

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

Luciana Martins Rezende de Gouvea

**ASPECTOS QUE INFLUENCIAM O
COMPORTAMENTO DA PRÁTICA DA
ATIVIDADE FÍSICA E SUA RELAÇÃO
COM O ESTILO DE VIDA**

Campinas
2011

Luciana Martins Rezende de Gouvea

**ASPECTOS QUE INFLUENCIAM O
COMPORTAMENTO DA PRÁTICA DA
ATIVIDADE FÍSICA E SUA RELAÇÃO
COM O ESTILO DE VIDA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Graduação da Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Licenciado em Educação Física.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Vilarta

Campinas
2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA FEF - UNICAMP

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR ANDRÉIA DA SILVA MANZATO – CRB8/7292
BIBLIOTECA “PROFESSOR ASDRÚBAL FERREIRA BATISTA”
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA - UNICAMP

G745a Gouvea, Luciana Martins Rezende de, 1986-
Aspectos que influenciam o comportamento da atividade física e sua
relação com o estilo de vida / Luciana Martins Rezende de Gouvêa. –
Campinas, SP: [s.n], 2011.

Orientador: Roberto Vilarta.
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Faculdade de
Educação Física, Universidade Estadual de Campinas.

1. Atividade física. 2. Saúde. 3. Comportamento humano. 4. Estilo de
vida. I. Vilarta, Roberto. II. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade
de Educação Física. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Aspects that influence the behavior of physical activity and its relation to the lifestyle.

Palavras-chaves em inglês:

Physical activity
Health
Behavior
Lifestyle

Titulação: Licenciatura em Educação Física

Banca examinadora:

Roberto Vilarta [orientador]
Jaqueline Girnos Sonati

Data da defesa: 05-12-2011

Título em inglês: Aspects that influence the behavior of physical activity and its relation to the lifestyle.

Palavras-chaves em inglês:

Physical activity
Health
Behavior
Lifestyle

Titulação: Licenciatura em Educação Física

Banca examinadora:

Roberto Vilarta [orientador]
Jaqueline Girnos Sonati

Data da defesa: 05-12-2011

Luciana Martins Rezende de Gouvea

**ASPECTOS QUE INFLUENCIAM O
COMPORTAMENTO DA PRÁTICA DA ATIVIDADE
FÍSICA E SUA RELAÇÃO COM O ESTILO DE VIDA**

Este exemplar corresponde à redação final do Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) defendida por Luciana Martins Rezende de Gouvea e aprovada pela Comissão julgadora em: 05/12/2011.

Prof. Dr. Roberto Vilarta
Orientador

Profª. Doutoranda Jaqueline Girnos Sonati
Membro da Comissão

Campinas
2011

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus queridos pais pelo apoio incondicional durante toda minha vida.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, agradeço aquele que está comigo em todos os momentos da minha vida, me apoiando e me orientando a cada segundo do meu dia, e que constitui minha essência: Deus. Mais uma vez, muito obrigada!!

Agradeço aos meus queridos pais, a quem devo toda minha vida, meu muito obrigado sempre!!!

Agradeço também ao meu noivo Eduardo pelos quase sete anos de convivência que me fazem acreditar a cada dia mais que ele é mesmo minha outra metade...

Agradeço imensamente ao meu orientador, Prof. Dr. Roberto Vilarta, pela paciência, apoio e orientação nas inúmeras vezes em que tentei iniciar e concluir este trabalho de conclusão de curso. Obrigada por tudo!!

Dentre os anos de graduação, convivemos com diversas experiências que nos fazem enxergar o mundo com um olhar diferente, sempre mais rico que o anterior. Se pudéssemos voltar no tempo veríamos com maior nitidez o quanto nos modificamos ao longo do tempo. Agradeço imensamente às pessoas que estiveram comigo durante esses anos, promovendo e compartilhando estes momentos, especialmente a minha querida amiga Noelle (que nesse momento está longe), pela amizade incondicional e pelos momentos incríveis que vivemos juntas durante a graduação. Amiga, obrigada pelas brigas, pelas risadas, pelos momentos de reflexão, enfim, por tudo!

Por fim e não menos importante, meu muito obrigado a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a riqueza de minha formação como Educadora Física.

GOUVEA, L. M. R. **Aspectos que influenciam o comportamento da prática da atividade física e sua relação com o estilo de vida**. 2011. 50f. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Educação Física-Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

RESUMO

Os cuidados com a saúde nos dias atuais tem sido intensificados pela disseminação dos conhecimentos sobre o tema, especificamente sobre os benefícios que a prática da atividade física regular pode trazer. Sabe-se que a inatividade física decorrente do estilo de vida moderno, é identificada como o quarto principal fator de risco para a mortalidade global, causando cerca de 6% das mortes, sendo que também há fortes associações do sedentarismo com as doenças crônicas não transmissíveis. Ainda assim, o sedentarismo tem sido bastante presente na população brasileira, sendo que a adesão e a manutenção de uma prática de atividade física regular pode ser determinada por fatores intrínsecos e extrínsecos. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é desenvolver um estudo acerca dos fatores que interferem na adesão e manutenção de atividade física regular a fim de que a atividade física seja componente do estilo de vida da população, aprimorando a qualidade de vida dos indivíduos. Para tanto, será desenvolvida uma revisão bibliográfica sobre os temas saúde, qualidade de vida, estilo de vida, a fim de situar a atividade física no campo da promoção à saúde, além da abordagem de algumas teorias do comportamento da atividade física, a fim de compreender de que maneira este tema está amparado cientificamente. Alguns fatores, tais como o apoio social da família e dos pares, a construção social de gênero, o nível socioeconômico, o local de moradia, podem interferir na construção do comportamento dos indivíduos em relação à atividade física ao longo da vida.

Palavras-Chaves: Atividade física; saúde; comportamento; estilo de vida.

GOUVEA, L. M. R. **Aspects that influence the behavior of physical activity and its relation to the lifestyle**. 2011. 50f Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Educação Física)- Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

ABSTRACT

The health care nowadays has been intensified by the spread of knowledge on the topic, specifically about the benefits that regular physical activity can bring. It is known that physical inactivity due to modern lifestyle, is identified as the fourth major risk factor overall mortality, causing about 6% of deaths, and there are also strong associations with the sedentary chronic noncommunicable diseases. Even so, the sedentary lifestyle has been very present in the Brazilian population, therefore the support and maintenance of a regular physical activity can be determined by intrinsic and extrinsic factors. Thus, the objective of this work is to develop a study on the factors that influence adherence and maintenance of regular physical activity in order to physical activity become a component of the lifestyle of the population, improving the individuals quality of life. To this end, a literature review will be conducted on the topics of health, quality of life, lifestyle, in order to put physical activity in the field of health promotion and approach of some theories of exercise behavior in order to understand how this issue is supported scientifically. Some factors, such as social support from family and peers, the social construction of gender, socioeconomic status, place of residence, may interfere with the construction of the behavior of individuals in relation to physical activity throughout life.

Keywords: Physical activity; health; behavior; lifestyle.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Organização das teorias do comportamento.....	28
Figura 2 -	Modelo de crença na saúde.....	32
Figura 3 -	Esquema do modelo transteórico.....	34

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Domínios e dimensões da qualidade de vida.....	21
Quadro 2 - Teorias/modelos de mudança de comportamento aplicados à atividade física	29
Quadro 3 - Processos de mudança aplicados à atividade física.....	35
Quadro 4 - Fatores e determinantes dos hábitos de atividade física.....	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Número de artigos com as principais teorias/modelos de mudança de comportamento aplicada à atividade física encontradas em três diferentes bases de dados.....	30
-------------------	--	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

MCS	Modelo de crença na saúde
MTEM	Modelo transteórico de estágios de mudança
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações não governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
QV	Qualidade de vida
TCP	Teoria do comportamento planejado
TCS	Teoria cognitivo-social
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E ESTILO DE VIDA – BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA.....	15
2.1 Saúde: conceitos e promoção.....	15
2.2 Qualidade de vida.....	20
2.3 Estilo de Vida	22
2.4 Atividade Física	23
3 TEORIAS DO COMPORTAMENTO DA ATIVIDADE FÍSICA.....	27
3.1 Teoria do comportamento planejado (TCP).....	30
3.2 Teoria cognitivo-social (TCS).....	31
3.3 Modelo de crença na saúde (MCS).....	31
3.4 Modelo transteórico de estágios de mudança (MTEM).....	32
4 ASPECTOS INFLUENCIADORES DO COMPORTAMENTO DA ATIVIDADE FÍSICA.....	37
4.1 Apoio social: família e amigos.....	39
4.2 Relações entre gênero e atividade física.....	41
4.3 Relações entre nível socioeconômico, local de moradia e acesso à atividade física..	42
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47

1 INTRODUÇÃO

Na sociedade atual os indivíduos tem-se atentado significativamente para os cuidados com a saúde, frente ao aumento substancial da ocorrência de doenças relacionadas ao estilo de vida inativo decorrente da industrialização e do desenvolvimento tecnológico na sociedade moderna.

