UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E PRÁTICAS EDUCATIVAS

ANDRÉA CRISTINA DA SILVA BENEVIDES

SISTEMA SÓCIO COGNITIVO E ADESÃO AO EXERCÍCIO FÍSICO: PRÁTICAS COMUNICATIVAS E MUDANÇA NAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

RIO DE JANEIRO
2014

ANDRÉA CRISTINA DA SILVA BENEVIDES

SISTEMA SÓCIO COGNITIVO E ADESÃO AO EXERCÍCIO FÍSICO: INTERVENÇÃO E TRANSFORMAÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Universidade Estácio de Sá, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Educação. Área de concentração: Representações Sociais e Práticas Educativas.

Orientador: Professor Doutor Pedro Humberto Faria Campos

RIO DE JANEIRO

2014

B465s Benevides, Andréa Cristina da Silva

Sistema sócio cognitivo e adesão ao exercício físico: práticas comunicativas e mudança nas representações sociais no contexto da educação para a saúde/ Andréa Cristina da Silva Benevides. - Rio de Janeiro, 2014.

218f.; 30cm.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Universidade Estácio de Sá, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Educação. Área de concentração: Representações Sociais e Práticas Educativas.

1. Atividade Física 2.Representações Sociais. 3. Educação para saúde I. Benevides, Andréa Cristina da Silva II. Título.

CDD 796

ANDRÉA CRISTINA DA SILVA BENEVIDES

SISTEMA SÓCIO COGNITIVO E ADESÃO AO EXERCÍCIO FÍSICO: PRÁTICAS COMUNICATIVAS E MUDANÇA NAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Universidade Estácio de Sá, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Educação pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

Orientador: Prof. Dr. Pedro Humberto Faria Campos

Aprovada em ___/___/_____.

COMISSÃO JULGADORA

_____
Prof. Dr. Pedro Humberto Faria Campos – Presidente
Universidade Estácio de Sá, UNESA, Brasil

_____
Profa Dra. Rita de Cássia Pereira Lima
Universidade Estácio de Sá, UNESA, Brasil

_____
Profa Dra Helenice Maia Gonçalves
Universidade Estácio de Sá, UNESA, Brasil

_____
Prof. Dr. Antonio Marcos Tosoli Gomes
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Brasil.

_____
Profa Dra Edna Maria Querido de Oliveira Chamon
Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil.

A meu esposo e a meus filhos, pelo apoio incondicional em todos os momentos, principalmente nos de incerteza, muito comuns a quem tenta trilhar novos caminhos.

Sem vocês, nenhuma conquista valeria a pena.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela fé que me mantém viva e fiel à vida honesta de trabalho e de estudo.

Aos meus filhos, não apenas a razão do meu viver, mas a minha vida!

Ao meu esposo Jaime, que sempre me apoiou e sempre esteve a meu lado, fazendo com que eu superasse os limites, enfrentando comigo todos os desafios e me ajudando a vencer, presenteando-me com momentos de grande ternura e amor, mesmo nos piores momentos, estendendo-me a mão, orientando-me e ensinando-me que, na vida, há sempre um melhor caminho a seguir.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Pedro Humberto Faria Campos, meu reconhecimento pela oportunidade de realizar este trabalho ao lado de alguém que transpira sabedoria; meu respeito e admiração pela sua serenidade, capacidade de análise do perfil de seus alunos, e pelo seu Dom no ensino da Ciência, inibindo sempre a vaidade em prol da simplicidade e da eficiência.

À Universidade Estácio, por me premiar com uma Bolsa de cem por cento durante todo o curso, além do apoio incondicional do grupo gestor do Centro Universitário Estácio do Ceará, em nome da Reitora Ana Flávia Alcântara Rocha Chaves.

Aos meus alunos Mendonça, Jussara, Ramon e Júlia que enfrentaram comigo este desafio, dando-me muito orgulho e principalmente coragem de continuar professora.

O homem, ser de relações, e não só de contatos, não apenas está no mundo, mas com o mundo.

