de AF, e esta incoerência entre programa oferecido e nível de prontidão das pessoas pode estar contribuindo com cerca de

50% da taxa de evasão dos programas de AF.

Quanto aos **fatores ambientais**, Sallis et al., (1997) e Dishman (1995^b) afirmam que ainda são pouco estudados, provavelmente os menos estudados dentre os fatores determinantes da prática de AF.

Determinantes de natureza ambiental podem ser relativos ao ambiente sócio-cultural ou ao ambiente físico (Sallis & Owen, 1999, U.S. Department of Health and Human Services et al., 1999). De maneira geral, os determinantes sócio-culturais fazem-se presentes através do suporte social prestado através do incentivo, reforço, oportunização voltados para a prática de AF. Nesta categoria incluem-se suporte da família, de amigos, da comunidade, e de quaisquer estruturas socialmente organizadas. Determinantes relacionados ao ambiente físico estão evidenciados na acessibilidade, estética, segurança, conforto, variedade e qualidade de recursos disponíveis (equipamentos, espaços, materiais diversos).

De acordo com o U.S. Department of Health and Human Services et al. (1999), a maior barreira social para a prática de AF é a época em que vivemos, pois a evolução tecnológica (industrialização e facilitação das tarefas diárias), os altos índices de criminalidade, a urbanização desorganizada e a reduzida oferta de programas comunitários culminam em um dia-a-dia pouco ativo, no qual há pouca oportunidade de praticar AF.

Para Sallis et al. (1997), as características do ambiente experienciado diariamente influenciam a prática regular de AF, e no estudo do ambiente onde ocorre o comportamento (*behavior setting*) deve-se contemplar lares, vias públicas, estabelecimentos de prática programada (academias, clubes), parques, vias públicas e locais de trabalho.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

Modelo de Estudo

A pesquisa proposta caracteriza-se como sendo um estudo de levantamento, do tipo descritivo correlacional, pois foram descritas as características de uma população específica (professores universitários) e vários dados foram analisados considerando-se sua correlação.

População e Amostra

A população foi constituída por indivíduos de ambos os sexos, professores da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, com dedicação exclusiva (DE).

A amostra, por sua vez, foi composta por indivíduos selecionados por amostragem sistemática (aleatória). O processo de amostragem ocorreu da seguinte maneira:

1. Obteve-se uma lista de nomes junto ao Departamento de Recursos Humanos (DRH) da UFSC, a qual continha, em ordem alfabética, os nomes de todos os professores DE da instituição de ensino citada;
2. Extraíu-se da lista do DRH os professores afastados, pensionistas e inativos, obtendo-se a listagem de nomes (N = 1354) que constituiria a população de estudo;
3. Calculou-se o tamanho mínimo da amostra admitindo-se erro amostral máximo de 5%

($E_0 = 0,05$) e nível de confiança de 95%. Utilizando-se a fórmula de Barbetta (1998, p.58), obteve-se como tamanho da amostra $n = 309$, conforme apresenta-se a seguir:

$$\text{fórmula: } n = (N \cdot n_0) / (N + n_0)$$

$$\begin{aligned} \text{onde } N &= 1354, \\ n_0 &= 1/(0,05)^2 = 400, \\ n &= 309 \end{aligned}$$

4. Dado o tamanho mínimo da amostra para erro amostral tolerável de 0,05 ($n = 309$), optou-se por selecionar sujeitos dos sexos masculino e feminino separadamente, com intervalo sistemático igual a dois (02), para cada gênero, do começo ao fim da lista. Desta forma pôde-se abranger toda a lista ordenada alfabeticamente, totalizando 666 (seiscentos e sessenta e seis) sujeitos selecionados, em 51 (cinquenta e um) departamentos de todos os centros de ensino da UFSC e, ainda, no Museu Universitário, Colégio de Aplicação e Núcleo de Desenvolvimento Infantil – NDI.

Instrumentos

Nesta pesquisa foi utilizado um questionário auto-administrável (Anexo 4) composto por quatro partes distintas, a saber:

1. dados de identificação;
2. critério de classificação econômica;
3. prática de atividade física habitual no tempo de lazer;
4. comportamento relacionado à atividade física;

Primeira Parte: Dados de Identificação

Da primeira parte constam questões que permitiram categorizar os indivíduos quanto a idade, sexo, estado civil, número de filhos e titulação profissional. Estas variáveis

possibilitaram o delineamento do perfil sócio-demográfico da população estudada.

Segunda Parte: Critério de Classificação Econômica

A segunda parte destinou-se ao reconhecimento da classe econômica na qual se encontra o indivíduo, conforme o CCEB - Critério de Classificação Econômica Brasil, adotado pela ABA/ANEPE – ABIPEME (ANEP, 1997). Este sistema de pontuação foi sugerido a fim de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas. As orientações para correto preenchimento foram anexadas ao instrumento (Anexo 5). Através deste critério, o indivíduo pôde ser categorizado de acordo com as seguintes classes econômicas: A1 (30-34 pontos), A2 (25-29 pontos), B1 (21-24 pontos), B2 (17-20 pontos), C (11-16 pontos), D (06-10 pontos), E (00-05 pontos).

Terceira Parte: Prática de Atividade Física Habitual no Tempo de Lazer

Com dados da terceira parte do instrumento foi determinado o nível de atividade física habitual (NAFH), realizada no tempo de lazer, através do questionário “Godin Leisure-Time Exercise Questionnaire” (Medicine and Science in Sports and Exercise, 1997). Este instrumento foi apresentado por Godin e Shephard (1985), após realizarem um estudo com 306 adultos saudáveis (163 homens e 143 mulheres) de 18 a 65 anos, recrutados na Universidade de Toronto, Canadá. As questões do questionário foram propostas após estudo preliminar da literatura, e então selecionou-se aquelas que discriminaram com sucesso os muito ativos dos sedentários. Valores de gordura corporal e consumo máximo de oxigênio, expressos em percentis apropriados para sexo e idade foram utilizados como critério para validação do questionário.

Para responder ao questionário auto-administrável, o sujeito informa o número de vezes em que pratica durante pelo menos 15 minutos, atividades físicas de intensidade

vigorosa (AFV), moderada (AFM) e leve (AFL), considerando um período de sete dias (uma semana) habituais. O **número de vezes declarado** para cada tipo de atividade é então **multiplicado por determinado coeficiente de esforço**, o qual equivale ao gasto energético em METs da referida atividade (“9” para AFV; “5” para AFM; “3” para AFL). Desta forma teremos a seguinte equação:

$$\textit{Atividade Física de Lazer Semanal} = (9 \times \textit{AFV}) + (5 \times \textit{AFM}) + (3 \times \textit{AFL}).$$

Este instrumento permite conhecer o nível habitual de atividade física de lazer de maneira simples e concisa, tendo sido validado especialmente para o reconhecimento da prática de atividades físicas vigorosas e leves.

Os autores (Godin & Shephard, 1985; *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 1997) afirmam que, considerando $p < 0,05$, a objetividade deste instrumento é de 0,94 para atividades vigorosas e 0,74 para total de AF praticada (AFL + AFM + AFV).

Sugere-se que uma segunda questão seja adicionada ao instrumento para permitir o controle de coerência das respostas anteriores (*Medicine and Science in Sports and Exercise*, 1997) e, especificamente para este estudo, foi ainda acrescentada a esta parte uma terceira questão, descritiva e complementar.

Esta última questão permitiu que o indivíduo declarasse se participa ou não de algum **programa de AF regular** em seu tempo de lazer, e **qual é a AF praticada**. As questões anteriores não têm este fim, especificamente, pois é solicitado ao indivíduo declarar todo tipo de AF realizada habitualmente, na semana, sem no entanto descrevê-la.

A descrição da atividade, enfim, permite investigar sua natureza (ginástica, esporte, dança, atividades recreativas, entre outras). Tal resposta, quando analisada em conjunto com a frequência declarada de prática de AFV e AFM, possibilitou a categorização dos indivíduos em **regularmente** ou **irregularmente** ativos, uma vez que sugere que o sujeito

empenha-se em realizar semanalmente uma ou mais AF.

Os dados coletados indicam que 188 dos 190 indivíduos declararam o número de vezes que praticam AFV, AFM ou AFL na semana por quinze minutos ou mais, referiram-se ao número de dias na semana. Desta forma, admitiu-se que o indivíduo que obteve ao menos 15 pontos no instrumento de Godin e Shephard (Medicine and Science in Sports and Exercise, 1997) e respondeu “sim” à questão complementar possui um padrão de prática de AF regular, uma vez que os 15 pontos refletem, no mínimo:

- cinco declarações de prática de AFL \Rightarrow coeficiente 3×5 declarações = 15 pontos;
- três declarações de prática de AFM \Rightarrow coeficiente 5×3 declarações = 15 pontos;
- duas declarações de prática de AFM e duas declarações de prática de AFL \Rightarrow (coeficiente 5×2 declarações) + (coeficiente 3×2 declarações) = 16 pontos.

Para avaliação geral dos sujeitos, considerou-se a **pontuação total** obtida (em escala ordinal) e a pontuação dividida **em categorias** de quinze em quinze pontos (00-14; 15-29, 30-44; 45-59; 60 pontos ou mais) utilizada para medir a correlação desta variável com as demais variáveis categóricas do estudo. A opção por categorias de quinze em quinze pontos acompanha o raciocínio apresentado para diferenciar indivíduos regularmente ou irregularmente ativos.

Quarta Parte: Comportamento Relacionado à Atividade Física

A parte correspondente a “comportamento relacionado à AF” destinou-se à coleta de informações as quais permitem identificar variáveis que influenciam e/ou determinam a prática de AF: (a) Estágios de Mudança de Comportamento; (b) Barreiras; (c) Facilitadores e, ainda, (d) Conhecimento Específico sobre AF.

Estágios de Mudança de Comportamento (EMC): foi utilizada a escala de respostas categóricas desenvolvida pela Dr^a. Bess Marcus (Brown University Medical School,

divisão de medicina comportamental do Miriam Hospital) em sua versão atualizada (Marcus, 1998; U.S. Department of Health and Human Services et al., 1999), a qual permite determinar o estágio em que se encontra o indivíduo. Os itens da escala foram validados por Marcus, Selby, Niaura e Rossi (1992), através de um estudo que examinou constructos a respeito de estágio de mudança e auto-eficácia em relação ao exercício, com amostra de 1492 sujeitos.

Solicitando-se ao respondente marcar “sim” ou “não” diante de cada afirmativa, e pela **combinação das respostas**, associa-se o indivíduo a um dos EMC, a saber: estágio de Pré-contemplação, estágio de Contemplação, estágio de Preparação, estágio de Ação, estágio de Manutenção, estágio de Recaída.

Barreiras Percebidas: foi utilizada uma escala ordinal com os seguintes itens: sempre (04), quase sempre (03), às vezes (02), raramente (01), nunca (00). Esta escala permite avaliar quantitativamente a percepção de barreiras assim como a importância de cada barreira, separadamente. As barreiras foram relacionadas após revisão de literatura, quando então compilou-se as descrições mais frequentes e comentadas de fatores que representavam um empecilho à prática de AF.

Tendo sido relacionados 19 fatores, o valor mínimo para **percepção de barreiras** seria de 00 pontos (caso todas as barreiras citadas “nunca” representassem um fator dificultador da prática de AF: $19 \times “00” = 00$), e o valor máximo seria de 76 pontos (se todas as barreiras fossem citadas como fatores “sempre” dificultadores: $19 \times “04” = 76$). Finalmente, para uma barreira ser **considerada importante**, foi necessário que o indivíduo a citasse como “sempre” ou “quase sempre” um fator dificultador da prática de AF.

Foi assim calculada a distribuição de frequências para cada barreira investigada, bem como o valor total referente à percepção de barreiras de cada indivíduo.

Fatores Facilitadores: foi utilizado o instrumento apresentado por Sallis (1994), que em forma de *check list* permite calcular um valor (pela somatória dos itens assinalados) que representa a **magnitude da influência de fatores facilitadores** para a prática de AF. Este instrumento contempla os principais fatores facilitadores citados na literatura específica, considerando os quatro principais módulos em que, segundo o autor, estão inseridos os determinantes para a prática de AF: influências Biológicas e Demográficas; Psicológicas; Sociais; Ambientais (aspectos físicos). Analisou-se a partir deste instrumento a **pontuação total** de cada indivíduo, cujo valor máximo alcançável é 21 pontos.

Como a distribuição dos resultados sugeriu que há uma segmentação espontânea em três grupos, optou-se por distribuir os indivíduos em três categorias (0 a 7 pontos, 8 a 14 pontos, 15 a 21 pontos), sendo avaliada a frequência de respostas em cada uma delas.

Conhecimento Específico sobre AF (CE): foi avaliado através do **número de acertos** em doze questões afirmativas, traduzidas do questionário sugerido pela IntelliHealth® Inc. (Intelihealth, 1999), que versam sobre atividade física relacionada à saúde. Tais questões contemplam algumas das recomendações para prática de AF mais recentemente divulgadas na literatura, bem como as recomendações mais citadas por profissionais da saúde e pela mídia.

InteliHealth® Inc. é uma junta comercial formada por Aetna U.S. Healthcare® e Johns Hopkins University and Health System. Estabelecida em 1996, tornou-se uma das companhias líderes em informação sobre saúde, no mundo. As informações contidas no site são revisadas e aprovadas por *experts* da Johns Hopkins.

Coleta de Dados

A coleta de dados foi efetuada em duas etapas: etapa preliminar e coleta de dados propriamente dita. A etapa preliminar foi realizada a fim de possibilitar o processo de seleção dos sujeitos (ver “População e Amostra”, p.67). Na coleta de dados propriamente dita, realizada de 23 de novembro a 23 de dezembro de 1999, o procedimento foi o seguinte:

1. Visita aos departamentos e distribuição dos questionários;
2. Coleta dos questionários respondidos, na secretaria do departamento, no quinto e no décimo dia subsequente à data de distribuição em cada Centro de Ensino (**CCE**-Centro de Comunicação e Expressão; **CFH**-Centro de Filosofia e Ciências Humanas; **CFM**-Centro de Ciências Físicas e Matemáticas; **CDS**- Centro de Desportos; **CTC**-Centro de Ciência e Tecnologia; **CCS**-Centro de Ciências Sociais; **CCB**-Centro de Ciências Biológicas; **CCA**-Centro de Ciências Agrárias; **CSE**-Centro Sócio-Econômico; **CED**-Centro de Educação; **CCJ**-Centro de Ciências Jurídicas; **NDI**-Núcleo de Desenvolvimento Infantil; Colégio de Aplicação; Museu Universitário);
3. Dada a necessidade de solicitar o retorno de alguns questionários após a data prevista para o encerramento da coleta, foi feita nova visita às secretarias dos departamentos, requerendo-se contato com os professores selecionados;
4. Nova visita foi feita a cada departamento de ensino, para recolher questionários pendentes e encerrar a coleta.

Projeto Piloto

Realizou-se um piloto (Anexo 18) para adequar o questionário proposto, procedendo-se a validação de aplicabilidade, clareza e reprodutibilidade. Para avaliação da

reprodutibilidade foram calculados o índice *Kappa* e o coeficiente de correlação intraclasse, o que complementou a avaliação de clareza.

A testagem do instrumento permitiu, ainda, verificar a adequação das transcrições dos instrumentos internacionais (Anexos 6,7 e 8) que compõe o questionário utilizado (Anexo 4).

Enfim, o instrumento foi considerado adequado à conclusão da pesquisa.

Tratamento e Análise dos Dados

Os dados foram registrados em banco de dados utilizando-se o programa Excel[®] 97 (ambiente Windows[®]) e o programa Statistica[®] (versão 5). Efetuou-se o tratamento dos dados através da distribuição de frequências simples e conjunta, percentuais, cálculo de médias, medianas, moda, desvios-padrão e valores máximos e mínimos. Foram ainda realizados testes de associação (Qui-quadrado) entre variáveis categóricas e de correlação (Spearman) entre variáveis ordinais.

Limitações do Método

Admite-se para este estudo as seguintes limitações:

1. *Utilização de questionários como instrumento de pesquisa*: sabe-se que em pesquisas deste gênero (levantamentos populacionais) utiliza-se com frequência este instrumento de pesquisa. Há, no entanto, limitações devidas à falta de controle sobre o respondente (auto-administrado) quanto ao grau de veracidade das respostas e reprodutibilidade de fatos acontecidos no passado (memorização);

2. *Mensuração do nível de AFL e AFM*: a prática de atividades de intensidade leve e/ou moderada pode ser distribuída no curso da rotina diária, então espera-se que sejam registradas em questionários de auto-relato com mais possibilidade de erro que atividades vigorosas, as quais são mais facilmente lembradas.
3. *Sensibilidade na medida do NAFH*: o instrumento proposto (Godin Leisure-Time Exercise Questionnaire) não destina-se à medida objetiva e direta do NAFH. É um instrumento validado e apropriado quando a medida da AF usual é suficiente para categorizar os indivíduos.
4. *Aleatoriedade da Amostra*: a aleatoriedade da amostra ficou comprometida devido ao prazo (23 dias úteis) e período (nov/dez) destinados à coleta de dados. Tendo a coleta coincidido com o término do ano letivo de 1999, não foi possível reincidir adequadamente na procura dos sujeitos selecionados. Sendo assim, verificou-se que a participação na pesquisa restringiu-se, majoritariamente, àqueles que responderam espontaneamente à solicitação do pesquisador. Muitos dos professores selecionados alegaram falta de tempo para responder ao questionário, outros já diminuía sensivelmente a frequência aos departamentos.
5. *Erro Amostral*: do total esperado (309) para garantir erro amostral de 0,05 (5%), retornaram para análise 190 questionários, elevando o erro amostral para cerca de 0,07 (7%).

CAPÍTULO IV

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

O presente capítulo destina-se à apresentação dos resultados, e está composto pelas seguintes seções: a) características da amostra; b) hábitos de atividade física; c) estágios de mudança de comportamento; d) barreiras percebidas; e) fatores facilitadores; f) conhecimento específico sobre atividade física. As seções deste capítulo foram elaboradas a fim de apresentar os dados coletados conforme a formulação dos objetivos específicos da pesquisa.

Características da Amostra

Participaram deste estudo professores universitários de ambos os sexos. A maior frequência constatada foi de 113 casos para o gênero masculino (59,5% do total), sendo que as mulheres, em total de 76 casos, constituíram 40% da amostra (Figura 2). Dos 190

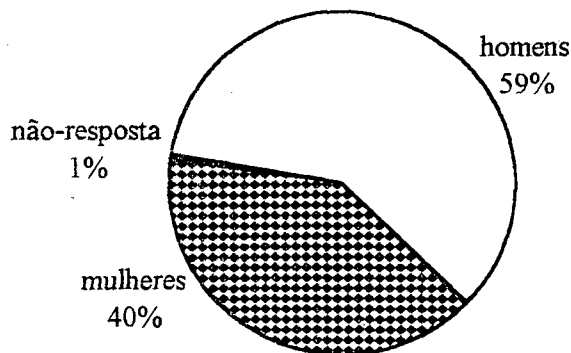


Figura 2. Caracterização da amostra segundo gênero

sujeitos, um deles (0,5% do total) não forneceu dados que permitissem identificar a que

gênero pertence, embora tenha respondido adequadamente às demais questões do questionário.

A média de idade constatada foi de 44,8 anos ($\pm 6,8$ anos), sendo o valor mínimo 27,9 anos e, o máximo, 66,6 anos. A maior parte dos indivíduos situa-se entre os valores de idade de 40 e 48 anos, e a mediana é 45,3 anos. Os valores apresentados para variável **idade** foram calculados tendo-se excluído, do total, 15 indivíduos, os quais não forneceram os dados necessários para cálculo da idade decimal.

Separando-se os indivíduos em faixas etárias decenais a partir dos 25 anos, e considerando-se ainda a caracterização por gênero, obteve-se a seguinte distribuição de frequências (Tabela 1):

Tabela 1

Distribuição Conjunta de Frequências Segundo Faixa Etária e Gênero.

Faixa Etária	homens		mulheres		Total da Amostra	
	n	%	n	%	n	%
25 a 34 anos	11	11,7	03	4,2	14	7,3
35 a 44 anos	34	33	33	47,2	68	35,8
45 a 54 anos	50	48,5	34	45,8	83	43,7
55 a 65 anos	07	6,8	02	2,8	09	4,7
66 anos ou mais	01	1	00	00	01	0,5
Total	103	100	72	100	175	92

Os dados da Tabela 1 demonstram que as mulheres situam-se principalmente nas faixas etárias de 35 a 44 anos e 45 a 54 anos de forma equivalente (47,2% e 45,8% dos casos, respectivamente), enquanto os homens situam-se predominantemente na faixa etária de 45 a 54 anos (48,5%). Os 175 casos evidenciados representam 92% do total da amostra (n=190), pois 10 homens e quatro mulheres (cerca de 5% e 2% do total, respectivamente) não forneceram dados de idade e um indivíduo não identificou seu gênero.

Quanto ao **estado civil**, a maior parte dos sujeitos (65,8%) está casado ou em união estável, seguindo-se os casos de indivíduos solteiros (23,2%) e divorciados (8,4%).

Somente três indivíduos (1,6% do total) estão na condição de viuvez. Dois indivíduos não responderam a esta questão.

Considerando-se o número de filhos, a moda encontrada foi “dois filhos”, conforme pode-se observar na Tabela 2. Cerca de 69% dos indivíduos tem filhos (mínimo um, máximo cinco), e 47,4% deles possui até dois filhos. O número de indivíduos que não tem filhos corresponde a 31% da amostra (59 casos).

Tabela 2

Distribuição de Frequências Segundo Número de Filhos.

Número de Filhos	n	Porcentagem
01	26	13,7
02	64	33,7
03	28	14,7
04	09	4,7
05	03	1,6
não-resposta	01	0,5

Nota: os valores percentuais são em relação ao total da amostra (n=190).

Quando se investigou a **titulação** dos respondentes, verificou-se que 93% deles têm pós-graduação, sendo que 5,2% têm título de especialista, 30,5% têm título de mestre e 57,4 têm título de doutor. Dos 190 indivíduos, 10 (5,2%) cursaram somente a graduação e três (2%) não responderam a esta questão, conforme demonstra-se na Figura 3.

