



Acesso a locais para a prática de atividade física entre usuários de Unidades Básicas de Saúde

Access to places for physical activity among users of Basic Health Units

AUTORES

Eduardo Ribes Kohn¹
Vitor Häfele¹
Fernando Vinholes Siqueira¹

1 Universidade Federal de Pelotas, Departamento de Educação Física, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

CONTATO

Eduardo Ribes Kohn
eduardokohn@yahoo.com
Rua Dr Carlos Camorali, n. 250. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

DOI

10.12820/rbafs.27e0259

RESUMO

O objetivo desse estudo foi descrever a prevalência de acesso a locais para a prática de atividade física (AF) por usuários de Unidade Básica de Saúde (UBS) da zona urbana da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul. Foi realizado um estudo de delineamento transversal, de base populacional comunitária, com usuários de 18 anos ou mais, que alguma vez tenham recebido aconselhamento para a prática de AF na UBS e que estivessem aguardando atendimento na sala de espera da UBS. Foram coletadas variáveis socioeconômicas, demográficas, comportamentais, de saúde e de acesso a AF. O desfecho, acesso a algum local para prática de AF, foi operacionalizado pela seguinte pergunta: “Após o aconselhamento para a prática de atividade física, o(a) Sr(a) teve acesso a algum local em que fosse possível realizar atividade física?”. Foram entrevistados 248 usuários em 31 UBS visitadas. A prevalência de acesso a locais para a prática de AF foi de 52,8%, sendo os locais públicos os mais acessados (63,4%). Entre quem não teve acesso, 46,2% não procuraram por um local e 29,2% relataram não existir local público adequado. Concluímos que apesar dos usuários de UBS considerarem a AF como importante para a saúde e apesar de ter recebido aconselhamento para a prática de AF, pouco mais da metade dos entrevistados teve acesso a locais de prática de AF.

Palavras-chave: Atividade motora; Atenção primária à saúde; Adultos.

ABSTRACT

The aim of the study was to describe the prevalence of access to places for physical activity (PA) practice among users of Primary Health Care Unit (PHCU) in the urban area of Pelotas, Rio Grande do Sul. A cross-sectional, community-based study was carried out with users aged 18 years or older who had ever received PA counseling at the PHCU and who were in the waiting rooms of the services. Socioeconomic, demographic, behavioral, health and access to PA variables were analyzed. To verify the outcome, access to PA facilities/spaces, we used the following question: “After physical activity counseling, did you had access to some place where you could perform physical activities?”. In the 31 PHCU visited, 248 users were interviewed. The prevalence of access to places for PA practice was 52.8%, the public places were the most accessed (63.4%). Among those who did not have access, 46.2% did not look for a place and 29.2% reported that there was no adequate public place. It was concluded that although PHCU users consider PA as important for health and despite having received counseling for PA, just over half of interviewees have access to PA practice places.

Keywords: Motor activity; Primary health care, adults.



Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional.

Introdução

O acesso a locais para a prática de atividade física (AF) pode ser importante variável para aumentar a prevalência de pessoas suficientemente ativas. Verifica-se que algumas barreiras são frequentemente enfrentadas pela população geral e por usuários de Unidades Básicas de Saúde (UBS) tais como a falta de local adequado para praticar, a falta de equipamentos nos locais, a falta de segurança, a falta de iluminação, entre outros fatores^{1,2}.

A iniquidade de acesso a locais para a prática de AF e a Equidade Inversa na disponibilidade de locais ao público são fatores determinantes ao não acesso por parte da população³. Um estudo desenvolvido na cidade de Pelotas/RS, observou maior concentração de

locais de boa qualidade em regiões centrais, ainda que aproximadamente metade dos locais não apresentaram atributos para a prática de AF. Há proliferação de espaços privados na Cidade, no entanto a necessidade de pagamento para frequentar impede o acesso de pessoas em vulnerabilidade financeira⁴.

Nesse sentido, o aconselhamento para a prática de AF que ocorre por profissionais nas UBS é importante para os usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) ao tematizar as dificuldades relacionadas ao acesso à AF, principalmente em bairros periféricos. Por volta de um terço das pessoas atendidas pelo sistema, na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, já receberam aconselhamento para praticar AF. Entre essas pessoas, o acon-

selhamento apresentou associação com mudança de comportamento para a AF, demonstrando a importância em aconselhar mais pessoas⁵.

Considerando a importância do tema, conhecer se os usuários de UBS que receberam aconselhamento para a AF têm acesso aos locais de prática, torna-se relevante para a organização e planejamento do aconselhamento dentro da APS, como também para a criação de políticas locais, regionais e nacionais, que facilitem o acesso à prática de AF. Dessa maneira, este estudo tem como objetivo descrever o acesso a locais para a prática de AF por usuários aconselhados em UBS sobre esse comportamento.

