

Marcos Gonçalves Maciel

**ANÁLISE COMPARATIVA DA INTENÇÃO DE MUDANÇA DO
COMPORTAMENTO EM ADOLESCENTES PARA A PRÁTICA DE
ATIVIDADES FÍSICAS REGULARES DE LAZER**

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Universidade Federal de Minas Gerais

2009

Marcos Gonçalves Maciel

**ANÁLISE COMPARATIVA DA INTENÇÃO DE MUDANÇA DO
COMPORTAMENTO EM ADOLESCENTES PARA A PRÁTICA DE
ATIVIDADES FÍSICAS REGULARES DE LAZER**

Dissertação apresentada ao Programa
Interdisciplinar de Pós-Graduação - Mestrado em Lazer
da Universidade Federal de Minas Gerais, como
pré-requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Lazer.

Área de concentração: Lazer, Cultura e Educação

Linha de Pesquisa: Lazer, Formação e Atuação profissional

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Teixeira Veiga

Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Universidade Federal de Minas Gerais

2009

Maciel, Marcos Gonçalves

M152a Análise comparativa da intenção de mudança do comportamento em
2009 adolescentes para a prática de atividades físicas regulares de lazer.
[manuscrito] / Marcos Gonçalves Maciel – 2009.
126f., enc.: il.

Orientador: Ricardo Teixeira Veiga

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola
de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Bibliografia: f. 103-112

1. Esportes para adolescentes. – Teses. 2. Educação Física para
adolescentes. – Teses. 3. Lazer – Teses. 4. Comportamento. – Teses. I.
Veiga, Ricardo Teixeira. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola
de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. III. Título.

CDU: 379.8



Universidade Federal de Minas Gerais

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Mestrado em Lazer

Área Interdisciplinar

Dissertação intitulada ***Análise comparativa da intenção de mudança do comportamento em adolescentes para a prática de atividades físicas regulares de lazer*** de autoria de **Marcos Gonçalves Maciel defendida** e aprovada em 12 de agosto de 2009, na Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais e submetida à banca examinadora composta pelos professores:

Prof. Dr. Ricardo Teixeira Veiga (Orientador)

Faculdade de Ciências Econômicas

Universidade Federal de Minas Gerais

Prof. Dr. Hélder Ferreira Isayama

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Universidade Federal de Minas Gerais

Prof. Dr. Markus Vinicius Nahas

Centro de Desportos

Universidade Federal de Santa Catarina

DEDICATÓRIA

À Deus, pela sua fidelidade e bondade.
À minha filha Ester Rafaela, fonte de inspiração e perseverança
para vencer todas as barreiras encontradas nessa caminhada.

EPIGRAFE

“Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo o propósito debaixo do céu: tempo de nascer e tempo de morrer; tempo de plantar e tempo de arrancar o que se plantou; tempo de matar e tempo de curar; tempo de derribar e tempo de edificar; tempo de chorar e tempo de rir; tempo de prantear e tempo de saltar de alegria; tempo de espalhar pedras e tempo de ajuntar pedras; tempo de abraçar e tempo de afastar-se de abraçar; tempo de buscar e tempo de perder; tempo de guardar e tempo de deitar fora; tempo de rasgar e tempo de coser; tempo de estar calado e tempo de falar; tempo de amar e tempo de aborrecer; tempo de guerrear e tempo de paz”. Eclesiastes 3: 1- 8 (Bíblia Sagrada).

“O tempo de Deus não segue a lógica e a cronologia humana, pois, Ele é SOBERANO. Assim, mesmo que não o entendamos, Ele nos entende e a seu tempo proverá tudo o que necessitarmos”.

AGRADECIMENTOS

- Aos meus familiares que sempre me apoiaram e não mediram esforços para me ajudar.
- Ao professor Ricardo Veiga pelas orientações.
- Aos professores Helder Isayama e Markus Nahas que aceitaram o convite para participar da banca e contribuíram para a realização deste trabalho.
- Ao professor e amigo Mauro Heleno Chagas
- A professora e amiga Eliane Fonseca pela correção ortográfica.
- Ao Tiago (ETFG/Contagem) pelas orientações na parte de informática
- Aos professores Carlos Roberto (SEBRAE/BH) e Hugo (E. E. Dep. Renato Azeredo e Nova Contagem I) pelo apoio e colaboração na coleta dos dados durante as aulas de Educação Física.
- À direção e professores da Escola Técnica de Formação Gerencial de Belo Horizonte (SEBRAE/BH); Escola Estadual Nova Contagem I, Escola Estadual Deputado Renato Azeredo, pela permissão da realização da coleta de dados com seus alunos.
- A todos os alunos que participaram da pesquisa.

RESUMO

Apesar da ampla divulgação pelos meios de comunicação dos muitos efeitos deletérios da inatividade física no lazer, é crescente o percentual da população que se encontra nesse quadro, sobretudo a partir da adolescência. Para procurar compreender esse fenômeno, vários estudos vêm adotando os pressupostos de teorias do comportamento humano, dentre elas o Modelo Transteorético e a Teoria do Comportamento Planejado. Visando identificar os fatores antecedentes e condicionantes para a prática dessas atividades, o objetivo deste estudo foi investigar a intenção de mudança do comportamento em adolescentes matriculados no ensino médio para a prática de atividades físicas regulares de lazer utilizando os pressupostos dessas duas teorias. Foi realizado um estudo transversal com a participação de 416 adolescentes, pertencentes a escolas do ensino médio nas cidades de Belo Horizonte e Contagem/MG, com média de idade de 16,4 anos (DP \pm 1,2 anos), sendo a amostra composta por 47,4% de rapazes, 52,6% de moças; 66,6% dos alunos classificados nos níveis socioeconômicos A/B, e 33,4% nos níveis C/D. Foram investigados aspectos sociodemográficos, estágios de mudança de comportamento e aspectos atitudinais, através da aplicação de um questionário. As análises foram feitas utilizando estatísticas descritivas e paramétricas (ANOVA one-way e regressão logística), com $p < 0,05$. Os resultados encontrados demonstram que 56,9% dos alunos em geral são inativos no lazer (36,5% das moças e 20,4% dos rapazes; 36,1% pertencentes às classes A/B e 20,9% das classes C/D). A análise dos componentes da Teoria do Comportamento Planejado para verificar a adesão às atividades físicas regulares de lazer, apresentou as seguintes características: Atitude – somente a variável estágio de mudança do comportamento apresentou diferença estatisticamente significativa, porém, pouco relevante em termos práticos; Normas subjetivas – as variáveis níveis socioeconômicos, sexo e estágio de mudança do comportamento não apresentaram diferenças estatisticamente significativas; Controle percebido - as variáveis sexo e estágio de mudança do comportamento, apresentaram diferenças estatisticamente significativas, porém, pouco relevantes em termos práticos. Conclui-se que no contexto pesquisado a maioria dos adolescentes é inativa no lazer, e quanto aos constructos da Teoria do Comportamento Planejado, sexo, atitude e controle percebido são os fatores mais relevantes para classificar o nível de atividade física regular de lazer, sendo que as variáveis sociais (nível socioeconômico e norma subjetiva), pelo menos no nível de mensuração adotado, têm pouca importância para prever a intenção de mudança do comportamento para a prática dessas atividades.

Palavras Chaves: Adolescentes, Atividade Física, Lazer, Mudança de Comportamento.

ABSTRACT

Despite the wide dissemination by the media of the many deleterious effects of physical inactivity during leisure time, a growing percentage of the population that is in this context, particularly from adolescence on. To try to understand this phenomenon, several studies have adopted the assumptions of theories of human behavior, among them the Transtheoretical Model and the Theory of Planned Behavior. To identify the factors and conditions for the practice of these activities, the objective of this study was intended to change behavior in adolescents enrolled in high school to the practice of regular physical leisure using the assumptions of these two theories. We conducted a cross-sectional study involving 416 adolescents belonging to high schools in the cities of Belo Horizonte and Contagem / MG, with a mean age of 16.4 years (SD \pm 1.2 years), the composite sample for 47.4% of boys, 52.6% girls, 66.6% of students classified in socioeconomic classes A/B, and 33.4% increase in C/D. We investigated sociodemographic, stages of change in behavior and attitude, through a questionnaire. The analysis was done using descriptive statistics and parametric (one-way ANOVA and logistic regression), with $p < 0.05$. The results show that 56,9% of students are generally inactive during leisure time (36.5% of girls and 20.4% of boys 36.1% of class A / B and 20.9% for Class C/D). The analysis of the components of the Theory of Planned Behavior to verify adherence to regular physical activity for leisure, showed the following characteristics: Attitude - only the variable stage of behavior change was statistically significantly different, however, of little importance in practical terms, subjective standards - variables, socioeconomic status, sex and stage of behavior change is not statistically different; Perceived control - the sex and stage of behavior change, showed statistically significant differences, however, of little relevance in practice. It is concluded that the research context most teenagers are inactive during leisure time, and as for the constructs of the Theory of Planned Behavior, sex, attitude and perceived control are the most important factors to rate the level of regular physical activity and leisure, and social variables (socioeconomic status and subjective norm), at least on these particularly measures, are of little importance in predicting the intention to change behavior to practice these activities.

Keywords: Adolescents, Physical Activity, Leisure, Behavior Change.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Fatores determinantes para a prática de atividades físicas	39
FIGURA 2 – Fatores que influenciam a atividade física nas comunidades	39
FIGURA 3 – Modelo de relação entre comportamentos, barreiras e aderência para a prática de atividades físicas.....	40
FIGURA 4 – Teoria da ação racionalizada.....	43
FIGURA 5 – Teoria do comportamento planejado.....	44
FIGURA 6 – Boxplot da variável Med_A com os valores extremos.....	68
FIGURA 7 – Boxplot da variável Med_A, sem os valores extremos.....	69
FIGURA 8 – Boxplot da variável Med_N.....	74
FIGURA 9 – Boxplot da variável Med_C.....	77

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Fatores determinantes para a prática de atividades físicas.....	38
QUADRO 2 – Definições e exemplos práticos do constructo da TAR e TCP.....	46
QUADRO 3 – Estágios de mudança de comportamento e suas características.....	49
QUADRO 4 – Processos de mudança de comportamento segundo o MT.....	50 e 51
QUADRO 5 – Estágios de mudança do comportamento	52

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Dados demográficos da amostra.....	60
TABELA 2 – Distribuição dos alunos de acordo com os EMC, sexo e NSE.....	60
TABELA 3 – Identificação dos problemas de saúde dos alunos para prática de AF de acordo com o NSE.....	61
TABELA 4 – Disponibilidade de espaços/equipamentos de lazer próximos às resi- dências dos alunos de acordo com os NSE.....	61

TABELA 5 – Distribuição dos espaços/equipamentos de lazer próximos às residências dos alunos de acordo com os NSE.....	62
TABELA 6 – Identificação do “gostar” dos alunos em participar das aulas de Educação Física de acordo com os NSE.....	63
TABELA 7 – Identificação do “gosto” dos alunos em participar das aulas de Educação Física de acordo com os EMC	63
TABELA 8 – Percepção de conhecimentos dos alunos sobre os benefícios da atividade física de acordo com os NSE.....	64
TABELA 9 – Percepção de conhecimentos dos alunos sobre os benefícios da atividade física de acordo com os EMC.....	64
TABELA 10 – Percepção dos alunos sobre as atividades físicas como momento de lazer ou não, de acordo com o nível de atividade física, sexo e NSE.....	65
TABELA 11 – Percepção dos alunos sobre as AF como momento de lazer ou não de acordo com os EMC.....	65
TABELA 12 – Estatística descritiva e teste de normalidade para as variáveis da TCP.....	66
TABELA 13 – Testes de homogeneidade das variâncias da TCP.....	67
TABELA 14 – Valores da ANOVA de Med_A.....	69
TABELA 15 – Teste de Bonferroni Med_A.....	70
TABELA 16 – Teste de interação dos efeitos das variáveis EMC e NSE.....	71
TABELA 17 – Teste dos efeitos sem a interação das variáveis EMC e NSE.....	72
TABELA 18 – Teste de interação entre os efeitos das variáveis EMC e sexo.....	73
TABELA 19 – Teste dos efeitos sem a interação das variáveis EMC e sexo.....	73
TABELA 20 – Valores da ANOVA de Med_N.....	75
TABELA 21 – Teste de interação entre os efeitos das variáveis EMC e NSE	75
TABELA 22 – Teste dos efeitos sem a interação das variáveis EMC e NSE.....	76
TABELA 23 – Teste de interação entre os efeitos das variáveis EMC e sexo.....	76
TABELA 24 – Teste dos efeitos sem a interação das variáveis EMC e sexo	77
TABELA 25 – Valores da ANOVA de Med_C	78
TABELA 26 – Teste de Bonferroni Med_C	79
TABELA 27 – Teste de interação entre os efeitos das variáveis EMC e NSE.....	80
TABELA 28 – Teste dos efeitos sem a interação das variáveis EMC e NSE.....	80
TABELA 29 – Teste de interação entre os efeitos das variáveis EMC e sexo.....	81

TABELA 30 – Teste dos efeitos sem a interação das variáveis EMC e sexo.....	82
TABELA 31 – Resumo da análise seqüencial do modelo logístico.....	85
TABELA 32 – Modelo logístico para prever nível de atividade física.....	85
TABELA 33 – Tabela de classificação para o modelo logístico.....	86

LISTA DE ABREVIações

A – Estágio de Ação

ABEP - Associação Brasileira de Pesquisa

AF – Atividade física

C – Estágio Contemplativo

CD C– Center for Disease Control and Prevention

CFRLI - Centro de Estudos da Universidade de Toronto

CIAFEL - Centro de Investigação de Atividade Física, Saúde e Lazer

DANT - Doenças e agravos não transmissíveis

EMC - Estágios de mudança do comportamento

M – Estágio de Manutenção

Med_A - Médias de atitude

Med_C - Médias do controle percebido do comportamento

Med_N - Médias das normas subjetivas

MT - Modelo transteorético

OMS - Organização Mundial da Saúde

P – Estágio de Preparação

PC - Estágio Pré-contemplativo

R – Estágio de Recaída

TAR - Teoria da ação racionalizada

TCP - Teoria do comportamento planejado

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Justificativa.....	20
1.2 Objetivo geral.....	21
1.2.1 Objetivos específicos.....	21
1.3 Delimitação do estudo.....	21
1.4 Limitações do estudo.....	21
2 REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1 Lazer e educação para a saúde	23
2.2 Atividade física e promoção da saúde.....	27
2.2.1 Saúde.....	27
2.2.2 Promoção da saúde.....	29
2.2.3 Qualidade de vida.....	31
2.2.4 Adolescência, lazer e atividade física.....	33
2.3 Mudança de comportamento.....	36
2.3.1 Fatores associados a atividade física.....	36
2.3.2 Teoria do comportamento planejado.....	42
2.3.3 Modelo transteorético.....	48
3 MÉTODOS	54
3.1 Caracterização do estudo.....	54
3.2 População.....	54
3.3 Amostra.....	54
3.4 Cuidados éticos.....	55
3.5 Processo de construção do instrumento.....	55
3.6 Estudo piloto.....	56
3.7 Aplicação do questionário.....	58
3.8 Critérios de exclusão da amostra.....	58
3.9 Análise estatística dos dados.....	58
4 RESULTADOS	60
4.1 Caracterização da amostra.....	60
4.2 Avaliação dos EMC.....	60
4.3 Identificação de possíveis problemas de saúde dos alunos para a prática de atividades físicas de lazer.....	61

4.4	Identificação de espaços seguro próximos às residências dos alunos para a prática de atividade física de lazer.....	61
4.5	Identificação do interesse dos alunos pelo “gosto” de participar das aulas de Educação Física.....	62
4.6	Percepção dos alunos sobre os benefícios proporcionados pela prática de atividades físicas.....	63
4.7	Percepção dos alunos quanto à pratica de atividades físicas como um momento de lazer ou não.....	65
4.8	Exploração dos dados da TCP.....	66
4.8.1	Cálculo da média da atitude (variável Med_A).....	70
4.8.1.1	Análise da interação dos efeitos das variáveis EMC e NSE.....	71
4.8.1.2	Análise da interação dos efeitos das variáveis EMC e sexo.....	72
4.8.2	Cálculo da média das normas subjetivas (variável Med_N).....	74
4.8.2.1	Análise da interação dos efeitos das variáveis EMC e NSE	75
4.8.2.2	Análise da interação dos efeitos das variáveis EMC e sexo.....	76
4.8.3	Cálculo das médias do controle percebido do comportamento (variável Med_C).....	77
4.8.3.1	Análise da interação dos efeitos das variáveis EMC e NSE	79
4.8.3.2	Análise da interação dos efeitos das variáveis EMC e sexo... ..	81
4.8.4	Análise dos grupos classificados como fisicamente ativos e inativos no lazer através da regressão logística ordinal	82
5	DISCUSSÃO	88
5.1	Análise dos EMC.....	88
5.2	Identificação de problemas de saúde dos alunos para a prática de atividades físicas.....	91
5.3	Identificação de espaços seguros próximos às residências para a prática de atividades físicas de lazer.....	91
5.4	Identificação do interesse dos alunos pelo “gosto” de participar das aulas de Educação Física.....	92

5.5 Percepção dos alunos sobre os benefícios proporcionados à saúde pela prática de AF.....	94
5.6 Percepção dos alunos da prática de atividades físicas como momento de lazer ou não.....	94
5.7 Investigação dos antecedentes atitudinais para predição da intenção da mudança do comportamento para a prática de atividades físicas.....	95
6 CONCLUSÃO.....	98
7 RECOMENDAÇÕES.....	102
REFERENCIAS.....	103
ANEXOS.....	112
ANEXO I	113
ANEXO II	115
ANEXO III	117
ANEXO IV	118

1 INTRODUÇÃO

Uma das expressões mais usadas atualmente quando se fala em se ter uma boa saúde é a adoção de um estilo de vida adequado. Este segundo o enfoque dado pelas Ciências da Saúde está associado a hábitos que não são nocivos à saúde tais como: tabagismo, alimentação inadequada (especialmente a hipercalórica), uso abusivo de bebidas alcoólicas, consumo de drogas (ilícitas e a automedicação), falta do lazer adequado e excesso de trabalho.

De acordo com a perspectiva epidemiológica, todos esses aspectos são tidos como fatores de risco à saúde, que atuando de forma isolada ou em conjunto provocam ao longo da vida da pessoa disfunções crônicas degenerativas que afetam o sistema imunológico do corpo ocasionando a morbi mortalidade² dos indivíduos.

Segundo Gonçalves (2004, p.17), “a expressão estilo de vida tem sido amplamente utilizada nas últimas décadas significando as opções pessoais referentes a hábitos e costumes, com ênfase em seus aspectos negativos à saúde em sua natureza e responsabilidade pessoal”; Nahas (2006, p.20) descreve o estilo de vida como “o conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas”; Cockerham, Rütten, Abel (1997, *apud* MONTAGNER, 2006, p. 525) definem estilos de vida saudáveis como, “padrões coletivos de comportamento relacionados à saúde, baseado em escolhas sobre opções disponíveis às pessoas de acordo com as suas chances de vida“. Em comum, essas três definições, ressaltam os aspectos da disponibilidade (acessibilidade) que o meio social proporciona ao indivíduo, bem como a atitude que este assume para si diante dessas condições ao incorporar hábitos e costumes em sua vida. Sendo assim, neste estudo, adotaremos o conceito de estilo de vida baseado nessa perspectiva (acessibilidade social e atitude individual).

A adoção de um estilo de vida saudável é um dos principais elementos destacados atualmente pelas Ciências da Saúde, sendo a prática de atividades físicas regulares uma importante medida a ser incorporada pelas pessoas. Caspersen *et al.* (1985) definiram atividade física como qualquer movimento corporal, produzido pelos músculos esqueléticos, que resulta em gasto energético

² Morbidade está relacionada ao adoecimento, enquanto a mortalidade ao óbito.

maior do que os níveis de repouso; sendo essas atividades características do comportamento humano nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais. De acordo com esses autores, a prática da atividade física é subdividida em quatro dimensões: laboral (durante o exercício profissional), doméstica (tarefas no lar), deslocamento ativo (por exemplo, a pé ou de bicicleta), lazer (atividade físico-esportiva no tempo disponível). Segundo os pressupostos das Ciências da Saúde, essas atividades promovem alterações psicofisiológicas no indivíduo, promovendo a aptidão física relacionada à saúde, refletindo na redução dos fatores de risco.

Nesse estudo, abordaremos somente a dimensão da atividade física realizada pelos adolescentes na perspectiva físico-esportiva no tempo do lazer, como, por exemplo, caminhada, corrida, ginástica, natação, esportes coletivos e individuais, dentre outras. Segundo as recomendações feitas pela *World Health Organization* (WHO, 2004), crianças e adolescentes devem praticar atividades físicas de intensidade vigorosa pelo menos 20 minutos por dia, três ou mais vezes por semana; ou atividades de intensidade leve a moderada, pelo menos 60 minutos por dia, cinco vezes por semana.

O sedentarismo é visto como um fator prejudicial à saúde dos indivíduos. Segundo Nahas (2006, p 35), “considera-se sedentário o indivíduo que tenha um estilo de vida com um mínimo de atividade física, equivalente a um gasto energético (trabalho + lazer + atividades domésticas + locomoção) inferior a 500 Kcal por semana”. Em nível de senso comum quando uma pessoa não realiza uma atividade física no lazer é classificada como sedentária. Contudo, segundo Nahas (2006), uma pessoa pode ser inativa no lazer, mas, não ser sedentária, pois, pode realizar um gasto calórico suficiente nas outras dimensões que compreendem as atividades físicas, promovendo a aptidão física relacionada à saúde (esta relaciona-se a melhoria da força e resistência muscular, capacidade aeróbia, controle do peso corporal).

Estudos epidemiológicos demonstram os enormes custos sociais decorrentes do sedentarismo (CAMÕES, LOPES, 2008; SILVA *et al.* 2007; MARCOPITO *et al.* 2005). A WHO (2004) relata que aproximadamente 70% da população mundial pode ser considerada inativa no lazer, contribuindo assim, para a proliferação das doenças e agravos não transmissíveis (DANT) como a obesidade, diabetes, hipertensão arterial, problemas cardiorrespiratórios, dentre outras.

Estudos² realizados com jovens vêm demonstrando um alto índice de inatividade física nesse grupo. Pesquisas como as realizadas na cidade de Florianópolis/SC, demonstram que 67% dos adolescentes são insuficientemente ativos (FARIAS JR. 2002). Souza (2003) ao investigar adolescentes de escolas da rede particular do Recife/PE, constatou que 61,6% foram classificados como inativos ou irregularmente ativos, e 26,2%, como inativos. Monêgo, Jardim (2006) em um levantamento feito com escolares em Goiânia/GO sobre os fatores determinantes dos riscos cardiovasculares, identificou que 37,8% dos alunos eram inativos. Farias Junior, Mendes, Barbosa (2007) ao realizar uma associação entre os comportamentos de risco à saúde de adolescentes na cidade de João Pessoa/PB, constatou a inatividade física em 55,9% na amostragem estudada.

A inatividade física na atualidade pode ser atribuída a diversos fatores como o crescimento da insegurança e do esvaziamento dos espaços públicos nos centros urbanos; a carência de espaços e equipamentos de lazer comunitários que permitem a prática de atividades físicas; o desenvolvimento tecnológico que proporcionou mais comodidade à vida moderna, incentivando a hipocinesia; uma maior vivência do lazer doméstico (por exemplo, assistir televisão, uso de vídeos games e jogos de computador); a falta de recursos financeiros pessoais para pagar um lugar que ofereça segurança, conforto e orientação profissional adequada; falta de tempo decorrente do ritmo de vida moderno, dentre outros fatores.

O lazer³ como campo de atuação interdisciplinar busca a formação de conhecimentos com diversas áreas, como as Ciências da Saúde, tendo como um de seu foco a promoção da saúde da população.

Carvalho (2005) afirma que, embora a associação do lazer com as Ciências da Saúde ainda seja pouco debatida no meio acadêmico, poderá contribuir para o desenvolvimento da saúde tanto individual quanto coletivamente, através da educação do indivíduo para um estilo de vida saudável. Essa mesma autora propõe uma aproximação entre as duas áreas através da realização de encontros, parcerias

² Não há um consenso nesses estudos quanto à metodologia usada para avaliar o nível de atividade física. Alguns trabalhos consideram o gasto energético total envolvido nas diversas dimensões da atividade física, outros, somente nas atividades realizadas no tempo de lazer.

³ Neste trabalho discutiremos apenas a dimensão físico-esportiva do lazer, sem, contudo, negar a importância da promoção das outras dimensões do lazer: 1) artística, 2) social, 3) manuais, 4) intelectual, 5) físico-esportiva (DUMAZEDIER, 1979); 6) turística (CAMARGOS, 1988); 7) virtual (SCHWARTZ, 2003).

e diálogos sobre a promoção da saúde, de maneira que os profissionais de cada área se apropriem dos conceitos pertinentes à outra, estreitando essa relação (CARVALHO, 2003).

Autores como Pinto (2006), Gonçalves (2004), Almeida e Gutierrez (2004), Hourgage e Gutierrez (2004), apontam a viabilização desse diálogo entre profissionais do lazer e da saúde. Isso se daria através das vivências proporcionadas no tempo de lazer como uma alternativa para uma reeducação do indivíduo em adotar um estilo de vida saudável.

A adesão a um programa de atividades físicas é um fenômeno tão complexo quanto à saúde, pois, depende, por exemplo, de fatores pessoais (nível de conhecimento, interesse, aspectos psicológicos e morfológicos), e de fatores ambientais (segurança, distância do local de prática, aspectos econômicos). De acordo com Campos *et al.* (2006), barreiras ambientais e pessoais podem dificultar a adesão das pessoas a prática de atividades físicas.

Segundo Seabra *et al.* (2008), algumas teorias são utilizadas para compreender a adesão às atividades físicas, como: 1) Modelo da Crença em Saúde; 2) Teoria Cognitiva Social; 3) Modelo Ecológico; 4) Teoria do Comportamento Planejado (TCP); 5) Modelo Transteorético (MT). Para Farinatti, Ferreira (2006), essas teorias são classificadas em dois grandes grupos de intervenções: 1) Teorias explicativas: que têm como propostas extrapolar as questões da esfera do como e o que fazer para a dimensão do por que fazer; ou seja, tentam explicar as razões pelas quais esta ou aquela iniciativa foi adotada, assim como os motivos por que tiveram ou não impacto sobre a população alvo; 2) Teorias da ação: estão relacionadas às características das estratégias aplicadas, ou seja, investigam sobre o que se deve conhecer antes de organizar e implementar um programa de intervenção, realçando os fatores determinantes de seu possível sucesso ou fracasso e indicando as variáveis que precisariam ser acompanhadas para a avaliação dos resultados.

As teorias mais empregadas para estudar a atividade física são: teoria do comportamento planejado, teoria cognitivo social e modelo transteorético (DUMITH, 2008; BAUMAN *et al.*, 2002; BIDDLE, NIGG, 2000). Neste trabalho para analisar o fenômeno da prática das atividades físicas regulares de lazer serão adotadas as teorias do MT e TCP.

O MT elaborado por Prochaska, Marcus (1994), surgiu a partir do modelo original proposto por Prochaska, DiClemente (1983), em que esses autores elaboraram a teoria baseada nos constructos de estágios de mudança do comportamento (EMC), e dos processos de mudança do comportamento⁴.

O MT embora seja primariamente psicológico inclui em sua análise fatores sociais e do ambiente físico para justificar a mudança do comportamento, bem como fatores específicos do processo de mudança, como a percepção dos benefícios (prós) e das barreiras (contras). Segundo Souza, Duarte (2005), o MT tem potencial para explicar e facilitar as mudanças em uma variedade de comportamentos relacionados à saúde.

A outra teoria estudada neste trabalho é a TCP, que vem se destacando devido a sua capacidade de predição da intenção⁵ de mudança comportamental. Segundo Ajzen (2002), conforme a TCP, o comportamento humano é guiado por três tipos de crenças: 1) Crenças comportamentais; 2) Crenças normativas; 3) Crenças de controle. Em combinação, atitude em relação ao comportamento, norma subjetiva e percepção se o comportamento pode ou não ser controlado pelo indivíduo, conduz à formação de uma intenção comportamental. Segundo Ajzen, como regra geral, quanto mais favorável for à atitude, norma subjetiva e controle percebido, maior deverá ser a intenção pessoal de realizar o comportamento pretendido.

