

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA E ESPORTE DE RIBEIRÃO PRETO

CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DOS
PROGRAMAS DE EXERCÍCIO FÍSICO DE DUAS
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE RIBEIRÃO
PRETO

Letícia Detore Develey

RIBEIRÃO PRETO
2021

CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DOS PROGRAMAS DE EXERCÍCIO
FÍSICO DE DUAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE RIBEIRÃO
PRETO

LETÍCIA DETORE DEVELEY

Monografia apresentada à Escola de Educação
Física e Esporte de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo como requisito
parcial para a obtenção do grau de Bacharel em
Educação Física e Esporte

ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. CAMILA DE MORAES

Develey, Letícia Detore
Caracterização dos usuários dos programas de exercício físico de duas unidades de saúde da família de Ribeirão Preto: [s.n.], 2021.
iv, 27 p.

Monografia (Bacharelado em Educação Física e Esporte) - Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Camila de Moraes.

1. Saúde da Família 2. Caracterização 3. Programa de Exercício Físico

RESUMO

CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DOS PROGRAMAS DE EXERCÍCIO FÍSICO DE DUAS UNIDADES DE SAÚDE DE FAMÍLIA DE RIBEIRÃO PRETO

Autora: Letícia Detore Develey

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Camila de Moraes

Uma rotina de exercícios é capaz de diminuir os riscos do desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis e promover o envelhecimento saudável. A adesão a esse hábito da atividade física pode variar de acordo com fatores como sexo, idade, nível socioeconômico e condição de saúde. O programa de saúde da família tem papel importante na promoção da saúde, educando a população quanto a esse tema e proporcionando programas de exercício físico gratuitos. O objetivo deste estudo é caracterizar os usuários que buscaram o programa de exercício físico supervisionado oferecido em duas unidades de saúde da família (USF A e USF B) localizadas no distrito oeste da cidade de Ribeirão Preto, nos anos de 2016 a 2018. Para isso, foi utilizado o banco de dados do programa de exercício físico das unidades, que contava com avaliações físicas e fichas de presença. Para a caracterização dos indivíduos utilizou-se informações do sexo, idade e fatores de risco. A frequência nas aulas também foi analisada. Nas duas USF o programa de exercício físico foi procurado por mulheres, em sua maioria. Quanto a idade, a média geral das duas unidades foi maior que 40 anos. A obesidade foi o fator de risco de maior prevalência na USF A enquanto na USF B foi a hipertensão arterial. A frequência nas atividades foi baixa em ambas USF, sendo que em 2018, mais da metade dos participantes teve frequência entre 0 a 20% de presença nas atividades. Os resultados do presente contribuem para o melhor planejamento das atividades oferecidas aos usuários, auxiliando assim na melhoria do serviço oferecido. Outros estudos investigando os motivos da baixa adesão aos programas são essenciais para que gestores e profissionais da saúde possam elaborar novas estratégias e planos de intervenção.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	4
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	5
2.1. Atividade Física como fator de prevenção de agravos à saúde nos diferentes ciclos da vida.....	5
2.2. O cenário da atividade física insuficiente e do sedentarismo.....	8
2.3. Motivação e barreiras para a prática.....	11
2.4. Atividade física e práticas corporais na Estratégia Saúde da Família.....	13
3. MATERIAL E MÉTODOS.....	15
4. RESULTADOS.....	16
5. DISCUSSÃO.....	18
6. CONCLUSÃO.....	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22

1. INTRODUÇÃO

O estilo de vida fisicamente ativo proporciona inúmeros benefícios à saúde observados nas diferentes fases da vida. Na infância e adolescência, se faz importante principalmente para o desenvolvimento corporal, cognitivo e das habilidades motoras, além de auxiliar na prevenção da obesidade e comorbidades a ela associadas. Na vida adulta, uma rotina de atividade física pode promover um envelhecimento saudável, gerando diversas adaptações fisiológicas e mudanças no corpo, as quais interferem diretamente na diminuição do risco de desenvolver diversas doenças crônicas não transmissíveis (MATSUDO; MATSUDO; NETO, 2000; MATSUDO, 2002; MONTEIRO *et al.*, 2003). Apesar desses benefícios serem evidenciados e comprovados pela comunidade científica, grande parte da população brasileira, mesmo tendo consciência dos riscos do sedentarismo, não consegue modificar esse comportamento (MINISTÉRIO DO ESPORTE, 2015). Diversos estudos mostram que os motivos para não praticar atividade física podem variar de acordo com alguns fatores como o sexo, o nível socioeconômico, a idade e a condição de saúde (BALBINOTTI *et al.*, 2011; CASSOU *et al.*, 2008; GONÇALVES; ALCHIERI, 2010; SANTOS *et al.*, 2010; SANTOS; KNIJNIK, 2006).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem papel importante no processo de promoção da saúde e prevenção do agravamento de doenças crônicas, por ser o primeiro contato de uma população mais carente com o sistema de saúde de sua cidade. A ESF tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de suas práticas, adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes. É composta pelas ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos e deve estar amparada nos conhecimentos e técnicas vindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais. Para isso, é necessário compor uma equipe multiprofissional que atua junto aos usuários no tratamento e prevenção a partir da conscientização sobre os cuidados com a saúde (FIOCRUZ, 19--; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

Entre as ações que podem ser desenvolvidas dentro da ESF está o oferecimento de atividade física e práticas corporais que visam o aumento do nível de atividade física da população e consequente redução dos agravos à saúde. Entretanto, para que uma ação em saúde coletiva seja bem-sucedida é imprescindível conhecer as características dos usuários das unidades de saúde da família (USF). Dessa forma, o objetivo deste estudo é caracterizar os usuários dos programas de exercício físico de duas USF do distrito oeste da cidade de Ribeirão Preto.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Atividade física como fator de prevenção de agravo à saúde nos diferentes ciclos da vida

Atividade física é definida por qualquer movimento corporal produzido pelo músculo esquelético, em que há gasto energético acima do basal (CASPERSEN *et al.*, 1985). Ela pode ser dividida em quatro domínios: ocupacional, lazer, doméstico e deslocamento. O primeiro tipo se dá pela atividade realizada de acordo com as demandas exigidas no trabalho; o segundo pela atividade no tempo livre por recreação, esporte, exercício ou lazer; o terceiro pelas tarefas realizadas em casa, como limpar, cuidar do jardim; e o quarto domínio se dá pelo deslocamento de um lugar para o outro (MATSUDO *et al.*, 2001).

O termo “exercício físico” por muitas vezes é utilizado como sinônimo de atividade física. De fato, ambos possuem diversos pontos em comum: são movimentos corporais produzidos pelo músculo esquelético com gasto de energia, possuem intensidade, frequência, duração e estão intimamente ligados com a aptidão física. Porém, mesmo com todas as semelhanças, os termos possuem significados distintos. O exercício físico é uma subcategoria, ou seja, é uma atividade física planejada, estruturada, repetitiva e intencional, possuindo dessa forma um objetivo, um propósito. (CASPERSEN *et al.*, 1985).