O tema saúde está cada vez mais presente nas mídias e nas pesquisas científicas, na tentativa de conhecer e difundir os fatores que favorecem os indivíduos a apresentarem doenças, na constante busca de promover uma vida longa e de qualidade para os seres humanos.

Segundo a Carta de Ottawa, principal documento produzido na I Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde,

“ [...] a saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.” (WHO, 1986, p. 1).

Desta forma, a saúde deve ser considerada como um processo multifatorial que passa pelas escolhas próprias do indivíduo, pelo contexto sociocultural em que vive, e se estende às políticas públicas em direção à promoção da mesma.

Especificamente sobre as escolhas subjetivas próprias dos indivíduos, entendidas neste trabalho enquanto influenciadoras do estilo de vida individual, vários estudos na área da saúde apontam o estilo de vida saudável como fator determinante na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis.

Ainda assim, o sedentarismo tem sido bastante presente na população brasileira, sendo que a adesão e a manutenção de uma prática de atividade física regular são determinadas

por fatores intrínsecos e extrínsecos. Segundo Biddle & Nigg (2000), grande parte dos indivíduos que aderem a um programa de atividade física abandonam a prática em menos de seis meses.

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é desenvolver um estudo acerca dos fatores que interferem na adesão e manutenção de atividade física regular a fim de que a atividade física seja componente do estilo de vida da população, aprimorando a qualidade de vida dos indivíduos.

Para tanto, no primeiro capítulo será desenvolvida uma revisão bibliográfica sobre os temas saúde, qualidade de vida, estilo de vida, a fim de situar a atividade física no campo da promoção à saúde. No segundo capítulo, tratarei de algumas teorias do comportamento da atividade física, a fim de compreender de que maneira este tema está amparado cientificamente. No terceiro e último capítulo, abordarei alguns fatores, tais como o apoio social da família e dos pares, a construção social de gênero, o nível socioeconômico, o local de moradia, que podem interferir na construção do comportamento dos indivíduos em relação à atividade física ao longo da vida.

2 SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E ESTILO DE VIDA – BENEFÍCIOS DA ATIVIDADE FÍSICA

2.1 – Saúde: conceitos e promoção

O conceito de saúde/doença ao longo da história da humanidade veio sendo modificado até chegar ao conceito atual, refletindo os contextos sociais, culturais e políticos da sociedade ao longo do tempo, na medida em que o avanço da ciência e da tecnologia foi permitindo a ampliação do conhecimento sobre esta área.

Desde os primórdios da humanidade há registros de doença, como revelam pesquisas paleontológicas citadas por Scliar (2007), em que sinais de doenças foram encontrados em múmias egípcias. Assim, para evitar este mal, desde sempre a humanidade veio tentando entender o fenômeno doença e sua(s) causa(s), inicialmente atribuídas a forças alheias ao ser humano, associando-as à um castigo ou maldição, sem nada poder fazer para evitá-las. Ainda segundo Scliar (2007), esta era a concepção mágico-religiosa de saúde, em que o homem acreditava que a doença ocorria em decorrência da desobediência ao ser divino e que a mesma era uma forma de revelar no corpo o pecado cometido. No caso da lepra, percebeu-se que o contágio se dava pelo contato, o doente era mantido afastado das outras pessoas em “leprosários”, locais em que só tinham contato com outros leprosos, até que fosse curado. Até então, pouco se conhecia sobre a cura desta e de outras doenças. Também em culturas indígenas, a doença era atribuída à maldição de inimigos ou influência dos maus espíritos.

Os livros sagrados podem ter contribuído para as práticas sanitárias preventivas, ainda que não fossem formuladas para esse fim, uma vez que seus preceitos versavam sobre leis dietéticas como, por exemplo, o abate de animais não poderia ser feito por pessoas com doenças de pele, ou a proibição do consumo de moluscos, leis estas formuladas simbolicamente para manter a coesão e a diferenciação dos grupos (SCLIAR, 2007).

Em contrapartida, retratando a concepção religiosa de doença, Scliar (2007) relata que os gregos cultuavam além dos deuses da saúde e da cura, os deuses da razão, e utilizavam plantas medicinais no “tratamento” de algumas doenças. Neste contexto, surge uma visão racional da medicina, com Hipócrates de Cós, considerado o pai desta ciência, que se baseando em observações empíricas tanto do ser humano quanto do ambiente, apresenta o conceito de ser humano como uma unidade organizada e a doença como sendo originada de um desequilíbrio do organismo. Segundo Scliar (2007), também Galeno avançava nesta linha acreditando que a doença era causada por fatores endógenos, como resultado de um desequilíbrio na constituição física ou nos hábitos de vida dos indivíduos.

Na Idade Média européia, a influência da religião cristã manteve a concepção da doença como resultado do pecado e a cura como questão de fé; o cuidado de doentes estava, em boa parte, entregue a ordens religiosas, que administravam inclusive o hospital, instituição que o cristianismo desenvolveu muito, não como um lugar de cura, mas de abrigo e de conforto para os doentes. Mas, ao mesmo tempo, as idéias hipocráticas se mantinham, através da temperança no comer e no beber, na contenção sexual e no controle das paixões. (SCLiar, 2007, p. 33)

Com o desenvolvimento da Química, passou-se a defender que a doença poderia ser causada por agentes externos ao organismo. Paracelsus defendia que “se os processos que ocorrem no corpo humano são químicos, os melhores remédios para expulsar a doença seriam também químicos” (SCLiar, 2007). Já o desenvolvimento da Mecânica, no século XVII, influenciou René Descartes no conceito dualista mente-corpo. A Anatomia permitiu a inferência de que a doença seria localizada nos órgãos e não apenas nos humores líquidos do corpo.

Até então, apesar de haver novos conceitos e especulações sobre o processo saúde-doença, pouco se avançou em direção aos conhecimentos sobre a cura das enfermidades. Somente ao final do século XIX com Pasteur, houve a descoberta de microorganismos causadores de doenças o que possibilitou, com o uso de soros e vacinas, as idéias não só de cura, mas também de prevenção das doenças. Nesta época também surge a Epidemiologia e a Estatística, que ao contabilizar a doença e seus indicadores, permitiu a associação de fatores de causa e prevenção em diferentes grupos populacionais.

Desde então foi necessário deslocar o olhar do indivíduo para a saúde pública, sendo necessário planejar e executar políticas públicas de prevenção as doenças. Foi aí que as

entidades governamentais foram criando suas diretorias/secretarias de saúde pública, e aos poucos surgiram os sistemas nacionais de saúde, que permitiam a atenção integral ao indivíduo, desde o nascimento até a morte.

Apesar dos avanços citados, até o momento não havia um conceito universal do que seria a saúde e para isso foi necessária a intervenção da Organização das Nações Unidas (ONU), para possibilitar um consenso. Deste trabalho, em 1946, surge um documento que posteriormente seria a constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) que estabelece o conceito de que “saúde é o estado do mais completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (WHO, 1946), passando a ser um direito de todos os cidadãos, envolvendo vários setores além do campo saúde propriamente dito. No entanto, segundo Scliar (2007), a amplitude deste conceito causou diversos problemas o que culminou no próximo conceito, de 1977, elaborado por Christopher Boorse de que a saúde seria uma questão objetiva, cuja análise se estabelecia no funcionamento correto do organismo ou não.

Em contrapartida, em 1978, na cidade de Alma-Ata reúnem-se novamente na Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde promovida pela ONU, da qual resulta uma declaração que reforça o conceito de 1946 com a saúde sendo o direito fundamental de todo ser humano, devendo ser esta a principal meta dos países que só poderia ser alcançada com a integração dos outros setores sociais e econômicos além do setor saúde. A referida declaração ratifica o compromisso em nível nacional e internacional de todos os países no desenvolvimento da saúde dos povos através do desenvolvimento e implantação dos cuidados primários de saúde, a fim de diminuir e erradicar as desigualdades entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos. Para tanto, preconiza a capacitação dos indivíduos, através da educação, quando afirma que “é direito e dever dos indivíduos participar do planejamento e da execução de seus cuidados de saúde” (WHO, 1978).

