

Atividade física em mulheres de baixa renda na atenção primária

Physical activity in low income women in primary care

Marcus de Almeida Gomes^{1,2}
 Maria de Fátima da Silva Duarte^{1,3}
 Jacemile da Silva Pereira⁴ Rosane
 Carla Rosendo da Silva¹
 Geiza Pimentel Pinto⁴

¹Programa de Pós-graduação em Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Desportos.

²Laboratório de Orientação em Atividade Física e Saúde (CDS/UFSC). Bolsista FAPESB.

³Bolsista PQ/CNPQ.

⁴Universidade do Estado da Bahia. Linha de Estudo, Pesquisa e Extensão em Atividade Física – LEPEAF.

Resumo

As marcantes diferenças econômicas, sociais e culturais identificadas por todo mundo são fatores limitantes, complexos e desafiadores na saúde pública, nas estratégias de mudança de comportamento. A oportunidade de acesso e as condições de escolha para uma vida saudável, a exemplo da possibilidade do indivíduo se tornar ativo fisicamente, são restritas a determinados grupos. A partir de um estudo transversal com adultas entre 20 e 65 anos, este estudo teve como objetivo identificar as prevalências dos estágios de mudança de comportamento para atividade física (EMCAF), e a associação dos comportamentos inativo (pré-contemplação e contemplação) e irregularmente ativo (preparação) com variáveis sócio-demográficas e de saúde em 467 mulheres de baixa renda. Baixa renda familiar *per capita* menor ou igual a quatrocentos reais foi o parâmetro a ser considerado, na cidade de Guanambi, Bahia, Brasil, 2007. Do total da amostra a maioria das mulheres era jovem, com idade entre 20 a 35 anos (50,96%), casadas (49,0%), com baixa escolaridade (52,24%), eutrófica (58,42%) e inativa fisicamente no lazer (58,88%). As prevalências dos EMCAF encontradas foram as seguintes: 37,3% no estágio de pré-contemplação, 24,0% no de contemplação, 19,7% no de preparação, 8,1% no de ação e 10,9% no de manutenção. O comportamento inativo (61,3%) esteve associado às mulheres com idades elevadas, com baixa escolaridade, eutróficas e inativas no lazer.

Palavras-chave: Atividade Física; Estágios de Mudança; Mulheres; Condição socioeconômica; Atenção primária.

Endereço para Correspondência

Marcus de Almeida Gomes
 Universidade do Estado da Bahia
 Departamento de Educação
 Campus XII
 Campus Universitário
 Avenida Universitária Vanessa Cardoso e
 Cardoso, s/nº
 Bairro Ipanema
 Guanambi, Bahia
 CEP 46430-000
 Fone (77) 3451-1535
 e-mail: marcius_lepeaf@hotmail.com

- Recebido: 5/7/2010
- Re-submissão: 7/9/2010
- Aceito: 17/9/2010

Abstract

The relevant cultural, social and economical differences identified in the world are limiting, complex and challenging points to the behavior changing strategies in the public health system. The opportunity to access and the choosing conditions to a healthy life, in order to grant the individual with the possibility of becoming physically active, are restrict to certain groups. From a cross-sectional study with 467 females from 20 to 65 years old, this study aimed to identify the prevalence in the behavior changing stages to physical activity (BCSPA) and the association of inactive behavior (pre-contemplation and contemplation) and irregularly active one (preparation) upon health and social-demographic variables in low income women (*per capita* family income lower or equal to four hundred reais) attended in the primary care services, in the city of Guanambi, Bahia, Brasil, 2007. From the total sample the majority were women, young ones, between 20 and 35 years old (50,96%), married ones (49,0%), low education (52,24%), eutrophic (58,42%), and physically inactive in leisure (58,88%). The prevalence of the BCSPA found were the following: 37,3% in the pre-contemplation stage, 24,0% in the contemplation stage, 19,7% in the preparation stage, 8,1% in the action stage, and 10,9% in the maintenance one. The inactive behavior (61,3%) were associated to high-aged women, with low education, eutrophic and inactive in leisure.

Keywords: Physical activity; Changing Stages; Women; Social-economic condition; Primary Care.

INTRODUÇÃO

A mudança e adoção de comportamentos saudáveis estão relacionados a múltiplos fatores, sejam estes econômicos, sociais, políticos, culturais, étnicos ou ambientais.

Iniciativas para o aumento do comportamento ativo fisicamente têm sido disseminadas por diversos países, como estratégia de melhoria das condições de vida, e também para o controle e prevenção de doenças¹.

As diferenças econômicas, sociais e culturais marcantes identificadas por todo mundo são fatores limitantes, complexos e desafiadores para as estratégias de mudança de comportamento na saúde pública. A oportunidade de acesso e as condições de escolha para uma vida saudável, a exemplo da possibilidade do indivíduo tornar-se ativo fisicamente, são restritas a determinados grupos.

Estudos que investigam a relação da atividade física com variáveis socioeconômicas afirmam que o alto nível de atividade física estão fortemente associados às populações com estrato socioeconômico elevado^{2,3,4}. Alguns autores reconhecem que existem determinados grupos mais vulneráveis ao comportamento sedentário, com prevalências mais elevadas entre as mulheres^{5,6}, nas populações com baixa escolaridade^{7,8} e com baixa condição econômica^{7,9,10,11}.