Paulo Freire

RESUMO

A presente tese propôs buscar, através da proposta de um programa de promoção de atividades físicas em empresas, entender a representação social da atividade física e mecanismos de adesão. A abordagem estrutural de Jean-Claude Abric da Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovicifoi utilizada neste estudo para fornecer subsídios teóricos que permitiram entender questões do mundo organizacional e sua relação com a prática de atividade física. Participaram da primeira fase deste estudo, voluntariamente, para a avaliação, 43 mulheres, com média de idade de 27,96 anos, variando de 17 a 43 anos, e 62 homens, com média de idade de 28,51 anos, variando entre 16 e 56 anos, funcionários de uma rede de supermercados. Os sujeitos foram avaliados para obtenção de medidas de perfil através da avaliação física, do nível de atividade física e do risco à prática de atividade física. O levantamento dos conteúdos e da estrutura das representações dos sujeitos foi realizado através do Questionário de Representação Social, utilizando o método da “análise das evocações”. Foram constituídos dois grupos focais, compostos inicialmente de 10 pessoas, tendo, no total, 17 homens e 3 mulheres Na formação voluntária do grupo de estudo, foi conservada a característica da maioria (55% no grupo de estudo e 70,47% na população): apresentar sobrepeso e obesidade e ter feito atividade vigorosa na última semana (90% no grupo de estudo e 88% na população).Os resultados e as análises apresentados indicaram que a Representação Social da Atividade Física, dos funcionários, possui um conteúdo supostamente organizado em torno de “saúde”, articulada com o que se estabelece entre os elementos constituintes de um provável núcleo central e sistema periférico da representação social da “saúde” expressa, que podemos considerar como modalidades de exercícios e de estado físico. As análises apresentadas sugerem a presença de um processo de mudança que levou os indivíduos à adoção de novas práticas.

Palavras-chave: Representações Sociais. Adesão. Atividade Física.

ABSTRACT

This thesis proposes to seek, through a program to promote physical activity in companies, understand the social representation of physical activity and adhesion mechanisms. The structural approach of Jean-Claude Abric of the Theory of Social Representations of Serge Moscoviciwas used in this study to provide theoretical support that enabled understanding issues of organizational world and its relationship with physical activity. Participated in the first phase of this study voluntarily, to evaluate 43 women with an average age of 27,96 years, ranging 17-43 years old and 62 men with an average age of 28,51 years, ranging between 16 and 56 years, employees of a supermarket chain. The subjects were evaluated to obtain profile measurements, through physical assessment, level of physical activity and the risk for physical activity. The contents and structure survey of the subjects representations was accomplished through Social Representation Questionnaire, using the method of "analysis of evocations." Two focus groups were initially composed of 10 people with a total 17 men and 3 women. In the voluntary formation of the study group, was conserved feature of most (55% in the study group and 70.47% in the population) have overweight and obesity and have made vigorous activity in the last week (90% in the study group and 88% in the population). The results and analyzes presented up to this stage, indicated that the Social Representation of Physical Activity, of the employees, allegedly has a content organized around "health", articulated with what's established between the elements of a likely core and peripheral system of social representation expressed, "health" that can be considered as forms of exercise and physical state. The analyzes presented suggests the presence of a changing process that led individuals to adopt new practices.

Keywords: Social Representations. Adhesion. Physical Activity

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Justificativa das palavras mais importantes 111
Quadro 2 - Escalas de mensuração de atitude 115

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Conceituação de atividade física segundo dicionários especializados ...38
Figura 2 - Conceituação de exercício físico segundo dicionários especializados ...39
Figura 3 - Conceituação de esporte segundo dicionários especializados 39
Figura 4 - Distribuição e frequência de programas de atividade física financiados pelo ministério da saúde do brasil, de acordo com as regiões do país 41
Figura 5 - Primazia da situação subjetiva sobre a situação objetiva 63
Figura 6 - Modelo TPB decomposta.....66
Figura 7 - Modelo da adoção.....67
Figura 8 - Clasificação de adultos em função do IMC 80
Figura 9 - Organização de representação social de saúde 113
Figura 10 - Representação social de saúde.....115
Figura 11 - Sistema de representação, práticas comunicativas e condicionalidade.....185
Figura 12 - Comportamento em condições de normalidade.....186
Figura 13 - Comportamento em condições de intervenção.....187

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação de riscos à saúde em função do percentual de gordura segundo Lohman....80
Tabela 2 - Parâmetros de circunferência da cintura (para adultos)....82
Tabela 3 - Parâmetros cintura/quadriL....82
Tabela 4 - Preditores de saúde e frequência de risco para homens e mulheres estudadas....97
Tabela 5 - Risco para hipertensão e doenças metabólicas....98
Tabela 6 - Variação de peso entre a 1ª e 2ª avaliações....99
Tabela 7 - Variação do IMC entre A 1ª e 2ª avaliações....100
Tabela 8 - Variação do IC entre a 1ª e 2ª avaliações....101
Tabela 9 - Variação da C entre A 1ª e 2ª avaliações....102
Tabela 10 - Variação da RCQ entre A 1ª e 2ª avaliações....102
Tabela 11 - Variação da RCE entre A 1ª e 2ª avaliações e CC....103
Tabela 12 - Classificação do nível de atividade física da população masculina....105
Tabela 13 - Classificação do nível de atividade física da população feminina....105
Tabela 14 - Classificação do nível de física do grupo de estudo....106
Tabela 15 - Classificação do nível de atividade física do grupo feminino....107
Tabela 16 - Elementos da representação de saúde organizados após tratamento dos dados com o auxílio do programa EVOC....109
Tabela 17 - Respostas mais importantes sobre saúde....111
Tabela 18 - Elementos da representação de atividade física organizados após tratamento dos dados com o auxílio do programa EVOC....113
Tabela 19 - Importância da atividade física em sua vida....117
Tabela 20 - Importância da atividade física na vida de seu colega....117
Tabela 21 - Percepção positiva/negativa da importância da atividade física em sua vida 118
Tabela 22 - Percepção positiva/negativa da importância da atividade na vida de seus colegas....119
Tabela 23 - Teste qui-quadrado partição da importância da atividade física na sua vida....120
Tabela 24 - Teste qui-quadrado partição da importância da atividade física na vida de seu colega....120