Métodos

Foi realizado um estudo de delineamento transversal descritivo, de base populacional comunitária, com usuários de UBS da zona urbana da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul. Existem 38 UBS na zona urbana da cidade. Pelotas se localiza ao sul do estado do Rio Grande do Sul, com aproximadamente 343.000 habitantes⁶. Em relação ao espaço urbano, 34,4% da cidade possui urbanização adequada (existência de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio)⁷.

O cálculo de tamanho amostral foi baseado na prevalência de acesso de 35% observada no Inquérito de Saúde Beagá, descrito pelo Ministério da Saúde⁸. Utilizou-se poder estatístico de 99% e nível de confiança de 95%, sendo estimado um número amostral de 258 indivíduos. Considerando as 36 UBS elegíveis, foi definido a cota de oito indivíduos por UBS ($n = 288$). Duas UBS da cidade com características específicas não foram consideradas elegíveis para o estudo (UBS Presídio - que atende somente pessoas no sistema prisional e a UBS Puericultura - que atende somente pré-natal e pós-natal).

A amostra do estudo foi composta por usuários com 18 anos ou mais, aconselhados a praticar AF alguma vez na UBS e, que estivessem aguardando atendimento na sala de espera durante o momento da entrevista. As entrevistas foram realizadas face a face e de maneira individual na sala de espera pelo pesquisador responsável. Houve contato prévio com cada UBS para a entrega da carta de apresentação. Todos os pacientes que se encontravam na sala de espera no dia das entrevistas foram abordados, sendo o ponto de início da coleta o primeiro indivíduo à esquerda da porta de entrada e, para dar continuidade a coleta era buscado o indivíduo que se encontrava, mais próximo e à direita

do entrevistador, seguindo assim até que se esgotasse a cota de oito entrevistas em cada UBS. Quando não obtida a cota em um único dia, o pesquisador retornava em outro dia, seguindo o mesmo padrão de abordagem inicial. No caso de recusas o indivíduo era identificado em relação ao sexo e cor da pele e substituído por um novo entrevistado. Os dados foram coletados entre os meses de outubro de 2019 e março de 2020.

A pergunta filtro para a inclusão do entrevistado no estudo foi operacionalizada da seguinte maneira: “Alguma vez o(a) Sr(a) foi aconselhado(a) a praticar atividade física por algum profissional na Unidade Básica de Saúde?”. O desfecho, acesso a algum local para prática de AF após aconselhamento anterior, foi operacionalizado pela seguinte pergunta: “Após o aconselhamento para a prática de atividade física, o(a) Sr(a) teve acesso a algum local em que fosse possível realizar atividade física?”

Para os indivíduos que responderam sim, foi questionado: a) o local ao qual teve acesso (praça, parque, calçadas/avenidas, UBS, ginásio/clube, academias e outro local), b) a indicação pelo profissional sobre o local de prática (não e sim), c) quem foi o profissional responsável pela indicação (médico, enfermeiro, recepcionista e outro), d) se o local ao qual teve acesso foi o indicado na UBS (não e sim), e) o motivo pelo qual não teve acesso ao local indicado na UBS (está na lista de espera, não existe vagas, era pago, era caro, era longe e outro), f) como soube do local ao qual teve acesso (indicação de amigo/vizinho, televisão/rádio, jornal/revista, já conhecia o local e outro), g) quem procurou pelo local para começar a AF (você mesmo e outra pessoa), h) o motivo pelo qual foi outra pessoa quem procurou o local (não tem tempo, era longe, não tem transporte e outro), i) o tempo após o aconselhamento para acessar o local pela primeira vez para praticar AF (até 30 dias, de 31 até 90 dias, de 91 até 180 dias, mais de 180 dias), j) o tempo após o primeiro acesso para começar a praticar AF (ainda não começou, até 30 dias, de 31 até 90 dias, de 91 até 180 dias, mais de 180 dias), k) a quantidade de dias por semana que praticou AF no local após o aconselhamento (dias por semana), l) o tipo de AF praticada no local (musculação, caminhada/corrida, dança, bicicleta, e outro), m) se o acesso se deu em um local público ou privado (público e privado), n) a necessidade de pagar para frequentar o local (não e sim), o) quem pagou por isso (você mesmo, outra pessoa, sistema público e outro), p) se o local ficava no bairro onde residia (não e sim), q) se existia um local

no bairro onde residia (não e sim), r) o motivo pelo qual acessou um local fora do bairro tendo um local no bairro da residência (foi indicado na UBS, tenho amigos lá, era mais barato, era mais adequado e outro). Em relação ao local acessado, foi questionado se o local era: a) adequado (não e sim), b) limpo (não e sim), c) organizado (não e sim), d) coberto (não e sim), e) seguro (não e sim), f) iluminado (não e sim), g) esburacado (não e sim). Foi ainda perguntado se o local tinha calçadas (não e sim), pista de caminhada (não e sim), bancos (não e sim), banheiros (não e sim), bebedouros (não e sim), equipamentos de ginástica (não e sim), colchões/colchonetes (não e sim), árvores (não e sim), brinquedos (não e sim), lixeiras (não e sim).