A vulnerabilidade destes subgrupos da sociedade ao comportamento inativo e a outros fatores de risco a saúde remete à necessidade de identificação e/ou elaboração de estratégias e de metodologias específicas de incentivo, não só para a prática de atividade física, como também, para adoção de outros hábitos saudáveis.

Para o aumento da atividade física e melhoria da saúde, o processo de aconselhamento^{11,12,13} e a utilização de teorias comportamentais se apresentam como alternativas para intervenção individual e comunitária^{12,13,14,15,16,17}.

A partir da década de 90¹⁸, o *Modelo Transteorético* (TTM) ou modelo dos estágios de mudança de comportamento¹⁹ tem sido utilizado em programas de intervenção e tem contribuído de forma positiva, apesar de inúmeras inconsistências quanto a sua forma de aplicação e de desenvolvimento em alguns estudos²⁰.

Com estratégias baseadas em importantes constructos da teoria cognitiva social e da teoria da aprendizagem, os estágios de mudança de comportamento para atividade física (EMCAF) caracterizam-se por assumir em sua concepção fatores cognitivos, sociais e do meio ambiente e estão definidos em cinco estágios: a) pré-contemplação (não pratica atividade física regular e nem tem a intenção de praticar nos próximos seis meses); b) contemplação (não pratica atividade física regular, mas tem a intenção de praticar nos próximos seis meses); c) preparação (pratica atividade física regular ocasionalmente); d) ação (pratica atividade física regular há menos de seis meses) e e) manutenção (pratica atividade física regular há mais de seis meses)¹⁵. Os estágios estão distribuídos de forma circular e não linear, com possibilidade de recaídas e retornos em qualquer estágio. A sua aplicação consiste em identificar os hábitos atuais e/ou a intenção de mudança no futuro próximo para a prática da atividade física, apresentando estratégias específicas para cada estágio de comportamento²¹.

No Brasil, a utilização do EMCAF tem acontecido por meio de estudos transversais^{22,23,24} ou de intervenção¹⁶, com poucas publicações. Dessa forma, diante da efetividade comprovada e da carência de metodologias para intervenções da atividade física na saúde pública no Brasil, a sua incorporação parece ser uma alternativa para este contexto.

Portanto, como parte de um modelo lógico de intervenção, para promoção da atividade física²⁵ na atenção básica, o presente estudo tem como objetivo identificar as prevalências dos EMCAF, e a associação dos comportamentos considerados inativos (estágios de pré-contemplação e contemplação) e irregularmente ativo (estágio de preparação) com variáveis sócio-demográficas e de saúde em mulheres de baixa renda, da cidade de Guanambi, Bahia, Brasil.

METODOLOGIA

Os dados do presente trabalho fazem parte de estudo transversal, de base populacional domiciliar, realizado com adultos com idade entre 20 e 65 anos residentes nas áreas de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) na cidade de Guanambi (BA), Brasil, no ano de 2007. Os procedimentos de coleta de dados e aplicação do estudo foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, sob protocolo nº733/2010. Informações mais detalhadas sobre o procedimento de coleta e os instrumentos utilizados no estudo transversal estão presentes em Gomes et al.⁸.

Guanambi é um município de médio porte, com cerca de 1260 km², localizado no centro sul baiano, aproximadamente a 780 km da capital (Salvador), tendo como base econômica a indústria e a pecuária. A população residente é de aproximadamente 72 mil habitantes, com uma expectativa de vida de 67 anos. A principal causa de mortalidade em adultos está relacionada às complicações no aparelho circulatório (27,3%)²⁶. A prevalência de inatividade física em ambos os sexos é de 51,1%⁸.

Para o cálculo da amostra domiciliar tomou-se como base a população finita de 38.567 adultos residentes em Guanambi/BA, com idade entre 20 e 65 anos²⁶, para uma estimativa de prevalência de inatividade física de 45% e de erro amostral de três pontos percentuais, com nível de significância de 95%.

Para escolha da amostra foi realizado o procedimento aleatório em estágios múltiplos. Depois da identificação da área de abrangência da regional de saúde foram sorteados o setor, a rua e o lado de entrada de entrevistadores para início da coleta de dados. Os domicílios foram escolhidos a partir do critério de alternância, casa sim, casa não, sendo entrevistados todos os adultos encontrados em domicílio, em única visita⁸.

Considerando as perdas e recusas (domiciliar e individual) a representação da população por domicílio ficou composta por 711 adultos, sendo 167 (23,5%) homens e 544 (76,5%) mulheres, distribuídos pelas áreas da ESF pesquisadas.

A partir da amostra domiciliar, das 544 mulheres foram então selecionadas para este estudo as que possuíam renda familiar *per capita* menor ou igual a R\$400,00 (quatrocentos reais), perfazendo assim um total de 467 mulheres. A renda familiar *per capita* foi identificada pela razão entre o valor da renda familiar líquida do mês anterior à entrevista e o número de pessoas que dependiam desta renda.

A aplicação dos instrumentos em domicílio aconteceu em diferentes horários, em forma de entrevista, com duração em torno de 10 a 20 minutos, em local reservado da residência.