Conforme Veiga (2008), dado um suficiente grau de controle do comportamento, as pessoas tendem a realizar suas intenções quando as oportunidades aparecem. Por isso, a intenção comportamental é considerada o antecessor imediato do comportamento.

Em virtude das elevadas taxas de inatividade física no lazer, sobretudo entre os adolescentes, não obstante toda a informação científica disponível e divulgada pelos meios de comunicação sobre os seus efeitos deletérios, pode-se fazer alguns questionamentos: Quais seriam os fatores mais relevantes para a

⁴ Originalmente os estágios foram classificados em: pré-contemplativos, contemplativos, preparação, ação e manutenção. Este trabalho abordará somente as características dos EMC.

⁵ Intenção refere-se à disposição ou planejamento de uma pessoa de executar ou não um comportamento (AJZEN, 1982).

intenção da mudança de comportamento nessa população para a prática de atividades físicas regulares de lazer? Os adolescentes valorizam mais os fatores internos – automotivação, autoestima, autoconfiança, etc. – ou os externos – pressão social, fator financeiro, transporte, segurança, etc. -, ou a associação de ambos para praticarem essas atividades? Esses fatores variam quando se compara o sexo e o nível socioeconômico (NSE) diferentes entre si nessa população? Será que os adolescentes percebem a prática das atividades físicas como sendo um momento de lazer ou não?

Considerando esses questionamentos, o presente trabalho tem como objetivo analisar a intenção de mudança do comportamento para a prática de atividades físicas regulares de lazer em adolescentes matriculados no ensino médio, nos estágios propostos pelo Modelo Transteorético, baseando-se na Teoria do Comportamento Planejado.

1.1 Justificativa

A compreensão dos elementos motivadores para a intenção de mudança do comportamento para a prática de atividades físicas regulares de lazer em adolescentes, pode facilitar a elaboração de estratégias que incentivem a adoção de um estilo de vida saudável, contribuindo para a promoção da saúde do indivíduo. Além disso, pode fundamentar programas de intervenção específicos para promover a prática dessas atividades direcionadas a essa faixa etária.

Marcellino (1987) relata que as atividades físicas de lazer podem ser utilizadas como meio funcionalista direcionado à recuperação psicofisiológica dos indivíduos, visando torná-los mais saudáveis e produtivos especialmente para o trabalho. Entretanto, se essas atividades forem pautadas em uma perspectiva pedagógica, direcionada para uma educação consciente e crítica para e pelo lazer – tampouco, não sendo consideradas como as únicas e/ou prioritárias em relação aos outros conteúdos do lazer -, podem promover inúmeros benefícios aos indivíduos nos aspectos biopsicossociais e culturais.

1.2 Objetivo geral

Analisar a intenção da mudança do comportamento para a prática de atividades físicas regulares de lazer em adolescentes matriculados no ensino médio, de acordo com a Teoria do Comportamento Planejado.

1.2.1 Objetivos específicos

- 1.2.1.1 Identificar os estágios de mudança do comportamento em adolescentes de diferentes NSE residentes em Belo Horizonte e Contagem.
- 1.2.1.2 Identificar os fatores associados à adesão de atividades físicas regulares de lazer.
- 1.2.1.3 Investigar os antecedentes atitudinais da intenção de mudança do comportamento focalizado com base na Teoria do Comportamento Planejado.
- 1.2.1.4 Analisar a percepção dos adolescentes quanto a prática de atividades físicas enquanto momento de lazer ou não.

1.3 Delimitação do estudo

Este estudo limitou-se a investigar alunos regularmente matriculados no ensino médio com idade entre 14 e 19 anos, de escolas de Belo Horizonte e Contagem (Região Metropolitana de Belo Horizonte/MG), pertencentes aos NSE A/B e C/D, segundo o critério adotado pela Associação Brasileira de Pesquisa⁶ (ABEP, 2008).

1.4 Limitações do estudo

- 1.4.1 Limita-se por não ser uma amostra probabilística, fato que impede a generalização dos resultados;

⁶ Essa entidade classifica os indivíduos em níveis socioeconômicos de acordo com a aquisição de bens de consumo para o lar, e a escolaridade do principal responsável pela família.

- 1.4.2 Ter apresentado um pequeno número de sujeitos em alguns EMC, o que impossibilitou uma melhor análise dos dados;
- 1.4.3 Não ter mensurado especificamente a intenção de mudança do comportamento para os indivíduos classificados como inativos;
- 1.4.4 Não contemplou os indivíduos do nível socioeconômico E;
- 1.4.5 Ter considerado a “recaída” como um estágio do MT e não somente como uma característica do mesmo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Lazer e educação para a saúde

Diante da complexidade que envolve o tema saúde, faz-se necessária a formação de conhecimentos interdisciplinares que possibilitem a elaboração de ações e estratégias eficazes para a promoção da saúde da população. Para Carvalho (2005) o lazer é uma das dimensões da vida que podem ser usadas para se intervir de maneira ampliada no processo saúde-doença nos âmbitos individual e coletivo, sem enfatizar unicamente o aspecto biológico, mas, pode, através de uma intervenção pedagógica e crítica do lazer contribuir para a formação do cidadão.

Segundo essa mesma autora, “ainda que lazer e saúde sejam temas atuais, pertinentes e polêmicos, há poucos trabalhos no Brasil, que se dedicam a enfrentar essa discussão de natureza ética, política, cultural e social” (CARVALHO, 2003, p. 121). Essa também é a posição de PINTO (2006), ao declarar que a relação entre lazer e a saúde é tão nova e complexa que poucos na literatura a discutem.

Alguns estudos têm discutido a implementação de políticas públicas para a promoção do lazer como meio para a conquista de uma melhor qualidade de vida (ALMEIDA, GUTIERREZ, 2004; GONÇALVES, 2004; HOURGAGE, GUTIERREZ, 2004); Pinto (2006) analisou a importância do lazer na promoção da saúde em clínicas e hospitais, com base na avaliação dos profissionais da saúde que atuam nesses ambientes.

Sendo assim, uma maior integração entre as áreas da saúde e do lazer contribuirá para a elaboração de conhecimentos e estratégias que possibilitem mudanças individuais e coletivas, incentivando as pessoas à adoção de um estilo de vida saudável.

Segundo Gazzinelli, Reis (2006), não é possível pensar em saúde sem simultaneamente pensar em educação e as relações existentes entre ambas questões. Isso nos leva a reconhecer a importância do desenvolvimento do lazer e do movimento corporal em uma perspectiva mais crítica, abordando toda a sua relevância cultural, e não apenas seguindo os ditames da indústria cultural⁷ que

promove entre outros valores, o culto ao corpo através do consumismo e o ativismo físico.

A atividade física como importante conteúdo do lazer, pode servir como meio educacional. De acordo com Pinto (2008, p.46), “o lazer apresenta-se como um espaço de (re)construção das relações sociais e de conhecimentos, oportunidade de (re)significação das dimensões objetivas e subjetivas que os constituem”, demonstrando assim, a importância de despertar nas pessoas uma reflexão dos acontecimentos sociais de forma contextualizada e não apenas como meio de divertimento e consumo. Dessa maneira, Pinto declara que:

Assumo a relação lazer e educação como processo/produto de formação humana, que requer não só domínio de conhecimentos específicos sobre o lazer como também de competências e habilidades adequadas a formação/atuação política, ética e estética concretizada nas vivências realistas (PINTO, 2008, p.46).

Ao discutir o lazer, o entendemos enquanto fenômeno cultural que permite expressar as diversas dimensões sociais construídas pelo ser humano ao longo de sua história (GOMES, 2004; MASCARENHAS 2001; MARCELLINO, 1987). Sendo assim, concordamos com o conceito de Gomes (2004), ao definir o lazer como:

[...] uma dimensão da cultura constituída por meio da vivência lúdica de manifestações culturais em um tempo/espaço conquistado pelo sujeito ou grupo social, estabelecendo relações dialéticas com as necessidades, os deveres e as obrigações (GOMES, 2003, p.297).

Nessa perspectiva, uma das intervenções do lazer seria a pedagógica, ou seja, conduzir o indivíduo a um processo de aprendizagem e mudança comportamental como, por exemplo, a educação para a adoção de um estilo de vida saudável. Porém, essa prática seria embasada em uma visão crítica, incentivando o indivíduo a refletir e tomar suas próprias decisões a respeito desse assunto sem se deixar ser “influenciado” pela mídia, especificamente para a prática das atividades físicas.

⁷ Conceito de Horkheimer e Adorno (1947), representantes da Escola de Frankfurt, segundo o qual na indústria cultural, sendo a cultura transformada em mercadoria, e oferecida ao mercado como bem industrial, o que reforça o poder das classes dominantes, gerando passividade e um rebaixamento dos padrões estéticos.

Desenvolver uma educação para e pelo lazer⁸, seria propiciar às pessoas vivências e informações sobre os seus diferentes interesses ou dimensões.

O esporte e o exercício físico são vistos como subcategorias da atividade física. Essas atividades sempre tiveram uma forte influência em diversas épocas e sociedades em todo o mundo, como na Grécia antiga, através dos Jogos Olímpicos; na cultura oriental, expressada pelas artes marciais ou pela Yoga; pelo surgimento do esporte moderno na Inglaterra; os métodos de ginásticos - como, por exemplo, o francês, em meados do século XIX, dentre outros exemplos.

A atividade física enquanto componente cultural vivenciada através dos séculos é influenciada pelos aspectos mítico-religiosos, concepções eugênicas e higienistas, e atualmente pelo apelo mercantil. Para Isayama (2008), as atividades físicas são uma das possibilidades de lazer mais difundidas em nosso meio, tanto no que concerne à vivência quanto à assistência de jogos, bem como em competições esportivas.

Não nos referimos a essas práticas simplesmente na perspectiva funcionalista (MARCELLINO, 1987), ou como meio de reduzir as mazelas sociais ou como “remédio” (ISAYAMA, 2008). Tampouco as atividades físicas devem ser encaradas como práticas prioritárias e únicas em relação aos outros interesses do lazer (CARVALHO, 2005, PALMA, 2001), mas, podem ser percebidas também como um meio educacional.

O fenômeno do culto ao corpo principalmente a partir do século passado, incorporou novos valores e normas no imaginário de toda a sociedade levando a uma perspectiva reducionista da relação entre a saúde e das atividades físicas, limitando-as a movimentos tecnicamente aprendidos focados para o bem-estar pessoal.

Neste cenário, uma intervenção pedagógica através do lazer, poderá ajudar a superar alguns desses mitos (CARVALHO, 1995). Por exemplo, discutir a desmistificação de algumas relações estabelecidas entre a atividade física e a saúde, atualmente reforçado pelos apelos mercadológicos que envolvem a “indústria

⁸ Segundo Pinto (2008) a educação para e pelo lazer é uma modalidade de formação humana que não se caracteriza por situações sistematizadas, sem, contudo, deixar de ter e garantir sua intencionalidade educativa. Ela acontece no momento em que as pessoas se educam para o uso do seu tempo cotidiano, aprendendo, desde criança, a priorizar o que é essencial para a sua qualidade de vida.

da saúde” – equipamentos esportivos, produtos dietéticos, vestuário, dentre outros setores (SANT’ANNA, 2002).

Por outro lado, somente o processo de “conscientização para a saúde” em si não traz nenhuma mudança no comportamento das pessoas (GAZZINELLI, REIS, 2006; DOMINGUES, ARAÚJO, GIGANTE, 2004), mas, não se pode negar a sua importância na construção e na apropriação do conhecimento pelo próprio sujeito para a consecução desse objetivo. Portanto, a viabilização para a construção de um projeto educacional que associe conhecimentos sobre a saúde e as atividades físicas de forma consciente e crítica, promoveria um desenvolvimento tanto pessoal quanto social.

MOTA (2004, p.105) aponta essa possibilidade ao dizer que “[...] o desporto e a actividade física só podem ser um projecto de saúde no momento em que possam estar associados ao nível da qualidade de vida do sujeito, por referência à sua autonomia e responsabilidade”. Esse mesmo autor também afirma que:

“[...] é por isso que no desporto, o envolvimento do ‘ser ativo’ só tem sentido no âmbito de um projeto que nos remeta para o sujeito, as suas aspirações, necessidades e vontades, ou seja, nos coloque fundamentalmente o desporto como projecto de vida” (MOTA, 2004, p. 106).

Concordamos com Pinto (2008), ao descrever a importância do processo educativo do lazer ao dizer que:

Como processo educativo, o lazer atua sobre os meios de reprodução da vida, sua dimensão sociocultural mais visível e prática. Como produto de ação educativa, de um lado, pode contribuir para qualificar o ser humano a olhar, perceber e compreender o vivido, se reconhecendo na percepção do outro, distinguindo semelhanças e diferenças entre si, o mundo em que vive e outros sujeitos – construindo sua própria identidade e história. De outro lado, pode contribuir para favorecer novas relações socioculturais alicerçadas nos preceitos lúdicos e democráticos, que têm como ponto de partida o reconhecimento dos direitos e deveres do cidadão. Pode influenciar sobre os fatores que agem contra exclusão, preconceitos e marginalização. (PINTO, 2008, p.49)

Seguindo esse enfoque, o lazer poderá contribuir para a instituição de novos valores, ao possibilitar às pessoas informação e educação para que vivenciem as atividades físicas em uma perspectiva sociocultural e histórica. Dessa forma, será possível compreender o significado, o simbolismo, a estética e linguagens dessas atividades como meio de uma representação socializadora, promovendo o

desenvolvimento pessoal e social; em outras palavras, capacitar o indivíduo a saber usufruir dessas atividades ao longo de sua vida.

2.2 Atividade física e promoção da saúde

A prática da atividade física é comumente associada à idéia de promoção da saúde e da qualidade de vida das pessoas. Apesar do enfoque deste trabalho não ser discutir diretamente a temática sobre essas questões, far-se-á uma breve abordagem sobre esses assuntos para uma melhor compreensão de como as atividades físicas têm sido usadas com essa finalidade.

2.2.1 Saúde

As discussões sobre o conceito que envolve o tema saúde têm sido uma tônica desde a modernidade, mais notadamente a partir do século XVII quando o pensamento positivista passou a incorporar-se à Ciência. Segundo Farinatti, Ferreira (2006), o desenvolvimento das ciências naturais permitiu traçar um novo paradigma sobre a relação saúde-doença, em que as causas das morbi-mortalidades, passaram a ser atribuídas às condições sanitárias precárias dos centros urbanos em crescimento e não à casualidade ou castigos dos deuses ou de Deus.

A concepção Biomédica da saúde desde o início do pensamento epidemiológico positivista, era entendida simplesmente como a ausência de doença, representando assim, um reducionismo médico que considerava somente os sintomas patológicos das enfermidades para caracterizá-las.

Tomando como base essa concepção, Guedes (2004), relata pelo fato da pessoa não estar apresentando sintomas de alguma doença, não quer dizer que esteja saudável, pois, alguns sintomas de determinadas enfermidades só aparecem em seus estágios mais avançados, estando, portanto, “invisíveis” em vários momentos. Ainda segundo esse autor:

[...] não basta apenas não estar doente para se ter boa condição de saúde, é preciso apresentar evidências ou atitudes que procurem afastar ao máximo os comportamentos de risco que possam precipitar o surgimento e o desenvolvimento das doenças (GUEDES, 2004, p.95).

Segundo Farinatti, Ferreira (2006), pode-se então compreender que a saúde precisa ser vista de forma sistêmica ou holística - havendo um equilíbrio que envolve as diversas dimensões do ser humano, ou seja, uma inter-relação dos diferentes aspectos de bem-estar biopsicossocial⁹ -, e não apenas uma perspectiva reducionista como apresentada pela WHO (1946). Essa instituição conceituou saúde como um “estado completo de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade”. A esse respeito, questiona-se se a saúde de uma pessoa pode ser classificada de maneira tão simplista? Segundo essa concepção, a saúde é entendida apenas como um pólo antagônico à doença.

Para Farinatti, Ferreira (2006), a concepção da WHO apesar de mostrar uma evolução no conceito de saúde em relação à visão Biomédica, ainda não representa a melhor definição devido à dificuldade de se caracterizar precisamente o que constitui um estado completo de bem-estar.

Ao discutir esse tema, Nahas (2006), reafirma que atualmente a tendência é considerar saúde em uma perspectiva holística – enxergando o ser humano como um todo, em todas as suas dimensões biopsicossociais. Recorrendo novamente a Farinatti, Ferreira (2006, p.48), a saúde representa um “[...] estado subjetivo; estaria à mercê dos valores individuais, que devem ser operacionalizados para uma avaliação subsequente”. Bento (1991) ao discutir o aspecto subjetivo da saúde, afirma que:

O entendimento tradicional da saúde não tem hoje peso na balança da Ciência. Para além de um estado biologicamente expresso, a saúde é também entendida como uma categoria fundamentalmente subjetiva como sinônimo para uma qualidade de vida individual que não surge de modo fatalista, mas sim como algo que cada um consegue atingir apenas no confronto ativo com as exigências do universo de sua vida (BENTO, 1991, p. 23,24).

Atualmente, ainda é muito comum a predominância do pensamento Biomédico do século XIX quanto à concepção da saúde. Autores como Palma (2001), Carvalho (2005), discutem essa questão através do viés da culpabilização¹⁰ do indivíduo, em que se atribui a manutenção da saúde prioritariamente como de responsabilidade do indivíduo (simplesmente adotando um estilo de vida saudável) e

⁹ Embora esse termo ainda possa expressar uma subjetividade, nos permite analisar a saúde em suas diversas abordagens, facilitando a sua compreensão numa perspectiva mais ampla.

¹⁰ Termo utilizado por Palma (2001) e Carvalho (2005).

não do Estado (que reduziu a sua intervenção social, por exemplo, cortando os investimentos em melhorias de infra-estrutura sanitária, moradia, etc.), e passou a enfatizar a conscientização da população a respeito dos cuidados necessários para se ter boa saúde.

Para Buss (2000), a saúde como um constructo complexo e multifatorial, está relacionada a vários fatores, como as condições de vida proporcionadas ao indivíduo pela sociedade (infra-estrutura sanitária, acesso à saúde, renda, dentre outros aspectos), os fatores ambientais (poluição, acesso a equipamentos de lazer) e comportamentais (estilo de vida). Segundo esse mesmo autor:

A nova concepção de saúde importa uma visão afirmativa, que a identifica como bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente como ausência de doença. A saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido. Nesse marco, a intervenção visa não apenas diminuir o risco de doenças, mas aumentar as chances de saúde e de vida, acarretando uma intervenção multi e intersetorial sobre os chamados determinantes do processo saúde-enfermidade: eis a essência das políticas públicas saudáveis. Proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade da vida "vivida", ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar que, por sua vez, são valores socialmente definidos, importando em valores e escolhas (BUSS, 2000, p.174).

Concordamos com o posicionamento de Buss (2000), e entendemos a saúde como o resultado de uma percepção subjetiva do indivíduo do seu bem-estar (envolvendo as dimensões física, psíquica, social, espiritual, associada às condições sociais e econômicas que o cercam). Sendo assim, cada pessoa baseando-se em valores culturais e religiosos, avaliará o seu estado de saúde podendo perceber-se saudável ou não (em uma ou mais dimensões acima descritas), sendo não menos importante oferecer-lhe condições adequadas de vida.

2.2.2 Promoção da saúde

Os debates relacionados sobre a promoção da saúde são relativamente recentes, datam de meados de 1970. Inicialmente, focavam estratégias que poderiam ser desenvolvidas para contornar os problemas de saúde que acometiam a sociedade moderna.

As principais diretrizes desse movimento surgiram a partir de uma conferência promovida pela WHO na cidade de Ottawa no Canadá (1986, *apud*

BUSS, 2000)¹¹, na qual foi publicado um documento que ficou conhecido como Carta de Ottawa, definindo a promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.

Os princípios apresentados por esse documento estipulam a promoção da saúde associados a um conjunto de valores como: qualidade de vida, bem-estar, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Para o alcance desses objetivos, a WHO estipulou cinco áreas principais de intervenção: 1) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; 2) Criação de ambientes favoráveis à saúde; 3) Reforço da ação comunitária; 4) Desenvolvimento de habilidades pessoais; 5) Reorientação do sistema de saúde.

Segundo Buss (2000), a promoção da saúde refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do Estado (elaboração de políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde), e de parcerias intersetoriais. Isto é, a promoção da saúde trabalha com a idéia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos.

Para Buss (2000), esse tema vem sendo interpretado de um lado como reação à acentuada medicalização das pessoas pela medicina, e, de outro, como uma resposta setorial articuladora de diversos recursos técnicos e posições ideológicas:

O que, entretanto, vem caracterizar a promoção da saúde, modernamente, é a constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, em torno da qual se reúnem os conceitos do segundo grupo. Este se sustenta no entendimento que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, [...]. Suas atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde (as escolhas saudáveis serão as

¹¹ Essa iniciativa surgiu a partir do documento apresentado pelo governo canadense em meados dos anos de 1970, conhecida como relatório Lalonde, o qual propunha uma série de mudanças no sistema de saúde que priorizava o atendimento hospitalar e assistencialismo, passando a atuar com enfoque no aspecto de promoção da saúde e não no combate à doença.

mais fáceis) e do reforço (*empowerment*) da capacidade dos indivíduos e das comunidades (BUSS, 2000, p.167).

Os determinantes da saúde referidos por Buss (2000), são baseados no modelo canadense de saúde em quatro amplos componentes: 1) biologia humana, 2) ambiente, 3) estilo de vida e 4) organização da assistência à saúde; dentro dos quais se distribuem inúmeros fatores que a influenciam. Sendo assim, para se alcançar os objetivos propostos por essas diretrizes, a saúde, deve ser vista de forma multiprofissional e intersetorial, e não de maneira simplista, além de requerer a viabilização de políticas públicas que contribuam para a melhoria da mesma.

2.2.3 Qualidade de vida

Para Guimarães e Martins (2004), a qualidade de vida foi uma expressão amplamente utilizada a partir da década de 1980, quando se intensificaram as pesquisas relacionadas à questão da pobreza, da exclusão ao consumo, e da desigualdade social em todo o planeta. Nahas (2006, p.17) ao discutir essa temática, relata que a mesma “tem emergido como um fator de destaque nas investigações relacionadas á saúde, principalmente ligadas aos cuidados com pacientes de doenças infecciosas graves (AIDS, tuberculose, por exemplo) e crônico-degenerativas [...]”. Ainda segundo esse autor:

Na ausência de definições operacionais amplamente aceitas, é necessário que os investigadores definam claramente qualidade de vida no contexto de seu interesse e identifiquem seus componentes particulares ou domínios incluídos nos instrumentos de medida utilizados (NAHAS, 2006, p. 18).

Fleck *et al.* (1999) também relatam que embora não haja um consenso a respeito do conceito sobre a qualidade de vida, três aspectos fundamentais referentes a esse constructo foram obtidos através de um grupo de *experts* de diferentes culturas: (1) subjetividade; (2) multidimensionalidade; (3) presença de dimensões positivas (ex. mobilidade) e negativas (ex. dor). Sendo assim, a WHO (1994), definiu a qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Para Seidl, Zannon (2004), na área da saúde, o interesse pelo conceito sobre esse tema é relativamente recente e decorre:

Em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas. Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos. Assim, saúde e doença configuram processos compreendidos como um *continuum*, relacionados aos aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e estilos de vida (SEIDL, ZANNON, 2004, p.580).

As discussões sobre esse tema atualmente têm focado os aspectos da subjetividade e multidimensionalidade (SEIDL, ZANNON, 2004). No que concerne à subjetividade, trata-se de considerar a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não-médicos do seu contexto de vida. Em outras palavras, como o indivíduo avalia a sua situação pessoal em cada uma dos domínios relacionados à qualidade de vida. O consenso quanto à multidimensionalidade refere-se ao reconhecimento de que o constructo é composto por diferentes dimensões (física, psicológica, funcional, social, espiritual, ambiental).

Para Seidl, Zannon (2004), o termo qualidade de vida relacionada à saúde é muito freqüente na literatura e tem sido usado com objetivos semelhantes à conceituação mais geral, abordando mais diretamente os aspectos associados às enfermidades ou às intervenções em saúde. Segundo essas mesmas autoras, alguns estudiosos defendem os enfoques mais específicos da qualidade de vida, assinalando que esses podem contribuir para melhor identificar as características relacionadas a um determinado agravo/doença; outros ressaltam que algumas medidas de qualidade de vida relacionada à saúde têm abordagem eminentemente restrita aos sintomas e às disfunções orgânicas, contribuindo pouco para uma visão abrangente dos aspectos não médicos associados ao tema.

Um melhor entendimento da qualidade de vida poderá resultar em mudanças nas práticas assistenciais e na consolidação de novos paradigmas do processo saúde-doença, o que pode ser de grande valia para a superação de modelos de atendimento focados somente na medicalização, e que negligenciam aspectos como os socioeconômicos, psicológicos e culturais, importantes nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde. Assim, sendo qualidade de vida um constructo eminentemente interdisciplinar, a contribuição de diferentes áreas do conhecimento pode ser de fato valiosa e mesmo indispensável (SEIDL, ZANNON, 2004).

2.2.4 Adolescência, lazer e atividade física

De acordo com Uvinha (2007), a adolescência tem sido abordada em poucos estudos no Brasil quando se tem como tema o lazer ligado a este público. Sendo assim, torna-se relevante a investigação da apropriação do tempo disponível entre os adolescentes e suas vivências de lazer para uma compreensão dessa relação na sociedade.

A relação entre lazer e a adolescência é influenciada pelas transformações sociais ocorridas de forma intensa nos últimos anos, que alteram as vivências das práticas de lazer nessa população. Pode-se citar como exemplo, a crescente urbanização (que trouxe consigo, o aumento da violência, a perda de espaços públicos de lazer, dentre outros aspectos), o desenvolvimento tecnológico e dos meios de comunicação, que paradoxalmente ao mesmo tempo, diminuiu a “distância” entre as pessoas (facilitando a comunicação através da internet e da telefonia), mas, também, estabeleceu certo “isolamento social”, devido ao uso exacerbado dessas ferramentas, bem como do lazer doméstico vivenciado através dos jogos eletrônicos e da televisão.

Percebe-se a influência dessas mudanças através de trabalhos como os realizados por Muza, Costa (2002), que investigaram a percepção dos adolescentes de duas cidades-satélites do Distrito Federal, para a elaboração de um projeto de promoção da saúde comunitário. Os autores constataram que as ocupações do tempo livre dos adolescentes são escassas, e que a falta de segurança e a inevitável convivência com a violência, assim como a disseminação do uso abusivo de drogas são alguns dos problemas que esses jovens enfrentam na comunidade em que vivem. Em pesquisa realizada por Sarriera *et. al.* (2007), sobre uso do tempo livre por adolescentes de nível baixo socioeconômico da cidade de Porto Alegre/RS, constatou:

[...] a predominância de atividades não estruturadas, como assistir à televisão e ir para a rua, bem como a dificuldade de acesso ao lazer e a atividades culturais e esportivas por parte desses adolescentes, o que pode se configurar, pela literatura pesquisada, como um indicativo de vulnerabilidade com relação a situações de risco (SARRIERA *et al.*, 2007, p.361).

Ainda segundo esses autores:

[...] a existência de poucas alternativas de lazer e o acesso restrito a atividades artísticas, culturais e esportivas para os adolescentes pesquisados [...] há a sua vulnerabilidade com relação a comportamentos de risco, especialmente o envolvimento com drogas lícitas e ilícitas e a violência juvenil, na forma de brigas e enfrentamentos (SARRIERA *et al.*, 2007, p.366).

Pinho (2007) ao estudar a vivência do lazer na adolescência entre diferentes grupos socioeconômicos na cidade de Montes Claros/MG, relata que:

A grande demanda de obrigações sociais acaba se transformando em um limitante do tempo que poderia ser direcionado ao lazer. Porém, este fato é percebido principalmente entre os adolescentes de maior poder aquisitivo. Estes adolescentes possuem uma série de obrigações sociais referentes a cursos extra-escolares e apontam a falta de tempo disponível como o grande limitador das suas vivências de lazer. O tempo disponível dos adolescentes da instituição pública também aparece de forma restrita. As obrigações sociais, que em grande parte aparecem na forma de tarefas domésticas, ocupam uma parte do tempo diário desse público. Além disso, mais de 1/4 do grupo de adolescentes com menor poder aquisitivo possuem a obrigação de trabalhar após a jornada escolar, o que pode agravar ainda mais essa situação. [...] Para a maior parte desse grupo verificou-se que o fator econômico foi considerado como a grande barreira das suas vivências de lazer (PINHO, 2007, p. 52, 53).