Para os indivíduos que relataram que não tiveram acesso, foi questionado sobre: a) o motivo para não ter acesso a algum local (não procurou, procurou mas não conseguiu acesso, não existe local público adequado no bairro da residência e outro), b) porque não procurou um local (preguiça, falta de tempo, falta de dinheiro, falta de companhia e outro), c) porque não conseguiu acesso a algum local após procurar (está na lista de espera, era pago, era caro, era longe, falta de segurança e outro) e, d) se existe algum local privado para a prática de AF no bairro da sua casa (não existe; sim, mas não é seguro; sim, mas é caro; sim, mas não é adequado; não sabe se existe e outro).

Para caracterização da amostra as seguintes variáveis socioeconômicas e demográficas foram coletadas: sexo (masculino e feminino), cor da pele (branca e não branca), idade (de 18 até 29 anos, de 30 até 39 anos, de 40 até 49 anos, de 50 até 59 anos e 60 anos ou mais), situação conjugal (com companheiro e sem companheiro), escolaridade (nenhum ano de estudo, de 1 até 4 anos, de 5 até 8 anos, de 9 até 11 anos e 12 anos ou mais de estudo) e renda mensal (até um salário mínimo, de 1,01 até 2 salários mínimos, de 2,01 até 3 salários mínimos, de 3,01 até 4 salários mínimos e mais de 4 salários mínimos). Foi perguntado aos usuários a importância atribuída por eles aos seguintes itens: o que era mais importante no local para facilitar o acesso à prática de AF (ser gratuito, ser seguro, ser próximo de casa e outro), se considerava importante a existência de locais adequados para a AF (não e sim), se considerava importante a criação de mais locais públicos para a AF (não e sim), se considerava importante a indicação do local onde praticar AF pelo profissional da UBS (não e sim), se considerava a AF como importante para a saúde (não e sim).

Para caracterizar o estado de saúde dos usuários foram coletadas informações sobre a autopercepção de saúde (excelente, muito boa, boa, regular e ruim), tabagismo (não fuma; já fumou, mas parou; fuma um cigarro ou mais por dia há pelo menos um mês), diagnóstico médico referido de hipertensão (não e sim), diagnóstico médico referido de diabetes (não e sim), uso de medicamentos de maneira contínua (não e sim), quantidade de medicamentos utilizados por dia (um, de dois a quatro e cinco ou mais) e índice de massa corporal – IMC, verificado através de peso e altura autorreferidos (abaixo do peso – $<18,5$ kg/m², normal – $18,5$ até $24,9$ kg/m², sobrepeso – $25,0$ até $29,9$ kg/m², obeso – $30,0$ ou mais kg/m²)⁹. Além destas, utilizou-se o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)¹⁰, versão longa, no domínio de lazer (inativo <10 min/sem, insuficientemente ativo entre 10 e 149 min/sem e ativo 150 min/sem ou mais)¹¹ para medir o nível de atividade física.

O banco de dados foi criado a partir do software Epidata 3.1 e para a análise dos dados foi utilizado o software Stata 15. Foram realizadas análises descritivas, com frequência relativa e a frequência absoluta de variáveis categóricas além da utilização de média e desvio padrão para variáveis contínuas.

O protocolo do estudo foi submetido e aprovado no dia 23 de setembro de 2019 pelo comitê de ética em pesquisa da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas (protocolo número 3.592.231, Plataforma Brasil). Todos os princípios éticos foram assegurados durante todas as etapas do estudo. Os autores declaram não ter conflito de interesse em relação ao tema do estudo.

Resultados

Foram entrevistados 248 usuários em 31 UBS do município de Pelotas. Em cinco UBS não foi possível realizar a coleta de dados devido à pandemia de COVID-19, que inviabilizou a entrevista com os usuários e, portanto, foram consideradas perdas. No total, 20 pessoas se recusaram a participar do estudo, sendo substituídas por outros entrevistados. As recusas estiveram distribuídas em acordo com a amostra total considerando a faixa etária e sexo, sem caracterizar recusa em uma única categoria específica.

Em relação as características socioeconômicas e demográficas, a maioria dos entrevistados era do sexo feminino (81,5%) e de cor da pele branca (67,7%). Com relação à escolaridade e a renda da amostra, foi obser-

vado um baixo percentual de pessoas com 12 anos ou mais completos de estudo (12,1%) e, a maioria recebia até um salário mínimo (64,5%) -Tabela 1.

Tabela 1 – Frequência absoluta (N) e relativa (%) das variáveis socioeconômicas e demográficas dos usuários das unidades básicas de saúde da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul que receberam aconselhamento a prática de AF (n = 248).