Nos primórdios da humanidade realizar tarefas, como caçar, lutar e fugir, eram imprescindíveis para a sobrevivência. Os indivíduos que não as realizassem com êxito, estavam fadados à morte. O que distinguia o ser fracassado do exitoso, era a capacidade de realizar atividade física: os que eram mais rápidos e aptos tinham mais chances de uma caça bem-sucedida e, conseqüentemente, evitariam a morte, ou seja, viveriam mais. Com o processo de industrialização e evolução da indústria de bens de consumo, alimentos tornaram-se abundantes, a vida mais prática e a atividade física, outrora primordial para a manutenção da vida, tornou-se dispensável (CONFEEF, 2004; GUALANO; TINUCCI, 2011).

Esse estilo de vida do mundo contemporâneo é um fator de risco relevante para a saúde: estima-se que 75% de casos de doenças não transmissíveis podem ter relação com a dieta e com a inatividade física (COELHO; BURINI, 2009). Os genes humanos foram moldados para um estilo de vida ativo, possuindo um nível ideal de atividade física para que se expressem fisiologicamente. O desalinhamento entre o genoma inicial do ser humano e o estilo de vida do homem moderno, inativo fisicamente, é o gatilho para as doenças crônicas não transmissíveis. Assim, torna-se imprescindível a (re) inserção da atividade física no cotidiano da população

(GUALANO; TINUCCI, 2011), uma vez que esse hábito reduz a probabilidade do desenvolvimento de diversas doenças crônicas como cardiopatia isquêmica, diabetes tipo 2, hipertensão arterial, osteoporose, câncer do cólon, ansiedade, depressão, entre outras patologias (MONTEIRO *et al.*, 2003).

Para indivíduos de 5 a 17 anos, a Organização Mundial da Saúde (2018) recomenda pelo menos 60 minutos por dia de atividade física moderada a vigorosa. Recomenda-se realizar atividades que fortaleçam a musculatura e os ossos no mínimo três vezes na semana. Para adultos de 18 a 64 anos, de 150-300 minutos de atividade física moderada ao longo da semana ou 75-150 minutos de atividade vigorosa (pode ser feita uma combinação das intensidades). O fortalecimento muscular deve ser incluído no programa, trabalhando os principais grupamentos musculares duas ou mais vezes por semana. Já para os idosos (65 anos ou mais), a recomendação é a mesma dos adultos, porém incluindo exercícios de mobilidade 3 vezes na semana, a fim de melhorar o equilíbrio e prevenir quedas.

A inatividade física é um dos principais fatores de risco para a morte no mundo, sendo um problema de saúde global. Indivíduos insuficientemente ativos/inativos possuem 20% a 30% a mais de risco de morte do que indivíduos suficientemente ativos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018). Pesquisadores do mundo todo enfatizam cada vez mais a necessidade da inclusão de programas de atividade física em programas de promoção de saúde (MATSUDO; MATSUDO; NETO, 2000). Durante a infância e adolescência, a prática de atividade física se faz importante principalmente para o aumento da massa corporal (crescimento) e maturação, melhora no perfil lipídico e metabólico e redução da incidência da obesidade (LAZZOLI *et al.*, 1998). Além disso, Kamila (2010) ressalta que fora as melhorias citadas anteriormente, a atividade física, a prática de esportes e os jogos lúdicos, são imprescindíveis para o desenvolvimento global da criança (corporal e mental), o que possibilita a incorporação de percepções, respostas à estímulos, proporcionando assim a capacidade de interação com o meio em que vive. Lazzoli *et al.* (1998) acrescentam ainda que vivenciar práticas esportivas nessa idade, pode trazer benefícios tanto sociais, quanto educacionais.

A promoção de atividade física na infância e adolescência, em uma perspectiva de saúde pública e medicina preventiva, estabelece uma base sólida para minimizar o sedentarismo na vida adulta (LAZZOLI *et al.*, 1998) e promover o envelhecimento ativo. Não se pode alterar o processo de envelhecimento humano, mas esse pode sofrer influência da inatividade/atividade física (MAZINI FILHO *et al.*, 2010), já que uma rotina constante de exercícios físicos promove adaptações fisiológicas como controle do peso corporal; hipertrofia das fibras musculares tipo I e II; aumento da força nos membros inferiores e superiores; melhora na capilaridade,

capacidade oxidativa muscular e flexibilidade; diminuição de quedas; incremento da potência aeróbia (MATSUDO; MATSUDO; NETO, 2000). Além de aprimorar aspectos e variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas, a atividade física promove efeitos benéficos no que tange os aspectos psicológicos, sociais e cognitivos (MATSUDO; MATSUDO; NETO, 2000), auxiliando na recomposição da saúde acometida por efeitos danosos de uma rotina extenuante de trabalho (SILVA *et al.*, 2010), trazendo resultados positivos na qualidade do sono, transtornos de humor, ansiedade, depressão (MELLO *et al.*, 2005).

Como apresentado anteriormente, a atividade física se faz necessária durante toda a vida para que haja um envelhecimento saudável. É importante, porém, olharmos com atenção à população idosa (65 anos ou mais), visto a projeção de que em 2050 os idosos correspondam à 21,87% da população brasileira (IBGE, 2020b). Essa inversão da pirâmide etária é um alerta para a saúde pública, já que uma maior fração de idosos significa maiores gastos com internações por doenças crônico-degenerativas, as quais caminham conjuntamente com o passar da idade (PEIXOTO *et al.*, 2004). Assim, para esse grupo populacional, se manter fisicamente ativo pode prevenir e controlar o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis e promover independência funcional (MATSUDO, 2002).

A independência funcional está diretamente relacionada à qualidade de vida, como mostra o estudo transversal de Sonati *et al.* (2014), que teve como objetivo identificar as diferentes percepções na qualidade de vida de adultos e idosos, ambos praticantes de atividade física. Os achados desse trabalho mostraram que a população idosa associa uma melhor qualidade de vida com aspectos de uma vida ativa, desempenho em tarefas do cotidiano, aceitação da aparência física, contentamento com a situação financeira e tempo livre para realizar atividades de lazer.

Em contrapartida, os adultos percebem a qualidade de vida quando relacionada ao trabalho e à família. Vale destacar que além da saúde física, a atividade física se apresenta como grande aliada da saúde mental, por elevar a autoestima, instigar o convívio social e trazer assim certo equilíbrio emocional (BENEDETTI *et al.*, 2008; REDONDA, 2006), aspectos extremamente necessários para uma boa qualidade de vida. Porém, quando se trata da população idosa, os indivíduos se declaram mais frequentemente como amargos, mal-humorados, tristes e antissociais, como relatado por Lopes *et al.* (2016). Tal fato evidencia a importância de também, para essa faixa etária, promover a atividade física como forma de elevar a motivação intrínseca, a autoestima e o humor, caracterizando-se então como uma atividade fértil fisicamente e psicologicamente.