Ainda segundo Pinho (2007), as principais atividades de lazer vivenciadas por esses grupos de adolescentes são: “assistir Tv” (entre os dois grupos sociais); o uso da internet como a segunda opção de lazer mais utilizada principalmente entre os adolescentes das classes mais privilegiadas economicamente; em seguida, aparece a prática das atividades esportivas.

De acordo com Santos *et al.* (2005), estudos realizados em países europeus apontam as preferências dos jovens, por atividades sedentárias no tempo de lazer (ouvir música, ver televisão, conversar com os amigos, jogar cartas, jogos de vídeo e computador). Esses mesmos autores realizaram uma pesquisa para verificar a variação sazonal na prática de atividades físicas e de lazer em adolescentes portugueses, cujos resultados demonstraram que entre os mesmos, prevalecem o gosto por atividades sedentárias, sendo que a prática esportiva não orientada ocupa apenas a 9ª posição durante o outono/inverno, e a 6ª posição no período da primavera/verão. Em outro estudo realizado com adolescentes portugueses, Esculcas, Mota (2005), investigaram a prática de atividades físicas e de lazer nessa população, encontrando resultados semelhantes aos de Santos *et al*

(2005), ou seja, a prevalência de atividades sedentárias no lazer, sendo que as atividades físicas não estruturadas ocuparam somente o 14º lugar¹².

Possamai (2005) relata que pesquisas realizadas com jovens vêm demonstrando um alto índice de inatividade física entre os mesmos. São inúmeros os dados na literatura que apresentam os enormes custos sociais decorrentes da adoção de um estilo de vida inadequado caracterizado principalmente pelo sedentarismo (LAMBERTUCCI, PUGGINA, PITHON-CURI, 2006; PITANGA, 2002; FIGUEIRA JR, 2000). De acordo com o *Centers for Disease Control and Prevention* dos EUA (CDC, 2004) o sedentarismo é responsável por aproximadamente dois milhões de mortes prematuras no mundo anualmente (estima-se que seja responsável por 10 a 16% dos casos de cânceres de cólon e mama e, de diabetes, e 22% das doenças isquêmicas do coração); também acarreta em uma elevação do custo econômico para o indivíduo, para a família e para a sociedade. Ainda segundo essa mesma instituição, só nos Estados Unidos, no ano 2000, o sedentarismo foi responsável pelo gasto de 76 bilhões de dólares com custos médicos, mostrando assim que seu controle merece prioridade na agenda da saúde pública (CDC, 2004).

Segundo estudos epidemiológicos, a prática das atividades físicas regulares reduz o risco de mortes prematuras proporcionadas pelas DANNT como: doenças do coração, acidente vascular cerebral, câncer de cólon e mama, diabetes tipo II; bem como atua na prevenção ou redução da hipertensão arterial, ajuda no controle ponderal - diminuindo o risco de obesidade -, auxilia na prevenção ou redução da osteoporose, promove bem-estar, reduz o estresse, a ansiedade e a depressão (STOFAN *et al*, 1998; *U.S DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES*, 2002; OMS, 2004).

Nesse sentido, as atividades físicas regulares apresentam-se como um dos componentes mais importantes para a adoção de um estilo de vida saudável e uma melhor qualidade de vida.

Investigações científicas envolvendo particularmente crianças e adolescentes têm tido uma atenção especial nos últimos anos (SOUZA, 2003). O crescimento do interesse por esses estudos, deve-se à associação de que alguns

¹² Ressaltamos novamente que a prática de atividades físicas não deva ser prioritária em relação aos outros interesses do lazer; discute-se a prática ou não dessas atividades como consequência das alterações sociais ocorridas, bem como um meio utilizado para a promoção da qualidade de vida e redução dos fatores de risco à saúde, e de sua importância enquanto componente cultural do ser humano.

parâmetros do estilo de vida relacionados aos comportamentos de risco, são freqüentemente iniciados na infância e adolescência e se estendem à vida adulta, contribuindo para o aumento da incidência das DANT e causas de morte (FARIAS JUNIOR, MENDES, BARBOSA, 2007; HOBOLD, 2003).

Tassitano *et al.* (2007) realizaram uma meta-análise dos estudos envolvendo a prática da atividade física regular em adolescentes no Brasil e diagnosticaram a escassez de estudos representativos e de base populacional, bem como, a inexistência de resultados convergentes, em razão da metodologia, instrumento utilizado, faixa etária incluída e pontos de corte.

Diante da relevância envolvendo a questão da atividade física e saúde em adolescentes, torna-se imprescindível a discussão desses temas, sendo um fator preponderante à identificação dos fatores associados a prática das atividades físicas por essa população, pois, várias pesquisas apresentadas até o momento alegam existir uma forte ligação com a continuidade dessa prática na vida adulta através da formação do hábito e o desenvolvimento do prazer que se dá nessa faixa etária (AZEVEDO *et al.* 2007; CAMPOS, 2006).

2.3 Mudança de comportamento

2.3.1 Fatores associados a atividade física

Porque algumas pessoas são fisicamente ativas no lazer e outras não? E porque outras tantas que iniciaram um programa de atividade física o abandonou?¹³ A adesão a um programa de atividades físicas é um fenômeno complexo e depende da relação de diversas variáveis.

Nos últimos anos estudos vêm sendo realizados para identificar os fatores associados a prática das atividades físicas. Sallis, Owen (1999) realizaram uma meta-análise envolvendo aproximadamente 300 estudos e encontraram uma diversidade de fatores associados às atividades físicas em adultos, apresentando uma associação (positiva ou negativa) com as mesmas, classificando esses fatores em seis dimensões (**quadro 1**), que podem influenciar na adesão essas práticas.

¹³ Aproximadamente 50% das pessoas deixam de praticar uma atividade física ainda nos primeiros seis meses (DISHMAN, 1994).

Para Reis (2001), a investigação dos fatores que influenciam e determinam a realização das atividades físicas enquanto promoção da saúde, é uma preocupação dos pesquisadores, à medida que a compreensão desses fatores pode fornecer informações que levem a uma intervenção mais efetiva dos profissionais da área para estimular a população a aderirem a essa prática. Malavasi *et al.* (2007) também têm essa mesma opinião ao declararem que:

A busca pelas razões da não aderência a prática de atividade física regular instiga vários pesquisadores a encontrarem respostas para esta situação. Investiga-se como, ou o quê, motiva as pessoas a executarem qualquer tipo de atividade física. Algumas perguntas estão sendo centradas sobre as condições ambientais como importantes determinantes de um estilo de vida mais saudável entre os indivíduos (MALAVASI *et al.*, 2007, p. 340).

QUADRO 1

Fatores determinantes para a prática de atividades físicas

DIMENSÃO	FATORES
Demográficos e Biológicos	Idade Ser empregado (blue-collar occupation) Não ter filhos Sexo Fatores genéticos Grau de instrução Alto risco de doenças cardíacas Salário/nível socioeconômico Histórico de doenças Sobrepeso/Obesidade Raça/Etnia
Psicológicos, Cognitivos e Emocionais	Barreiras para exercitar-se Gosto pelo exercício Expectativa de benefícios Intenção em exercitar-se Falta de tempo Distúrbios de humor Saúde ou aptidão percebida Variáveis da personalidade Imagem corporal pobre Saúde psicológica Auto-eficácia Automotivação Auto-esquema para o exercício Estágios de mudança Passado ativo enquanto adulto jovem
Atributos comportamentais e Habilidades	Qualidade dos hábitos alimentares Programas de exercícios no passado Processos de mudanças Habilidade para lidar com barreiras Modelo de comportamento tipo A
Culturais e Sociais	Influência do médico Isolamento social Suporte social dos amigos/pares Suporte social do cônjuge/família
Ambiente físico	Acesso a facilidades: atualmente Clima/estação do ano
Características da atividade física	Intensidade Esforço percebido

Fonte: SALLIS, OWEN (1999).

Segundo o Centro de Investigações de Atividades Físicas, Esporte e Lazer CIAFEL (2006), a probabilidade de um indivíduo e/ou comunidade ser fisicamente ativa, está relacionado à influência da análise de fatores individuais, micro e macro ambientais, como também os aspectos urbanos nas comunidades, como demonstrado nas **figuras 1 e 2**.

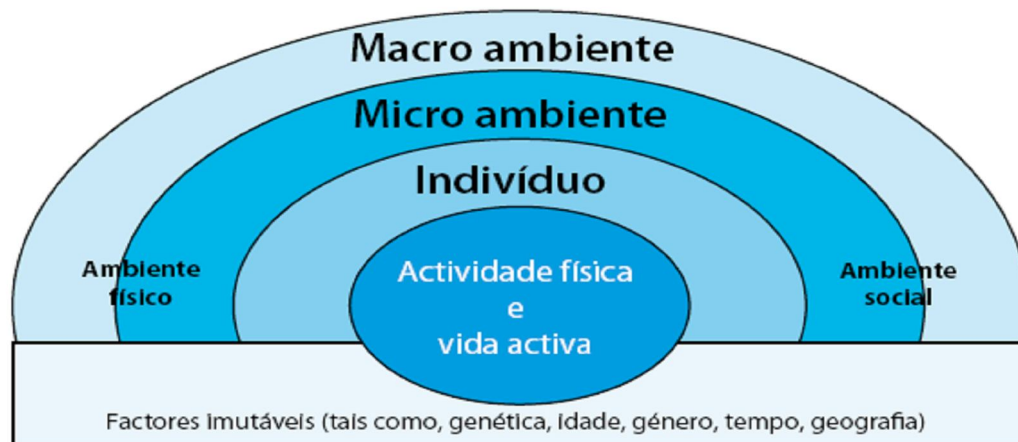


FIGURA 1. Fatores determinantes para a prática da atividade física.
Fonte: CIAFEL (2006).

Os fatores macro ambientais incluem as condições gerais socioeconômicas, culturais e ambientais. As influências resultantes do micro ambiente incluem a ligação do ambiente onde se vive e trabalha com a prática da atividade física, bem como o suporte das normas sociais e das comunidades locais. Nos fatores individuais, as atitudes em relação a atividade física, o acreditar na sua própria possibilidade de ser ativo ou o conhecimento de oportunidades no dia-a-dia, pode influenciar a probabilidade de ser ativo ou de alguém tentar novas atividades.

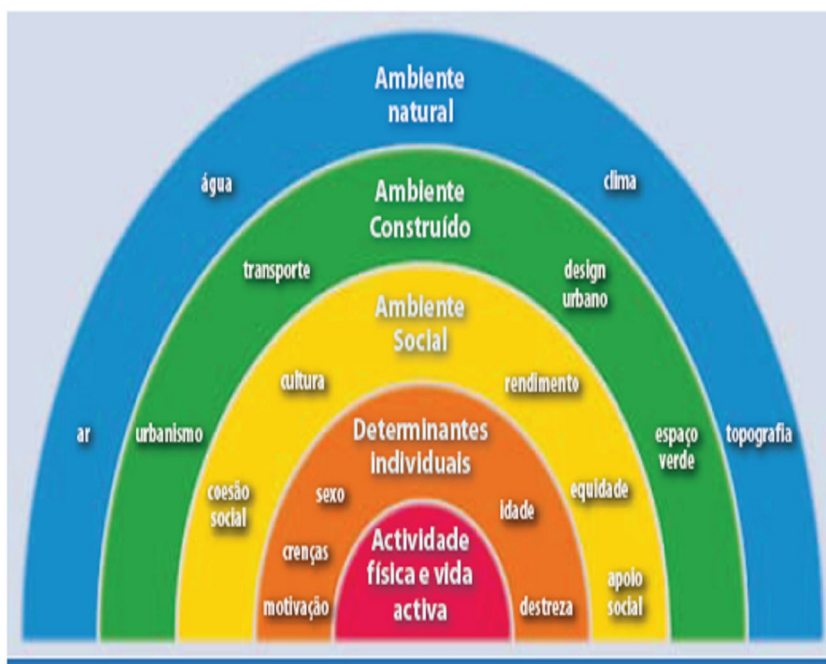


FIGURA 2. Fatores que influenciam a atividade física nas comunidades.
Fonte: CIAFEL (2006).

De acordo com CIAFEL (2006), apesar do ambiente ser uma chave influente nos níveis de atividade física, alguns fatores psicossociais influenciam as decisões das pessoas sobre os seus estilos de vida e as suas escolhas para se ter um comportamento saudável ou de risco. Esses fatores psicossociais são classificados em positivos/facilitadores e negativos/barreiras. Os primeiros são compreendidos como: 1) Auto-eficácia - acreditar na própria capacidade para ser ativo; 2) Intenção para o exercício; 3) Ter prazer no exercício; 4) Nível percebido de saúde e aptidão física; 5) Automotivação; 6) Apoio social; 7) Esperança de benefícios do exercício; 8) Benefícios percebidos. Já as barreiras podem ser classificadas, por exemplo, em: 1) A percepção da falta de tempo; 2) A percepção de que não se é do “tipo desportivo” - particularmente para as mulheres; 3) Preocupações sobre a segurança pessoal; 4) Sensação de cansaço e preferência de descansar e relaxar no tempo livre; 5) Autopercepções – i. e, assumir que já é suficientemente ativo.

Ao se analisar esses fatores percebem-se uma grande interação entre os mesmos, determinando a complexidade da associação destes para a promoção da mudança de comportamento relacionada a prática de atividades físicas.

Através da **figura 3**, conforme Figueira Junior (2000), há uma interação dos fatores que promovem a adesão para a prática das atividades físicas, ou seja, a relação dessas, com a mudança do comportamento e a percepção das barreiras pela pessoa.



FIGURA 3. Modelo de relação entre comportamento, barreiras e aderência para a prática de atividades físicas.

Fonte: FIGUEIRA JUNIOR (2000).

Para Souza (2003), iniciar um programa de atividades físicas não é uma simples mudança de comportamento, mas, deriva de uma série de ações, incluindo o planejamento, adaptação inicial, participação/manutenção e as experiências anteriores dos indivíduos.

Outro aspecto importante a ser avaliado ao que diz respeito especialmente a adesão a prática de atividades físicas, é o envolvimento ou não dos pais nessas atividades (ILHA, 2004; FARIA JR., FERREIRA, 2000; SIMÕES, BOHME, LUCATO, 1999). Alguns estudos como os de Anderssen, Wold (1992), Taylor *et al.* (1994) têm investigado a influência do comportamento dos pais sobre os filhos quanto a adesão a programas de atividades físicas. Esses estudos demonstram existir uma relação positiva e relevante entre a prática dessas atividades pelos pais e a adesão dos filhos às mesmas, ou seja, o comportamento dos filhos é de certa forma influenciado pelo dos pais.

As teorias que pretendem compreender a promoção da saúde são complexas, incorporando a análise de múltiplos fatores através de uma perspectiva ecológica, ou seja, abordam a interação dos aspectos pessoal/comportamental, do ambiente físico e da atividade. Para Farinatti, Ferreira (2006), esses modelos teóricos são multifacetados, levando em consideração o grande número de variáveis com potencial de influência sobre a capacidade dos indivíduos de tomar decisões em relação à saúde. Ainda segundo esses autores:

A concepção filosófica por trás desses modelos teóricos é que tais escolhas não são feitas em um vácuo (interpessoal, organizacional, político, econômico, ambiental, etc.). Portanto, devem ser explicados como se dão as inter-relações entre seus fatores determinantes (FARINATTI, FERREIRA, 2006, p. 90).

Autores como Souza (2003), Farinatti, Ferreira (2006), Seabra *et al.* (2008), relatam à existência de diversos modelos teóricos que tentam compreender as variáveis mais influentes para a prática das atividades físicas, como: 1) Modelo da Crença em Saúde: desenvolvido nos anos 50, por um grupo de psicólogos da área social nos Estados Unidos, com o intuito de explicar os motivos que levavam ao fracasso as campanhas de prevenção e detecção de doenças assintomáticas; 2) Teoria Cognitivo Social: ressalta que o comportamento se dá em termos de uma tríade de causalidade recíproca. Nesse modelo, os fatores pessoais e comportamentais (na forma de eventos cognitivos, afetivos e biológicos), e as

influências ambientais (do ambiente imposto, escolhido ou do construído) interagem e se influenciam mutuamente; 3) Modelo Ecológico: surgido na década de 70 aceita a influência em múltiplos níveis no comportamento, com ênfase nos fatores dos sistemas sociais, políticas públicas e do ambiente físico; em geral tenta explicar como o ambiente afeta o comportamento e como o ambiente e o comportamento afetam um ao outro; 4) Teoria do Comportamento Planejado: orientada por fatores sóciocognitivos, o modelo assume que o comportamento é determinado direta e unicamente pela intenção em realizá-lo ou não; 5) Modelo Transteorético: embora também primariamente psicológico, reconhece a influência dos fatores específicos do processo de mudança, bem como a percepção dos benefícios (prós) e das barreiras (contras) por parte do indivíduo, incluindo também em sua análise fatores sociais e do ambiente físico. Neste trabalho serão utilizadas somente as teorias do Modelo Transteorético e a Teoria do Comportamento Planejado para investigar a prática das atividades físicas pelos adolescentes.

2.3.2 Teoria do comportamento planejado

A TCP (AJZEN, 1982) é uma das teorias da ação mais utilizadas para investigar o comportamento humano (BAGOZZI, GÜRHAN-CANLI, PRIESTER, 2002). Filosoficamente, teoria da ação é o estudo da estrutura ontológica da ação humana, ou seja, o processo como essa se origina e as maneiras como se expressa (McCANN, 1999). Segundo esse autor, uma ação observada em um nível de abstração maior, pode envolver uma seqüência hierárquica de ações básicas, cuja distinção de ações reflexas ou involuntárias pode ser atribuída ao estado mental de intenção do agente anterior e correlato à ação.

A TCP utilizou da base teórica da Teoria da Ação Racionalizada (TAR), proposta por Fishbein, Ajzen (1975), incorporando o conceito do controle percebido por Ajzen (1982). Esta tem como objetivo compreender e prever comportamentos sociais, ou seja, busca prever as intenções comportamentais, que precedem e condicionam os comportamentos reais, em vez de conhecer unicamente as atitudes e crenças do indivíduo.

O modelo assume que o comportamento é determinado direta e unicamente pela intenção em realizá-lo ou não. Conforme demonstrado pela **figura**

4, a intenção por sua vez, é estabelecida a partir de dois componentes: as atitudes em relação ao comportamento e a influência de normas sociais, que são subjetivas. É da importância relativa dada a esses componentes que se configuram a intenção para o comportamento.

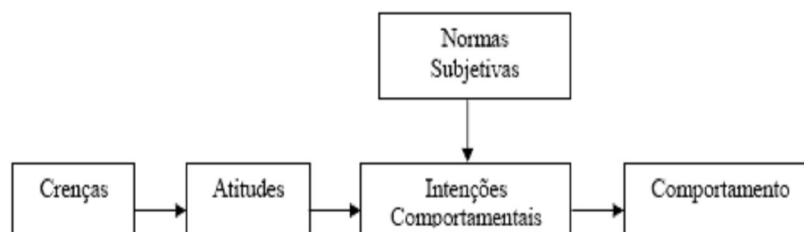


FIGURA 4. Teoria da ação racionalizada.

Fonte: FISHBEIN, AJZEN (1975).

Segundo Veiga (2008, p.11), esse modelo preconiza que “medidas de atitude e de comportamento devem ser correspondentes em termos de ação, tempo, objetivo e contexto”. Ao explicar essa concepção a prática de exercícios físicos, Veiga (2008), cita o seguinte exemplo prático:

Para prognosticar o comportamento de fazer exercícios físicos para manter a forma numa academia de ginástica, deve-se medir a atitude da pessoa em relação a fazer exercícios (ação), para manter a forma (objetivo), na academia (contexto), na próxima semana (tempo). Medidas gerais de forma física ou de atitude em relação a prática de esportes podem ter pouca relação com o comportamento visado (VEIGA, 2008, p.11).

O componente atitudinal depende da expectativa do indivíduo de que o comportamento promoverá certos resultados e da avaliação que ele faz dos mesmos. Para Farinatti, Ferreira (2006), entre as várias expectativas que um indivíduo pode ter em relação a prática regular de exercícios, ele pode acreditar que vai melhorar a sua estética corporal; assim, a sua atitude em relação a essa prática, dependerá de sua expectativa em relação a esse resultado e do valor que ele atribui ao mesmo. Já o componente normativo - normas sociais subjetivas - é determinado pela expectativa que pessoas e grupos considerados importantes pelo indivíduo têm quanto à sua capacidade de realizar ou não o comportamento em questão e quanto à motivação que ele tem para corresponder às expectativas dessas pessoas e grupos.

Porém, há comportamentos cujo controle não depende somente do indivíduo. Para Farinatti, Ferreira (2006), uma pessoa, por exemplo, que deseje praticar exercícios físicos, mas se depara com impedimentos ambientais de difícil superação, terá poucas chances de fazê-lo, apesar dos componentes atitudinais e normativos serem favoráveis à adoção do comportamento.

Assim, a TCP tenta explicar as intenções comportamentais a partir de um conjunto de constructos como as crenças de atitude, norma subjetiva e controle percebido (AJZEN, 1982). Portanto, a TCP (**figura 5**), é uma ampliação da TAR, incluindo-se o constructo *controle percebido sobre o comportamento*, como determinante da intenção e do comportamento (AJZEN, 1982). Dessa forma, o controle percebido sobre o comportamento representa a crença pessoal do grau de facilidade ou não de realizá-lo, e é uma aproximação do controle real.

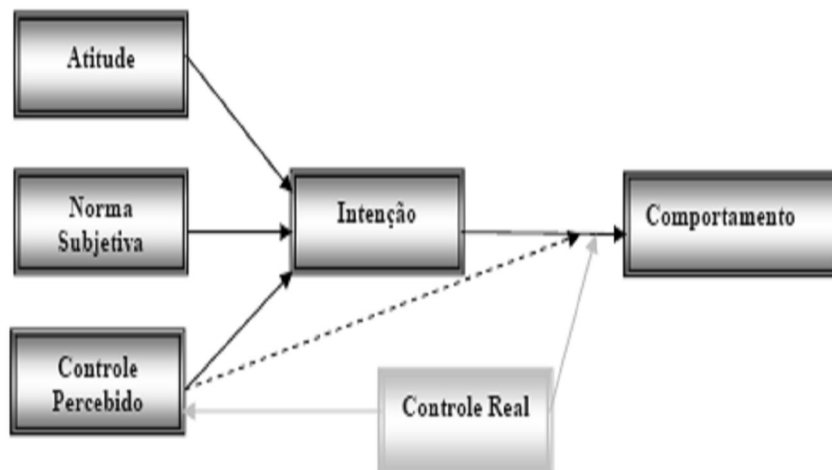


FIGURA 5 - Teoria do Comportamento Planejado
Fonte: AJZEN (1991, p. 182)

A TCP assume que crenças são proposições sobre relações entre dois objetos concretos ou abstratos ou entre um objeto e seus atributos (KRÜGER, 1986). Sendo assim, a *atitude* é um constructo unidimensional, de natureza afetiva e avaliativa, associado a uma apreciação positiva ou negativa de um objeto social (AJZEN, FISHBEIN, 1980). *Norma subjetiva* é a percepção de pressão social exercida por pessoas importantes em relação à realização ou não de um

comportamento. *Intenções comportamentais* se referem à disposição ou planejamento de executar um comportamento, por exemplo, a intenção de comprar um produto ou de devolvê-lo à loja.

Em síntese, segundo Ajzen (2002), conforme a TCP, o comportamento humano é guiado por três tipos de crenças: crenças sobre as conseqüências prováveis de um comportamento (*crenças comportamentais*), crenças sobre as expectativas normativas de terceiros (crenças normativas) e crenças a respeito da presença de fatores que podem impedir ou facilitar a performance de um comportamento (crenças de controle).

Em seus respectivos agregados, crenças comportamentais produzem uma atitude (des)favorável em relação ao comportamento, crenças normativas resultam em pressão social perceptível ou norma subjetiva, e crenças de controle podem facilitar ou impedir a performance de um comportamento. Em combinação, atitude em relação ao comportamento, norma subjetiva e percepção se o comportamento pode ou não ser controlado conduz a formação de uma intenção comportamental.

Como regra geral, segundo Ajzen, quanto mais favorável for a atitude, norma subjetiva e controle percebido, maior deveria ser a intenção pessoal de realizar o comportamento. Finalmente, dado um suficiente grau de controle do comportamento, as pessoas tendem a realizar suas intenções quando as oportunidades aparecem. Por isso, a intenção comportamental é considerada o antecessor imediato do comportamento.

Farinatti, Ferreira (2006) citam um exemplo prático (**quadro 2**), de como se daria a tomada de decisão por uma pessoa ao intencionar fazer uma atividade física de lazer, tendo como referência a TCP:

QUADRO 2

Definições e exemplos práticos dos constructos da TAR e TCP

Constructos	Definições	Exemplos
Atitude	Julgamento (favorável ou desfavorável) que o indivíduo faz a respeito de um dado comportamento	“Quer saber de uma coisa? Eu acho que ser sedentário é ruim para a minha saúde [...]”.
Normas subjetivas	Grau de motivação para um dado comportamento, em função da aceitação, pelo indivíduo, de crenças e valores de outros significantes.	“Fico pensando se minha esposa gostaria que eu praticasse exercícios [...]”.
Controle comportamental percebido	Facilidade ou dificuldade percebida para a adoção de um dado comportamento.	“Eu posso praticar exercícios, mesmo dispondo de pouco tempo”.
Intenção	Indicativo da extensão com que o indivíduo deseja esforçar-se para adotar um determinado comportamento	“Eu quero começar a praticar exercícios agora mesmo”.
Comportamento	Transformação da intenção em ações perfeitamente definidas, concretas e observáveis.	“Como você pode ver, não sou mais sedentário; Em vez de reclamar da falta de tempo, organizo melhor o meu dia para poder praticar exercícios”.

Fonte: FARINATTI, FERREIRA (2006).

No Brasil, de acordo com Veiga (2008), a investigação sobre a validade da teoria é ainda pouco abrangente, limitando-se a pesquisas realizadas na década atual. Segundo esse autor:

Apesar da pequena quantidade, os estudos brasileiros têm procurado testar pressupostos teóricos básicos (Veiga e Monteiro, 2005), fazer comparações interculturais (Rodrigues, 2007) e avaliar a inclusão de constructos que possam aumentar o poder explicativo da intenção comportamental e do comportamento correspondente (Veiga, Santos e Lacerda, 2006; Lacerda, 2007) (VEIGA, 2008, p.56).

No Brasil, foi diagnosticado somente um estudo realizado por Goecking (2006), que comparou as teorias do comportamento planejado e da tentativa para examinar a intenção do consumidor de adotar dietas e praticar exercícios físicos. Porém, na literatura internacional encontram-se diversos trabalhos realizados adotando essa teoria.

Downs, Hausembles (2005) realizaram uma meta-análise das pesquisas envolvendo a TCP entre o período de 1975 a 2002, encontrando 47 trabalhos. Contudo, esses autores relataram algumas falhas metodológicas nessas pesquisas que dificultaram uma melhor análise das mesmas, devido à ausência da descrição

de dados importantes como: características sociodemográficas – idade, sexo, nível social, etnia -, e esclarecimentos sobre os procedimentos adotados na pesquisa.

Segundo Downs, Hausembles (2005) os trabalhos envolvendo a TCP apresentaram as seguintes características:

A maioria dos estudos publicados (70,2%) foi realizada na década de 1990 (59,6%). Para as principais características do estudo da TCP, a maioria incluiu participantes do sexo masculino e feminino (80,4%), participantes adultos (26,1%), estudantes (23,9%), trabalhadores (15,2%), enfermos (por exemplo, cardíaco, dor, câncer, 13,0%), idosos (10,9%) e outros (10,9%). A maioria dos estudos não relatou a etnia (65,2%) ou o nível socioeconômico dos participantes (60,9%), porém, os estudos que relataram estas características, consistiam de adultos caucasianos de níveis socioeconômicos da classe média e alta, e maior escolaridade (DOWNS, HAUSEMBLAS, 2005, p.6).

