



UNIVERSIDADE FEDERA RURAL DE PERNAMBUCO - UFRPE

DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA - DEFIS

LICENCIATURA EM EDUCAÇÃO FÍSICA

TUILLAMYS VIRGÍNIO DE OLIVEIRA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE A PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS, FATORES
SOCIODEMOGRÁFICOS E PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS À ESCOLA:
ESTUDO DE BASE POPULACIONAL**

Recife-PE

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO - UFRPE

DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA - DEFIS

LICENCIATURA EM EDUCAÇÃO FÍSICA

**ASSOCIAÇÃO ENTRE A PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS, FATORES
SOCIODEMOGRÁFICOS E PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS À ESCOLA:
ESTUDO DE BASE POPULACIONAL**

Monografia apresentada no curso de Licenciatura em Educação Física da Universidade Federal Rural de Pernambuco-UFRPE, desenvolvido por Tuillamys Virgínio de Oliveira, sob a orientação do Prof.º Dr. Rafael Miranda Tassitano, como requisito para a conclusão de curso.

Recife-PE

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema Integrado de Bibliotecas da UFRPE
Biblioteca Central, Recife-PE, Brasil

O48a Oliveira, Tuillamys Virginio de
Associação entre a prática de atividades físicas, fatores
sociodemográficos e psicossociais relacionados à escola: estudo
de base populacional / Tuillamys Virginio de Oliveira. -- 2019.
46 f.: il.

Orientadora: Rafael Miranda Tassitano.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Educação
Física) – Universidade Federal Rural de Pernambuco,
Departamento de Educação Física, Recife, BR-PE, 2019.

Inclui referências.

1. Educação física (Ensino médio) 2. Doenças Crônicas -
Prevenção 3. Esportes escolares 4. Exercícios físicos I. Tassitano,
Rafael Miranda, orient. II. Título

CDD 613.7

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha mãe, Josefa Elvira de Oliveira (In Memoriam), meu exemplo de vida.

AGRADECIMENTOS

A professora Maria Cecília, que foi a primeira a me dar oportunidade de participar de um projeto científico.

Ao professor Rafael Tassitano, que foi meu orientador nos projetos do Pibic que serviu de base para esse trabalho, e que me propiciou oportunidades de participar de eventos que me despertaram o olhar para o mundo científico e da sua importância para a sociedade.

A Cleitiane Pessôa dos Santos, companheira, a pessoa que mais me ajudou com a escrita, e com as normas da ABNT, e me incentivou a nunca desistir, meus sinceros agradecimentos!

Aos meus amigos, Daílson Carlos e Sara Holanda, parceiros de trabalhos e de vida

A Professora Ana Luiza, e aos professores, Sérgio Cahú e Ricardo Lima.

A todos os professores que fazem com que o curso de Educação Física da UFRPE seja um dos melhores de Pernambuco, e a todos os funcionários que fazem parte do Departamento de Educação Física.

SUMÁRIO

Resumo

1. INTRODUÇÃO	9
1.1 PROBLEMA.....	13
1.2 OBJETIVO GERAL	13
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
2. REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1. DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	14
2.2. TEORIAS DE MUDANÇA DE COMPRTAMENTO: MODELO TRANSTEORÉTICO	21
2.3 A EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR NO PAPEL DE CONSCIENTIZAÇÃO DA ADOÇÃO DE UM ESTILO DE VIDA ATIVA E SAUDÁVEL	26
3. METODOLOGIA	32
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
5. CONCLUSÕES	44
6. REFERÊNCIAL BIBLIOGRÁFICO	45

RESUMO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT são um mal que vem crescendo a cada ano, sendo responsável por 63% das 36 milhões de mortes ao redor do mundo. Pensando em diminuir os números alarmantes de mortes causadas pelas DCNT, a OMS divulgou um relatório com medidas para a prevenção e diminuição no número de mortes causadas pelas principais DCNT, cardiopatias, acidentes cardio-vasculares, pneumopatias, câncer, diabetes e o sedentarismo. Existem estudos que comprovam que a atividade física está diretamente relacionada com a diminuição da contração dessas doenças. Portanto, ações devem ser desenvolvidas para o incentivo da prática de atividade física focando no indivíduo e no seu meio, sobretudo no período da infância e da adolescência. Estudos baseados em teorias de mudança de comportamento se mostram mais eficazes para o entendimento e intervenção nas populações de risco. Para esse estudo foi utilizado o modelo Transteorético que procura explicar como indivíduos adotam novos comportamentos, dividido em cinco etapas (1) Pré-Contemplação, (2) Contemplação, (3) Preparação, (4) Ação, (5) Manutenção. O objetivo do presente estudo foi associar os determinantes sociodemográficos e psicossociais em relação à prática de atividades físicas entre adolescentes estudantes do ensino médio da rede pública estadual de Pernambuco. Através de um estudo epidemiológico de base escolar e abrangência estadual, a população abrangeu adolescentes de 14 a 19 anos de ambos os sexos, matriculados nas escolas públicas de ensino médio, ao todo foram 734 escolas distribuídas nas 16 Gerências Regionais de Educação (GREs) nas cinco regiões do estado de Pernambuco. Os resultados mostraram um alto índice de estudantes do sexo feminino no estágio de Pré-Contemplação (65,6%), e um baixo percentual no estágio de Manutenção (32%), diferente dos estudantes masculinos que apresentaram baixo percentual no estágio de Pré-Contemplação (34,4%), e um alto percentual no estágio de Manutenção (68%), mostrando-se mais ativos. Porém, de forma geral foi possível observar um grande percentual de alunos matriculados no ensino médio no estágio de Pré-Contemplação, mostrando-se inativos fisicamente e sem intenção de mudar seu comportamento. Com isso, é preciso que se criem políticas que favoreçam o acesso desses estudantes a locais propícios para a prática de atividades físicas, além do uso da educação física escolar como ferramenta de conscientização crítica da adoção de um estilo de vida ativo e saudável.

Palavras-Chave: Doenças Crônicas não Transmissíveis, Educação Física Escolar, Atividade Física.

ASSOCIATION BETWEEN THE PRACTICE OF PHYSICAL ACTIVITIES AND FACTORS SOCIODEMOGRAPHIC, PSYCHOSOCIAL AND RELATED TO SCHOOL: STUDY OF POPULATION BASIS

ABSTRACT: Chronic Noncommunicable Diseases - NCDs are a growing disease each year, accounting for 63% of the 36 million deaths worldwide. With a view to reducing the alarming numbers of deaths caused by NCDs, WHO has issued a report on measures to prevent and reduce the number of deaths caused by major NCDs, heart diseases, stroke, pneumopathies, cancer, diabetes and sedentary lifestyle. There are studies that prove that the physical activity is directly related to the decrease of the contraction of these diseases. Therefore, actions should be developed to encourage the practice of physical activity focusing on the individual and his environment, especially in the period of childhood and adolescence. Studies based on behavior change theories are more effective in understanding and intervening in populations at risk. For this study, the Transtheoric model was used to explain how individuals adopt new behaviors, divided into five stages (1) Pre-Contemplation, (2) Contemplation, (3) Preparation, (4) Action, (5) Maintenance. The objective of the present study was to associate the sociodemographic and psychosocial determinants related to the practice of physical activities in adolescents of the high school of the state of Pernambuco, through an epidemiological study of school base and state scope, the population covered adolescents from 14 to 19 years of age both sexes, enrolled in public secondary schools, in total were 734 schools distributed in the 16 Regional Education Offices (GREs) in the five regions of the state of Pernambuco. The results showed a high rate of female students in the Pre-Contemplation stage (65.6%), and a low percentage in the Maintenance stage (32%), different from the male students who presented a low percentage in the Pre-Contemplation stage (34,4%), and a high percentage in Maintenance stage (68%), showing more active. However, in general it was possible to observe a large percentage of students enrolled in high school in the Pre-Contemplation stage, being physically inactive and not intending to change their behavior. With this, it is necessary to create policies that favor the access of these students to places conducive to the practice of physical activities, in addition to the use of physical education as a tool for critical awareness of the adoption of a stable of active and healthy life.

Keywords: Chronic Noncommunicable Diseases, School Physical Education, Physical Activity.

1. INTRODUÇÃO

O número de mortes por doenças crônicas não transmissíveis – DCNT, cresce a cada ano ao redor do mundo. Em 2008 de acordo com dados da Organização Mundial de Saúde – OMS, das 36 milhões de mortes em escala global, 63% foram através de doenças crônicas não transmissíveis. Constituindo assim, um problema mundial de saúde pública, levando indivíduos à perda da qualidade de vida, além de grandes impactos econômicos para famílias, comunidades e sociedade em geral. (MALTA, 2014a). Assim, as escolhas, atitudes e comportamentos que definem o modo de vida das pessoas tornaram-se aspectos fundamentais à saúde e qualidade de vida, independente de idade e sexo.

Ao longo das últimas décadas os benefícios da prática regular de atividade física têm sido bem documentados na literatura especializada (WARDBURTON, 2006; WHO, 2009). Apesar dos reconhecidos benefícios e das iniciativas governamentais para a promoção de comportamentos saudáveis, relatórios da Organização Mundial da Saúde (OMS) têm indicado, ao longo dos anos, elevadas prevalências na maioria dos países (WHO, 2009).

Visando diminuir esses números alarmantes de mortes causadas pelas Doenças Crônicas não Transmissíveis, a Organização Mundial de Saúde – OMS divulgou um relatório com medidas para prevenir e reduzir 16 milhões de óbitos prematuros antes dos setenta anos de idade causados pelas principais DCNT, cardiopatias, acidentes cardio-vascular, pneumopatias, câncer, diabetes e sedentarismo. Dentre seus princípios e diretrizes estão proposições de ações voltadas para educação e saúde.

Existe a recomendação de que as ações devem focar no indivíduo e em seu meio, bem como a proposição de intervenções em países em desenvolvimento, sobretudo durante o período da infância e adolescência. Esses princípios e recomendações foram consequências observadas de estudos empíricos desenvolvidos e baseados nas teorias de mudança de comportamento relacionadas à saúde (GLANZ, RIMER e VISWANATH, 2008). A prática regular de atividade física (AF) é um importante comportamento para a promoção e manutenção da boa saúde durante toda a vida (WHO, 2004). Evidências indicam que a adoção desse comportamento pode prevenir doenças do coração, acidente vascular cerebral isquêmico, diabetes tipo II, alguns tipos de câncer (WHO, 2009).

Em função dos benefícios relatados anteriormente foram propostas para a população em geral recomendações de prática de atividade física. Apesar disso, estudos epidemiológicos

conduzidos em diversas regiões do mundo têm indicado que a maioria da população, independentemente do sexo e da faixa etária, não atinge os níveis recomendados, para ambos os comportamentos, necessário para derivar benefícios à saúde (WHO, 2004; 2009).

Paralelamente, tem se observado o aumento de comportamentos sedentários (tempo gasto assistindo à TV, jogando videogame e computador) e do consumo de alimentos calóricos (gordura saturada, produtos industrializados, etc.), bem como o crescimento substancial de diversas comorbidades, como doenças do coração, diabetes e alguns tipos de câncer, que estão associadas a tais comportamentos inadequados (WHO, 2009). Além disso, estudos de *tracking* têm relatado que baixos níveis de atividade física tendem a permanecer durante a transição da adolescência para a fase adulta (MALINA, 1996; DE BOURDEAUDHUIJ e SALLIS, 2002; REEVES e RAFFERTY, 2005).

A adolescência é um período crítico para a exposição de comportamentos relacionados à saúde. Mais especificamente, em mudanças significativas no ambiente do jovem, o que provoca aumento da susceptibilidade à exposição. Essas evidências foram relatadas para comportamentos como atividade física, consumo de álcool, hábito de fumar, comportamento sexual de risco e hábitos alimentares (GLANZ, RIMER e VISWANATH, 2008). No que concerne à atividade física estudos relacionados, sobretudo aos determinantes pessoais, sociais e ambientais foram desenvolvidos nas últimas décadas, com o objetivo de auxiliar as intervenções (WHO, 2004). Evidências indicam que os construtos pessoais, tais como conhecimento, autoeficácia, habilidade, crença, valores, expectativa, percepção de barreiras e facilitadores, e a interação com o meio social e ambiental são os principais determinantes (GLANZ, RIMER e VISWANATH, 2008).