A declaração de Alma-Ata preconiza e define os cuidados primários de saúde como sendo:

“ [...] os cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação” (WHO, 1978, p. 1)

Ainda, estabelece que a responsabilidade da promoção da saúde deve partir do âmbito governamental, com o desenvolvimento de políticas no campo social, econômico e da saúde em direção ao âmbito individual, através da capacitação dos indivíduos, constituindo-se na primeira sinalização do conceito de *empowerment*, que mais tarde seria melhor aprofundado na Carta de Ottawa, em 1986.

Tal documento foi produzido na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986, na cidade de Ottawa, Canadá, em que a discussão baseou-se nos progressos alcançados após a Declaração de Alma-Ata sobre os cuidados primários de saúde, também após o documento da OMS Saúde para Todos e a Assembléia Mundial da Saúde sobre ações intersetoriais.

Ela aborda a saúde como conceito ampliado de qualidade de vida. Assim sendo, a saúde é apenas uma das dimensões de qualidade de vida e, portanto, não é considerada um objetivo de vida, mas como um recurso para a mesma, e enfatiza também os aspectos sociais, pessoais, ambientais, econômicos, ou seja, tais dimensões devem estar em consonância para estabelecimento da saúde integral.

A Promoção da Saúde neste documento é bastante enfatizada como sendo:

“[...] o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente.” (WHO, 1986, p. 1)

Logo, para que haja equidade no estado de saúde dos indivíduos, é necessário planejar ações de capacitação para que todos os indivíduos tenham iguais oportunidades e recursos para realizar seu potencial de saúde. Isso implica ações coordenadas dos diversos setores envolvidos: governamentais além do setor saúde, tais como economia, educação, meio ambiente; não-governamentais através das ONGs, mídia e indústria, tendo como regulação principal a participação das pessoas como indivíduos, famílias e comunidades, durante as diversas esferas da vida. (WHO, 1986)

Para que esta regulação ocorra, é necessário capacitar os indivíduos através da divulgação de informações e das ações educacionais, através do “empoderamento” dos indivíduos nas questões de saúde, a fim de que o próprio tenha controle sobre sua saúde e sobre o meio-ambiente, permitindo-o que faça boas escolhas em direção a uma vida saudável. Tais ações devem fazer parte do dia-a-dia das pessoas, estando presentes nas escolas, nas comunidades, nos locais de trabalho, enfim, em todos os espaços comunitários.

A Carta de Ottawa traz também a conceituação de abordagem socioecológica da saúde, em que as questões ambientais, como a proteção ao meio ambiente com a conservação dos recursos naturais, devem fazer parte de todas as políticas de promoção da saúde.

Buss (2000), em seu artigo nomeado Promoção da Saúde e Qualidade de Vida, traçando um cronograma dos importantes eventos internacionais que contribuíram para o desenvolvimento do campo da promoção da saúde, alguns já mencionados neste trabalho, ressalta que o conceito moderno de saúde é baseado em uma visão afirmativa, que a vincula com o bem-estar e a qualidade de vida, e não simplesmente como ausência de doença, como os primeiros documentos oficiais mencionavam. Nesse sentido, este autor afirma que a saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente determinado e passa a ser entendido como um estado dinâmico, socialmente produzido, e que assim, as ações promocionais baseiam-se no aumento das chances de saúde e de vida, sobretudo, vida com qualidade, e não apenas na diminuição do risco de doenças.

Especificamente sobre a promoção da saúde, Sutherland & Fulton, 1992 (apud BUSS, 2000) ressaltam que há dois grandes grupos de conceitos: no primeiro as ações estão voltadas às mudanças de comportamentos dos indivíduos, trabalhando com questões educacionais relacionadas aos riscos comportamentais que estariam supostamente sob o controle exclusivo do indivíduo; já no segundo, onde se encontra o conceito proposto pelo referido autor, a saúde é entendida como a inter-relação de diversos fatores, as ações são voltadas para o coletivo de indivíduos e para o ambiente. Desta forma, o enfoque do campo da saúde é totalmente invertido, enfatizando as ações sobre os chamados “determinantes sociais do processo saúde-enfermidade”, visando a ampliação da capacidade de autonomia e do padrão de bem-estar dos indivíduos.

Buss (2000) salienta que esta visão supera a idéia de políticas públicas como iniciativa exclusiva do estado, em direção a participação e responsabilidade múltipla de todos os

atores sociais neste processo. Alude também ao conceito de *empowerment* da população já mencionado na Carta de Ottawa (WHO, 1986), além da interdisciplinaridade e intersetorialidade como estratégias de sucesso das políticas públicas saudáveis.

2.2 – Qualidade de Vida

O termo Qualidade de Vida (QV) foi definido pela OMS, por meio do WHOQOL Group (1994, apud FLECK et. al, 1999) como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Segundo este grupo, tal conceito veio responder aos anseios das ciências humanas e biológicas em retratar a amplitude que o termo em questão deveria abranger, para além do controle de sintomas de doenças, diminuição da mortalidade ou aumento da expectativa de vida. Tal amplitude não só abrange como corrobora a definição moderna do conceito de saúde já citado neste trabalho.

Para atender esta amplitude, o grupo WHOQOL elaborou e definiu como resultado de um trabalho de cinco anos, vinte e quatro dimensões da QV divididos em seis domínios para avaliação da QV, a saber: físico; psicológico; do nível de independência; das relações sociais; do ambiente; das crenças pessoais, religião e aspectos espirituais, como ilustrado no Quadro 1.

Portanto, de forma direta ou indireta, a saúde está presente em todos os domínios da QV, estabelecendo com esta uma relação de influência mútua, de maneira que não é possível analisá-las isoladamente. Assim, considerando que todas as dimensões da QV contribuem para produzir um indivíduo capaz de viver de maneira plena, em relação às condições e oportunidades de vida, as ações de promocionais da saúde e da QV para que contribuam efetivamente para uma mudança, devem ser multidisciplinares, envolvendo os diversos setores, e integradas, na medida em que todos devam apontar para o mesmo objetivo.

QUADRO 1 – Domínios e dimensões da QV

Domínio	Dimensões (ou Facetas)
I - Domínio físico	1. Dor e desconforto
	2. Energia e fadiga
	3. Sono e repouso
II - Domínio psicológico	4. Sentimentos positivos
	5. Pensar, aprender, memória e concentração
	6. Auto-estima
	7. Imagem corporal e aparência
III - Nível de Independência	8. Sentimentos negativos
	9. Mobilidade
	10. Atividades da vida cotidiana
	11. Dependência de medicação ou de tratamentos
IV - Relações sociais	12. Capacidade de trabalho
	13. Relações pessoais
	14. Suporte (Apoio) social
V- Ambiente	15. Atividade sexual
	16. Segurança física e proteção
	17. Ambiente no lar
	18. Recursos financeiros
	19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
	20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
	21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
	22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
23. Transporte	
VI- Aspectos espirituais/Religião/Crenças pessoais	24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

Fonte: Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de QV, FLECK et al, 1999.

2.3 – Estilo de Vida

Sendo o Estilo de Vida (EV) “um modo de viver baseado em padrões identificáveis de comportamento que é determinado pela relação entre as características pessoais, sociais, de interações, condições socioeconômicas e ambientais” (WHO, 1998, p.360), este é diretamente influenciado por diversos fatores externos ao indivíduo, sendo construído subjetivamente ao longo da vida de acordo com as interações sociais que ele estabelece. Assim, para que ocorra uma mudança no EV pessoal objetivando a QV, é necessário direcionar as ações para além do indivíduo, abrangendo também as condições de vida que interagem para produzir e manter os padrões de comportamento individuais. (WHO, 1998)

Neste sentido, a fim de que as ações de promoção da saúde possam ser mais eficazes, faz-se necessário buscar maior aprofundamento acerca do EV da população em questão, os determinantes de sua construção e manutenção, em direção à adoção de hábitos de vida saudáveis.

Vários estudos nesta área utilizam o questionário Estilo de Vida Fantástico, elaborado pela Canadian Society for Exercise Physiology (1998) e adaptado para amostra brasileira por Rodriguez-Añez, Reis & Petroski (2008), cujo objetivo é mensurar os principais aspectos que caracterizam um EV saudável por meio de nove dimensões: família e amigos; atividade física; nutrição; cigarro e drogas; álcool; sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro; tipo de comportamento; introspecção; trabalho e satisfação com a profissão.

Assim, considerando a atividade física como dimensão importante no estabelecimento de um EV saudável, é fundamental além de conhecer de que maneira tal dimensão influencia a saúde e a QV dos indivíduos, também evidenciar os possíveis determinantes de sua prática, que impedem a incorporação desta dimensão como um hábito de vida.