A seguir são relatados alguns resultados de pesquisas publicadas na literatura internacional a partir de 2002, utilizando a TCP. Chatzisarantis, Hagger, Brickell (2008) analisaram a influência da percepção do apoio da autonomia (teoria da autodeterminação proposta por RYAN, DECI, 2000) para a prática da atividade física segundo a perspectiva da TCP, em uma população com idade entre 13 e 39 anos (M=20,3 anos), os resultados demonstraram que o apoio percebido à autonomia auxilia na explicação das influências sociais sobre as intenções e comportamentos para a prática da atividade física.

Blanchard *et al.* (2008) investigaram a capacidade da TCP para explicar a intenção da mudança para a prática de atividades físicas em acadêmicos norte-americanos pertencentes aos grupos étnicos afro-americanos e caucasianos, (M=19,8 anos), os dados da pesquisa apontam a necessidade de se considerar os aspectos étnicos para a elaboração de programas de intervenção de atividades físicas, baseados nos pressupostos da TCP. Cheung (2007) investigou os fatores determinantes para a prática de atividades físicas em estudantes de Hong Kong com idade entre 11 a 21 anos; os resultados mostraram que a experiência passada, a percepção sobre o controle do exercício, e a intenção de realizar exercícios, foram as variáveis mais significativas que contribuíram para a prática do exercício.

Rhodes *et al.* (2007) realizaram um estudo com adultos canadenses a partir de 18 anos (M=52,3 anos), para identificar as crenças mais importantes para praticarem a caminhada no lazer; a pesquisa demonstrou que a intenção de praticar essa atividade está moderadamente relacionada às condições apropriadas das instalações na vizinhança dos indivíduos. Zhang, Middlestadt, Ji (2007) realizaram

uma pesquisa com 155 estudantes chineses matriculados no ensino médio, com idade entre 13 e 15 anos, tendo como objetivo identificar a percepção dos alunos sobre as atividades físicas e posteriormente implementar um programa eficaz de incentivo a prática dessas atividades. Os resultados sugerem que as intervenções para estimular a prática de atividades físicas na população estudada devem considerar as conseqüências positivas percebidas, como a relação dessa prática com o desempenho acadêmico, bem como de outros fatores ligados à saúde física; as principais barreiras percebidas por essa população foram a falta de tempo para praticar uma atividade regular e a aprovação dos pais.

Armitage (2005) realizou uma pesquisa com uma população no Sul da Inglaterra freqüentadora de academias (homens e mulheres) com idade entre 16 e 65 anos (M=37,6 anos), para verificar a capacidade da TCP de prever a participação das pessoas em atividades físicas durante um período de 12 semanas; os dados mostraram que o controle percebido foi significativo para prever as intenções do comportamento real que os hábitos estáveis para a realização dos exercícios se deram nas primeiras cinco semanas, bem como a realização bem sucedida do reforço do comportamento percebido.

2.3.3 Modelo transteorético

Uma das teorias comportamentais mais utilizadas para analisar o envolvimento de indivíduos a prática de atividades físicas é o MT elaborado por Prochaska, Marcus (1994). A expressão transteorético deriva da interação de importantes constructos de múltiplas teorias de mudança do comportamento.

Esse modelo abrange duas dimensões: os estágios de mudança e os processos de mudança. Os estágios de mudança referem-se aos aspectos temporal, motivacional e de fidelidade de um comportamento específico. O MT é caracterizado por cinco estágios¹⁴, sendo que caso as características de cada estágio se encontrem já incorporadas ao comportamento do indivíduo, este, vai passando para o estágio seguinte (**quadro 3**). Já os processos de mudança estão vinculados àqueles eventos de intervenção que podem induzir as alterações nas experiências

¹⁴ Prochaska, Marcus (1994) classificaram os seguintes estágios do modelo: Pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção. O centro de estudos da Universidade de Toronto (CFRLI, 1996) adota mais um estágio, o de terminação, quando o indivíduo já realiza a prática da atividade física por mais de cinco anos consecutivos.

individuais e no meio ambiente direcionadas às modificações do comportamento, conforme apresentado no **quadro 4**.

QUADRO 3

Estágios de mudança de comportamento e suas características

Estágios	Características
Pré-contemplação	O indivíduo não tem a intenção de mudar o seu comportamento nos próximos seis meses.
Contemplação	O indivíduo tem a intenção de mudar o seu comportamento nos próximos seis meses.
Preparação	O indivíduo pretende agir num futuro próximo (em geral no próximo mês).
Ação	O comportamento já foi incorporado por menos de seis meses.
Manutenção	A ação já acontece a mais de seis meses e as chances do retorno ao antigo comportamento são menores.
*Terminação	Quando o indivíduo é praticante há mais de cinco anos de uma atividade física; as chances de abandono dessa pessoa são consideradas mínimas (CFRLI, 1996).

O MT, embora seja primariamente psicológico, reconhece que fatores específicos do processo de mudança, como a percepção dos benefícios (prós) e das barreiras (contras), e a análise dos fatores sociais e do ambiente físico para justificar essa mudança.

De acordo com Guedes, Lopes, Santos (2006), deve-se destacar duas premissas básicas desse modelo: A primeira, é que as mudanças do comportamento não são lineares, mas seguem um *continuum* de ações em que os sujeitos podem demonstrar eventualmente avanços e retrocessos/recaídas¹⁵ entre os estágios que se encontram por várias vezes, e não por intermédio de um acontecimento único e linear. A segunda premissa, é que os sujeitos demonstram diferentes níveis de motivação e de disposição para mudarem seus comportamentos vigentes.

Baseando-se no estágio em que o indivíduo se encontra, Prochaska, DiClemente, Nocross (1992), propõem a utilização das estratégias de intervenção para motivar o indivíduo a aderir ou mudar de estágio (**quadro 5**).

¹⁵ Pode ocorrer em qualquer ponto da linha de evolução entre os demais estágios, fazendo a pessoa abandonar o estágio que alcançou e retornar a um dos estágios tidos como inativo.

QUADRO 4

Processos de mudança de comportamento segundo o MT

<i>Aspectos</i>	<i>Processos/estratégias de mudança</i>	<i>Definição</i>
Vivencial/experiências	Tomada de consciência (consciousness raising)	<ul style="list-style-type: none"> Envolve o desenvolvimento da compreensão em relação à natureza e ao risco de um dado comportamento negativo, assim como em relação à existência de comportamentos positivos alternativos, processo para o qual concorre a disponibilidade de informações “Eu li sobre os riscos do sedentarismo e benefícios da atividade física”.
	Reação emocional (dramatic relief)	<ul style="list-style-type: none"> Vivenciar e expressar sentimentos em relação ao comportamento problemático e às soluções potenciais. “Aquele comercial sobre os riscos do sedentarismo me deixou preocupado...”.
	Reavaliação ambiental (environmental reevaluation)	<ul style="list-style-type: none"> Reflexão e avaliação das conseqüências de um dado comportamento para outras pessoas e ambiente de forma geral, incluindo a apreciação de normas sociais e opiniões de outros significantes. “Se eu ficar doente por ser sedentário, minha família pode vir a sofrer com isso”.
	Apoio social (helping relationships)	<ul style="list-style-type: none"> Confiança, aceitação e utilização do apoio de entes queridos na tentativa de mudar um comportamento negativo. “Meus filhos me fazem companhia para eu tentar caminhar todos os dias”.
	Estratégias de reforço (reinforcement management)	<ul style="list-style-type: none"> Recompensar-se ou ser recompensado por terceiros, em virtude da mudança do comportamento, a fim de aumentar a probabilidade da sua manutenção. “Perdi cinco quilos depois que comecei a correr, para festejar, comprei uma roupa nova”.

Fonte: PROCHASKA, MARCUS (1994) (continua).

Aspectos	Processos/estratégias de mudança	Definição
Comportamental	<i>Compromisso pessoal (self-liberation)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Compromisso pessoal com a empreitada representada pela mudança de comportamento, incluindo a crença na capacidade de fazê-lo. "Pode escrever: eu vou começar a caminhar a partir de amanhã".
	<i>Auto-reavaliação (self-reevaluation)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Reavaliação emocional cognitiva dos valores individuais em relação ao comportamento que se deseja mudar. "Sinto-me recompensado e bem comigo mesmo quando faço minha atividade física".
	Compromisso social (social liberation)	<ul style="list-style-type: none"> • Consciência e aceitação, pelo indivíduo, de que seria bom também para os outros a mudança de comportamento pela qual passou. "Deveria haver programas públicos eficientes para estimular a prática de atividades físicas por todos."
	Condicionamento por sopeso (counter conditioning)	<ul style="list-style-type: none"> • Análise dos prós e contras associados à mudança de comportamento almejado, na busca de alternativas que possam substituir o comportamento negativo. "Não gostava de exercício porque não gosto de suar, mas descobrir que gosto de hidroginástica".
	Controle de estímulos (stimulus control)	<ul style="list-style-type: none"> • Controle de situações e causas potenciais que possam favorecer o comportamento que se deseja mudar. "Não me permito mais levar trabalho para casa, senão acabo por não fazer minha caminhada diária".

Continuação do QUADRO 4.

QUADRO 5

Estágios de mudança do comportamento

Pré-Contemplativo	Contemplativo	Preparação	Ação	Manutenção
Tomada de consciência	Auto-avaliação	Comprometimento pessoal	Comprometimento pessoal	Estratégias de reforço
	Reação emocional		Estratégias de reforço	Apoio social
	Reavaliação ambiental		Apoio social	Condicionamento por sopeso
			Condicionamento por sopeso	Controle de estímulos
				Controle de estímulos

Fonte: PROCHASKA, DiCLEMENTE, NOCROSS (1992).

Percebe-se através desse quadro, que nos três primeiros estágios, os indivíduos são mais dependentes aos estímulos externos para aderirem a prática da atividade física; enquanto nos dois últimos estágios, os indivíduos já possuem um nível maior de automotivação e auto-eficácia, tornando-se menos dependentes dos estímulos externos, e são capazes de manter-se automotivados, sobretudo, no estágio de manutenção.

Para Guedes, Lopes, Santos, a força do MT:

Está exatamente na integração dessas duas dimensões, ou seja, uma vez identificado o estágio de mudança do comportamento em que se encontra o sujeito, é selecionado o processo de mudança mais apropriado para ser utilizado especificamente naquela situação (GUEDES, LOPES, SANTOS, 2006, p. 6).

Nesta perspectiva, sujeitos identificados em diferentes estágios de mudança do comportamento (EMC) são beneficiados por intervenções diferenciadas e adequadas ao estágio em que se encontram no momento. Diferentemente dos modelos comportamentais prévios, o MT assume uma abordagem pragmática e oferece sugestões explícitas de como os sujeitos podem ser auxiliados na tentativa de mudança de seus comportamentos (GUEDES, LOPES, SANTOS, 2006).

Farinatti, Ferreira (2006) descrevem de forma prática como deve ser a intervenção em cada estágio de mudança em que o indivíduo se encontra:

Tomada a decisão a prática da atividade física como mudança de comportamento almejada, as iniciativas para o estágio pré-contemplação devem, por exemplo, ajudar os indivíduos a refletirem sobre os riscos do sedentarismo e os benefícios de uma vida fisicamente ativa (tomada de

consciência). No estágio de contemplação, em que as pessoas já pensam em praticar atividade física, a ênfase deve estar em auxiliá-las a iniciar um plano de exercícios, ajudando-as a estruturar um programa compatível com suas necessidades e características, assim como a refletir e superar os eventuais obstáculos (auto-reavaliação). Na fase de preparação, em que já existe um compromisso dos indivíduos (comprometimento pessoal), o foco deve estar em encorajá-los no que se refere à sua capacidade de mudar de comportamento. Por último, nos estágios de ação e manutenção, a ênfase deve estar em capacitar a pessoa na lida com eventuais interrupções em sua rotina de exercícios devido a mudanças circunstanciais – lesões, mudança de residência, etc. (condicionamento por sopeso e controle de estímulos) (FARINATTI, FERREIRA, 2006, p. 101).

No Brasil pesquisas que identificam as barreiras para a atividade física utilizando o MT, ainda não são tão freqüentes quanto em outros países (MALAVASI *et al.* 2007). Como exemplos, citam-se os trabalhos realizados por Martins (2000), que analisou os fatores determinantes da prática de atividades físicas de professores universitários, com relação à existência de fatores facilitadores e a percepção de barreiras pelos mesmos. Os resultados apresentados nesse estudo destacam que a maior parte dos sujeitos percebe barreiras para a prática de atividades físicas (predominam as barreiras de ordem pessoal, especialmente as relacionadas à falta de tempo, seguindo-se as de natureza psicológica e características ambientais); enquanto fatores facilitadores ressaltam-se as crenças normativas, a percepção de benefícios da prática de atividades físicas, ambiente físico favorável e alta auto-eficácia.

Reis (2001) investigou a influência da proximidade do local de residência a um parque poder ser um dos fatores determinantes para sua utilização para prática de atividades físicas. Alguns dos resultados apresentados pelo autor demonstraram que os usuários são predominantemente adultos, residentes próximos ao parque, de ambos os sexos, sendo a proximidade da residência o principal motivo para freqüentar o parque. Os resultados demonstram que os fatores políticos/normativos não exercem influência sobre a prática nesse espaço.

Prates (2004) verificou a efetividade de programas de Educação Física ministrados com orientações conceituais diferenciadas na disciplina qualidade de vida para estudantes dos cursos superiores de tecnologia do CEFET-PR/Unidade de Campo Mourão, através dos EMC para a prática de atividade física. De modo geral, os resultados demonstraram que a adoção de uma orientação conceitual não é capaz de alterar conjuntamente o EMC, o nível de atividade física habitual no tempo de lazer e o nível de conhecimento específico em atividade física.

3 MÉTODOS

3.1 Caracterização do estudo

Esta pesquisa caracteriza-se como transversal descritiva, adotando-se o procedimento metodológico denominado de levantamento (“survey”), através de aplicação de questionário em uma amostra intencional não probabilística (THOMAS, NELSON, SILVERMANN, 2007).

3.2 População

Considera-se como população alvo da pesquisa os alunos de escolas com ensino médio nas cidades de Belo Horizonte e Contagem (pertencentes à Região Metropolitana de Belo Horizonte/MG). Foram intencionalmente selecionadas três escolas¹⁵ - uma escola particular em Belo Horizonte e duas públicas estaduais em Contagem -, que atendessem aos critérios de inclusão de acordo com o NSE¹⁶ (A/B e C/D) e com idade entre 14 e 19 anos.

O interesse em contrastar os motivos apresentados pelos sujeitos de diferentes NSE, se deve ao fato de que a literatura relata que há índices de participação em atividades físicas distintos nesses níveis; assim, pretende-se verificar se os resultados deste estudo corroboram aos dos outros trabalhos relacionados.

3.3 Amostra

Participaram desse estudo 422 adolescentes, sendo que seis (representando 0,7% da amostra) foram excluídos por apresentarem várias questões não respondidas – todos os alunos pertencentes às escolas públicas. Assim, a amostra final foi composta por 416 alunos (99,03% da amostra inicial), sendo um total de 277 alunos dos NSE A/B (66,6%) e 139 dos níveis C/D (33,4%).

¹⁵ Inicialmente seriam investigadas apenas duas escolas – uma particular e outra pública, mas, devido ao baixo índice de adesão na escola pública inicial, foi necessário realizar a coleta em mais uma escola com as mesmas características para aumentar a amostragem.

¹⁶ O critério de classificação do nível socioeconômico (NSE) baseou-se na metodologia da ABEP (2008).

3.4 Cuidados éticos

O estudo foi conduzido segundo as normas do Conselho Nacional de Saúde (1996), envolvendo pesquisas com seres humanos, e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (protocolo de nº 554/2008).

Inicialmente, fez-se contato com as escolas que atendessem os critérios de inclusão para se obter a anuência. Posteriormente, para conseguir o número de voluntários necessários, realizou-se uma visita aos alunos nas salas de aula explicando os objetivos, a metodologia da pesquisa e a garantia de sigilo das informações coletadas, e o direito de poder desistir de participar da mesma a qualquer momento, sem prejuízo à sua pessoa. Os alunos menores de 18 anos levaram para casa o termo de consentimento livre e esclarecido para ser assinado pelos pais/responsáveis; após os responsáveis e alunos assinarem o termo, estes, estavam aptos a participar da pesquisa.

3.5 Processo de construção do instrumento

O questionário elaborado especificamente para a pesquisa consiste de questões de múltipla escolha, em que o indivíduo marcava apenas uma opção para cada questão. Inicialmente, o questionário foi dividido em três seções, a saber:

1ª Seção - respondida por todos os participantes, consistia de 14 perguntas relacionadas a informações gerais: dados sociodemográficos, atividades de lazer praticadas, identificação de problemas de saúde que impedissem a prática de atividades físicas, disponibilidade de espaços e equipamentos de lazer próximo à residência, identificação do gosto em participar das aulas de Educação Física, conhecimentos sobre os benefícios da prática de atividade física e malefícios do sedentarismo, e adesão dos pais a prática de atividades físicas.

2ª Seção – respondida por todos os participantes, consistia de 12 perguntas relacionadas à avaliação da intenção de mudança do comportamento segundo os preceitos dos modelos teóricos adotados: a) perguntas sobre a TCP (normas subjetivas, atitudes, controle percebido): consistia em 11 questões relacionadas a prática de atividades físicas de lazer; b) sobre o MT: contendo uma

pergunta para classificação do EMC no qual o indivíduo se encontrava no momento da realização da pesquisa.

3ª Seção - Questionários específicos, respondidos pelo aluno conforme o EMC apontado na seção anterior: analisando o comportamento passado, presente e intenção da mudança do comportamento, baseando-se nos fatores intrínsecos e extrínsecos – barreiras e facilitadores.

3.1) Questionário A – a ser respondido pelos indivíduos classificados nos estágios pré-contemplativo, contemplativo e preparatório; contendo 17 perguntas;

3.2) Questionário B – a ser respondido pelos indivíduos classificados nos estágios de ação e manutenção; contendo 19 perguntas;

3.3) Questionário C – a ser respondido pelos indivíduos classificados no “estágio de recaída”; contendo 16 perguntas;

O questionário geral (1ª e 2ª seções) teve ao todo 27 perguntas, enquanto os questionários específicos variavam conforme os EMC, de 16 a 19 perguntas; totalizando uma média de 46 perguntas a serem respondidas pelos alunos.

3.6 Estudo piloto

Após a elaboração do questionário, um estudo piloto foi realizado para testar a compreensão dos alunos sobre a utilização do instrumento de avaliação. Para tanto, 30 escolares de ambos os sexos, com idades entre 14 e 19 anos, pertencentes a duas escolas de Ensino Médio que atendessem às características socioeconômicas da pesquisa responderam o questionário.

Essa etapa foi desenvolvida com o intuito de analisar a receptividade do questionário por parte dos alunos, e, por conseguinte, sondar possíveis dificuldades de interpretação – clareza das questões -, e, forma de preenchimento das informações - observar se apareciam questões em branco, ou com mais de uma resposta, o que pode indicar alguma dificuldade na compreensão das mesmas.

Também foi pedido aos escolares que analisassem possíveis dificuldades de entendimento de algum(ns) termo(s), e a necessidade de reformulação de questões - se estavam claras e objetivas - e sobre o procedimento de como responder cada questão.

Com base nos resultados obtidos no estudo piloto, optou-se por mudar a formulação de algumas questões e categorias das respostas, principalmente aquelas que haviam apresentado um grande número de respostas em branco e/ou com mais de uma resposta, e com dificuldade de entendimento; bem como, reduzir o número de questões adotadas, pois, os alunos consideraram extenso o questionário.

O questionário final foi composto por 16 perguntas de múltipla escolha, com possibilidade de marcação de apenas uma resposta para cada questão. As perguntas contemplavam:

- Questão 1 – identificação dos dados sociodemográficos: idade, sexo, série escolar;
- Questão 2 – classificação do nível socioeconômico segundo a ABEP;
- Questão 3 - identificação dos EMC; subdividido em seis tópicos citando as características dos estágios de mudança segundo o MT;
- Questão 4 - identificação de possíveis problemas de saúde que impeça a prática de atividades físicas (resposta “SIM” ou “NÃO”, com a opção de citar qual problema de saúde, caso possuísse algum);
- Questão 5 - identificação da disponibilidade de espaços e equipamentos de lazer próximo à residência (foi informada uma série de exemplos e permitido ao aluno a possibilidade de citar algum lugar que não foi listado);
- Questão 6 - identificação do “gosto” dos alunos em participar das aulas de Educação Física (foi utilizada uma escala, sendo o número 1 para a opção “não gosto”, até o número 7 “gosto muito”);
- Questão 7 – percepção dos conhecimentos dos alunos sobre os benefícios da prática de atividade física (foi utilizada uma escala, sendo o número 1 para a opção “pouco informado”, até o número 7 “bastante informado”);
- Questão 8 - percepção dos alunos se a prática das atividades físicas poderia ser entendida como um momento de lazer (resposta “SIM” ou “NÃO”);
- Questão 9 - avaliação da atitude, subdividida em quatro tópicos (foi utilizada uma escala, variando de – 3 “percepção negativa” a + 3 “percepção positiva”);
- Questões 10 a 12 - avaliação das normas subjetivas (foi utilizada uma escala, variando de – 3 “percepção negativa” a + 3 “percepção positiva”);

- Questões 13 a 16 – avaliação do controle percebido (foi utilizada uma escala, sendo o número 1 para a opção “discordo totalmente”, até o número 7 “concordo totalmente”);

3.7 Aplicação do questionário

Foi realizado um cronograma para a aplicação do questionário nas escolas conforme a liberação da Diretoria das mesmas. A coleta dos dados ocorreu em cada turma isoladamente durante o horário de uma aula (50 minutos), por um único aplicador - o pesquisador -, que forneceu previamente explicações e orientações aos alunos sobre como responder o questionário, permanecendo presente durante todo o processo de preenchimento do mesmo para esclarecer possíveis dúvidas.

3.8 Critérios de exclusão da amostra

Para esta pesquisa, foi estabelecido o seguinte critério de exclusão: falhas no preenchimento do questionário tais como, a presença de várias questões não respondidas e/ou com mais de uma resposta.

3.9 Análise estatística dos dados

A digitação dos dados foi realizada no programa Excel® 2003, seguida da conferência manual para identificação de questões sem resposta. Posteriormente, as informações foram transferidas para o programa SPSS versão 13.0, onde foi realizado o tratamento estatístico.

Utilizou-se a estatística de natureza descritiva (média, desvio padrão, frequência absoluta e porcentagem), e paramétrica (ANOVA one-way, seguida do teste de *Post Hoc* de Bonferroni para análise dos efeitos principais); para a análise da homogeneidade utilizou-se o teste de Levene. O teste de regressão logística também foi adotado para análise das crenças da TCP. Para todos os procedimentos, o nível de significância foi de 5%.

Para investigar a relação entre variáveis antecedentes da TCP, sexo e NSE com o nível de atividade física, criou-se uma variável binária dependente, conforme os estágios do MT (código 1: inativo, agregando os estágios pré-

contemplativo, contemplativo, preparação e recaída; código 2: ativo, agregando os estágios ação e manutenção).

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização da amostra

A **tabela 1** apresenta os dados demográficos da população estudada.

TABELA 1
Dados demográficos da amostra (%)

N = 416	Serie escolar		Nível de atividade física			
	1 ^o	2 ^o	M	F	A/B ¹	C/D ¹
Média 16,4 anos (DP ± 1,2)	52,4					
	28,1	Ativos (43%)	26,9	16,1	30,5	12,5
	19,5	Inativos (57%)	20,5	36,5	36,1	20,9
		Total	47,4	52,6	66,6	33,4

Nota: (1) NSE, conforme critério ABEP (2008).

4.2 Avaliação dos EMC

A **tabela 2** demonstra a distribuição dos alunos de acordo com os EMC¹⁷, os NSE e o sexo. Em geral, os alunos podem ser classificados como fisicamente inativos no lazer (estágios pré-contemplativo, contemplativo, preparação, recaída), representando 57%, e ativos (estágios ação, manutenção) com 43% dos casos. Percebe-se que há uma maior porcentagem de alunos dos NSE C/D nos estágios pré-contemplativo e contemplativo em relação aos do A/B. Por outro lado, nos estágios de preparação, ação, manutenção e recaída, há uma maior porcentagem de indivíduos dos NSE A/B (o que indica que os indivíduos dos NSE A/B têm mais acesso às atividades físicas em relação aos seus pares); bem como uma predominância das moças de serem mais fisicamente inativas no lazer (estágios PC, C, P) em relação aos rapazes.

TABELA 2
Distribuição dos alunos de acordo com os EMC, sexo e NSE

VARIÁVEIS	EMC						TOTAL (%)	
	PC	C	P	A	M	R		
NSE	A/B	1,2	6,7	6,5	11,3	19,2	21,6	66,6
	C/D	1,9	5,5	5,8	4,8	7,7	7,7	33,4
		3,1	12,2	12,3	16,1	26,9	29,3	
SEXO	F	2,2	9,1	8,9	7,7	8,4	16,3	52,6
	M	1	3,1	3,4	8,4	18,5	13	47,4

¹⁷ Abreviações dos EMC – Pré-contemplativo: PC; Contemplativo: C; Preparação: P; Ação: A; Manutenção: M; Recaída: R.

4.3 Identificação de possíveis problemas de saúde dos alunos para a prática de atividades físicas de lazer

Na **tabela 3** observa-se os dados referentes à existência de possíveis problemas atuais de saúde dos alunos que os impeçam de praticar alguma atividade física. Em geral, a maioria não apresenta nenhum tipo de restrição (95,2%), o que permite uma prática segura dessas atividades e também a ausência de uma importante barreira para as mesmas.

TABELA 3
Identificação de possíveis problemas de saúde dos alunos para prática de AF de acordo com o NSE

	NSE		Total (%)
	A/B	C/D	
Não	95,3	95,7	95,4
Sim	4,7	4,3	4,6

4.4 Identificação de espaços seguro próximos às residências para a prática de atividades físicas de lazer

A **tabela 4** apresenta os dados em relação à presença de espaços (públicos e/ou privados) para a prática de atividades físicas de acordo com os NSE. Os dados demonstram que em geral 82,1% dos respondentes disseram que há algum espaço próximo à sua casa que possibilite a prática dessas atividades com segurança; sendo que os NSE A/B relataram uma maior disponibilidade desses espaços (representando 58,5%).

TABELA 4
Disponibilidade de espaços/equipamentos de lazer próximos às residências dos alunos de acordo com os NSE

	NSE		Total (%)
	A/B	C/D	
Não	8	9,9	17,9
Sim	58,5	23,7	82,1

A **tabela 5** apresenta os dados a respeito dos principais espaços disponíveis para a prática de atividades físicas de lazer, sendo os três primeiros: academias de ginástica (37,0%), praças (15,1%) e campos de futebol (10,3%). Ao fazer essa avaliação por NSE os dados demonstram que as classes A/B, predominam a presença de espaços particulares (academias de ginástica), enquanto nas classes C/D prevalecem os espaços públicos (campo de futebol).

TABELA 5

Distribuição dos espaços/equipamentos de lazer próximos às residências dos alunos de acordo com os NSE

Espaços disponíveis	NSE		Total (%)
	A/B	C/D	
Academia	31,5	5,5	37
Praças	9,9	5,3	15,1
Campos Futebol	2,6	7,7	10,3
Escolas Esportes	4,3	0,7	5
Ruas	2,8	1	3,8
Quadras	1,7	1,7	3,4
Parques	2,2	0,2	2,4
Clube	2,2	0,2	2,4
Escolas	0,7	0,7	1,4
Pista de Cooper	1,4	0	1,4
* Proj Curumin	0,2	0,7	0,9

* Projeto social direcionado às crianças e adolescentes, desenvolvido pelo governo de MG.

4.5 Identificação do interesse dos alunos pelo “gostar” de participar das aulas de Educação Física¹⁸

Conforme a **tabela 6**, de modo geral as moças apresentam uma média menor em relação aos rapazes para o interesse em participar das aulas de Educação Física (4,81 e 5,94 respectivamente); quando se analisa por NSE, os adolescentes dos níveis A/B têm menor interesse nessas aulas do que as dos níveis C/D (5,30 e 5,44 respectivamente).

¹⁸ Foi utilizada uma escala de associação com 7 itens para medir o interesse dos alunos, sendo 1 (não gosto) a 7 (gosto muito).