O entendimento do comportamento humano relacionado à saúde é uma área de conhecimento complexa e não linear, sendo o entendimento de como as pessoas estabelecem e mantêm, tanto os comportamentos de risco, como os comportamentos saudáveis um campo de pesquisa que tem ganhado maior atenção nas últimas décadas. A produção do conhecimento é resultado de um ciclo de interações de pesquisas empíricas que incluem estudos na área básica, tanto programas de acompanhamento como programas de intervenção (HIATT e RIMER, 1999; SALLIS et al. 2000). O Modelo Transteorético representa um modelo integrativo de diversas teorias psicanalíticas que procuram explicar como os indivíduos adotam novos comportamentos, classificando-os em cinco diferentes estágios: (1) Pré-contemplação: no qual o indivíduo não pretende modificar o comportamento nos

próximos 6 meses, (2) Contemplação: existe a intenção de mudar, mas nos próximos 6 meses, (3) Preparação: existe a intenção de mudar nos próximos 30 dias, (4) Ação: atende as recomendações referentes ao comportamento há menos de 6 meses e (5) Manutenção: atende a recomendação referente ao comportamento há mais de 6 meses (PROCHASKA e VELICER, 1997).

Esse modelo surgiu na década de 1980, com Judith Prochaska e colaboradores, procurando explicar e auxiliar as pessoas a deixar de fumar. Atualmente, é aplicado para uma série de comportamentos (atividade física, alcoolismo, utilização de preservativos, cinto de segurança e protetor solar, alimentação, entorpecentes, dentre outros) (GLANZ, RIMER e VISWANATH, 2008). Abrange, além dos estágios de mudança de comportamento, os processos de mudança (meios pelos quais os indivíduos passam de um estágio para o outro), a tomada de decisão (balanço dos prós e contras para tomar uma atitude) e a autoeficácia (confiança na própria capacidade para atingir uma meta) (MARCUS e SIMKIN, 1994).

Revisões sistemáticas têm indicado um maior impacto nas intervenções que têm utilizado teorias de mudança de comportamento relacionada à saúde quando comparado a intervenções que não utilizaram (AMMERMAN et al. 2002; WHO, 2009). A utilização dessas teorias em estudos relacionados a essa temática é relativamente recente, tendo a Teoria Cognitiva Social e o Modelo Transteorético (PROCHASKA e VELICER, 1997) mais frequentemente utilizados (GLANZ, RIMER e VISWANATH, 2008).

Apesar de inúmeras iniciativas e proposições bem sucedidas em diversos países, permanece o desafio conhecer os determinantes psicossociais para a adoção e manutenção em adolescentes brasileiros, considerando todos os construtos de uma teoria e/ou modelo. Existe uma série de documentos que sintetizaram esta temática, contudo nenhum de abrangência estadual no Brasil.

Seja pelo potencial dos benefícios relacionados à saúde, seja pelos problemas acarretados pela prática inadequada, essa temática tem ganhado importante atenção nas últimas décadas. A repercussão pode ser observada não somente pelos meios acadêmicos e governamentais, como também pela sua inserção na mídia através da quantidade de revistas, reportagens e programas de televisão. Existe uma lacuna importante na literatura nacional.

Com isso, o objetivo do presente estudo foi associar os determinantes sociodemográficos e psicossociais com o nível de atividade física dos adolescentes estudantes

de ensino médio da rede estadual do estado de Pernambuco, através de dados coletados com o uso de um questionário construído e validado para essa população por meio do projeto Atitude, organizado pelo Grupo de Pesquisa em Estilo de Vida e Saúde – GPES, da Universidade de Pernambuco – UPE.

1.1 PROBLEMA

Qual a relação entre os determinantes sociodemográficos e psicossociais com a prática de atividade física entre adolescentes estudantes do ensino médio da rede pública estadual de Pernambuco?

1.2 OBJETIVO GERAL

Associar os determinantes sociodemográficos e psicossociais em relação à prática de atividades físicas entre adolescentes estudantes do ensino médio da rede pública estadual de Pernambuco.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar a prevalência da intenção de prática de atividade física através dos construtos do Modelo Transteorético;
- Identificar fatores sociais e demográficos que estão associados a estes construtos psicossociais e da atividade física;
- Verificar as diferenças regionais da prática da atividade física e demais variáveis do estudo.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

O número de mortes por doenças crônicas não transmissíveis – DCNT, cresce a cada ano ao redor do mundo, só no ano de 2008 de acordo com dados da Organização Mundial de Saúde – OMS, das 36 milhões de mortes em escala global, 63% foram através de doenças crônicas não transmissíveis. Constituindo assim, um problema mundial de saúde pública, levando indivíduos à perda da qualidade de vida, além de grandes impactos econômicos para famílias, comunidades e sociedade em geral. (MALTA, 2014a).

Um fato a ser observado a respeito do crescente número de mortes causadas pelas DCNT, é que elas acontecem com maior frequência em países de renda baixa, como afirma Duncan (2012), 80% dos óbitos causados por essas doenças ocorrem nesses países, tendo um número de 29% das mortes em adultos com menos de sessenta anos de idade, enquanto em locais de maior renda esses números correspondem a apenas 13% (DUNCAN, 2012).

Com isso, aumentam as dificuldades de progressos e desenvolvimento do milênio, como redução da pobreza, equidade, estabilidade econômica e segurança humana, freando o desenvolvimento econômico das nações (DUNCAN, 2012). Em recente análise do Banco Econômico Mundial, países como Brasil, Rússia, Índia e China, apresentam uma estimativa de perda anualmente de mais de 20 milhões de anos produtivos de vida devido as Doenças Crônicas não Transmissíveis, correspondendo só no Brasil por uma perda de 4,18 bilhões de dólares na economia entre 2006 e 2015 (MALTA, 2011b).

Esse aumento do número de mortes causadas por essas doenças corresponde ao que é chamado de “transição epidemiológica”, que ocorre devido a mudanças no padrão de mortalidade que afetam a população em geral. Pois, no início do século passado, as doenças infecciosas eram as que mais levavam á óbito, correspondendo a 50% das mortes, enquanto hoje, mesmo com avanços e melhorias nas condições sócio-econômico-culturais, as taxas de mortalidade são em sua grande maioria causadas por doenças crônicas não transmissíveis (OPAS/OMS, 2006). Mas afinal, o que são as DCNT?

De acordo com a Secretária de Saúde (2013), doenças crônicas compõe um conjunto de soluções relacionadas a causas múltiplas, tendo inicio gradual com prognóstico geralmente incerto com longa ou indefinida duração, apresentando curso clínico que muda ao longo do

tempo, apresentam períodos de agudização, levando a incapacidade do indivíduo. Requerem procedimentos com uso de tecnologias leves, leves-duras e duras, associando com mudanças de estilo de vida (BRASIL, 2013). As DCNT apresentam etiologia incerta, diversos fatores de risco, longos períodos de latência e origem não infecciosa, estando associadas a deficiências e incapacidades funcionais (World Health Organization - WHO, 2005).

Dentre as Doenças Crônicas não Transmissíveis, podem-se destacar quatro tipos que causam maior impacto no número de mortes ao redor do mundo, são as doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças crônicas respiratórias, ambas apresentam fatores de risco comum, como tabagismo, inatividade física, má alimentação e consumo excessivo de álcool. Em termos de números de mortes atribuídas a essas doenças temos a pressão arterial elevada que é responsável por 13% das mortes no mundo, tabagismo (9%), inatividade física (6%), glicose sanguínea elevada (6%), sobrepeso e obesidade (5%) (MALTA, 2011b).

O uso do tabaco é responsável por cerca de seis milhões de mortes, por uso ativo ou passivo, estima-se que até 2020 esse número aumente para 7,5 milhões, correspondendo futuramente a 10% das causas de mortes. O hábito de fumar corresponde a 70% das causas de câncer no pulmão e de doenças respiratórias crônicas, além de 10% das doenças do aparelho circulatório. No quesito da inatividade física, cerca de 3,2 milhões de pessoas morrem por ano. Pessoas que não apresentam hábitos saudáveis em relação à atividade física apresentam chances de 20% a 30% do aumento de risco das causas de todas as mortalidades (MALTA, 2011b).

O consumo excessivo de álcool corresponde a 2,3 milhões de óbitos por ano, correspondendo por 3,8% das mortes no mundo. Sendo mais da metade desses óbitos causados por doenças crônicas não transmissíveis, incluído doenças do aparelho circulatório, câncer e cirrose hepática. Com relação à alimentação, a maioria das populações consome mais sal do que o recomendado pela Organização Mundial de Saúde – OMS para a prevenção de doenças, gerando assim altos índices de pressão arterial elevada e riscos cardiovasculares. Pode-se observar também, um consumo excessivo de gorduras saturadas, ácidos graxos e produtos de origem transgênica, levando ao aumento de doenças cardíacas (MALTA, 2011b).

Além de problemas com o coração, a má alimentação também favorece o surgimento de doenças como obesidade, que corresponde a 2,8 milhões de mortes a cada ano. O excesso de peso é responsável pelo aumento dos riscos de acidente vascular encefálico, diabetes, desenvolvimento de certos tipos de câncer, como os de mama, do endométrio, colorretal, rins,

esôfago e pâncreas. O que apresenta um grande alerta para as futuras gerações, visto que a obesidade é um problema que vem crescendo com crianças e adolescentes ao redor do mundo (MALTA, 2011b).

Trazendo para a realidade de países como o Brasil, as DCNT apresentam um problema de maior magnitude, no país, temos um cenário epidemiológico complexo. Assim como no resto do mundo, o Brasil também vem passando pela “transição epidemiológica”, no ano de 1930, as doenças infecciosas eram as principais causas de mortes, correspondendo a 46% nas capitais brasileiras. Com o passar dos anos, foi possível observar uma diminuição progressiva e o número por doenças infecciosas caíram para 5% no ano de 2003. Em contrapartida, doenças como as cardiovasculares, por exemplo, que representavam 12% em 1930, atualmente corresponde a quase um terço das mortes, seguido por doenças derivadas do câncer e mortes ocasionadas por acidentes e violência. (MALTA, 2006c).

Os problemas com as DCNT afetam também a economia do país, visto que são doenças de longa duração, elas demandam diversas ações e procedimentos dos serviços de saúde. Gerando os chamados, Custos Diretos, que são contabilizados de acordo com as estimativas de internações e atendimentos realizados nos ambulatórios. Segundo o Ministério da Saúde, são gastos cerca de R\$ 3,8 bilhões com serviços ambulatoriais, e 3,7 bilhões de reais gastos com internações, totalizando um custo de R\$ 7,5 bilhões por ano. Além de outros gastos que não são de responsabilidade do Ministério da Saúde, gerados pelo absenteísmo, das aposentadorias precoces, e da perda de produtividade, custos estes que ainda não dispõe de estudos que os quantifiquem (MALTA, 2006c).

Esses gastos levam a muitos problemas com rendas familiares, no Brasil, onde se dispõe de serviços gratuitos de saúde como SUS – Sistema Único de Saúde, a população não está livre de custos agregados com outros serviços que tem que ser arcados pela família, reduzindo os recursos para gastos com outras necessidades, como, alimentação e moradia. O que se agrava em países que não possuem serviços públicos de saúde, segundo a OMS, a cada ano 100 milhões de pessoas são levadas a pobreza por conta dos altos custos para tratamento dessas doenças (MALTA, 2011b).

A população mais pobre tem maiores taxas de vulnerabilidade, segundo Boccolini (2017), o gradiente socioeconômico exerce papel importante na determinação de deficiências e limitações, onde as populações que vivem em locais com baixa renda, apresentam maiores chances de desenvolver essas doenças, e ainda percebem maiores barreiras no momento de

irem em busca de atendimento médico. Essa população tende a ter um menor grau de escolaridade, e esse fator também exerce um papel importante sobre a epidemia das DCNT, pois, indivíduos com níveis mais elevados de escolaridade tendem a ter duas vezes menos riscos de contrações dessas doenças, e ainda uma melhor qualidade de vida comparada com quem possui um menor grau (BOCCOLINI, 2017).