2.4 – Atividade física

Neste amplo contexto de fatores que compõem e influenciam a saúde dos indivíduos, para que o indivíduo tenha um EV saudável, a atividade física regular pode exercer um importante papel, uma vez que pode influenciar vários domínios da QV de forma direta ou indireta. A cada dia, esta importância tem sido mais difundida nas sociedades industrializadas em que grande parte da população tem um ritmo de vida intenso, com altas cargas horárias de trabalho e pouco tempo para se dedicar ao cuidado com a saúde e ao lazer. Desta forma, cada vez mais os médicos tem recomendado a procura da atividade física para auxiliar a melhoria da saúde, tanto para prevenção quanto para tratamento de doenças, como por exemplo, em problemas ósteo-articulares ou em doenças crônicas não transmissíveis. Entretanto, de acordo com Nahas (2003), pesquisas populacionais em diversos países mostram que apenas cerca de 7 a 15% da população adulta pratica exercícios físicos regularmente.

Segundo Nahas (2003),

“individualmente, a atividade física está associada à maior capacidade de trabalho físico e mental, mais entusiasmo para vida e positiva sensação de bem estar. Socialmente, estilos de vida mais ativos estão associados a menores gastos com saúde, menor risco de doenças crônico-degenerativas e redução da mortalidade precoce” (p. 10)

A inatividade física decorrente do EV moderno, identificada como o quarto principal fator de risco para a mortalidade global, causando cerca de 6% das mortes – em que para praticamente todas as atividades diárias há uma forma de automatização ou mecanização estabelecida, como controles remotos, escadas rolantes, automóveis – combinada com a alimentação pobre em nutrientes, porém rica em energia, tem acarretado o incremento do sobrepeso e obesidade na população em geral, fator de risco que causa uma série de outros problemas como a hipertensão arterial sistêmica e as dislipidemias, reduzindo a QV dos indivíduos, sendo responsável por 5% da mortalidade global. O sedentarismo é estimado como causa principal de aproximadamente 21 a 25% dos casos de câncer de mama e câncer de cólon, 27% dos casos de diabetes mellitus e cerca de 30% dos casos de cardiopatia isquêmica. (WHO,

2010). Segundo Nahas (2003), considera-se sedentário o indivíduo que tenha um gasto energético inferior a 500 kcal por dia, considerando todas as atividades que realiza no dia como trabalho, lazer, atividades domésticas e locomoção.

Sabe-se que a prática de atividade física regular reduz o risco de doença coronariana e acidente vascular cerebral, diabetes mellitus, hipertensão arterial, câncer de cólon, câncer de mama e depressão; melhora a saúde muscular e esquelética, reduzindo o risco de ocorrência de osteoporose, além de ser fundamental para controle da balança energética, equilibrando o consumo e o gasto calórico para o controle de peso corporal (WHO, 2010).

Além dos benefícios supracitados, há também os efeitos psicológicos tais como a melhoria do humor, com redução da tensão, ansiedade e depressão; além da redução dos níveis de estresse e melhoria da autoestima e autoconceito. Há também benefícios sociais, como a integração e a socialização, através estabelecimento de relações de cooperação.

Nesse contexto, a OMS (2010) procurou estabelecer níveis recomendados de atividade física para prevenir doenças não transmissíveis na população. O documento intitulado *Recomendações Globais de Atividade Física para a Saúde* estabelece estes níveis para três grandes grupos populacionais – 5 a 17 anos de idade; 18 a 64 anos de idade; e acima de 65 anos – divididos levando-se em consideração a natureza e a disponibilidade de evidências científicas relevantes para os resultados selecionados.

Especificamente para a população adulta, entre 18 e 64 anos de idade, é recomendado que se adote uma atividade física recreativa ou de lazer que inclua atividades de locomoção, como caminhar ou andar de bicicleta; atividades ocupacionais, como o próprio trabalho ou serviços domésticos; jogos, esportes ou qualquer outra atividade física orientada.

As recomendações são aplicáveis à saúde cardiorrespiratória (doença cardíaca coronariana, doença cardiovascular, acidente vascular cerebral e hipertensão arterial); saúde metabólica (diabetes mellitus e obesidade); saúde óssea (osteoporose); câncer de mama e de cólon e depressão. Para prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, as orientações de atividade física variam de acordo com a especificidade da doença.

Para que haja incremento da aptidão cardiorrespiratória, fortalecimento muscular, manutenção da saúde óssea e redução do risco de doenças não transmissíveis, recomenda-se cerca de 150 minutos de atividade física aeróbia de intensidade moderada por

semana, distribuídas em sessões de pelo menos 10 minutos de duração, acrescentando-se atividades de fortalecimento muscular pelo menos duas vezes por semana, envolvendo os grandes grupos musculares. Ou ainda, para atividade aeróbia vigorosa, recomenda-se cerca de 75 minutos por semana, podendo intercalar exercícios de intensidade vigorosa e moderada. Para ampliar os benefícios à saúde, pode-se aumentar esse tempo para 300 minutos por semana no caso da atividade física de intensidade moderada ou 150 minutos em atividade física de intensidade vigorosa.

Tais recomendações estabelecidas pela OMS servem de base para nortear as políticas governamentais em atividade física voltada para a manutenção da saúde da população. Para tanto, é necessário além de investir recursos financeiros, adaptar as orientações para os aspectos culturais de cada país, em direção ao tipo de atividade física que é mais bem aceito.

De acordo com Nahas (2003), cerca de 60% dos adultos em países desenvolvidos e no Brasil não realizam atividades físicas regularmente, sendo que os dados brasileiros indicam que aproximadamente 25 a 40% da população é totalmente inativa. Tal inatividade mostra maior prevalência entre mulheres do que homens, entre os mais velhos que os mais jovens e entre pessoas de nível socioeconômico baixo e menor escolaridade. Segundo dados do VIGITEL - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (BRASIL, 2010), em que foi efetuada uma pesquisa nas capitais brasileiras, a inatividade física apurada foi maior entre os homens (15%) quando comparado com as mulheres (13%).

Apesar das evidências sobre o papel da atividade física na promoção da saúde e da compreensão destes benefícios por parte dos indivíduos em geral, a maior parte da população não é fisicamente ativa, o que não permite a realização destes benefícios. Desta forma, existe um paradoxo acerca deste assunto cujas causas devem ser melhor investigadas no sentido de entender o que influencia as pessoas a exercitar-se regularmente ou não; e quais aspectos interferem na adesão e na manutenção da prática uma atividade física. Para reunir subsídios para formular hipóteses nessa direção é necessário focar os estudos no comportamento humano e no entendimento de possíveis fatores determinantes, através do estudo das diversas teorias do comportamento da atividade física, a serem abordadas no próximo capítulo.

3 TEORIAS DO COMPORTAMENTO DA ATIVIDADE FÍSICA.

Atualmente existem várias teorias para o entendimento do comportamento dos indivíduos em relação à atividade física que procuram investigar sobre em quais circunstâncias às pessoas aderem aos programas de atividade física e se mantêm neles regularmente.

Biddle & Nigg (2000) reuniram e descreveram em um artigo as teorias-chave neste assunto que tem em comum a tentativa de entender a psicologia do ser humano considerando tanto o indivíduo isolado como este em relação ao contexto social em que vive, sob o ponto de vista da motivação, intenções e comportamento, remetendo aos aspectos determinantes da adesão e participação de atividade física. Estes autores ressaltam que os estudos descritivos são importantes para identificar dados de determinados grupos de indivíduos e identificar motivos mais comuns para adesão ou não a um programa de atividade física, embora não consigam explicá-los em relação ao por que daquele comportamento identificado, e, portanto, por si só, não conseguem influenciar mudanças significativas neste comportamento.

Segundo eles, os modelos e abordagens teóricas permitiram o estudo de quadros de variáveis complexas e possíveis mecanismos explicativos para o comportamento da atividade física. No entanto, o desenvolvimento da psicologia do exercício como um emergente campo de pesquisa levou à proliferação de teorias em sua maioria emprestadas de outras áreas da psicologia, como a psicologia social e da saúde.

Para ajudar a dar sentido às diferentes abordagens, Biddle & Nigg (2000) sistematizaram as teorias existentes em quatro categorias: teorias que se baseiam na crença da atitude; teorias baseadas na competência; teorias baseadas no controle e teorias baseadas na tomada de decisão, conforme ilustrado na Figura 1.