TABELA 6

Identificação do “gosto” dos alunos em participar das aulas de Educação Física de acordo com os NSE e sexo

	Média	DP	N	Total (%)
NSE				
A/B	5,30	1,69	276	66,4
C/D	5,44	1,81	139	33,6
TOTAL	5,35	1,73	415	100
SEXO				
F	4,81	1,79	218	52,5
M	5,94	1,45	197	47,5
TOTAL	5,35	1,73	415	100

A **tabela 7** apresenta os dados a respeito do interesse em participar das aulas de Educação Física de acordo com os EMC. Percebe-se principalmente que os alunos no estágio de mudança pré-contemplativo têm menor interesse pelas aulas (média 3,62), enquanto os do estágio de manutenção têm o maior interesse pelas mesmas (média 6,01). Esses dados demonstram que indivíduos com maior interesse nas aulas de Educação Física, podem aderir mais facilmente aos programas de atividades físicas; enquanto indivíduos com baixo interesse por essas aulas, são menos engajados na prática dessas atividades.

TABELA 7

Identificação do “gosto” dos alunos em participar das aulas de Educação Física de acordo com os EMC

EMC	Média	N	DP	%
PC	3,6	13,0	2,1	3,1
C	4,8	51,0	1,5	12,3
PC	5,2	51,0	1,7	12,3
A	5,3	67,0	1,8	16,1
M	6,1	112,0	1,4	27,0
R	5,2	121,0	1,8	29,2
Total	5,3	415,0	1,7	100,0

4.6 Percepção dos alunos sobre os benefícios proporcionados pela prática de atividades físicas de lazer¹⁹

A **tabela 8** apresenta a percepção dos alunos sobre os benefícios proporcionados pela prática de atividades físicas de acordo com o sexo. Em geral as

¹⁹ Foi utilizada uma escala de associação com 7 itens para medir o nível de informação dos alunos, sendo 1 (nada informado) a 7 (bastante informado).

moças apresentam uma média menor de percepção dos benefícios proporcionados por essas práticas em relação aos rapazes (5,22 e 5,50 respectivamente); quando se analisa essa percepção por NSE, os indivíduos dos níveis A/B apresentam uma média maior em relação aos dos níveis C/D, o que sugere que os NSE interferem na percepção desses benefícios. Ou seja, indivíduos de NSE mais elevados têm mais acesso a esse tipo de informações.

TABELA 8
Percepção de conhecimentos dos alunos sobre os benefícios da atividade física de acordo com os NSE

Sexo	NSE	Média	DP	N
F	C/D	4,8	1,6	77
	A/B	5,4	1,3	141
	Total	5,2	1,4	218
M	C/D	5,2	1,1	62
	A/B	5,6	1,2	135
	Total	5,5	1,2	197
Total	C/D	5	1,4	139
	A/B	5,5	1,2	276
	Total	5,4	1,3	415

Quando se compara a percepção do grau de informação sobre os benefícios de acordo com os EMC (*tabela 9*), percebe-se que os indivíduos no estágio pré-contemplativo apresentam uma média menor em relação aos demais; enquanto os do estágio de manutenção uma média maior. Esses dados sugerem que indivíduos ativos têm uma maior percepção dos benefícios da prática de atividades físicas.

TABELA 9
Percepção de conhecimentos dos alunos sobre os benefícios da atividade física de acordo com os EMC.

EMC	Média	N	DP
Pré-Contemplativo			
	4,31	13	1,8
Contemplativo			
	5,08	51	1,5
Preparação			
	5,43	51	1,1
Ação			
	5,49	67	1,3
Manutenção			
	5,63	112	1,1
Recaída			
	5,22	121	1,3
Total	5,35	415	1,3

4.7 Percepção dos alunos quanto a prática de atividades físicas como um momento de lazer ou não²⁰

A **tabela 10** apresenta os dados da percepção dos alunos sobre a prática de atividades físicas no tempo disponível como sendo um momento de lazer ou não. Em geral, os resultados mostram que a maioria dos alunos (85%), tanto os ativos quanto os inativos identificam positivamente a prática dessas atividades como sendo um momento de lazer.

TABELA 10

Percepção dos alunos sobre as atividades físicas como momento de lazer ou não de acordo com o nível de atividade física, sexo e NSE

	Nível de AF (%)		Sexo (%)		NSE (%)	
	inativo	ativo	F	M	A/B	C/D
Sim	82,7	87,7	80,8	89,3	84,1	86,3
Não	17,3	12,3	19,2	10,7	15,9	13,7

Segundo os dados da pesquisa, a maioria dos indivíduos, independente do nível de atividade física, NSE e sexo, consideram positivamente a prática dessas atividades como um momento de lazer.

Ao se analisar essa questão de acordo com os EMC, em geral, os indivíduos no estágio pré-contemplativo têm uma menor percepção dessa relação, se comparado com os dos outros estágios.

TABELA 11

Percepção dos alunos sobre as AF como momento de lazer ou não de acordo com os EMC

EMC	Sim	Não
PC	53,8	46,2
C	82,4	17,6
P	82,4	17,6
A	6,6	13,4
M	88,4	11,6
R	86,1	13,9
Total (%)	84,9	15,1

²⁰ Foi utilizada uma pergunta com duas opções de respostas: Sim ou Não.

4.8 Exploração dos dados da TCP

Antes de analisar as diferenças das médias entre as variáveis Med_A²¹ (relativa ao constructo Atitude), Med_N (relativa ao constructo Norma Subjetiva) e Med_C (relativa ao constructo Controle), conforme os EMC, foram verificadas as estatísticas descritivas e se as variáveis do modelo da TCP atendem a uma distribuição normal e a homogeneidade (**tabelas 12 e 13**).

TABELA 12
Estatística descritiva e teste de normalidade para as variáveis da TCP

Variáveis		Atitude	Norma Subjetiva	Controle
N		416	416	416
Mínimo		-3,00	-3,00	2,50
Máximo		3,00	3,00	7,00
Média		2,22	1,80	5,24
Desvio padrão		0,95	1,00	1,02
Assimetria	Estatística	-2,37	-0,91	-0,08
	Erro padrão	0,12	0,12	0,12
Curtose	Estatística	7,72	0,84	-0,64
	Erro padrão	0,24	0,24	0,24
Kolmogorov-	Estatística	4,21	2,96	1,21
Smirnov Z	Significância	0,00	0,00	0,01

De acordo com o teste Kolmogorov-Smirnov (**tabela 13**), nenhuma das três variáveis da TCP pode ser considerada normal. No caso de Med_A (estatística K-S=0,207 com 416 g.l, $p < 0,001$), Med_N (estatística K-S=0,145 com 416 g.l, $p < 0,001$), Med_C (estatística K-S=0,060 com 416 g.l, $p = 0,001$). Apesar do não atendimento do pressuposto de normalidade, usou-se a ANOVA para comparar as médias da variável Med_A, conforme os EMC.

²¹ Med_A é uma variável obtida através da média aritmética dos escores atribuídos aos indicadores de atitude. Med_N é a média dos escores de norma subjetiva e Med_C, a média dos escores de controle percebido, considerando adequadamente os itens reversos.

TABELA 13

Testes de homogeneidade das variâncias da TCP

	Teste de Levene	df1	df2	Sig.
Med_A	2,723	5	410	0,02*
Med_N	1,6	5	410	0,16
Med_C	1,032	5	410	0,4

*Nota: Significância < 0,05 indica não-normalidade.

A alternativa de usar um teste não-paramétrico (Kruskal-Wallis) foi considerada. Obtiveram-se os mesmos resultados gerais, no sentido da detecção de alguma diferença entre pares de médias. No entanto, optou-se pelo uso da ANOVA devido a sua robustez em relação à violação de normalidade e pela disponibilidade de testes *post hoc* para comparação de médias.

De acordo com Malhotra (2006), quando se pretende testar a diferença de média para mais de duas amostras independentes, deve-se utilizar a análise de variância (ANOVA).

Hair *et al.* (2005) explica que aplicar a ANOVA quando existem mais de três amostras é uma alternativa melhor do que fazer n testes t par a par das variáveis independentes. Isso porque, múltiplos testes t aumentam a probabilidade de ocorrência do erro Tipo I, que é a chance de rejeitar a H_0 quando essa de fato é verdadeira (ANDERSON, SWEENEY, WILLIAMS, 2009). Na ANOVA, esse tipo de situação é evitado, porque, segundo Hair *et al.* (2005), múltiplas comparações de grupos de tratamento são feitas, determinando em um único teste se o conjunto inteiro de médias de amostras sugere que as mesmas foram obtidas a partir de uma população geral.

Para a análise das médias das crenças da TCP, foram identificadas e desconsideradas observações com valores extremos²² que distorciam a comparação de médias, inclusive tornando as variâncias dos grupos não equivalentes, não atendendo pressuposto da ANOVA. A não inclusão dos valores extremos justifica-se também pelo fato de haver poucos indivíduos em alguns dos EMC, o que tornaria os valores extremos ainda mais impactantes.

²² Distorcem a comparação de médias, tornando as variáveis dos grupos não equivalentes, e não atendendo o pressuposto da ANOVA.

4.8.1 Cálculo da média da atitude (variável Med_A)

O teste Levene apresentou nível de significância igual a 1,020, rejeitando-se a H_0 por $p < 0,05$, o que mostra que as variâncias dos grupos são significativamente diferentes. Assim, não está satisfeita a hipótese da homogeneidade das variâncias, o que não corrobora os pressupostos da ANOVA. Torna-se necessário realizar um teste para verificar se ao retirar os *outliers*²³ ocorre alguma alteração importante no nível de significância das variâncias.

Para se encontrar os *outliers*, rodou-se um *Boxplot* tanto da variável estágio, quanto da variável média da atitude, sendo que para o segundo caso observou-se a existência de 24 valores extremos.

A **figura 6** apresenta um boxplot da variável Med_A. Valores extremos dessa variável são assinalados com asteriscos e "O"s. A Med_A continuou a apresentar distribuição assimétrica, mesmo após a não inclusão dos valores extremos.

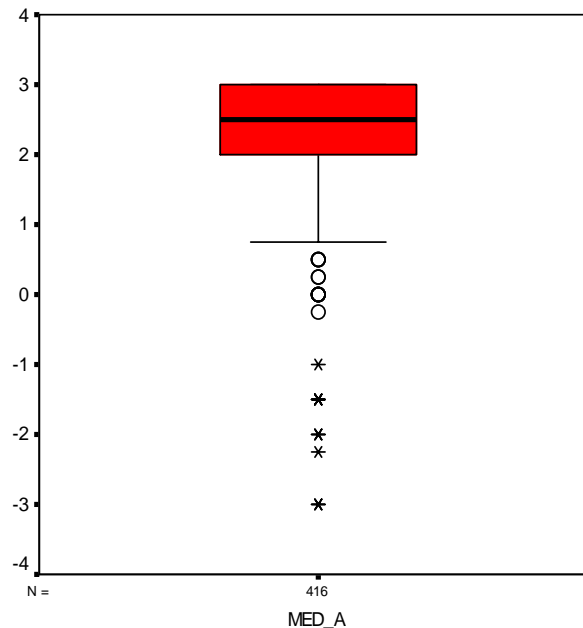


FIGURA 6. Boxplot da variável Med_A, incluindo os valores extremos

A **figura 7** representa as médias da variável Med_A, sem incluir os valores extremos.

²³ É um valor discrepante ou atípico em relação a um conjunto de valores.

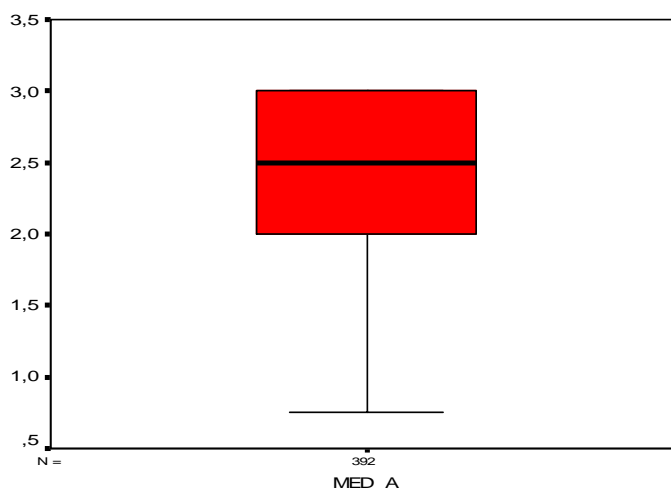


FIGURA 7. Boxplot da variável Med_A sem incluir os valores extremos.

Realizado o teste de Levene sem os valores extremos, não foram encontradas diferenças significativas nas variâncias de Med_A para os estágios de mudança comportamental ($F(5, 387)=1,020$, $p=0,406$).

Comparadas as médias de Med_A dos EMC para as duas amostras juntas, sem incluir os valores extremos de Med_A, os dados apresentam $F(5, 387) = 6,379$, com $p<0,001$, **tabela 14**. Portanto, há diferença significativa entre as médias comparadas. Logo, foi necessário consultar os resultados dos testes *post hoc*.

TABELA 14

Valores da ANOVA de Med_A

	Soma dos Quadrados	g.l	Quadrado da Média	F	Sig.
Entre os grupos	10,8	5	2,2	6,379	0,00
Dentro dos grupos	131,5	387	0,3		
Total	142,3	392			

O aceite da suposição de que as variâncias dos grupos podem ser consideradas semelhantes (resultado não significativo no teste de Levene, conforme relatado anteriormente), possibilitou o uso de testes *post hoc*, que pressupõem variâncias equivalentes. Optou-se pelo teste de Bonferroni, que é um teste conservador, porém adequado quando há poucas comparações.

TABELA 15

Teste de Bonferroni Med_A

(I) EMC	(J) EMC	Diferença da média (I-J)	Erro padrão	Sig.	Intervalo de confiança 95%	
					Menor limite	Maior Limite
Bonferron						
Pré-Contemplativo	Contemplativo	-0,44	0,2	0,47	-1,04	0,16
	Preparação	-0,43	0,2	0,50	-1,03	0,17
	Ação*	-0,74	0,2	0,00	-1,32	-0,15
	Manutenção*	-0,78	0,19	0,00	-1,35	-0,21
	Recaída*	-0,59	0,19	0,03	-1,16	-0,03
Contemplativo	Pré-Contemplativo	0,44	0,2	0,47	-0,16	1,04
	Preparação	0,01	0,12	1,00	-0,35	0,36
	Ação	-0,3	0,11	0,12	-0,63	0,03
	Manutenção*	-0,34	0,1	0,01	-0,64	-0,04
	Recaída	-0,16	0,1	1,00	-0,45	0,14
Preparação	Pré-Contemplativo	0,43	0,2	0,5	-0,17	1,03
	Contemplativo	-0,01	0,12	1,00	-0,36	0,35
	Ação	-0,3	0,11	0,10	-0,63	0,03
	Manutenção*	-0,35	0,1	0,01	-0,64	-0,05
	Recaída	-0,16	0,1	1,00	-0,46	0,14
Ação	Pré-Contemplativo*	0,74	0,2	0,00	0,15	1,32
	Contemplativo	0,3	0,11	0,12	-0,03	0,63
	Preparação	0,3	0,11	0,10	-0,03	0,63
	Manutenção	-0,04	0,09	1,00	-0,31	0,23
	Recaída	0,14	0,09	1,00	-0,13	0,41
Manutenção	Pré-Contemplativo*	0,78	0,19	0,00	0,21	1,35
	Contemplativo*	0,34	0,1	0,01	0,04	0,64
	Preparação*	0,35	0,1	0,01	0,05	0,64
	Ação	0,04	0,09	1,00	-0,23	0,31
	Recaída	0,19	0,08	0,27	-0,05	0,42
Recaída	Pré-Contemplativo*	0,59	0,19	0,03	0,03	1,16
	Contemplativo	0,16	0,1	1,00	-0,14	0,45
	Preparação	0,16	0,1	1,00	-0,14	0,46
	Ação	-0,14	0,09	1,00	-0,41	0,13
	Manutenção	-0,19	0,08	0,27	-0,42	0,05

i

*Nota: Nível de sig.0,05

Após a análise do teste de *post hoc* (Bonferroni), apresentados na **tabela 15**, que realiza as comparações da média da atitude quanto a prática de atividade física (Med_A) e sua interação com os EMC, observa-se que existe uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos: A) Pré-contemplativo: ação, manutenção e recaída, B) Contemplativo: manutenção, C) Preparação: manutenção, D) Ação: contemplação, E) Manutenção: pré-contemplativo, contemplativo; F)

Recaída: Pré-contemplativo. Ainda destaca-se que não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre médias de atitude (variável Med_A) nas demais comparações entre estágios, tomados dois a dois ($p > 0,05$) (**tabela 16**).

4.8.1.1 Análise da interação dos efeitos das variáveis EMC e NSE

A **tabela 16** apresenta a comparação de médias de Med_A, usando-se a ANOVA com dois fatores fixos - EMC e NSE -, não se constatou diferenças significativas para o efeito principal NSE ($F(1, 381) = 2,194$, $p = 0,139$ com $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,006$) e para a interação entre EMC e NSE ($F(5,381) = 1,154$, $p = 0,331$, com $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,015$). Detectou-se diferença estatisticamente significativa apenas para o efeito principal EMC ($F(5,381) = 6,638$, $p < 0,01$, com $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,080$).

TABELA 16
Teste de interação dos efeitos das variáveis EMC e NSE

Fonte	Soma dos quadrados do Tipo III	g.l	Quadrados médios	F	Sig.	η^2
Modelo						
Corrigido	12,976 ^a	11	1,180	3,475	0,00	0,091
Intercepto	904,954	1	904,954	2666,175	0,00	0,875
EMC	11,265	5	2,253	6,638	0,00	0,080
NSE	0,745	1	0,745	2,194	0,14	0,006
EMC-NSE	1,958	5	0,392	1,154	0,331	0,015
Erro	129,319	381	0,339			
Total	2388,250	393				
Total corrigido	142,3	392				

(a) $R^2 = ,091$ ($R^2 = ,065$ ajustado)

Realizou-se então uma ANOVA com dois fatores, excluindo-se a interação EMC-NSE. O teste de Levene apresentou resultado não significativo ($F(11, 381) = 0,968$, $p = 0,475$), indicando homogeneidade de variâncias.

TABELA 17

Teste dos efeitos sem a interação das variáveis EMC e NSE

Fonte	Soma dos quadrados do Tipo III	g.l	Quadrados médios	F	Sig.	η^2
Modelo						
Corrigido	11,018 ^a	6	1,836	5,399	0,00	0,077
Intercepto	1036,12	1	1036,12	3046,54	0,00	0,888
EMC	10,997	5	2,199	6,467	0,00	0,077
NSE	0,183	1	0,183	0,537	0,46	0,001
Erro	131,278	386	0,34			
Total	2388,25	393				
Total corrigido	142,295	392				

aR² = ,077 (R² = ,063 ajustado)

Desconsiderando-se a interação entre as variáveis EMC e NSE, no teste global da ANOVA, verificou-se não haver significância no efeito da variável NSE ($F(1, 386) = 0,537$, $p=0,464$ com $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,001$), mas, somente entre os EMC, com $F(5,386) = 6,467$, $p<0,001$, com $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,077$. Nessa análise constatou-se que o $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,077$ indica 7,7% da variação de Med_A se deve à variável EMC.

Assim, apesar de haver diferença estatisticamente significativa das médias de atitude entre os EMC, essa é pouco relevante em termos práticos para determinar a intenção de mudança do comportamento através da variável atitude em relação aos EMC. Além disso, conclui-se que na população estudada, o NSE não interfere nas médias de atitudes em relação às atividades físicas, apenas o EMC em que o indivíduo se encontra.

4.8.1.2 Análise da interação dos efeitos das variáveis EMC e sexo

A **tabela 18** apresenta a comparação de médias de Med_A, usando-se a ANOVA com dois fatores fixos - EMC e sexo -, não se constatou diferenças estatisticamente significativas para o efeito principal sexo ($F(1,381) = 1,8$, $p=0,2$ com $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,005$) e para a interação entre EMC e sexo ($F(5,381) = 1,5$, $p=0,2$, com $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,019$). Apenas foram detectadas diferenças estatisticamente significativa para o efeito principal EMC ($F(5,381) = 6,6$, $p<0,01$, com $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,080$).

TABELA 18

Teste de interação entre os efeitos das variáveis EMC e sexo

Fonte	Soma dos quadrados do Tipo III	g.l	Quadrados médios	F	Sig.	η^2
Modelo						
Corrigido	13,4	11	1,2	3,6	0,00	0,094
Intercepto	864,6	1	864,6	2555,2	0,00	0,08
Sexo	0,6	1	0,6	1,8	0,20	0,005
EMC	11,2	5	2,2	6,6	0,00	0,08
Sexo-EMC	2,5	5	0,5	1,5	0,20	0,019
Erro	128,9	381	0,3			
Total	2388,3	393				
Total corrigido	142,3	392				

Realizou-se então uma ANOVA com dois fatores, excluindo-se a interação EMC-sexo. O teste de Levene apresentou resultado não significativo ($F(11, 381) = 1,631, p=0,088$), indicando homogeneidade de variâncias.

TABELA 19

Teste dos efeitos sem a interação das variáveis EMC e sexo

Fonte	Soma dos quadrados Do Tipo III	g.l	Quadrados médios	F	Sig.	η^2
Modelo						
Corrigido	10,9a	6	1,8	5,3	0,00	0,077
Intercepto	1042,6	1	1042,6	3062,5	0,00	0,888
Sexo	0,1	1	0,1	0,2	0,69	0,000
EMC	10,4	5	2,1	6,1	0,00	0,073
Erro	131,4	386	0,3			
Total	2388,25	393				
Total corrigido	142,2952	392				

a R2 = ,077 (Ajuste R2= ,062)

Desconsiderando-se a interação entre as variáveis EMC e sexo, no teste global da ANOVA, verificou-se não haver significância no efeito da variável sexo ($F(1, 386) = 0,2, p=0,694$ com $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,001$), mas, somente entre os EMC, com $F(5,386) = 6,1, p<0,001$, com $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,073$. Nessa análise constatou-se que o $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,073$, indica 7,37% da variação de Med_A se deve à variável EMC.

Assim, apesar haver diferença estatisticamente significativa das médias da atitude entre os EMC, essa diferença é pouco relevante em termos práticos para determinar a intenção de mudança do comportamento através da variável atitude em relação aos EMC. Além disso, conclui-se que na população estudada, o sexo não

interfere nas médias de atitudes em relação às atividades físicas, apenas o EMC em que o indivíduo se encontra.

4.8.2 Cálculo da média das normas subjetivas (Med_N)

A **figura 8** apresenta um boxplot da variável Med_N. Valores extremos dessa variável são assinalados com asteriscos e “O”s. A Med_N continuou a apresentar distribuição assimétrica, mesmo após a não inclusão dos valores extremos.

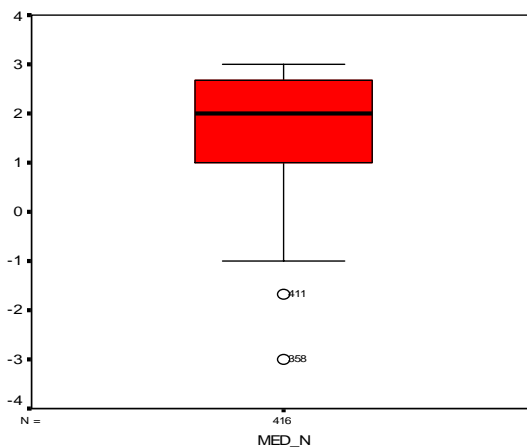


FIGURA 8. Boxplot da variável Med_N

O teste de Levene apresentou resultado não significativo ($F(5, 408) = 0,766$, $p=0,575$), indicando homogeneidade de variâncias, pressuposto da ANOVA.

Na **tabela 20** são apresentados resultados do teste F da ANOVA. Verifica-se que o teste global de comparação de médias apresenta resultado estatisticamente não significativo, ou seja, não foram detectadas diferenças entre as médias ($F(5,408) = 1,349$, $p=0,243$), o que torna desnecessária a realização de testes *post-hoc*.

TABELA 20

Valores da ANOVA de Med_N

	Soma dos Quadrados	g.l	Quadrado da Média	F	Sig.
Entre os grupos	6,222	5	1,244	1,349	0,24
Dentro dos grupos	376,312	408	0,922		
Total	382,534	413			

4.8.2. Análise da média das normas subjetivas (variável Méd_N)

4.8.2.1 Análise da interação dos efeitos das variáveis EMC e NSE

A **tabela 21** apresenta a comparação das médias de Med_N, usando-se a ANOVA com dois fatores fixos - EMC e NSE -, não se constatou diferenças estatisticamente significativas para o efeito principal NSE ($F(1,402) = 0,195$, $p=0,659$ com $\eta^2_{\text{parcial}} < 0,001$) e para a interação entre EMC e NSE ($F(5,402) = 0,843$, $p=0,520$, com $\eta^2_{\text{parcial}}=0,010$); tampouco para o efeito principal EMC ($F(5,402) = 0,843$, $p<0,520$, com $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,010$).

TABELA 21

Teste de interação entre os efeitos das variáveis EMC e NSE

Fonte	Soma dos quadrados do Tipo III	g.l	Quadrados médios	F	Sig.	η^2
Modelo						
Corrigido	12,272a	11	1,116	1,211	0,28	0,032
Intercepto	605,421	1	605,421	657,317	0,00	0,621
EMC	5,563	5	1,113	1,208	0,30	0,015
NSE	0,180	1	0,180	0,195	0,66	0,000
EMC-NSE	3,881	5	0,776	0,843	0,52	0,010
Erro	370,261	402	0,921			
Total	1753,333	414				
Total corrigido	382,534	413				

aR² = ,032 (R² = ,006)

Desconsiderando-se a interação entre as variáveis EMC e NSE, no teste global da ANOVA, verificou-se não haver significância no efeito da variável NSE ($F(1,407) = 2,360$, $p=0,125$ com $\eta^2_{\text{parcial}}=0,006$), tampouco para o efeito principal EMC, com $F(5,407) = 1,021$, $p=0,405$, com $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,012$.

TABELA 22

Teste dos efeitos sem a interação das variáveis EMC e NSE

Fonte	Soma dos quadrados do Tipo III	g.l	Quadrados médios	F	Sig.	η^2
Modelo						
Corrigido	8,391a	6	1,399	1,521	0,17	0,022
Intercepto	671,392	1	671,392	730,354	0,00	0,642
EMC	4,693	5	0,939	1,021	0,40	0,012
NSE	2,169	1	2,169	2,360	0,12	0,006
Erro	374,143	407	0,919			
Total	1753,333	414				
Total corrigido	382,534	413				

a $R^2 = ,022$ (ajustado $R^2 = ,008$)

Conclui-se que os efeitos dos NSE e EMC não interferem nas médias das normas subjetivas, ou seja, a amostragem estudada não percebe uma pressão social para a prática de atividades físicas.

4.8.2.2 Análise da interação dos efeitos das variáveis EMC e sexo

A **tabela 23** apresenta a comparação de médias de Med_N, usando-se a ANOVA com dois fatores fixos - EMC e sexo -, não se constatou diferenças estatisticamente significativas para o efeito principal sexo ($F(1,402) = 0,327$, $p=0,568$ com $\eta^2_{parcial}=0,001$) e para a interação entre EMC e sexo ($F(5,402) = 0,703$, $p=0,580$, com $\eta^2_{parcial} = 0,009$), tampouco o efeito principal EMC ($F(5,402) = 0,744$ $p<0,51$ com $\eta^2_{parcial}=0,009$).

TABELA 23

Teste de interação entre os efeitos das variáveis EMC e sexo

Fonte	Soma dos quadrados do Tipo III	g.l	Quadrados médios	F	Sig.	η^2
Modelo						
Corrigido	10,056a	11	0,914	0,987	0,46	0,026
Intercepto	634,376	1	634,376	684,657	0,00	0,630
EMC	3,448	5	0,690	0,744	0,59	0,009
Sexo	0,303	1	0,303	0,327	0,57	0,001
EMC-Sexo	3,515	5	0,703	0,759	0,58	0,009
Erro	372,477	402	0,927			
Total	1753,333	414				
Total corrigido	382,534	413				

a $R^2 = ,026$ ($R^2 = ,000$)

Desconsiderando-se a interação entre as variáveis EMC e sexo no teste global da ANOVA, verificou-se não haver significância no efeito da variável sexo ($F(1,407) = 0,346$, $p=0,557$ com $\eta^2_{\text{parcial}}=0,006$), tampouco para o efeito principal EMC, com $F(5,407) = 1,409$, $p=0,220$, com $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,012$.