Variável	N	%
Sexo		
Masculino	46	18,5
Feminino	202	81,5
Cor da Pele		
Branco	168	67,7
Não Branco	80	32,3
Idade		
18-29 anos	35	14,1
30-39 anos	38	15,2
40-49 anos	45	18,4
50-59 anos	63	25,3
60 anos ou mais	67	27,0
Situação Conjugal		
Sem companheiro	91	36,7
Com companheiro	157	63,3
Escolaridade		
Nenhum ano	4	1,6
Entre 1 e 4 anos	36	14,5
Entre 5 e 8 anos	90	36,3
Entre 9 e 11 anos	88	35,5
12 anos ou mais	30	12,1
Renda mensal		
Até um salário mínimo	156	64,5
Entre 1,01 a 2 salários mínimos	51	21,1
Entre 2,01 a 3 salários mínimos	23	9,5
Entre 3,01 a 4 salários mínimos	8	3,3
Mais de 4 salários mínimos	4	1,6

Em relação às características de saúde, baixo percentual de entrevistados relatou ter percepção de saúde excelente (5,3%) ou muito boa (7,3%). Quase metade da amostra relatou ter recebido diagnóstico médico de hipertensão (48,4%). Cerca de 65% dos entrevistados utilizavam algum medicamento de maneira contínua. Em relação ao IMC, os obesos foram a categoria mais prevalente (40,1%), enquanto a prevalência de pessoas suficientemente ativas foi de 25,8% (Tabela 2).

A Tabela 3 apresenta os resultados referentes ao acesso aos locais de prática de AF. Em relação ao desfecho do estudo, foi possível observar que 52,8% dos indivíduos aconselhados alguma vez na UBS, tiveram acesso a algum local para praticar AF. As academias

privadas representam o tipo de local mais acessado (29,8%) por essa população. Outros locais privados como Serviço Social do Comércio (SESC) e a Associação dos Aposentados também foram acessados. No entanto, os locais públicos - com destaque para as calçadas/avenidas, praças, Universidades e Unidades Básicas de Saúde, foram acessados por 63,4% das pessoas.

Tabela 2 – Frequência absoluta (N) e relativa (%) das variáveis de saúde dos usuários das unidades básicas de saúde da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul que receberam aconselhamento a prática de AF (n = 248).

Variável	N	%
Autopercepção de saúde (n = 247)		
Excelente	13	5,3
Muito boa	18	7,3
Boa	94	38,0
Regular	98	39,7
Ruim	24	9,7
Tabagismo		
Nunca fumou	152	61,3
Fuma um ou mais cigarros por dia há pelo menos um mês	56	22,6
Ex-fumante	40	16,1
Diagnóstico médico referido de hipertensão		
Não	128	51,6
Sim	120	48,4
Diagnóstico médico referido de diabetes		
Não	194	78,2
Sim	54	21,8
Diagnóstico médico referido de outras doenças		
Não	183	73,8
Sim	65	26,2
Uso de medicamentos de maneira contínua		
Não	84	33,9
Sim	164	66,1
Quantidade de medicamentos utilizados por dia		
Um medicamento	36	22,1
De dois a quatro medicamentos	80	57,0
Cinco ou mais medicamentos	34	20,9
Índice de massa corporal		
Abaixo do peso	3	1,6
Normal	44	23,5
Sobrepeso	66	34,8
Obesidade	75	40,1
Nível de atividade física		
Inativo	154	62,1
Insuficientemente ativo	30	12,1
Ativo	64	25,8

Entre as pessoas que tiveram acesso, 85,2% acessaram os locais dentro de 30 dias após serem conse-

lhadas a praticar AF e 96% começaram as atividades dentro de 30 dias após o primeiro acesso. Atividades de caminhada ou corrida (24,4%) e as ginásticas de academia (21,3%) foram algumas das atividades com maior prevalência de prática por esses usuários (Tabela 3).

Tabela 3 – Frequência absoluta (N) e relativa (%) das variáveis de acesso dos usuários das unidades básicas de saúde da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul que receberam aconselhamento a prática de AF (n = 248).