2.2. O cenário da atividade física insuficiente e do sedentarismo

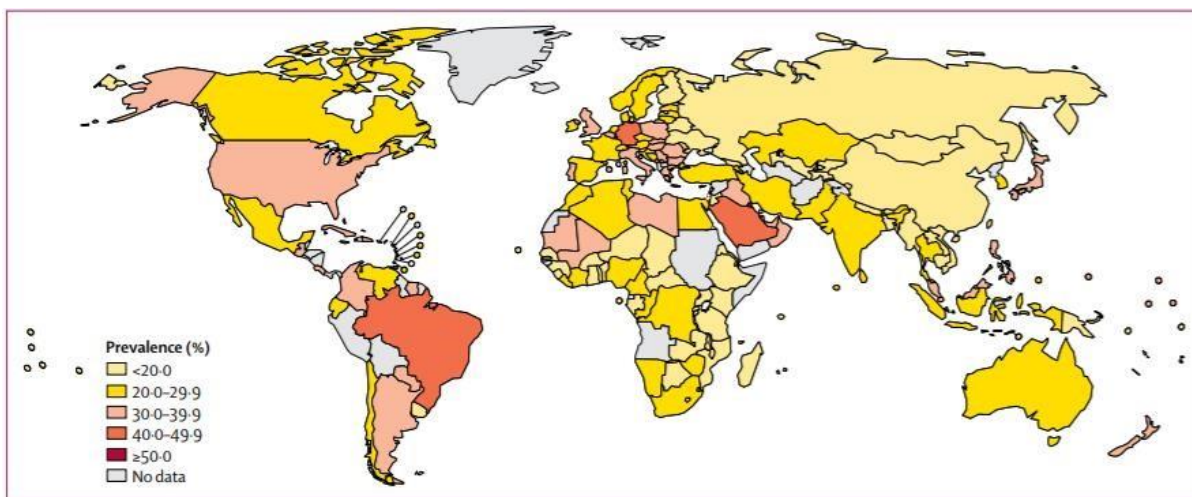
A maioria dos brasileiros inicia a prática, principalmente a esportiva, dentro do ambiente escolar (MINISTÉRIO DO ESPORTE, 2015) e esse é o motivo pelo qual crianças até certo período da adolescência se mantêm moderadamente ativas, mas com o passar dos anos percebe-se um notável afastamento da atividade física (DARIDO, 2004). A educação física oferecida na escola tem um papel relevante nessa evasão. A prática escolar deveria proporcionar a todos os alunos a prática de jogos, danças, lutas, esportes, ginástica, em prol não só da diversão, mas também da qualidade de vida (BETTI, 1992). Porém, o que se vê muitas vezes, é um ambiente de reprodução de fundamentos e gestos técnicos esportivos, o que estereotipa a visão de crianças e adolescentes sobre a atividade física, fazendo com que apenas indivíduos mais habilidosos na prática se envolvam e apreciem as atividades. Esses fatores são extremamente desfavoráveis para a prática e para o engajamento dos alunos (DARIDO, 2004). Com isso, pode-se dizer que a educação física escolar, a qual possui o dever de educar no sentido mais amplo e cuidar da saúde dos alunos, com o intuito de minimizar a incidência da obesidade infantil, criar o gosto pela atividade física e por fim, minimizar o sedentarismo e surgimento de doenças crônicas na vida adulta, não cumpre seu devido papel (ARAÚJO; BRITO; DA SILVA, 2010).

Atualmente, há uma gama grande e crescente de conhecimento, provindo de pesquisas, sobre a importância e necessidade de programas de atividade física para a promoção da saúde. Por outro lado, vemos a população moderna caminhar no sentido contrário, tornando-se cada vez menos adepta à prática de exercícios, aumentando assim a incidência de insuficientemente ativos e sedentários (GUALANO; TINUCCI, 2011). Os sedentários são indivíduos que não praticam nenhuma atividade física ou esporte no tempo livre, enquanto os insuficientemente ativos são aqueles que praticam menos do que 150 minutos de atividade de intensidade moderada ou 75 minutos rigorosos na semana (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

O estudo de Guthold *et al.* (2018) buscou um panorama mundial sobre a atividade física insuficiente na população com idade superior a 18 anos. Foram reunidos dados de 358 pesquisas realizadas entre 2001 e 2016, em 168 países, com um total de 1,9 milhões de participantes. Os resultados mostraram que, em 2016, mais de um quarto dos adultos no mundo não estavam realizando a quantidade suficiente de atividade física, estimando assim que 1,4 bilhões de

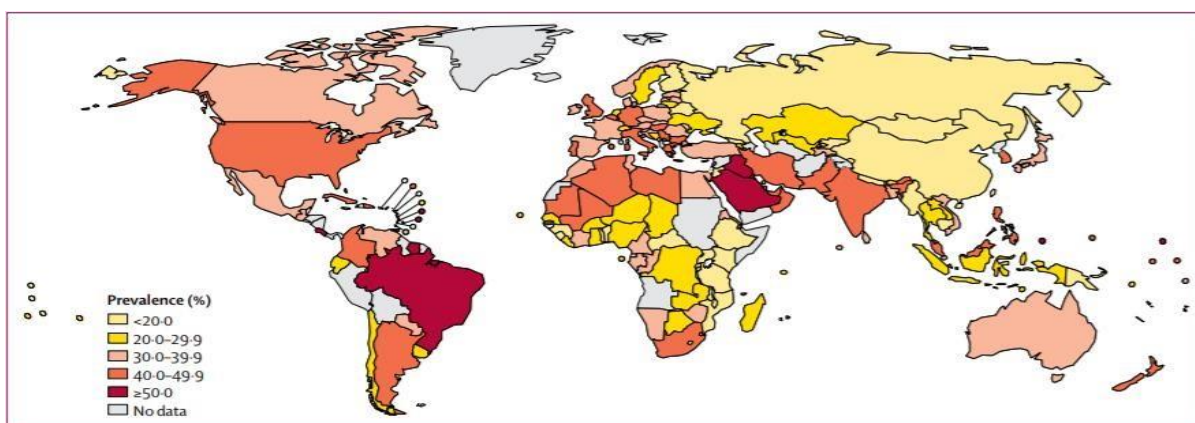
peças corriam risco de desenvolver doenças relacionadas à inatividade. Como ilustrado nas et uras abaixo, os homens (Figura 1) são mais ativos do que as mulheres (Figura 2).

Figura 1. Prevalência da atividade física insuficiente no mundo em homens no ano de 2016



Fonte: Guthold *et al.* (2018)

Figura 2. Prevalência da atividade física insuficiente no mundo em mulheres no ano de 2016



Fonte: Guthold *et al.* (2018)

Os níveis mais altos de atividade física insuficiente em 2016 foram em mulheres do Caribe e da América Latina e os mais baixos em homens da Oceania, leste e sudeste da Ásia e África Subsaariana. Vale ressaltar que o Brasil, a Argentina e a Colômbia foram os países que mais contribuíram para esses altos níveis da América Latina. Um ponto importante a ser observado é que os maiores níveis de insuficientemente ativos foram encontrados, em grande maioria, nos países de mais alta renda. Isso pode ser explicado pelo fato do estudo em questão

ter contabilizado todos os tipos de atividade física, e não só a no tempo livre. Nos países mais pobres a incidência de atividade física ocupacional, doméstica e de deslocamento é maior, enquanto nos mais ricos o transporte motorizado e ocupações sedentárias não possibilitam um alto nível de atividade física fora do tempo livre.