TABELA 24

Teste dos efeitos sem a interação das variáveis EMC e sexo

Fonte	Soma dos quadrados do Tipo III	g.l	Quadrados médios	F	Sig.	η^2
Modelo						
Corrigido	6,541a	6	1,09	1,18	0,31	0,017
Intercepto	684,742	1	684,742	741,212	0,00	0,646
EMC	6,51	5	1,302	1,409	0,22	0,012
Sexo	0,32	1	0,32	0,346	0,56	0,006
Erro	375,992	407	0,924			
Total	1753,333	414				
Total corrigido	382,534	413				

a $R^2 = ,017$ (ajustado $R^2 = ,003$)

Conclui-se que os efeitos das variáveis sexo e EMC não interferem na relação com as médias das normas sociais, ou seja, a amostragem estudada não percebe uma pressão social para a prática de atividades físicas.

4.8.3 Cálculo das médias do controle percebido (Med_C)

A **figura 9** apresenta um boxplot da variável Med_C. Essa variável não apresentou valores extremos.

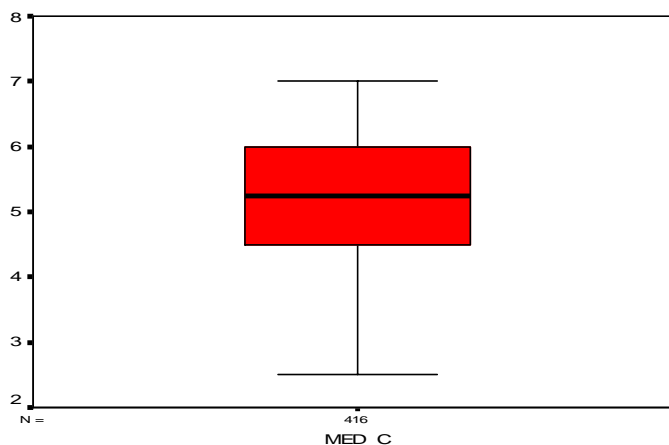


FIGURA 9. Boxplot da variável Med_C.

Realizado o teste de Levene, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas variâncias de Med_C para os estágios de mudança comportamental ($F(5,410) = 1,032, p=0,398$). Atendido esse pressuposto, realizou-se a ANOVA comparando-se as médias do controle percebido (variável Med_C) nos estágios do Modelo Transteorético (variável EMC). A **tabela 25** apresenta os resultados de $F(5, 410) = 8,438$, com $p < 0,001$, indica que há diferença estatisticamente significativa entre algum par de médias comparadas, o que implica a necessidade de realizações de testes *post hoc*.

TABELA 25

Valores da ANOVA de Med_C.

	Soma dos Quadrado	df	Quadrado da Média	F	Sig.
Entre os grupos	40,65	5	8,13	8,438	0,00
Dentro dos grupos	395,032	410	0,963		
Total	435,682	415			

Após a análise do teste de *post hoc* (Bonferroni), das comparações das médias do controle percebido quanto a prática de exercício físico (Med_C) e sua interação com os EMC, observa-se que existe uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos: A) Pré-contemplativo: ação, manutenção, recaída; B) Contemplativo: ação, manutenção; C) Preparação: ação, manutenção; D) Ação: pré-contemplativo, contemplativo, preparação; E) Manutenção: pré-contemplativo, contemplativo, preparação; F) Recaída: não houve interação. Ainda, destaca-se que não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as demais interações ($p > 0,05$).

TABELA 26
 Teste de Bonferroni Med_C

(I) EMC	(J) EMC	Diferença da média (I-J)	Erro padrão	Sig.	Intervalo de confiança 95%	
Bonferroni					Menor limite	Maior limite
Pré-Contemplativo	Contemplativo	-0,29	0,30	1,00	-1,19	0,61
	Preparação	-0,08	0,30	1,00	-0,98	0,83
	Ação	-0,94*	0,30	0,03	-1,81	-0,06
	Manutenção	-0,88*	0,29	0,04	-1,73	-0,03
	Recaída	-0,50	0,29	1,00	-1,35	0,34
Contemplativo	Pré-Contemplativo	0,29	0,30	1,00	-0,61	1,19
	Preparação	0,22	0,19	1,00	-0,36	0,79
	Ação	-0,64*	0,18	0,01	-1,18	-0,11
	Manutenção	-0,59*	0,17	0,01	-1,08	-0,10
	Recaída	-0,21	0,16	1,00	-0,70	0,27
Preparação	Pré-Contemplativo	0,08	0,30	1,00	-0,83	0,98
	Contemplativo	-0,22	0,19	1,00	-0,79	0,36
	Ação	-0,86*	0,18	0,00	-1,40	-0,32
	Manutenção	-0,80*	0,17	0,00	-1,29	-0,31
	Recaída	-0,43	0,16	0,14	-0,91	0,05
Ação	Pré-Contemplativo	0,94*	0,30	0,03	0,06	1,81
	Contemplativo	0,64*	0,18	0,01	0,11	1,18
	Preparação	0,86*	0,18	0,00	0,32	1,40
	Manutenção	0,06	0,15	1,00	-0,39	0,51
	Recaída	0,43	0,15	0,06	-0,01	0,87
Manutenção	Pré-Contemplativo	0,88*	0,29	0,04	0,03	1,73
	Contemplativo	0,59*	0,17	0,01	0,10	1,08
	Preparação	0,80*	0,17	0,00	0,31	1,29
	Ação	-0,06	0,15	1,00	-0,51	0,39
	Recaída	0,37	0,13	0,06	-0,01	0,75
Recaída	Pré-Contemplativo	0,50	0,29	1,00	-0,34	1,35
	Contemplativo	0,21	0,16	1,00	-0,27	0,70
	Preparação	0,43	0,16	0,14	-0,05	0,91
	Ação	-0,43	0,15	0,06	-0,87	0,01
	Manutenção	-0,37	0,13	0,06	-0,75	0,01

*Nota: Nível de sig. 0,05.

4.8.3.1 Análise da interação dos efeitos das variáveis EMC e NSE

A **tabela 27** apresenta a comparação das médias de Med_C usando-se a ANOVA com dois fatores fixos - EMC e NSE -, não se constatou diferenças estatisticamente significativas para o efeito principal NSE ($F(1,404) = 1,469$, $p=0,226$ com $\eta^2_{\text{parcial}}=0,004$) e para a interação entre EMC e NSE ($F(5,404) = 1,240$, $p=0,290$, com $\eta^2_{\text{parcial}}=0,015$). Apenas foram detectadas diferenças para o efeito principal EMC ($F(5,404) = 7,041$, $p<0,01$, com $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,080$).

TABELA 27

Teste de interação entre os efeitos das variáveis EMC e NSE

Fonte	Soma dos quadrados do Tipo III	g.l	Quadrados médios	F	Sig.	η^2
Modelo						
Corrigido	46,979a	11	4,271	4,439	0,00	0,108
Intercepto	5846,337	1	5846,337	6076,410	0,00	0,938
EMC	33,872	5	6,774	7,041	0,00	0,080
NSE	1,413	1	1,413	1,469	0,23	0,004
EMC-NSE	5,963	5	1,193	1,240	0,29	0,015
Erro	388,703	404	0,962			
Total	11855,354	416				
Total corrigido	435,682	415				

$aR^2 = ,108$ ($R^2 = ,084$)

Realizou-se então uma ANOVA com dois fatores excluindo-se a interação EMC-NSE. O teste de Levene apresentou resultado não significativo ($F(11, 404) = 1,457$, $p=0,145$), indicando homogeneidade de variâncias.

Desconsiderando-se a interação entre as variáveis EMC e NSE, no teste global da ANOVA, verificou-se não haver significância no efeito da variável NSE ($F(1,409) = 0,379$, $p=0,538$ com $\eta^2_{parcial}=0,094$), mas, somente entre os EMC, com $F(5,409) = 8,475$, $p<0,001$, com $\eta^2_{parcial}=0,094$. Nessa análise constatou-se que o $\eta^2_{parcial}=0,094$ indica 9,4% da variação de Med_C se deve à variável EMC.

TABELA 28

Teste dos efeitos sem a interação das variáveis EMC e NSE

Fonte	Soma dos quadrados do Tipo III	g.l	Quadrados médios	F	Sig.	η^2
Modelo						
Corrigido	41,016a	6	6,836	7,084	0,00	0,094
Intercepto	6174,537	1	6174,537	6398,788	0,00	0,94
EMC	40,888	5	8,178	8,475	0,00	0,094
NSE	0,366	1	0,366	0,379	0,54	0,001
Erro	394,666	409	0,965			
Total	11855,35	416				
Total corrigido	435,682	415				

$aR^2 = ,094$ (Ajustado $R^2 = ,081$)

Conclui-se que apesar de se encontrar diferença estatisticamente significativa das médias do controle percebido entre os EMC, essa diferença é pouco relevante em termos práticos para determinar a intenção de mudança do comportamento através da variável controle percebido em relação aos EMC. Além

disso, a NSE não interfere nas médias do controle percebido em relação às atividades físicas.

4.8.3.2 Análise da interação dos efeitos das variáveis EMC e sexo

A **tabela 29** apresenta a comparação das médias de Med_C usando-se a ANOVA com dois fatores fixos - EMC e sexo -, não se constatou diferenças estatisticamente significativas para o efeito principal sexo ($F(1,404) = 0,213$, $p=0,645$ com $\eta^2_{\text{parcial}}=0,001$) e para a interação entre EMC e sexo ($F(5,404) = 0,833$, $p=0,527$, com $\eta^2_{\text{parcial}}=0,010$). Apenas foram detectadas diferenças para o efeito principal EMC ($F(5,404) = 7,109$, $p < 0,01$, com $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,081$).

TABELA 29

Teste de interação entre os efeitos das variáveis EMC e sexo

Fonte	Soma dos quadrados do Tipo III	g.l	Quadrados médios	F	Sig.	η^2
Modelo						
Corrigido	48,715a	11	4,429	4,624	0,00	0,112
Intercepto	5356,847	1	5356,847	5592,631	0,00	0,933
EMC	34,045	5	6,809	7,109	0,00	0,081
Sexo	0,204	1	0,204	0,213	0,64	0,001
EMC-Sexo	3,988	5	0,798	0,833	0,53	0,010
Erro	386,967	404	0,958			
Total	11855,354	416				
Total corrigido	435,682	415				

aR² = ,112 (ajustado R² = ,088)

Realizou-se então uma ANOVA com dois fatores, excluindo-se a interação EMC-sexo. O teste de Levene apresentou resultado não significativo ($F(11, 404) = 0,960$, $p=0,483$), indicando homogeneidade de variâncias.

Desconsiderando-se a interação entre as variáveis EMC e sexo, no teste global da ANOVA, **tabela 30**, verificou-se haver significância no efeito da variável sexo ($F(1, 409) = 4,265$, $p=0,04$ com $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,010$); e também entre os EMC, com $F(5,409) = 6,495$, $p < 0,001$, com $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,074$. Nessa análise constatou-se que o $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,074$ indica 7,4% da variação de Med_C se deve à variável EMC; $\eta^2_{\text{parcial}}=0,010$ indica que cerca de 10% da variação de Med_C se deve à variável sexo.

TABELA 30

Teste dos efeitos sem a interação das variáveis EMC e sexo

Fonte	Soma dos quadrados do Tipo III	g.l	Quadrados médios	F	Sig.	η^2
Modelo						
Corrigido	44,727	6	7,455	7,799	0,00	0,103
Intercepto	6262,716	1	6262,716	6551,78	0,00	0,941
EMC	31,041	5	6,208	6,495	0,00	0,074
Sexo	4,077	1	4,077	4,265	0,04	0,010
Erro	390,955	409	0,956			
Total	11855,35	416				
Total corrigido	435,682	415				

$aR^2 = ,0103$ (Ajustado $R^2 = ,089$)

Conclui-se que os efeitos das variáveis sexo e EMC, interferem nas médias do controle percebido, porém, sendo significativamente pouco relevante em termos práticos para determinar a intenção de mudança do comportamento em relação aos EMC; em outras palavras, conforme o sexo e o EMC em que o adolescente se encontra, ele tem um maior ou menor controle percebido para a prática de atividades físicas.

4.8.4 Análise dos grupos classificados como fisicamente ativos e inativos no lazer através da regressão logística ordinal

A partir de um conjunto de observações, a regressão logística tem como objetivo prever uma variável dependente categórica, frequentemente binária, a partir de uma série de variáveis explicativas contínuas e/ou binárias.

Para investigar a relação entre variáveis antecedentes da TCP, sexo e NSE com o nível de atividade física, criou-se uma variável binária dependente, conforme os estágios do MT (código 1: inativo, agregando os estágios pré-contemplativo, contemplativo, preparação e recaída; código 2: ativo, agregando os estágios ação e manutenção). Posteriormente, avaliaram-se modelos de regressão logística, para verificar se era possível prever se o indivíduo era ativo ou inativo a partir das variáveis explicativas da TCP, sexo e NSE. Para a análise estatística, utilizou-se o programa estatístico SPSS® versão 13. O objetivo da análise era avaliar quais variáveis são úteis para classificar corretamente o indivíduo como ativo ou inativo.

Inicialmente rodou-se o programa com todos os indivíduos da amostragem (N=416), sendo que os fisicamente ativos representaram 43% e inativos no lazer 57%.

Na regressão logística com a amostra total, verificou-se que as variáveis explicativas incluídas não são significativas, exceto Med_N e NSE ($p=0,283$ e $p=0,101$, respectivamente).

Esse resultado sugere que as variáveis normas subjetivas e NSE, não são significativas para explicar a intenção de mudança do comportamento para a prática de atividades físicas na população estudada, ou seja, os adolescentes parecem não considerar importantes a pressão/apoio social e as diferenças entre o poder aquisitivo para a prática dessas atividades.

O teste de Hosmer e Lemeshow $\{\chi^2 (8=8,282), p=0,406\}$ encontrou diferença estatisticamente significativa entre os grupos de ativos e inativos. O teste de Nagelkerke resultou num $R^2= 0,202$, ou seja, considerando-se as variáveis atitude, controle percebido do comportamento, norma subjetiva, NSE e sexo, o modelo logístico foi capaz de explicar cerca de 20% da variação da variável-resposta binária. Para o grupo de ativos a capacidade de predição do modelo foi 46,4%, e para o de inativos foi de 12,5%, o que parece indicar que as variáveis explicativas selecionadas são melhores para classificar corretamente os indivíduos ativos.

Calculou-se também o modelo de regressão logística binária sem a inclusão dos valores extremos das variáveis Med_A e Med_N, de forma que a amostragem foi reduzida (N=392; fisicamente ativos 44,4%, e inativos no lazer 55,6%).

As potenciais variáveis explicativas do modelo foram introduzidas seqüencialmente: sexo, NSE, atitude, norma subjetiva e controle percebido. O objetivo final era avaliar o poder explicativo do modelo completo.

O teste de Hosmer e Lemeshow $(\chi^2 (8) = 6,779, p=0,561)$ apontou diferença estatisticamente significativa entre os grupos de ativos e inativos. O teste de Nagelkerke encontrou um $R^2 = 0,219$, o que quer dizer que, considerando-se as variáveis da TCP (atitude, norma subjetiva e controle percebido), NSE e sexo, o modelo logístico foi capaz de explicar 22% da variabilidade da variável-resposta, que representa o nível de atividade física, dicotomizado como ativo ou inativo. Para o grupo de ativos a capacidade de predição do modelo logístico foi de 32,7%, e para o de inativos foi de 44,8%; ou seja, após a desconsideração dos valores extremos

citados, as variáveis explicativas utilizadas parecem mais efetivas para prever se o indivíduo será fisicamente inativo.

Teoricamente, não se pode assegurar que o modelo de regressão logística testado é completo porque o nível de atividade física também é influenciado por outras variáveis, tais como, fatores ambientais, equipamentos e espaços de lazer disponíveis para a prática de atividade física.

Aparentemente há um bom ajuste do modelo, baseando-se na inclusão dos antecedentes comportamentais como co-variáveis. Há diferença entre o logaritmo da razão de verossimilhança (-2LL), entre o modelo completo (6 parâmetros) e o modelo com apenas a constante (1 parâmetro) é $\chi^2=70,061$, g.l.=5, valor- $p<0,001$. Assim, rejeita-se a hipótese nula de que todos os coeficientes do modelo são nulos. Ademais, o R^2 de Nagelkerke, cujo limite teórico é 1, foi encontrado 0,219 para essa amostra, ou seja, cerca de 22% da variância da variável-resposta é explicada pelo modelo, o que é um valor razoável, porque medidas de síntese da regressão logística usualmente são bem menores do que os encontrados em regressão linear (NORUSIS, 2006).

TABELA 31

Resumo da análise seqüencial do modelo logístico

Passo	Covariáveis	B	Exp (b)	R ² Nagelkerke	Percentual global de classificação certa	Percentual de acerto de quem é ativo
0	Constante	-0,225*	0,798		55,6	0
1	Constante	-0,784**	0,457	0,095	63,5	63,8
	Sexo	1,112**	3,039			
2	Constante	-1,424**	0,241	0,108	63,3	58,2
	Sexo	1,080**	2,944			
	NSE	0,022*	1,023			
3	Constante	-3,284**	0,037	0,162	65,6	54
	Sexo	1,070**	2,916			
	NSE	0,023*	1,023			
	Atitude	0,768**	2,154			
4	Constante	-3,279**	0,038	0,162	65,6	54
	Sexo	1,070**	2,914			
	NSE	0,023*	1,023			
	Atitude	0,7709**	2,159			
	Norma Subjetiva	-0,007*	0,993			
5	Constante	-5,560**	0,004	0,219	68,4	56,3
	Sexo	0,966**	2,628			
	NSE	0,023*	1,023			
	Atitude	0,641**	1,898			
	Norma Subjetiva	0,012^{NS}	1,012			
	Controle Percebido	0,494**	1,639			

NOTAS – (1) Amostra com 392 casos: 174 ativos e 218 inativos; (2) (**) $p < 0,01$.(*) $p < 0,05$. NS: não significativo.

Informações mais detalhadas sobre o modelo completo são apresentadas na tabela seguinte:

TABELA 32

Modelo logístico para prever o nível de atividade física

Covariáveis	B	S.E.	Wald	d.f.	Sig.	Exp (B)	Intervalo de confiança 95% (Chances)	
Constante	-5,560	0,835	44,384	1	0,00	0,004		
Sexo	0,966	0,224	18,591	1	0,00	2,628	1,694	4,077
NSE	0,023	0,012	3,988	1	0,045	1,023	1,000	1,047
Atitude	0,641	0,199	10,389	1	0,00	1,898	1,285	2,802
NS	0,012	0,120	0,009	1	0,92	1,012	0,799	1,281
CP	0,494	0,115	18,336	1	0,00	1,639	1,307	2,058

NOTAS: (1) Amostra com 392 casos: 174 ativos e 218 inativos.

(2) Sumário do modelo: $-2LL = 468,417$; R^2 de Cox e Snell = 0,164; R^2 de Nagelkerke = ,219.

(3) NS = norma subjetiva; CP = controle percebido.

A equação para prever a probabilidade de ser ativo é:

$$\text{Prob (Ativo)} = \frac{1}{1 + e^{-Z}}$$

em que:

$$Z = -5,560 + 0,966 (\text{Sexo}) + 0,023 (\text{NSE}) + 0,641 (\text{Atitude}) + 0,012 (\text{NS}) + 0,494 (\text{CP})$$

Como os coeficientes das co-variáveis são positivos e não há interações, a razão das chances {prob. (ser ativo) / prob (ser inativo)} é maior do que 1, quando cada co-variável aumenta. Por exemplo, o aumento de uma unidade na escala de atitude corresponde ao aumento de 0,641 no logaritmo das chances, relacionado ao aumento da probabilidade de ser ativo.

Assim, por exemplo, um indivíduo de sexo feminino (sexo=0), NSE A (NSE=1), atitude=3, norma subjetiva=2, controle percebido=4 tem probabilidade de ser ativo de $\approx 0,167$, com $\log(\text{chances}) = -0,701$. Em comparação a uma pessoa do sexo masculino (sexo=1) e os demais dados idênticos (NSE A, atitude=3 etc.), a probabilidade aumentaria para aproximadamente 0,343, correspondente a $\log(\text{chances}) = -0,281$.

A capacidade discriminativa do modelo pode ser apreciada na tabela de classificação a seguir:

TABELA 33

Tabela de classificação para o modelo logístico

		Previsto		Percentual correto
		Inativo	Ativo	
Observado	Inativo	170	48	78,0
	Ativo	76	98	56,3
Percentual geral				68,4

No geral, a taxa de previsões corretas é razoável, aproximadamente 68,4% e prevendo apenas 56,3% dos indivíduos ativos.

Do ponto de vista de intervenção, a especificidade (proporção de inativos corretamente previstos $170/218 \approx 78\%$) pode ser tão importante quanto a sensibilidade (proporção de ativos corretamente previstos; $98/174 \approx 56,3\%$), em

função do objetivo geral de promover um estilo de vida saudável baseado nas atividades físicas.

Embora deva ser interpretada com cuidado, o valor da estatística Hosmer-Lemeshow ($\chi^2=6,779$, g.l.=8, valor-p=0,561), indica que o modelo está bem calibrado, com bom ajuste entre eventos observados e previstos, uma vez que o valor-p não significativo não leva à rejeição da hipótese nula de que não há diferença entre valores observados e previstos quando se comparam sub-amostras em que os casos totais são divididos em 10 grupos de tamanhos aproximadamente iguais (NORUSIS, 2006).

No contexto pesquisado, sexo, atitude e controle percebido, são os fatores mais relevantes para classificar o nível de atividade física, o que evidencia que as variáveis sociais (NSE e norma subjetiva), pelo menos no nível de mensuração adotado, têm pouca importância.

5 DISCUSSÃO

5.1 Análise dos EMC

Os indivíduos pertencentes aos estágios pré-contemplativo, contemplativo, preparação e recaída, foram considerados como fisicamente inativos, enquanto os dos estágios de ação e manutenção como fisicamente ativos. Dessa forma, nesse estudo 57,0% dos alunos foram classificados como fisicamente inativos no lazer (sobretudo o sexo feminino com 36,5%, homens 20,5%); em relação à distribuição por NSE, há uma maior concentração de indivíduos inativos nos níveis A/B (36,1%), enquanto nos níveis C/D (20,9%). Esses dados não corroboram aos da literatura, que aponta uma associação positiva entre o baixo NSE com o aumento da inatividade física (SOUZA, 2003; BUNGUN, VINCENT, 1997).

Porém, os dados deste estudo não corroboram aos da pesquisa realizada pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul e a Secretaria Estadual de Educação do Estado de São Paulo (2009), envolvendo alunos da rede estadual de ensino, matriculados na 5ª à 8ª séries do ensino fundamental, e 3º ano do ensino médio, em relação ao índice de alunos fisicamente ativos.

Segundo essa pesquisa, 81% dos alunos pratica regularmente alguma atividade física (sem contar com as aulas de Educação Física), sendo que entre os homens, 85,6% foram considerados ativos; enquanto entre as moças esse índice foi de 77,6%. Esses dados se diferem em relação ao deste trabalho devido ao procedimento metodológico utilizado para classificar o nível de atividade física realizada pelos indivíduos²⁴.

Nahas *et al.* (2005)²⁵ realizaram um estudo com estudantes catarinenses com idade entre 15 e 19 anos, matriculados no ensino médio, para verificar o estilo de vida e indicadores de saúde dessa população. Os dados quanto a pratica de atividades físicas, demonstra que 2,8% dos alunos foram considerados fisicamente

²⁴ Neste trabalho considerou-se somente as atividades físicas de lazer realizadas pelo menos três vezes por semana, com a duração mínima de 30 minutos. No outro estudo utilizou-se o questionário IPAQ curto que avalia o gasto energético do indivíduo em atividades físicas em todas as quatro dimensões.

²⁵ Para a classificação do nível de atividade física considerou-se nesse estudo o critério mínimo de 300 min/semana realizadas com intensidade que variavam de moderadas a vigorosas nas quatro dimensões da atividade física, porém, desconsiderando as aulas de Educação Física escolar.

inativos, 27% insuficientemente/pouco ativos e 70,2% como ativos. Em geral, as moças eram menos ativas em relação aos rapazes; quanto à série escolar, os alunos pertencentes à 3ª série eram menos ativos do que os das séries anteriores, sobretudo aos da 1ª série (74,4% e 66,2%, respectivamente).

Esses dados não corroboram aos desta pesquisa em relação ao índice de indivíduos considerados como ativos (43% inativos neste trabalho). Esse fato pode ser explicado pela diferença metodológica utilizada na classificação do nível de atividade física entre os estudos (como anteriormente já citado).

Berry, Naylor, Higgins (2005) realizaram um estudo utilizando o MT com 327 adolescentes canadenses com idade entre 15 e 17 anos, para avaliar os motivos que induziram essa população ao abandono da prática de atividades físicas, tendo como referência as teorias comportamentais da auto-eficácia e equilíbrio decisório. Os dados dessa pesquisa não corroboram aos achados neste estudo em relação à classificação de indivíduos fisicamente ativos no lazer, 67,4% dos adolescentes foram classificados como ativos; conseqüentemente não corroboram quanto à distribuição dos alunos por EMC: pré-contemplativo 2%; contemplativo 6,9%; preparação 23,7%; ação 15,9%; manutenção 51,1%; apresentando uma menor concentração de indivíduos principalmente nos estágios pré-contemplativo e contemplativo, em relação a este estudo, o que demonstra uma maior disposição daquela população estudada para a prática de atividades físicas.

Essa diferença dos resultados entre os estudos, pode ser atribuída possivelmente à adoção de programas e políticas públicas focadas na promoção da saúde, às melhores condições oferecidas dos equipamentos e espaços de lazer, bem como do nível socioeconômico maior naquele país, em relação ao Brasil, possibilitando uma maior adesão das pessoas às práticas de atividades físicas.

Reis, Petroski (2005)²⁶ realizaram um estudo com 448 adolescentes com idade entre 14 e 17 anos do ensino médio no Sul do Brasil, para examinar as características pessoais, comportamentais e ambientais associadas com os diferentes estágios de comportamento relacionados a atividade física. Em relação à adesão a prática de atividades físicas, os resultados desse estudo demonstram em geral a seguinte distribuição através dos EMC: Pré-contemplativo - 5,5%;

²⁶ Esses autores consideraram como fisicamente ativo o indivíduo que praticasse atividades físicas moderadas pelo menos cinco vezes por semana durante um tempo mínimo de 30 minutos por dia e/ou atividades vigorosas pelo menos três vezes por semana durante um tempo mínimo de 20 minutos por dia.

Contemplativo – 22,3%; Preparação – 14,5%; Ação – 17,8%; Manutenção – 39,8%. Em relação ao sexo, as moças se mostraram mais inativas que os rapazes – 52,3% e 34,8% respectivamente. Esses dados corroboram aos encontrados neste estudo quanto á predominância das moças serem fisicamente mais inativas que os rapazes; porém, não corrobora em relação ao total geral de indivíduos inativos (42,3%) no citado estudo, contra 57% nesta pesquisa.

Percebe-se que o uso de escalas diferentes para classificação do nível de atividade física é um dos fatores que dificultam a análise de estudos relacionados à adesão dessas atividades. Porém, mesmo com essa distinção, identifica-se a predominância do sexo feminino ser mais inativo em relação ao masculino, como encontrado em diversos estudos mesmo em diferentes regiões do país e em outros países.

Kim (2004) realizou um estudo para verificar a relação dos pressupostos de dois constructos de teorias comportamentais (autoeficácia e equilíbrio decisório), utilizando o MT em 671 adolescentes Sul Koreanos no ensino médio, com idade entre 13 e 18 anos. Os dados apresentados demonstram a seguinte distribuição dos alunos por EMC: pré-contemplação 17,5%; contemplação 16,6%; preparação 20,4%; ação 28,3%; manutenção 17,2%. Se classificarmos esses indivíduos em grupos de ativos e inativos, têm-se os seguintes valores: 54,5% de inativos e 45,5% de ativos. Em relação à distribuição dos EMC por sexo, esse autor constatou uma maior concentração de moças como inativas em relação aos rapazes.