Sendo assim, temos nas camadas com menor faixa de renda, um agravamento do problema, são relatados pelos indivíduos mais pobres, maiores dificuldades para o acesso aos serviços de saúde, como, falta de transporte adequado, indisponibilidade de serviços e equipamentos especializados. O oposto acontece em pessoas que tiveram mais oportunidades de acesso a educação, com isso, a maneira de enxergar as barreiras por esses indivíduos tendem a diminuir pelo fato de que na maioria das vezes, maiores índices de escolaridade também representam maior renda familiar. Comprovando que quem tem uma maior renda, tem menores chances de contração dessas doenças por estarem menos expostos aos fatores de risco. (BOCCOLINI, 2017).

Por tanto, temos as DCNT como um dos principais fatores que dificultam os esforços para aliviar a pobreza, pois, quanto mais pessoas adoecem e morrem no auge de suas vidas, a produtividade diminui na mesma proporção, tendo um custo devastador para o tratamento dessas doenças, tanto para o indivíduo que sofre com esses problemas, como para os sistemas de saúde dos países mais pobres. E essas altas taxas de mortalidade são reflexos de ações inadequadas no processo de prevenção, com intervenções que não apresentam efetividade no combate as DCNT (OPAS/OMS, 2015).

Visando diminuir esses números alarmantes de mortes causadas pelas Doenças Crônicas não Transmissíveis, a Organização Mundial de Saúde – OMS divulgou um relatório com medidas para prevenir e reduzir 16 milhões de óbitos prematuros antes dos setenta anos de idade causados pelas principais DCNT, cardiopatias, acidentes cerebrovasculares, pneumopatias, câncer, diabetes e sedentarismo. Segundo o relatório, divulgado em janeiro de 2015, a maioria das mortes prematuras causadas pelas doenças crônicas não transmissíveis podem ser evitáveis. Das 38 milhões de vidas que foram perdidas no ano de 2012, 16 milhões eram prematuras e evitáveis, ou seja, 42% poderiam ser evitadas se houvesse investimentos adequados na prevenção. Com esses números foi possível também observar, um aumento de 14,6 milhões de óbitos comparados com o ano de 2000 (OPAS/OMS, 2015).

De acordo com o que foi publicado no Relatório Sobre Doenças Crônicas não Transmissíveis (2014), é possível que com um investimento que varie de um a três dólares por cada pessoa por ano, os países possam reduzir de maneira drástica a morbidade e mortalidade causadas pelas DCNT. Sendo assim, cada país deve definir suas metas nacionais para a implementação de medidas eficazes, em relação aos custos e nas ações de prevenção dessas doenças, para que mais cedo ou mais tarde, outras milhões de vidas não sejam perdidas (WHO, 2014).

As políticas governamentais podem exercer um papel de grande impacto para a redução do número de mortes por essas doenças. Ações que intensifiquem campanhas para a restrição do consumo de tabaco, a alta ingestão de bebidas alcoólicas, má alimentação e sedentarismo, além de proporcionar uma melhor cobertura na atenção primária à saúde ajudam a reduzir as taxas de pessoas afetadas. Por tanto, a OMS defende que medidas sejam tomadas para conter a epidemia das DCNT, principalmente em países de baixa e média renda, onde quase três quartos das mortes são causadas por esse tipo de doença (OPAS/OMS, 2015).

No Brasil, já se teve iniciativas para a tentativa de diminuição das DCNT, através de um documento que propõe alternativas para o enfrentamento desse mal, com um planejamento que se iniciou em 2011 estando em vigor até o ano de 2022, lançado pelo ministério da saúde. O plano aborda os quatro tipos de doenças (do aparelho circulatório, doenças respiratórias crônicas e diabetes), além de focar no enfrentamento dos fatores de risco (tabagismo, consumo excessivo de álcool, alimentação inadequada, obesidade e inatividade física). Com a proposição de diretrizes ou eixos prioritários, que são: vigilância, informação, promoção da saúde, avaliação e monitoramento e cuidado geral (MALTA, 2011b).

O principal objetivo do documento era promover através de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em fatos para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, fortalecendo os serviços de saúde com maior atenção para os portadores dessas doenças crônicas. E para isso, foi apresentado às metas para o enfrentamento dessa epidemia, que em dez anos visou reduzir a taxa de mortalidade prematura em 2%, diminuir a prevalência de obesidade em crianças, adolescentes e adultos, reduzir as prevalências do alto consumo de álcool, de sal, e do tabagismo, aumentar a atividade física no lazer, aumentar o consumo de frutas legumes e verduras, aumentar a mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos e a cobertura de exames preventivos do câncer do colo uterino em mulheres de 25 a 64 anos (BRASIL, 2011).

Sendo assim, temos então propostas de ações para a redução da mortalidade em decorrência das DCNT no Brasil, o primeiro passo foi realizar uma pesquisa junto com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, para ter em mãos a real situação no quesito da saúde do brasileiro, a respeito do acesso e da utilização de serviços médicos, fatores de risco, proteção às doenças crônicas, sobre a saúde de idosos, mulheres e crianças, e ainda realizar medidas antropométricas e coleta de material biológico. O segundo foi realizar um estudo sobre as DCNT, com foco para a desigualdade em saúde com populações mais vulneráveis para a realização de intervenções e por fim criar um meio de comunicação via internet para a divulgação e monitoramento das ações realizadas no enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2011).

Os fatores de risco devem ter uma atenção maior para a obtenção melhores resultados no enfrentamento das DCNT, visto que à medida que eles são combatidos será possível observar uma redução do problema. Por tanto, as ações apresentadas pelo ministério da saúde foram dividir os fatores de risco em eixos e apresentar propostas de soluções para cada um, buscando diminuir o consumo de tabagismo e álcool, melhoria da alimentação, além de propostas para o envelhecimento ativo da população, atividade física (BRASIL, 2011).

Para a diminuição do consumo excessivo de tabaco e álcool, são propostas ações que visam uma adequação da legislação nacional para regular o ato de fumar em espaços coletivos, ações de prevenção e diminuição do uso do tabaco em populações mais vulneráveis, fortalecimento de uma política de preços focando no aumento de impostos nos produtos derivados do tabaco e do álcool na tentativa de reduzir o consumo, maior intensidade na fiscalização de venda desses produtos a indivíduos menores de idade, fortalecimento de ações educativas a respeito dos riscos do consumo excessivo de tabaco e álcool, apoiar iniciativas de legislação e controle a respeito dos locais de venda de álcool, criação de um horário noturno para o fechamento de bares e outros locais de venda (BRASIL, 2011).

Na alimentação são propostas ações de alimentação saudável nas escolas, através do programa Plano Nacional de Alimentação Escolar, aumento da oferta de alimentos saudáveis estabelecendo acordos e parcerias com agricultores familiares, pequenas associações, entre outros, com o objetivo de oferecer maior acesso a alimentos produzidos de forma natural para o consumo da população, regulamentação nutricional dos alimentos processados, visando acordos que garantam uma menor quantidade de açúcares e sal presentes nesses alimentos, redução do preço dos alimentos saudáveis a fim de aumentar a possibilidade de compra e

consequentemente o consumo, controle e prevenção da obesidade visando à diminuição desse problema em crianças e adolescentes para deter o aumento da obesidade em adultos, e por fim uma regulamentação das propagandas de alimentos, principalmente as destinadas para o público infantil (BRASIL, 2011).

Visando um envelhecimento mais ativo da população, foram propostas ações como a implantação de um modelo de atenção integral ao envelhecimento ativo, favorecendo ações de promoção da saúde, prevenção e atenção integral, ações de saúde complementar, utilização do programa academia da saúde para o incentivo da prática de atividade física regular para o público idoso, capacitação de profissionais para o atendimento especializado á esse público, com cuidados específicos através dos serviços de atenção básica a saúde, incentivar o uso racional de medicamentos e criar programas de formação de cuidadores de idosos para o atendimento em comunidades de pessoas com problemas crônicos (BRASIL, 2011).

As ações para a atividade física são divididas em cinco tópicos, no primeiro temos a criação do programa academia da saúde, com a criação de espaços saudáveis que estimulem a prática de atividades físicas e lazer, no segundo é apresentada a proposta de saúde na escola, incentivando através de financiamento do PSE – Programa Saúde na Escola, ações nas escolas como, avaliação nutricional, avaliação antropométrica, detecção de hipertensão arterial precoce, promoção de atividades físicas e corporais, promoção de alimentação saudável e de segurança alimentar no ambiente escolar (BRASIL, 2011).

No terceiro tópico, a criação de praças através do PAC - Programa de Aceleração do Crescimento, para o fortalecimento de atividades integrativas e serviços sociais, culturais e de atividade física e lazer, políticas de prevenção da violência, inclusão digital e formação de profissionais para a atuação nesses espaços. A reformulação de espaços urbanos saudáveis é o quarto tópico para a melhoria da atividade física da população, através da criação do programa nacional de calçadas saudáveis, construção e reativação de ciclovias, praças, parques e pistas para caminhada, finalizando com o quinto tópico que é o da comunicação, que aproveitaria os eventos esportivos realizados no Brasil como a copa do mundo de futebol em 2014 e as olimpíadas em 2016 para incentivar a prática de atividades esportivas por parte da população (BRASIL, 2011).

Alguns anos depois do lançamento do documento, foi possível observar que diversas propostas não foram efetivadas, devidos a diversos problemas políticos vividos pelo país, como transição de governo e suposta crise econômica, as ações voltadas para a prevenção e

diminuição dos riscos das DCNT foram deixados de lado, e provavelmente o objetivo de cumprir com as metas propostas em 2011 não será efetivado no ano de 2020.

Com isso, temos as Doenças Crônicas não Transmissíveis como um mal que ainda segue em crescimento, e de todas as ações propostas é preciso um foco maior em ações voltadas para o incentivo da prática de atividade física pela população em geral, pois como já foi dito anteriormente, de acordo com Malta (2011b), a inatividade física aumenta de 20% a 30% o risco de contração dessas doenças. Porém, para que ações sejam efetivas é preciso que se observe o comportamento dos indivíduos, focando na sua relação com o meio em que está inserido, e isso pode ser feito através de teorias de mudança de comportamento relacionados a saúde, pois segundo Ammerman (2002), ações baseadas nessas teorias apresentam-se de forma mais efetiva comparada com as que não têm.

2.2. TEORIAS DE MUDANÇA DE COMPRTAMENTO: MODELO TRANSTEORÉTICO

O comportamento humano com relação à saúde é algo não linear e seu entendimento é complexo, visto que é difícil se ter uma resposta exata sobre como as pessoas adotam determinados comportamentos e os mantem ao longo da vida, tanto com práticas de risco ou saudáveis, com isso, é possível observar um crescimento de estudos voltados para esse assunto nas últimas décadas (HIATT e RIMER, 1999; SALLIS et al. 2000).

Diversas teorias vêm sendo desenvolvidas desde meados do século passado com o intuito de explicar esses processos de comportamento dos indivíduos. De forma tradicional, essas teorias podem ser agrupadas em três categorias que tentam explicar os fenômenos de acordo com seus níveis de influência. Temos então a teoria intrapessoal, onde se pressupõe que para que o ocorra uma mudança de comportamento é preciso um processo cognitivo individual, o interpessoal, que parte do pressuposto de que o meio social tem influência direta no processo de mudança e a teoria ecológica, que afirma que não é possível explicar os fenômenos através de apenas uma teoria, pois é preciso observar por múltiplos níveis de influência (GLANZ, RIMER e VISWANATH, 2008).

Sendo assim, temos os conceitos como principais componentes dessas teorias, correspondendo a blocos primários que buscam a explicação das relações dentro do seu nível de influência. Esses conceitos, quando desenvolvidos e utilizados como base para um modelo teórico empírico, são chamados de construtos, que por sua vez se apresentam como elementos

dentro do modelo de intervenção explicando o fenômeno, com base em um determinado contexto, através de comportamentos estudados de uma população específica (GLANZ, RIMER e VISWANATH, 2008).

Se tratando de teorias que tem como nível de influência o processo cognitivo individual, podem-se destacar três modelos usados frequentemente, que são: Teoria da Crença na Saúde (Health Belief Model), onde é possível observar que a adoção de um comportamento depende da percepção que o indivíduo tem a respeito da sua chance de contração de alguma enfermidade originada da ausência desse comportamento, o que faz com que o indivíduo adote determinadas atitudes com o objetivo de prevenir possíveis problemas de saúde (SEEFELDT, MALINA e CLARK, 2002). Ou seja, parte do pressuposto que as pessoas temem as doenças e que o grau desse medo, e o potencial de redução dele, é que vai determinar o sucesso das ações de intervenções de saúde (GLANZ, RIMER e VISWANATH, 2008).