Como evidenciado na pesquisa de Monteiro *et al.* (2003), 13% dos adultos brasileiros praticavam no mínimo 30 minutos de atividade física no lazer aproximadamente uma vez na semana, sendo assim insuficientemente ativos. Desses, 18,2% eram homens e 8,2% eram mulheres, considerando todos os indivíduos das frequências de uma, duas, três ou quatro e cinco vezes na semana. Apenas 3,5% dos homens e 3,2% das mulheres alegam praticar atividade física no tempo livre por no mínimo 30 minutos, cinco ou mais vezes por semana. Os achados do estudo obedecem ao mesmo padrão que a maioria dos países: os homens são mais ativos que as mulheres. Ao longo da vida adulta o único período em que as mulheres se tornam mais ativas é na faixa dos 50 a 55 anos, passando de aproximadamente 10% para 15% de suficientemente ativas. Depois, a prevalência de atividade física volta a cair e se manter estável. Vale ressaltar que no estudo em questão, os resultados mostraram que a população com maior poder econômico no Brasil é a que mais se mantém ativa no tempo livre, porém os níveis de atividade física foram muito inferiores do que o constatado nos países desenvolvidos.

Quando se trata de sedentarismo, isto é, indivíduos que não praticam nenhuma atividade física ou esporte no tempo livre (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010), o Brasil se encontra nas primeiras posições do ranking mundial, com um contingente de 45,9% de sedentários, o que corresponde a 67 milhões de habitantes. Esse número, assim como os de insuficientemente ativos, também é maior entre as mulheres (50,4%) do que entre os homens (41,2%). Quanto à faixa etária, os mais jovens são os menos sedentários. Dos 15 aos 19 anos são 32,7% e a partir dos 24 anos essa taxa ultrapassa os 40%, avançando progressivamente até atingir o ápice de 64,4% de brasileiros sedentários entre 65 e 74 anos (MINISTÉRIO DO ESPORTE, 2015).

O Estado de São Paulo é o mais populoso do Brasil, concentrando 21,9% da população do país (IBGE, 2017). Segundo o estudo de Matsudo *et al.* (2008), 46% dos paulistas são irregularmente ativos ou sedentários, sendo o interior e a região metropolitana as áreas com os maiores índices e o litoral com os menores. Esses autores indicam que o nível de atividade e inatividade física no Estado de São Paulo varia de acordo com o sexo, em que as mulheres apresentaram um ligeiro maior comprometimento com a prática regular; idade, com um aumento do sedentarismo conforme o avanço da idade cronológica e diminuição dos indivíduos muito ativos com idade mais avançada; região, sendo o litoral a área com maior porcentagem

de fisicamente ativos; nível socioeconômico, em que a “classe A” possui a maior incidência de muito ativos, porém também apresenta, junto com a “classe E”, o maior número de indivíduos que não atingem as recomendações da prática de atividade física. Vale ressaltar que esse estudo também relacionou os fisicamente ativos com o conhecimento do programa Agita São Paulo, criado em 1996 com o objetivo de aumentar a consciência sobre os benefícios e o nível de atividade física, realizando intervenções em diferentes níveis da sociedade. Os resultados mostraram que a porcentagem de indivíduos que cumprem as recomendações da prática regular de atividade física foi maior entre os que conheciam o programa, evidenciando a eficácia e necessidade de estratégias e programas de promoção de saúde.

2.3. Motivação e barreiras para a prática

A adesão ou não adesão à atividade física pode ser influenciada positiva ou negativamente por diversos fatores. Quando a influência é positiva, dá-se o nome de motivação, facilitador ou determinante positivo (CASSOU *et al.*, 2008). A motivação é um processo biológico o qual auxilia na compreensão de ações, escolhas e atitudes de cada indivíduo (SCHULTZ; SCHULTZ¹, 2002, apud GONÇALVES; ALCHIERI, 2010). Ela pode se manifestar em diferentes níveis e de diferentes formas, sendo elas intrínsecas ou extrínsecas, como explicitado na Teoria da Autodeterminação (BERNSTEIN, 1990). Esta teoria afirma que quando o indivíduo se encontra intrinsecamente motivado, a vontade da prática é própria, seja pelo prazer e satisfação do processo de conhecê-la, explorá-la e aprofundá-la, se associando assim ao bem-estar psicológico, ao interesse, à alegria e persistência. Já a motivação extrínseca se dá quando alguma atividade é realizada com outros objetivos, e não apenas os que são inerentes à própria atividade.

Uma pesquisa realizada pelo Ministério do Esporte (2015), buscando obter um panorama geral da prática de atividade física no Brasil, encontrou que 36,3% da população brasileira era motivada pela melhoria da qualidade de vida e bem-estar, enquanto apenas 4,5% praticavam por orientação médica. Este último dado vai na contramão do principal achado de Santos e Knijnik (2006) e Gonçalves e Alchieri (2010), em que o motivo mais mencionado pelos indivíduos adultos de 40 a 60 anos e pelos idosos foi a recomendação médica, parecendo ser necessário surgir uma ameaça à saúde para iniciarem a prática de atividade física. Já para os

¹ SCHULTZ, D. P.; SCHULTZ, S. E. **Teorias da Personalidade**. [S. l.]: Thomson Pioneira, 2002.

adolescentes, a motivação se mostra de forma mais intrínseca, sendo o controle de estresse, a sociabilidade, a competitividade e o prazer os maiores facilitadores. Quanto ao sexo, os homens são mais motivados pela sociabilidade e prazer enquanto as mulheres pela saúde e estética (BALBINOTTI *et al.*, 2011). Vale ressaltar que grande parte dos indivíduos, de ambos os sexos, mostraram certa preocupação com a imagem corporal perante a sociedade, fato mais evidente em praticantes de exercício físico do que em esportistas (GONÇALVES; ALCHIERI, 2010; SANTOS; KNIJNIK, 2006).

A influência para a prática de atividade física também pode ser negativa. Quando influenciada dessa maneira, são nomeadas como barreiras ou determinantes negativos (CASSOU *et al.*, 2008). Os estudos sobre essas barreiras utilizam frequentemente a classificação dos determinantes, de Sallis e Owen¹ (1999 apud CASSOU *et al.*, 2008). Esses autores os dividem em seis dimensões: demográficos e biológicos; psicológicos, cognitivos e emocionais; culturais e sociais; ambientais; características da atividade física; atributos comportamentais. Tais dimensões evidenciam a complexidade e pluralidade dos fatores que podem influenciar um indivíduo a aderir ou não à prática.