Esses dados corroboram aos valores encontrados neste estudo, em relação ao índice geral de indivíduos fisicamente inativos no lazer e quanto ao sexo (predominância de moças inativas).

Souza (2003) adotando como referência o MT realizou uma pesquisa com 2.271 adolescentes do ensino médio em escolas particulares de Recife/PE (66,3% dos alunos foram classificados como pertencentes às classes socioeconômicas A1 e A2, segundo os critérios da Associação Nacional das Empresas de Pesquisa, 1997) com idade entre 14 e 19 anos. Os dados apresentados indicam 61,6% dos adolescentes como inativos (26,2% nos estágios pré-contemplativo e contemplativo), irregularmente inativos 35,4% (estágio de preparação), e 38,3% como fisicamente ativos (estágios ação e manutenção). Ainda segundo essa pesquisa, os rapazes eram mais ativos em relação às moças, 48,6% e 29,9% respectivamente; enquanto

os alunos pertencentes ao 3º ano (76,1%) eram mais inativos em relação aos das séries anteriores (55,8% na 2ª série, e 54,3% na 1ª série).

Desconsiderando-se o fator NSE, esses dados corroboram aos achados neste estudo em relação à predominância em geral de indivíduos fisicamente inativos (classificados neste estudo em apenas dois grupos: ativos e inativos), quanto ao sexo feminino sendo mais inativo. Esses dados demonstram certa igualdade no perfil dos alunos da mesma faixa etária e nível educacional, ainda que em regiões geográficas bem diferentes no Brasil, o que sugere a necessidade de elaboração de estratégias para a promoção da prática de atividades físicas nessa população considerando os EMC, idade e sexo.

5.2 Identificação de possíveis problemas de saúde dos alunos para a prática de atividades físicas

Quanto à existência de eventuais problemas de saúde que impeçam os alunos de praticar alguma atividade física, em geral a maioria não apresenta nenhum tipo de restrição (95,2%); o que permite uma prática segura dessas atividades, bem como a ausência de uma importante barreira para as mesmas. Portanto, outros motivos podem ser atribuídos como barreiras à adesão dessa população, como os fatores pessoais, ambientais e socioeconômicos para a prática das atividades físicas.

5.3 Identificação de espaços seguro próximos às residências para a prática de atividades físicas de lazer

Os dados demonstram que os indivíduos pertencentes aos NSE A/B têm próximos às suas residências maior disponibilidade de espaços para a prática dessas atividades (predominando os privados, principalmente academias); enquanto os alunos das classes C/D têm uma maior disponibilidade de espaços públicos (sobretudo praças e campos).

Os indivíduos dos NSE A/B por terem um maior poder aquisitivo, podem pagar por serviços de lazer, como, por exemplo, academias de ginástica ou escolinhas esportivas, que normalmente oferecem infra-estrutura adequada e profissionais qualificados, servindo como um fator motivador para a prática dessas

atividades. Por outro lado, os espaços públicos disponíveis, geralmente são mal conservados e não há a presença de profissionais para orientar as atividades. Esses aspectos podem atuar como barreiras à adesão das atividades físicas de lazer de acordo os NSE.

Portanto, como fator facilitador à adesão a essas atividades, seria importante a ampliação e/ou criação de projetos comunitários, bem como a criação/conservação de espaços e equipamentos de lazer por parte dos governos (Federal, Estadual, Municipal) e da iniciativa privada, que permitissem uma maior participação das pessoas (principalmente as menos favorecidas economicamente) em atividades físicas com orientação e segurança adequadas.

5.4 Identificação do interesse dos alunos pelo “gosto” de participar das aulas de Educação Física

Em geral as moças, os alunos dos NSE A/B e do estágio pré-contemplativo apresentam um menor interesse pelas aulas de Educação Física (médias 4,81, 4,70 e 3,60 respectivamente); por outro lado, percebe-se um maior interesse dos alunos nos estágios ativos (ação, 5,31 e manutenção, 6,01), e, um mesmo nível de interesse dos rapazes em todas os NSE (médias A/B 5,94 e C/D 5,95), sendo que a média geral por esse item foi de 5,35.

Aproximadamente 70% dos alunos gostam de participar das aulas de Educação Física, o que embora, não condiz com o elevado índice de indivíduos considerados como inativos no lazer (57%). Um dos motivos que pode explicar esse paradoxo seria a facilidade ou oportunidade proporcionada pelas aulas de Educação Física aos alunos de praticar uma atividade física, talvez, por não terem que se deslocar, como também pelas atividades ofertadas nas aulas que lhes agradam. Por outro lado, se esses alunos tiverem de se deslocar para realizar essas atividades durante o tempo livre, pode prevalecer barreiras que inibem essa prática²⁷, já que 82,1%, responderam que existe algum tipo de espaço (público ou privado) que permite a prática dessas atividades com segurança próximo às suas casas.

Ao se analisar o “gostar” das aulas de Educação Física de acordo com os EMC, percebe-se claramente que existe uma distinção de interesses entre os

²⁷ Permissão para frequentar esses espaços públicos ou dependência dos pais para levar aos locais apropriados para prática dessas atividades.

indivíduos fisicamente inativos e ativos no lazer. Em geral, os adolescentes caracterizados como inativos têm um menor interesse pelas aulas (médias: pré-contemplativo, 3,60, contemplativo, 4,80, preparação, 5,20, recaída, 5,24) em relação aos ativos (médias: ação, 5,31, manutenção, 6,01). Um dos motivos que poderia explicar a maior participação dos indivíduos ativos em relação aos inativos nessas aulas seria a exclusão dos menos habilidosos (talvez caracterizados pelos inativos) na prática esportiva das atividades propostas.

As aulas de Educação Física deve ser um espaço de democratização e incentivo às práticas corporais por todos os alunos, indistintamente do sexo, aptidão física e desempenho motor. Portanto, seria importante que os professores de Educação Física escolar fizessem um levantamento dos interesses e EMC encontrados entre os seus alunos para poder realizar um planejamento das aulas que contemplassem estratégias de intervenção segundo a proposta do MT para despertar e/ou manter a motivação dos alunos para participar de suas aulas, bem como das atividades físicas em geral.

Seguindo essa perspectiva, seria importante que as aulas de Educação Física pudessem contemplar em seu conteúdo um programa direcionado à “educação para a saúde”, abordando temas e atividades que despertem a motivação dos alunos para a prática de atividades físicas como meio de promoção da saúde e qualidade de vida (NAHAS *et al.*, 1995; NAHAS, 2006). Segundo NAHAS *et al.* (1995):

No segundo grau, a prioridade deveria ser a educação para a atividade física e saúde, uma proposta curricular decorrente de estudos que evidenciam a associação entre hábitos de atividade física com os conhecimentos e atitudes das pessoas em relação a estas questões (NAHAS *et al.*, 1995, p. 57).

Ainda segundo esses autores, essa proposta teria como objetivo propiciar aos alunos conhecimentos e uma independência na escolha das atividades físicas vivenciadas, bem como influenciar o comportamento futuro dos alunos para uma prática continuada das mesmas.

5.5 Percepção dos alunos sobre os benefícios proporcionados à saúde pela prática de AF

Em geral as moças apresentam uma média menor de percepção dos benefícios proporcionados pela prática de atividades físicas em relação aos rapazes (5,22 e 5,50); quando se analisa essa percepção por NSE, os indivíduos dos níveis A/B apresentam uma média maior em relação aos dos níveis C/D, o que nos leva a inferir que os NSE podem interferir na percepção desses benefícios.

Esses dados não corroboram aos achados por Rocha, Rodrigues, Moreira (2007), que investigaram o conhecimento e a percepção de adolescentes atletas e não atletas do ensino médio em uma cidade no Paraná, quanto a prática de exercícios físicos. Os autores utilizaram o questionário elaborado por Domingues, Araújo, Gigante (2004), para verificar a percepção e o conhecimento sobre o exercício físico. Os resultados desse estudo apontaram que as moças possuem uma média maior de percepção que os rapazes, tanto entre os atletas, quanto aos não atletas, embora sem uma diferença estaticamente significativa.

Ao se analisar os dados de acordo os EMC, os indivíduos no estágio pré-contemplativo apresentam uma média menor em relação aos demais estágios (4,31), enquanto os do estágio de manutenção apresentam uma média maior (5,63). Esses dados sugerem que indivíduos ativos têm uma maior percepção dos benefícios proporcionados pela prática de atividades físicas.

Os dados demonstram que campanhas informativas abordando temas sobre a educação para a saúde - benefícios das atividades físicas – poderiam considerar aspectos como sexo (mulheres), NSE e os EMC.

5.6 Percepção dos alunos da prática das atividades físicas como momento de lazer ou não

Os alunos ao responderem se consideram a prática de atividades físicas como momento ou não de lazer, em geral, os resultados mostram que a maioria (85%) associa positivamente essa relação. Essa percepção é maior entre os indivíduos fisicamente ativos (88%), independentemente do sexo e NSE.

Portanto, para a amostragem estudada, a prática de atividades físicas é associada à livre escolha, sem imposições ou como obrigação, bem como lhes

proporciona prazer, atendendo os pressupostos instituídos por Dumazedier (1979): caráter desinteressado, liberatório, hedonístico e de livre escolha.

Todavia, se a maioria dos participantes dessa pesquisa (85%) entende as atividades físicas como momento de lazer e benéficas à saúde, há um paradoxo, pois, 57% dessa mesma população é classificada como fisicamente inativa no lazer. Esse fato demonstra a complexidade que envolve a compreensão dos fatores associados ao fenômeno da adesão a essas práticas.

Concordamos com Schwartz (2004, p. 11), ao relatar que: “[...] ainda não se percebe uma sistematização da Psicologia do lazer enquanto campo específico de estudo, mesmo com toda a atualidade e singularidade das temáticas relacionadas nessa área que possam contribuir para desvendar esse fenômeno”. Sendo portanto, necessário que os estudiosos do campo do lazer envolvidos com a temática da Psicologia do lazer e/ou Ciências da Saúde, possam buscar respostas para compreender o fenômeno da adesão às práticas de atividades físicas, contribuindo assim, para uma melhor educação/informação das pessoas para usufruírem satisfatoriamente dessas atividades em seus momentos de lazer.

5.7 Investigação dos antecedentes atitudinais para predição da intenção da mudança do comportamento para a prática de atividades físicas.

Apesar de a TCP ser uma das teorias comportamentais mais utilizadas para investigar a adesão às práticas de atividades físicas (DOWNS, HAUSEMBLAS, 2005), não se encontrou referências na literatura de estudos realizados com indivíduos na mesma faixa etária e objetivos semelhantes à desta pesquisa.

Considerando-se a análise das variâncias para os resultados apresentados dos antecedentes atitudinais da TCP, obtêm-se as seguintes conclusões para explicar a intenção da mudança do comportamento para a prática das atividades físicas na população estudada: 1) níveis de ATITUDE variam conforme os EMC, porém não parecem ser significativamente influenciados pelas variáveis sexo e NSE; 2) níveis de NORMAS SUBJETIVAS não diferem conforme o EMC, nem de acordo com as variáveis NSE e sexo; 3) níveis de CONTROLE PERCEBIDO variam conforme as variáveis dos EMC e sexo, mas não parece ser influenciado pela variável NSE.

Esses dados levam a inferir que de acordo com as análises das amostras investigadas, atitude e controle percebido, podem ser considerados constructos mais relevantes para se promover uma intenção da mudança do comportamento para a prática das atividades físicas, podendo haver diferentes respostas conforme as variáveis sexo e os EMC. Assim, estratégias direcionadas para despertar um estilo de vida saudável devem promover uma atitude mais positiva em relação a prática de atividades físicas, bem como aumentar o controle percebido dos indivíduos, em termos de segurança, auto-eficácia e competência para que se sintam capazes de serem fisicamente ativos no lazer.

Segundo meta-análise realizada por Downs, Hausembles (2005), a TCP teve o poder de predição entre 34% e 56%, porém, os autores ressaltam a necessidade dos estudos serem mais esclarecedores quanto aos métodos empregados.

Neste trabalho, testou-se modelo de regressão logística binária, visando avaliar o poder das variáveis da TCP, acrescidas as variáveis sexo e NSE, para corretamente classificar os indivíduos como fisicamente ativos ou inativos no lazer, agrupados segundo os estágios do MT. O modelo logístico final obtido apresentou bom nível de ajuste estatístico, porém resultados de previsão apenas razoáveis. Nesse modelo todas as variáveis explicativas foram significativas ($p < 0,05$), com exceção da norma subjetiva.

O teste de Hosmer e Lemeshow ($\chi^2 (8) = 6,779$, $p = 0,561$) apontou diferença estatisticamente significativa entre os grupos de ativos e inativos. O teste de Nagelkerke encontrou um $R^2 = 0,219$, o que quer dizer que, no modelo logístico o conjunto de variáveis explicativas foi capaz de explicar 22% da variabilidade da variável resposta, que representa o nível de atividade física, dicotomizado como ativo ou inativo. No geral, a taxa de previsões corretas foi razoável, aproximadamente 68,4% e prevendo apenas 56,3% dos indivíduos ativos.

Do ponto de vista de intervenção, a especificidade (proporção de inativos corretamente previstos $170/218 \cong 78\%$) pode ser tão importante quanto a sensibilidade (proporção de ativos corretamente previstos; $98/174 \cong 56,3\%$), em função do objetivo geral de promover um estilo de vida saudável baseado nas atividades físicas. No entanto, verificou-se que o modelo logístico apresentou um desempenho melhor em termos de especificidade, o que aumenta seu valor

potencial como meio de diagnosticar os indivíduos que tendem a ser fisicamente inativos.

No contexto pesquisado, sexo, atitude e controle percebido, são os fatores mais relevantes para classificar o nível de atividade física no lazer, o que evidencia menor importância das variáveis sociais (NSE e norma subjetiva), pelo menos de acordo com o nível de precisão adotado na operacionalização desses constructos.

6 CONCLUSÃO

Diante dos resultados apresentados por esta pesquisa, as principais características da amostragem estudada são relatadas a seguir:

- Em geral os alunos foram classificados de acordo com EMC: pré-contemplativo - 3,0%; contemplativo - 12%; preparação - 12%; ação - 16%; manutenção - 27%, recaída - 29%. Sendo que 57,0% dos alunos foram classificados como fisicamente inativos no lazer (sobretudo do sexo feminino com 36,5%) em relação à distribuição por NSE, há uma maior concentração de indivíduos inativos no lazer nos NSE A/B (36,1%).
- A maioria dos alunos (95,2%) não apresenta nenhum tipo de problema de saúde para a prática de atividades físicas; o que representa a ausência de uma importante barreira para as mesmas.
- 82% dos participantes responderam existir a disponibilidade de espaços públicos ou privados que oferecem segurança para a prática de atividades físicas de lazer próximo ao local de moradia; dentre tais espaços, as academias se destacaram com maior índice (37%).
- Aproximadamente 70% dos indivíduos relataram gostar de participar das aulas de Educação Física, o que poderia ser um fator favorável à adesão às atividades físicas. Em geral, os indivíduos caracterizados como inativos têm um menor interesse por essas aulas.
- Em geral os alunos apresentam média 5,35 sobre a percepção dos benefícios proporcionados pela prática de atividades físicas de lazer. Os dados demonstram que os alunos inativos e dos NSE C/D têm uma menor percepção sobre tais benefícios; esse fato leva a inferir que o nível de atividade física e social, pode interferir na percepção da informação sobre os benefícios da prática das atividades físicas, necessitando assim, a realização de programas mais específicos direcionados à educação para a saúde voltados aos indivíduos com essas características.
- A maioria dos alunos (85%) associa positivamente a prática de atividades físicas como momento de lazer; independentemente do sexo e NSE. Essa percepção é maior entre os indivíduos fisicamente ativos (88%).

Análise dos antecedentes da TCP

Atitude

A atitude está relacionada às crenças comportamentais que produzem uma avaliação (des)favorável em relação ao comportamento. Na análise desses fatores foi avaliada a opinião dos adolescentes relativa a prática de atividades físicas, considerando-se o nível: (a) agradabilidade da prática dessas atividades; (b) inteligência ao se praticar essas atividades; (c) utilidade dessa prática; e (d) necessidade desse comportamento.

Os resultados da pesquisa apontam uma associação entre a diferença das médias da atitude e alguns estágios do MT em relação a prática de atividades físicas (pré-contemplativo e ação; pré-contemplativo e manutenção; contemplativo e manutenção; preparação e manutenção). Esses resultados podem inferir que programas que visem mudar a atitude dos adolescentes em relação a essas práticas devem adotar estratégias diferenciadas para os EMC considerados.

Essas associações mostram como as diferentes possibilidades de atitude interferem na intenção dos adolescentes efetivamente de exercerem o comportamento favorável para a prática das atividades físicas.

A pesquisa também mostrou que as variáveis sexo e NSE, não interferem nas atitudes dos adolescentes para explicar a intenção de mudança do comportamento para prática de atividades físicas, pelo menos na população estudada.

Normas Subjetivas

A norma subjetiva está relacionada às crenças normativas, que consideram as expectativas de terceiros e a pressão social perceptível. Na análise desses fatores, a pesquisa considerou: (a) se pessoas que são importantes para o adolescente acreditam que ele deveria ou não praticar atividade física regular de lazer; (b) se a pressão social é no sentido dele praticar ou não esse tipo de atividade; e (c) se as pessoas, de modo geral, acreditam que ele deveria ou não praticar atividades físicas de lazer.

Os resultados da pesquisa apontam não existir uma diferença estatisticamente significativa das médias das normas subjetivas e alguns estágios do MT em relação a prática de atividades físicas.

Esses resultados sugerem que apesar da expectativa de terceiros e a pressão social poder alterar o comportamento dos adolescentes, confirmam a necessidade da adequação de estratégias distintas em relação àqueles que não têm a intenção de iniciar a prática de atividades físicas de lazer, ou que a abandonaram bem como daqueles que já estão engajados nessas práticas.

Os dados da pesquisa ainda apontam que na população estudada, nem as variáveis NSE e o sexo, interferem no comportamento dos adolescentes em relação às expectativas e pressão social para a prática de atividades físicas.

Controle percebido

O controle percebido está relacionado a fatores que podem impedir ou facilitar a adesão a um comportamento. Para se analisar esse fator, considerou-se: (a) a confiança do adolescente que consegue praticar atividades físicas, caso esse seja seu desejo; (b) o nível de dificuldade que ele considera existir para a prática de tais atividades; (c) se ele tem o controle para escolher se vai ou não praticar essas atividades; e (d) se realizar essas atividades depende apenas dele.

Os resultados da pesquisa apontam uma associação entre a diferença das médias do controle percebido e alguns estágios do MT em relação a prática de atividades físicas (pré-contemplativo e ação; pré-contemplativo e manutenção; contemplativo e ação; contemplativo e manutenção; preparação e ação; preparação e manutenção).

Os resultados da pesquisa sugerem que há sensação do controle em relação a prática de atividades físicas, além da sensação de que executar tais atividades é algo fácil, pode alterar o comportamento dos adolescentes. Para os adolescentes não praticantes dessas atividades, independente do estágio em que se encontram, os resultados podem inferir que as estratégias utilizadas em relação ao controle percebido devem ser diferentes, ou seja, fatores que podem impedir ou facilitar a adesão a um comportamento, devem ser diferentes daqueles que já iniciaram a prática dessas atividades.

Além disso, segundo a amostragem estudada, nota-se que a variável NSE não interfere na percepção dos adolescentes de que a prática de atividades físicas é uma questão sob o seu controle; mas, a variável sexo interfere nessa percepção. Assim, pode-se apontar a necessidade de realização de campanhas de incentivo específicas diferenciadas de acordo com o sexo dos adolescentes, pois os rapazes consideram de forma diferente das moças esse fator.

Dessa forma, os resultados da pesquisa sugerem que campanhas para o incentivo da prática de atividades físicas, devem adotar estratégias diferenciadas para aqueles que já iniciaram a prática dessas atividades e para aqueles que ainda não as iniciaram. Ainda destaca-se a importância de se considerar os resultados aqui apontados relativos aos estágios do MT e da TCP para a definição dessas estratégias de incentivo.

Análise por regressão logística

Os dados sugerem que as variáveis normas subjetivas e NSE, não são significativas para prever a intenção de mudança do comportamento para a prática de atividades físicas na população estudada, ou seja, os adolescentes não consideram importantes a pressão/apoio social e as diferenças entre o poder aquisitivo para a prática dessas atividades.

No contexto pesquisado, as variáveis sexo, atitude e controle percebido, são os fatores mais relevantes para classificar o nível de atividade física no lazer.

7 RECOMENDAÇÕES

A promoção de um estilo de vida saudável através do incentivo da prática de atividades físicas para adolescentes, deve ser elaborada levando em consideração algumas características peculiares dessa população, bem como os fatores sócio-ambientais (barreiras e facilitadores), como o NSE, sexo, equipamentos e espaços de lazer, e os EMC que os mesmos se encontram, dentre outros.

Através da observância desses fatores e das variáveis que direcionem à intenção de mudança do comportamento, podem contribuir para aumentar a adesão de jovens às práticas de atividades físicas, reduzindo os índices do sedentarismo nessa população, e, conseqüentemente os fatores de risco à saúde, bem como a oportunidade de vivenciarem essas atividades como meio cultural. Dessa forma, através de uma intervenção pedagógica planejada pode-se promover uma educação para e pelo lazer, preparando o indivíduo ao longo de sua vida para saber como e o porquê usufruir dessas atividades de maneira crítica e criativa.

REFERÊNCIAS

ABEP - Associação Brasileira de Pesquisa. **Critério padrão de Classificação Econômica Brasil**, 2008.

AJZEN, I. **From intentions to actions: a theory of planned behavior**. In: KUHI, J., BECKMAN, J. (orgs.). 1985. Action - control: from cognition to behavior. Heidelberg: Springer, p. 11-39.

_____. Perceived Behavioral Control, Self-Efficacy, Locus of Control, and the Theory of Planned Behavior. **Journal of Applied Social Psychology** 32: 1-20, 2002.

_____. FISHBEIN, Martin. **Understanding attitudes and predicting social behavior**. New Jersey: Prentice Hall; 1980

ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G.L. **Políticas públicas de lazer e qualidade de vida: A contribuição do conceito de cultura para pensar as políticas de lazer**. In: VILLARTA, R. (Org.). Qualidade de vida e políticas públicas: Saúde, lazer e atividade física. Campinas: Ipês, 2004.

ANDERSON, D. R.; SWEENEY, D. J.; WILLIAMS T. A. **Estatística Aplicada à Administração e Economia**. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

ANDERSEN, N.; WOLD, J.H. Parental and peer influences on leisure-time physical activity in young adolescents. **Research Quarterly for Exercise and Sport**, 63(4), 341-348.

ARMITAGE, C. J. Can the theory of planned behavior predict the maintenance of physical activity? **Health Psychology**, v. 24, nº. 3, p. 235–245, 2005.

AZEVEDO, M. R; ARAUJO, C.L.; SILVA, M.C.; HALLAL, P.C. Continuidade na prática de atividade física da adolescência para a idade adulta: estudo de base populacional. **Revista Saúde Pública** 41(1):69-75, 2007.

BAGOZZI, R.P.; GÜRHAN-CANLI, Z.; PRIESTER, J.R. **The social psychology of consumer behaviour**. Buckingham, United Kingdom: Open University Press, 2002.

BANCO MUNDIAL/Brasil – **Enfrentando o desafio das doenças não transmissíveis** (Relatório). Brasília: Novembro, 2005.

BAUMAN, AE.; SALLIS, JF.; DZEWALTOWSKI, DA.; OWEN, N. Toward a better understanding of the influences on physical activity: the role of determinants, correlates, causal variables, mediators, moderators, and confounders. **American Journal Preventive Medicine** 2002; 23(2 Suppl): 5-14.

BERRY, T; NAYLOR, P.J; HIGGINS, J. W. Stages of change in adolescents: an examination of self-efficacy, decisional balance, and reasons for relapse. **Journal of Adolescent Health**, (37)452–459, 2005.

BIDDLE, SJH.; NIGG, CR. Theories of exercise behavior. *International Journal Sport Psychology* 2000; 31: 290-304.

BLANCHARD, C.; FISHER, J.; SPARLING, P.; NEHL, E.; *et al.* Understanding physical activity behavior in African American and Caucasian college students: an application of the theory planned behavior. *Journal of American college health*, v. 56, nº. 4, p. 341-346, 2008.

BLANCHARD, C; KUPPERMAN, J.; SPARLING, P.; RHODES, R.E; *et al.* Ethnicity as a moderator of the theory of planned behavior and physical activity in college students. *Research Quarterly for Exercise and Sport*. v.78, n.5, p.531-541, 2007.

BUNGUM, T.J; VINCENT, M.L. Determinants of physical activity among female adolescents. *American Journal Preventive Medicine*, (13)115-22, 1997.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 163-177, 2000.

CAMARGO, L. O. **Educação para o lazer**. São Paulo: Moderna, 1998.

CAMÕES, M; LOPES, C. Fatores associados a atividade física na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*, 42(2)208-16, 2008.

CAMPOS, R. S. Adesão dos universitários aos diversos níveis de atividade física. *Estudos*, Goiânia, v. 33, n.7/8, p. 615-633, jul./ago. 2006.

CANADIAN FITNESS AND LIFESTYLE RESEARCH INSTITUTE. (1996a). **Stages of change in physical activity**. Disponível: <<http://www.cfrli.ca/pdf/e/pip29.pdf>.>

CANADIAN FITNESS AND LIFESTYLE RESEARCH INSTITUTE. (1996b). **Barriers to physical activity**. Disponível: <<http://www.cfrli.ca/pdf/e/pip29.pdf>.>

CARVALHO, Y. M. **Formação profissional em políticas públicas de lazer com enfoque na saúde**. In: MARCELLINO, N. C (Org.). Formação e desenvolvimento de pessoal em lazer e esporte. Campinas: Papirus, 2003, p. 121-135

_____. **Lazer e saúde**. SESI/DN, Brasília: 2005.

_____. **O mito da atividade física e saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec, 1995.

CASPERSEN, C.J.; POWELL, K.E., CHRISTENSEN, G.M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, (100)126–131, 1985.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Promoting better health for young people through the physical activity and sports: a report to the president from the secretary of health and human services and the secretary of education** (on-line). Disponível: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dash/healthtopics/physical_activity/promotiong_health/pdfs/ppar.pdf,2004.>

_____. *How much physical activity do children need?* Disponível: <<http://www.cdc.gov/physicalactivity/everyone/guidelines/children.html>> Acesso em 10/05/2009.

CENTRO DE INVESTIGAÇÃO EM ACTIVIDADE FÍSICA, LAZER E SAÚDE. *Actividade Física e saúde na Europa: Evidências para a ação*. Porto, 2006.

Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (Celafiscs). **Pesquisa indica: 81% dos alunos de escolas estaduais praticam atividade física regularmente.** Disponível: <<http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/lenoticia.php?id=200076&c=6>> Acesso em 30/05/2009.

CHATZISARANTIS, N. I. D.; HAGGER, M. S.; BRICKELL, T. Using the construct of perceived autonomy support to understand social influence within the theory of planned behavior. **Psychology of sport and exercise**, (9)27–44, 2008.

CHEUNG, S.Y. Exercise behavior for youth in Hong Kong. **Research Quarterly for Exercise and Sport**, February, p. A-89, 2007.

DISHMAN, R.K.. *Exercise; Health behavior*. Human Kinetics, Champaign, IL, 1994, 406 p.

DOWNS, D. S; HAUSENBLAS, A. Elicitation studies and the theory of planned behavior: A systematic review of exercise beliefs. **Psychology of Sport and Exercise**, v.6, p. 1–31, 2005.

DUMAZEDIER, J. **Sociologia empírica do lazer**. São Paulo: Perspectiva/ SESC, 1979.

DUMITH, S. C. Proposta de um modelo teórico para a Adoção da prática de atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v, 13, nº 2, p. 52-62, 2008.

_____; GIGANTE, D. P.; DOMINGUES, M. R. Estágios de mudança de comportamento para a prática de atividade física: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, 10(3), p.301-307, 2008.

ESCULACAS, C.; MOTA, J. Actividade física e práticas de lazer em adolescentes. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**. V. 5, nº 1, p. 61-76, 2005

EVANS, D; NORMAN, P. Predicting adolescent pedestrians' road-crossing intentions: an application and extension of the theory of planned behavior. **Health Education Research**, (18)267-277, 2003.