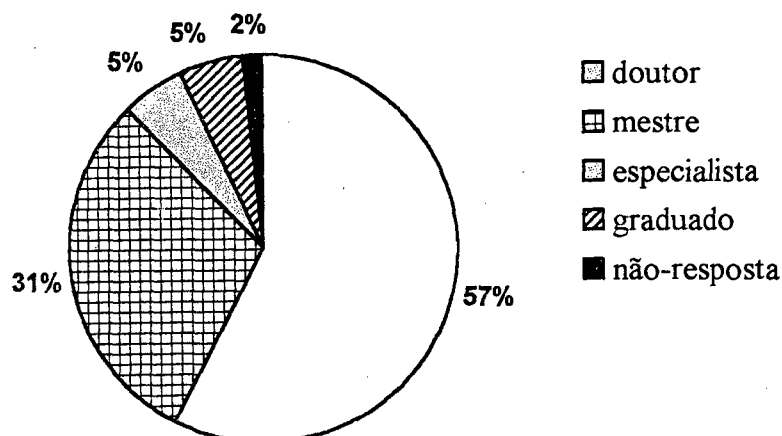


Figura 3. Caracterização da amostra segundo titulação

A amostra investigada caracteriza-se ainda como sendo de bom nível sócio-econômico, estando a maioria dos indivíduos (65,8%) nas classes B1 e A2, segundo o Critério de Classificação Econômica – Brasil, adotado pela ABA/ANEPE – ABIPEME (ANEP, 1997). A Tabela 3 evidencia a distribuição homogênea da amostra quando se considera as classes “agrupadas” A (A1+A2) e B (B1+B2), cujas frequências de respostas foram idênticas.

Tabela 3

Distribuição de Frequências para Classe Econômica.

Classe Econômica	n	%	% Classe Agrupada
C (C)	06	3,2	3,2
B2 (B)	39	20,5	48,4
B1 (B)	53	27,9	
A2 (A)	72	37,9	48,4
A1 (A)	20	10,5	
total	190	100	100

Nota: os valores percentuais são em relação ao total da amostra (n=190).

As correlações entre as variáveis sócio-demográficas (estado civil, nº de filhos, titulação, classe econômica) e as variáveis “Nível de Atividade Física Habitual” (NAFH), “Percepção de Barreiras”, “Número de Fatores Facilitadores” e “Conhecimento Específico sobre Atividade Física”, foram medidas através do coeficiente de correlação de Spearman (ordenação em *ranking*). Os resultados obtidos (Anexo 15) mostraram que há correlação negativa e estatisticamente significativa ($p < 0,05$) somente entre percepção de barreiras e titulação ($r_s = -0,16$) e conhecimento específico e classificação econômica ($r_s = -0,18$). Esta correlação sugere que, quanto maior a titulação, menor a percepção de barreiras. Contudo, o valor de r_s está muito próximo de zero, e apesar de indicar que a correlação não ocorreu ao acaso ($p < 0,05$), não merece maiores destaques.

Hábitos de Atividade Física

Quanto ao nível de atividade física habitual (NAFH), observou-se 134 citações para prática de AF leves (71%), 129 citações para prática de AF moderadas (68%), e 55 citações para prática de AF vigorosas (29%). Como a prática de AF de determinada intensidade não exclui a possibilidade de praticar as demais, observou-se ainda 32 citações para prática dos três tipos de AF (vigorosas, moderadas e leves). Dentre os indivíduos investigados, 41 praticam AF vigorosas e leves no seu tempo de lazer, 44 praticam AF vigorosas e moderadas, e 93 praticam AF moderadas e leves. A Tabela 4 exemplifica os hábitos anteriormente descritos.

Tabela 4

Distribuição de Frequências para Prática de Atividades Físicas de Intensidade Vigorosa, Moderada e Leve.

Atividade Física	VIGOROSA	MODERADA	LEVE
VIGOROSA	55 (29%)	44	41
MODERADA	44 (23%)	129 (68%)	93
LEVE	41 (22%)	93 (45%)	134 (71%)

Nota: os números entre parênteses são porcentagens do total da amostra (n=190).

Na Tabela 5 mostra-se estatísticas descritivas da variável NAFH e suas subdivisões (AFV⇒ atividades físicas de intensidade vigorosa; AFM⇒ atividades físicas de intensidade moderada; AFL⇒ atividades físicas de intensidade leve).

Tabela 5

Estatística Descritiva para a Variável Nível de Atividade Física Habitual.

	AFV vezes na semana	AFM vezes na semana	AFL vezes na semana	NAFH TOTAL escores gerais
média	0,66	1,98	2,43	23,22
mediana	00	1,75	2,00	20,00
moda ^a	1	2	2	21
mínimo	00	00	00	00
máximo	6,0	20,0	20,0	160,0
desvio-padrão	1,28	2,35	2,66	20,79
N	55	129	134	190 ^b
Homens	41 casos (36,3%)	71 casos (63,4%)	85 casos (75,2%)	113
Mulheres	14 casos (18,4%)	52 casos (72,2%)	47 casos (62,7%)	76

Nota: os números entre parênteses são porcentagens do total para cada gênero.

^a a estatística “moda” foi considerada para valores maiores que zero.

^b dado o caso de não-resposta para gênero, têm-se “n” total = 190, e a soma dos dois gêneros = 189.

Observando-se os resultados em sua totalidade percebeu-se que, em todas as intensidades de prática investigadas, a maior frequência de respostas foi para o valor “zero”, sendo que 19 indivíduos (10%) relataram não praticar qualquer AF em seu tempo de lazer. Considerando-se os que praticam AF, entretanto, pode-se afirmar que os homens praticam AFV e AFL mais que as mulheres, enquanto são as mulheres que praticam em maior número AFM. Em anexo encontram-se as tabelas descritivas para cada intensidade de AF praticada no tempo de lazer.

Na Tabela 6 são apresentados os dados obtidos conforme a escala categórica a qual divide o NAFH obtido em categorias de 15 a 15 pontos, observando-se que mais da metade dos indivíduos obteve até 29 pontos, e a maior frequência de respostas (36,8%) refere-se à categoria “até 14 pontos”.

Tabela 6

Distribuição de Frequências Segundo
Nível de Atividade Física Habitual por Categorias.

Categoria (pontos)	n	Porcentagem
até 14	70	36,8
15-29	65	34,2
30-44	37	19,5
45-59	08	4,2
60 ou mais	10	5,3
total	190	100

Na distribuição dos casos por faixa etária (Figura 4), em categorias de NAFH, observa-se que as maiores frequências (33,2% dos casos) correspondem a indivíduos de 35-44 e 45-54 anos, os quais obtiveram até 14 pontos (ambas as categorias representam 16,6% do total). As maiores frequências em cada faixa etária foram:

- 42,9% dos indivíduos com até 34 anos situa-se na faixa de 15-29 pontos;
- 42,7% dos indivíduos de 35-44 anos situa-se na faixa de até 14 pontos;
- 35% dos indivíduos de 45-54 anos situa-se na faixa de até 14 pontos;
- 66,7% dos indivíduos de 55-64 anos situa-se na faixa de 15-29 pontos;
- o único indivíduo com idade superior a 65 anos situa-se na faixa de 15-29 pontos.

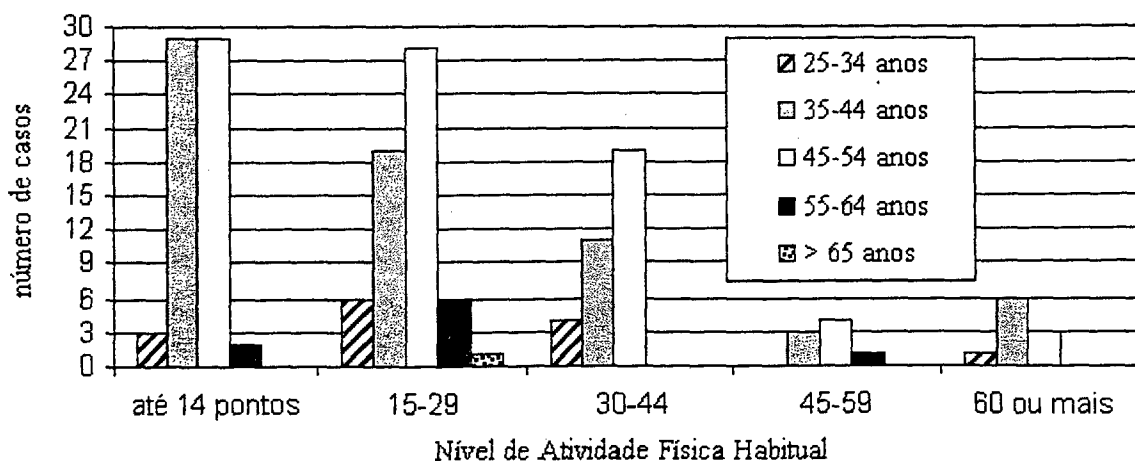


Figura 4. Distribuição de frequências por faixa etária, segundo NAFH por categorias

Devido à não-resposta para a variável idade, 15 indivíduos foram excluídos dos tratamentos de dados por faixa etária, totalizando-se 175 respondentes.

A Tabela 7 ilustra os testes estatísticos utilizados para verificar a associação entre as variáveis Idade (faixa etária; menos que 50 anos; idade decimal) e Nível de Atividade Física Habitual (por categorias de pontuação ou pela pontuação total). Os resultados indicam que há associação entre idades menores que 50 anos e o NAFH por categorias de quinze em quinze pontos. Apesar de não ser muito expressiva, a associação é estatisticamente significativa e não ocorreu ao acaso ($p < 0,05$).

Tabela 7

Testes de Associação entre Idade e Nível de Atividade Física Habitual.

Teste	Variáveis	Estatística	p*	Associação
Qui-quadrado	Faixa etária & NAFH (categorias)	$X^2 = 14,36$	0,278	Não
Qui-quadrado	($50 < X$) & NAFH (categorias)	$X^2 = 9,62$	0,047	Sim
Spearman	Idade decimal e NAFH (total)	$R = 0,013$	0,861	Não

* $p < 0,05$

Embora os dados coletados indiquem que em todas as faixas etárias predomina o número de pessoas que **não participa** de qualquer programa de AF regular durante a

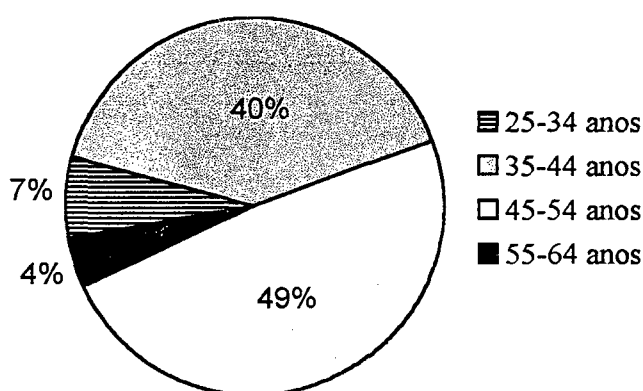


Figura 5. Participação em Atividade Física no tempo de Lazer, segundo faixa etária (n=78).

semana, 78 dos sujeitos que compuseram a amostra (41%) afirmaram praticar AF regular em seu tempo disponível para o lazer, a maior parte deles na faixa etária de 45 a 54 anos. A Figura 5 representa estes 78 casos de prática de AF.

Entre os indivíduos que praticam AF no lazer, há 37 homens (33%) e 41 mulheres (54%), sendo que a avaliação dos dados em tabela de contingência 2x2 evidenciou uma associação estatisticamente significativa com o gênero feminino, somente. Na Tabela 8 pode-se observar estes resultados.

Tabela 8

Testes de Associação entre Gênero e
Prática de Atividade Física no Tempo de Lazer

Teste	Estatística	p*	Associação
Qui-quadrado (X ²)	X ² = 7,88	0,005	Sim
X ² Com Correção de Yates	X ² = 7,06	0,007	Sim

* p < 0,05

As práticas mais citadas foram: caminhadas e natação (ambos com 21 citações); hidroginástica (13 citações) e musculação (12 citações). As demais práticas relacionadas incluem esportes coletivos (futebol, tênis, voleibol, basquetebol, bocha), AF orientadas (condicionamento físico, reeducação postural global - RPG, ginástica de academia, ioga) e não-orientadas (andar de bicicleta, alongamento, correr, surfar, passeios ecológicos) e dança (ballet, dança do ventre). As frequências de respostas para cada atividade são apresentadas no Anexo 14, tendo sido constatado que várias pessoas praticam duas ou mais das AF relatadas.

Utilizando-se esta resposta como fator de controle para a variável “regularidade da prática de AF” (15 ou mais pontos no escore para NAFH **somados à participação** em programa de AF), verificou-se que a maioria dos indivíduos é irregularmente ativa (104 casos, representando 54,7% do total da amostra). Destes, a maioria é do gênero masculino (Figura 6): 59,3% dos homens são *irregularmente* ativos. Ao contrário, 52,6% das mulheres são *regularmente* ativas.

Quando se considera a faixa etária, é na faixa dos 35-44 anos que se encontra a

maior proporção de irregularmente ativos, em relação aos regularmente ativos.

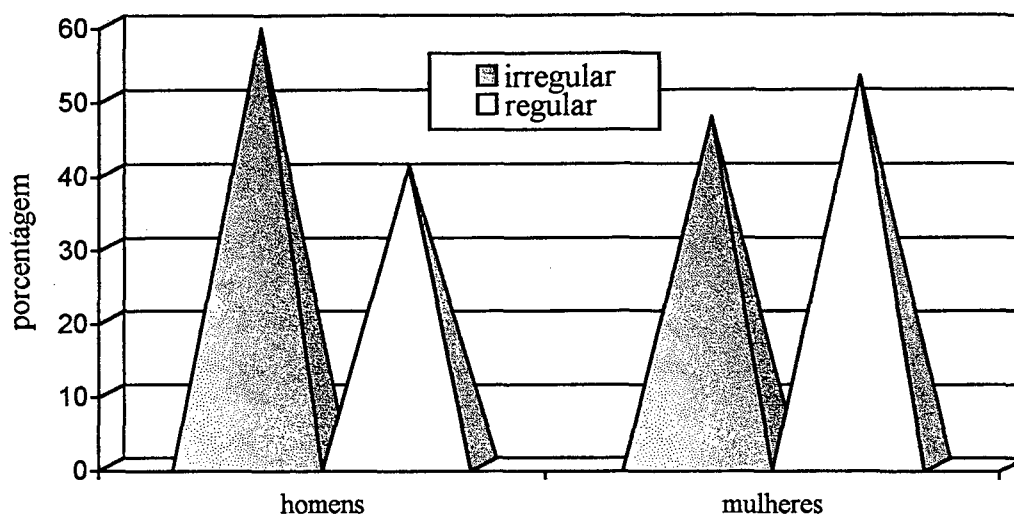


Figura 6. Padrão de prática de atividade física de homens e mulheres.

A única faixa etária em houve predomínio de indivíduos regularmente ativos foi na faixa dos 45-54 anos.

O teste Qui-quadrado, entretanto, mostrou que não há associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre as variáveis “gênero” e “regularidade da prática de AF” (onde $X^2 = 2,60$ e $p = 0,106$) nem entre as variáveis “faixa etária” e “regularidade da prática de AF” (onde $X^2 = 4,21$ e $p = 0,239$).

Estágios de Mudança de Comportamento

Os dados coletados, quando analisados com enfoque nos **Estágios de Mudança de Comportamento (EMC)**², mostram resultados similares aos encontrados na seção sobre NAFH. Com efeito, aplicando-se tanto o teste Qui-quadrado como o de correlação de Spearman, verificou-se associação estatisticamente significativas entre as variáveis NAFH e EMC (Tabela 9).

² São seis os Estágios de Mudança de Comportamento considerados neste estudo: Pré-contemplação (PC); Contemplação (CT); Preparação (PP); Ação (AC); Manutenção (MT); Recaída (RC).

Tabela 9

Testes de Associação entre Nível de Atividade Física Habitual e Estágios de Mudança de Comportamento

Teste	Variáveis	Estatística	p*	Associação
Qui-quadrado	EMC & NAFH (categorias)	$X^2 = 0,55$	0,000	Sim
Spearman	EMC e NAFH (total)	$r_s = 0,56$	0,000	Sim

* $p < 0,05$

Os resultados acima evidenciam a associação positiva entre NAFH e EMC, através da qual sugere-se que maiores níveis de AF habitual estão moderadamente relacionados a estágios de comportamento de maior atividade física.

A Figura 7 ilustra a distribuição de frequências para cada estágio, e permite identificar os dois estágios com maior ocorrência de casos: o estágio de manutenção (MT), com 61 casos (32%), e o estágio de contemplação (CT), com 59 casos (31%).

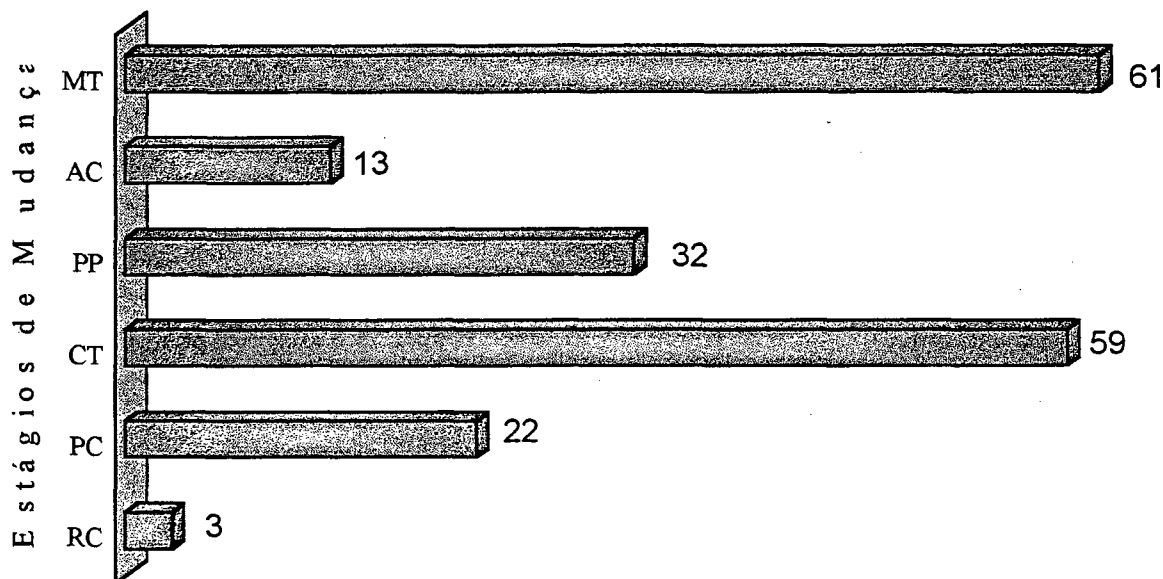


Figura 7. Número de ocorrências para cada estágio de mudança de comportamento (n=190).

Na Tabela 10 é possível observar a distribuição conjunta de frequências segundo gênero e EMC, considerando-se também o padrão de prática de AF habitual. Não se detectou associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre as variáveis: no teste Qui-quadrado obteve-se $X^2 = 5,90$ e $p = 0,206$ para a associação entre gênero e EMC, e na

tabela 2x2 para gênero e padrão de prática de AF observou-se que $X^2 = 2,54$ e $p = 0,111$.

Tabela 10

Distribuição Conjunta de Frequências segundo Gênero,
Estágios de Mudança de Comportamento e Padrão de Prática de Atividade Física

		mulheres		homens	
		n	%	n	%
EMC	1. Recaída - RC	00	0	2	1,8
	2. Pré-contemplação - PC	06	7,9	16	14,2
	3. Contemplação - CT	19	25	40	35,4
	4. Preparação - PP	16	21	16	14,2
	5. Ação - AC	06	7,9	07	6,2
	6. Manutenção - MT	29	38,2	32	28,3
Padrão de Prática de AF	pouco ativos ou inativos	41 casos = 53,9%		74 casos = 65,5%	
	ativos regularmente	35 casos = 46,1%		39 casos = 34,5%	

É importante ressaltar que a classificação “pouco ativos ou inativos” corresponde a indivíduos nos estágios 1 a 4 (RC+PC+CT+PP), e que “ativos regularmente” corresponde àqueles nos estágios 5 e 6 (AC+MT). O valor percentual apresentados nestes casos refere-se à representatividade dos casos dentro de cada gênero.

Na Figura 8 pode-se observar que, dos 175 respondentes, a faixa onde encontram-se mais indivíduos regularmente ativos (e com maiores diferenças em relação às outras faixas) é dos 45 aos 54 anos, embora não se tenha detectado associações estatisticamente significativas ($p > 0,05$) quanto aos EMC e faixas etárias ($X^2 = 12,53$; $p = 0,706$).

Observou-se também que, na faixa dos 25 aos 34, e dos 35 aos 44 anos, a maior parte dos sujeitos está no estágio de CT; e que tanto na faixa de 44 aos 54 anos, como na de 55 a 64 anos a maioria está no estágio de MT (Figura 8). O único sujeito com mais de 65 anos está no estágio de CT, e em todos os casos em que foi constatado o EMC “recaída”, não foi relatada a idade do sujeito.

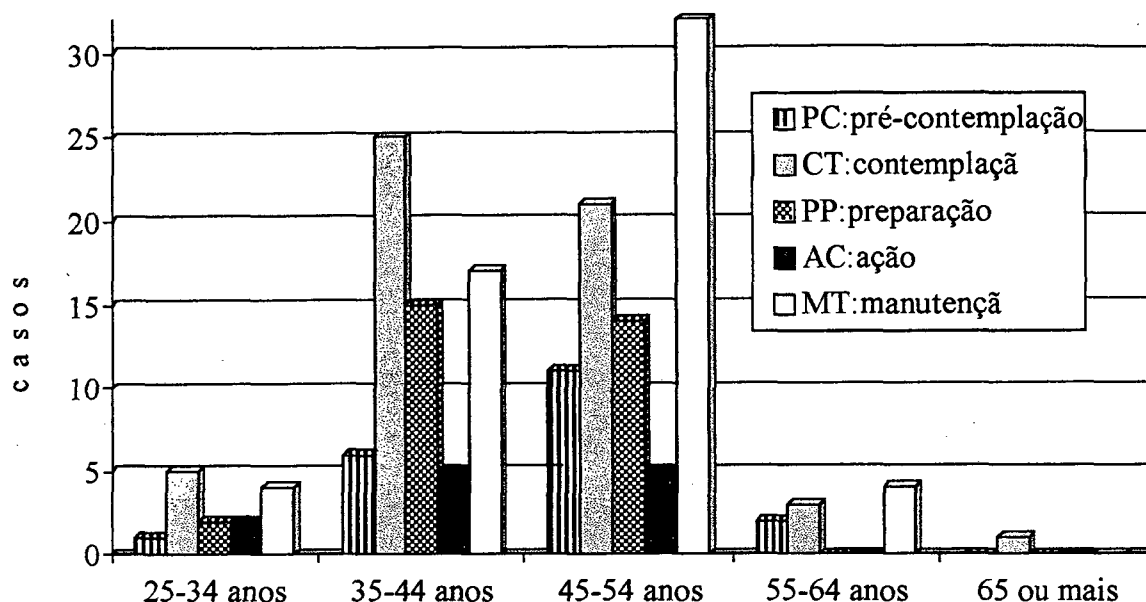


Figura 8. Número de ocorrências para estágios de mudança de comportamento segundo faixa etária.