Variável	N	%
Tipo de local ao qual teve acesso		
Academia de ginástica	39	29,8
Calçada/avenidas	14	10,7
Praça	10	7,6
Universidade	10	7,6
Unidade Básica de Saúde	9	7,0
Academia ao ar livre	5	3,8
Ginásio/clube	5	3,8
SESC	5	3,8
Parque	4	3,0
Igreja	4	3,0
CAPS	4	3,0
Associação de aposentados	4	3,0
Outros	18	13,9
Aconselhamento sobre o local de prática pelo profissional de saúde		
Não	99	75,6
Sim	32	24,4
Profissional responsável pelo aconselhamento do local		
Médico	12	37,6
Recepcionista	7	21,9
Enfermeiro	4	12,6
Técnico de enfermagem	2	6,2
Nutricionista	2	6,2
Fisioterapeuta	2	6,2
Outros	3	9,3
Acesso ao local indicado na UBS		
Não	5	15,6
Sim	27	84,4
Motivo pelo qual não teve acesso ao local indicado na UBS		
Não existia vaga	1	20,0
Era pago	1	20,0
Era longe	1	20,0
O local deixou de existir	1	20,0
Incompatibilidade de horários	1	20,0
Descoberta do local ao qual teve acesso (n = 102)		
Já conhecia o local	41	40,1
Indicação de amigos/vizinhos	39	38,1
Era perto de casa	5	4,9
Procurou por conta própria	3	2,9

Continua...

Variável	N	%
Soube na secretaria de saúde	2	2
Conhecia o profissional do local	2	2
Internet	2	2
Outros	8	8
Quem procurou pelo local para começar a atividade física (n = 128)		
A própria pessoa	122	95,3
Outra pessoa	6	4,7
Motivo pelo qual outra pessoa procurou o local		
Devido ao trabalho	3	50,0
Falta de tempo	1	16,7
Problemas com a gravidez	1	16,7
Problemas de saúde	1	16,6
Tempo entre o último aconselhamento e o primeiro acesso ao local (n = 115)		
Até 30 dias	98	85,2
De 31 dias a 90 dias	11	9,6
De 91 dias a 180 dias	3	2,6
Mais de 180 dias	3	2,6
Tempo entre o primeiro acesso e o início da prática no local (n = 126)		
Até 30 dias	121	96
De 31 dias a 90 dias	1	0,8
De 91 dias a 180 dias	3	2,4
Mais de 180 dias	1	0,8
Frequência semanal de prática de atividade física no local acessado		
Um dia	10	7,6
Dois dias	45	34,3
Três dias	40	30,5
Quatro dias	6	4,6
Cinco dias	29	22,2
Seis dias	1	0,8
Tipo de atividade física praticada no local		
Caminhada/corrída	32	24,4
Ginásticas de academia	28	21,3
Musculação	24	18,3
Dança	20	15,3
Jogos/brincadeiras	13	9,9
Pilates	6	4,6
Alongamentos	4	3,0
Andar de bicicleta	2	1,6
Hidroginástica	2	1,6
Acesso ao local público ou privado		
Privado	48	36,6
Público	83	63,4
Necessidade de pagar para frequentar o local		
Não	87	66,4
Sim	44	33,6
Pagamento pela atividade/local		
A própria pessoa	40	90,9

Continua...

Continuação de **Tabela 3** – Frequência absoluta (N) e relativa (%) das variáveis de acesso dos usuários das unidades básicas de saúde da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul que receberam aconselhamento a prática de AF (n = 248).

Variável	N	%
Outra pessoa	3	6,8
Sistema público	1	2,3
Caracterização do local		
Adequado	118	90,1
Limpo	124	94,7
Organizado	117	89,3
Coberto	91	69,4
Seguro	113	86,3
Iluminado	115	87,8
Esburacado	10	7,6
Atributos/equipamentos disponíveis		
Calçadas	37	28,2
Pista de caminhada	28	21,3
Bancos	102	77,9
Banheiros	100	76,4
Bebedouro	73	55,7
Equipamentos de ginástica	84	64,1
Colchões/colchonetas	81	61,8
Árvores	55	42,0
Brinquedos	20	15,3
Lixeiras	123	93,9
Localização da atividade/local de acesso		
Fora do bairro de residência	41	31,3
No bairro de residência	90	68,7
Existência de atividade/local para atividade física no bairro de residência		
Não	24	58,5
Sim	17	41,5
Motivo pela opção pela atividade/local fora do bairro da residência		
Era mais adequado	6	35,3
Possuía amigos nesse bairro	4	23,5
Indicação da UBS	2	11,8
Era mais barato	2	11,8
Era gratuito	2	11,8
Bom acolhimento	1	5,8

SESC = Serviço Social do Comércio; CAPS = Centro de Atenção Psicossocial

Entre aqueles que tiveram acesso, 31,3% acessaram um local fora do bairro onde residiam, sendo que entre esses indivíduos 58,5% relataram não ter um local no seu bairro. Entre as pessoas que acessaram os locais fora do seu bairro, mas, relataram ter locais para praticar AF no bairro onde residiam, pouco mais de um terço disseram que fizeram a opção por considerar o local mais adequado (35,3%) - Tabela 3.