Teoria do Comportamento Planejado (Theory of Planned Behavior), nela, é preconizado que a intenção para desempenhar determinado comportamento, é o fator primordial para a sua adoção, sendo influenciada por atitudes e percepção de normas sociais que exercem controle percebido sobre o comportamento (COURNEYA, 1995). Ou seja, a intenção de adoção de determinado comportamento é maior se a pessoa estiver disposta a essa mudança (atitude), se a mesma percebe um ambiente favorável para isso (normas sociais), e se ela será bem sucedida ao realizar esta escolha (controle percebido sobre o comportamento), (ARMITAGE, 2005).

O fator chave dessa teoria é o conceito do controle percebido sobre o comportamento, pois nele é indicado a crença (intenção) de o quanto será fácil ou difícil a adaptação ao comportamento de interesse do indivíduo (fatores internos ou externos ao sujeito), onde é reconhecido que muitas vezes existe um fracasso nas intenções devido a percepção de falta de capacidades, barreiras situacionais, sejam elas reais ou percebidas, ou ainda, a instabilidade dessas intenções (TASSITANO, 2013).

A terceira teoria é a do Modelo Transteorético (Transtheoretical Model), que representa um modelo de diversas teorias psicanalíticas de como os indivíduos adotam novos comportamentos (PROCHASKA e VELICER, 1997). Diversos estudos afirma que esse modelo pode ser considerado um importante instrumento para o auxílio da compreensão de mudanças comportamentais relacionadas à saúde (Toral, N. & Slater, B, 2007).

Esse modelo foi desenvolvido por pesquisadores norte-americanos, Prochaska e Diclemente, na década de 1980, inicialmente voltado para estudos com fumantes. Na época, foi verificado que muitos usuários de tabaco conseguiam abandonar o vício sem auxílio de psicoterapia, enquanto outros só tinham sucesso se passassem pelo tratamento. Com isso, pesquisas culminaram nesse modelo com a hipótese de que existiam princípios básicos que poderiam explicar a estrutura da mudança do comportamento do indivíduo que ocorreria ou não, na presença de psicoterapia, hipótese essa que foi comprovada posteriormente (TORAL, N. & SLATER, B, 2007).

Desde então, temos o uso do modelo transteorético sendo aplicado em diversos campos da saúde, além do tratamento do tabagismo, como por exemplo, para o alcoolismo, manifestações de distúrbios de ansiedade e pânico, realização de mamografia, modo de exposição solar, planejamento de prevenção de estratégias para a prevenção de diferentes tipos de câncer, gravidez não planejada, de HIV/AIDS, nos processos de mudanças alimentares, e sendo também observada nas práticas de atividade física (TORAL, N. & SLATER, B, 2007).

Temos no modelo Transteorético, a utilização de estágios de mudança para integrar os princípios e o processo de mudanças provenientes das teorias principais de intervenção, por isso, o prefixo trans na sua nomenclatura. Essa teoria também pode ser chamada de Modelo de Estágios de Mudança de Comportamento. Segundo esse modelo, as alterações de comportamentos relacionados à saúde ocorrem através de cinco estágios distintos, que são: Pré-contemplação, Contemplação, Preparação, Ação e Manutenção, onde cada estágio mostra uma dimensão temporal da mudança de comportamento, quando essa mudança ocorre e qual o grau de motivação do indivíduo para realizá-la (TORAL, N. & SLATER, B, 2007).

No estágio de Pré-Contemplação, temos o indivíduo que ainda não cogitou a mudança do seu comportamento, e nem pretende realizá-la em um futuro próximo (considerando-se geralmente seis meses). Essa situação pode ocorrer por falta de informações certas sobre as consequências que podem ocorrer devido à situação em que o indivíduo se encontra, ou quando já se tiveram tentativas, porém, frustradas de mudança fazendo com que não se acredite na sua capacidade de apresentar resultados efetivos. Temos então nesse estágio, indivíduos que sabem da solução, porém não reconhecem o problema, apresentando assim pouca motivação, maior resistência, sendo classificados como não prontos para programas de promoção da saúde (TORAL, N. & SLATER, B, 2007). Em relação à atividade física, são

indivíduos que neste estágio correspondem que não reconhecem suas práticas de exercícios como inadequadas ou não possuem motivação necessária para realiza-las.

No estágio de Contemplação, se encontra o indivíduo que começa a considerar a importância de uma mudança comportamental pretendo altera-lo no futuro, porém não em curto prazo. Ou seja, o problema foi percebido, considerado, e se cria a decisão de supera-lo, mas não é possível observar um real comprometimento da pessoa com a mudança do seu comportamento, apesar dela saber dos benefícios, também são percebidas barreiras que podem dificultar esse processo (TORAL, N. & SLATER, B, 2007). Ou seja, é percebido pelo indivíduo que o padrão de atividade física desenvolvida por ele não é suficiente para um estilo de vida saudável, porém, outros fatores como, por exemplo, falta de tempo e locais apropriados fazem com que não seja possível uma adoção desse estilo de vida.

O estágio de Preparação ou Decisão é referente à atitude do indivíduo em mudar seu comportamento em um futuro próximo, como por exemplo, nos próximos trinta dias, para isso, geralmente após tentativas anteriores frustradas, são realizadas pequenas mudanças e a adoção de um plano de ação, porém, sem assumir um compromisso sério com o mesmo (TORAL, N. & SLATER, B, 2007). Tratando-se da atividade física, esse indivíduo se enquadra em uma expressão característica desse estágio que consiste em afirmar para ele mesmo coisas como, “na segunda eu começo os treinos e a dieta”.

No estágio de Ação estão àqueles indivíduos que já alteraram de algum forma o seu comportamento, superando barreiras antes percebidas, essas mudanças ocorreram há pouco tempo na vida do indivíduo, por exemplo, nos últimos seis meses. Esse estágio exige uma grande dedicação, disposição e motivação para evitar recaídas (TORAL, N. & SLATER, B, 2007). Por exemplo, uma pessoa que começou a praticar atividades físicas regularmente começa a perceber os benefícios para a sua saúde e que isso vem ocorrendo devido a sua mudança de comportamento, essa pessoa pode ser classificada como estando no estágio de ação.

E por fim, temos o estágio de Manutenção, nele, o indivíduo já realizou a mudança de comportamento e vem se mantendo há mais de seis meses, o alvo daqueles classificados nesse estágio é se manter firmes e sem recaídas consolidando assim os benefícios da adoção de um novo estilo de vida iniciados no estágio de ação. É importante ressaltar que não se trata de uma etapa estática, tendo em vista que é a continuação de uma mudança de comportamento iniciado estágio anterior (TORAL, N. & SLATER, B, 2007). Por exemplo, temos um

indivíduo que adotou práticas de atividades físicas e vem mantendo esse comportamento há mais de um ano, podemos dizer que ele se encontra no estágio de manutenção.

No ano de 1992 foi publicado um estudo que a partir de uma revisão, sugere que nos estágios iniciais os indivíduos utilizam de processos cognitivos, afetivos e avaliativos para a progressão, enquanto os que já se encontram nos estágios finais apresentam mais comprometimento e confiança com as mudanças e a manutenção dessas ações, como pode ser observado na tabela 1 (PROCHASKA, DICLEMENTE e NORCROSS, 1992).

Tabela 1. Modelo Transteorético

Pre-contemplação	Contemplação	Preparação	Ação	Manutenção
Conscientização				
Avaliação do Ambiente				
Percepção de Assistência				
Autoavaliação				
Autolibertação				
Reforço				
Gestão				
Relação de ajuda				
Controle de estímulos				

Existe uma tendência em se analisar os estágios de mudança de comportamento como algo estático e linear, porém, pode-se observar que indivíduos que se encontram no estágio de ação, por exemplo, não conseguem manter suas estratégias na primeira tentativa, promovendo sua classificação para estágios anteriores, devido a recaídas que são comuns e que levam a uma evolução dinâmica e um delineamento em espiral desses estágios de mudança de comportamento. A classificação dos indivíduos em cada estágio de mudança de comportamento é realizada através de um algoritmo, um questionário que consistem em um número limitado de perguntas reciprocamente exclusivas (TORAL, N. & SLATER, B, 2007).

Sendo assim, através desse modelo é possível observar diferentes públicos sobre diferentes aspectos como, por exemplo, em que estágio se encontra os estudantes de ensino médio com relação à prática de atividades físicas, e a partir daí pensar em alternativas que busquem melhorar o nível de atividade física desses estudantes, buscando soluções que comecem no ambiente onde esses indivíduos passam a maior parte do tempo, a escola.

2.3 A EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR NO PAPEL DE CONSCIENTIZAÇÃO DA ADOÇÃO DE UM ESTILO DE VIDA ATIVA E SAUDÁVEL

A inatividade física é um dos principais fatores de risco para a contração de Doenças Crônicas não transmissíveis - DCNT, como já foi citado anteriormente, por ano morrem cerca de 3,2 milhões de pessoas devido ao sedentarismo, estudos comprovam que pessoas que costumam ter hábitos saudáveis relacionados à prática de atividades físicas têm cerca de 20% a 30% menos chances de contração dessas doenças (MALTA, 2011b).

Sabendo-se que a prática de atividade física regular tem relação inversa com o risco de doenças crônicas degenerativas, e promove efeitos positivos na qualidade de vida e em outras variáveis psicológicas, países desenvolvidos, por meio de organizações e instituições têm focado em ações na área de saúde pública com o objetivo de prevenir diversas doenças como as coronarianas e a hipertensão, e para isso, tem se dado ênfase a diminuição do sedentarismo com planos de adoção de atividade física regular para a saúde de forma individual e coletiva (OEHLSCHLAEGER, 2004).

Uma grande parcela da população que se encontra com problemas devido aos baixos níveis de atividade física, são os adolescentes. Com isso, eles são alvo de estudos em todo o mundo por apresentarem altos índices de comportamento de risco como a diminuição dos

hábitos regulares de atividades físicas, além de hábitos alimentares irregulares e transtornos psicológicos (OEHLSCHLAEGER, 2004).

Essas mudanças de estilo de vida, associadas aos aspectos alimentares e a prática de atividades físicas, contribuem para o aumento do sobrepeso e da obesidade nessa fase da vida. Nela geralmente se inicia o comportamento sedentário, devido, por exemplo, a substituição de práticas informais de atividades físicas como andar de bicicleta, *skate*, patins, por outras atividades de origem cultural ou social, como computador, *videogames*, televisão ou outras atividades extracurriculares que tem uma baixa demanda de gasto energético (ARDENGHE, 2011).

Por tanto, é preciso que haja uma conscientização desde cedo sobre a importância de hábitos saudáveis, pois a infância e adolescência apresentam períodos importantes para o desenvolvimento de uma rotina de vida saudável, visto que os comportamentos adquiridos nessa fase tendem a se perpetuar por toda a vida. E é durante a adolescência que ocorrem o aumento da independência, ganho de autonomia sobre práticas e comportamentos de vida, com isso, esse público acaba ficando mais exposto a fatores de risco como, consumo excessivo de álcool, tabagismo, alimentação inadequada e ao sedentarismo (SOUZA, 2011).

Diversos estudos nacionais e internacionais, sobre fatores de risco e de proteção comportamentais relacionados à saúde em adolescentes mostram que o estilo de vida adotado por esse público não é saudável, várias praticas exercidas por adolescentes oferecem risco para a saúde. Esses comportamentos de risco apresentam-se de forma cada vez maior na sociedade contemporânea e estão diretamente associados ao desenvolvimento de Doenças Crônicas não Transmissíveis – DCNT. Temos então o aumento da epidemia de DCNT no público jovem, liderando causas de morbi-mortalidade no Brasil e no mundo, acarretando graves impactos pessoais, sociais e financeiros (SOUZA, 2011).

Com isso, temos a alimentação e a atividade física como dois comportamentos considerados prioritários para a promoção da saúde e prevenção das DCNT na população jovem. Por tanto, a promoção de hábitos saudáveis em crianças e adolescentes possui relevância estratégica devendo ser encarada com prioridade por todos os setores sociais. Por ser um local onde a maioria das crianças e adolescentes do país passam a maior parte do seu tempo, temos a escola como um espaço privilegiado para o desenvolvimento dessas ações (SOUZA, 2011).