Barreiras Percebidas

Pode-se evidenciar a importância de cada **barreira** investigada observando-se o valor correspondente ao percentual de casos em que tais barreiras foram citadas como “quase sempre” (QS), “sempre”(S) ou “nunca”(N) representarem empecilhos à prática de AF.

Desta forma, os dados referentes às barreiras percebidas indicam cinco barreiras predominantes para a amostra estudada: “trabalho”, “compromissos com cônjuge e/ou filhos”, “falta de interesse em praticar”, “tarefas domésticas”, “falta de companhia”.

Na Tabela 11 apresenta-se a frequência de respostas com que cada barreira foi considerada importante, bem como a frequência de respostas com que a barreira foi considerada inexistente.

Tabela 11

Distribuição de Frequências para cada Barreira.

Barreira	Sempre	Quase Sempre	%	Nunca	%
Trabalho	67	70	72,1	13	6,8
Compromisso família	16	32	25,3	59	31,1
Falta de interesse	10	19	15,7	80	42,1
Tarefas domésticas	09	20	15,3	56	29,5
Falta de companhia	12	15	14,2	89	46,8
Cansaço físico	06	17	12,1	52	27,4
Falta de espaço disponível	03	14	9	109	57,4
Falta de clima adequado	04	13	8,9	57	30
Falta de equipamento disponível	11	05	8,5	98	51,6
Falta de incentivo família/amigos	00	13	6,8	124	65,3
Falta de recursos financeiros	05	05	5,3	120	63,2
Falta de habilidades físicas	02	08	5,2	109	57,4
Limitações físicas	06	03	4,7	120	63,2
Medo de lesionar-se	05	04	4,7	137	72,1
Mal-estar ou dores leves	04	03	3,7	89	46,8
Falta de conhecimento/orientação	03	04	3,7	124	65,3
Mau-humor	00	04	2,1	102	53,7
Falta de ambiente seguro	01	02	1,6	141	74,2
Preocupação com aparência	01	00	0,5	164	86,3
outros	06	01	3,7	175	92,1

Nota: a quarta coluna representa a frequência de respostas com que cada barreira foi considerada **importante**; a sexta coluna representa a frequência de respostas com que cada barreira foi considerada **inexistente**.

Verificou-se também que as barreiras menos importantes foram “preocupação com a aparência”, “falta de ambiente seguro”, “medo de lesionar-se”, “falta de incentivo da família e/ou amigos” e, finalmente, “falta de conhecimento e/ou orientação”, pois estas foram as cinco barreiras mais frequentemente citadas como aquelas que **nunca** são empecilho à prática de AF.

O Anexo 16 inclui a distribuição de frequência para cada tipo de resposta dada em percepção de barreiras.

A barreira nomeada “outros”, só foi relacionada pelos indivíduos como descrição de barreiras que são empecilho “algumas vezes” ou mais, e entre as mais citadas estão “preguiça” e “falta de orientação profissional”.

A Tabela 12 representa a correlação entre as cinco barreiras principais e variáveis

para as quais obteve-se valores estatisticamente significativos. O teste utilizado foi o de Spearman.

Tabela 12

Valores de Correlação entre Barreiras Percebidas e Outras Variáveis Investigadas.

Barreira	Variável de Correlação	r_s	p^*
jornada de trabalho extensa	NAFH	-0,418	0,000
	EMC	-0,297	0,000
	Fatores Facilitadores	-0,305	0,000
compromisso cônjuge e/ou filhos	Nº Filhos	0,441	0,000
	NAFH	-0,161	0,000
	EMC	-0,199	0,007
	Nível Sócio-econômico	0,385	0,000
falta de interesse em praticar	NAFH	-0,334	0,000
	EMC	-0,311	0,000
	Fatores Facilitadores	-0,297	0,000
tarefas domésticas	NAFH	-0,246	0,001
	EMC	-0,158	0,036
falta de companhia	NAFH	-0,249	0,001
	EMC	-0,168	0,028
	Nível Sócio-econômico	0,162	0,034

* $p < 0,05$

Foi também analisada a relação das cinco principais barreiras (ver Tabela 10) com o gênero dos indivíduos. Os resultados foram os seguintes:

- a) a barreira “*trabalho*”, que corresponde a uma jornada de trabalho extensa, parece ser mais significativa para as mulheres, pois 81,1% delas (contra 69,4% dos homens) citam-na como uma barreira QS ou S presente;
- b) a barreira “*compromisso com cônjuge e/ou filhos*” apresenta-se com importância similar para homens e mulheres, pois 27,3% dos homens e 26,9% das mulheres citam-na como QS ou S presente;
- c) a barreira “*falta de interesse*” parece ser maior para mulheres, ainda que ligeiramente, pois 17,4% das mulheres citam-na como QS ou S presente, comparadas a 14,8% dos homens;
- d) a barreira “*tarefas domésticas*”, que representa ocupações com o lar de maneira

generalizada, é mais significativa para as mulheres, pois 20,3% das mulheres citam-na como QS ou S presente, comparadas a 14,2% dos homens;

- e) a barreira “*falta de companhia*” é a única, das cinco principais, em que o percentual de indivíduos que a relata como sendo QS ou S presente é maior para homens (18,1%) que para mulheres (12,3%).

Em linhas gerais, observou-se que 160 indivíduos (93 homens, 66 mulheres e 01 caso de gênero não identificado) percebem barreiras em seu dia-a-dia, e somente 30 não o fazem (19 homens, 10 mulheres, 01 com gênero não-declarado). A Tabela 13 representa estes resultados, sabendo-se ainda que, dos 160 indivíduos que declararam perceber barreiras, 91 deles citaram pelo menos uma barreira representando “sempre” um empecilho.

Analisando-se os dados em tabela de contingência 2x2, não se detectou diferença estatisticamente significativa entre os resultados ($X^2 = 0,95$; $p = 0,328$).

Tabela 13

Distribuição de Frequências para Percepção de Barreiras, Segundo Gênero.

Percepção de Barreiras	mulheres		homens		Total da Amostra	
	n	%	n	%	n	%
com barreiras	66	87	93	82,3	160 ^a	84,2
sem barreiras	10	13	20	17,7	30	15,8
Total	76	100	113	100	190	100

^a um caso de não-resposta para gênero enquadra-se nesta categoria.

A média de barreiras percebidas foi de 2,63 ($\pm 1,84$), tendo-se citado no mínimo uma barreira e, no máximo, 11 barreiras.

A Tabela 14 representa a distribuição de frequências para o número de barreiras percebidas, tendo-se excluído dos 190 sujeitos pesquisados aqueles que não citaram

barreiras presentes em seu dia-a-dia (30 casos). Verificou-se, portanto, a freqüência de respostas entre os 160 indivíduos que declararam haver barreiras QS ou S presentes.

Tabela 14

Distribuição de Freqüências para Número de Barreiras Percebidas, Segundo Gênero.

Número de Barreiras Percebidas	mulheres		Homens		Total	
	n	%	n	%	n	%
01	20	30,3	33	35,5	54 ^a	33,8
02	20	30,3	20	21,5	40	25
03	09	13,6	20	21,5	29	18,1
04	04	6,1	06	6,5	10	6,3
05	07	10,6	07	7,5	14	8,7
06	05	7,6	03	3,2	08	5
07 ou mais	01	1,5	04	4,3	05	3,1
Total	66	100	93	100	160	100

^a um caso de não resposta para gênero enquadra-se nesta categoria.

Agrupando-se as categorias de “4”, “5”, “6”, e “7 ou mais” barreiras percebidas, realizou-se o teste Qui-quadrado, o qual mostrou que não há associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre percepção de barreiras e gênero ($X^2 = 3,10$; $p = 0,375$).

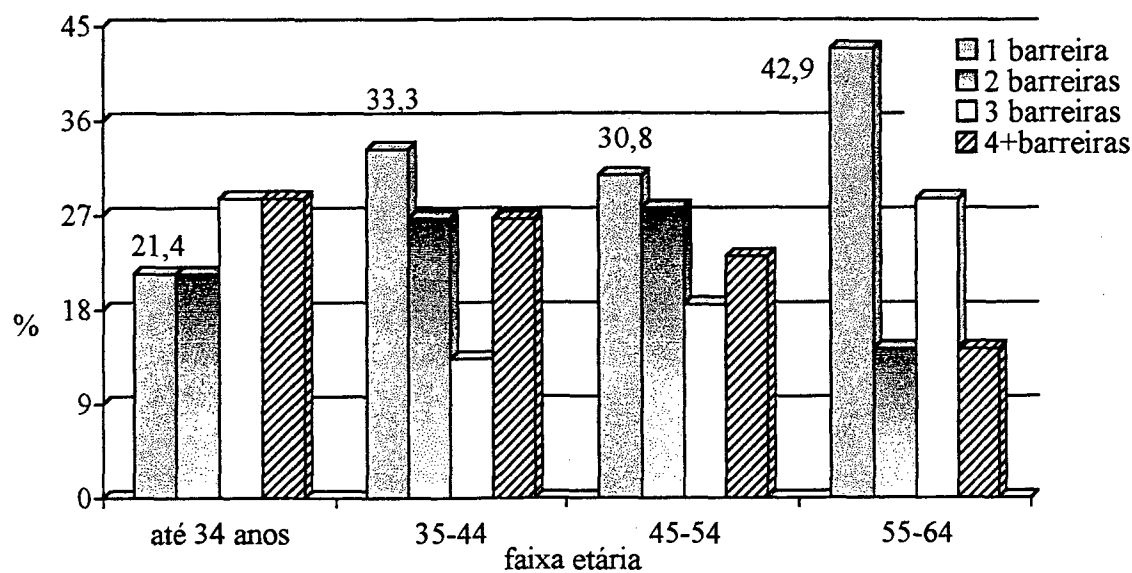


Figura 9. Distribuição de freqüências para número de barreiras percebidas segundo faixa etária.

A Figura 9 ilustra o número de barreiras percebidas segundo faixa etária, embora o teste estatístico aplicado não tenha evidenciado associação estatisticamente significativa

($p > 0,05$) entre percepção de barreiras e faixa etária ($X^2 = 6,14$; $p = 0,908$).

Por outro lado, percepção de barreiras correlaciona-se com NAFH significativamente ($p < 0,05$), conforme exposto na Figura 10, onde $r_s = -0,266$ e $p = 0,0002$. A correlação observada, apesar de fraca, não ocorreu ao acaso, e indica que quanto maior a percepção de barreiras, menor o NAFH.

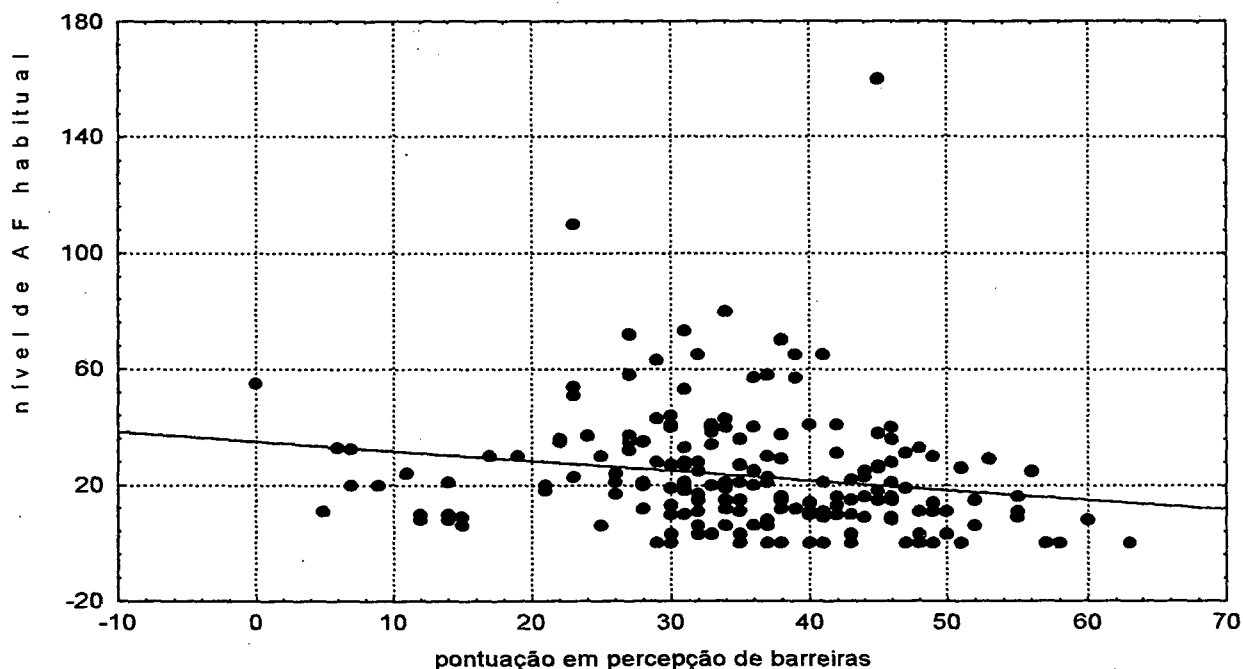


Figura 10. Diagrama de dispersão entre percepção de barreiras e nível de atividade física habitual.

Fatores Facilitadores

Quanto aos resultados referentes a **fatores facilitadores** para a prática de AF, observou-se que os indivíduos desta amostra relatam ter, no mínimo, três fatores facilitadores e, no máximo, 20 fatores, sendo que a pontuação (número de facilitadores) máxima poderia ser de 21 pontos.

A observação da distribuição de frequências aponta para uma convergência de casos entre os escores 8 a 15, cuja soma de valores representa 70% do total ($n=133$). A média dos escores situa-se em 12 pontos ($\pm 3,4$), coincidindo com a moda (32 indivíduos

relataram ter 12 fatores facilitadores).

Somente 13 indivíduos (7,4%) marcaram até sete pontos, e 43 (22,6%) marcaram de 15 a 20 pontos. Os resultados mostram, ainda, que 75,2% dos indivíduos que participaram desta pesquisa possuem, ao menos, metade dos fatores facilitadores investigados. Convém lembrar que todos os sujeitos já ganham dois pontos, devido à sua profissão e ao fato de terem nível superior, conforme recomenda o autor do instrumento utilizado.

A Figura 11 representa a distribuição de casos percentuais em cada gênero, conforme as categorias de pontuação propostas para fatores facilitadores (até 7 pontos; 8 a 14 pontos; 15 a 21 pontos).

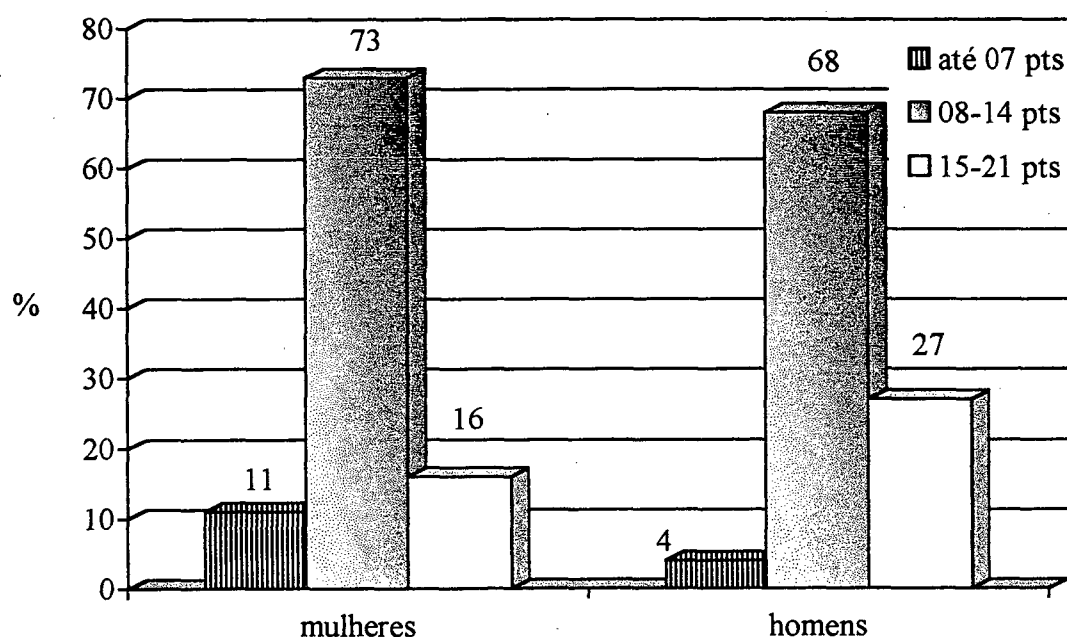


Figura 11. Distribuição de frequências da pontuação em fatores facilitadores, segundo gênero.

De acordo com os resultados do teste Qui-quadrado ($X^2 = 5,36$; $p = 0,068$) não se pode afirmar que exista associação estatisticamente significativa entre número de facilitadores e gênero ($p > 0,05$). Entretanto, a aplicação do teste de Spearman evidenciou

correlações significativas ($p < 0,05$), embora fracas, entre número de fatores facilitadores

e:

- NAFH: pois $r_s = 0,386$ e $p = 0,000 \Rightarrow$ quanto mais facilitadores, maior o NAFH;
- EMC: pois $r_s = 0,282$ e $p = 0,000 \Rightarrow$ quanto mais facilitadores, maior o EMC;
- Percepção de Barreiras: pois $r_s = -0,168$ e $p = 0,020 \Rightarrow$ quanto mais facilitadores, menor a percepção de barreiras.

Na Figura 12 pode-se observar, ainda, a dispersão dos dados relativa ao cruzamento dos valores obtidos para fatores facilitadores e NAFH.

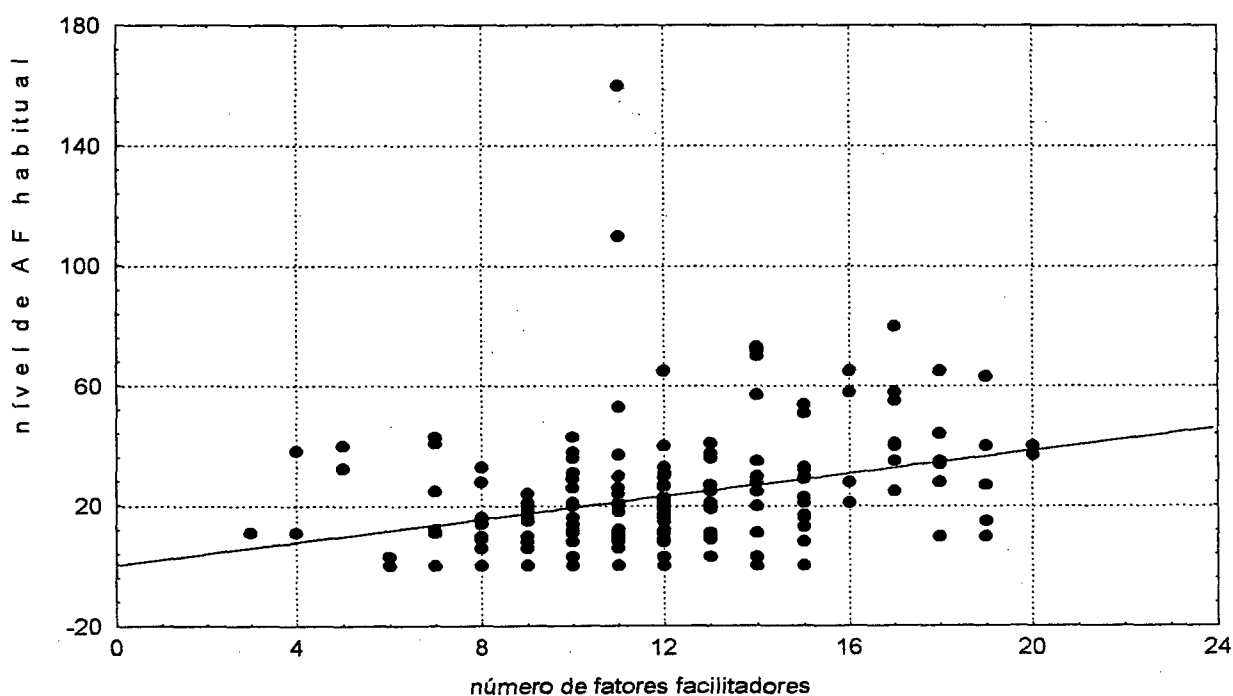


Figura 12. Diagrama de dispersão entre fatores facilitadores e nível de atividade física habitual.

Na tentativa de verificar quais fatores facilitadores obtiveram maior frequência de respostas, destacou-se fatores cujo número de citações representa, no mínimo, metade dos indivíduos pesquisados (ao menos 95 citações). Foram sete os fatores que corresponderam a este critério, os quais são transcritos a seguir:

1. “*eu acredito que tempo para praticar AF possa ser achado*” \Rightarrow 160 citações
2. “*eu acredito que os benefícios da AF superam os custos da mesma*” \Rightarrow 153 citações

3. “*eu gosto de AF*” ⇒ 137 citações
4. “*o clima da minha cidade é favorável à prática da(s) AF que prefiro*” ⇒ 133 citações
5. “*eu não tenho histórias de lesões ou machucados relacionados à prática de AF*” ⇒ 117 citações
6. “*eu acho o ambiente fora de casa atraente e agradável*” ⇒ 116 citações
7. “*eu confio bastante na minha habilidade para fazer AF regulares*” ⇒ 111 citações

Conhecimento Específico Sobre Atividade Física

Os resultados que dizem respeito ao **conhecimento** sobre AF sugerem que os indivíduos pesquisados estão bem informados, pois 100% acertou pelo menos 7 das 12 questões propostas. A média foi de 10 ± 1 acertos, mínimo de sete e máximo de 12, e um caso de não-resposta a estas questões.

Considerando-se o número de acertos, observou-se que as maiores frequências foram para 11 e 10 acertos, cujos valores representam, respectivamente, 41% (77 casos) e 32% (60 casos) do total (n=189). A terceira maior frequência é relativa a 9 acertos, e corresponde a 17% dos casos (33 ocorrências). Na Tabela 15 são apresentados os resultados observados quanto ao Conhecimento Específico (CE) sobre AF.

Tabela 15

Distribuição de Frequências para Conhecimento Específico sobre Atividade Física.

Acertos	n	%
07	03	1,6
08	08	4,2
09	33	17,4
10	60	31,6
11	77	40,5
12	08	4,2
-	01	0,5 ^a
Total	190	100

^a caso de não-resposta.