A coleta de campo foi realizada entre os meses de março a maio de 2007, com a participação de 20 entrevistadores, de ambos os sexos, estudantes de Educação Física, que trabalharam em duplas (casal). Para aplicação do questionário estruturado e para treinamento/padronização das medidas antropométricas, os entrevistadores foram submetidos a treinamento de sete dias, com aplicação de estudo piloto.

Como variável dependente do estudo utilizou-se os estágios demanda de comportamento para atividade física (EMCAF)²⁷.

Para a identificação dos EMCAF²⁷ aplicou-se a seguinte afirmação: "Consideram-se fisicamente ativa as pessoas que acumulam pelo menos 30 minutos de atividade física diária, em cinco ou mais dias da semana, que podem ser contínuos (1x30 min) ou acumulados (2x15 min ou 3x10 min) com intensidade moderada ou vigorosa"¹, seguida da pergunta: Em relação aos seus hábitos de prática de atividade física, você diria que: "é fisicamente ativa há mais de seis meses" (manutenção); "é fisicamente ativa a menos de seis meses" (ação); "não é fisicamente ativa, mas pretende se tornar ativo nos próximos 30 dias" (preparação); "não é fisicamente ativa, mas pretende se tornar ativo nos próximos seis meses" (contemplação); e "não é fisicamente ativa, e não pretende se tornar ativo nos próximos seis meses" (pré-contemplação).

Como variáveis independentes utilizou-se: a) faixa etária em anos completos (20-35; 36-50; 51-65), b) massa corporal (kg) e estatura (metros), c) classificação da obesidade (eutrófico <25,0; excesso de peso ≥25,0) a partir do cálculo do IMC (índice de massa corporal), d) estado civil (casada; solteira e outros), e) escolaridade em anos de estudo (≤4 anos; de 5 a 8 anos; e >8 anos), e f) escore de atividade no lazer (ativo ≥2,50 e inativo <2,50). Os procedimentos de medidas foram realizados por um mesmo avaliador, em domicílio, ao final das entrevistas, estando os indivíduos descalços e livres de roupas pesadas. O escore de atividade física no lazer foi determinado por meio do domínio de lazer do questionário de Baecke et al.²⁸, considerando os 1º e 2º quartis (escore <2,50) como inativo, e do 3º e 4º quartis como ativo (escore ≥2,50).

Para associação das variáveis aos EMCAF foi utilizada a análise descritiva (distribuição de frequências simples e percentuais). As variáveis contínuas (idade, IMC e escore de atividade física no lazer) foram comparadas por meio do Teste *t* de Student para amostras independentes, e para as variáveis categóricas aplicou-se o teste do Q-quadrado (χ^2) e a regressão logística binária.

Para aplicação da regressão logística binária os EMCAF foram dicotomizados constituindo quatro modelos de análise como seguem: (Modelo 1) pré-contemplação com as categorias superiores; (Modelo 2) contemplação com as categorias superiores; (Modelo 3) preparação com as categorias superiores e (Modelo 4) não praticam (estágios de pré-contemplação e contemplação) com os que praticam irregularmente ou regularmente (estágios de preparação, ação e manutenção). Os modelos propostos fixaram os estágios onde as mulheres apresentavam o comportamento inativo (estágios de pré-contemplação e/ou contemplação) ou irregularmente ativo (estágio de preparação). As categorias inferiores daquela que foram fixadas nos modelos 2, 3 e 4 foram retiradas da análise. Aplicou-se como medida de efeito a razão de Odds (OR), com seus intervalos de confiança (95%). Todas as variáveis foram mantidas no modelo ($p \leq 0,20$) e ajustadas seguindo a ordem de entrada dos dois níveis (sócio-demográfica e de saúde).

O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$. Os dados foram organizados na planilha Excel versão XP, e analisados no pacote estatístico SPSS versão 12.0.

A pesquisa seguiu os critérios definidos pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) de forma a proteger a privacidade dos indivíduos e garantir a participação anônima e voluntária, com a assinatura pelos participantes do termo de consentimento livre e esclarecido no momento da entrevista.

RESULTADOS

A tabela 1 apresenta a caracterização das mulheres de Guanambi, (BA) pertencentes às áreas de abrangência da ESF quanto a renda familiar *per capita* e as outras variáveis sócio-demográficas e de saúde.

Entre as mulheres com baixa renda ($n=467$), a maioria era jovem com idade entre 20 e 35 anos (51,0%), casada (49,0%), com menos de cinco anos de estudo (52,24%), eutrófica (58,42%) e inativa fisicamente no lazer (58,90%).

As prevalências dos EMCAF (estágios) encontradas foram as seguintes: 37,3% não praticam atividade física regular e nem tem a intenção de praticar nos próximos seis meses (pré-contemplação), 24,0% não praticam atividade física regular, mas tem a intenção de praticar nos próximos seis meses (contemplação), 19,7% praticam atividade física regular ocasionalmente (preparação), 8,1% praticam atividade física regular a menos de seis meses (ação); e 10,9% praticam atividade física regular há mais de seis meses (estágio de manutenção).

A relação dos EMCAF com outras variáveis (valores percentuais) em mulheres de baixa renda ($n=467$) está apresentada na tabela 2.