Pois, é na escola que temos um espaço social onde muitas pessoas convivem, trabalham, aprendem e é o local onde a maioria dos professores e estudantes estão na maior parte do dia. Sendo assim, é nesse espaço onde os programas de educação e saúde podem obter um maior êxito beneficiando alunos na infância e adolescência prevenindo problemas futuros. E para isso, professores e todos os profissionais do ambiente escolar devem exercer um papel de conscientização e tornar o espaço escolar um ambiente de aprendizado a respeito de práticas saudáveis para os alunos, suas famílias e toda a comunidade onde esses estudantes estão inseridos, podendo assim formar além de profissionais para atuar no mercado de trabalho, cidadãos saudáveis (ARDENGHE, 2007).

Percebe-se então que a escola de forma geral e de forma específica a disciplina de Educação Física, podem oferecer de forma ordenada e sistematizada uma sequência de conteúdos e experiências educativas levando os estudantes a perceberem a importância de adotar um estilo de vida ativo fisicamente para toda a vida (ARDENGHE, 2011). Porém, é importante fazer isso de forma crítica, pois, uma Educação Física preocupada com a melhoria da qualidade de vida deve levar os alunos a se exercitarem e principalmente desenvolverem conhecimentos a respeito da prática física, possibilitando que os mesmos possam identificar de forma clara e objetiva fatores que venham a facilitar ou dificultar as possibilidades de adotar um estilo de vida ativo e saudável (DEVIDE, 2002).

Para que a Educação Física escolar possa ter sucesso no objetivo de conscientizar os alunos da importância de se manter ativo é preciso avaliar por qual caminho ela deve seguir, atualmente existem alguns rumos que a disciplina toma quando o assunto é beneficiar os estudantes com a prática de atividades físicas, porém, temos dois eixos centrais que são os mais discutidos pelos teóricos. Um é a “Promoção da Saúde” (Health Promotion), que amplia a relação da educação física com a saúde, buscando uma interpretação crítica, reconhecendo os diversos fatores que os influenciam, além da prática de exercícios físicos, o outro é através da Aptidão Física Relacionada à Saúde (Health Related Fitness), que estabelece uma relação entre educação física e saúde através das vias da aptidão tendo como prioridade os parâmetros fisiológicos (DEVIDE, 2002).

A promoção da saúde aborda quatro questões básicas a respeito do tema, que são a sua multifatorialidade, a desmedicalização, a educação para a saúde e o seu caráter coletivo, essas questões apresentam cinco princípios, o primeiro que é a promoção da saúde, afirma que é preciso focar na população como um todo e não apenas em grupos de risco, o segundo, afirma

que as ações devem ser voltadas para vários fatores que influenciam na saúde, o terceiro, diz que se deve envolver estratégias variadas e agências de comunicação, educação, legislação, desenvolvimento comunitário entre outras, o quarto princípio afirma que é importante a participação de toda a comunidade buscando envolvimento para a aquisição de estilos de vida de maneira individual e coletiva, e o quinto, requer que profissionais de saúde tornem viável a promoção da saúde pela sua defesa através da educação (WHO, 1984).

Essas propostas apresentadas, já são conhecidas e debatidas por diversos pesquisadores da área de educação física, com vários estudos que interpretam essas ideias como um rico material de suporte para a discussão do tema exercício e saúde. E através desse viés é possível caminhar para um enriquecimento da discussão entre educação física e qualidade de vida, pois se tem pontos positivos, como a desmedicalização da saúde que reconhece que além do médico, diversos outros profissionais devem ter o objetivo de “educar” as pessoas a adotarem práticas que favoreçam a melhoria da sua saúde e da comunidade em geral. Por tanto, a saúde se torna uma questão didático-pedagógica. Sendo assim, os conhecimentos transmitidos dentro da escola ou informalmente fora dela, pode fazer com que pessoas possam assumir atitudes que levem a uma melhoria da qualidade de vida e promova sua auto-capacitação (DEVIDE, 2002).

Com isso, a educação física tem a oportunidade de ampliação do alcance dos seus conteúdos, mas para isso, é preciso buscar a discussão de aspectos relacionados à educação para a saúde por meio da aquisição, através dos alunos de estilos de vida ativos e hábitos saudáveis. Com isso, é preciso ensinar que um estilo de vida ativo deve ir além da ideia de adesão da pratica regular de atividades através dos exercícios físicos, é importante ir mais além, referindo-se a aquisição de hábitos que otimizem o seu estado positivo em relação a saúde não apenas de forma individual, mas de forma coletiva, sendo de extrema importância a adesão e envolvimento da comunidade, e isso exige da educação física, novas responsabilidades no papel das ações interativas (FARIA JÚNIOR, 1991).

Outro caminho citado para a abordagem da saúde através da educação física escolar é da Aptidão Física Relacionada à Saúde. Essa corrente de pensamento propõe como objetivo central da educação física na escola, a criação de um estilo de vida ativo e permanente através do desenvolvimento dos componentes da aptidão física relacionada à saúde e de conhecimento sistematizado sobre exercícios físicos, buscando uma autonomia do aluno para realiza-los. Através desses princípios, foi criado por Charles Cobin na década de 1980, um

modelo chamado de “Escada da Aptidão Para Toda a Vida” – EATV, com o intuito de descrever os objetivos da educação física no ambiente escolar, apresentando uma proposta que se desenvolve em fases simbolizadas por degraus a serem transpostos no decorrer dos anos (DEVIDE, 2002).

O primeiro degrau é representado pelas atividades físicas e exercícios, que tem o objetivo de tornar os alunos ativos desde as séries iniciais, despertando a vontade de praticar atividades físicas de maneira prazerosa. O segundo degrau, esta relacionado a aquisição da aptidão física, que só será desenvolvida caso o aluno seja fisicamente ativo. Outros objetivos são incluídos na proposta para desenvolver um estilo de vida permanente. Entre o segundo e terceiro degraus está à atitude do professor e sua satisfação quando o aluno atinge níveis satisfatórios de aptidão, porém, é de extrema importância que o aluno saiba o porquê da importância de realizar tais exercícios e quais são seus benefícios ao longo da vida (DEVIDE, 2002).

Portanto, no terceiro degrau temos os conhecimentos referentes à aptidão física e ao exercício, que devem ser transmitidos ao aluno de forma que ele consiga iniciar seu próprio programa de exercícios desenvolvendo assim certa “autonomia” em relação à figura do professor. O quarto degrau é referente à autoavaliação da aptidão física, nele os alunos são sujeitos a testes que estabelecem objetivos individuais para avaliarem os componentes da aptidão física relacionados à saúde interpretando os resultados do planejamento dos seus programas de exercícios. E assim chegando ao último degrau da EATV, onde pressupõe-se que o aluno está preparado para solucionar problemas e tomar decisões a respeito da prática de exercícios, pois o mesmo já experimentou várias atividades podendo escolher as que melhor se adequam para ele, incorporando no dia a dia, tendo o conhecimento necessário para se tornar um consumidor consciente e bem informado a respeito do exercício físico (DEVIDE, 2002).

Ou seja, temos nessa linha de pensamento um ponto forte no quesito de criação de autonomia do aluno em relação à prática de exercícios físicos, através do planejamento do seu programa de exercícios, tendo a consciência dos benefícios que eles o trarão ao longo da vida, e para isso, não basta apenas desenvolver bons níveis de aptidão física, mas também, trabalhar aspectos cognitivos referentes à aptidão e aos exercícios para que assim, os alunos tomem atitudes a respeito da criação de estilos de vida ativos e permanentes, com prazer e consciente dos seus benefícios (DEVIDE, 2002).

O objetivo nessas tendências apresentadas é de desenvolver um estilo de vida ativo e permanente, trazendo discussões sobre os traços multifatoriais do conceito de educação e saúde e estratégias de educação para a saúde, que mostra novos elementos para profissionais que atuam com a educação física escolar. Mas que para se obtenha resultados positivos, o professor deve se preocupar em contextualizar os assuntos abordados com a realidade do aluno, a fim de torna-lo crítico também sobre suas condições de vida. Fazendo uma reflexão sobre assuntos que vão além dos exercícios físicos, e que influenciem na sua qualidade de vida, como a falta de espaços públicos para a realização de atividades físicas, dificuldades de acesso ao lazer, más condições de trabalho, transporte, educação entre outros (DEVIDE, 2002).

Também é preciso considerar que a postura da exercitação permanente depende muitas vezes de fatores que vão além da vontade do aluno, do professor de educação física, das condições políticas, econômicas e sociais (PEREIRA, 1988; PALMA, 2001). A educação física escolar como disciplina não deve abrir mão de incentivar as pessoas a adotarem um estilo de vida ativo, porém para que obtenha êxito, ela não pode se abster de promover um exame crítico dos determinantes sociais, econômicos, políticos, e ambientais que estão diretamente ligados aos seus conteúdos (FERREIRA, 2001). Pois, a pratica de atividades físicas não deve ser encarada como a única maneira de resolver todos os problemas de saúde ou a única responsável por melhorar a qualidade de vida da população (DEVIDE, 2002).

Por tanto, é necessário ampliar as representações sociais que os professores de educação física tem a respeito da disciplina, da saúde e da sua relação com a profissão, pois muitos acabam fundamentando seu trabalho contribuindo para o fortalecimento da ideia de causalidade entre exercício e saúde e também entre um estilo de vida ativo e uma boa qualidade de vida. Um estudo com professores recém formados mostrou que a maioria dos profissionais admitem que existem uma relação causa e efeito sobre exercício e saúde apenas sob uma perspectiva e desconsideram outros fatores como sociais, políticos e econômicos e a influência desses no status de saúde, limitando-se apenas a via da aptidão física (DEVIDE, 2002).

Sendo assim, o professor de educação física deve estar atualizado frente os conceitos multifatoriais de saúde, para que munido de fundamentação teórica consistente, apresente condições de discutir e ampliar a relação da educação física para além da esfera da aptidão física, reconhecendo primeiramente que o nosso papel é parcial no processo de adoção de um estilo de vida ativo, e que está relacionado a vários fatores da vida em sociedade e que esses

fatores tornam-se ponto de partida para uma intervenção bem sucedida. A partir dessa orientação pragmática onde a educação física assume uma tarefa de desenvolver estilos de vida ativos, conscientes e de forma permanente a educação física escolar poderá legitimar seu papel com relação à saúde e uma promoção de qualidade de vida de forma satisfatória (DEVIDE, 2002).

Por tanto, a partir do dialogo entre essas tendências e a preocupação em se incentivar a prática de atividade física de forma permanente nas vidas dos indivíduos considerando os diversos fatores que influenciam na adoção de novas práticas que vão além da aptidão física, pode-se ampliar os horizontes da educação física no ambiente escolar, desestabilizando a representação social hegemônica de que a disciplina é algo dispensável, irrelevante, servindo apenas como recreação e que não há necessidade de dedicação visto que não existem conteúdos além da esfera esportiva (DEVIDE, 2002).

3. METODOLOGIA

Estudo epidemiológico transversal de base escolar e abrangência estadual, focalizando a prática da atividade física e fatores psicossociais e sociodemográficos de escolares do ensino médio a fatores de risco à saúde.

A população deste estudo abrangeu os adolescentes (14 a 19 anos) de ambos os sexos, matriculados em escolas da rede pública de ensino médio do Estado de Pernambuco. Em 2016, o número de matrículas no ensino médio foi de 300.215 (trezentos mil e duzentos e quinze), sendo estimado que aproximadamente 60% destes se encontrem na faixa etária alvo (14 a 19 anos). O quantitativo de matrículas está distribuído nas 16 Gerências Regionais de Educação (GREs). O estado de Pernambuco pode ser dividido geograficamente em cinco regiões: região metropolitana, zona da mata, agreste, sertão e a região do São Francisco. Nas cinco regiões existem 734 escolas públicas de ensino médio pertencentes à rede estadual.

Estas escolas, diferenciam-se bastante umas das outras seja pela proposta pedagógica, pela estrutura física ou por outras características que podem representar um importante viés de seleção. Visando controlar este aspecto, adotamos o tamanho (número de alunos matriculados) das escolas como um dos critérios a serem observados no processo de amostragem. A classificação adotada foi a seguinte: escolas de grande porte - mais de 500 alunos; médio porte - 200 a 499 alunos; e, pequeno porte - menos de 200.