No Brasil, entre os indivíduos não praticantes de atividade física, 35,7% têm consciência dos riscos da vida sedentária, porém não demonstram esforço para a prática, 27,2% alegam não ter tempo, 12% não gostam de se exercitar, 5,5% dizem não ter condições financeiras para ter acesso à atividade física e 16,9% não tem consciência dos riscos e por isso não praticam (MINISTÉRIO DO ESPORTE, 2015). Na literatura é possível perceber que os determinantes negativos mudam de acordo com as variáveis, como faixa etária, sexo e nível socioeconômico.

Para adolescentes de 15 a 18 anos, as barreiras mais citadas em ambos os sexos foram a preguiça e a falta de companhia. As meninas ainda adicionaram a ocupação e os meninos a falta de tempo como um motivo para a não adesão da atividade física. Portanto, as dimensões mais relatadas foram as cognitivas, psicológicas e emocionais; culturais e sociais (SANTOS *et al.*, 2010). Na vida adulta fatores como falta de companhia e recursos financeiros, clima e ambiente inseguro foram citados. Os motivos com maior incidência foram a jornada de trabalho e as obrigações familiares e, com isso, não sobraria tempo para a prática de atividade física (DE SOUSA; DOS SANTOS; JOSÉ, 2010; JESUS; JESUS, 2012).

A terceira idade apresenta barreiras um pouco distintas das faixas etárias mencionadas anteriormente. O estudo de Lopes *et al.* (2016), realizado apenas com idosas maiores de 80 anos, encontrou que a relação negativa com a prática, doenças e o modo de ser de pessoas

¹ SALLIS, James F.; OWEN, Neville. **Physical Activity and Behavioral Medicine**. [S. l.]: SAGE Publications, 1999.

longevas (mal-humoradas, tristes, acomodadas) são as barreiras percebidas por essa população. Cassou *et al.* (2008) investigou também em idosos, maiores de 60 anos, os determinantes negativos para a adesão da atividade física. Os resultados foram separados de acordo com o nível socioeconômico dos indivíduos. As conclusões mostraram que idosos de alto nível socioeconômico alegam o isolamento social e alguns fatores não modificáveis como barreiras, por exemplo, doenças, dores e idade, os quais se encontram nas dimensões demográficas e biológicas. Já os de baixo nível socioeconômico apontam fatores que são modificáveis, como clima, ambiente, custo e suporte social, inclusos nas dimensões ambiental, demográfica e biológica. Ambos os grupos relataram também influência negativa de fatores psicológicos, cognitivos e ambientais.

2.4. Atividade física e práticas corporais na Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criada em 1994 com o objetivo de reorientar e reestruturar a atenção básica à saúde. As atividades, antes pautadas na doença, agora seguem novas premissas, centrando-se na promoção de saúde, prevenção, reabilitação de doenças graves, recuperação e na relação próxima e participativa da comunidade. As unidades que retêm o programa representam a primeira interação entre a população e o serviço de saúde da cidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

Para realizar as ações propostas pela ESF é necessária uma abordagem inter profissional. A equipe de cada unidade de saúde da família pode ser formada por profissionais da saúde de diferentes áreas, de acordo com a demanda de cada região, sendo obrigatório somente um médico, enfermeiro ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (FIOCRUZ, 19--; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado pelo Ministério da Saúde e implantado pela Portaria N°154 24/01/2008, surgiu com o objetivo de ampliar e auxiliar a equipe da ESF na gestão das unidades e no aperfeiçoamento das estratégias traçadas para cada território. Formado também por um grupo multiprofissional, o NASF carrega o princípio da territorialização, assim como a atenção básica e busca, além de outras pautas, educar a população quanto ao cuidado e promoção à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; FIGUEIREDO, 2010)

O Pacto pela Vida, citado na Portaria N° 399 22/02/2006, também do Ministério da Saúde, sugere alguns compromissos sanitários que necessitam maior atenção dos gestores e profissionais. Entre esses compromissos, está presente a promoção da saúde por meio da

conscientização da importância da prática regular de atividade física e da alimentação saudável. Tal responsabilidade se encontra na Política Nacional de Promoção da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a) e é pretendida pelas ações da equipe da ESF em conjunto com o NASF. Dessa forma, se fez necessária a inclusão de profissionais de educação física dentro das unidades, a fim de oferecer programas de atividade física, exercício físico e práticas corporais para a população atendida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b)

A relação próxima entre a equipe, o núcleo e moradores da região possibilita a melhor compreensão das relações familiares e como se dá o processo saúde-doença em cada lar, possibilitando uma intervenção mais coesa e condizente com a realidade de cada um (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997). É importante, portanto, caracterizar os usuários de cada unidade e região, aprimorando o atendimento e as estratégias traçadas.

Os estudos de Júnior *et al.* (2013) e Pimentel (2011) caracterizaram os usuários e mostraram que as mulheres são as que mais procuram por atendimento, principalmente para o tratamento de hipertensão e prevenção do câncer de colo uterino. Em duas unidades de saúde da família de Ribeirão Preto, as mulheres correspondiam em média a 63,15% dos usuários (JÚNIOR *et al.*, 2013), evidenciando uma possível maior preocupação feminina com a saúde. Os achados de Pimentel *et al.* (2011) apresentaram que 54,5% dos pacientes possuíam idade superior a 40 anos, o que pode ser explicado pela maior prevalência de doenças crônicas em indivíduos dessa faixa etária (CARVALHO *et al.*, 2012).

3. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quali-quantitativa realizada a partir da tabulação das informações constantes no banco de dados do projeto de extensão universitária “Programa de Exercício Físico em USF do distrito oeste do município de Ribeirão Preto”, sob coordenação da Prof^a Dr^a Camila de Moraes entre os anos de 2016 e 2018. Convencionou-se nomear as unidades de saúde da família em “USF A” e “USF B”. A caracterização dos usuários que procuraram o serviço do programa de exercício físico nas USF se deu pelas informações do sexo, idade e fatores de risco (hipertensão, obesidade e hábito de fumar). Além disso, foi tabulada a frequência dessa população ao programa de exercício físico oferecido pelas unidades, mais especificamente a aula de caminhada e ginástica, que acontecia às 7h.

As informações do banco de dados estavam disponíveis no *Google Drive*. Nesse banco, os dados foram separados por unidade de saúde e depois por ano. Em cada ano, havia uma pasta com as inscrições dos usuários no programa e com o controle de frequência dos participantes nas aulas de caminhada e ginástica em todos os meses do ano.

A caracterização demográfica e clínica foi feita a partir dos registros das informações dos usuários que se inscreveram no programa. A frequência nas atividades foi analisada por ano, separadamente, e dividida por faixas: 0-20%, 21-40%, 41-60%, 61-80% e 81-100% de presença. Ainda, os usuários foram agrupados de acordo com a frequência às atividades do programa, durante os anos de 2016, 2017 e 2018, em: “Nunca frequentou as aulas”, “Frequentou ao longo dos três anos”, “Frequentou apenas no ano em que procurou o programa pela primeira vez” e “Frequentou por dois anos e parou”.