Para a relação entre as prevalências dos EMCAF e as variáveis sócio-demográficas e de saúde identificou-se associação para a escolaridade, classificação da obesidade e atividade física de lazer (Tabela 2).

A tabela 3 apresenta a razão de Odds (OR) e os intervalos de confiança para os quatro modelos de análise dos EMCAF associados às variáveis sócio-demográficas e de saúde.

Para à faixa etária, as mulheres com idade entre 51 a 65 anos apresentaram duas vezes mais chance de não serem fisicamente ativas, e não pretenderem se tornar ativas nos próximos seis meses (OR=2,03; IC95%: 1,24-3,33) quando comparadas às outras faixas etárias (Modelo 1).

O estado civil não explicou a relação dos EMCAF para os quatro modelos.

Quanto à escolaridade, as mulheres com mais tempo de escolaridade (> 8 anos) apresentaram menor chance de estarem no estágio de pré contemplação (não são fisicamente ativas, e nem pretendem se tornar ativas nos próximos seis meses) (Modelo 1) (OR=0,46; IC95%:0,28-0,75).

Já as mulheres com excesso de peso apresentaram menos chance de estarem com comportamento inativo, estágios de pré contemplação e de contemplação, quando comparadas as eutróficas, como observado no Modelo 1 (OR=0,40; IC95%: 0,26-0,63) e Modelo 4 (OR=0,43; IC95%:0,28-0,65).

Quanto à atividade física no lazer, as mulheres ativas aumentam a chance de estarem nas categorias superiores, com a intenção de mudança (Modelo 2; OR=0,41; IC95%:0,24-0,69) ou de apresentar comportamento irregularmente ativo (Modelo 3; OR=0,28; IC95%:0,15-0,55) ou regularmente ativo (Modelo 4; OR=0,51; IC95%:0,34-0,76).

DISCUSSÃO

A proposta deste estudo foi determinar as prevalências dos EMCAF e identificar a associação dos comportamentos inativos (estágios de pré-contemplação e contemplação) e irregularmente ativo (estágio de preparação) com as variáveis sócio-demográficas e de saúde em mulheres de baixa renda atendidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) na cidade de Guanambi, Bahia, Brasil.

A prevalência do comportamento regularmente ativo fisicamente nas mulheres de baixa renda (ação e manutenção) foi de 19,0% ($n=89$) e de inativas foi de 61,3% ($n=186$). A maio-

Tabela 1

Caracterização das mulheres pertencentes às áreas de abrangência da ESF, Guanambi (BA), Brasil, 2007

Variáveis	Renda familiar <i>per capita</i> (em salário mínimo)		p-valor
	≤R\$ 400,00 (n=467)	> R\$400,00 (n=77)	
	média ± DP	média ± DP	
Idade ¹	37±13	38±11	0,562
IMC ¹	24,66±4,92	26,06±5,86	0,025*
Escore da Atividade Física no Lazer ¹	2,48±0,67	2,41±0,58	0,383
	% (n)	% (n)	
Estágios de Mudança ²			
Pré-contemplação	37,3 (174)	27,3 (21)	
Contemplação	24,0 (112)	31,1 (24)	
Preparação	19,7 (92)	23,4 (18)	0,419
Ação	8,1 (38)	6,5 (5)	
Manutenção	10,9 (51)	11,7 (9)	
Faixa Etária ²			
20 a 35 anos	51,0 (238)	45,5 (35)	
36 a 50 anos	29,5 (138)	37,7 (29)	0,359
51 a 65 anos	19,5 (91)	16,8 (13)	
Estado Civil ²			
Solteira	39,2 (183)	18,2 (14)	
Casada	49,0 (229)	68,8 (53)	<0,001*
Outros	11,8 (55)	13,0 (10)	
Escolaridade ²			
≤ 4 anos	52,2 (244)	20,8 (16)	
De 5 a 8 anos	17,4 (81)	20,8 (16)	<0,001*
>8 anos	30,4 (142)	58,4 (45)	
Classificação da Obesidade ²			
Eutrófico	58,4 (267)	50,6 (39)	
Excesso de Peso	41,6 (190)	49,4 (38)	0,125
Atividade Física no Lazer ²			
Inativa	58,9 (275)	67,5 (52)	0,169

Tabela 2

Relação dos estágios de mudança de comportamento para atividade física (EMCAF) e as variáveis sócio-demográficas e de saúde em mulheres de baixa renda pertencentes às áreas de abrangência da ESF, Guanambi (BA), Brasil, 2007

Variáveis	n	Pré-contemplação (PreC)	Contemplação (Cont)	Preparação (Prep)	Ação (Aça)	Manutenção (Mant)	p-valor*
Total da amostra	467	%	%	%	%	%	
Idade (anos)							
20 a 35 anos	238	31,5	26,9	20,2	8,4	13,0	
36 a 50 anos	138	39,9	22,5	22,5	6,5	8,6	0,030†
51 a 65 anos	91	48,4	18,7	14,3	9,9	8,7	
Estado Civil							
Solteira	183	39,3	20,8	19,7	7,1	13,1	
Casada	229	33,2	28,4	21,0	7,0	10,4	0,069*
Outros	55	47,3	16,4	14,5	16,4	5,4	
Escolaridade (anos de estudo)							
1 a 4 anos	244	44,3	18,4	21,3	7,0	9,0	
5 a 8 anos	81	38,3	29,6	13,6	11,1	7,4	0,002*
> 8 anos	142	24,6	30,3	20,4	8,5	16,2	
Classificação da Obesidade							
Eutrófica	267	42,7	24,7	16,5	4,9	11,2	
Excesso de Peso	190	29,5	23,2	23,7	12,6	11,0	0,002*
Atividade Física de Lazer							
Inativa	275	40,0	28,4	20,4	4,4	6,8	
Ativa	192	33,3	17,7	18,8	13,5	16,7	<0,001*