Tabela 25 - Teste dos resíduos da percepção da importância da atividade física para seus colegas. 121
Tabela 26 - Teste dos resíduos da percepção da importância da atividade física na sua vida 122
Tabela 27 - Elementos da representação dos motivos que as pessoas geralmente dão para praticar atividade física.....123
Tabela 28 - Elementos da representação dos motivos que as pessoas geralmente dão para não praticar atividade física.....124
Tabela 29 – O que mais gosta de fazer nos horários de folga 125

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1– Frequência da importância da atividade física na sua vida.....115
Gráfico 2 – Frequência da importância da atividade física na vida de seu colega 119116

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	-	Abdome
ACSM	-	American College of Sport Medicine
AIDS	-	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AF	-	Atividade Física
ANS	-	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CC	-	Circunferência da Cintura
CELAFISCS	-	Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul
CONASEMS	-	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	-	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONFEF/CREFs	-	Conselho Federal e Regionais de Educação Física
CV	-	Cardiovascular
DORT	-	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
DCNT	-	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EMC	-	Modelo de Estágios de Mudança de Comportamento
EVOC	-	Programas para Análise de Evocações
GL	-	Ginástica Laboral
IMC	-	Índice de Massa Corporal
Índice C	-	Índice de Conicidade
IPAQ	-	Questionário Internacional de Atividade Física
LER	-	Lesões por Esforços Repetitivos
LBM	-	Massa Magra
MET-minutos	-	Termo Equivalente Metabólico
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
PACS	-	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PARQ	-	Questionário de Prontidão Atividade Física
PC	-	Peso Corporal Total
PG	-	Pesos de Gordura
PNPS	-	Política Nacional de Promoção da Saúde
PO	-	Peso Ósseo

PQT	-	Programa de Qualidade no Trabalho
PR	-	Residual
PR	-	Residual
PSF	-	Programa de Saúde da Família
RCE	-	Relação Cintura Estatura
RCQ	-	Relação Cintura/Quadril
ROC	-	Receiver Operating Characteristic
RS	-	Representações Sociais
SB	-	Subescapular
SESI	-	Serviço Social da Indústria
SI	-	Supra Ilíaca
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TR	-	Tríceps
TRS	-	Teoria das Representações Sociais
VIGITEL	-	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico
%G	-	Percentual de Gordura

LISTA DE SÍMBOLOS

%	-	Percentagem
Kg	-	Quilograma (unidade de massa)
m	-	metro (unidade de altura)
cm	-	centímetro

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 19
1.1 Cuidados com a saúde 21
1.2 Contexto da promoção da saúde 26
1.3 Práticas de promoção da saúde 34
1.4 **Atividade Física como prática de promoção da saúde** 38
1.5 **Representação Social da prática de atividade física** 54
1.6 **Condicionalidade e práticas comunicativas** 70
1.7 **Atividade física no ambiente de trabalho** 73
2 MÉTODOS 79
2.1 Estratégias metodológicas 79
2.1.1 Medidas de perfil para avaliação física 79
2.1.2 Medidas do nível de atividade física 84
2.1.3 Medidas de risco à prática de atividade física 85
2.1.4 Grupo Focal como instrumento da pesquisa 85
2.1.5 Questionário de Representação Social 87
2.2 Sujeitos 88
2.3 Instrumentos e Procedimentos 89
2.3.1 Avaliação Física 89
2.3.2 IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) 91
2.3.3 PAR-Q 91
2.3.4 Questionário de Representação Social 91
2.3.5 Grupo focal 94
3 RESULTADOS 97
3.1 Avaliação Física 97
3.1.1 População 97
3.1.2 Grupos de estudo 98
3.2 IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) 105
3.2.1 População 105
3.2.2 Grupo de estudo 106
3.3 Medidas de risco à prática de atividade física 106
3.4 Questionário de Representação Social 107
3.4.1 Representação de “Saúde” 108