Outras variáveis foram consideradas, mas não foram incluídas como critério para

aleatorização da amostra, ou porque não discriminaram a distribuição dos sujeitos na população ou porque podem implicar em redução da eficiência do estudo a níveis que inviabilizariam a sua execução. Esperava-se que as proporções de rapazes/moças e estudantes diurnos/noturnos (cerca de 50/50%) característicos da população possam estar representadas na amostra final. Para tanto, recorreremos à multiplicação do tamanho mínimo da amostra por 1,5 (efeito do delineamento de amostragem).

Observados estes aspectos, foram definidas duas unidades que foram consideradas no processo de amostragem (escola e turma). Partiu-se, então, para o cálculo do tamanho mínimo da amostra afim de garantir a representatividade por regiões geográficas e por tamanho da escola. Este procedimento foi efetuado, utilizando-se o programa SampleXS, distribuído pela Organização Mundial de Saúde para apoiar o planejamento amostral em estudos transversais. Na tabela 2 está apresentada a amostra do estudo.

Tabela 2. Número de escolas e alunos matriculados nas escolas de ensino médio, rede pública Estadual de Pernambuco, segundo censo escolar de 2017.

GERE	Número de estudantes na amostra*					
	Noturno		Diurno		Total	
	N	%	n	%	n	%
Agreste Centro Norte	166	42,7	223	57,3	389	9,1
Agreste Meridional	70	24,7	213	75,3	283	6,6
Mata Centro	74	29,3	179	71,2	251	5,9
Mata Norte	46	16,7	232	83,3	278	6,5
Metropolitano Norte	86	22,5	297	77,5	383	9,0
Metropolitano Sul	126	22,4	436	77,6	562	13,1
Sertão Central	31	23,9	97	76,1	128	3,0
Sertão do Moxotó	15	8,4	160	91,6	175	4,1
Mata Sul	50	19,1	214	80,9	264	6,2
Recife Norte	65	20,9	246	79,1	310	7,3
Recife Sul	94	27,2	248	71,6	347	8,1
Sertão do Alto Pajeu	38	20,9	143	79,1	181	4,2
Sertão do Araripe	62	40,1	93	59,9	156	3,6
Sertão do Submédio São Francisco	23	30,6	53	69,4	76	1,8
Sertão de Médio São Francisco	101	35,7	182	64,3	284	6,6
Vale do Capibaribe	42	20,3	166	79,7	209	4,9
Total	1.111	-	3.160	-	4.270	100

Os dados foram coletados através de um questionário construído e validado para esta população, com o objetivo de avaliar o estilo de vida e os comportamentos de risco à saúde em adolescentes Pernambucanos. Este instrumento foi construído mediante adaptação do *Global School-based Student Health Survey* (GSHS), um instrumento proposto desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde em colaboração com a UNICEF e UNAIDS e a assistência técnica do Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos. O objetivo da OMS e de seus parceiros foi construir um instrumento que permitisse comparações dos dados obtidos em diferentes regiões e países.

O grande projeto (ATITUDE) foi submetido e aprovado no comitê de ética e todos os procedimentos previstos foram respeitados. O procedimento de tabulação final dos dados foi efetuado através do programa Epi Info (versão 6.04b), um sistema de domínio público distribuído pelo Departamento de Saúde e Serviço Social dos Estados Unidos (US Department of Health and Human Services, 1994). Neste caso, o questionário foi importado de um formato de arquivo de texto (extensão TXT) para o formato de arquivo de questionário (extensão QES) do Epi info. O programa CHECK será, então, utilizado para controlar eletronicamente a entrada de dados na fase de digitação.

Afim de detectar erros na entrada de dados uma amostra (10%) do total de questionários foi redigitada. Através do programa “VALIDATE” do Epi Info e foi gerado um arquivo contendo informações sobre os erros de digitação a fim de corrigi-los e orientar o processo de revisão e limpeza do banco de dados.

As análises foram realizadas no programa SPSS (17.0). A análise descritiva incluiu essencialmente medidas de tendência central (média aritmética e mediana), dispersão (desvio padrão, amplitude de variação e intervalos de confiança) e representação gráfica dos resultados.

Para o estudo da associação entre variáveis principais e seus fatores determinantes sociais foi utilizado o teste de Qui-quadrado ou teste exato de Fisher para as tabelas de contingência 2 x 2. Adicionalmente, análises de variâncias simples e testes “t” para amostras independentes podem ser aplicadas para verificar diferenças entre as médias das

variáveis em escala contínua. Quando pertinentes os procedimentos paramétricos foram substituídos pelos equivalentes não-paramétricos.

Análises mais complexas, como medidas de associação ajustadas a variáveis intervenientes (confusão e efeitos modificadores) ou estudo dos determinantes dos comportamentos de risco, exigiu a utilização de técnicas mais robustas: regressão logística e análise multivariada. Para efetuar análises deste tipo, foi recorrido à utilização do programa Statistica para Windows (versão 6), que apresenta vantagens em relação ao Stata ou SPSS, como um melhor dispositivo para geração e edição de gráficos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desenvolvidos foram agrupados de acordo com o modelo transteorético através dos estágios de mudança de comportamento do indivíduo divididos nas cinco etapas que são: Pré-contemplanção, contemplanção, preparação, ação e manutenção, comparando as diferentes variáveis em cada etapa descrita nos estágios de mudança de comportamento e como elas influenciam nesses estágios. As variáveis podem ser observadas na tabela 3.

Tabela 3: Variáveis sociodemográficas dos estudantes de ensino médio do estado de Pernambuco

Variável	Rapazes		Moças		Todos	
	n	%	n	%	N	%
Idade (anos)						
14	67	2,6	118	3,6	185	3,1
15	455	17,1	699	21,1	1.154	19,4
16	773	29,1	1.017	30,9	1.790	30,0
17	798	29,9	918	27,9	1.716	28,8
18	428	16,1	390	11,9	818	13,7
19	140	5,2	158	4,8	298	5,0
Estado Civil						
Solteiro (a)	2.449	92,9	2.969	90,4	5.418	91,5
Casado (a)	55	2,0	150	4,6	205	3,4
Outro	135	5,1	163	5,0	298	5,1
Turno						
Diurno*	1.043	39,2	1.290	39,1	2.333	39,2
Noturno	400	15,1	448	13,7	848	14,2
Integral**	1.212	45,7	1.553	47,2	2.765	46,6
Série						
1º	1.043	39,1	1.259	38,2	2.302	38,7
2º	912	34,2	1.120	33,9	2.032	34,1
3º	706	26,7	921	27,9	1.627	27,2
Mesorregião Geográfica						
Metropolitana	901	33,9	993	30,1	1.902	31,7
Zona da Mata	465	17,5	610	18,5	1.078	18,0
Agreste	525	19,7	689	20,9	1.222	20,4
Sertão	547	20,6	706	21,4	1.266	21,1
São Francisco	223	8,4	302	9,2	528	8,8
Local de Residência						
Urbano	2.115	80,2	2.596	79,2	4.711	79,7
Rural	520	19,8	681	20,8	1.201	20,3
Trabalho						
Sim	472	17,9	294	8,9	766	12,9
Não	2.163	82,1	2.991	91,1	5.154	87,1

*Estudantes que ficam na escola do período da manhã, geralmente das 7:00h as 12:00h.

** Estudantes que passam o dia todo na escola geralmente das 7:00h as 17:00h.

Foi possível observar uma maior prevalência de alunos com idade entre 16 e 17 anos sendo um número maior de moças matriculadas na faixa dos 16 anos com um número correspondente a 30,9%, o turno integral foi o que apresentou maior número de alunos matriculados 46,6% seguido do turno diurno 39,2%, a maioria dos alunos encontravam-se na primeira série do ensino médio correspondendo a 38,7% dos estudantes, enquanto na terceira série do ensino médio o número correspondia a 27,2%.

A mesorregião que mais apresentou estudantes matriculados foi à região metropolitana do Recife com 31,7% do total dos estudantes entrevistados, seguida pelas regiões Sertão e Agrestes com 21,1% e 20,4% respectivamente, tendo a região do São Francisco como a região com o menor número de alunos matriculados 8,8%. A maioria dos alunos é residente em área urbana 79,7%, na área rural o número corresponde a 20,3%, e desses estudantes, 17,9% exercem alguma atividade remunerada enquanto 87,1% dedicam-se apenas aos estudos.

Tendo em vista as recomendações da OMS sobre atividade física, considera-se fisicamente ativo o jovem que acumula pelo menos 60 minutos de atividades físicas, diários em cinco ou mais dias da semana. Sendo assim foram obtidos os seguintes resultados descritos na tabela 4.

Tabela 4: Influência de variáveis nos estágios de mudança de comportamento na adoção de um estilo de vida ativo

VARIÁVEIS	ESTÁGIOS				
	<i>Pré-contemplação</i> (%)	<i>Contemplação</i> (%)	<i>Preparação</i> (%)	<i>Ação</i> (%)	<i>Manutenção</i> (%)
IDADE (anos)					
14-16	57,3	52,9	52,9	54,1	40,1
17-19	42,7	47,1	47,1	45,9	50,9
SEXO					
Rapazes	34,4	28,4	33,4	49,1	68,0
Moças	65,6	71,6	66,6	50,9	32,0
TURNO					
Regular	50,5	50	55,4	57,3	55,0
Integral	49,5	50	44,6	42,7	45,0
SÉRIE					
1 ano	41,7	34,8	38,6	39,6	40,2
2 ano	33,3	34,3	34,5	35,4	33,1
3 ano	25,0	30,9	27,0	25,0	26,7
TRABALHO					
Não	87,0	89,8	87,0	85,8	83,8
Sim	13,0	10,2	13,0	14,2	16,2
LOCAL DE RESIDÊNCIA					
Urbano	78,8	81,4	78,8	77,4	79,9
Rural	21,2	18,6	21,2	22,6	20,1

Após a análise dos dados, os resultados obtidos e agrupados na tabela 2 foram

descritos através de gráficos para uma melhor análise e comparação das variáveis com os estágios de mudança de comportamento descritos no modelo transteorético. No primeiro gráfico são apresentados os resultados das variáveis idade e sexo, na segunda, turno e série e na terceira, trabalho e local de residência.

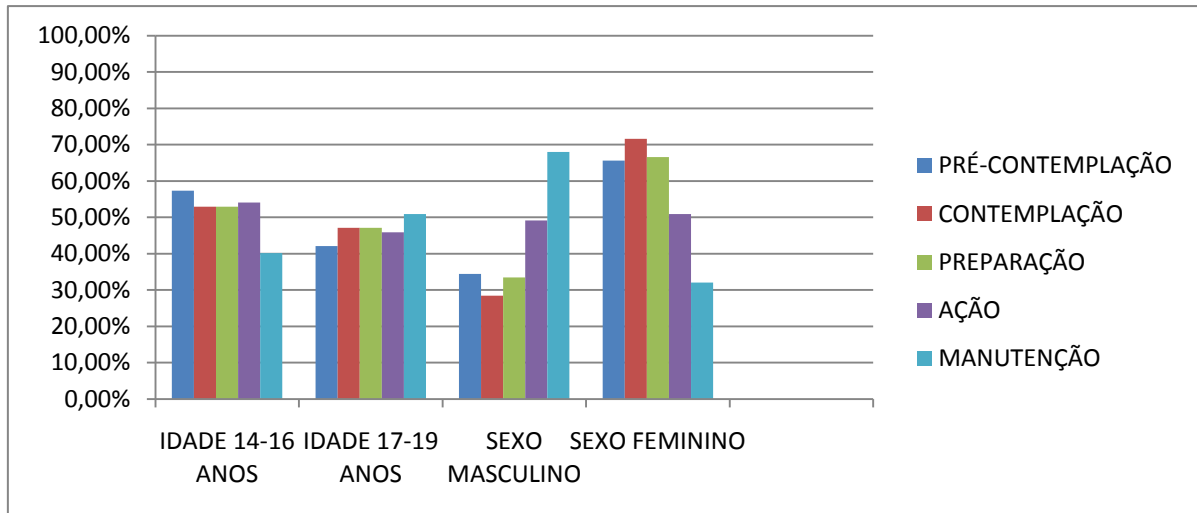


Gráfico1 Influência das Variáveis Idade e Sexo na atividade física.