Todas as informações foram colhidas manualmente e estratificadas através do *Microsoft Office Excel 2016*. A estatística descritiva foi realizada para a apresentação dos resultados e os gráficos foram elaborados também pelo no programa *Microsoft Office Excel 2016*.

4. RESULTADOS

Entre os anos de 2016 e 2018 buscaram o programa de exercício físico um total de 41 pessoas na USF A e de 34 pessoas na USF B. A maioria dos usuários que buscou é mulher, sendo que na USF A esta proporção foi de 90,24% e na USF B de 91,17%.

Em relação a idade, a média geral na USF A foi de $46,08 \pm 1,76$ anos (faixa: 15-73). Não houve diferença significativa ($p = 0,345$) entre a média de idade das mulheres (44,8) e dos homens (47,3). Na USF B a média geral foi de $42,83 \pm 13,9$ anos (faixa: 12-71). A média de idade das mulheres foi de 52,7 enquanto a dos homens, 33 anos.

Nas duas USF mais da metade dos indivíduos possuíam algum fator de risco: 78,07% na USF A e 73,52% na USF B. Na primeira, a obesidade foi o fator com maior incidência (67,75%), seguido da hipertensão (12,19%). O hábito de fumar estava presente em 5,12% dos usuários desta unidade. Na segunda, o comportamento foi semelhante, porém a obesidade estava presente em 37,93% dos indivíduos, a hipertensão em 35,48% e os fumantes eram 8,82%.

Tabela 1. Caracterização demográfica e clínica dos usuários do programa de exercício físico

	USF A	USF B
Homens	4	3
Mulheres	37	31
Idade (anos)	$46,08 \pm 1,76$	$42,83 \pm 13,9$
Obesidade	25	11
Hipertensão arterial	5	11
Tabagismo	2	3

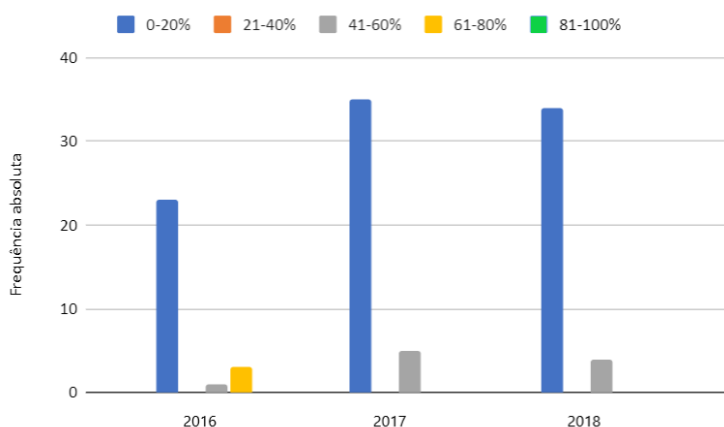
Fonte: Elaborado pelo autor (2021)

Com relação à frequência dos usuários inscritos nas atividades do programa de exercício físico, observa-se muito baixa frequência em ambas as USF. A menor adesão às atividades ocorreu no ano de 2018 quando 89,5% dos usuários da USF A (gráfico 1) e 77,4% da USF B (gráfico 2) tiveram frequência entre 0-20%. Em 2016, na USF A ainda foi observada proporção de usuários com frequência entre 61-80% mas, nos anos seguintes, esse número não passou de 41-60%. Na USF B, observa-se a ocorrência de usuários com frequência maior do que 60% em

todos os anos, entretanto os dados mostram que no ano de 2016 havia uma distribuição semelhante entre as faixas de frequência, o que não se observa nos anos seguintes cuja predominância foi de frequência entre 0-20%.

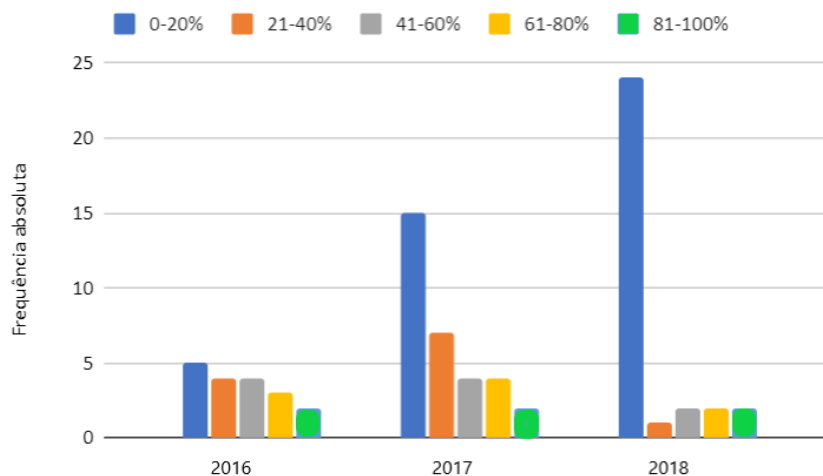
Na USF A, 40% das pessoas nunca frequentaram as aulas de caminhada e ginástica, ou seja, procuraram atendimento no programa, mas não começaram a ir. 22,5% foram nas atividades apenas no ano que a procuraram pela primeira vez, 10% foram por dois anos seguidos e depois saíram e apenas 12,5% frequentaram ao longo dos três anos. Na USF B os números são um pouco melhores. 29,41% são os que nunca frequentaram as aulas e 20,58% foram somente no ano que buscaram suporte na unidade. 11,76% das pessoas compareceram por dois anos e pararam e 32,35% foram todos os anos analisados.

Gráfico 1. Proporção de frequência dos usuários da USF A nas atividades do programa de exercício físico entre os anos de 2016 e 2018.



Fonte: Elaborado pelo autor (2021)

Gráfico 2. Proporção de frequência dos usuários da USF B nas atividades do programa de exercício físico entre os anos de 2016 e 2018.



Fonte: Elaborado pelo autor (2021)

5. DISCUSSÃO

Fica evidente nos resultados desse estudo a prevalência de mulheres no programa de atividade física (PAF) das USF em questão. Essa predominância também foi encontrada por Júnior *et al.* (2013), em que 63,15% dos usuários, os quais procuravam atendimento em duas USF de Ribeirão Preto, eram mulheres. Esses achados corroboram com os de Matsudo *et al.* (2008), em que as mulheres apresentam um maior comprometimento com a atividade física no tempo livre, no Estado de São Paulo. Em contrapartida, os estudos de Monteiro *et al.* (2013) e Ministério do Esporte (2015) apresentam que mulheres são mais sedentárias no lazer, enquanto os homens se mostram mais fisicamente ativos, principalmente os de maior poder socioeconômico.

O número de homens que se inscreveu no programa de exercício físico é pequeno, reforçando o desafio de trazer esses indivíduos para as unidades básicas de saúde. Muitos, principalmente os com baixa escolaridade, acreditam que a preocupação com a saúde demonstra fraqueza e vulnerabilidade, os aproximando de um ser feminino, que segundo eles, são mais sensíveis e se cuidam mais (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). Segundo o estudo de Figueiredo (2005), grande parte dos homens só buscam atendimento quando sentem algum desconforto e para isso, procuram farmácias ou pronto-socorro, por serem locais mais rápidos e objetivos, focados apenas na doença.