Verificou-se que 23% dos homens e 24% das mulheres acertaram até nove questões, e que 77% dos homens e 76% das mulheres acertaram dez ou mais questões.

Os testes estatísticos realizados (Tabela 16) indicaram que esta variável (CE) não se associa com as demais variáveis do estudo, exceto com as variáveis sócio-demográficas “nível sócio-econômico” e “número de filhos” (ver seção de Caracterização da Amostra) e EMC.

Tabela 16

Valores de Associação entre a Variável Conhecimento Específico e as Variáveis Gênero, Idade, Nível de Atividade Física Habitual, Estágios de Mudança de Comportamento, Percepção de Barreiras e Fatores Facilitadores.

Teste	Variáveis	Estatística	p*	Associação
Qui-quadrado	CE e Gênero	$X^2 = 0,011$	0,914	Não
Spearman	CE e Idade (decimal)	$r_s = -0,007$	0,919	Não
Spearman	CE e NAFH (total)	$r_s = 0,005$	0,939	Não
Qui-quadrado	CE e EMC ^a	$X^2 = 9,60$	0,047	Sim
Spearman	CE e Percepção Barreiras	$r_s = 0,086$	0,239	Não
Spearman	CE e Fatores Facilitadores	$r_s = 0,087$	0,228	Não

^a os estágios RC e PC foram agregados para realização deste teste.

*p < 0,05

CAPÍTULO V

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão discutidos os resultados desta investigação, os quais foram apresentados no capítulo anterior. Procurou-se explorar as relações existentes entre as variáveis estudadas de maneira a conduzir um levantamento de dados caracterizado especificamente como pesquisa descritiva-correlacional.

A fim de que se mantenha a fluência da dissertação, a abordagem dos dados dar-se-á nas seguintes seções:

1. Descrição geral dos resultados
 - a) características da amostra;
 - b) prática de AF: NAFH e EMC;
 - c) conhecimento específico sobre AF;
2. Barreiras e Facilitadores

Descrição Geral dos Resultados

Os dados serão discutidos com o intuito de fornecer uma visão geral das variáveis sócio-demográficas, dos padrões de prática de AF relacionados ao NAFH e EMC, do conhecimento específico sobre AF. Desta maneira espera-se criar o apanhado de informações necessárias à discussão do tema principal da pesquisa: o estudo das barreiras e facilitadores para a prática de AF de professores universitários.

Características da Amostra

A amostra investigada caracteriza-se como sendo constituída prioritariamente por indivíduos do gênero masculino (59%), embora a quantidade de mulheres tenha sido expressiva (40%). O estado civil predominante, representando cerca de 69% dos casos, é de indivíduos casados, e 69% dos sujeitos têm filhos (máximo cinco filhos).

Quanto à idade, a amostra constitui-se de adultos jovens e de meia-idade, sendo a média de 44,8 anos ($\pm 6,8$ anos). As duas faixas etárias de maior concentração de casos são as faixas de 35 a 44 anos e 45 a 54 anos, considerando ambos os gêneros.

As mulheres, contudo, dispersam-se menos entre as demais categorias: conforme apresentado na Tabela 1 (p.66), 07% dos indivíduos do gênero feminino e 19,5% do gênero masculino situam-se em categorias de idade inferior a 35 anos ou superior a 54 anos. De acordo com estes dados verificou-se, ainda, que nas faixas etárias de menor e de maior idade os homens estão em maior número.

Finalmente, a análise das variáveis “titulação” e “classe econômica” sugere que os indivíduos investigados fazem parte de uma parcela populacional minoritária em nosso país, tanto quanto na região Sul. Situada predominantemente em classes econômicas superiores (classe B e classe A, com ênfase para os subgrupos B1 e A2) e com alto nível de instrução (57,4% possui título de doutor), a amostra representa 12% da população brasileira do sul do país, pois de acordo com o critério de classificação econômica da ABA-ANEP / ABIPEME (ANEP, 1997), no sul do Brasil a classe A2 representa somente 5% da população, e a classe B1, 7%. Há, no entanto, indivíduos da classe econômica C (3,2%), o que sugere que entre professores universitários não há somente indivíduos de classes econômicas superiores.

Prática de AF: Nível de Atividade Física Habitual e Estágios de Mudança de Comportamento

A análise dos resultados sugere que a maioria dos indivíduos é pouco ativa, tendo sido os resultados da variável específica para mensuração do NAFH comprovados pelos resultados dos EMC. De fato, os testes estatísticos realizados (Tabela 9, p.75) indicaram que há uma associação estatisticamente significativa entre NAFH e EMC ($p < 0,05$).

Os escores obtidos para o NAFH através do instrumento de Godin e Shephard (Medicine and Science in Sports and Exercise, 1997) apontam para prática de AF reduzida, pois a média encontrada foi de 23,2 pontos, com maior número de casos em até 15 pontos marcados (Tabelas 5 e 6, p. 70 e 71). Estes números indicam que a maior parte dos indivíduos situa-se no primeiro terço do total de pontos (110 pontos no máximo³, 1/3 a cada 37 pontos, aproximadamente).

Confirmando estes resultados, verificou-se que as AFL são as mais praticadas, e mesmo assim somente 2,4 vezes por semana, em média. As AFM são praticadas duas vezes na semana, em média, e as AFV menos de uma vez por semana, sendo que somente 32 indivíduos (16,9%) relataram praticar os três tipos de AF durante uma semana habitual. Mesmo considerando aqueles que praticam mais de um tipo de AF, o número de vezes praticada semanalmente apresenta-se baixo, o que pode indicar padrões de prática de AF insatisfatórios, abaixo do mínimo proposto na literatura.

Segundo as recomendações atuais para prática de AF do American College of Sports Medicine (Shephard, 1995), entre outras instituições reconhecidamente dedicadas a pesquisas nesta área (U.S. Department of Health and Human Services, 1996; U.S. Department of Health and Human Services et al., 1999), o montante de prática de AF semanal deve ser em torno de cinco vezes ou mais por semana, durante períodos de 30

³ Considerando os 188 indivíduos que preencheram o questionário de forma similar, pois observou-se que dois indivíduos declararam NAFH muito superiores, sugerindo interpretação diferenciada da questão.

minutos contínuos ou intermitentes para AFM, ou três vezes por semana, durante 20 minutos contínuos ou mais para AFV.

Na amostra investigada, somente 23 sujeitos (12,1%) praticam AFM cinco vezes ou mais por semana e somente 19 sujeitos (10%) praticam AFV três vezes ou mais por semana, em períodos de pelo menos 15 minutos (Anexo 13). Quanto à prática de AFL dentro dos padrões sugeridos, verificou-se que 43 sujeitos (22,6%) praticam-nas cinco ou mais vezes em uma semana habitual, durante pelo menos 15 minutos (Anexo 13).

Ainda que o instrumento utilizado não tenha permitido mensurar o tempo máximo dedicado à prática de AF (somente o tempo mínimo, que seria de 15 minutos), mais uma vez deve-se salientar que a média de prática por semana apresentou-se bastante reduzida, inferior à quantidade recomendada.

De maneira geral, os resultados referentes à prática de AF apontam para uma prática pouco voltada para a saúde, e ainda menos para aquisição ou manutenção de aptidão física. Isso porque as AFL e AFM são as mais praticadas (com ênfase para as AFL), e relevando-se o número de vezes em que são realizadas, poderia-se sugerir que a maior parte dos que praticam alguma AF, o faz sumariamente, sem atingir o mínimo necessário ao condicionamento orgânico.

Não se pode afirmar que os padrões de prática atuais são suficientes para alcançar níveis ótimos de saúde. Dos indivíduos pesquisados, 10% podem ser considerados sedentários (nenhuma AF no tempo de lazer), e os 90% que praticam AF são em maioria muito pouco ou pouco ativos, com exceção de 34 indivíduos (17,8%) que podem ser considerados regularmente ativos, em níveis adequados para manutenção da saúde e até melhoria da aptidão física. Somente estes 34 indivíduos possuem um padrão de prática adequado, destacando-se dos demais.

Os resultados sobre o NAFH obtidos nesta pesquisa (Tabela 5, p. 70), embora não

se tenha constatado associação estatisticamente significativa entre gênero e NAFH ($p > 0,05$), confirmam dados de outros estudos quanto às diferenças entre o padrão de prática de AF de homens e mulheres. Como relatado por MacAuley et al. (1998), Marcus (1995) e Sallis e Owen (1999) AFV são praticadas principalmente por homens, e mulheres realizam mais AFM. Também observou-se que 18,6% dos homens pesquisados praticam os três tipos de AF (vigorosa, moderada e leve), enquanto somente 10,5% das mulheres o fazem.

Marcus (1995) cita que, quanto às diferenças entre homens e mulheres nos padrões de AF em geral, parece haver grande variabilidade interna e externa entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. Sallis (1994) acrescenta que as mulheres são menos ativas, aparentemente em qualquer idade, mas que isso pode ser devido mais a fatores sócio-culturais que propriamente ao fator biológico.

Considerando-se os resultados deste estudo, pode-se sugerir que existem diferenças importantes entre os padrões de AF dos homens e mulheres investigados:

1. os homens incluem em sua rotina, mais que as mulheres, AF de intensidades diversas;
2. os homens praticam mais AFV que as mulheres;
3. as mulheres detêm-se mais na prática de AFM e AFL;
4. a prática de AF das mulheres está mais relacionada à participação em AF de lazer programadas e sistematizadas que a dos homens;

Dentre os indivíduos investigados, 41 mulheres (54% delas) e 37 homens (33%) estão engajados em programas de AF regular no tempo de lazer, tendo-se verificado que há uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre prática de AF no lazer e o gênero feminino.

Uma observação interessante é que 7 das 8 mulheres e 12 dos 21 homens que realizam AF de todas as intensidades no curso de uma semana normal relataram praticar AF programadas e regulares em seu tempo de lazer, sugerindo que indivíduos que se

engajam em programas de AF no tempo de lazer estão mais propensos a executar AF de intensidades variadas, bem como estão mais próximos dos padrões ideais de prática de AF relacionada à saúde.

O fato de haver maior adesão a programas de AF no tempo de lazer por parte das mulheres sugere que elas são regularmente mais ativas que os homens, podendo-se afirmar que assumiram um compromisso aparentemente mais estável com a prática de AF regulares. O gráfico da página 74 (Figura 6) ilustra a proporção de indivíduos regularmente e irregularmente ativos para cada gênero, conforme o critério adotado nesta pesquisa. Percebe-se que o total de mulheres está mais proporcionalmente distribuído, com predomínio de indivíduos ativos. Ao contrário, para homens a disparidade é maior, com predomínio de indivíduos irregularmente ativos.

Apesar do critério adotado nesta pesquisa (ver capítulo de Metodologia, p.59) ser mais flexível e tolerante em relação ao número de vezes em que se pratica AF, entende-se que o compromisso com a prática, relatado por 45,3% dos sujeitos pesquisados, deva ser considerado como fator importante para promoção e manutenção da saúde, principalmente levando-se em conta que as recomendações internacionais estão ainda pouco divulgadas na comunidade.

Quanto aos resultados de NAFH relacionados à faixa etária (Figura 4, p.71), os dados mostram maior número de indivíduos de 35 a 54 anos (inclusive 94% dos indivíduos ativos regularmente) nas categorias de maior NAFH. No entanto, percebeu-se que um maior percentual deles concentra-se na categoria de até 14 pontos. Esta categoria está relacionada à pouca AF regular, e é preciso lembrar que indivíduos nas faixas etárias 35-44 e 45-54 anos compõem a maior parte da amostra, com isso aparecendo em todas as categorias de NAFH.

Observando então a distribuição de frequência dentro de cada faixa etária,

verificou-se que são proporcionalmente mais ativos os indivíduos mais jovens (até 34 anos) e os mais idosos (55 anos em diante).

Adicionalmente, verificou-se que é na faixa dos 35-44 anos que se encontra maior número de indivíduos *irregularmente* ativos (enquanto na faixa dos 45-54 anos houve predomínio de *regularmente* ativos), embora não se tenha constatado associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre “gênero” e “regularidade de prática” ou mesmo entre “faixa etária” e “regularidade de prática”.

Relata-se na literatura, contudo, que idades inferiores a 50 anos são um fator facilitador da prática de AF (Sallis, 1994), e isto foi constatado neste estudo através do teste de associação Qui-quadrado (Tabela 7, p.72).

Sob este enfoque, percebeu-se que os resultados do NAFH sugerem que maiores níveis de prática de AF nesta amostra relacionam-se com idades em torno de 40 a 50 anos, e dentre os indivíduos mais ativos (34 casos), os quais praticam AF em conformidade com as recomendações internacionais, a idade mínima observada foi de 31,6 anos, e a máxima 60,5 anos (média de 43 anos).

Especialmente para esta população seria útil divulgar maneiras e possibilidades de incluir AF na rotina diária, no local de trabalho e fora dele. Um enfoque importante seria a utilização do campus universitário para prática de AF, em horários vagos no período destinado ao trabalho, evidenciando a importância da prática de AFL acumulada ao longo do dia em benefício da saúde. Indivíduos de todas as faixas etárias, independente se homem ou mulher, poderiam favorecer-se com aumento do número de AF em sua rotina diária. Na mudança de um comportamento sedentário para pouco ativo, já deriva-se benefícios fundamentais para a saúde.

Em outra abordagem, analisa-se os resultados dos EMC, visto que as próprias definições de cada estágio evidenciam sua estreita ligação com os padrões de AF habitual.

Aqueles indivíduos engajados na prática de AF estariam nos estágios de ação e manutenção, com a diferença de que a manutenção denota mais de seis meses de AF praticadas regularmente. Neste estudo, os estágios de ação e manutenção estão compostos por, respectivamente, 6,8% e 32% da amostra.

Os estágios de pré-contemplação, contemplação e preparação denotam nenhuma prática de AF regular, embora possa haver alguma iniciação de prática no estágio de preparação. Dentre os indivíduos pesquisados, 11,6% são pré-contempladores e 31% são contempladores. Cerca de 16,8% está no estágio de preparação.

Os dados relativos aos EMC confirmam o padrão de comportamento relacionada à pouca atividade física, pois cerca de 39% dos indivíduos (61 e 13 ocorrências, respectivamente) estão em estágios de manutenção e ação, e podem portanto ser considerados fisicamente ativos (Figura 7, p.75). A maioria (61%), ao contrário, foi categorizada em estágios de comportamento associados à inatividade física.

Os resultados para NAFH apontam para 72,2% de sujeitos pouco ativos, enquanto a categorização conforme o EMC aponta para 61%. Estes resultados devem-se provavelmente a variações na interpretação do instrumento de medida para EMC, onde o indivíduo pode auto-denominar-se regularmente ativo, ou à descrição das AF habituais no instrumento de Godin e Shephard (Medicine and Science in Sports and Exercise, 1997), o qual está sujeito à memorização e conceituação individuais do esforço diário (em AF).

Embora o EMC pareça subestimar o número de indivíduos que não praticam AF regularmente, ele confirma o comportamento da amostra de forma geral. Além disso, como foi visto no início desta seção, a mensuração do EMC está significativamente associada à mensuração do NAFH ($p < 0,05$).

Seria importante estimular indivíduos no estágio de contemplação a tomarem a decisão de efetivar o início da prática, passando para o estágio de preparação e,

consequentemente, ao de ação. Da mesma maneira, dever-se-ia trabalhar para esclarecer as possibilidades de prática de AF regulares (diárias, não-sistemáticas, em sessões contínuas ou acumuladas, não necessariamente em intensidade vigorosa), a fim de que os indivíduos atualmente no estágio de preparação tornem-se regularmente ativos. É importante lembrar que, nesta amostra, há 32 sujeitos em preparação, e isto representa que 16,8% dos indivíduos investigados são potencialmente predispostos à prática de AF.

Focalizando-se a distribuição de gêneros em cada estágio, nota-se que as mulheres concentram-se no estágio de MT (38,2%), enquanto os homens concentram-se no estágio de CT (28,3%). Percebe-se, ainda, que o estágio de maior similaridade entre os gêneros é o estágio de AC, no qual situam-se 7,9% das mulheres e 6,2% dos homens.

Os resultados relativos aos EMC sugerem maior quantidade de prática regular por parte das mulheres: na Tabela 10 (p.76) é possível observar que o número de mulheres que já aderiram à prática regular de AF (38,2% das mulheres em MT) é superior ao de homens (28,3%).

Tal fato confirma a interpretação baseada no NAFH associado à participação em programas de AF no tempo de lazer: nota-se que o estágio de MT representa o grupo responsável pela grande diferença entre os gêneros quando se relaciona os EMC à prática de AF, uma vez que o número de indivíduos que está praticando há até seis meses AF regular (estágio da AC) apresenta-se similar para ambos os gêneros.

Mais uma vez, portanto, pôde-se constatar que na amostra investigada predomina o número de indivíduos não-ativos, em ambos os gêneros, mas proporcionalmente as mulheres possuem padrões de prática mais adequados. Esta suposição confirma parcialmente os dados apresentados por Anjos (1999), o qual afirma que “a análise dos dados de estudos populacionais existentes no Brasil parece indicar que aproximadamente metade da população seria inativa fisicamente, mais as mulheres do que os homens”. No

tocante às mulheres, as conclusões do autor não foram corroboradas.

Novamente confirmando os dados obtidos através da mensuração do NAFH, verificou-se que a faixa etária onde encontra-se mais indivíduos regularmente ativos (em estágio de manutenção) corresponde aos 45-54 anos. Quanto aos indivíduos de 25-34 anos, apesar de não estarem entre os muito pouco ativos conforme o NAFH (a maioria obteve de 15 a 29 pontos), foram classificados no estágio de contemplação.

Estes dados podem ser justificados pelo fato da pontuação obtida em NAFH por sujeitos de 25 a 34 anos ser devida, prioritariamente, a AF realizadas irregularmente. Os dados de EMC evidenciam este comportamento: conforme a pontuação obtida para o NAFH somente 7% dos indivíduos nesta faixa etária (25-34 anos) reportaram estar engajados em programas de AF no tempo de lazer (Figura 5, p.72). Em contrário, 49% dos indivíduos de idade entre 45-54 anos declararam participar de AF no tempo de lazer.

Conhecimento Específico sobre Atividade Física

Os dados relativos ao conhecimento específico (CE) sobre AF revelam que os professores investigados estão relativamente bem informados, podendo-se dizer que têm conhecimento de premissas básicas da prática de AF relacionada à saúde.

Analisando-se os resultados, verificou-se que a premissa mais reconhecida pela população (99,5% de acerto) é a que afirma que a prática de AF regular minimiza as chances de desenvolver doenças do coração. Em seguida, reconhece-se amplamente que AF não beneficia somente pessoas que precisam perder peso (98,9% de acerto), e que não é necessário muito dinheiro ou equipamentos caros para tornar-se fisicamente condicionado (96,8% de acerto).

Isso demonstra que as premissas relacionadas à percepção de benefícios da AF para

a saúde (benefícios à saúde cardiovascular e para a população em geral) obtiveram altos índices de acertos, e acredita-se que mesmo grupos “especiais” podem beneficiar-se da prática regular de AF: 94% discordou de que cardiopatas devam excluir-se de programas de AF e 92% discordou de que os mais idosos precisam ser menos ativos fisicamente.

Curiosamente, 95% dos indivíduos discordou de que “a maioria das pessoas faz suficiente AF em suas rotinas diárias normais”, sugerindo que são capazes de reconhecer a atual tendência ao comportamento inativo ou pouco ativo.

Isso não significa, contudo, que estes sujeitos incluam a si próprios no grupo de pessoas insuficientemente ativos. Uma auto-crítica mais apurada poderia, neste caso, ser útil à sensibilização do indivíduo para mudança de comportamento e uma possível evolução a estágios de comportamento mais ativos.

Os resultados sugerem, ainda, que cerca de 90% dos indivíduos acha que nem todos os exercícios propiciam os mesmos benefícios à saúde (92%), que não é necessário ser atleta para tornar-se mais condicionado (90%), e que sessões de exercícios não precisam durar muito tempo para serem efetivas (89%). Somando-se estes dados ao fato de que 90% concorda com a idéia de que, para permanecer ativo fisicamente pode-se incluir atividades diferentes e prazerosas no dia-a-dia, pode-se afirmar que nesta amostra há conhecimento de premissas condizentes com as recomendações atuais para a prática de AF.

Talvez a população investigada não esteja ciente das recomendações internacionais de forma detalhada, mas os resultados deste estudo indicam que existe um apanhado de informações que podem predispor o indivíduo à prática de AF diárias, não sendo a falta de informação uma justificativa para padrões de comportamento pouco ativos.

Cerca de 63% dos sujeitos pesquisados admite que há vários riscos e lesões relacionados à prática de AF. Embora este valor demonstre a maioria está corretamente informada, por outro lado evidencia que a percepção de riscos é reconhecida por mais da

metade dos indivíduos.

No entanto, o reconhecimento de riscos associados à prática de AF não está necessariamente relacionado à pouca prática de AF, pois orientações corretas e prescrições de exercícios adequados podem minimizar a incidência de riscos e lesões. É, sem dúvida, importante reconhecer riscos e lesões implícitos à prática de AF, mas não se pode permitir que este conhecimento torne-se uma barreira ao comportamento ativo.

A única questão em que o número de acertos foi pequeno (13%) é relativa à crença de que sempre deve-se consultar um médico antes de iniciar um programa de AF. Na realidade, a afirmativa aplica-se a grande parte dos indivíduos desta amostra, por serem eles de meia-idade ou mais idosos, e também por não serem fisicamente ativos regularmente. E, apesar de outros fatores que implicam na necessidade de consulta médica (como pressão arterial elevada ou dores pré-cordiais) não terem sido investigados, o fato é que esta questão não deve ser admitida irrestritamente.

Deve-se sim, estar ciente de que existem condições pessoais e fatores relacionados à saúde que indicam a necessidade de haver consulta médica, mas que muitas pessoas podem ingressar em programas de AF regulares com moderação (em intensidade e frequência) e incrementar aos poucos a prática semanal e/ou diária sem antes consultar um médico.

Este resultado pode ser devido à considerável contribuição da classe médica para com a divulgação das antigas orientações relacionadas à prescrição de exercícios, quando a preocupação com doenças coronarianas era premente, e as orientações não incluíam prática de AF de intensidade leve ou realizadas em sessões intermitentes, bem como à responsabilidade atribuída à classe médica em divulgar os conhecimentos sobre AF e saúde.

Enfim, o número de acertos mais ocorrente foi “11 acertos” (Tabela 15, p.85),

sugerindo que 41% da amostra está bem informada a respeito dos itens investigados. Seria interessante, entretanto, divulgar as novas recomendações de prática de AF relacionada à saúde, principalmente no tocante aos tipos de AF promotoras da saúde, às opções de prática de AF e a frequência e intensidade ideais (U.S. Department of Health and Human Services, 1996). Tendo-se verificado que a falta de CE não é uma barreira para a prática de AF, deve-se trabalhar para que o CE adquirido passa a ser um fator facilitador.