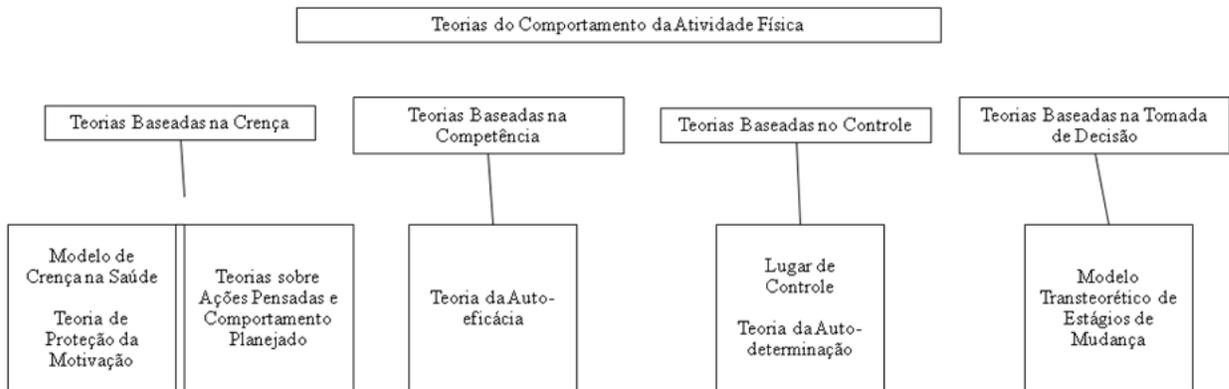


FIGURA 1: Organização das Teorias do Comportamento (Fonte: Adaptado de Theories of Exercise Behaviour, Biddle & Nigg, 2000, p. 292)

Também Dumith (2008) realizando busca na literatura, em diferentes bases de dados eletrônicas, encontrou 21 teorias/modelos com diferentes denominações, conforme ilustrado no Quadro 2, sendo que aquelas com maior expressividade quantitativa de aplicação no campo da atividade física são: teoria do comportamento planejado, teoria cognitivo-social e modelo transteórico. Segundo outro estudo (BAUMAN et al, 2002, apud DUMITH, 2008) que realizou um levantamento dos fatores associados com a atividade física em adultos e as teorias associadas com cada um desses fatores, concluiu que o modelo transteórico suporta 100% das variáveis examinadas, enquanto a teoria cognitivo-social, a teoria do comportamento planejado e o modelo de crença na saúde suportam, respectivamente, 70%, 67% e 25% das variáveis.

QUADRO 2: Teorias/modelos de mudança de comportamento aplicados à atividade física	
Teoria	Nomenclatura em inglês
Auto-monitoramento	Self-management
Condicionamento operante	Operant conditioning
Entrevista motivacional	Motivational interviewing
Lugar de controle	Locus of control
Modelo de coesão grupal	Group cohesion model
Modelo de crença na saúde	Health belief model
Modelo de processamento da informação	Information-processing model
Modelo transteórico	Transtheoretical model
Modificação do comportamento	Behaviour modification
Perspectiva ecológica	Ecological perspective
Prevenção do relapso	Relapse prevention
Teoria cognitivo-social	Social cognitive theory
Teoria da ação pensada	Theory of reasoned action
Teoria aprendizagem clássica	Classic learning theory
Teoria da autodeterminação	Self-determination theory
Teoria da auto-eficácia	Self-efficacy theory
Teoria da decisão	Decision theory
Teoria da escolha do comportamento	Behavioural choice theory
Teoria de apoio social	Social support theory
Teoria de proteção da motivação	Protection motivation theory
Teoria do comportamento planejado	Theory of planned behaviour

Fonte: Adaptado de Proposta de um Modelo Teórico para a Adoção da Prática de Atividade Física, DUMITH, 2008, p. 113

Utilizando palavras-chave do assunto na busca por estas quatro principais teorias realizada em três bases de dados, Dumith (2008) encontrou maior número de citações para o modelo transteórico, seguido pela teoria do comportamento planejado, pela teoria social cognitiva e por último, pelo “modelo de crença na saúde”, conforme ilustrado na Tabela 1.

TABELA 1: Número de artigos com as principais teorias/modelos de mudança de comportamento aplicados à atividade física encontradas em três diferentes bases de dados*.

Descritores			Base de Dados			
Teoria/modelo	Combinação		Medline/PubMed	BioMed Central	Web of Science	Total
"Transtheoretical model"	AND	"physical activity" OR "exercise"	190	58	307	555
"Theory of planned behavior"	AND	"physical activity" OR "exercise"	113	56	372	541
"Social cognitive theory"	AND	"physical activity" OR "exercise"	131	78	306	515
"Health belief model"	AND	"physical activity" OR "exercise"	47	40	103	190
Total	-	-	481	232	1088	1801

* Pesquisa efetuada em 13 de Dezembro de 2008

Fonte: Adaptado de Proposta de um Modelo Teórico para a Adoção da Prática de Atividade Física, DUMITH, 2008, p. 113

A seguir, uma breve descrição sobre estas teorias e como são aplicadas para o estudo no campo do comportamento da atividade física.

3.1 – Teoria do comportamento planejado (TCP)

A TCP foi proposta em 1985 por Icek Azjen como uma extensão da teoria da ação fundamentada, e sugere que a intenção para desempenhar um comportamento é o principal determinante na sua adoção, e é influenciada pelas atitudes, normas sociais e controle percebido sobre o comportamento. Assim, “a intenção de adotar a prática da atividade física é maior se a pessoa está disposta a isto (atitude), se o ambiente social induz a isto (norma social) e se ela

acredita que poderá ser bem sucedida na sua escolha (controle percebido sobre o comportamento)” (ARMITAGE, 2005, apud DUMITH, 2008).

3.2 – Teoria cognitivo-social (TCS)

Originou-se da teoria de aprendizagem social, sendo aprimorada e desenvolvida por Albert Bandura desde a década de 60. Propõe que o comportamento é resultado da influência de três fatores: ambiente, atributos pessoais e o próprio comportamento. Além disso, a adoção da atividade física está associada com os resultados esperados (expectativas), a auto-eficácia e a intenção para tal. Em resumo,

“preconiza que: a) as pessoas aprendem observando as outras; b) aprendizagem é um processo interno que pode ou não resultar em mudança de comportamento; c) as pessoas traçam certas estratégias para atingir seus objetivos; d) o comportamento é auto-direcionado (e não determinado unicamente pelo ambiente); e) reforço e punição possuem efeitos imprevisíveis e indiretos tanto sobre o comportamento, quanto sobre a aprendizagem” (ORMROD, 2002, apud DUMITH, 2008).

3.3 – Modelo de crença na saúde (MCS)

O MCS propõe que os indivíduos não procurarão adotar hábitos saudáveis a menos que eles tenham níveis mínimos de motivação e conhecimento em relação à saúde e que vejam a si mesmos como potencialmente vulneráveis a doenças, e nesse caso, que visualizem as condições de tratamento e são convencidas de sua eficácia, além de perceberem poucas dificuldades na adoção destes novos hábitos (BIDDLE & NIGG, 2000) (Figura 2). Tais pré-condições sofrem influência de fatores socioeconômicos e demográficos, como por exemplo, campanhas na mídia ou a doença de uma pessoa conhecida do indivíduo em questão.

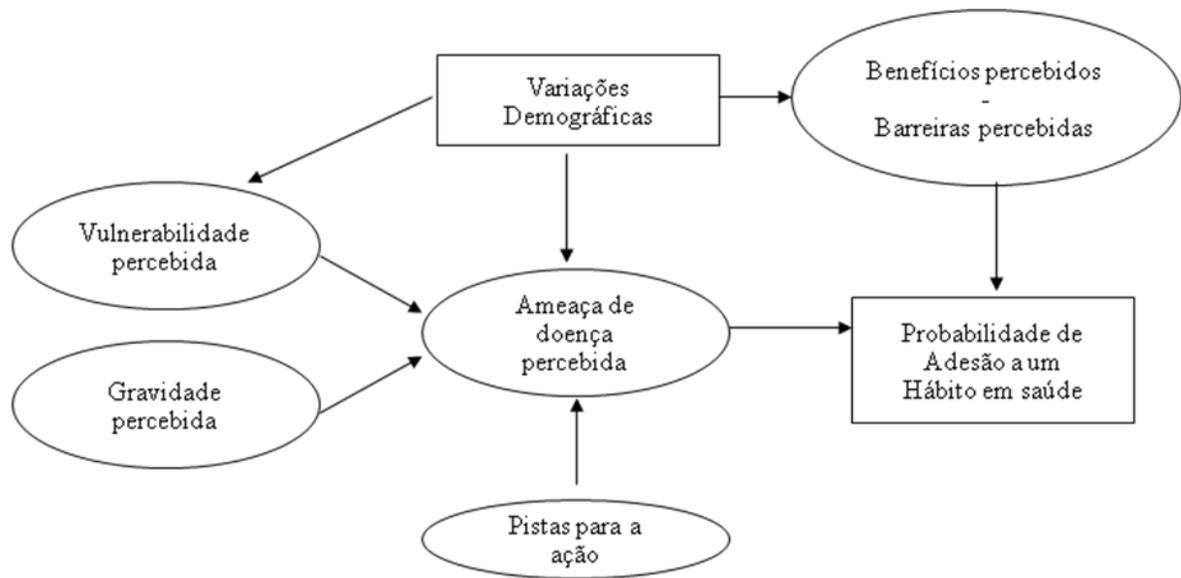


FIGURA 2: Modelo de Crença na Saúde (Fonte: Adaptado de Theories of Exercise Behaviour, BIDDLE & NIGG, 2000, p. 293)

Os autores ressaltam que os estudos que utilizam este modelo são direcionados para a doença e sua prevenção, e que, portanto, não são adequados para analisar as situações em que a motivação para atividade física não esteja relacionada à prevenção de doenças. Considerando que nesse modelo são enfatizados os comportamentos negativos, como o sedentarismo, em detrimento dos comportamentos positivos, ele tem se mostrado mais eficaz no estudo dos motivos que levam a não-participação em um programa de atividade física.