Entre os usuários que não tiveram acesso a algum local para praticar AF, não procurar por um local após ser aconselhado foi mais relatado para justificar o não acesso (46,2%). Quando questionados sobre o motivo pelo qual não procuraram por algum local, 57,4% relataram a falta de tempo como barreira. Em contrapartida, 18,8% das pessoas que não tiveram acesso procuraram por um local, mas não conseguiram. Desses, estar em uma lista de espera foi o mais relatado como motivo para não ter conseguido o acesso (22,7%). Além disso, para 29,2% das pessoas que não tiveram acesso, a inexistência de local público adequado no bairro onde residiam foi o fator determinante, sendo que 55,9% desses indivíduos relataram que existiam locais pagos no bairro onde residiam, entretanto, esses locais eram caros (Tabela 4).

Tabela 4 – Frequência absoluta (N) e relativa (%) das variáveis de não acesso dos usuários das unidades básicas de saúde da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul (n = 248).

Variável	N	%
Motivo para não ter acesso a algum local		
Não procurou	54	46,2
Não existe local público adequado no bairro da sua casa	34	29,2
Procurou, mas não conseguiu acesso	22	18,8
Outros	7	9,8
Barreira à procura pelo local para praticar atividade física		
Falta de tempo	31	57,4
Falta de motivação	8	14,8
Problemas de saúde/doenças	5	9,4
Falta de dinheiro	2	3,8
Falta de autoestima	2	3,8
Outros	6	10,8
Barreira ao não acesso à atividade/local após procurar		
Está na lista de espera	5	22,7
Era pago	4	18,2
Era longe	3	13,6
Falta de segurança	3	13,6
O local deixou de existir	2	9,2
O local foi interditado	2	9,2
Outros	3	13,5
Existência de atividade/local pago no bairro de residência		
Existe, mas é caro	19	55,9
Não existe	11	32,3
Existe, mas não é adequado	4	11,8

Os usuários de UBS da cidade de Pelotas que foram aconselhados a praticar AF consideraram a AF como sendo muito importante para manter a saúde (97,6%). Quando questionados sobre o que acreditavam que fosse mais importante no local para facilitar o acesso,

a gratuidade do local foi considerada como a mais importante para 35,9% das pessoas (Tabela 5).

Tabela 5 – Frequência absoluta (N) e relativa (%) das variáveis sobre a importância atribuída pelos usuários das unidades básicas de saúde da cidade de Pelotas Rio Grande do Sul (n = 248).

Variável	N	%
Fator mais importante no local para facilitar o acesso à prática de atividade física (n = 242)		
Ser gratuito	87	35,9
Ser seguro	72	29,8
Ser próximo de casa	72	29,8
Ser barato	6	2,5
Outros	5	2
Importância da existência de locais adequados para a prática de atividade física (n = 247)		
Não	9	3,6
Sim	238	96,4
Necessidade de criação de mais locais públicos para a prática de atividade física		
Não	11	4,4
Sim	237	95,6
Importância da indicação do local onde praticar atividade física pelo profissional da UBS		
Não	22	8,9
Sim	226	91,1
Importância da atividade física para manter a saúde		
Não	6	2,4
Sim	242	97,6

Discussão

Pudemos observar que cerca da metade da amostra obteve êxito no acesso a locais para a AF. Apesar de ser realizado o aconselhamento, muitos não dispõem de locais, dificultando a prática de AF e a obtenção dos seus benefícios^{12, 13}. Hallal et al¹⁴, em um estudo realizado com uma população do nordeste do Brasil, mostraram o quanto a falta de acesso ao local de prática de AF esteve associada a baixos níveis de AF. Outro exemplo é demonstrado no estudo de Hino et al¹⁵, em Curitiba, Brasil, onde a proximidade com espaços de lazer está associada positivamente com o aumento da AF moderada e vigorosa. Neste sentido, destacamos que é importante que medidas sejam adotadas para aumentar o acesso da população de usuários de UBS a locais para a prática de AF. Ela é um direito social que deve ser compreendido de modo que todos tenham acesso facilitado para se beneficiar em relação à saúde.

Os resultados apresentados mostraram importantes prevalências de diagnósticos de doenças, de tabagistas, de pessoas com índice de massa corporal elevado e de inativos no lazer. Essas características eram esperadas,

devido ao perfil das pessoas que buscam o atendimento na APS¹⁶. Consideramos que as características socioeconômicas e demográficas dos usuários das UBS estudadas foram condizentes com as encontradas em outros estudos com populações semelhantes^{5,16,17}. Essas características podem estar associadas ao desfecho do estudo. Nesse sentido, discute-se a importância da igualdade de acesso e da disponibilidade de locais adequados de modo que pessoas, mesmo vivendo em bairros periféricos e em condições de vulnerabilidade, desfrutem de ser ativas.