Verificou-se através dos testes estatísticos que o nível de CE correlaciona-se com a classe econômica dos indivíduos ($p < 0,05$), o que pode ser explicado pelo maior grau de escolaridade, acesso a informações junto à classe médica e profissionais especializados (em academias de ginástica, clínicas de reabilitação, estabelecimentos e profissionais de saúde particulares) e, ainda, acesso a maior quantidade de meios de comunicação.

Com efeito, observou-se que os veículos de mídia mais utilizados são a internet (125 ocorrências), a televisão a cabo (121 ocorrências) e televisão “normal” (94 ocorrências). Seguem-se revistas (87 ocorrências), jornais estaduais externos (75 ocorrências), jornais catarinenses (75 ocorrências) e rádio (69 ocorrências), sendo que a maior parte dos indivíduos têm acesso a mais de um destes veículos.

Não se verificou correlações estatisticamente significativas com outras variáveis investigadas, exceto com os EMC (Tabela 16, p.86), sugerindo que maior CE associa-se a estágios de comportamento mais ativos. Galante et al. (1998) acreditam que a elevação do CE de trabalhadores administrativos pode influenciar a progressão de comportamentos pré-contemplativos e contemplativos para níveis ativos.

Barreiras e Percebidas e Fatores Facilitadores

Os resultados desta pesquisa confirmam os achados descritos na literatura

(Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute, 1996^b, Dishman, 1995^b; Sallis, 1994; Sallis & Owen, 1999), os quais indicam que o NAFH está inversamente associado à percepção de barreiras (Figura 10, p.82) e diretamente associado à presença de fatores facilitadores (Figura 12, p 84).

Cerca de 84% dos sujeitos investigados (160 casos) percebe barreiras em seu cotidiano, e 56,9% destes (91 casos) citou que ao menos uma barreira é sempre um empecilho à prática de AF. Em geral, poucas barreiras são percebidas (maior número de citações para uma e duas barreiras percebidas, com média de $2,6 \pm 1,8$), mas houveram casos ($n = 2$) em que se declarou perceber 10 e 11 barreiras (Tabela 14, p.81), o que é um número bastante elevado.

É importante citar, todavia, que: a) os que percebem menos barreiras nesta investigação são os que obtiveram maior pontuação em NAFH e/ou declararam participar de programas de AF no tempo de lazer; b) o nível de prática de AF (Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute, 1996^a) parece estar diretamente relacionado aos EMC, e neste caso sabe-se que os mais ativos percebem menos barreiras, têm mais auto-eficácia e condições emocionais para lidar com elas.

Não se encontra atualmente descrição de parâmetros para o número de barreiras aceitável. Isto pode ser devido ao fato de que a percepção de barreiras varia de acordo com segmentos populacionais, cujas características sócio-demográficas e do ambiente em que estão inseridos podem variar consideravelmente (Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute, 1996^b, 1998, Marcus, 1995; Sallis & Owen, 1999; Shimon, Carlisle & Phillips, 1998; Stonecipher, 1998). De qualquer forma, parece razoável propor como “ideal” o mínimo de barreiras possível.

A análise das barreiras percebidas como mais importantes corroboram alguns dados encontrados na literatura. Por exemplo, verificou-se que as duas barreiras mais frequentes e

importantes para os indivíduos investigados são a jornada de trabalho extensa e os compromissos com a família (cônjuge e/ou filhos), estando as tarefas domésticas em quarto lugar (ver Tabela 11, p.78). Estas três barreiras, se analisadas em conjunto, representam atividades associadas a pouco tempo disponível para a prática de AF regulares no curso de uma semana normal.

Estudos do Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute (1996^a) apontam a falta de tempo com a principal barreira para a manutenção da prática de AF na população canadense, para indivíduos até 64 anos, de ambos os gêneros e de qualquer classe econômica. Biddle e Smith (1991), Sallis (1994), Yang et al.(1998) acrescentam que entre adultos a falta de tempo é freqüente, e Dunlap e Barry (1999) afirmam que o pouco tempo disponível para praticar AF pode ser consequência de cuidados com filhos e família, principalmente porque os casais estão tendo filhos e exercendo a paternidade mais tardiamente.

Oman (1998), investigando a população residente na vizinhança de uma cidade interiorana dos EUA, verificou que as barreiras mais percebidas por quem não reportou praticar AF no tempo de lazer foram “ser muito ocupado” e acreditar que “participar de AF consome muito tempo”.

Há citações de que barreiras percebidas entre homens e mulheres variam, sendo as mulheres mais suscetíveis a barreiras como intensidade da AF, falta de suporte social, falta de segurança em determinados ambientes, falta de habilidades, falta de energia (Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute, 1996^b, Marcus, 1995).

Marcus (1995), entretanto, enfatiza que pode haver uma limitação do tempo disponível para prática de AF entre as mulheres, devido às responsabilidades com múltiplas tarefas tais como dar atenção aos filhos e ao marido, cuidar da casa, trabalhar fora.

Nesta pesquisa, verificou-se que tarefas domésticas representam uma barreira importante mais para mulheres que para homens, assim como a jornada de trabalho extensa (ver p. 79). Seria necessário discriminar as tarefas domésticas realizadas por homens e mulheres, separadamente, a fim de investigar se as mulheres encontram maior dificuldade em administrar estas duas barreiras em virtude de maior quantidade de tarefas domésticas.

Da mesma forma, seria útil investigar de que forma homens e mulheres organizam suas horas destinadas ao trabalho, pois sabe-se que professores têm as horas de dedicação docente acrescidas de horas de planejamento e avaliação, e outros ainda ocupam cargos administrativos.

Especialmente para esta população, faz-se importante coletar dados relativos a compromissos com pesquisa e extensão, pois as horas de dedicação obrigatória não variam entre a população estudada (40 horas semanais), sugerindo que as atividades extra-classe possam justificar a diferença de jornada de trabalho entre os sujeitos investigados.

Estar casado(a) e ter filhos, entretanto, não parece impor limitações de tempo somente às mulheres, e pode ser uma barreira mais relacionada ao estado civil e estrutura familiar do que ao gênero do indivíduo.

Cerca de 66% dos respondentes está casado e 69% tem filhos. Considerando ainda que o compromisso familiar foi percebido como barreira de maneira similar por homens e mulheres pode-se afirmar que compromissos com cônjuges e filhos são uma barreira expressiva para ambos os gêneros. Complementando tais dados verificou-se que existe uma correlação significativa ($X^2 = 11,67$; $p = 0,039$) entre o estado civil “casado” e EMC menos ativos, quando agrupou-se os estados civis em minoria (estados civis diferentes de “casado”).

Estes resultados levantam a suposição de que as obrigações e compromissos com a família, talvez mais incidentes entre indivíduos casados, podem contribuir para menores

níveis AF habitual, uma vez que implicam em ocupação do tempo livre de tarefas laborais.

Para minimizar estas barreiras sugere-se focalizar especificamente as atividades da vida diária, divulgando possibilidades de prática de AF no local e/ou período de trabalho, bem como opções de prática de AF em conjunto com os membros da família.

Deve-se trabalhar no sentido da divulgação destas possíveis práticas, pois estratégias desta natureza (orientação, educação, difusão de conhecimentos) podem atingir indivíduos em todos os EMC, conscientizando os pré-contempladores, aumentando as opções de tomada de ação para aqueles em contemplação ou preparação, redimensionando e incrementando a prática dos ativos e até mesmo daqueles em manutenção.

O U.S. Department of Health and Human Services et al. (1999) sugere que para remover a barreira “falta de tempo” deva-se identificar “sobras” de tempo disponíveis, monitorando durante uma semana as atividades habituais, ou pelo menos procurando três espaços de trinta minutos em que se possa praticar AF. Sugere-se também adicionar AF à rotina diária, o que pode implicar em caminhar ou ir de bicicleta ao trabalho ou às compras, organizar atividades sociais que incluam AF, levar o cachorro a passear, minimizar o uso do carro. “Criar” tempo para AF, como ao incluir AF na hora do almoço ou intervalos de trabalho e selecionar AF que possam ser realizadas em pouco tempo (como caminhar, subir escadas, trotar) também são estratégias importantes.

Sugestões para remover a barreira “obrigações com a família” incluem combinar horários para cuidar dos filhos em conjunto com amigos, vizinhos ou parentes que também tenham filhos que necessitam cuidados. Exercitar-se com as crianças, ficando em sua companhia ao mesmo tempo em que pratica AF ou contratar uma babá considerando o custo deste serviço como investimento em saúde física e mental podem ser uma opção ao compromisso com crianças. Adquirir equipamentos domésticos para exercitar-se enquanto as crianças assistem televisão ou dormem e tentar, ainda, praticar AF em horários nos quais

as crianças estão ausentes (na escola, na sexta, nos cursos extra-curriculares, por exemplo) são também opções para maximizar o tempo disponível, livre de tarefas domésticas ou compromissos (U.S. Department of Health and Human Services et al., 1999).

Os pesquisadores do Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute (1996^b) afirmam que não está bem claro o quanto barreiras como falta de tempo são decorrentes de circunstâncias de vida individuais, da pouca habilidade em gerenciar efetivamente o tempo ou, talvez, da percepção subjetiva e cultural de que AF é somente “diversão”, algo a ser feito somente depois das tarefas relacionadas ao trabalho remunerado, família e vida diária.

Curiosamente, a crença de que tempo para AF possa ser achado foi endossada por 160 indivíduos (84,6%), e 137 declararam gostar de AF (72,5%). Isto demonstra que, para a maioria da amostra, estes dois fatores facilitadores não superam a percepção da falta de tempo como fator dificultador.

Informações fornecidas por Yang et al. (1998), em cujo estudo verificou-se que somente 39% das pessoas que acreditam que a prática de AF seja importante para a saúde praticam AF regularmente, e a suposição de que as pessoas podem permanecer no estágio de contemplação por longos períodos (Prochaska & Marcus, 1995) sugerem que somente reconhecer os benefícios e a importância da prática de AF para a saúde não implica na prática regular. Parece ser necessário uma somatória de fatores facilitadores.

Com efeito, verificou-se neste estudo que os indivíduos possuem um número razoável de fatores facilitadores, e mesmo assim os resultados de NAFH e EMC refletem padrões de prática irregulares e pouco ativos.

A terceira barreira mais importante, a “falta de interesse”, a qual foi percebida por 15,7% dos sujeitos investigados, tem sua importância sustentada pelos resultados de EMC e fatores facilitadores. Verificou-se que 11,2% da amostra não pensa em tornar-se ativo (foram classificados como pré-contempladores), bem como observou-se que o fator

facilitador “ter sérias intenções de tornar-se fisicamente ativo” esteve ausente em 107 casos (56,6%).

Estudos relatam que a intenção de praticar AF (Riddle, 1980) e o suporte social (Andersen, 1999; Biddle & Smith, 1991; Dunlap & Barry, 1999; Sallis & Owen, 1999; U.S. Department of Health and Human Services et al., 1999) são fatores determinantes muito importantes.

Felizmente, apesar de dois fatores desta natureza figurarem entre as cinco barreiras mais importantes (falta de interesse e de companhia), deve-se observar que o número de pessoas que as considera inexistentes é consideravelmente maior (Tabela 11, p.78).

De maneira geral, neste estudo, constatou-se que as barreiras pessoais relacionadas à profissão e à estrutura familiar dos indivíduos são as mais importantes, implicando em última análise na falta de tempo disponível para a prática de AF. Seria interessante verificar quais as atividades desenvolvidas no tempo de lazer destes indivíduos, para propor processos de mudança específicos, os quais poderiam estar orientados para o contra-condicionamento, estabelecimento de relações de ajuda (suporte social) e conscientização.

Em seguida à falta de tempo figuram as barreiras de natureza psicológica, tais como falta de interesse, cansaço físico e falta de energia. Quase com a mesma importância, estão as necessidades de suporte social (companhia e incentivo).

Estas barreiras podem ser minimizadas através do reforço psicológico, efetuado com orientação a respeito das recomendações atuais, esclarecimento das opções de prática e do risco do comportamento pouco ativo. Especialmente considerando-se que a maior parte dos indivíduos investigados está em preparação ou EMC inferiores, o reconhecimento da possibilidade de realizar AF escolhidas por prazer ou conveniência de tempo e ambiente pode ser fundamental para o aumento do interesse em praticar AF.

Estratégias para aumentar a auto-eficácia também podem ser úteis, à medida que fortalecem a intenção de prática em todos os estágios de comportamento, podendo inclusive predispor o indivíduo à prática espontânea, autônoma e menos dependente de suporte social. Altos níveis de auto-eficácia estão descritos na literatura como fator associado a altos níveis de auto-motivação (Bandura, 1986; Nascimento, 1998). Para Sallis e Owen (1999) e Bandura (1986), a auto-eficácia é um dos mais fortes preditores do comportamento.

Riebe & Nigg (1998) lembram que o nível de auto-eficácia tem impacto direto sobre a prontidão para tornar certo comportamento um hábito, bem como sobre a capacidade de persistir frente a obstáculos tais como frustrações iniciais ou falta de tempo.

Esta discussão merece ser enfatizada, pois neste estudo verificou-se que a percepção de falta de habilidades físicas e falta de conhecimento ou orientação para praticar AF representam barreiras pouco importantes para os professores investigados. Somente 9% citou-as como barreiras importantes, enquanto a falta de habilidades parece não ser percebida por 57,4% sujeitos e, a falta de conhecimento, por 65,2%. Ainda, verificou-se que o nível de CE parece não representar uma barreira para esta população e que os fatores facilitadores relacionados à auto-eficácia e a crenças positivas (sobre AF) foram bastante frequentes.

Riddle (1980), lembra que as crenças são precursoras da atitude, da intenção de comportamento e do comportamento em si, finalmente efetivado. As crenças são as associações que se faz de um comportamento ou objeto com um atributo, e que a atitude estaria relacionada com a relevância percebida do comportamento. Marcus (1995) afirma, adicionalmente, que constructos responsáveis por tomadas de decisão são fatores determinantes significativos, e que perceber mais aspectos positivos que negativos é de suma importância.

Ora, se a análise dos fatores facilitadores declarados sugere que estes indivíduos têm a maior parte dos fatores necessários (e os mais importantes) à predisposição para AF e, principalmente, se reconhecem premissas que evidenciam a importância da prática de AF, porque os padrões de prática da maioria estão inadequados?

Se indivíduos que associam à AF mais aspectos positivos que negativos estão mais propensos a praticar AF regularmente, ou possuem mais fortes intenções de iniciar, aumentar ou retomar a prática de AF (Marcus, 1995; Prochaska et al., 1992; Riddle, 1980), porque há mais pessoas em EMC pouco ativos?

Acredita-se que nem mesmo a falta de interesse possa ser uma explicação para estes resultados, pois embora seja a terceira barreira mais citada, 42,1% não a percebe e 72,5% dos sujeitos investigados afirma “gostar de AF”. E, apesar de ter sido verificado que mais da metade da amostra reconheça que possa haver riscos e lesões decorrentes da prática de AF (dado de CE), sobrepõem-se os resultados dos fatores facilitadores, os quais indicam que percepções positivas sobre AF são mais prevalentes que imagens negativas.

Uma explicação plausível para esta controversa situação (pequeno NAFH e poucas barreiras percebidas, para a maioria) seria a magnitude da força das barreiras relacionadas ao trabalho e família. A falta de tempo é uma barreira atualmente expressiva, e um fator possivelmente mal administrado.

Os resultados apontam para fatores relativos ao ambiente físico constituindo o grupo de barreiras menos percebidas. A falta de espaço disponível, falta de clima adequado e falta de equipamentos disponíveis representem, cada uma, barreiras importantes para 9% dos sujeitos investigados. Contudo, mais da metade declarou que a falta de espaço (57,4%) ou equipamentos (51,6%) não representam barreiras para a prática de AF (Tabela 11, p.78). Ainda, 70,4% dos respondentes para fatores facilitadores declarou que o clima de Florianópolis é favorável à prática da AF preferida e 61,4% afirma que o ambiente

adjacente à sua casa é agradável e atraente.

Desta forma, entende-se que o ambiente físico percebido não se constitui como barreira importante, e acrescenta-se que a falta de ambiente seguro, citada como uma barreira importante principalmente para mulheres e indivíduos idosos (Andersen, 1999; U.S. Department of Health and Human Services, 1996), foi infimamente percebida. Ao contrário, foi considerada por 74,2% dos sujeitos investigados como barreira inexistente.

A pequena importância dada às demais barreiras percebidas (pequenas porcentagens do total de indivíduos pesquisados julgam-na importantes), assim como aquelas consideradas inexistentes, justificam-se pelas características sócio-demográficas desta amostra, principalmente classe econômica e escolaridade.

O fato de pertencer a classes econômicas mais abastadas e com alto nível de escolaridade implica na pouca percepção de barreiras relativas a baixos índices de saúde, percepção de risco à saúde e à integridade física ou mesmo acesso a programas e ambientes de prática (Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute, 1996^b; Sallis, 1994; Sallis & Owen, 1999).

Indivíduos com menor escolaridade ou que trabalham como operários (ou têm trabalhos que exigem maior dispêndio de energia) reportam menos AF no tempo de lazer, e estão mais sujeitos a perceber barreiras como falta de energia, falta de motivação, medo de lesões, falta de suporte social e parceria, custo, falta de lugares seguros e problemas com transporte (Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute, 1996^b; Marcus, 1995).

Enfim, apesar dos valores encontrados neste estudo não permitirem afirmar que as variáveis sócio-demográficas influenciam o NAFH ou a percepção de barreiras em níveis estatisticamente significativos, há indicações na análise das barreiras percebidas confirmando os dados da literatura.

O único valor estatisticamente significativo constatado que se insere nesta

discussão específica é a correlação negativa entre titulação e percepção de barreiras ($p = 0,03$), sugerindo que há menos barreiras para os mais titulados. Este fato pode ser devido à menor percepção de barreiras relacionadas ao poder aquisitivo, o qual aumenta conforme o nível de graduação, muito embora a correlação entre classe econômica e percepção de barreiras não seja significativa (Anexo 15).

Os resultados de percepção de barreiras relacionados às faixas etárias mostram que a maior frequência entre os indivíduos de até 34 anos corresponde àqueles que percebem “três” ou “mais de quatro” barreiras importantes (28,6% em ambos os casos). Em todas as demais faixas etárias, há maior concentração de indivíduos na categoria em que se percebe somente uma barreira importante, conforme observa-se na Figura 9 (p.81). O único indivíduo com mais de 65 anos declarou perceber apenas uma barreira importante.

Observando-se o gráfico da Figura 9 (p.81), especificamente a coluna de quatro ou mais barreiras percebidas, pode-se dizer que o número total de barreiras percebidas decresce, com o avançar da idade.

Parece haver, para professores em carreira universitária, uma fase de maior suscetibilidade a barreiras para AF situada em torno dos 30 anos, embora a literatura (Sallis, 1994) sugira que idades menores que 50 anos são por si só um fator facilitador. Verificou-se que o NAFH de indivíduos de até 34 é reduzido, e que a maior porcentagem de casos deve-se à percepção de três ou mais barreiras. Talvez estes resultados sejam devidos à dedicação de esforços ao incremento das condições profissionais e da carreira como um todo.

Ainda referindo-se à relação entre idade e percepção de barreiras, diversos autores citam que a fase de vida relacionada à idade é um fator bastante importante (Dunlap & Barry, 1999; Sallis, 1994; U.S. Department of Health and Human Services et al., 1999). Mudam as barreiras percebidas com o passar dos anos, e passam a ser mais frequentes

barreiras como medo de lesões, limitações físicas, desconforto, isolamento social, clima, barreiras arquitetônicas, falta de tempo.

Marcus (1995) ainda afirma que a idade, assim como a classe econômica, pode ter impacto expressivo sobre a prática de AF à medida que interfere no NAFH e escolha da AF a ser realizada.

Finalmente, embora não se tenha constatado correlação estatisticamente significativa entre gênero e percepção de barreiras (escore geral), os resultados descritos propõe que as mulheres são mais sensíveis à percepção de barreiras: 87% delas percebem barreiras, enquanto 82,3% dos homens o fazem, bem como o percentual de mulheres que não declarou perceber barreiras (13%) é menor que o de homens (17,7%).

Considerando-se o padrão geral de comportamento da amostra investigada (pouco ativo), é possível que as mulheres percebam mais barreiras, principalmente em se tratando das cinco citadas como mais importantes (ver p.78). Dentre os poucos indivíduos ativos, entretanto, verificou-se através de uma análise detalhada dos dados que a percepção de barreiras é pequena tanto para homens como para mulheres.

Prochaska et al. (1992) e pesquisadores do Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute (1996^a), confirmam estes dados ao citarem que os estágios de comportamento “ação” e “manutenção” estão estreitamente relacionados à pouca percepção de barreiras para efetivação do comportamento desejado. Da mesma forma, os maiores níveis de auto-eficácia percebidos por indivíduos em estágios de prática regular, auxiliam na minimização dos obstáculos encontrados para a prática de AF (Dishman, 1995^b; Marcus, 1995; U.S. Department of Health and Human Services, 1996; U.S. Department of Health and Human Services et al., 1999).

Pode-se supor, portanto, que uma vez aderindo a um comportamento ativo, o indivíduo torna-se menos suscetível às barreiras para a prática de AF regulares.