3.4 - Modelo transteórico de estágios de mudança (MTEM)

Este modelo foi desenvolvido na década de 80 para auxiliar as pessoas a parar de fumar, e atualmente é utilizado para estudo de muitos outros comportamentos, como

“atividade física, alcoolismo, utilização de preservativos, cinto de segurança e protetor solar, alimentação, entorpecentes, dentre outros” (DUMITH, 2008).

Segundo este modelo, o comportamento humano possui uma sequência de diferentes estágios até sua adoção, e não compreende um fenômeno do tipo “tudo-ou-nada”, em que ora se tem o referido comportamento ora não se tem. Assim, na tentativa da adoção de um determinado comportamento, os indivíduos se movimentam nestes estágios (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção):

- Pré-contemplação: o novo comportamento não é considerado; o indivíduo não está consciente acerca do problema, e resiste para reconhecer ou mudar o comportamento.
- Contemplação: o novo comportamento é contemplado, mas não a ponto de levar à ação; o indivíduo sabe aonde quer ir, porém ainda não está pronto, podendo permanecer um longo período de tempo neste estágio.
- Preparação: são feitos esforços para preparar mudanças para a adoção do novo comportamento; o indivíduo pretende começar a agir em um futuro muito próximo.
- Ação: uma mudança inicial no comportamento é operada; o indivíduo modifica o comportamento para um critério aceitável; requer comprometimento de tempo e de energia.
- Manutenção: o novo comportamento foi adquirido e é mantido ao longo do tempo; o indivíduo trabalha para evitar relapsos/recaídas e consolidar os ganhos obtidos durante o processo de ação; é uma continuação da mudança do comportamento.

(DUMITH, DOMINGUES & GIGANTE, 2008).

Segundo Weinsten, Rothman & Sutton (1998, apud DUMITH, DOMINGUES & GIGANTE, 2008), tais estágios são categorias nas quais há relativamente poucas diferenças de comportamento entre as pessoas que se encontram no mesmo estágio, e relativamente grandes entre comportamentos de pessoas em estágios diferentes.

Tal modelo também abrange, conforme ilustrado na Figura 3, os processos de mudança de comportamento, que são os meios pelos quais há a transição de um estágio para o outro; a tomada de decisão, que é o balanço dos prós e contras na adoção de uma atitude; e a auto-eficácia, que compreende a confiança em sua própria capacidade para ter sucesso na adoção de um determinado comportamento. (PROCHASKA & MARKUS, 1994 apud BIDDLE & NIGG, 2000). Os processos de mudança podem ser divididos em duas categorias: processos experienciais (ou empíricos) e processos comportamentais, conforme pode ser visto no Quadro 3.

O MTEM tem sido muito utilizado com sucesso em estudos e intervenções em mudança de comportamento, tendo em vista que propõe estratégias concretas de intervenção para cada estágio de mudança em direção à evolução do comportamento. (BIDDLE & NIGG, 2000).

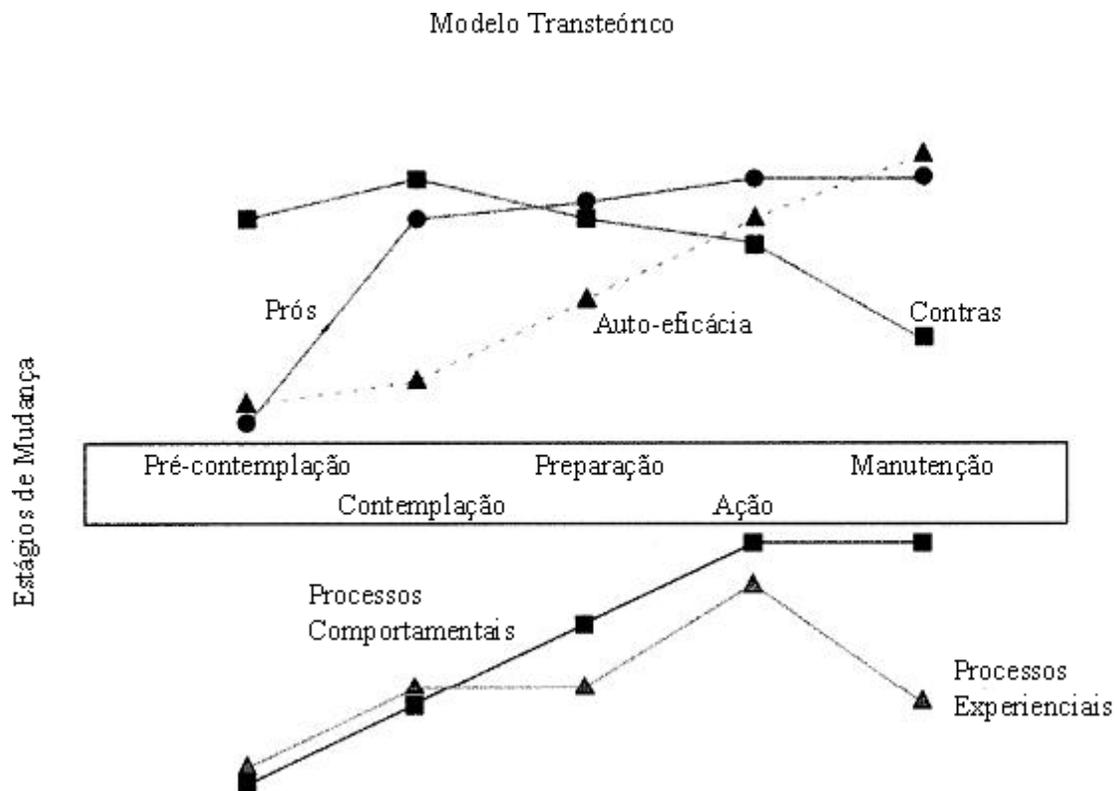


FIGURA 3: Esquema do modelo transteórico (Fonte: Adaptado de Theories of Exercise Behaviour, BIDDLE & NIGG, 2000, p. 301)

QUADRO 3: Processos de Mudança aplicados à atividade física

Processos Experienciais (empíricos)	Definição
Elevação da consciência	Procurar novas informações sobre atividade física
Alívio dramático	Experienciar e expressar sentimentos e emoções intensas sobre não se exercitar
Reavaliação do ambiente	Avaliar como o exercício afeta o ambiente físico e social
Auto-reavaliação	Reavaliações cognitivas e emocionais de valores referentes a inatividade física
Liberação social	Desenvolver a conscientização e a aceitação de estilos de vida fisicamente ativos
Processos Comportamentais	Descrição
Condicionamento Oposto (ou contrário)	Incorporar alternativas substitutas para o comportamento sedentário
Ajuda dos relacionamentos	Usar o apoio de outras pessoas para adotar e continuar se exercitando
Gerenciamento do reforço	Mudar contingências; recompensar o exercício
Auto-liberação	Escolher e se comprometer com o exercício; acreditar que é possível mudar
Controle do estímulo	Controlar situações e cuidar para não abandonar o exercício

Fonte: Adaptado de Theories of Exercise Behaviour, BIDDLE & NIGG, 2000, p. 301

4 ASPECTOS INFLUENCIADORES DO COMPORTAMENTO DA ATIVIDADE FÍSICA

No contexto do entendimento dos fatores que influenciam o comportamento dos indivíduos frente à atividade física como meio de promoção de saúde e de QV, é necessário ressaltar como os fatores externos ao indivíduo estão fortemente relacionados ao comportamento resultante, como pôde ser visto no conteúdo descrito em relação às diferentes teorias do comportamento da atividade física mais utilizadas nas pesquisas.