Embora uma diversidade de locais tenha sido relatada pelos entrevistados para o acesso à prática de AF, entre os quais as academias privadas, os locais públicos tais como as praças e as calçadas/avenidas foram os mais destacados. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, indicam incentivo à prática de AF por meio de programas públicos. Entretanto, somente 2,7% dos adultos brasileiros participam de programas de incentivo a prática de AF¹⁸. Silva et al³, em relação ao acesso aos locais para prática de AF conhecidos como academias de ginástica, afirmam sobre a “Hipótese da Equidade Inversa”, havendo uma proliferação desses espaços enquanto as condições socioeconômicas da maioria da população não possibilitam o acesso devido aos custos. Acreditamos que praticar AF em locais de acesso público pode fazer com que os indivíduos permaneçam mais tempo engajados, resultado demonstrado em estudo Norte-americano¹⁹. Dessa maneira, incentivar a prática de AF em locais públicos pode ser uma estratégia mais eficiente para profissionais da APS e de melhor resultado em termos de acesso para esta população estudada.

Trapé et al²⁰ observa que as condições socioeconômicas mais favoráveis estão associadas a adesão a prática de AF. Nesse sentido, apenas a informação acerca da importância da AF não é suficiente para que ocorra mudança de comportamento, disseminando uma ideia de “culpabilização da vítima”, onde o indivíduo é o único responsável por seu estilo de vida inativo. O estilo de vida depende de questões amplas, como transformações sociais²⁰.

Assim, é importante que sejam reconhecidas as desigualdades sociais existentes de modo a agir no sentido do acesso equitativo à prática de AF, visto que apenas políticas públicas adequadas podem modificar esse cenário³. No entanto, apesar do progresso positivo das políticas sociais brasileiras, que auxiliam a prática de AF de grupos sociais com menos acesso às práticas de

promoção a saúde, se observa políticas de congelamento orçamentário, afetando ações de assistência, como programas de AF²¹.

Apesar da importância do acesso a locais públicos, encontrada no estudo, se observou baixa prevalência de indicação por parte do profissional da UBS sobre o local ao qual acessar, apesar dos usuários considerarem isso como sendo importante e, em grande maioria, acessarem o local quando indicado. Com isso, considerando a percepção dos usuários em relação a necessidade de receber informações acerca dos locais para o qual acessar, é importante que se aumente esse tipo de informação durante o aconselhamento. Considerando que, em geral, as UBS possuem mapas adstritos, é interessante que sejam utilizadas ferramentas, tais como aplicativos de mapeamento e mapas dos locais públicos próximos para facilitar esse tipo de recomendação profissional.

Outro resultado encontrado mostrou que quem não acessou, muitas vezes sequer procurou por algum local para praticar AF, sendo que a falta de tempo foi muito relatada como empecilho. Por outro lado, se percebe que fatores como a falta de um local público adequado e a existência apenas de local pago, mas caro, impossibilitou o acesso para muitas pessoas que buscaram algum local. Gomes et al¹, em relato com mulheres usuárias da APS, apresentou resultados semelhantes aos do presente estudo. A falta de segurança e a falta de locais adequados (por geralmente serem locais improvisados como ruas próximas, salões de igrejas e centros comunitários, que não dispõem de infraestrutura para a AF), foram fatores que dificultaram o acesso a prática de AF.

Entre as medidas que se pode adotar para facilitar o acesso, tendo em conta a opinião dos usuários que consideraram a existência de locais para a prática de AF importante e acreditavam ser necessário a criação de mais locais de acesso público, sugere-se a abertura das quadras esportivas de escolas públicas (municipais, estaduais e federais) durante o período dos finais de semana para a utilização por parte da comunidade adstrita, por serem locais que geralmente possuem quadras esportivas, materiais esportivos e podem apresentar maior segurança. Outra opção é o investimento público na construção de mais parques com quadras esportivas, a manutenção e a construção de ciclovias, ciclofaixas e avenidas, além da segurança desses locais de modo a possibilitar o aumento da prática de AF por parte da população em vulnerabilidade. A relevância dos pontos destacados é demonstrada por um estudo com dados de cidades latino-americanas, onde se observou a im-

portância dos locais de acesso público para a prática de AF²².

O estudo apresenta como ponto positivo o fato de ter pesquisado usuários de UBS que foram aconselhados à prática de AF, de todos os bairros da cidade de Pelotas. Podemos citar como limitação o fato de não ter conseguido finalizar as entrevistas devido a pandemia de COVID-19. No entanto, as UBS em que não foi possível entrevistar os usuários estavam dispersas pela cidade, não caracterizando perda em um local único da zona urbana do município, o que poderia de alguma forma enviesar os achados do estudo.

Concluímos que, apesar dos usuários de UBS considerarem a AF como importante fator para a manutenção/melhora da saúde e apesar de terem recebido aconselhamento para a prática de AF, o acesso a locais de prática mostrou baixa prevalência. Adicionalmente, o estudo mostrou que os locais públicos foram os mais acessados, e, portanto, devem ser qualificados e preparados para atender essa demanda. Sugerimos que quando realizado o aconselhamento, seja feito um encaminhamento para algum local público de mais fácil acesso e próximo do local de moradia.