* valor de p no teste χ^2 para razão de verossimilhança† valor de p no teste χ^2 para linearidade

Tabela 3

Razão de Odds (OR) e intervalo de confiança de 95% dos estágios de mudança de comportamento para atividade física e exercício (EMCAFE) associados as variáveis sócio-demográficas e de saúde em mulheres de baixa renda pertencentes às áreas de abrangência da ESF, Guanambi (BA), Brasil, 2007

Variáveis	Modelo 1 PreC x Cat. Sup.			Modelo 2 Cont x Cat. Sup			Modelo 3 Prep x Cat. Sup			Modelo 4 PreC/Cont x Cat. Sup.	
	%	OR	(IC 95%)	%	OR	(IC 95%)	%	OR	(IC 95%)	%	OR
Idade (anos)											
20 a 35 anos	31,5	1,00	-	39,3	1,00	-	48,5	1,00	-	58,4	1,00
36 a 50 anos	39,9	1,44	(0,93-2,23)	37,3	0,92	(0,53-1,59)	59,6	1,56	(0,79-3,09)	62,3	1,18
51 a 65 anos	48,4	2,03	(1,24-3,33)	36,2	0,88	(0,45-1,72)	43,3	0,81	(0,36-1,85)	67,0	1,45
	$\chi^2=8,550; p=0,014$			$\chi^2=0,185; p=0,911$			$\chi^2=2,498; p=0,287$			$\chi^2=2,161; p=0,339$	
Estado Civil											
Solteira	39,3	1,00	-	34,2	1,00	-	49,3	1,00	-	60,1	1,00
Casada	33,2	0,68	(0,45-1,03)	42,5	1,48	(0,87-2,50)	54,5	1,13	(0,59-2,18)	61,6	1,01
Outros	47,3	1,06	(0,56-2,01)	31,0	0,94	(0,36-2,43)	40,0	0,65	(0,21-1,96)	63,6	1,02
	$\chi^2=4,323; p=0,115$			$\chi^2=2,559; p=0,278$			$\chi^2=1,492; p=0,474$			$\chi^2=0,242; p=0,886$	
Escolaridade											
1 a 4 anos	44,3	1,00	-	33,1	1,00	-	57,1	1,00	-	62,7	1,00
5 a 8 anos	38,3	0,91	(0,53-1,55)	48,0	1,80	(0,91-3,57)	42,3	0,50	(0,20-1,25)	54,9	1,38
> 8 anos	24,6	0,46	(0,28-0,75)	40,0	1,42	(0,81-2,50)	45,3	0,60	(0,29-1,21)	61,2	0,80
	$\chi^2=14,816; p=0,001$			$\chi^2=3,717; p=0,156$			$\chi^2=2,986; p=0,225$			$\chi^2=4,117; p=0,128$	
Classificação da Obesidade *											
Eutrófico	42,7	1,00	-	43,1	1,00	-	50,6	1,00	-	67,4	1,00
Excesso de Peso	29,5	0,40	(0,26-0,63)	32,8	0,62	(0,37-1,04)	50,0	0,90	(0,48-1,69)	39,4	0,43
	$\chi^2=8,308; p=0,004$			$\chi^2=3,207; p=0,073$			$\chi^2=0,006; p=0,939$			$\chi^2=10,225; p=0,001$	
Atividade de Lazer											
Ativa	33,3	0,78	(0,51-1,17)	26,6	0,41	(0,24-0,69)	38,3	0,28	(0,15-0,55)	51,0	0,51
Inativa	40,0	1,00	-	47,3	1,00	-	64,4	1,00	-	68,4	1,00
	$\chi^2=2,150; p=0,143$			$\chi^2=13,093; p\leq 0,001$			$\chi^2=12,286; p=0,001$			$\chi^2=14,292; p\leq 0,001$	

Valores perdidos para o IMC foi de 2,1% (10.); PreC=pré-contemplação; Cont=contemplação; Prep=preparação; Cat. Sup= categorias superiores (quando comparado ao estágio de pior comportamento)

ria da amostra encontrava-se nos estágios de pré-contemplação (37,3%) e contemplação (24%).

Estes valores são próximos aos achados no primeiro estudo de base populacional realizado no Brasil sobre os EMCAF e fatores associados, onde 52,5% das mulheres da amostra apresentaram comportamento inativo. Com relação à distribuição dos EMCAF em mulheres, Dumith et al. encontraram os seguintes percentuais: 37,7% pré-contemplação (PreC), 14,8% contemplação (Cont), 21,7% preparação (Prep), 6,2% ação (Aca) e 19,6% manutenção (Mant). Apesar dos resultados semelhantes, a população do referente estudo era composta na sua maioria por mulheres (56,05%) e apenas 27,93% pertenciam à classe econômica baixa²³.