Desta forma, podemos perceber que as questões sobre as quais este trabalho pretende discorrer não podem ser analisadas sem levar em consideração mais do que o indivíduo em si, sobretudo o ambiente e outros contextos em que ele está inserido, como possíveis fatores influenciadores e determinantes do comportamento individual em relação à atividade física. Pesquisando a literatura sobre este assunto, podemos fazer algumas inferências que auxiliarão este trabalho.

Sallis & Owen (1999, apud SEABRA et al 2008) sistematizaram um conjunto diversificado de fatores e determinantes que parecem influenciar a atividade física (Quadro 4).

Lima-Costa (2004) estudou a influência da escolaridade na prevalência de comportamentos prejudiciais à saúde em idosos e adultos da região metropolitana de Belo Horizonte-MG e concluiu que este fator influencia vários dos estilos de vida estudados, como a ausência de atividade física nos momentos de lazer e consumo inadequado de frutas, verduras e/ou legumes frescos, o que reforçaria a hipótese da determinação social destes comportamentos em ambos os grupos populacionais pesquisados. De acordo com os resultados encontrados, a prevalência da prática de atividade física foi maior nos indivíduos que possuíam o segundo grau completo quando comparados com aqueles que não possuíam este nível, tanto nos idosos quanto nos adultos mais jovens. Também Palma (2001), citando vários estudos afirma que há forte associação entre o baixo nível educacional - entendido como indicador socioeconômico - e a ausência da prática de atividade física.

Quadro 4: Fatores e determinantes dos hábitos de atividade física

Fatores	Determinantes
Demográficos e biológicos	Idade; habilitações acadêmicas; sexo; genética; estatuto sócio-econômico; características físicas antropométricas/composição corporal; etnia
Psicológicos, emocionais e cognitivos	Gosto pelos exercícios; alcance de benefícios; desejo de exercitar-se; distúrbios do humor; percepção de saúde e aptidão; senso pessoal de competência; motivação
Comportamentais	História de atividade anterior; qualidade dos hábitos dietéticos; processos de mudança
Sócio-culturais	Influência do médico; apoio social dos amigos/pares; apoio social da família; apoio social dos professores
Ambientais	Acesso a equipamentos (percepção); clima; custos dos programas; interrupção da rotina
Características da atividade física	Intensidade; sensação subjetiva do esforço

Fonte: Determinantes biológicos e sócio-culturais associados à prática de atividade física de adolescentes, SEABRA et al (2008), p. 723

Em seu estudo sobre a relação entre fatores socioculturais e nível de atividade física em adolescentes, Gonçalves et al (2007) citam que as transformações sociais e culturais ao longo da vida acarretam mudanças comportamentais nos indivíduos que interferem na decisão de praticar e manter uma atividade física e desenvolver outros hábitos saudáveis.

Considerando a variedade e a complexidade dos fatores envolvidos, neste trabalho será dado maior enfoque a alguns fatores socioculturais, como o apoio social da família e dos amigos, e a contextualização da influência de outros aspectos, tais como as relações de gênero, nível socioeconômico, local de moradia e acesso aos programas de atividade física, na adoção dos hábitos de atividade física regular.

4.1 – Apoio social: família e amigos

A família é considerada o primeiro e mais importante agente formador e influenciador do comportamento saudável adotado pelos indivíduos, sendo que há evidências de que a tendência é que os hábitos de vida adotados na infância sejam levados à vida adulta, interferindo decisivamente na QV das pessoas (ILHA, 2004). Seabra et al (2008), a partir da revisão de diversos estudos, mostraram que a maioria destes também confirmam a hipótese da agregação familiar dos hábitos de vida, podendo concluir-se que progenitores fisicamente ativos tendem a ter descendentes igualmente ativos.

Parece claro que as famílias e muito particularmente os pais possuem uma grande responsabilidade nos hábitos e comportamentos evidenciados pelos seus descendentes, visto funcionarem como modelos de comportamento apropriados, assim como por constituírem a principal fonte de reforço e incentivo à aquisição de um determinado comportamento. (SEABRA et al, 2008, p. 730)

Nesse sentido, Gonçalves et al (2007) ressaltam que o EV dos indivíduos “engloba um conjunto de escolhas comportamentais (familiares e individuais) que reproduzem condições de existência e necessidades sentidas como importantes” de acordo com a percepção construída em âmbito familiar e social de que estes tem sobre saúde, atividade física e QV. Logo, podemos entender que um determinado comportamento em relação à atividade física para um EV saudável é resultado de uma construção cultural ao longo da vida do indivíduo.

Em relação à forma com que os pais influenciam o comportamento dos filhos, Ilha (2004) concluiu que, na população estudada, estes têm influência nos níveis de atividade física dos filhos mais por serem apoiadores do que exemplos, ou seja, não necessariamente os pais são praticantes, mas atuam no incentivo e apoio à prática. Entretanto, Davison, Cutting e Birch (2003, apud ILHA 2004), em seu estudo com filhas adolescentes e seus pais, verificaram que a atuação dos pais e das mães estão diretamente associadas com os níveis de atividade física das filhas, embora sejam diferentes entre si - a mãe atua mais como apoiadora e o pai utiliza o seu comportamento como exemplo.

Figueira Junior & Ferreira (2000) realizaram uma revisão de literatura sobre o papel multidisciplinar que a família exerce na prática de atividade física dos filhos e citando o estudo de Aznar et al (1997) que mostra que houve maiores influências dos irmãos do que dos pais na motivação para a prática de atividade física, indicam que pode haver também influências de outros membros da família nesta questão.

Em relação ao apoio social dos pares, existem estudos que mostram de forma consistente que adolescentes que são fisicamente ativos tendem a ter amigos igualmente ativos. O período da transição da infância para a adolescência é marcado pela mudança de referência sobre o comportamento em geral, em que o jovem passa a atribuir maior relevância aos hábitos e comportamentos de seus pares que de seus pais (SEABRA et al, 2008).

Aznar et al (1997, apud FIGUEIRA JUNIOR & FERREIRA, 2000), mostraram que há três grandes blocos de fatores que influenciam a prática regular de atividade física dos filhos:

1 - as características das relações sociais da família, considerando os aspectos sócio-culturais, como emprego, nível educacional, valores culturais; 2 - influência social, considerando os grupos de amigos, familiares e a forma da relação entre os seus membros; 3 - dinâmica familiar, tendo com ponto de partida as características de crescimento e desenvolvimento dos filhos, as formas de interferência familiar e dos amigos. (p. 36)

Logo, podemos inferir que a família por si só não tem responsabilidade exclusiva pela determinação do comportamento saudável em relação à atividade física; além disso, cabe ressaltar que ela está inserida no contexto social, político, econômico e cultural do local em que vive e será influenciada de maneira multifatorial por todos esses aspectos.

A seguir, farei algumas considerações sobre alguns aspectos que cercam o âmbito familiar e influenciam a construção do comportamento da atividade física.

4.2 – Relações entre gênero e atividade física:

Também no âmbito da família e da sociedade, a construção social em relação ao gênero dos filhos tem bastante relevância quando se fala em comportamento da atividade física, como mostram Gonçalves et al (2007) em seu estudo sobre os fatores socioculturais e nível de atividade física no início da adolescência, em que fica evidenciado que a construção social dos diferentes papéis sociais entre meninos e meninas podem influenciar seu EV ativo ou sedentário. Isso porque, historicamente, o processo de socialização de ambos ocorreu de maneira diferente: o homem fora educado para exercer o papel de prover o sustento do lar e manutenção do respeito, no interior e exterior da família, sendo que seu espaço ocorre principalmente fora do lar, em espaços públicos. Já o espaço construído para a mulher é basicamente o lar, pois ela é educada para desempenhar o papel de cuidar da casa e da família. (FIGUEIRA JUNIOR & FERREIRA, 2000)

Também Weinberg & Gould (1995, apud SEABRA et al, 2008) “reforçam esta idéia ao relatarem que, desde o nascimento, as meninas e os meninos são tratados de forma diferente pelos adultos e pela sociedade, tendo os meninos uma maior permissão para explorar o seu ambiente físico” (p. 727)

Desta forma, como sugerem Gonçalves et al (2007) essa construção pode diferenciar o acesso à atividade física, na medida em que a liberdade de ir e vir tem sido diferenciada entre meninos e meninas, sob o paradigma da proteção contra possíveis perigos encontrados na rua, sendo que as meninas tinham que ter mais cuidados, tendo que estar acompanhada de outras amigas, por exemplo. Na amostra utilizada por estes autores, os meninos tinham claramente mais liberdade de ir e vir do que as meninas, fator que poderia contribuir para que os meninos fossem mais ativos que as meninas.