CAPÍTULO VI

CONCLUSÕES, CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Conclusões

A partir dos resultados obtidos neste estudo, puderam ser destacadas as seguintes conclusões:

1. O nível de atividade física habitual dos professores universitários é reduzido e irregular;
2. A distribuição de casos entre intensidades de AF, segundo gênero indica que:
 - ✓ homens praticam mais AFV;
 - ✓ mulheres praticam mais AFM;
 - ✓ homens praticam mais AFL;
3. AFM e AFL são, em geral, as mais praticadas;
4. Os homens diversificam mais sua prática de AF, considerando a intensidade de prática;
5. A média de idade dos indivíduos considerados ativos é de 43 anos (32 a 61 anos), sugerindo que idade menor que 50 anos é, por si só, um fator facilitador da prática de AF;
6. Programas sistemáticos e regulares para prática de AF são constituídos, principalmente, por caminhadas e natação, seguidas de hidroginástica e musculação;
7. As mulheres são mais propensas à adesão a programas de AF no tempo de lazer;

8. A maior parte dos professores universitários está classificada em EMC que indicam prática de AF reduzida e irregular;
9. As mulheres são mais ativas segundo os seguintes parâmetros:
 - ✓ regularidade de prática (NAFH > 14 pontos + prática de lazer programada)
 - ✓ número de ocorrências em EMC de Manutenção e Ação;
10. A maior parte dos indivíduos investigados (84,2%) percebe barreiras em seu dia-a-dia, com média de 2,6 (\pm 1,8) e moda de 01 barreira percebida;
11. A quantidade de barreiras percebidas decresce conforme aumenta a idade;
12. Predominam as barreiras de ordem pessoal, especialmente as relacionadas à falta de tempo, seguindo-se as de natureza psicológica e, enfim, as características ambientais. Dentre estas, a falta de suporte social é mais prevalente que ambiente físico desestimulante;
13. As barreiras mais importantes foram: “jornada de trabalho extensa”, “compromissos com a família”, “falta de interesse em praticar”, “tarefas domésticas” e “falta de companhia”;
14. As barreiras menos prevalentes foram: “preocupação com a aparência”, “falta de ambiente seguro”, “mau-humor”, “falta de conhecimento e/ou orientação” e “mal-estar e dores leves”. Contudo, as menos importantes foram: “preocupação com a aparência”, “falta de ambiente seguro”, “medo de lesionar-se”, “falta de incentivo da família e/ou amigos” e “falta de conhecimento e/ou orientação”;
15. NAFH e percepção de barreiras estão negativamente correlacionados, enquanto NAFH e quantidade de fatores facilitadores estão positivamente correlacionados;
16. Os professores investigados possuem, em média, 12 ± 4 fatores facilitadores, sendo que 75,2% possuem mais da metade dos 21 fatores facilitadores relacionados para investigação (moda = 12);

17. Os fatores facilitadores mais presentes relacionam-se a a crenças normativas favoráveis, percepção de benefícios da prática de AF, ambiente físico favorável e alta auto-eficácia;
18. Os fatores facilitadores menos presentes são relativos a suporte social;
19. O conhecimento específico sobre AF mostrou-se satisfatório, e embora não represente uma barreira à prática de AF, também não representa um fator facilitador por si só;
20. Finalmente, conclui-se que as características sócio-demográficas podem influir consideravelmente na percepção de barreiras. Em se tratando de professores universitários, variáveis relacionadas à profissão, às características familiares e à classe econômica direcionaram a percepção de barreiras e, conseqüentemente, podem ser prioritariamente responsabilizadas por NAFH reduzidos, assim como as barreiras percebidas sobrepõe-se à existência de fatores facilitadores.

Considerações

As novas recomendações sobre prática de AF relacionadas à saúde são, sem dúvida, mais flexíveis quanto à intensidade, duração, frequência e modo de prática preconizados, fazendo-se crer que são agora passíveis de adesão por um número maior de pessoas.

Talvez este seja o principal diferencial das novas recomendações sobre prática de AF, e o que mais democratiza a realização das mesmas, abrindo espaço para os próximos passos que são: tornar a prática regular, tornar a prática um hábito inserido no estilo de vida, manter a saúde em níveis adequados nas diversas fases de vida.

Contudo, é preciso disseminar informações. Recomendações mais democráticas tornam-se inúteis se pouco conhecidas pela população.

Com relação a indivíduos que passam a maior parte das horas do dia dedicando-se à realização de tarefas (laborais, domésticas, sociais) pouco ativas, torna-se de suma

importância a conscientização sobre opções de prática. Estratégias de intervenção dedicadas a grupos desta natureza poderiam ser mais efetivas ao considerar que a “desculpa” mais usualmente citada pelo ser humano para não praticar AF regularmente é a pouca disponibilidade de tempo, mas que até mesmo “falta de tempo” pode ser contornada com pequenas doses de esforço e readaptação dos hábitos cotidianos.

Fazer com que os locais de trabalho, o ambiente físico circundante e os encontros sociais passem a representar oportunidades de prática ao invés de representarem incentivo ao sedentarismo é particularmente interessante.

É necessário somar esforços de profissionais da saúde, da educação e de políticos, no sentido de sensibilizar as pessoas através da veiculação irrestrita do conhecimento, do planejamento arquitetônico de nossas comunidades, da democratização de programas de AF. Enfim, é preciso estimular as pessoas a praticarem AF de acordo com sua própria disponibilidade de recursos, ambiente, tempo e motivação.

Recomendações

Reconhecendo as limitações encontradas neste estudo, e entendendo que mais estudos relacionados ao tema “comportamento relacionado à AF” devam ser realizados junto à população brasileira, tecem-se as seguintes recomendações:

- ✓ Verificar a existência de barreiras e facilitadores em outros segmentos populacionais, especialmente se focalizadas as diferenças de idades, etnia e classe econômica;
- ✓ Ampliar a investigação das barreiras percebidas através da caracterização específica dos fatores dificultadores. Por exemplo, quantificar e discriminar o tempo gasto em tarefas domésticas ou laborais;
- ✓ Avaliar o ambiente físico no qual se insere a população investigada, a fim de sugerir intervenções mais abrangentes tanto quanto mais específicas, se necessário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSM - American College of Sports Medicine. (1989). A quantidade e qualidade de exercício para o desenvolvimento e manutenção da aptidão física em adultos sedentários. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, 4(5), 59-65.
- Andersen, R.E. (1999). Exercise, an active lifestyle, and obesity: Making the exercise prescription work. **The Physician and Sportsmedicine**, 27(10), 41-51.
- ANEP - Associação Nacional das Empresas de Pesquisa. (1997). **Critério de Classificação Econômica – Brasil**. Endereço eletrônico: <http://www.anep.org.br/mural/anep/04-12-97-cceb.htm>
- Anjos, L. A. (1999). **Prevalência da inatividade física no Brasil**. Conferência apresentada no 2º Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde, 8º Simpósio de Pesquisa em Educação Física, Florianópolis. Anais do Congresso (resumo), 58-63.
- Bandura, A. (1977). **Social Learning Theory**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1986). **Social foundations of thought and action**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Barbanti, V.J. & Guiselini, M. (1993). **Fitness: Manual do instrutor**. São Paulo: Baliero.
- Barbetta, P.A. (1998). **Estatística aplicada às Ciências Sociais**. 2ª Ed., Florianópolis: Editora da UFSC.
- Berger, B.G. (1996). Psychological benefits of an active lifestyle: what we know and what we need to know. **Quest**, 48, 330-353.
- Biddle, S. & Smith, A.R. (1991). Motivating adults for physical activity: towards a healthier present. **Journal of Physical Education, Recreation and Dance**, september, 39-43.
- Biddle, S. (1997). Cognitive theories of motivation and the physical self. In Kenneth R. Fox (ed.). **The physical self: from motivation to well-being**. (59-82). Champaign: Human Kinetics.
- Blair, S.N. (1995). Exercise prescription for health. **Quest**, 47, 338-353.
- Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute. (1996^a). Stages of change in physical activity. Endereço eletrônico: <http://www.cfrli.ca/pdf/e/pip29.pdf>.
- Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute. (1996^b). Barriers to physical activity. Endereço eletrônico: <http://www.cfrli.ca/pdf/e/pip29.pdf>.
- Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute. (1998). Supporting active commuting. Endereço eletrônico: <http://www.cfrli.ca/pdf/e/pip29.pdf>.

- Caspersen, C.J. & Kriska, A.M. (1997). Introduction to a collection of physical activity questionnaires. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, 29 (6), June, Supplement, S5-S9.
- Caspersen, C.J., Powell, K.E. & Christenson, G.M. (1985). Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Reports**, 101, 126-146.
- Caspersen, C.J., Merrit, R.K. & Stephens, T. (1995). International physical activity patterns: a methodological perspective. In Rod K.Dishman (ed.). **Advances in exercise adherence**. (73-110). Champaign: Human Kinetics.
- Chodzko-Zajko, W.J. (1996). The physiology of aging: Structural changes and functional consequences. Implications for research and clinical practice in the exercise and activity sciences. **Quest**, 48, 311-329.
- Cooper, K. (1982). **O programa aeróbico para o bem-estar total**. 2^a Ed., Rio de Janeiro: Nórdica.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1985). **Intrinsic motivation and self-determination in human behavior**. NY: Plenum Press.
- Dishman, R.K. (ed.). (1995^a). **Advances in exercise adherence**. Champaign: Human Kinetics.
- Dishman, R.K. (1995^b). Introduction: Consensus, problems and prospects. In Rod K.Dishman (ed.). **Advances in exercise adherence**. (01-27). Champaign: Human Kinetics.
- Dul, J. & Weerdmister, B. (1995). **Ergonomia prática**. (Itiro Lida, trad.). São Paulo: Edgar Blücher (trabalho original publicado em 1993).
- Dunlap, J. & Barry, H.C. (1999). Overcoming exercise barriers in older adults. **The Physician and Sportsmedicine**, 27(11), 69-75.
- Fox, K. (1991). Motivating children for physical activity: towards a healthier future. **Journal of Physical Education, Recreation and Dance**, september, 34-38.
- Galante, R.A, Araújo, T.L., Figueira Jr., A., Andrade, D. & Matsudo, V. (1998). **Mudança de estágio de comportamento, conhecimento e nível de atividade física de trabalhadores administrativos após programa de intervenção**. Trabalho apresentado no XXI Simpósio Internacional de Ciências do Esporte, São Paulo. Anais do Congresso (resumo), 113.
- Godin, G. (1995) Social-cognitive models. In Dishman, R.K. (ed.). **Advances in exercise adherence**. (113-136). Champaign: Human Kinetics.

- Godin, G. & Shephard, R.J. (1985). A simple method to assess exercise behavior in the community. **Canadian Journal of Applied Sports Science**, 10, 141-146.
- Guedes, D. P. & Guedes, J. E. (1998). **Controle do peso corporal: composição corporal, atividade física e nutrição**. Londrina: Midiograf.
- Intelihealth. (1999). Intelihealth – Home to Johns Hopkins health information: Quizzes. Endereço Eletrônico: <http://www.intelihealth.com/IH/> (consultada em 31-07-99).
- Katch, F.I. & McArdle, W.D. (1984). **Nutrição, controle de peso e exercício**. 2 Ed., Rio de Janeiro: Medsi.
- Lee, C. & Bobko, P. (1994). Self-efficacy beliefs: comparison of five measures. **Journal of Applied Psychologist**, 79(3), 364-369.
- Maggil, R. (1984) **Aprendizagem motora: Conceitos e aplicações**. São Paulo: Edgard Blücher.
- Matsudo, V.K. (1997). “**Agita São Paulo**” passport to health. Conferência apresentada no Congresso Mundial de Educação Física – AIESEP, Rio de Janeiro. Memórias do Congresso, 89-92.
- Marcus, B. (1995). Exercise behavior and strategies for intervention. **Research Quarterly for Exercise and Sport**, 66(4), 319-323.
- Marcus, B. (1998). Comunicação pessoal, 26 de outubro (fax nº274).
- Marcus, B., Selby, V., Niaura, R. & Rossi, J. (1992). Self-efficacy and the stages of exercise behavior change. **Research Quarterly for Exercise and Sport**, 63(1), 60-66.
- Martens, R. (1996). Turning kids on to physical activity for a lifetime. **Quest**, 48, 303-310.
- McAuley, D.; McCrum, E.; Stott, G., Evans, A., Gamble, R., McRoberts, B., Boreham, C., Trinick, T. & Sweeney, K. (1998). Leves of physical activity, physical fitness and their relationship in the northern ireland health and activity survey. **International Journal of Sports Medicine**, 19, 503-511.
- Medicine and Science in Sports and Exercise (1997). Godin Leisure-Time Exercise Questionnaire. Supplement “**A collection of physical activity questionnaires for health-related research**” (Official Journal of The American College os Sports Medicine), 29 (6), june, S36-S38.
- Morrow, J.R. & Blair, S.N.(1999). Promoting the Surgeon General’s Report on physical activity and health: Activities off the NCPPA. **Quest**, 51, 178-183.
- Nahas, M.V. & Corbin, C.B. (1992). Aptidão física e saúde nos programas de Educação Física: desenvolvimentos recentes e tendências internacionais. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, 6(2), 47-58.

- Nahas, M. (1997). **Atividade física como fator de qualidade de vida**. Conferência apresentada no Congresso Mundial de Educação Física – AIESEP, Rio de Janeiro. Memórias do Congresso, 361-368.
- Nahas, M.V. (1989). **Fundamentos da aptidão física relacionada à saúde**. 2ª Ed., Florianópolis: Editora da UFSC.
- Nascimento, J.V. (1998). **A formação universitária em educação física e desportos: Uma abordagem sobre o ambiente percebido e a auto-percepção de competência profissional de formandos brasileiros e portugueses** (Tese de Doutorado). Portugal: Universidade do Porto, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física.
- Nieman, D.C. (1990). **Fitness and sports medicine**. Palo Alto: Bull Publishing Company.
- Olszewer, E. (1994). **Envelhecer com saúde**. São Paulo: Nova Linha Editorial.
- Oman, R. (1998). Barriers to leisure time physical activity in an inner city, minority population. **Research Quarterly for Exercise and Sport - Supplement**, march, A-44.
- OMS – Organização Mundial de Saúde. (1999). **The World Health Report: Making a difference**. Genebra, Suíça: Autor.
- Pate, R. (1988). The evolving definition of physical fitness. **Quest**, 47, 174-179.
- Pate, R. (1995). Recent statements and initiatives on physical activity and health. **Quest**, 47, 304-310.
- Pereira, M. G. (1999). **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Phillips, W.T., Pruitt, L.A. & King, A.C. (1996). Lifestyle activity: Current recommendations. **Sports Medicine**, 22(1), 1-7.
- Pinho, R. A & Petroski, E.L. (1999). Adiposidade corporal e nível de atividade física em escolares. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, 1(1), 60-68.
- Physical Activity Benchmarks. (1999). Physical Activity Benchmarks Program. Endereço eletrônico: <http://www.cfrli.ca/cflri/surveys/pam/benchmarks.html> (consultada 01-12-99).
- Pollock, M.L., Feigenbaum, M.S. & Brechue, W.F. (1995). Exercise prescription for physical fitness. **Quest**, 47, 320-337.
- Prochaska, J.O. & Marcus, B. (1995). The transteoretical model: applications to exercise. In Dishman, R.K. (ed.). **Advances in exercise adherence**. (161-180). Champaign: Human Kinetics.

- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. & Noscross, J.C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. **American Psychologist**, 47(9), 1102-1114.
- Riddle, P. K. (1980). Attitudes, beliefs, bahavioral, intentions, and bahaviors of women and men toward regular jogging. **Research Quarterly for Exercise and Sport**, 51(4), 663-674.
- Riebe, D. & Nigg, C. (1998). Setting de stage for healthy living: help clients adopt and maintain a healthy lifestyle. **ACSM's Health & Fitness Journal**, 2(3), 11-15.
- Sallis, J.F., Johnson, M.F., Calfas, K.J., Caparosa, S. & Nichols, J. (1997). Assessing perceived physical environmental variables that may influence physical activity. **Research Quarterly for Exercise and Sport**, 68(4), 345-351.
- Sallis, J.M. & Owen, N. (1999). **Physical Activity & Behavioral Medicine**. Califórnia: Sage Publications.
- Sallis, J.M. (1994). **Influences on physical activity of children, adolescents, and adults or determinants of active living**. President's Council of Physical Fitness and Sports: Washington D.C. 20004, series 1, n° 7, august, 1-7.
- Shephard, R.J. (1995). Physical activity, fitness, and health: the current consensus. **Quest**, 47, 288-303.
- Shephard, R.J. (1996). Habitual physical activity and quality of life. **Quest**, 48, 354-365.
- Shimon, J.M., Carlisle, C. & Phillips., D.A. (1998). Analysis of physical activity determinants in young adolescents. **Research Quarterly for Exercise and Sport - Supplement**, march, A-37.
- Sidentop, D. (1996). Valuing the physically active life: contemporary and future directions. **Quest**, 48, 266-274.
- Stonecipher, L.J. (1998). Ethnic differences in perceptions of physical ability and barriers to activity (resumo). **Research Quarterly of Sports Medicine – Supplement**, march, A48.
- Thomas, J. R. & Nelson, J. K. (1996). **Research methods in physical activity**. 3^{Ed.}, Champaign: Human Kinetics.
- U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion & Division of Nutrition and Physical Activity. (1999). **Promoting physical activity: a guide for community action**. Champaign: Human Kinetics.
- U.S. Department of Health and Human Services. (1996) **Physical activity and health: A report of the Surgeon General**. Atlanta: DHHS, Center for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.

- Ubbes, V. (1999). Taking action with the surgeon General's Report on physical activity and health. **Journal of Physical Education, Recreation and Dance**, 70(2), 14-19.
- Wagorn, Y., Théberge, S. & Orban, W.A. (1993). **Manual de ginástica e bem-estar para a terceira idade**. São Paulo: Marco Zero.
- Yang, J., Chin, M., Girandola, R. & Shu-Xun, D. (1998). Improving physical fitness in China: Problems and solutions. **Research Quarterly for Exercise and Sport - Supplement**, march, A-49.
- Ziegler, E.F. (1996). Historical perspective on "quality of life": genes, memes, and physical activity. **Quest**, 48, 253-265.
- Zimbardo, P.G., Ebbesen & Maslach. (1977). **Influencing attitudes and changing behavior**. 2 Ed., Palo Alto: Addison-Wesley Publishing Company.

ANEXO 1

SOLICITAÇÃO AO DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Florianópolis, 15 de agosto de 1999.

SOLICITAÇÃO

Sr. Diretor do Departamento de Recursos Humanos,

Vimos por meio desta solicitar a relação dos professores que trabalham em regime de dedicação exclusiva (DE) nesta instituição de ensino, a fim de realizar um estudo acadêmico de pós-graduação. Neste estudo os sujeitos serão convidados a responder algumas questões anonimamente, não sendo, portanto, revelada sua identidade. Os dados fornecidos pelo DRH servirão somente para organizar a coleta de dados através da quantificação e localização da população a ser estudada, em levantamento preliminar de dados. Gostaríamos que a relação solicitada fornecesse (a) nome completo dos professores DE e, (b) departamento ao qual estão vinculados.

Agradecendo antecipadamente a colaboração e a atenção dispensada, colocamo-nos à disposição para qualquer esclarecimento que se faça necessário.

Cordialmente,

Prof. Dr. Édio Luiz Petroski
Professor do Programa de Mestrado em Educação Física
Departamento de Metodologia Desportiva
Centro de Desportos CDS - UFSC

Profª. Marcelle de Oliveira Martins
Mestranda do Programa de Mestrado em Educação Física
Centro de Desportos CDS - UFSC
marcelle@cds.ufsc.br

Prof. Nelson da Silva Aguiar
Diretor do Centro de Desportos CDS - UFSC

ANEXO 2**OFÍCIO CIRCULAR ENTREGUE AOS CHEFES DE DEPARTAMENTO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
Coordenadoria de Pós-Graduação em Educação Física - MESTRADO

Of. Circ. Nº 01/PGEF/99

Florianópolis, dezembro de 1999.

Prezado(a) Sr(a). Chefe de Departamento;

Com vistas à realização de uma pesquisa de mestrado em Educação Física, solicitamos que os questionários em anexo sejam entregues aos professores deste departamento de ensino, afim de que estes sujeitos participem do estudo em questão.

A pesquisa será realizada junto aos professores que trabalham em regime de dedicação exclusiva (DE) nesta instituição (UFSC), tendo sido feita a seleção de nomes através de processo de amostragem aleatória sistemática. Cada sujeito receberá o questionário juntamente com uma carta-convite, a qual explica os objetivos da dissertação e assegura-lhes anonimato.

A participação do maior número de pessoas é muito importante, tendo em vista a originalidade do tema para esta população e o fato de que este é, atualmente, um tema de ponta em pesquisas da área de Educação Física.

Gostaríamos ainda de contar com sua colaboração no sentido de receber os questionários devolvidos pelos professores, pois a orientação dada é que o mesmo seja entregue na secretaria do departamento ao qual o sujeito está vinculado. Dentro de até cinco dias entraremos em contato para coleta.

Colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos e agradecemos desde já a atenção dispensada.

Cordialmente,

Marcelle de Oliveira Martins
Mestranda em Educação Física
marcelle@cds.ufsc.br

ANEXO 3**CARTA-CONVITE AOS PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS**

Florianópolis, dezembro de 1999.

Prezado(a) Professor(a),

Gostaríamos muito de poder contar com sua colaboração em uma pesquisa do curso de Mestrado em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina. Estamos investigando os *Determinantes da Prática de Atividades Físicas de Professores Universitários*, sob orientação do prof. Dr. Edio Luiz Petroski.

Com intenção de analisar os padrões de prática da população citada, a percepção de barreiras e os fatores facilitadores para a adoção do estilo de vida ativo, faremos um *levantamento descritivo* de dados, para o qual seu nome foi selecionado por *amostragem aleatória sistemática* dentre professores com dedicação exclusiva a esta Instituição de Ensino Superior. Outros professores irão participar desta pesquisa, portanto.

Asseguramos desde já que *sua identidade será mantida sob sigilo*, pois as respostas serão, a partir desta coleta de dados, analisadas sob condições de anonimato, e tratadas estatisticamente sem reconhecimento pessoal. A participação nesta pesquisa irá requerer, *no máximo, 20 MINUTOS* de seu tempo, pelo que agradecemos antecipadamente.

Por favor, procure responder a *TODAS as questões do questionário em anexo*, para que possamos concluir a pesquisa satisfatoriamente e da maneira mais completa possível. Gostaríamos que o questionário fosse preenchido e devolvido à secretaria de seu departamento dentro de *até CINCO dias*.

Considerando que o estudo dos fatores acima expostos é de grande importância para a ampliação do conhecimento na área de Atividade Física & Saúde, expressamos mais uma vez a necessidade de sua colaboração.

Sem mais para o momento, agradecemos extensivamente a atenção dispensada,

Prof.^a Marcelle de Oliveira Martins
Mestranda em Educação Física

Prof. Dr. Juarez Vieira do Nascimento
Coordenador do Curso de Mestrado em Educação Física


OBS.: Caso o senhor queira receber um relatório dos resultados finais, por favor assinalo o requerimento na primeira página do questionário. Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos nos seguintes endereços eletrônicos:

marcelle@cds.ufsc.br petroski@cds.ufsc.br.