Prevalências superiores foram encontradas em estudo realizado na Colômbia, onde 41% dos indivíduos apresentaram um comportamento regularmente ativo (estágios de ação e manutenção). A maioria das mulheres (77%) apresentou comportamento inativo ou irregularmente ativo, com prevalência mais elevadas para o estágio de pré-contemplação²⁹.

Resultados contrários são observados em países desenvolvidos^{27,30,31,32} onde a maioria da população encontra-se nos estágios superiores de mudança de comportamento (preparação, ação ou manutenção). Na Austrália, Booth e colaboradores³¹ verificaram que a maioria das mulheres (51,2%) praticava atividade física regularmente nos últimos seis meses ou há mais de seis meses.

Os resultados destes estudos^{27,30,31,32} reforçam que a condição de desenvolvimento do país e os investimentos em saúde pública, relativo às políticas de promoção da saúde influenciam positivamente na percepção e na mudança do comportamento da população. Ao mesmo tempo em que a boa condição econômica e alto nível de escolaridade^{23,24} não são suficientes para reforçar a percepção e a mudança posi-

tiva, são necessárias políticas de incentivo e de acesso a ambientes saudáveis nos diferentes grupos populacionais.

Para a relação entre as prevalências dos EMCAF e as variáveis sócio-demográficas e de saúde, identificou-se associação para a faixa etária, escolaridade, classificação da obesidade e atividade física de lazer.

As mulheres com idade entre 51 e 65 anos encontram-se mais presentes no estágio de pré-contemplação (48,4%). Nota-se que quanto melhor o EMCAF menor a participação desta faixa etária. Apesar de os estudos reforçarem a relação da idade mais avançada com a inatividade física no tempo de lazer^{6,7,9}, para os EMCAF os resultados são divergentes e não estão claros^{23,31}.

A escolaridade (em anos de estudo) apresentou uma relação linear e inversa para o estágio de pré-contemplação, na qual as mulheres com maior nível de escolaridade apresentaram menor probabilidade de não praticarem atividade física regular e nem tem a intenção de praticar nos próximos seis meses (PreC). Para o excesso de peso e a inatividade física no lazer também foram observadas as maiores prevalências nas mulheres que se apresentavam no estágio de pré-contemplação.

Para inatividade física no lazer e o excesso de peso, em relação aos EMCAF, os resultados mostraram que quanto melhor o estágio de comportamento menor as prevalências de excesso de peso e de inatividade física do lazer. Entre as mulheres que estavam com o comportamento inativo fisicamente (PreC e Cont) a maioria apresentava excesso de peso (52,7%) e era inativas no lazer (51%) (Tabela 2).

Alguns estudos analisaram a associação positiva entre o excesso de peso e inatividade física em mulheres^{5,33,34}. No estudo de Gigante e colaboradores³⁴ as mulheres inativas apresentaram quase três vezes mais chance de estarem com

obesidade quando comparadas as que praticavam exercícios.

As características do perfil da amostra deste estudo, têm apresentado associações com a inatividade física no lazer, onde as maiores prevalências estão mais presentes em pessoas com nível educacional mais baixo⁷, de menor nível socioeconômico e em mulheres^{6,7,9}.

Para associação da inatividade física com a condição socioeconômica, os achados não são consistentes, alguns apresentam uma associação inversa entre estas variáveis^{5,33}.

Apesar dos estudos de validação dos EMCAF reforçarem sua relação com medidas de atividade física e de aptidão física^{35,36,37}, e diante da utilização de estudos transversais sobre o nível de atividade física para discussão deste estudo, ressalta-se que a utilização dos EMCAF como um instrumento de medida para determinação dos níveis de atividade física de uma população se torna inadequado por dois motivos que seguem: 1) os EMCAF não avalia o estado atual dos indivíduos, e sim o estado do "comportamento" relacionado aos últimos seis meses; e 2) no seu construto o objetivo maior dos EMCAF é de subsidiar intervenções para mudança do comportamento, com base em estratégias específicas para cada um dos cinco estágios²¹.

Para a relação dos estágios de comportamentos inativos (PreC e Cont) e irregularmente ativo (Prep) apresentada nos modelos de análise proposto pelo estudo observou-se associação para às mulheres com idades elevadas (modelo 1), com baixa escolaridade (modelo 1), eutróficas (modelo 1 e 4) e inativas no lazer (modelo 2,3 e 4).

Resultados contrários foram identificados por Dumith et al.²³ no qual os adultos jovens (PreC-RP=2,73;IC95%:1,84-4,04; Cont-RP=2,01;IC95%:1,47-2,76), com alta escolaridade (PreC-RP=2,72;IC95%:1,68-4,41; Cont-RP=4,02;IC95%:2,58-6,26) e pertencentes à classe econômica elevada (PreC-RP=1,35;IC95%:0,85-2,15; Cont-RP=1,71;IC95%:1,19-2,46) apresentaram maiores chances de estarem nos estágios de comportamento inativos.

Booth et al³¹ observaram que a chance de não praticar atividade física regular e nem ter a intenção de praticar nos próximos seis meses (PreC) aumenta com a idade e diminui com o grau de escolaridade.