No caso da população adulta, quando se considera o papel social da mulher em relação aos cuidados com a família e com o lar, quando a mulher entra no mercado de trabalho e passa a ter outra jornada de trabalho além da doméstica, esse fator parece ser determinante na prática de atividade física, pela dificuldade da disponibilidade de tempo para isso, como

mostraram Salles-Costa et al (2003). Entretanto, neste estudo, o fato de as famílias terem pelo menos uma empregada doméstica favoreceu a possibilidade da prática de atividade física.

4.3 – Relações entre nível socioeconômico, local de moradia e acesso à atividade física

O acesso às práticas de atividade física também parece ter grande influência no comportamento saudável, pois a maioria das cidades não faz investimentos públicos em programas de atividade física, principalmente quando se fala nas populações que residem nas regiões periféricas da cidade, geralmente com baixo poder aquisitivo que não permite o acesso a clubes e academias. Seabra et al (2008) lembra que os custos de acesso a essas organizações privadas estão, entre outras coisas, no transporte/deslocamento até o local, na aquisição do equipamento necessário à prática e no pagamento de taxa de inscrição/manutenção.

Outro aspecto que também influencia é o local de moradia especificamente em relação aos problemas sociais existentes na maioria das grandes cidades, como a violência urbana, que podem interferir na decisão pela prática regular de uma atividade física. Conforme demonstrado no estudo de Gonçalves et al (2007), os adolescentes podiam ser mais ou menos ativos fisicamente, de acordo com o lugar em que vivem, devido a questão da preocupação com a violência urbana naquela região, o que dificultava a socialização por meio da prática de atividade física com outros jovens.

Lima-Costa (2004) também relatou que um das mais importantes barreiras para o indivíduo aderir a uma prática de atividade física pode ser a falta de acesso a locais adequados e seguros para a prática de exercícios, e que a baixa frequência de atividades físicas constatada na população em que ela estudou deve-se, entre outros fatores, à baixa qualidade do ambiente para tal na região em que vivem.

Considerando tais evidências, podemos inferir que a construção do comportamento fisicamente ativo, é resultado da relação entre todos estes fatores relativos ao ambiente, e que é necessária a intervenção de políticas públicas que atendam não só os aspectos

referentes a atividade física em si, mas os aspectos mais gerais da sociedade que interferem no
EV adotado pelos indivíduos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados com a saúde nos dias atuais tem sido intensificados pela disseminação dos conhecimentos sobre o tema, especificamente sobre os benefícios que a prática da atividade física regular pode trazer. Sabe-se que a inatividade física decorrente do EV moderno, é identificada como o quarto principal fator de risco para a mortalidade global, causando cerca de 6% das mortes, sendo que também há fortes associações do sedentarismo com as doenças crônicas não transmissíveis. Entretanto, apenas esse conhecimento não tem acarretado em uma população fisicamente ativa.

Este trabalho teve como objetivo apontar considerações no sentido de entender que fatores interferem na adesão e na manutenção da prática de atividade física regular pelos indivíduos, para que possam gozar de boa saúde e de boa QV. Cabe considerar, que todos os conceitos aqui apresentados sobre saúde, QV e EV são extremamente complexos e não dependem apenas da escolha e decisão das pessoas envolvidas.

Ainda sobre a saúde e QV como conceito amplo, é importante lembrar que a atividade física é apenas um componente para obtê-las em sua totalidade, e que isso depende de diversos fatores, como mostra várias teorias do comportamento apontadas neste trabalho, principalmente aqueles que são extrínsecos ao indivíduo, tais como o acesso às políticas públicas em saúde.

A OMS salienta que a efetividade de políticas voltadas para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis envolve questões de legislação, regulamentação e educação em massa, uma vez que mudanças individuais de comportamentos são difíceis de acontecer na ausência de mudanças ambientais (LIMA-COSTA, 2004, p. 207)

O comportamento da atividade física é extremamente complexo e sua construção ao longo da vida pode ser influenciada por diversos fatores, dentre os quais procurei discorrer sobre alguns deles, sem a mínima pretensão de esgotar o assunto. Assim, podemos perceber que a família, como o primeiro e principal agente de socialização dos indivíduos, pode ter bastante influência na construção deste comportamento; entretanto, também haverá forte influência do contexto social, econômico e cultural em que ela está inserida.

Nesse sentido, o ambiente pode incentivar ou desestimular a prática da atividade física regular, na medida em que o acesso a ela depende também da disponibilidade de espaços adequados e seguros para esse fim, como praças públicas e associações localizadas nos bairros das grandes cidades.

Desta forma, as políticas públicas em saúde devem ser elaboradas levando em consideração a complexidade situada na multidisciplinaridade do assunto, e devem envolver mudanças gerais, visando os diversos atores envolvidos: indivíduos, grupos, comunidades, organizações e sociedades (NAHAS, 2003).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIDDLE, S.J.H.; NIGG, C.R. Theories of exercise behavior. In: **International Journal of Sport Psychology**, v. 31, p. 290-304, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde e Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. 2010

BUSS, P.M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>. Acesso em 29 nov. 2011.

CANADIAN SOCIETY FOR EXERCISE PHYSIOLOGY. **The canadian physical activity, fitness and lifestyle appraisal: CSEP's guide to health active living**. 2nd ed. Ottawa: CSEF, 1998.

DUMITH, S. C. Proposta de um modelo teórico para a adoção da prática de atividade física. In: **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 13, n. 2, p. 110-120, 2008. Disponível em: <http://www.sbafs.org.br/artigos/70.pdf>. Acesso em 27 nov. 2011.

DUMITH, S. C.; DOMINGUES, M. R.; GIGANTE, D. P. Estágios de mudança de comportamento para a prática de atividade física: uma revisão da literatura. In: **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**. v. 10, n. 3, p.301-307, 2008. Disponível em: <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/rbcdh/article/view/4218/16557>. Acesso em 29 nov. 2011.

- FIGUEIRA JUNIOR, A. J; FERREIRA, M. B. R. Papel multidimensional da família na participação dos filhos em atividades físicas: revisão de literatura. In: **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, v. 8, n. 2, p. 33-40, 2000. Disponível em: <http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/361/413>. Acesso em 29 nov. 2011.
- FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100) 1999. In: **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000100006. Acesso em: 10 set. 2011.
- GONÇALVES, H, et al. Fatores socioculturais e nível de atividade física no início da adolescência. In: **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 22, n. 4, p. 246-253, 2007. Disponível em: <http://scielo.br/pdf/rpsp/v22n4/04.pdf>. Acesso em 29 nov. 2011.
- ILHA, P.M. **Relação entre nível de atividade física e hábitos alimentares de adolescentes e estilo de vida dos pais**. 2004. 96 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física)-Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.
- LIMA-COSTA, M. F. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens? – Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. In: **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 4, p. 201-208, out/dez de 2004. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742004000400002&lng=pt. Acesso em 15 set 2011.
- NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**. 3. ed. Londrina: Midiograf, 2003.
- PALMA, A. Educação Física, corpo e saúde: uma reflexão sobre outros “modos de olhar”. In: **Revista Brasileira de Ciência do Esporte**, v. 22, n. 2, p. 23-39, jan. 2001. Disponível em: <http://www.rbceonline.org.br/revista/index.php/RBCE/article/view/410/384>. Acesso em 21 nov. 2011.

RODRIGUEZ-AÑEZ, C.R.; REIS, R.S.; PESTROSKI, E.L. Versão brasileira do questionário “estilo de vida fantástico”: tradução e validação para adultos jovens. In: **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.91, n.2, p. 102-109, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2008001400006&script=sci_arttext. Acesso em 25 ago. 2011.

SALLES-COSTA et al. Gênero e prática de atividade física de lazer. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, Sup. 2, p.S325-S333, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a14v19s2.pdf>. Acesso em 23 nov. 2011.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. In: **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>. Acesso em 15 set. 2011.

SEABRA, A. F. et al. Determinantes biológicos e sócio-culturais associados à prática de atividade física de adolescentes. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.4, p.721-736, abr, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n4/02.pdf>. Acesso em 23 nov. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**. 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em 28 set. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 1978. Disponível em <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em 28 set. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Carta de Ottawa**. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, 1986. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>. Acesso em 13 set. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health promotion glossary**. Geneva, 1998. Disponível em: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf. Acesso em 13 set. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva, 2010. Disponível em: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/. Acesso em 29 nov. 2011.