ANEXO 4**INSTRUMENTO DE PESQUISA: (QUESTIONÁRIO)**

CÓD.:

PESQUISA DE MESTRADO EM ATIVIDADE FÍSICA & SAÚDE

 *SIM, eu gostaria de receber um relatório com o resumo dos resultados finais desta pesquisa, a ser entregue após a defesa da dissertação, no departamento de ensino ao qual estou vinculado.*

assinatura

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

DATA NASCIMENTO:

SEXO: () M () F

ESTADO CIVIL: () Solteiro () Casado () Viúvo () Divorciado

Nº FILHOS: ()

TITULAÇÃO:

CARGO ATUAL:

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA

1. Por favor, assinale o número correspondente a QUANTAS UNIDADES DE CADA ITEM abaixo relacionados você possui em sua casa (havendo dúvidas sobre o que considerar ou como marcar, consulte a folha anexada ao questionário):

ÍTEM	NÃO TEM	TEM			
		1	2	3	4 ou MAIS
TELEVISÃO					
RÁDIO					
BANHEIRO					
AUTOMÓVEL					
EMPREGADA MENSALISTA					
ASPIRADOR DE PÓ					
MÁQUINA DE LAVAR ROUPA					
VIDEOCASSETE					
GELADEIRA					
FREEZER					

2. Indique os cargos de chefia atual e/ou anteriores, exercidos nesta instituição desde sua admissão.

CARGO	
1.	2.
3.	4.
5.	6.
7.	8.
9.	10.

ATIVIDADE FÍSICA NO TEMPO DE LAZER

Através das questões que se seguem tentaremos conhecer a QUANTIDADE E O TIPO DE ATIVIDADE FÍSICA que você pratica habitualmente em seu tempo de lazer. Considere toda atividade física praticada FORA DO HORÁRIO/PERÍODO DE TRABALHO. É importante também que você considere as atividades que realiza em uma semana de **ROTINA NORMAL**.

1. Considerando um **período de sete dias** (uma semana), quantas vezes em média você pratica os seguintes tipos de exercícios **por mais do que 15 minutos** durante seu **tempo livre** (tempo não dedicado ao trabalho)? Escreva em cada retângulo o número relativo ao seu caso.

VEZES POR SEMANA

a) EXERCÍCIOS VIGOROSOS (aqueles em que seu coração bate rapidamente):
por exemplo: correr, futebol, *squash*, basquete, judô, nadar ou pedalar vigorosamente.

b) EXERCÍCIOS MODERADOS (aqueles em que você não fica exausto):
por exemplo: fazer ginástica moderada, caminhar rapidamente, jogar tênis, dançar, pedalar a passeio, voleibol, nadar suavemente.

c) EXERCÍCIOS LEVES (esforços mínimos):
por exemplo: ioga, pescar na margem do rio, lavar o carro, boliche, cavalgar, deslocar-se à pé.

2. Considerando um período de sete dias (uma semana), durante seu tempo de lazer, com que frequência você pratica qualquer atividade regular durante tempo bastante para suar (o coração bate rapidamente)?

Frequentemente Algumas vezes Nunca / Raramente

3. Se você participa de algum programa de atividades físicas regulares em seu tempo de lazer, por favor relate qual é a(s) atividade(s) praticada(s):

Não participo Participo, eu pratico _____

INFORMAÇÕES GERAIS

1. Dentre os meios de comunicação abaixo relacionados, indique os que você utiliza mais frequentemente:

() internet () revistas científicas () revistas não-científicas
 () livros () rádio () TV normal () TV a cabo
 () jornais estaduais I (de Santa Catarina) () jornais estaduais II (outros estados)

2. Considerando os fatores abaixo relacionados, indique com que frequência eles representam, **PARA VOCÊ**, fatores que **DIFICULTAM** sua prática de **ATIVIDADES FÍSICAS (AF)**.

FATOR	SEMPRE	QUASE SEMPRE	ÀS VEZES	RARAMENTE	NUNCA
Jornada de trabalho extensa					
Compromissos com cônjuge e/ou filhos					
Falta de clima adequado					
Falta de espaço disponível para a prática					
Falta de equipamento disponível					
Tarefas domésticas (para/com sua casa)					
Falta de companhia					
Falta de incentivo da família e/ou amigos					
Falta de recursos financeiros					
Mau humor					
Medo de lesionar-se					
Limitações físicas (músculo-articular ou sistêmica)					
Dores leves ou mal-estar					
Falta de energia (cansaço físico)					
Falta de habilidades físicas					
Falta de conhecimento ou orientação sobre AF					
Ambiente insuficientemente seguro					
Preocupação com a aparência durante a prática					
Falta de interesse em praticar					
Outros:					

2. Em **cada** questão abaixo, assinale sim ou não, considerando **SUA SITUAÇÃO ATUAL**. Por favor, admita que:

ATIVIDADES FÍSICAS = trabalhos domésticos vigorosos, caminhar rapidamente, subir escadas, fazer "cooper" ou qualquer outra atividade com esforço similar.

ATIVIDADE FÍSICA REGULAR = realizada cinco vezes ou mais por semana, 30 minutos ou mais a cada vez, os quais podem ser contínuos (1x 30 min) ou acumulados (2 x 15min ou 3 x 10 min).

- 2.1 Eu sou, atualmente, fisicamente ativo. SIM NÃO
- 2.2 Eu pretendo me tornar, nos próximos seis meses, fisicamente mais ativo. SIM NÃO
- 2.3 Eu estou, atualmente, praticando atividades físicas regulares. SIM NÃO
- 2.4 Eu participei de atividades físicas regulares nos últimos seis meses. SIM NÃO
- 2.5 Eu participei, no passado, de atividades físicas regulares por até três meses. SIM NÃO

3. Das afirmações abaixo, assinale as que correspondem à **sua situação atual**. Considere os pensamentos, situações e percepções **habituais**.

- Eu não tenho história de lesões ou machucados relacionados à prática de atividades físicas.
- Meus pais têm/tiveram um estilo de vida ativo.
- Eu confio bastante na minha habilidade para fazer atividades físicas regulares.

- () Eu gosto de atividades físicas.
- () Eu acredito que tempo para praticar atividades físicas possa ser achado.
- () Eu percebo poucas barreiras para praticar atividade física regularmente.
- () Eu tenho sérias intenções de me tornar fisicamente ativo.
- () Eu acredito que os benefícios da atividade física superam os custos da mesma.
- () Meus amigos e/ou familiares praticam atividades físicas.
- () Meus amigos e/ou familiares encorajam a prática de atividades físicas.
- () Eu tenho amigos e/ou familiares que praticam atividades físicas comigo.
- () Meus amigos e/ou familiares me ajudam diretamente a ser fisicamente ativo.
- () O clima da minha cidade é favorável à prática da(s) atividade(s) física(s) que prefiro.
- () Sinto-me seguro praticando atividades físicas na vizinhança e/ou proximidades de casa.
- () Eu acho o ambiente fora de casa atraente e agradável.
- () Instalações ou programas de exercício são convenientes e estão disponíveis nas proximidades.
- () Eu tenho equipamentos e materiais para exercícios em minha casa.

Para uso do pesquisador, favor não marcar aqui: + + =

4. Dadas as afirmações abaixo, assinale verdadeiro ou falso:

AFIRMAÇÃO	V	F
Praticar atividade física regularmente diminui suas chances de desenvolver doenças do coração.		
A maioria das pessoas faz suficiente atividade física em suas rotinas diárias normais.		
Você não precisa treinar como um corredor de maratonas para tornar-se mais condicionado fisicamente.		
Sessões de exercício não precisam durar muito tempo para serem efetivas para sua saúde.		
Pessoas que precisam perder peso são as únicas que irão se beneficiar com a prática regular de atividade física.		
Todos os exercícios propiciam a você os mesmos benefícios.		
Quanto mais idoso você fica, menos ativo (fisicamente) você precisa ser.		
Não é necessário muito dinheiro ou equipamentos caros para tornar-se fisicamente condicionado.		
Há vários riscos ou lesões que podem ocorrer quando se pratica exercícios.		
Você deveria sempre consultar um médico antes de iniciar um programa de atividade física.		
Pessoas que tiveram um ataque cardíaco não deveriam participar de qualquer programa de atividade física.		
Para que você permaneça fisicamente ativo, inclua atividades diferentes, que você goste, em sua rotina de atividades diárias.		

Muito obrigada pela atenção e presteza. Sua colaboração certamente será indispensável.

Cordialmente,

Marcelle de Oliveira Martins.

ANEXO 5**ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO CCEB**

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA
--

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

- Você deve marcar somente uma coluna para cada item enunciado, considerando os casos abaixo:
 1. Bem alugado em caráter permanente;
 2. Bem emprestado de outro domicílio há mais de seis meses;
 3. Bem quebrado há menos de seis meses.

- Não considerar os seguintes casos:
 1. Bem emprestado a outro domicílio há mais de seis meses;
 2. Bem quebrado há mais de seis meses;
 3. Bem alugado em caráter eventual;
 4. Bem de propriedade de empregados ou pensionistas.

- Quanto aos itens enunciados na questão, considerar:
 - a) **Televisores:** apenas os televisores em cores. Televisores de uso de empregados domésticos só devem ser considerados se foram comprados pela família empregadora.
 - b) **Rádio:** qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo se incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios em “walkman”, conjunto 3 em 1 ou “microsystems” devem ser considerados desde que sintonizem as emissoras de rádio convencionais. Não considerar rádio de automóvel.
 - c) **Banheiro:** considerar todos os banheiros com vaso sanitário, que sejam privativos do domicílio. Incluir o da dependência de empregada, lavabos, externos à casa ou suítes. Banheiros coletivos não devem ser considerados.
 - d) **Automóvel:** não considerar veículos utilizados para fretes ou atividades profissionais (por exemplo “vans”, táxis ou “pick-ups”) ou de uso misto (lazer e profissional).
 - e) **Empregada Doméstica:** empregados mensalistas, ou seja, os que trabalham pelo menos cinco dias por semana, durmam ou não no emprego. Incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, etc., desde que atendam à condição de mensalista.
 - f) **Aspirador de Pó:** portátil ou não. Considerar também máquinas de limpar a vapor (Vaporetto).
 - g) **Máquina de Lavar:** máquina de lavar roupa e/ou “tanquinho”.
 - h) **Videocassete:** qualquer tipo de videocassete, acoplado ou não ao televisor.
 - i) **Geladeira & “Freezer”:** se houver uma geladeira “duplex” (duas portas), marcar uma geladeira e um “freezer”. Não considerar o congelador interno da geladeira simples como sendo “freezer”.

ANEXO 6

GODIN LEISURE-TIME EXERCISE QUESTIONNAIRE

Godin Leisure-Time Exercise Questionnaire

Considering a 7-Day period (a week), how many times on the average do you do the following kinds of exercise for more than 15 minutes during your free time (write on each line the appropriate number).

- | | Times Per
Week |
|--|-------------------|
| <p>a) STRENUOUS EXERCISE
(HEART BEATS RAPIDLY)
(i.e. running, jogging, hockey, football, soccer, squash, basketball, cross country skiing, judo, roller skating, vigorous swimming, vigorous long distance bicycling)</p> | _____ |
| <p>b) MODERATE EXERCISE
(NOT EXHAUSTING)
(i.e. fast walking, baseball, tennis, easy bicycling, volleyball, badminton, easy swimming, alpine skiing, popular and folk dancing)</p> | _____ |
| <p>c) MILD EXERCISE
(MINIMAL EFFORT)
(i.e. yoga, archery, fishing from river bank, bowling, horseshoes, golf, snow-mobiling, easy walking)</p> | _____ |

2. Considering a 7-Day period (a week), during your leisure-time, how often do you engage in any regular activity long enough to work up a sweat (heart beats rapidly)?

OFTEN

1.

SOMETIMES

2.

NEVER/RARELY

3.

ANEXO 7**“CHECK LIST” DE SALLIS**

Assessing Influences on Physical Activity

Table 1. Assessing Influences on Physical Activity.

Check those that apply. Each check represents an influence that supports physical activity.

Biological and Demographic Influences

- Age. One check if less than 50; two checks if less than 18 years.
- Male sex.
- No (or minor) history of activity-related injuries.
- Genetics. Both parents led active lifestyles.
- Graduated college (for children, one parent graduated college).
- White collar occupation (for children, parents have white collar occupation).

Psychological Influences

- Self-efficacy. High level of confidence in ability to do regular physical activity.
- Enjoys physical activity.
- Belief that time for physical activity can be found.
- Perceives few barriers to doing regular physical activity.
- Strong intentions to be physically active.
- Belief that personal benefits of physical activity outweigh the costs.

Social Influences

- Friends or family are active role models
- Friends or family encourage physical activity.
- Friends or family participate in physical activity with you.
- Friends or family directly help you be physically active.

Physical Environment

- Weather or climate is favorable for preferred activities.
- Feel safe being active outdoors near home.
- Attractive outdoor space is convenient.
- Exercise facilities or programs are convenient and affordable.
- Exercise equipment or supplies in home.

ANEXO 8

COMUNICAÇÃO PESSOAL DE BESS MARCUS

ANEXO 9**DISTRIBUIÇÃO CONJUNTA DE FREQUÊNCIAS PARA
PRÁTICA SEMANAL DE AF DE INTENSIDADE LEVE E FAIXA ETÁRIA**

Tabela 1

Distribuição Conjunta de Frequências para Prática Semanal de Atividade Física de Intensidade Leve e Faixa Etária.

FAIXA ETÁRIA	NÚMERO DE VEZES POR SEMANA, POR MAIS DE QUINZE MINUTOS										total
	0	1	2	3	4	5	6	7	10	20	
25-34	05	1	0	1	1	3	0	3	0	0	14
% coluna	9.3%	3.9%	0%	5.6%	16.7%	16.7%	0%	17.7%	0%	0%	0%
% linha	35.7%	7.1%	0%	7.1%	7.1%	21.4%	0%	21.4%	0%	0%	0%
35-44	22	7	14	7	2	4	0	9	1	1	67
% coluna	40.7%	26.9%	48.3%	38.9%	33.3%	22.2%	0%	52.9%	100%	100%	0%
% linha	32.8%	10.5%	20.9%	10.5%	3%	6%	0%	13.4%	1.5%	1.5%	0%
45-54	25	16	12	8	3	11	3	5	0	0	83
% coluna	46.3%	61.5%	41.4%	44.4%	50%	61.1%	75%	29.4%	0%	0%	0%
% linha	30.1%	19.3%	14.5%	9.6%	3.6%	13.3%	3.6%	6%	0%	0%	0%
55-64	2	2	3	2	0	0	0	0	0	0	9
% coluna	3.7%	7.7%	10.3%	11.1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
% linha	22.2%	22.2%	33.3%	22.2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
65 ou mais	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
% coluna	0%	0%	0%	0%	0%	0%	25%	0%	0%	0%	0%
% linha	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%
total	54 ^a	26	29	18	6	18	4	17	1	1	174 ^b

^a houve dois casos de não-resposta para idade (e por isso não tabelados) nesta coluna, totalizando 56 casos. Considerando tal fato, tem-se 134 casos de prática de AFL: 190 (total) - 56 (ausência de prática) = 134 (praticantes de AFIM, uma ou mais vezes por semana).

^b soma-se a este total um caso não tabelado de prática semanal (3,5 vezes) e 15 casos de não-resposta para idade, e obtém-se o total de 190 casos investigados.

ANEXO 10**DISTRIBUIÇÃO CONJUNTA DE FREQUÊNCIAS PARA
PRÁTICA SEMANAL DE AF DE INTENSIDADE MODERADA E FAIXA ETÁRIA**

Tabela 1

Distribuição Conjunta de Frequências para Prática Semanal de Atividade Física de Intensidade Moderada e Faixa Etária.

FAIXA ETÁRIA	NÚMERO DE VEZES POR SEMANA, POR MAIS DE QUINZE MINUTOS										total	
	0	1	2	3	4	5	6	7	10	20		
25-34	6	2	4	1	0	0	0	1	0	0	0	14
% coluna	10.3%	8%	11.4%	4.4%	0%	0%	0%	25%	0%	0%	0%	
% linha	42.9%	14.3%	28.6%	7.1%	0%	0%	0%	7.1%	0%	0%	0%	
35-44	22	9	17	9	3	1	1	2	1	1	1	66
% coluna	37.9%	36%	48.6%	39.1%	33.3%	10%	20%	50%	100%	100%	100%	
% linha	33.3%	13.6%	25.8%	13.6%	4.6%	1.5%	1.5%	3%	1.5%	1.5%	1.5%	
45-54	27	14	11	10	6	8	4	1	0	0	0	81
% coluna	46.6%	56%	31.4%	43.5%	66.7%	80%	80%	25%	0%	0%	0%	
% linha	33.3%	17.3%	13.6%	12.4%	7.4%	9.9%	4.9%	1.2%	0%	0%	0%	
55-64	2	0	3	3	0	1	0	0	0	0	0	9
% coluna	3.5%	0%	8.8%	13%	0%	10%	0%	0%	0%	0%	0%	
% linha	22.2%	0%	33.3%	33.3%	0%	11.1%	0%	0%	0%	0%	0%	
65 ou mais	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
% coluna	1.7%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
% linha	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
total	58 ^a	25	35	23	9	10	5	4	1	1	1	171 ^b

^a houve três casos de não-resposta para idade (e por isso não tabelados) nesta coluna, totalizando 61 casos. Considerando tal fato, tem-se 129 casos de prática de AFM: 190 (total) – 61 (ausência de prática) = 129 (praticantes de AFM, uma ou mais vezes por semana).

^b soma-se a este total cinco casos não tabelados de prática semanal (um caso de prática 1,5 vezes, dois casos de prática 3,5 vezes, um caso de prática 4,5 vezes, um caso de prática 6,5 vezes) e 14 casos de não-resposta para idade, e obtém-se o total de 190 casos investigados.

ANEXO 11

**DISTRIBUIÇÃO CONJUNTA DE FREQUÊNCIAS PARA
PRÁTICA SEMANAL DE AF DE INTENSIDADE VIGOROSA E FAIXA ETÁRIA**

Tabela 1

Distribuição Conjunta de Frequências para Prática Semanal de Atividade Física de Intensidade Vigorosa e Faixa Etária.

FAIXA ETÁRIA	NÚMERO DE VEZES POR SEMANA, POR MAIS DE QUINZE MINUTOS							total
	0	1	2	3	4	5	6	
25-34	8	2	4	0	0	0	0	14
% coluna	6.5%	10.5%	26.7%	0%	0%	0%	0%	0%
% linha	57.1%	14.3%	28.6%	0%	0%	0%	0%	0%
35-44	50	6	4	6	0	0	2	68
% coluna	40.7%	31.6%	26.7%	54.6%	0%	0%	66.7%	0%
% linha	73.5%	8.8%	5.9%	8.8%	0%	0%	2.9%	0%
45-54	57	10	7	5	1	2	1	83
% coluna	46.3%	52.6%	46.7%	45.5%	100%	66.7%	33.3%	0%
% linha	68.7%	12%	8.4%	6%	1.2%	2.4%	1.2%	0%
55-64	7	1	0	0	0	1	0	09
% coluna	5.7%	5.3%	0%	0%	0%	33.3%	0%	0%
% linha	77.8%	11.1%	0%	0%	0%	11.1%	0%	0%
65 ou mais	1	0	0	0	0	0	0	01
% coluna	0.8%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
% linha	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
total	123 ^a	19	15	11	1	3	3	175 ^b

^a houve 12 casos de não-resposta para idade (e por isso não tabelados) nesta coluna, totalizando 135 casos. Considerando tal fato, tem-se 55 casos de prática de AFV: 190 (total) – 135 (ausência de prática) = 55 (praticantes de AFM, uma ou mais vezes por semana).

^b soma-se a este total 15 casos de não-resposta para idade, e obtém-se o total de 190 casos investigados.