O hábito da atividade física, que o programa desenvolvido nas USF tenta promover, reduz as chances de desenvolver, além da hipertensão, a obesidade (MONTEIRO *et al.*, 2003; MATSUDO, 2002), fator de risco muito presente nas duas USF. A incidência da obesidade observada na USF A se assemelha ao levantamento feito pelo IBGE (2020a), na Pesquisa Nacional de Saúde, em que seis a cada dez brasileiros apresentavam excesso de peso. Na USF B o número de obesos e hipertensos são muito próximos, podendo representar uma possível relação causa e efeito dessas comorbidades (BURGOS, 2014).

O tratamento da hipertensão e exames de prevenção do câncer de colo uterino são os principais fatores que levam as mulheres na faixa dos 41 a 60 anos às unidades de saúde (PIMENTEL, 2011; JÚNIOR *et al.*, 2013), fato que pode explicar a média de idade acima de 40 anos nas USF A e B e o grande número de hipertensos que buscaram as aulas de caminhada e ginástica, principalmente na USF B. Monteiro *et al.* (2013) acrescenta que a faixa etária a qual as mulheres se tornam mais ativas é dos 50 aos 55 anos, reafirmando uma provável maior

preocupação dos indivíduos do sexo feminino com a saúde nessa idade, em virtude da maior prevalência de doenças crônicas após os 40 anos (CARVALHO *et al.*, 2012)

Alguns estudos mostram que a principal razão para adultos de 40 a 60 anos e idosos iniciarem a prática de atividade física é a orientação médica (SANTOS; KNIJNIK, 2006; GONÇALVES; ALCHIERI, 2010), diferentemente do que foi levantado pelo Ministério do Esporte (2015), em que apenas 4,5% da população brasileira se exercitava no lazer por tal orientação. Quando comparado o sexo, as mulheres se motivam mais pela saúde enquanto os homens, pela sociabilidade e prazer (BALBINOTTI *et al.*, 2011). Eles, principalmente os de baixo poder econômico, expõem a preocupação com o sustento da família e para isso, cumprem uma longa jornada de trabalho (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007), impedindo-os de se exercitarem no tempo livre. Os fatos citados anteriormente, incorporados à visão dos homens sobre o cuidado com a saúde e ao olhar biomédico sobre a atividade física, centrada majoritariamente no tratamento de doenças crônicas (PAIVA *et al.*, 2021) prejudicam a adesão dos indivíduos, principalmente do sexo masculino, nos programas de promoção à saúde, podendo justificar em partes, o motivo da baixa quantidade de homens na USF A e B.

Na literatura há evidências de que fatores como falta de companhia e recursos financeiros afetam a adesão à atividade física (DE SOUSA; DOS SANTOS; JOSÉ, 2010; JESUS; JESUS, 2012). Essas barreiras não explicam a grande incidência de indivíduos que procuraram as USF e nunca compareceram no PAF, uma vez que as aulas são em grupo e gratuitas. A falta de tempo e a ocupação também são motivos apresentados para justificar o comportamento sedentário no lazer. Segundo o Ministério do Esporte (2015) 27,2% da população brasileira não tem tempo para praticar atividade física, muito por conta do trabalho. Esse determinante negativo se mostra mais contundente para justificar a falta de adesão, tendo em vista os horários em que ocorrem as aulas do programa. Uma outra hipótese inicial para o problema do baixo comprometimento dos indivíduos com o programa de exercício físico é a falta de consciência sobre a importância e necessidade de praticar atividade física.

O Diagnóstico Nacional do Esporte, porém, realizado pelo Ministério do Esporte (2015) trouxe o dado de que apenas 16,9% da população brasileira não tem conhecimento sobre a necessidade de praticar atividade física. A equipe multiprofissional presente nas USF tem como papel, além de tratar a doença, orientar bons hábitos e realizar a promoção de saúde (COSTA *et al.*, 2009). Dessa forma, os usuários dessas unidades compreenderiam e saberiam a indispensabilidade de uma rotina de exercícios físicos, a qual é oferecida dentro da USF. Portanto, a conscientização não parece ser um grande problema, mas sim a estratégia traçada para atingir tal objetivo.

As limitações do estudo foram relacionadas ao banco de dados. Alguns indivíduos tiveram que ser excluídos da análise por ausência de sobrenome ou nome idêntico ao de outro participante, sem diferenciação. Isso afetou tanto o número de homens e mulheres quanto a contabilização da presença nas aulas, a qual poderia ter sido maior caso essas pessoas fossem incluídas. Além disso, alguns meses não constavam no banco, implicando assim na frequência absoluta dos três anos analisados.

6. CONCLUSÃO

O objetivo deste trabalho foi caracterizar os usuários de duas Unidades de Saúde da Família de Ribeirão Preto quanto ao sexo, idade, fatores de risco e frequência no programa de exercício físico oferecido.

Encontrou-se maior prevalência de mulheres nas duas unidades estudadas. A ampla disparidade entre os sexos pode ser explicada pela maior preocupação com a saúde por parte dos indivíduos do sexo feminino, principalmente depois dos 40 anos, em que há maior probabilidade de desenvolver doenças crônicas.

Quanto aos fatores de risco, na USF A a obesidade foi o mais presente, enquanto na USF B, a hipertensão se apresentou em maior número. A quantidade de obesos foi muito próxima a de hipertensos na USF B, evidenciando uma possível relação causal. O número de fumantes foi pequeno em relação aos outros fatores de risco.

A frequência nas aulas de caminhada e ginástica foi muito baixa, principalmente em 2018, terceiro ano de oferecimento do programa nas USF.