FARIAS JUNIOR, J.C. **Estilo de vida de escolares do ensino médio no município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil**. 2002, 135 f. Dissertação (Mestrado em

Educação Física), Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

_____; LOPES, A. S. Comportamentos de risco relacionados à saúde em adolescentes. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Movimento**, 1(12): 7-12 jan./mar. 2004.

_____; MENDES, J. K. F.; BARBOSA, D. B. M. Associação entre comportamentos de risco à saúde em adolescentes. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**. 9(3):250-256; 2007.

FARIA JR, A.J.; FERREIRA, M.B.R. Papel multidimensional da família na participação dos filhos em atividades físicas: Revisão de literatura. **Revista Brasileira Ciência e Movimento**. Brasília, v.8, nº 2, p. 33-40, mar, 2000.

FARINATTI, P. T. V.; FERREIRA, M. S. **Saúde, promoção da saúde e educação física: Conceitos, princípios e aplicações**. Rio de Janeiro, Editora, UERJ, 2006.

FIGUEIRA JUNIOR, A. J; FERREIRA, M. B. R. Papel multidimensional da família na participação dos filhos em atividades físicas: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v.8 n. 2 p.33-40 mar, 2000.

_____. Atividade física e fatores inter-relacionados **Revista Brasileira Ciência e Movimento**, v.8, nº. 3, p.39-46, jun, 2000.

FISHBEIN, M.; AJZEN, I. **Belief, attitude intention and behavior: an introduction to theory and research**. Reading, MA: Addison-Wesley, 1975.

FLECK, M. P. A.; LEAL, O. F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M; *et al*. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria** 21(1), 1999.

GAZZINELLI, M. F.; REIS, D. C. Introdução. In (ORG.) GAZZINELLI, M. F; REIS, D. C; MARQUES, R. C. **Educação em saúde: Teoria, método e imaginação**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.

GOECKING, O. H. P. **Comparação de teorias da ação para explicar intenções comportamentais e comportamentos reais correspondentes**. 2006, 142 f. Dissertação (Mestrado em Administração), Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

GOMES, C.L. **Lazer: Concepções**. (In) Dicionário Crítico do Lazer. (Org) Christianne Luce Gomes. Belo Horizonte: Autêntica, 2004, p. 119-125.

GOMES, V. B.; SIQUEIRA, K. S.; SICHIERI, R. Atividade física em uma amostra probabilística da população do Município do Rio de Janeiro. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(4):969-976, jul - ago, 2001.

GONÇALVES, A. **Em busca do diálogo do controle social sobre o estilo de vida.** In: Roberto Vilarta. (Org.). *Qualidade de Vida e Políticas Públicas: Saúde, Lazer e Atividade Física*. Campinas: IPES Editorial, 2004, v. 1, p. 17-26.

GONÇALVES, H; HALLAL, P.; AMORIM, T.C.; ARAUJO, C.L.P.; *et al.* Fatores socioculturais e nível de atividade física no início da adolescência. **Revista Panamericana Salud**, 22(4), 2007.

GUEDES, D. P; SANTOS, C. A; LOPES, C. C. Estágios de mudança de comportamento e prática habitual de atividade física em universitários. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, 2006; 8(4):5-15.

_____. **Atuação do professor de educação física no campo da saúde.** In: Eunice Lebre; Jorge Bento. (Org.). *Professor de Educação Física: Ofícios da Profissão*. Porto, Portugal: Universidade do Porto, 2004, p. 93-104.

GUIMARÃES, E.; MARTINS, V.L.A.B. **Qualidade de vida.** IN: GOMES, C. L. *Dicionário crítico do lazer*. São Paulo: Autêntica, p.191-196, 2004.

HAIR, J.; ANDERSON, R.; TATHAM, R.; BLACK, W. **Análise Multivariada de Dados**. São Paulo: Bookmam, 2005

HOBOLD, E. **Indicadores de aptidão física relacionada à saúde de crianças e adolescentes do município de Marechal Cândido Rondon – Paraná, Brasil.** 2003, 97 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física), Centro de desportos da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003

HOUGAGE, H.; GUTIERREZ, G. L. **Qualidade de vida e os estudos sobre políticas públicas de lazer.** In: VILLARTA, R. (Org.). *Qualidade de vida e políticas públicas: Saúde, lazer e atividade física*. Campinas: Ipês, 2004.

ILHA, P. M. V. **Relação entre nível de atividade física e hábitos alimentares de adolescentes e estilo de vida dos pais.** 2004, 97 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física), Centro de desportos da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004

ISAYAMA, H.F. **Reflexões sobre os conteúdos físico-esportivos e as vivências de Lazer.** In: Nelson Carvalho Marcellino. (Org.). *Lazer e Cultura*. Campinas: Alínea, 2007, v. 1, p. 31-46.

KIM, Y.H. Korean adolescents' exercise behavior and its relationship with psychological variables based on stages of change model. **Journal of Adolescent Health**, (34)523–530, 2004.

KRÜGER, H. *Introdução à psicologia social*. São Paulo: EPU, 1986.

LAMBERTUCCI, R. H.; PUGGINA, E. F.; PITHON-CURI, T. C. **Efeitos da atividade física em condições patológicas.** *Revista Brasileira Ciência e Movimento*. 14(1): 67-74, 2006.

MALAVASI, L. M.; DUARTE, M. F. S.; BOTH, J.; REIS, R. S. **Escala de mobilidade ativa no ambiente comunitário – news Brasil: Retradução e reprodutibilidade.** Revista Brasileira Cineantropometria e Desempenho Humano. 9(4):339-350, 2007.

MALHOTRA, N.K. *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada.* 4ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

MARCELLINO, N.C. **Lazer e educação.** Campinas: Papirus, 1987.

_____. **Lazer e sociedade: Algumas aproximações.** (Org.) MARCELLINO, N.C. Lazer e sociedade: Múltiplas relações. São Paulo: Alínea, 2008, p. 11-26.

MARTINS, M. O. **Promoção da saúde do trabalhador através da mudança de comportamento relacionada a prática de atividades físicas.** In: MARTINS, C.O. Ginástica laboral no escritório. São Paulo: Fontoura, 2001, p71-87.

MARCOPITO, L. F.; RODRIGUES, S. S. F.; PACHECO, M. A.; et al. Prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas na cidade de São Paulo. Revista Saúde Publica, 39(5):738-45, 2005.

MARTINS, M. O. **Estudo dos fatores determinantes da prática de atividades físicas de professores universitários.** 2000, 172 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física), Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

MASCARENHAS, F. Lazer e trabalho. Liberdade ainda que tardia. In: SEMINÁRIO “**O Lazer em debate**”, 2, 2001. Belo Horizonte. Coletânea. Belo Horizonte: Imprensa Universitária/CELAR/DEF/UFMG, p.81-93.

McCANN, H. J. **Theory of Action.** (In): AUDI. R. *The Cambridge dictionary of philosophy.* 2ª ed. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1999.

MELO, V.A. **Lazer e cidade.** SESI/DN. Brasília, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e distrito federal, 2002-2003.** Rio de Janeiro: Inca, 2004.

MONEGO, E. T.; JARDIM, P. C. B. V. Determinantes de Risco para Doenças Cardiovasculares em Escolares. **Revista Arquivos Brasileiros de Cardiologia** – v. 87, nº. 1, Jul., 2006.

MONTAGNER, M. A. Pierre Bourdieu, o corpo e a saúde: algumas possibilidades teóricas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, p. 515-526, 2006.

MOTA, J. **O professor de Educação Física e o paradigma da actividade física e da saúde.** In. (ORG.) GAYA, A; MARQUES, A; TANI, G. Desporto, para crianças e jovens: Razões e finalidades. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2004, p.105-112.

MUMMERY, W. K; SPENCE, J. C; HUDEC, J. C. Understanding physical activity intention in Canadian school children and youth: an application of the theory of planned behavior. **Research Quarterly for Exercise and Sport**. v. 71, n.2, p 118-124, 2000.

MUZA, G.M.; COSTA, M. P. Elementos para a elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento dos adolescentes – o olhar dos adolescentes. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(1):321-328, jan-fev, 2002.

NAHAS, M.V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: Conceitos e sugestões para um estilo de vida saudável**. 4ª edição rev. e atual. – Londrina: Midiograf, 2006. 284 p.

_____; BARROS, M.V; DE BEM, M.F.L; OLIVEIRA, E.L.; *et al.* **Estilo de vida e indicadores de saúde dos jovens catarinenses: Relatório da pesquisa desenvolvida pelo Nupaf/UFSC com amostra representativa dos estudantes de 15 a 19 anos matriculados nas Escolas Estaduais no Ensino Médio em Santa Catarina**. Biblioteca Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina, 2005, 54 p.

_____; PIRES, M.C.; WALTRICK, A.M.A.; DE BEM, M.F. Educação Física e saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. V. 1, nº 1, p.57-65, 1995.

NORUSIS, M. **SPSS 15.0 Statistical Procedures Companion**. Chicago (Il.): Prentice-Hall, 2006.

PALMA, A. Educação Física, corpo e saúde: uma reflexão sobre outros “modos de olhar”. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 22, n.2, p.23-39, jan, 2001.

PASQUALI, L. (Org.). **Instrumentos psicológicos: Manual prático de elaboração**. Brasília, DF: IBAPP, 1999.

PINHO, W. L. P. Vivência do lazer na adolescência: A desigualdade social e o furto do lúdico. Monografia apresentada ao Curso de Educação Física da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES. Montes Claros – MG 2º semestre/2007.

PINTO; G. B. Lazer e promoção da saúde: Um estudo com os profissionais da área da saúde. **Licere**, Belo Horizonte, v.9, nº. 2, p. 67-80, dez. 2006.

PINTO, L.M.S.M. **Lazer e educação: Desafios da atualidade**. (In). MARCELLINO, N. C. Lazer e sociedade: Múltiplas relações (Org.). Lazer e sociedade: algumas reflexões. São Paulo: Alínea, 2008, p. 45-61.

PITANGA, F.J.G. Epidemiologia, atividade física e saúde. **Revista Brasileira Ciência e Movimento**. v.10, nº.3, p.49-54, jul., 2002.

POSSAMAI. C.L. **A internet como fonte de informação sobre atividade física para adolescentes**. 2005, 140 fl. Dissertação (Mestrado em Educação Física),

Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

PRATES, M. E. F. **Impacto da disciplina qualidade de vida na mudança de comportamento para a prática de atividades físicas em estudantes universitários.** 2004, 151 fl. Dissertação (Mestrado em Educação Física), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

PROCHASKA, J.O; MARCUS, B. **The transteoretical model: applications to exercise.** (In) Dishman, R.K. Advances in exercise adherence. Champaign: Human Kinetics, 1994, p. 161-180.

_____; DiClemente C.C. Stages and processes of self-change in smoking: towards an integrative model of change. **Journal Consulting Clinical Psychology**; (51):390-5, 1983.

REIS, R.S. **Determinantes ambientais para a realização de atividades físicas nos parques urbanos de Curitiba: uma abordagem sócio-ecológica da percepção dos usuários.** 2001, 114 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física), Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

_____; PETROSKI, E. L. Application of the Social Cognitive Theory to Predict Stages of Change for Exercise in Brazilian Adolescents. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano, Florianópolis**, 7(1), 2005.

RHODES, R. E., BLANCHARD, C. M.; COURNEYA, K. S., PLOTNIKOFF, R. C. Identifying belief-based targets for the promotion of leisure-time walking. **Health Education Behavior**, (12) 2007.

ROCHA, P.G.M.; RODRIGUES, V.P.; MOREIRA, T.S. Conhecimento e percepção de adolescentes sobre exercício físico relacionado à saúde e qualidade de vida da rede de ensino da cidade de Maringá – Paraná. **Revista da Educação Física/UEM**. V. 18, nº 1, p. 67-75, 2007.

SALLIS, J. F.; OWEN, N. **Physical Activity and Behavioral Medicine.** Thousand Oaks. California: Sage Publications, 1994.

SANT'ANNA, D. B. **Entre a serpente e a topeira: transitando pelas idéias de Foucault e Deleuze.** In: Heloisa Turini Bruhns. (Org.). Lazer e Ciências Sociais, diálogos pertinentes. São Paulo: Chronos, 2002, v. 1, p. 41-56.

SANTOS, M.P.; GOMES, H.; RIBEIRO, J.C.; MOTA, J. Variação sazonal na actividade física e nas práticas de lazer de adolescentes portugueses. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. v.2, p.192-201, 2005

SCHWARTZ, G. M. O conteúdo virtual do lazer: contemporizando Dumazedier. **Licere**, Belo Horizonte, v. 2, n. 6, p. 23-31, 2003.

_____. Aspectos psicológicos do lazer. **Licere**, Belo Horizonte, v.7, n. 1, p. 9-21, 2004.

SEABRA, A. F.; THOMIS, M. A.; LUIZ A. ANJOS, L. A.; MAIA, J. A. Determinantes biológicos e sócio-culturais associados a prática de atividade física de adolescentes. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(4):721-736, abr., 2008.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. A L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2):580-588, mar- abr., 2004.

SARRIERA, J.C.; TATIM, D.C.; COELHO, R.P.S.; BÜCKER, J. Uso do tempo livre por adolescentes de NSE popular. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), 361-367, 2007.

SILVA, R. A.; HORTA, B.L.; PONTES, L.M.; FARIA, A.D. *et al.* Bem-estar psicológico e adolescência: fatores associados. **Caderno de Saúde Pública**, 23(5):1113-1118, maio, 2007.

SIMÕES, A. C; BÖHME, M. T. S; LUCATO, S. A participação dos pais na vida esportiva dos filhos. **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, 13(1): 34-45, jan./jun. 1999.

SOUZA, G. S.; DUARTE, M. F. S. Estágios de mudança de comportamento relacionados a atividade física em adolescentes. *Revista Brasileira de Medicina Esporte*, v.11 n. 2 Niterói mar./abr. 2005.

SOUZA, G. S. **Determinantes da atividade física e estágios de Mudança de comportamento em adolescentes**. 2003, 102 fl. Dissertação (Mestrado em Educação Física), Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

STOFAN, J. R., DIPIETRO, L., DAVIS, D., KOHL, H. W; BLAIR, S. N. Physical activity patterns associated with cardiorespiratory fitness and reduced mortality: the Aerobics Center longitudinal study. **American Journal of Public Health**, 88, 1807-1813, 1998.

TASSITANO, R. M.; BEZERRA, J; TENÓRIO, M. C. M.; COLARES, V.; et al. Atividade física em adolescentes brasileiros: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**. 9(1):55-60; 2007.

TAYLOR, W.C; BARANOWSKI, T.; SALLIS, J.F. **Family determinants of childhood physical activity: a social-cognitive model**. (In): DISHMAN, R.K. *Advances in Exercise Adherence*. Champaign, IL: Human Kinetics, 1994, p. 319-342.

THOMAS, J.R.; NELSON, J.K.; SILVERMANN, S.J. **Métodos de pesquisa em atividade física**, 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

VEIGA, R.T. **Relatório de Bolsa de produtividade em pesquisa: Teorias da ação no estudo do consumidor brasileiro**. Faculdade de Ciências Econômicas/UFMG, Belo Horizonte, 2008.

US Department of Health and Human Services – USDHHS. **Physical activity fundamental to preventing disease**. Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation: 1-19; 2002.

WEINBERG, R. S.; GOULD, D. **Fundamentos da Psicologia do Esporte e do Exercício Físico**, 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2001.

WERNECK, C. L. G.; STOPPA, E.; ISAYAMA, H.F. **Lazer e Mercado**, 2ª edição. Campinas: Papirus, 2001.

World Health Organization (WHO). **European Ministerial Conference on Counteracting Obesity [web site]. Copenhagen**, WHO Regional Office for Europe, 2006 **Disponível: <<http://www.euro.who.int/obesity/conference/20060216>>**. Acessado em 19 Julho de 2006.

_____. **Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Geneva, 2004. Disponível: <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/en>>** Acessado em 21 Agosto de 2006.

_____. **Global strategy on diet, physical activity and health**. Geneva: 2004.

_____. **Organizacion Mundial de la Salud. La salud de los jóvenes: um reto y una esperanza**. Genebra 1995.

UVINHA, R. R. Juventude e adolescência e sua relação com o campo do lazer. **Revista Espaço Acadêmico**, Ano VII, nº 75, ago/2007.

ZHANG, J; MIDDLESTADT, S. E; JI, C. Y. Psychosocial factors underlying physical activity. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, (4):38-48, 2007.

ANEXO I
CARTA DE ANUÊNCIA DA ESCOLA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA
MESTRADO EM LAZER

Prezado (a) Senhor (a):

Considerando a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde e as determinações da Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMG²⁸, temos o prazer de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada **“ANÁLISE COMPARATIVA DA INTENÇÃO DE MUDANÇA DO COMPORTAMENTO EM ADOLESCENTES PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS REGULARES DE LAZER”**, como projeto de dissertação de mestrado em Lazer, vinculado ao Programa de Pós-Graduação da escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais.

Esta investigação tem por objetivo identificar e analisar os fatores determinantes para a prática de atividade física, bem como a atitude dos alunos do ensino médio de escolas particulares e públicas da Região Metropolitana de Belo Horizonte, em relação às atividades físicas de lazer regular. Espera-se que esta investigação possa fornecer informações importantes que permitam aos pesquisadores e poder público, estruturar futuros programas de intervenção com mais possibilidade de sucesso, que incentivem a adoção de um estilo de vida fisicamente ativo pelos adolescentes, reduzindo o crescimento do sedentarismo.

A metodologia adotada prevê a coleta de dados junto a sua escola através da aplicação **em sala de aula** de um questionário com os alunos do ensino médio. A permanência do investigador nas dependências da escola ocorrerá apenas para aplicação do instrumento. Além disso, será mantido sigilo das informações obtidas bem como o anonimato dos alunos e das escolas investigadas, ambos podendo desistir a qualquer momento da pesquisa. As informações coletadas serão utilizadas exclusivamente para o desenvolvimento desta pesquisa sem qualquer tipo de prejuízo para os participantes.

A sua colaboração torna-se imprescindível para o alcance dos objetivos propostos. Agradecemos antecipadamente a atenção dispensada e colocamo-nos a sua disposição para quaisquer esclarecimentos (e-mail: marcosgmaciell@hotmail.com ou fone: (31) 9629-7663 ou (31) 3352-0815 – falar com Marcos).

De acordo com o esclarecido, (*assinale com um X*): () aceito () não aceito colaborar (participar), na realização da pesquisa **“Análise comparativa da intenção de mudança de comportamento em adolescentes para a prática de atividades físicas regulares de lazer”**, estando devidamente informado sobre a natureza da pesquisa, objetivos propostos, metodologia empregada e benefícios previstos.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2008.

 Diretor (a) da Escola

¹ Endereço do COEP UFMG, Av. Presidente Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II – 2º andar, sala: 2005 – Cep: 31.270.901, BH/MG; telefax: (31) 3409-4592. email: coep@prpq.ufmg.br.

ANEXO II
PROTOCOLO DE APROVAÇÃO DO COEP/UFMG



**UNIVERSIDADE FERDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP²⁹**

PARECER nº. ETIC 554/08

**Interessado(a): Prof. Ricardo Teixeira Veiga
Departamento de Ciências Administrativas
Faculdade de Ciências Econômicas – UFMG**

DECISÃO

O comitê de ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 1º de julho de 2009, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **“Análise da mudança do comportamento de adolescentes para a prática de atividades físicas regulares de lazer”** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

**Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**

²⁹ Av. Presidente Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II – 2º andar, sala: 2005 – Cep: 31.270.901, BH/MG; telefax: (31) 3409-4592. email: coep@prpq.ufmg.br.

ANEXO III

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PAIS/RESPONSÁVEL - PARTICIPANTE**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
 ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
 DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA
 MESTRADO EM LAZER

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pais e/ou responsáveis - Participantes

Considerando a Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde e as determinações da Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMG³⁰, solicitamos a sua colaboração no sentido de permitir a participação do seu (sua) filho (a) na realização da pesquisa: **“Análise comparativa da intenção de mudança de comportamento em adolescentes para a prática de atividades físicas regulares de lazer”**, vinculada ao mestrado em Lazer, vinculado ao Programa de Pós-Graduação da escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais. Esta pesquisa tem por objetivo identificar e analisar os fatores determinantes para a prática de atividade física, bem como a atitude dos alunos do ensino médio de escolas particulares e públicas da Região Metropolitana de Belo Horizonte, em relação às atividades físicas de lazer regular. Espera-se que esta investigação possa fornecer informações importantes que permitam aos pesquisadores e poder público, estruturar futuros programas de intervenção com mais possibilidade de sucesso, que incentivem a adoção de um estilo de vida fisicamente ativo pelos adolescentes, reduzindo o crescimento do sedentarismo.

A participação do seu (sua) filho (a) se dará através do preenchimento de um questionário de pesquisa, o qual, não terá nenhum tipo de risco de pergunta de fórum íntimo ou que o constranja. Enfatizamos que o (a) participante não será identificado (a) e que haverá total sigilo na tabulação e tratamento dos dados, podendo haver a desistência da participação a qualquer momento do decorrer da pesquisa sem qualquer tipo de prejuízo para o mesmo.

() Concordo () Não concordo

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2008.

 Assinatura do participante

 Assinatura do Responsável

³⁰ Endereço do COEP UFMG, Av. Presidente Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II – 2º andar, sala: 2005 – Cep: 31.270.901, BH/MG; telefax: (31) 3409-4592. email: coep@prpq.ufmg.br.

ANEXO IV
QUESTIONÁRIO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA
MESTRADO EM LAZER

PREZADO (A) ESTUDANTE,

Este questionário faz parte da pesquisa **“Análise comparativa da intenção de mudança de comportamento em adolescentes para a prática de atividades físicas regulares de lazer”**, vinculado ao programa de mestrado em Lazer da Escola de Educação Física – UFMG; que objetiva analisar os fatores que contribuem e/ou impedem a prática de atividades físicas de lazer regular. Espera-se que esta investigação possa fornecer informações que permitam entender o processo pelos quais os adolescentes praticam ou não essas atividades e através dessas informações tomar decisões para incentivar as pessoas a aderirem a essas práticas.

Para tanto, solicitamos a sua colaboração para responder este questionário, com seriedade e responsabilidade necessárias. Os dados serão tratados com o anonimato devido, bem como serão utilizados apenas para os fins desta investigação.

Não deixe de responder nenhuma pergunta.

Agradecemos desde já a sua contribuição neste estudo.

Prof. Marcos Maciel

Para responder este questionário, considere os seguintes conceitos:

Neste estudo, entendemos como **atividades físicas regulares de lazer** aquelas realizadas no tempo disponível da pessoa e de livre escolha, **no mínimo três vezes por semana, pelo menos 30 minutos por dia (sem contar com as aulas de Educação Física)**, como, por exemplo, caminhada, corrida, danças, ginástica, musculação, esportes, artes marciais, etc.

ORIENTAÇÕES DE COMO PREENCHER AS QUESTÕES DE Nº. 6 A 28.

Por favor, siga as orientações abaixo para responder as perguntas, circule ou marque com X o número que expressa sua opinião. **Não há respostas corretas.** Queremos apenas que você seja sincero e comunique seus pontos de vista com precisão.

Antes, leia cuidadosamente os exemplos a seguir:

Exemplo 1.

Paris é uma cidade:

feia	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	bonita
desagradável	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	agradável
desinteressante	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	interessante

Comentário: o respondente assinalou opiniões favoráveis a respeito de Paris, porque suas marcações aproximam-se de adjetivos que representam qualidades positivas. Se quisesse assinalar opiniões desfavoráveis, deveria ter marcado números negativos.

Exemplo 2:

O porte de armas de fogo deveria ser liberado.

Discordo totalmente 1 2 3 4 **5** 6 7 Concordo totalmente

Comentário: o respondente assinalou opinião de concordância. Se tivesse marcado 6 ou 7, indicaria concordância ainda mais forte. Caso tivesse marcado 4 teria indicado neutralidade. Se quisesse indicar discordância, deveria assinalar 1, 2 ou 3.

Exemplo 3:

Meus pais sempre falam que eu

deveria +3 +2 +1 0 -1 **-2** -3 não deveria
abandonar os estudos e começar a trabalhar.

Comentário: o respondente assinalou que os pais dele acham que ele não deveria abandonar os estudos e começar a trabalhar, pois marcou o número -2, próximo a “não deveria”. Se tivesse marcado um número positivo, o respondente teria informado uma pressão dos pais no sentido de abandonar os estudos e começar a trabalhar.

RESPONDA AS QUESTÕES ABAIXO

1. Identificação geral:

1.1. Colégio:

1.2. Série: 1º ano () 2º ano () 3º ano ()

1.3. Idade:

1.4. Sexo: () Masculino () Feminino

2. Assinale com um X a quantidade de itens que possui em sua casa:

Itens	Não tem	Tem (Quantidade)			
	0	1	2	3	4 ou +
TV em cores					
Vídeo cassete/DVD					
Rádio					
Banheiro					
Automóveis					
Empregada mensalista					
Máquina de lavar					
Geladeira					
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)*					

Grau de instrução do principal responsável financeiro pela família	
Analfabeto/ até a 3ª série do fundamental	
4ª série do fundamental	
Fundamental completo	
Médio completo	
Superior completo	

3. **Não contando** com a participação nas aulas de Educação Física, marque **somente uma** alternativa abaixo:

3.1. **Não faço e nem tenho intenção de fazer** alguma atividade física regular de lazer nos próximos **6 meses**.

3.2. Conheço a importância e **penso em fazer** uma atividade física regular de lazer **nos próximos 6 meses**.

3.3. **Tenho a intenção de começar** uma atividade física regular de lazer num futuro próximo (**nos próximo 30 dias**).

3.4. **Faço** atividade física regular de lazer (3 ou mais vezes por semana, pelo menos 20 minutos por dia) **há menos de 6 meses**.

3.5. **Faço** atividade física regular de lazer (3 ou mais vezes por semana, pelo menos 20 minutos por dia, com intensidade vigorosa) **há mais de 6 meses**.

3.6. **Já fiz** uma atividade física regular de lazer (3 ou mais vezes por semana, pelo menos 20 minutos por dia), **mas parei**.

4. Você tem algum problema de saúde que o impeça de praticar alguma atividade física regular de lazer

1. Não 2. Sim Qual _____

5. Perto de sua casa há academias de ginástica, escolinhas de esporte ou espaços públicos (parques, praças, ruas, campos) que permitem a prática de alguma atividade física de lazer com segurança?

1 Não 2 Sim Qual _____

6. O quanto você gosta de participar das aulas de Educação Física:

Não gosto 1 2 3 4 5 6 7 Gosto Muito

7. Quanto às informações sobre os benefícios da atividade física regular de lazer você se considera uma pessoa:

Pouco informado 1 2 3 4 5 6 7 Bastante informado

8. O **Lazer** é caracterizado como um **momento de livre escolha, prazeroso e desinteressado (ou seja, não visa um retorno financeiro)**. Sendo assim, você considera a prática de uma atividade física regular realmente como uma forma de lazer?

1) SIM 2) NÃO

9. Realizar atividade física regular de lazer para mim é:

1	desagradável	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	agradável
2	tolo	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	sábio
3	inútil	-3	-2		0	+1	+2	+3	útil
4	desnecessário	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	necessário

10. Muitas pessoas que são importantes pra mim pensam que eu...

Não deveria -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 Deveria

...realizar alguma atividade física regular de lazer.

11. Eu sinto que a pressão social é no sentido de que eu...

Não deveria -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 Deveria

...realizar alguma atividade física regular de lazer.

12. Acho que as pessoas pensam que eu...

Não deveria -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 Deveria

...realizar alguma atividade física regular de lazer.

13. Eu me sinto confiante de que, se quiser, sou capaz de realizar uma atividade física regular de lazer.

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

14. Para mim, realizar atividade física regular de lazer é...

Fácil 1 2 3 4 5 6 7 Difícil

15. A decisão de realizar atividade física regular de lazer está **além do meu controle...**

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

16. Realizar ou não uma atividade física regular de lazer depende **só de mim...**

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 6 7 Concordo totalmente

IMPORTANTE:

ANTES DE DEVOLVER O FORMULÁRIO, POR FAVOR, VERIFIQUE SE DEIXOU, INVOLUNTARIAMENTE, QUESTÕES EM BRANCO. RESPONDA AS QUESTÕES QUE VOCÊ SE ESQUECEU DE PREENCHER.