O maior número de alunos matriculados encontrava-se na faixa dos 14 aos 19 anos, portanto divididos em duas faixas etárias, a primeira correspondendo dos 14 aos 16 anos e a segunda dos 17 aos 19 anos. Quando observado os da primeira faixa etária, foi possível observar que a maioria dos estudantes na linha dos 14 aos 16 anos se encontra no estágio de Pré-Contemplação, ou seja, não se consideram ativos fisicamente e nem pretendem mudar o seu comportamento nos próximos seis meses, correspondendo por um total de 57,3%, diferente dos estudantes na faixa etária dos 17 aos 19 anos, onde 42,7% encontram-se nesse estágio e existe um número maior no estágio de Manutenção que é representado por indivíduos que já mudaram seu comportamento e praticam atividades físicas a mais de seis meses, tendo 50,9%.

Quando observado o fator idade relacionado com a atividade física, na literatura encontram-se diversos estudos que afirmam que essa variável é um importante fator que determina a atividade física nos adolescentes, de acordo com Seabra (2008), apesar de algumas diferenças entre o tipo e intensidade das atividades realizadas, existe um consenso de que a atividade física, compreendida no seu conceito global, tende a estar negativamente associada a idade, ou seja, existe evidências que a prática de atividades físicas vigorosas tendem a diminuir com o passar da idade. Em contrapartida, existem estudos que comprovam a não existência dessa associação, salientando que existe na verdade uma substituição na

prática de atividades vigorosas por atividades mais leves.

Porém, ao analisar os dados da pesquisa temos o inverso do que é dito em alguns estudos presentes na literatura, vemos nos alunos mais jovens um maior percentual de inativos fisicamente e que não pretendem mudar seu comportamento, de acordo com Ardenghe (2007), isso se dá devido a mudanças no comportamento social e pelo avanço cada vez maior de atividades que requerem mais tempo parados, ou seja, atualmente existe uma substituição de práticas ativas, como brincar na rua, andar de bicicleta, por jogar videogames, usar celular por muito tempo, ou ficar longos períodos assistindo televisão. Esses comportamentos são refletidos na escola, quando vemos cada vez menos estudantes interessados em praticar alguma atividade física.

Quando observado a variável sexo, podemos observar que apesar de existir um maior número de estudantes do sexo feminino, são os homens que se apresentam como mais ativos fisicamente. Das estudantes entrevistadas 65,6% se encontravam no estágio de Pré-Contemplação, enquanto temos nesse estágio temos 34,4% dos estudantes do sexo masculino, o inverso ocorre quando observamos o número de alunos no estágio de Manutenção, neles estão apenas 32% das alunas, em contrapartida, 68,2% dos estudantes do sexo masculino se encontram nesse estágio. Mas apesar dessa grande diferença, pode-se observar um alto percentual de estudantes do sexo feminino no estágio de Contemplação, que quando o indivíduo não é ativo fisicamente, porém sabe a importância de se exercitar e pretende mudar o seu comportamento nos próximos seis meses, 71,6% das alunas encontram-se nesse estágio.

Os resultados referentes a sexo corroboram com o que é encontrado na literatura, que afirma que normalmente os homens tendem a ser mais ativos fisicamente que as mulheres, segundo Seabra (2008), as diferenças que se registram entre os sexos são dependentes do tipo e da intensidade das atividades realizadas. Pois, diversos estudos de natureza epidemiológica descritiva, reconhecem que existe um envolvimento superior dos meninos em atividades esportivas e de alta intensidade, diferente das meninas que preferem participar de atividades físicas e de lazer que exijam menor intensidade.

Porém, essa preferência pode ser explicada através dos âmbitos socioculturais, de acordo com Woul & Hendry (2008), a maior preferência dos meninos por atividades mais vigorosas em comparação as meninas, se dá pelo viés cultural, pois, enquanto os meninos eram orientados desde os primeiros anos de vida para atividades de âmbito laboral, as meninas eram orientadas para atividades voltadas para a família. Weinberg & Gould (1995), afirma que desde o nascimento, meninas e meninos são tratados de forma diferente pelos

adultos, e pela sociedade de forma geral, tendo os meninos uma maior permissão para a exploração do seu ambiente físico e durante décadas a sociedade não atribuía ao sexo feminino o mesmo status social do masculino, visto que não era aceitável a participação de meninas em atividades que tivessem certo grau de exigência física ou que existisse contato corporal sob o risco de comprometer sua feminilidade.

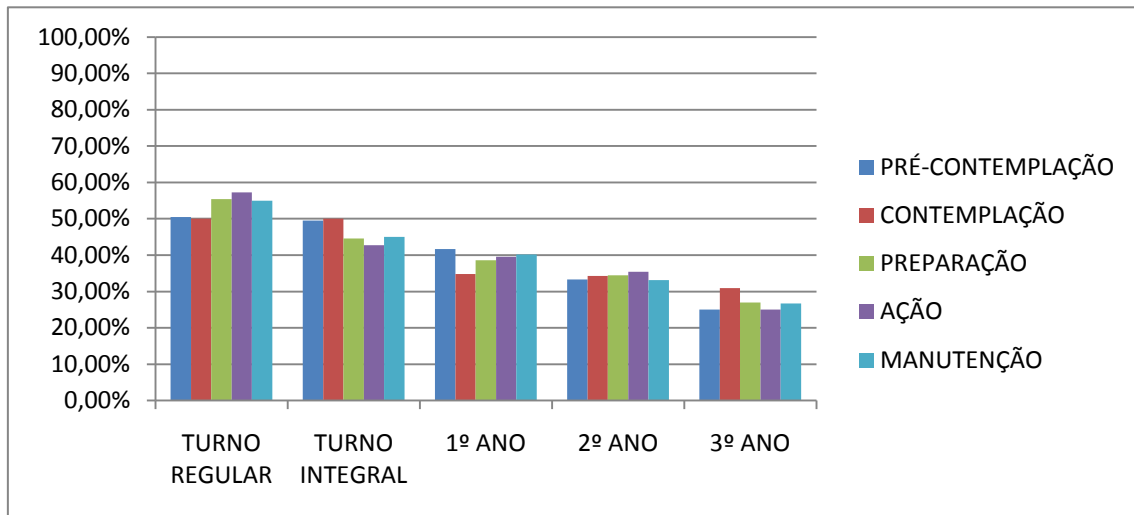


Gráfico 2 Influência das variáveis turno e série na atividade física.

Quando observada as variáveis turno e série, tivemos um alto percentual de alunos matriculados no turno Regular (Turno onde os estudantes ficam apenas meio período na escola), no estágio de Ação, que corresponde ao indivíduo que mudou seu comportamento e se considera fisicamente ativo a mais de trinta dias, correspondendo a 57,3% dos alunos e 55,0% desses estudantes afirmaram estar no estágio de Manutenção. Já os alunos que estão no turno em tempo Integral (Turno que os estudantes passam o dia todo na escola) apresentam resultados opostos aos alunos do turno Regular, foi possível observar um percentual de 42,7% dos alunos no estágio de Ação e 45% no estágio de Manutenção.

Não são encontrados muitos trabalhos a respeito da influência dos turnos em que alunos estudam com a prática de atividades físicas, porém pode-se presumir que o fato de alunos que estudam apenas meio período na escola tem mais tempo livre para realizar essas atividades, diferente dos estudantes que passam mais tempo na escola. Segundo a Secretaria de Educação de Pernambuco (2018), as escolas em tempo integral se caracterizam pelo aumento da jornada dos estudantes que ficam os cinco dias da semana, estudando em dois períodos. Por tanto, pode-se presumir por conta dessa jornada maior de ensino, algumas barreiras possam ser percebidas pelos estudantes, como o pouco tempo disponível para a prática de atividades físicas.

Quando analisadas as séries, o fato que mais chamou atenção foi a grande diferença de percentual entre os estudantes da primeira série do ensino médio quando comparados com os percentuais dos alunos da segunda e terceira série dessa etapa de ensino. Os resultados se apresentam de forma decrescente devido à diminuição do número de alunos por série, por exemplo, na primeira série encontram-se 41,7% dos alunos no estágio de Pré-contemplação, enquanto no mesmo estágio encontram-se 33,3% dos alunos da segunda série e 25% na terceira, porém quando observado os dados dos estudantes no estágio de Manutenção temos 40,2% na primeira série 33,1% na segunda e apenas 26,7% na terceira, esses dados apresentam outro problema, que é o da evasão escolar.

Segundo Batista, Souza e Oliveira (2009), a questão da evasão é um problema que vem crescendo a cada ano, e são muitos os motivos que levam os jovens a abandonar os estudos, podendo ser destacados fatores internos associados ao desenvolvimento psíquico do aluno, ou fatores externos muitas vezes de natureza socioeconômica, pois em alguns casos esses jovens se veem obrigados a optar por trabalhar ao invés de estudar por conta da necessidade de ajudar a família, além do modelo de escola que não desperta o interesse do aluno. Porém, a questão trabalho, não foi fator predominante nas escolas observadas. Como pode ser visto no gráfico 3.

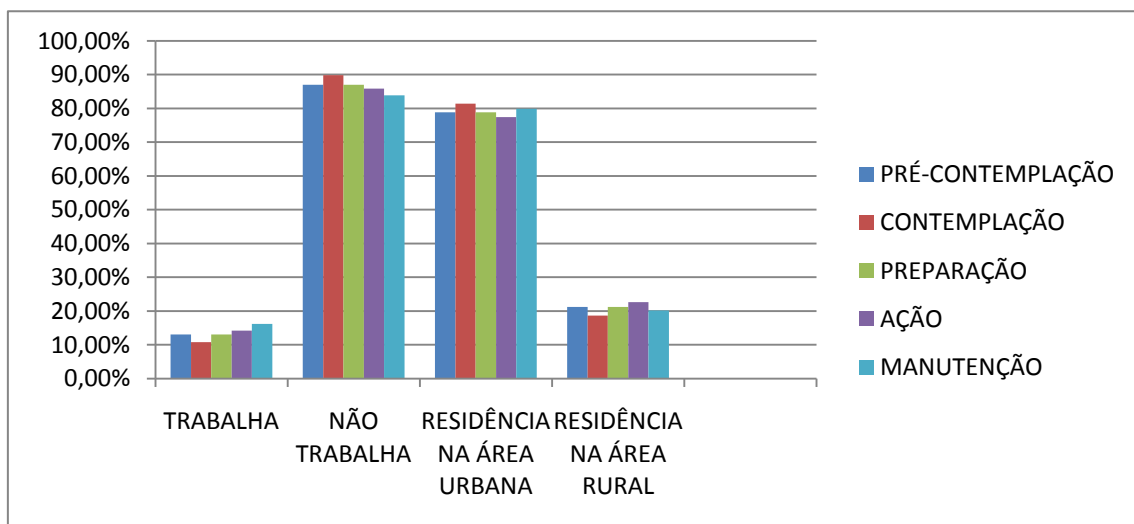


Gráfico 3 Influência das variáveis trabalho e local de residência na atividade física.

Ao analisar essas categorias foi possível observar que a grande maioria dos estudantes não exerce nenhuma atividade remunerada, portanto é visível a diferença dos números, visto que o maior percentual de estudantes se encontra matriculado na primeira série do ensino médio em turno integral. Desses estudantes que não exercem atividades remuneradas, o maior percentual encontra-se no estágio de Contemplação 89,8% desses alunos acreditam que é

preciso mudar seu comportamento com relação à atividade física, porém não pretendem mudar seu comportamento atual nos próximos seis meses, enquanto os estudantes que trabalham apresentam um percentual de 10,2% nesse mesmo estágio, porém, como já foi dito, o baixo percentual dos alunos que exercem atividades remuneradas, está relacionado com o pequeno número de estudantes que trabalham e estudam nesse período.

Outra grande diferença de percentual também foi encontrada nos número de alunos que residem em área urbana e área rural, onde a grande maioria reside em área urbana, e desses alunos 81,4% se encontram no estágio de Contemplação, enquanto 21,2% dos estudantes residentes na área rural encontram-se nesse estágio, o fato observado se apresenta de maneira parecida com a variável trabalho, onde os baixos índices estão relacionados ao pequeno número de estudantes nessa situação, ou seja, existem poucos estudantes residentes na área rural nas escolas quando comparados com os que residem em área urbana, porém, dos alunos que moram em zona rural a maioria se encontra no estágio de Ação, ou seja, mudaram seu comportamento e se tornaram ativos fisicamente a mais de trinta dias.