A caracterização realizada neste trabalho é essencial para compreender a demanda das unidades e o público atendido. Dessa forma, torna-se possível traçar estratégias mais eficientes para o planejamento das atividades, incluindo as aulas. Além disso, pesquisas futuras com o objetivo de investigar os motivos da baixa frequência e da evasão nesse programa são extremamente importantes, para que assim, novos planos de ação e intervenções sejam criados a fim de aumentar a adesão do público.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARAÚJO, R. A.; BRITO, A. K. A.; DA SILVA, F. M. O papel da educação física escolar diante da epidemia da obesidade em crianças e adolescentes. **Educação Física em Revista**, v. 4, n. 2, 2010.
- BALBINOTTI, M. A. A. *et al.* Motivação à prática regular de atividade física: um estudo exploratório. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 16, n. 1, p. 99-106, 2011
- BENEDETTI, T. R. B. *et al.* Atividade física e estado de saúde mental de idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, p. 302-307, 2008.
- BERNSTEIN, D. J. Of carrots and sticks: A review of Deci and Ryan's intrinsic motivation and self-determination in human behavior. **Journal of the Experimental Analysis of Behavior**, v. 54, n. 3, p. 323, 1990.
- BETTI, M. Ensino de primeiro e segundo graus: Educação Física para quê. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 13, n. 2, p. 282-287, 1992.
- BURGOS, P. F. M. *et al.* A obesidade como fator de risco para a hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 21, n. 2, p. 68-74, 2014.
- CARVALHO, A. K. *et al.* Prevalence of self-reported chronic diseases in individuals over the age of 40 in São Paulo, Brazil: the PLATINO study. **Cadernos de Saúde Publica**, v. 28, n. 5, p. 905-912, 2012.
- CASSOU, A. C. *et al.* Barreiras para a atividade física em idosos: uma análise por grupos focais. **Journal of Physical Education**, v. 19, n. 3, p. 353-360, 2008
- CASPERSEN, C. J. *et al.* Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public health rep**, v. 100, n. 2, p. 126-131, 1985.
- COELHO, C. F.; BURINI, R. C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. **Revista de Nutrição**, v. 22, n. 6, p. 937-946, 2009.
- CONFED (org.). **Atividade física, sinônimo de bem-estar**. [S. l.], 2004. Disponível em: https://www.confef.org.br/extra/revistaef/arquivos/2004/N14_DEZEMBRO/10_ATIVIDADE_FISICA_SINONIMO_DE_BEM_ESTAR.PDF. Acesso em: 17 nov. 2020.
- COSTA, G. D. *et al.* Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 1, p. 113-118, 2009.
- DARIDO, S. C. A educação física na escola e o processo de formação dos não praticantes de atividade física. **Revista brasileira de educação física e esporte**, v. 18, n. 1, p. 61-80, 2004.
- DE SOUSA, T. F.; DOS SANTOS, S. F. S.; JOSÉ, H. P. M. Barreiras percebidas à prática de atividade física no nordeste do Brasil. **Pensar a Prática**, v. 13, n. 1, 2010

FIGUEIREDO, E. N. de. Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos. **Módulo Político Gestor**, v. 5, p. 49-69, 2010.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 105-109, 2005.

FIOCRUZ. **PenseSUS**: Saúde da família, [19--]. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/saude-da-familia>>. Acesso em: 07 jul. 2021

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 565-574, 2007.

GONÇALVES, M. P.; ALCHIERI, J. C. Motivação à prática de atividades físicas: um estudo com praticantes não-atletas. **Psico-USF**, v. 15, n. 1, p. 125-134, 2010.

GUALANO, B.; TINUCCI, T. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 25, p. 37-43, 2011.

GUTHOLD, R. *et al.* Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. **The Lancet Global Health**, v. 6, n. 10, p. e1077-e1086, 2018.

IBGE (org.). **Censo Agro 2017**. [S. l.], 2017. Disponível em: <https://censos.ibge.gov.br/2013agencia-de-noticias/releases/25278-ibge-divulga-as-estimativas-da-populacao-dosmunicipios-para-2019.html#:~:text=O%20maior%20deles%20%C3%A9%20S%C3%A3o,3%25%20da%20popula%C3%A7%C3%A3o%20total>). Acesso em: 28 nov. 2020.

IBGE (org.). **Pesquisa Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro, 2020a. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf/>. Acesso em: 28 set. 2021

IBGE (org.). **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. [S. l.], 23 nov. 2020b. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em: 23 nov. 2020

JESUS, G. M.; JESUS, É. F. A. Nível de atividade física e barreiras percebidas para a prática de atividades físicas entre policiais militares. **Revista brasileira de ciências do esporte**, v. 34, n. 2, p. 433-448, 2012.

JÚNIOR, M. A. C. *et al.* Comparação dos perfis de unidades de saúde da família de Ribeirão Preto. **ANAIS DO CBMFC**, n. 12, p. 476, 2013.

KAMILA, A. P. F. *et al.* A ESTIMULAÇÃO PSICOMOTORA NA APRENDIZAGEM INFANTIL. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, v. 1, n. 1, p. 30-40, 2010.

LAZZOLI, J. K. *et al.* Atividade física e saúde na infância e adolescência. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 4, n. 4, p. 107-109, 1998.

LOPES, M. A. *et al.* Barreiras que influenciaram a não adoção de atividade física por longevas. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 38, n. 1, p. 76-83, 2016.

MATSUDO, S. *et al.* Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, p. 05-18, 2001.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; NETO, T. L. B. Efeitos benéficos da atividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo de envelhecimento. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 5, n. 2, p. 60-76, 2000.

MATSUDO, S. M. Envelhecimento, atividade física e saúde. **Revista Mineira de Educação Física**, Viçosa, v. 10, n. 1, p. 193-207, 2002.

MATSUDO, S. M. *et al.* Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 10, n. 4, 2008.

MAZINI FILHO, M. L. *et al.* Atividade física e envelhecimento humano: a busca pelo envelhecimento saudável. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 7, n. 1, 2010.

MELLO, M. T. de *et al.* O exercício físico e os aspectos psicobiológicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 11, n. 3, p. 203-207, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 687, 30/03/2006**. [S. l.], 30 mar. 2006a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0687_30_03_2006.html. Acesso em: 27 out. 2021

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 399, 22/02/2006**. [S. l.], 22 fev. 2006b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 27 out. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 154, 24/01/2008**. [S. l.], 25 jan. 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 27 out. 2021.

MINISTÉRIO DO ESPORTE. Diagnóstico Nacional do Esporte. **A prática de esporte no Brasil**, [s. l.], 2015. Disponível em: <http://arquivo.esporte.gov.br/diesporte/2.html>. Acesso em: 10 jul. 2020

MONTEIRO, C. A. *et al.* A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996-1997. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 14, p. 246-254, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (org.). **Global Recommendations on Physical Activity for Health**. Geneva, 2010. Disponível em: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/global-PA-recs-2010.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (org.). **Physical Activity**. [S. l.], 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>. Acesso em: 6 dez. 2020.

PAIVA, G. B. *et al.* A educação física no contexto do Sistema Único de Saúde: uma breve apresentação. In: PALMA, A.; RODRIGUES, P.; REIS, E. C. (org.). **Práticas Corporais & Atividades Físicas: Saúde e sociedade**. Curitiba: CRV, 2021. v. 2, cap. 8, p. 147-174.

PEIXOTO, S. V. *et al.* Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, p. 239-46, 2004.

PIMENTEL, Í. R. S. *et al.* Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 6, n. 20, p. 175-181, 2011.

REDONDA, M. Atividade física e envelhecimento saudável. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte, São Paulo**, v. 20, p. 73-77, 2006.

SANTOS, M. S. *et al.* Barreiras para a prática de atividade física em adolescentes. Um estudo por grupos focais. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, Florianópolis, v. 12, n. 3, p. 137-143, 2010.

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

SILVA, R. S. *et al.* Atividade física e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 115-120, 2010.

SONATI, J. G. *et al.* Análise comparativa da qualidade de vida de adultos e idosos envolvidos com a prática regular de atividade física. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, p. 731-739, 2014.