Apesar das inúmeras evidências sobre a vulnerabilidade para inatividade física na população com baixa escolaridade e com baixo nível socioeconômico², a adaptação positiva a este contexto adverso tem sido explorado por outros autores^{3,4}.

Em amostra de mulheres com posição sócio-econômica baixa, Cleland et al³ identificaram que, os fatores pessoais (auto-eficácia e prazer para caminhar e de praticar exercícios vigorosos, intenção de ser ativo e rotina para atividade física) em relação aos fatores sociais e ambientais apresentavam associações mais fortes para as mulheres que atingiam as recomendações do nível de atividade física (≥ 150 min por semana). Maiores chances para seguir as recomendações também foram encontrados nas mulheres com maior suporte (RP=1,67; IC95%:1,17-2,40) e participação social (RP=1,44; IC95%:1,13-1,82).

A alta prevalência para o comportamento inativo (61,3%) e as associações identificadas em mulheres de baixa renda atendidas na atenção primária reforça a necessidade da construção e implantação de políticas públicas específicas para promoção da atividade física.

Diante da carência de estudos de intervenção¹⁶ e considerando que mulheres de baixa renda são maioria na população atendida pela atenção primária no Brasil¹¹, a utilização do EMCAF passa a ser uma estratégia recomendada para promo-

ção da atividade física na atenção primária.

A condição econômica e as características culturais influenciam de forma diferenciada no comportamento. A possibilidade restrita de escolha e de acesso, bem como a necessidade de atender os atributos e as jornadas de trabalhos diários fazem com que mulheres de condição socioeconômica baixa supostamente pratiquem mais atividade física nas tarefas domésticas, laborais e de deslocamento⁶, deixando de praticar atividades de lazer pela falta de tempo.

No Brasil, este é o segundo estudo de base populacional que trata da relação dos EMCAF com outras variáveis em adultos. Sugere-se, portanto, a realização de novos estudos transversais que abordem também a associação dos EMCAF com variáveis ambientais, sociais e étnicas; e a aplicação das estratégias dos EMCAF em estudos de intervenção a fim de avaliar a efetividade na população atendida na atenção primária.

Apesar das evidências das contribuições dos EMCAF³⁷, reconhecer a maior vulnerabilidade para doenças e a dificuldade de acesso aos serviços básicos de vida (saneamento, moradia, trabalho) e do cuidado a saúde na população de baixo nível socioeconômico é de extrema importância para elaboração de estratégias para a promoção da atividade física na saúde pública¹.

CONCLUSÃO

Conclui-se que, das mulheres aqui analisadas 37,3% não praticavam atividade física regular e nem tinham a intenção de praticar nos próximos seis meses (estágio de pré-contemplação); 24,0% não praticavam atividade física regular, mas tinham a intenção de praticar nos próximos seis meses (estágio de contemplação), 19,7% praticam atividade física regular ocasionalmente (estágio de preparação), 8,1% praticam atividade física regular a menos de seis meses (estágio de ação); e 10,9% praticam atividade física regular a mais de seis meses (estágio de manutenção). O comportamento inativo (51,3%) esteve associado às mulheres com idades elevadas (modelo 1), com baixa escolaridade (modelo 1), eutróficas (modelo 1 e 4) e inativas no lazer (modelo 2,3 e 4) .

Diante disto, para que as mulheres de baixa renda atendidas na atenção primária possam ser estimuladas para a mudança e a adoção do comportamento ativo e desenvolver a prática efetiva da promoção da saúde recomenda-se, não só oportunizar uma prática regular, mas também: 1) estimular e mobilizar as mulheres para utilização dos espaços públicos de lazer, como praças, parques, ginásios, ruas e 2) reforçar o conhecimento sobre a dimensão dos múltiplos fatores biológicos, ambientais, políticos e socioculturais intervenientes nas suas escolhas.

Agradecimentos

Agradecimento ao Departamento de Atenção Básica e ao Núcleo de Promoção da Atividade Física e Saúde da Secretaria de Saúde Municipal de Guanambi (BA) e a Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB).

REFERÊNCIAS

1. Haskell WL., Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair S, Franklin BA et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation* 2007; 116 (9): 1081-1093.
2. Gidlow C, Johnston LH, Crone D, Ellis N, James D. A systematic review of the relationship between socio-economic position and physical activity. *Health Educ J* 2006;65(4):338-367.
3. Cleland VJ, Ball K, Salmon J, Timperio AF, Crawford DA. Personal, social and environmental correlates of resilience to physical inactivity among women from socio-economically disadvantaged backgrounds. *Health Educ Res* 2008;