O alto percentual de estudantes residentes na zona urbana que se encontram no estágio de Contemplação, ou seja, sabem da importância de mudar o comportamento relacionado à atividade física, pretendem mudar o comportamento, porém não imediatamente, Silva (2009) afirma que é comum encontrar maior comportamento sedentário em adolescentes de ambiente urbano, e isso se dá provavelmente em função desses jovens terem mais acesso aos meios de comunicação, e passarem mais tempo em frente à televisão, ou outros aparelhos eletrônicos. Alguns estudos revelam que mais da metade dos jovens do sexo masculino que excediam o tempo de uso do computador não atingiam os níveis de recomendação de prática de atividades físicas.

Com a análise dos dados é possível se atentar ao que se passa com os alunos do ensino médio da rede estadual de Pernambuco, no que se refere ao estado de sedentarismo e de atividade física em que esses adolescentes se encontram, e que, de acordo com o que foi coletado, mostra que ainda existe um grande percentual que se encontra no estágio de Pré-contemplação, sem a intenção de mudança do comportamento para tornar-se um indivíduo mais ativo fisicamente. Ou seja, um grande percentual de adolescentes inativos fisicamente tornando-se um público vulnerável a contração de DCNT.

Porém, antes de afirmar que alguém não pratica atividade física por falta de vontade, é preciso observar as questões sociodemográficas em que esses indivíduos se encontram para assim identificar as barreiras e os facilitadores para o processo de mudança de

comportamento. As variáveis utilizadas nesse estudo nos trazem uma dimensão de que existe interferência do meio onde o indivíduo se encontra, com as expectativas de mudança de atitude com relação à importância da atividade física.

5. CONCLUSÕES

Sendo assim, foi possível concluir que, são necessárias ações e políticas públicas educacionais com o foco nos subgrupos com menor intenção de mudança de comportamento para que no futuro exista um impacto na redução das principais causas de mortalidade, uma vez que a atividade física é um comportamento que faz parte da cadeia causal destas doenças e condições, sempre buscando de forma crítica e considerando os diversos fatores que influenciam na adoção de um comportamento ativo e saudável. E essas ações podem começar dentro da escola, com propostas que valorizem o papel da educação física como ferramenta de extrema importância na de conscientização desses adolescentes em adotar um estilo de vida ativo e saudável.

É preciso se atentar ao sedentarismo como um fator de saúde pública, principalmente com relação a gastos com tratamentos a pessoas que apresentam algum tipo doença não transmissível que poderia ser evitado, ou amenizado, seus sintomas com um estilo de vida ativo, mas para isso, investimentos em locais para a prática de atividade física são necessários, como locais bem iluminados, equipamentos em bom estado e segurança no local, provavelmente os gastos com prevenção através do incentivo da população, seja ela adolescente adulta ou idosa custará menos aos cofres públicos do que os gastos com os tratamentos dessas doenças.

6. REFERÊNCIAL BIBLIOGRÁFICO

AMMERMAN, A.S. et al. **The efficacy of behavioral interventions to modify dietary fat and fruit and vegetable intake: A review of the evidence.** *Preventive Medicine*, v.35, 2002; p. 25-41.

ARMITAGE, C.J. **Can The Theory Of Planned Behavior Predict The Maintenance Of Physical Activity?** *Health Psychology*, v. 24, n. 3; 2005; p 235-45.

ARDENGHE, R. M; TEIXEIRA, R. T.S; *A Educação Física Na Adoção De Um Estilo De Vida Saudável*; Secretaria de Estado da Educação. Superintendência da Educação. Programa de Desenvolvimento Educacional. Curitiba : SEED – Pr., 2011. – (Cadernos PDE). Disponível em:
<http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/producoes_pde/artigo_roseli_maria_ardenghe.pdf>. Acesso em 05/11/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 160 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes Para O Cuidado Das Pessoas Com Doenças Crônicas Nas Redes De Atenção À Saúde E Nas Linhas De Cuidado Prioritárias / Ministério Da Saúde, Secretaria De Atenção À Saúde, Departamento De Atenção Básica.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BATISTA, S. D.; SOUZA, A. M.; OLIVEIRA, J. M. S.; **A Evasão Escolar No Ensino Médio: Um Estudo De Caso**; *Revista Profissão Docente*, Uberaba, v.9, n.19, 2009.

BOCCOLINI, P. M. M.; DUARTE, C. M. R.; MARCELINO, M. A.; BOCCOLINI, C. S.; **Desigualdades Sociais Nas Limitações Causadas Por Doenças Crônicas E Deficiências No Brasil: Pesquisa Nacional De Saúde – 2013**; *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017; 22(11):3537-3546.

COURNEYA, K.S. **Understanding Readiness For Regular Physical Activity In Older Individuals: An Application Of The Theory Of Planned Behavior.** *Health Psychology*, v. 14, n. 1, 1995; p. 80-87.

DEVIDE, F. P.; **Educação Física, Qualidade De Vida E Saúde: Campos De Intersecção E Reflexões Sobre A Intervenção**; *Movimento*, vol. 8, núm. 2, mayo-agosto, 2002, pp. 77-84.

DUNCAN, B. B.; CHOR, D.; AQUINO, E. M. L.; BENSENOR, I. M.; MILL, J. G. SCHMIDT, M.I.; LOTUFO, P. A.; VIGO, A.; BARRETO, S. M.; **Doenças Crônicas Não**

Transmissíveis No Brasil: Prioridade Para Enfrentamento E Investigação; Rev Saúde Pública 2012;46(Supl):126-34.

FARIA, J. A. G.; **Exercício E Promoção Da Saúde.** Oeiras: Câmara Municipal de Oeiras, 1991.

GLANZ, K.; RIMER, B.K.; VISWANATH, K. **Health behavior and health education: Theory, research, and practice.** New York: 4th ed. Jossey-Bass, 2008, 552p.

HIATT, R.A.; RIMER, B.K. A new strategy for Cancer Control Research. **Cancer, Epidemiology, Biomarkers and Prevention**, v. 8, 1999; p. 957-964.

MALTA, D. C.; MOURA, L.; PRADO, R. R.; ESCALANTE, J. C.; SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; **Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011;** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 23(4):599-608, out-dez 2014a.

MALTA, D. C.; NETO, O. L. M.; JÚNIOR, J. B. S.; **Apresentação Do Plano De Ações Estratégicas Para O Enfrentamento Das Doenças Crônicas Não Transmissíveis No Brasil, 2011 A 2022;** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, out-dez 2011b; 20(4):425-438.

MALTA, D. C.; CEZÁRIO, A.C; MOURA, L; NETO, O. L. M; JUNIOR, J. B. S; **A Construção Da Vigilância E Prevenção Das Doenças Crônicas Não Transmissíveis No Contexto Do Sistema Único De Saúde;** EPIDEMIOLOGIA E SERVIÇOS DE SAÚDE, VOLUME 15; Nº 3 JUL/SET 2006c. P.47-65.

MALTA, D. C.; JUNIOR, J. B. S.; **O Plano De Ações Estratégicas Para O Enfrentamento Das Doenças Crônicas Não Transmissíveis No Brasil E A Definição Das Metas Globais Para O Enfrentamento Dessas Doenças Até 2025: Uma Revisão;** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, jan-mar 2013; 22(1):151-164.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. **O Caminho Da Linha De Cuidados Do Ponto De Vista Das Doenças Crônicas Não Transmissíveis;** Interface - Comunic., Saude, Educ., v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.

MARCUS, B.H.; SIMKIN, L.R. The transtheoretical model: applications to exercise behavior. **Medicine and Science in Sports Exercise**, v. 26, n. 11, p. 1400-4, 1994.

OPAS/OMS; **Conceito De Transição Epidemiológica;** 2006. Disponível em < https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=569:conceito-doencas-cronicas-nao-transmisiveis&Itemid=463>; Acesso em: 15 nov 2018.

OPAS/OMS; **Doenças Crônicas Não Transmissíveis Causam 16 Milhões De Mortes Prematuras Todos Os Anos;** 2015. Disponível em < https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4766:doencas-cronicas-nao-transmissiveis-causam-16-milhoes-de-mortes-prematuras-todos-os-anos&Itemid=839 >; Acesso em 15 nov 2018.

OEHLSCHLAEGER, M. H. K.; PINHEIRO, R. T.; HORTA, B.; GELATTI, C.; SANTANA, P.; **Prevalência e fatores associados ao sedentarismo em adolescentes de área urbana**; Rev. Saúde Pública; 2004; 38(2): 157-63.

PALMA; **A Educação Física, Corpo E Saúde: Uma Reflexão Sobre Outros modos De Olhar**. Revista Brasileira de Ciências do Esporte; Campinas: Autores Associados; V. 22, n. 2, 2001; p. 23-39.

PEREIRA, F.M.; *Dialética da Cultura Física*. São Paulo: Ícone, 1988.

PERNAMBUCO, SECRETARIA DE EDUCAÇÃO; **Educação Integral**; 2018. Disponível em < <http://www.educacao.pe.gov.br/portal/?pag=1&men=70> >; acesso em: 20 dez 2018.

PROCHASKA, J. O.; VELICER, W. F. **The Transtheoretical Model Of Health Behavior Change**. American Journal of Health Promotion, v.12, 1997;p.38-48.

PROCHASKA, J. O., DICLEMENTE, C. C., & NORCROSS; **In Search Of How People Change**. American Psychologist, J. C. (1992); 47 (9), 1102-1114.

SEABRA, A. F.; MENDONÇA, D. M.; THOMIS, M. A.; ANJOS, L. A.; MAIA, J. A.; **Determinantes Biológicos E Sócio-Culturais Associados À Prática De Atividade Física De Adolescentes**; Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, abr, 2008; 24(4):721-736.

SEEFELDT, V.; MALINA, R. M., CLARK, M. A.; **Factors Affecting Levels Of Physical Activity In Adults**; Sports Med 2002; 32:143-68.

SILVA, K. S.; NAHAS, V. M.; PERES, K. G.; LOPES, A. S.; **Fatores Associados À Atividade Física, Comportamento Sedentário E Participação Na Educação Física Em Estudantes Do Ensino Médio Em Santa Catarina, Brasil**; Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, out, 2009; 25(10):2187-2200.

SOUZA, E. A.; FILHO, V. C. B.; NOGUEIRA, J. A. D.; JÚNIOR, M. R. A.; **Atividade Física E Alimentação Saudável Em Escolares Brasileiros: Revisão De Programas De Intervenção**; Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, ago, 2011; 27(8):1459-1471.

TASSITANO, R. M; **Impacto De Uma Intervenção Para O Aumento Da Atividade Física E Consumo De Frutas, Legumes E Verduras Em Estudantes Universitários: Ensaio Clínico Randomizado**; TESE (Programa de Pós-Graduação em Nutrição do Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal de Pernambuco); 2013.

TORAL, N.; SLATER, B.; **Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar**; Ciência & Saúde Coletiva, 2007; 12(6):1641-1650.

WARBURTON, D.E. et al. Health benefits of physical activity: the evidence. **CMAJ**, v.12, n.6, p. 801-9, 2002. WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Assembly 57.17. **Global Strategy On Diet And Physical Activity**. Geneva; 2004. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Health Risks: Mortality And Burden Of Disease Attributable To Selected Major Risks**. Geneva; 2009.

WEINBERG, R.; GOULD, D.; **Gender Issues In Sport And Exercise**. In: Gisolfi C, Lamb D, editors. *Foundation of sport and exercise psychology*. Indianapolis: Benchmark Press; 1995. p. 495-513.

WOLD, B.; HENDRY, L.; **Social And Environmental Factors Associated With Physical Activity In Young People**. In: Biddle S, Sallis JF, Cavill N, editors. *Young and active? Young people and health-enhancing physical activity - evidence and implications*. London: Health Education Authority; 1998. p. 119-32.

WHO. **Health promotion: a discussion document of the concept and principles**. Copenhagen:WHO, 1984.

WHO Library Cataloguing-in-Publication **Data Global Status Report On Noncommunicable Diseases 2014**. 1.Chronic Disease - prevention and control. 2.Chronic Disease - epidemiology. 3.Chronic Disease - mortality. 4.Cost of Illness. 5.Delivery of Health Care. I.World Health Organization.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Preventing chronic diseases: a vital investment**. Switzerland, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en>. Acesso em: 22 nov. 2018.