ANEXO 12

**DISTRIBUIÇÃO CONJUNTA DE FREQUÊNCIAS
PARA NÍVEL DE AF HABITUAL E FAIXA ETÁRIA**

Tabela 1

Distribuição Conjunta de Frequências para
Nível de Atividade Física Habitual e Faixa Etária

FAIXA ETÁRIA	NAFH: CATEGORIAS POR PONTUAÇÃO					Total
	até 14	15 a 29	30 a 44	45 a 59	60 ou mais	
25-34	3	6	4	0	1	14
%	21,4%	42,9%	28,6%	0%	7,1%	
35-44	29	19	11	3	6	68
%	42,7%	27,9%	16,2%	4,4%	8,8%	
45-54	29	28	19	4	3	83
%	34,9%	33,7%	22,9%	4,8%	3,6%	
55-64	2	6	0	1	0	09
%	22,2%	66,7%	0%	11,1%	0%	
65 ou mais	0	1	0	0	0	01
%	0%	100%	0%	0%	0%	
Total	63	60	34	8	10	175

ANEXO 13**TABELAS DE DISTRIBUIÇÃO DE
FREQUÊNCIA PARA PRÁTICA SEMANAL DE
AF DE INTENSIDADES LEVE, MODERADA E VIGOROSA**

Tabela 1

Distribuição de Frequências para
Prática Semanal de Atividades Físicas de Intensidade Leve

vezes por semana	nº casos	%	% acumulado
0	56	29,5	29,5
1	30	15,8	
2	33	17,4	43,2
3	19	10	
3,5	1	0,5	4,7
4	8	4,2	
5	19	10	
6	4	2,1	21,9
7	18	9,8	
10	1	0,5	1
20	1	0,5	

Tabela 2

Distribuição de Frequências para
Prática Semanal de Atividades Físicas de Intensidade Moderada

vezes por semana	nº casos	%	% acumulado
0	61	32,1	32,1
1	33	17,4	
1,5	1	0,5	49,4
2	36	18,9	
3	24	12,6	
3,5	2	1,1	
4	9	4,7	6,3
4,5	1	0,5	
5	10	5,3	
6	5	2,6	11
6,5	1	0,5	
7	5	2,6	
10	1	0,5	1
20	1	0,5	

Tabela 3

Distribuição de Frequências para
Prática Semanal de Atividades Físicas de Intensidade Vigorosa

vezes por semana	n° casos	%	% acumulado
0	135	71,1	71,1
1	19	10	
2	17	8,9	25,2
3	12	6,3	
4	1	0,5	0,5
5	3	1,6	3,26
6	3	1,6	

ANEXO 14**NÚMERO DE CITAÇÕES PARA
ATIVIDADES FÍSICAS PRATICADAS NO TEMPO DE LAZER**

Quadro 1

Número de Citações para Atividades Físicas Praticadas no Tempo de Lazer

ATIVIDADES	nº	ATIVIDADES	nº
Caminhadas	21	Passeios Ecológicos	03
Natação	21	Basquete	02
Hidroginástica	13	Deep run	01
Musculação	12	Power Yoga	01
Futebol	08	Dança do Ventre	01
Bicicleta	07	Ballet Clássico	01
Corridas	07	Dança	01
Ginástica de Academia	06	Relaxamento	01
Yoga	05	Surf	01
Tênis	05	Bocha	01
Alongamento	03	Condicionamento Físico	01
Volei	03	RPG	01
Esteira	03	(Reeducação Postural Global)	

ANEXO 15

**CORRELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS
SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA HABITUAL,
PERCEPÇÃO DE BARREIRAS, NÚMERO DE FATORES FACILITADORES E
CONHECIMENTO ESPECÍFICO SOBRE ATIVIDADE FÍSICA**

Tabela 1

Correlação entre Variáveis Sócio-demográficas e
Nível de Atividade Física Habitual, Percepção de Barreiras,
Número de Fatores Facilitadores e Conhecimento Específico sobre Atividade Física

	variável sócio-demográfica	n	r_s	p*
NAFH	nº de filhos	189	0,03	0,600
	titulação	187	-0,004	0,949
	nível sócio-econômico	190	-0,058	0,419
Percepção de Barreiras	nº de filhos	189	0,008	0,912
	titulação	187	-0,157	0,030
	nível sócio-econômico	190	-0,047	0,514
Fatores Facilitadores	nº de filhos	189	0,089	0,220
	titulação	187	0,077	0,288
	nível sócio-econômico	190	-0,008	0,910
Conhecimento Específico	titulação	186	-0,086	0,238
	nível sócio-econômico	189	-0,175	0,015

*p < 0,05

ANEXO 16**DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS EM PERCEPÇÃO DE BARREIRAS**

Tabela 1

Distribuição de Frequências em Percepção de Barreiras

Barreiras	Escala de Percepção de Barreiras									
	N		R		AV		QS		S	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ambiente Insuficientemente Seguro	141	74,2	32	16,8	14	7,4	2	1,1	1	0,5
Compromissos com Cônjuge e/ou Filhos	59	31,1	33	17,4	50	26,3	32	16,8	16	8,4
Dores Leves ou Mal-estar	89	46,8	54	28,4	40	21,1	3	1,6	4	2,1
Falta de Clima Adequado	57	30	46	24,2	70	36,8	13	6,8	4	2,1
Falta de Companhia	89	46,8	24	12,6	50	26,3	15	7,9	12	6,3
Falta de Conhecimento ou Orientação sobre AF	124	65,3	38	20	21	11,1	4	2,1	3	1,6
Falta de Energia, Cansaço Físico	52	27,4	42	22,1	73	38,4	17	8,9	6	3,2
Falta de Espaço Disponível	109	57,4	33	17,4	31	16,3	14	7,4	3	1,6
Falta de Equipamento Disponível	98	51,6	46	24,2	30	15,8	11	5,8	5	2,7
Falta de Habilidades Físicas	109	57,4	39	20,5	32	16,8	8	4,2	2	1
Falta de Incentivo da Família e/ou Amigos	124	65,3	28	14,7	15	13,2	13	6,8	0	0
Falta de Interesse em Praticar	80	42,1	34	17,9	47	24,7	19	10	10	5,3
Falta de Recursos Financeiros	120	63,2	40	21,1	20	10,5	5	2,6	5	2,6
Jornada de Trabalho Extensa	13	6,8	10	5,3	30	15,8	70	36,8	67	35,3
Limitações Físicas	120	63,2	29	15,3	32	16,8	3	1,6	6	3,2
Mau Humor	102	53,7	47	24,7	37	19,5	4	2,1	0	0
Medo de Lesionar-se	137	72,1	35	18,4	9	4,7	4	2,1	5	2,6
Preocupação com a Aparência	164	86,3	17	8,9	8	4,2	0	0	1	0,5
Tarefas Domésticas	56	29,5	39	20,5	66	34,7	20	10,5	9	4,7
Outros	175	92,1	1	0,5	7	3,7	1	0,5	6	3,2

Nota: a escala apresentada reproduz a que foi utilizada no instrumento, onde:

- N = nunca
- R = raramente
- AV = às vezes
- QS = quase sempre
- S = sempre

ANEXO 17**TABELAS DE DISTRIBUIÇÃO CONJUNTA DE
FREQUÊNCIAS PARA PERCEPÇÃO DAS CINCO
BARREIRAS MAIS IMPORTANTES SEGUNDO GÊNERO**

Tabela 1

Distribuição Conjunta de Freqüências para
Percepção da Barreira Trabalho, Segundo Gênero

gênero	N		R		AV		QS		S		TOTAL
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Masculino	8	5,4	8	7,2	20	18	39	35,1	38	34,2	113
Feminino	4	2,7	2	2,7	10	13,5	31	41,9	29	39,2	76
TOTAL	12		10		30		70		67		189

Tabela 2

Distribuição Conjunta de Freqüências para Percepção
da Barreira Compromisso com Cônjuge e/ou Filhos, Segundo Gênero

gênero	N		R		AV		QS		S		TOTAL
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Masculino	23	18,2	22	20	38	34,6	19	17,3	11	10	113
Feminino	35	38,8	11	16,4	12	17,9	13	19,4	5	7,5	76
TOTAL	58		33		50		32		16		189

Tabela 3

Distribuição Conjunta de Freqüências para
Percepção da Barreira Falta de Interesse, Segundo Gênero

gênero	N		R		AV		QS		S		TOTAL
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Masculino	49	40,7	21	19,4	27	25	10	9,3	6	5,6	113
Feminino	31	34,8	13	18,8	20	29	9	13	3	4,4	76
TOTAL	80		34		47		19		9		189

Nota: a escala apresentada reproduz a que foi utilizada no instrumento, onde:

- N = nunca
- R = raramente
- AV = às vezes
- QS = quase sempre
- S = sempre

Tabela 4

Distribuição Conjunta de Frequências para
Percepção da Barreira Tarefas Domésticas, Segundo Gênero

gênero	N		R		AV		QS		S		TOTAL
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Masculino	33	24,5	20	18,9	45	42,5	13	12,3	2	1,9	113
Feminino	22	21,7	19	27,5	21	30,4	7	10,1	7	10,1	76
TOTAL	55		39		66		20		9		189

Tabela 5

Distribuição Conjunta de Frequências para Percepção da Barreira
Falta de Companhia, Segundo Gênero

gênero	N		R		AV		QS		S		TOTAL
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Masculino	47	37,1	17	16,2	30	28,6	12	11,4	7	6,7	113
Feminino	41	46,2	7	10,8	20	30,8	3	4,6	5	7,7	76
TOTAL	88		24		50		15		12		189

Nota: a escala apresentada reproduz a que foi utilizada no instrumento, onde:

- N = nunca
- R = raramente
- AV = às vezes
- QS = quase sempre
- S = sempre

ANEXO 18
PROJETO PILOTO

PROJETO PILOTO

A revisão da literatura permitiu que se reunisse informações para a execução do piloto que, nesta pesquisa, diz respeito ao instrumento proposto. Considerado por Thomas e Nelson (1996) uma etapa muito importante da pesquisa à medida que testa os procedimentos, testes e tratamentos planejados evitando assim falhas metodológicas, o piloto destina-se também à adequação dos testes à população em estudo, tanto quanto propicia aprimoramentos no instrumento. Desta forma, realizou-se o estudo piloto relatado a seguir, como intuito de validar o questionário proposto.

Procedimentos Metodológicos

Sujeitos. Participaram deste estudo 16 indivíduos –06 mulheres e 10 homens– na primeira etapa, e 08 indivíduos –05 mulheres, 03 homens– na segunda etapa (reaplicação após modificações). O grupo formado incluiu professores universitários atuando em cargos técnico-administrativos, servidores técnico-administrativos, doutorandos e profissionais liberais. Os sujeitos foram escolhidos ao acaso, desde que atendessem às seguintes especificações:

1. Pertencer às classes econômicas A, B ou C;
2. Ter atividade ocupacional (trabalho) do tipo “pouco ativa”;
3. Ser adulto (maior de 21 anos).

Obtenção dos dados. O instrumento (em anexo) foi aplicado duas vezes (T1 e T2), com intervalo de uma semana, após o que consultou-se novamente alguns sujeitos (nove). Estes indivíduos forneceram respostas muito diferentes no reteste, ou apresentaram respostas incoerentes, e foram então entrevistados. Suas respostas foram reconsideradas, assim como registrou-se as modificações a serem feitas no instrumento quando a irreprodutibilidade aconteceu devido à pouca clareza nas questões do instrumento.

Tratamento dos Dados. Os dados deste teste piloto foram tratados com o intuito de possibilitar três formas diferentes de validação do questionário: sua reprodutibilidade, sua aplicabilidade e sua clareza.

Para avaliação da **reprodutibilidade**, utilizou-se o cálculo do índice *Kappa*, proposto por Pereira (1999), considerando os dados relativos às variáveis categóricas.

Kappa informa a proporção de concordâncias além da esperada pela chance e varia de “menos 1” a “mais 1”, onde “menos 1” significa completo desacordo, “mais 1” significa exato acordo nas respostas e zero indica respostas devidas ao acaso. Adotando-se os índices propostos (Tabela 1), procurou-se reformular as respostas cujo índice de *Kappa* foi inferior a 0,61.

Tabela 1

Interpretação do Índice *Kappa*

Kappa	Concordância
< 0,00	Ruim
0,01 – 0,20	Fraca
0,21 – 0,40	Sofrível
0,41 – 0,60	Regular
0,61 – 0,80	Boa
0,1 – 0,99	Ótima
1,00	perfeita

Fonte: Pereira (1999), adaptada de Landis & Koch.

O cálculo de *Kappa* foi realizado em planilha Excel®, ambiente Windows®, segundo a fórmula:

$k = \frac{Po - Pe}{1 - Pe}$	Onde:	“Po” = proporção de concordâncias observadas
		“Pe” = proporção de concordâncias esperadas

Calculou-se, ainda, o coeficiente de correlação intraclassa para verificar a reprodutibilidade das variáveis discretas. Segundo Pereira (1999), este coeficiente pode expressar a concordância entre dois eventos (por exemplo, duas mensurações de uma variável em um grupo de sujeitos). O cálculo deste coeficiente foi realizado em planilha Excel®, ambiente Windows®, através de teste estatístico de correlação para fator duplo sem repetição (ANOVA).

Para avaliação da **aplicabilidade**, calculou-se o tempo médio de preenchimento do questionário, e também consultou-se os sujeitos quanto à dificuldade no preenchimento e/ou na interpretação das questões propostas.

Para avaliação da **clareza**, procedeu-se da seguinte maneira: no recolhimento de T2, pessoalmente, questionou-se os sujeitos quanto à clareza das questões propostas, anotando-se sugestões e dúvidas. Após tabulamento dos dados, havendo caso de questões respondidas de maneira muito diferente em T2, procurou-se o sujeito para verificar as causas da irreprodutibilidade de resposta. As questões em que mais de três sujeitos responderam com dificuldade em T1 e T2, ou de forma incoerente em T2, foram reformuladas.

Resultados e Discussão

Os resultados do piloto executado mostraram que o instrumento pode ser aplicado adequadamente a indivíduos adultos, de nível universitário, na população em que se

procedeu o piloto. O tempo de preenchimento foi considerado satisfatório, registrando-se preenchimentos de cinco a 15 minutos, quando efetuados sem interrupção.

O enunciado da questão 2 do setor “Informações Gerais” (tabela para percepção de barreiras) foi reformulado após verificação da clareza das questões propostas, e uma caixa de texto explicativo foi posta em destaque na questão referente aos estágios de mudança de comportamento.

As duas questões referiam-se a variáveis importantes no estudo, e foram reformuladas conforme sugestões dos indivíduos pesquisados.

Na Tabela 2 pode-se observar o índice *Kappa* encontrado para as variáveis categóricas estudadas.

Tabela 2

Avaliação do Índice *Kappa* para as Variáveis Estudadas.

variável	<i>Kappa</i>	avaliação de concordância
1. Sexo	1,00	Perfeita
2. estado civil	1,00	Perfeita
3. classificação econômica	0,81	Ótima
4. participação AF regular	1,00	Perfeita
5. tempo disponível	0,55	Regular
6. fator climático	0,82	Ótima
7. ambiente disponível	0,73	Boa
8. equipamento disponível	0,80	Boa
9. companhia terceiros	0,74	Boa
10. incentivo família/amigos	0,88	Ótima
11. recursos financeiros	0,69	Boa
12. humor	0,68	Boa
13. lesões	0,60	Regular
14. dores e mal-estar	0,72	Boa
15. cansaço	0,82	Ótima
16. habilidades	0,78	Boa
17. segurança no ambiente	0,58	Regular
18. interesse em praticar	0,83	Ótima
19. Estág.de Mudança de Comportamento	0,91	Ótima

Obs: as variáveis 05 a 18 correspondem aos fatores determinantes (barreiras) investigados.

Na questão destinada à investigação das barreiras percebidas, alguns fatores determinantes foram acrescentados ao questionário original após revisão de literatura e análise da reprodutibilidade através do índice *Kappa*, assim como uma questão complementar foi suprimida e incorporada à tabela de fatores determinantes (barreiras).

Acrescentou-se à lista dos fatores determinantes as barreiras “falta de conhecimento ou orientação sobre AF” e “preocupação com a aparência durante a prática”. A expressão “não disponibilidade de” foi substituída por “falta de”.

Variáveis cujo índice de concordância (*Kappa*) foi considerado “regular” (ver Tabela 1) foram reformuladas, a saber:

- **falta de tempo disponível:** desmembrada em três fatores (apontados com fatores causais da falta de tempo na questão complementar): (a) *jornada de trabalho extensa*; (b) *compromissos com cônjuge e/ou filhos*; (c) *tarefas domésticas para/com sua casa*.
- **lesões físicas anteriores ou atuais:** desmembrada em dois outros fatores: (a) *medo de lesionar-se*; (b) *limitações físicas* (músculo-articular ou sistêmica).
- **falta de segurança do/no ambiente:** reformulada para *ambiente insuficientemente seguro*.

As reformulações foram testadas em nova aplicação piloto, agora somente com relação à percepção de barreiras, tendo-se solicitado a outros oito indivíduos (cinco mulheres e três homens) que respondessem à investigação.

Verificou-se então o índice de reprodutibilidade considerando-se a concordância absoluta para cada fator modificado, pois o índice *Kappa* poderia estar sendo subestimado devido ao pequeno número de indivíduos investigados.

O índice de concordância absoluta (ICA) é medido pelo número de respostas concordantes observadas (CO) em razão ao número máximo possível de concordâncias (CM). Sendo assim, obteve-se os seguintes resultados (Tabela 3):

Tabela 3

Concordância Absoluta para Fatores Modificados

Fator (barreira)	CO	CM	ICA
Jornada de trabalho extensa	6	8	75%
Compromissos cônjuge e/ou filhos	7	8	87,5%
Tarefas domésticas	6	8	75%
Medo de lesionar-se	7	8	87,5%
Limitações físicas	4	8	50%
Ambiente insuficientemente seguro	7	8	87,5%

Os dados referentes à reprodutibilidade das variáveis ordinais (coeficiente de correlação intraclassa = R) sugerem índices adequados à concordância entre T1 e T2, conforme observa-se na Tabela 4.

Tabela 4

Avaliação do Coeficiente de Correlação Intraclassa
Para as Variáveis Classificação Econômica, Nível de Atividade
Física Habitual, Fatores Facilitadores e Conhecimento Específico

variável	R*	avaliação de correlação
classificação econômica	0,99	adequada
nível de atividade física habitual	0,97	adequada
fatores facilitadores	0,95	adequada
conhecimento específico	0,85	adequada

* Correlação perfeita: R = 1,00

Os resultados do piloto demonstraram que mesmo as questões do instrumento traduzidas da língua inglesa (cálculo do nível de atividade física habitual, fatores facilitadores e conhecimento específico) obtiveram altos índices de reprodutibilidade, assim como verificou-se clareza suficiente na transcrição das questões.

Em suma, o instrumento foi considerado adequado à pesquisa proposta.

(QUESTIONÁRIO PILOTO)

CÓD.:

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

DATA NASCIMENTO:

SEXO: () M () F

ESTADO CIVIL: () Solteiro () Casado () Viúvo () Divorciado

Nº FILHOS: ()

TITULAÇÃO:

CARGO ATUAL:

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA

1. Por favor, assinale o número correspondente a QUANTAS UNIDADES DE CADA ITEM abaixo relacionados você possui em sua casa (havendo dúvidas, consulte a folha anexada ao questionário):

ÍTEM	NÃO TEM	TEM			
		1	2	3	4 ou MAIS
TELEVISÃO					
RÁDIO					
BANHEIRO					
AUTOMÓVEL					
EMPREGADA MENSALISTA					
ASPIRADOR DE PÓ					
MÁQUINA DE LAVAR ROUPA					
VIDEOCASSETTE					
GELADEIRA					
FREEZER					

2. Indique os cargos de chefia atual e/ou anteriores, exercidos nesta instituição desde sua admissão, indicando o período (mês e ano) em que permaneceu em cada cargo.

	CARGO	DE	ATÉ
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

ATIVIDADE FÍSICA NO TEMPO DE LAZER

Através das questões que se seguem tentaremos conhecer a quantidade e o tipo de atividade física que você pratica habitualmente em seu tempo de lazer, portanto é importante que você considere as atividades que realiza em uma **semana de rotina normal**.

1. Considerando um **período de sete dias** (uma semana), quantas vezes em média você pratica os seguintes tipos de exercícios **por mais do que 15 minutos** durante seu **tempo livre** (escreva em cada retângulo o número relativo ao seu caso)?

VEZES POR SEMANA

- a) EXERCÍCIOS VIGOROSOS (aqueles em que seu coração bate rapidamente):
por exemplo: correr, futebol, *squash*, basquete, judô, nadar ou pedalar vigorosamente
- b) EXERCÍCIOS MODERADOS (aqueles em que você não fica exausto):
por exemplo: caminhar rapidamente, tênis, pedalar a passeio, voleibol, nadar suavemente, dançar
- c) EXERCÍCIOS LEVES (esforços mínimos):
por exemplo: ioga, pescar na margem do rio, boliche, cavalgar, *golf*, passear à pé

2. Considerando um período de sete dias (uma semana), durante seu tempo de lazer, com que frequência você pratica qualquer atividade regular durante tempo bastante para suar (o coração bate rapidamente)?

Frequentemente Algumas vezes Nunca/raramente

3. Se você participa de algum programa de atividades físicas regulares em seu tempo de lazer, por favor relate qual é a(s) atividade(s) praticada(s):

Não participo Participo, eu pratico _____

INFORMAÇÕES GERAIS

1. Considerando os fatores abaixo relacionados, indique com que frequência eles representam, **para você**, motivos para **não praticar atividades físicas**.

FATOR	SEMPRE	QUASE SEMPRE	AS VEZES	RARAMENTE	NUNCA
falta de tempo disponível					
fatores climáticos (vento, frio)					
não disponibilidade de ambiente					
não disponibilidade de equipamentos					
falta de companhia de terceiros					
falta de incentivo da família e/ou amigos					
falta de recursos financeiros					
mau humor					
lesões físicas anteriores ou atuais					
dores leves e/ou mal-estar					
cansaço físico					
falta de habilidades físicas					
falta de segurança do/no ambiente					
falta de interesse em praticar					
outros:					

2. Caso você **não tenha tempo disponível para praticar atividades físicas**, cite suas causas mais frequentes (p.e., levar trabalho para casa, trabalhos domésticos, compromissos sociais).

3. Em **cada** questão abaixo, assinale sim ou não, considerando **sua situação atual**:

- | | |
|---|-------------|
| Eu sou, atualmente, fisicamente ativo. | () S () N |
| Eu pretendo me tornar, nos próximos seis meses, fisicamente ativo. | () S () N |
| Eu estou, atualmente, participando de atividades físicas* regulares. | () S () N |
| Eu participei de atividades físicas regulares nos últimos seis meses. | () S () N |
| Eu participei, no passado, de atividades físicas regulares* por até três meses. | () S () N |

(*) Atividades Físicas = trabalho doméstico vigoroso, caminhar rapidamente, subir escadas, fazer "cooper" ou qualquer outra atividade com esforço similar.

(*) Atividade Física Regular = cinco vezes ou mais por semana, 30 minutos ou mais a cada vez, os quais podem ser contínuos (1x 30 min) ou acumulados (2 x 15min ou 3 x 10 min).

4. Das afirmações abaixo, assinale as que correspondem à **sua situação atual**. Considere os pensamentos, situações e percepções **habituais**.

() Eu não tenho história de lesões ou machucados relacionados à prática de atividades físicas.

() Meus pais têm/tiveram um estilo de vida ativo.

- () Eu confio bastante na minha habilidade para fazer atividades físicas regulares.
- () Eu gosto de atividades físicas.
- () Eu acredito que tempo para praticar atividades físicas possa ser achado.
- () Eu percebo poucas barreiras para praticar atividade física regularmente.
- () Eu tenho sérias intenções de me tornar fisicamente ativo.
- () Eu acredito que os benefícios da atividade física superam os custos da mesma.
- () Meus amigos e/ou familiares praticam atividades físicas.
- () Meus amigos e/ou familiares encorajam a prática de atividades físicas.
- () Eu tenho amigos e/ou familiares que praticam atividades físicas comigo.
- () Meus amigos e/ou familiares me ajudam diretamente a ser fisicamente ativo.
- () O clima da minha cidade é favorável à prática da(s) atividade(s) física(s) que prefiro.
- () Sinto-me seguro praticando atividades físicas na vizinhança e/ou proximidades de casa.
- () Eu acho o ambiente fora de casa atraente e agradável.
- () Instalações ou programas de exercício são convenientes e estão disponíveis nas proximidades
- () Eu tenho equipamentos e materiais para exercícios em minha casa.

5. Dadas as afirmações abaixo, assinale verdadeiro ou falso:

AFIRMAÇÃO	V	F
Praticar atividade física regularmente diminui suas chances de desenvolver doenças do coração.		
A maioria das pessoas faz suficiente atividade física em suas rotinas diárias normais.		
Você não precisa treinar como um corredor de maratonas para tornar-se mais condicionado fisicamente.		
Sessões de exercício não precisam durar muito tempo para serem efetivas para sua saúde.		
Pessoas que precisam perder peso são as únicas que irão se beneficiar com a prática regular de atividade física.		
Todos os exercícios propiciam a você os mesmos benefícios.		
Quanto mais idoso você fica, menos ativo (fisicamente) você precisa ser.		
Não é necessário muito dinheiro ou equipamentos caros para tornar-se fisicamente condicionado.		
Há vários riscos ou lesões que podem ocorrer quando se pratica exercícios.		
Você deveria sempre consultar um médico antes de iniciar um programa de atividade física.		
Pessoas que tiveram um ataque cardíaco não deveriam participar de qualquer programa de atividade física.		
Para que você permaneça fisicamente ativo, inclua atividades diferentes, que você goste, em sua rotina de atividades diárias.		

Muito obrigada pela atenção e presteza. Sua colaboração certamente será indispensável.

Cordialmente,

Marcelle de Oliveira Martins.