- (advance access published on October 29, DOI 10.1093/her/cyn054)
4. Cerin E, Leslie E. How socio-economic status contributes to participation in leisure-time physical activity. *Social Science & Medicine* 2008; 66(12):2596-2609.
 5. Baretta M, Baretta E, Peres KG. Nível de atividade física e fatores associados em adultos no Município de Joaçaba, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23 (7): 1595-1602.
 6. Salles-Costa RS, Heilborn ML, Werneck GL, Faerstein E, Lopes CS. Gênero e prática de atividade física de lazer. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(Sup. 2):325-333.
 7. Pitanga FJ, Lessa I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. *Cad Saúde Pública* 2005; 21 (3): 870-877.
 8. Gomes MA, Duarte MFS, Pereira JS, Borgatto AF, Poeta LS. Inatividade física habitual e fatores associados em população nordestina atendida pela estratégia saúde da família. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2009; 11(4):365-372.
 9. Dias-da-Costa JS, Hallal PC, Wells JCK, Daltoé T, Fuchs SC, Menezes AMB et al. Epidemiology of leisure-time physical activity: a population-based study in Southern Brazil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21 (1): 275-282.
 10. Matsudo SM, Matsudo VR, Araújo T, Andrade D, Andrade E, Oliveira L 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. *Rev Bras Ciên e Mov* 2002; 10 (4): 41-50.
 11. 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 e saúde. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(1):203-213.
 12. Elley CR, Kerse N, Arroll B, Robinson E. Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2003; 326:793.
 13. Lawlor DA, Hanratty B. The effect of physical activity advice given in routine primary care consultations: a systematic review. *J Public Health Med* 2001; 23:219-26.
 14. Rose SB, Beverly AL, Elley CR, Dowell AC, Fenton AJ. The "Women's lifestyle study", 2-year randomized controlled trial of physical activity counseling in primary health care: rationale and study. *BMC Public Health* 2007; 7:166.
 15. Marcus BH, Banspach SW, Lefebvre RL, Rossi JS, Carleton RA, Abrams DB. Using the stages of change model to increase the adoption of physical activity among community participants. *Am J Health Promot* 1992; 6(6):424-429.
 16. Gomes MA, Duarte MFS. Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela estratégia saúde da família: Programa Ação e Saúde Floripa- BRASIL. *RBAFS*. 2008; 13(1):44-56.
 17. Pazoki R, Nabipour I, Seyednezami N, Imani SR. Effects of a community-based healthy heart program on increasing healthy women's physical activity: a randomized controlled trial guided by Community-based Participatory Research (CBPR). *BMC Public Health* 2007; 7: 216.
 18. Dumith SC, Domingues MR, Gigante DP. Estágios de mudança de comportamento para a prática de atividade física: uma revisão de literatura. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2008; 10 (3):301-307.
 19. Prochaska JO, DiClemente CC. The stages and processes of self-change in smoking: Towards an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51(3), 390-395.
 20. Hutchison JH, Breckon JD, Johnston LH. Physical activity behavior change interventions based on the transtheoretical model: a systematic review. *Health Educ Beh* (on line first, published on July 2008); vol xx (x): XX-XX.
 21. Marcus BH, Forsyth LH. Motivating people to be physically active, physical activity intervention series. *Human Kinetics* 2005.
 22. Souza GS, Duarte MFS. Estágios de mudança de comportamento relacionados a atividade física em adolescentes. *Rev Bras Med Esporte* 2005; 11(2):104-108.
 23. Dumith SC, Gigante DP, Domingues MR. Stages of change for physical in adults from Southern Brazil: a population-based survey. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2007; 4(1):25.
 24. Guedes DP, Santos CA, Lopes CC. Estágios de mudança de comportamento e prática de atividade física em universitários. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum* 2006; 8(4): 5-15.
 25. U.S. Department of Health and Human Services. *Physical Activity Evaluation Handbook*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention-CDC, GA. EUA, 2002.
 26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *População e Domicílios-Censo 2000 com divisão territorial* 2001. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>> [2008 jul 14].
 27. Marcus BH, Simkin LR. The transtheoretical model: applications to exercise behavior. *Med Sci Sports Exerc* 1994; 26:1400-4.
 28. Baecke JA, Burema J, Frijters JE. A short questionnaire for the measurement of habitual physical activity in epidemiological studies. *Am J Clin Nutr* 1982; 36 (5): 936-942.
 29. Cabrera G, Gómez L, Mateus J. Actividad física y etapas de cambio comportamental em Bogotá. *Rev Colombia Med* 2004; 35(2):82-86.
 30. Marcus BH, Selby VC, Niaura RS, Rossi JS. Self-efficacy and the stages of exercise behavior change. *Res Q Exerc Sport* 1992; 63(1):60-66.
 31. Booth ML, Macaskill P, Owen N, et al. Population prevalence and correlates of stages of change in physical activity. *Health Educ Q* 1993; 20(3): 431-440.
 32. Potvin L, Gauvin L, Nguyen NM. Prevalence of stages of change for physical activity in rural, suburban and inner-city communities. *J Community Health* 1997; 22(1):1-13.
 33. Hallal PC, Victora CG, Wells JCK, Lima RC. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Med Sci Sports Exerc* 2003; 35 (11): 1894-1900.
 34. Gigante DP. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(3): 236-246.
 35. Cardinal BJ. The stages of exercise scale and stages of exercise behavior in female adults. *J Sports Med Phys Fitness* 1995; 35(2):87-92.
 36. Marcus BH, Pinto BM, Simkin LR, Audrain JE, Taylor ER. Application of theoretical models to exercise behavior among employed woman. *Am J Health Promot* 1994; 9(1):49-55.
 37. Spencer L, Adams TB, Malone S, Roy L, Yost E. Applying the Transtheoretical Model to Exercise: A Systematic and Comprehensive Review of the Literature. *Health Promot Pract* 2006; 7(4):428-443.