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

Financiamento

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Contribuição dos autores

Kohn ER, participou da concepção inicial do estudo, redação e coleta de dados. Häfele V, participou da redação do estudo e revisão do texto. Siqueira FV, participou da concepção inicial do estudo, redação do estudo e revisão do texto.

Referências

1. Gomes GAO, Papini CB, Nakamura PM, Teixeira IP, Kokubun E. Barreiras para prática de atividade física entre mulheres atendidas na Atenção Básica de Saúde. Rev Bras de Ciênc Esporte. 2019;41(3):263-70.
2. Queiroga MR, Ferreira SA, Boneti MD, Tartaruga MP, Coutinho SS, Cavazzoto TG. Caracterização do ambiente físico e prática de atividades físicas em unidades básicas de saúde de Guarapuava, Paraná, 2011-2012. Epidemiol Serv Saude. 2016;25(4):827-36.
3. Silva IC, Knuth AG, Mielke GI, Loch MR. Promoção de atividade física e as políticas públicas no combate às desigualdades: reflexões a partir da Lei dos Cuidados Inversos e Hipótese da Equidade Inversa. Cad. Saúde Pública. 2020;36(6):1-10.

4. Silva IC, Mielke GI, Nunes BP, Böhm AW, Blanke AO, Nachtigall MS, et al. Espaços públicos de lazer: distribuição, qualidade e adequação à prática de atividade física. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2015;20(1):82.
5. Häfele V, Siqueira FV. Aconselhamento para atividade física e mudança de comportamento em Unidades Básicas de Saúde. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2016;21(6):581-92.
6. IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência. 2021. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/pelotas.html> > [2021 Novembro].
7. IBGE. Urbanização de vias públicas: Censo Demográfico 2010. 2010. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/pelotas/panorama> > [2021 Novembro].
8. Brasil, Ministério da Saúde. Avaliação de efetividade de programas de educação física no Brasil. Brasília; 2013. [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 182 p. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_efetividade_programas_atividade_fisica.pdf > [2021 Novembro].
9. WHO, World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Disponível em: < <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63854> >. [2020 Agosto].
10. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Fis Saude*. 2012;6(2):5-18.
11. WHO, World Health Organization. Physical Activity Guidelines for Americans – 2nd edition. Disponível em: < https://health.gov/sites/default/files/201909/Physical_Activity_Guidelines_2nd_edition_Presentation.pdf >. [2020 Agosto].
12. Warburton DER, Bredin SSD. Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews. *Current Opinion in Cardiology*. 2017;32(0):1-16.
13. Dart H, Nguyen N, Colditz GA. Physical activity and chronic disease prevention. *Springer*. 2016;163-79.
14. Hallal PC, Reis RS, Parra DC, Hoehner C, Brownson RC, Simões EJ. Association between perceived environmental attributes and physical activity among adults in Recife, Brazil. *J Phys Act Health*. 2010;7(2):213-22.
15. Hino AAF, Rech CR, Gonçalves PB, Reis RS. Acessibilidade a espaços públicos de lazer e atividade física em adultos de Curitiba, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2019; 35(12):1-12.
16. Guibu IA, Moraes JC, Junior AAG, Costa EA, Acurcio FA, Costa KS, et al. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017;51(2):1-13.
17. Siqueira FV, Nahas MV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Tomasi E, et al. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2019;25(1):203-13.
18. IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 113p. Disponível em: < <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf> > [2021 Novembro].
19. Silva M, Cashman S, Kunte P, Candib LM. Improving population health through integration of primary care and public health: providing access to physical activity for community health center patients. *Am J Public Health*, 2012;102(11):56-612.
20. Trapé AA, Marques RFR, Lizzi EAS, Yoshimura FE, Franco LJ, Zago AS. Associação entre condições demográficas e socioeconômicas com a prática de exercícios e aptidão física em participantes de projetos comunitários com idade acima de 50 anos em Ribeirão Preto, São Paulo. *Rev Bras de Epidemiol*. 2017;20(2):355-67.
21. Mielke GI, Malta DC. Avaliação e futuro do Programa Academia da Saúde. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2020;25:e014.
22. Salvo D, Sarmiento OL, Reis RS, Hino AAF, Bolivar MA, Lamoine PB, et al. Where Latin Americans are physically active, and why does it matter? Findings from the IPEN-adult study in Bogota, Colombia; Cuernavaca, Mexico; and Curitiba, Brazil. *Prev Med*. 2017;103:1-17.

Recebido: 19/11/2020
Aprovado: 18/05/2022

Como citar este artigo:

Kohn ER, Häfele V, Siqueira FV. Acesso a locais para a prática de atividade física entre usuários de Unidades Básicas de Saúde. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2022;27:e0259. DOI: 10.12820/rbafs.27e0259