3.4.2 Análise da seleção de palavras principais 110
3.4.3 Representações de Atividade Física 113
3.4.4 Escalas de mensuração de atitude relativa aos elementos de representação de atividade física 115
3.4.5 Importâncias da atividade física 116
3.4.6 Lugares para a prática de atividade física 122
3.4.7 Justificativas para praticar atividade física 122
3.4.8 Justificativas para não praticar atividade física. 124
3.4.9 O que você mais gosta de fazer durante seus horários de folga e no final de semana 126
3.5 Grupo Focal 127
3.5.1 1ª Sessão (22/08/2013) 131
3.5.2 2ª Sessão (17/09/2013) 137
3.5.3 3ª Sessão (01/10/2013) 141
3.5.4 4ª Sessão (17/10/2013) 145
3.5.5 5ª Sessão (05/11/2014) 148
3.5.6 6ª sessão (14/11/2013) 152
3.5.7 7ª Sessão (26/11/2013) 154
3.5.8 8ª Sessão (12/12/2013) 1957
3.5.9 9ª Sessão (17/12/2014) 160
4 DISCUSSÕES DOS RESULTADOS 163
4.1 Medidas de perfil, nível de atividade física e medidas de riscos à prática de atividade física. 163
4.2 Crenças normativas e representações sociais sobre atividade física e saúde 166
4.3 Experiências com um novo modelo de intervenção 173
4.4 Transformação da representação da atividade física e adesão às novas práticas. 177
5 CONCLUSÕES DO ESTUDO 183
REFERÊNCIAS 188
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO RS 202
APÊNDICE B - CARTEIRA DE CONTROLE 209
APÊNDICE C - FICHAS DE AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA 210
APÊNDICE D - CIRCULAR 211

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 212
ANEXO A - PAR-Q 213
ANEXO B - IPAQ 214
ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP 215

1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde vigente no Brasil deixa à sua margem grande parte da população brasileira. O processo de universalização das ações e dos serviços promovido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido caracterizado como excludente. Embora tenha sido acompanhado de um processo de racionalização do financiamento e da inclusão de todas as camadas sociais na atenção pública à saúde, as filas em busca de atendimento médico, principalmente do de alta complexidade, é notícia diária na mídia.

Muitos avanços foram conseguidos ao longo da história do SUS, transformando-o num sólido sistema de saúde que presta serviços à população brasileira. Existem ainda muitos desafios a superar nas três esferas de governo: no municipal, no estadual e no federal, dentre eles, a organização da atenção e da assistência à saúde e a ampliação do acesso dos cidadãos aos serviços para garantir a inclusão assistencial de um grande contingente populacional, somado ao fato de que os níveis de assistência secundária e terciária são onerosos ao Estado.

Na perspectiva de superar essas dificuldades e minimizar o aumento dos custos do sistema, é importante pensar num maior investimento na promoção da saúde. Dentre as medidas que podem ser modificadas, estão os hábitos de vida saudável, nos quais se inclui a prática de exercícios físicos.

Segundo Gualano e Tinucci (2011), a inatividade física, independente de classe socioeconômica, é um dos grandes problemas de saúde pública, criando um ônus alarmante relacionado ao tratamento de doenças e às condições possivelmente evitadas pela prática regular de atividade física.

A falta de acesso ao componente educativo que congregue experiências de aprendizagem as quais facilitam ações voluntárias conducentes à saúde e que garanta o conhecimento sobre a importância da prática de exercícios compromete a saúde da população, visto que as mudanças desejáveis para melhoria da sua qualidade de vida estão intimamente ligadas ao acesso à informação e ao conhecimento. Percebe-se, porém, que por si só, este cuidado não vai determinar uma equidade no acesso aos programas de atividade física.

As intervenções na saúde devem gerar mudanças e efeitos a curto, médio e longo prazo com estratégias locais de desenvolvimento. Para tanto, é necessário que haja um desenvolvimento social sustentável, através do envolvimento, da

mobilização, da participação e da capacitação dos atores e sujeitos comunitários para ganhar maior controle sobre sua saúde.

No Brasil, são raros os programas de atividade física nas empresas que enfoquem a promoção da saúde com caráter educativo e que promovam uma conscientização e um aumento da prática de exercícios, visando à melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores e da população em geral. Os programas de ginástica laboral, que se constitui de exercícios físicos realizados no ambiente e no horário de trabalho, têm como objetivo melhorar a saúde e evitar lesões de desgaste de estruturas do sistema musculoesquelético que atingem várias categorias profissionais, tendo várias denominações, entre as quais Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT).

Para verificar a incidência dos programas de ginástica laboral no estado do Ceará, Maciel et al. (2005) realizaram um levantamento junto a duas instituições que normalmente implantam esses programas em fábricas ou em empresas de serviço e em nenhum dos programas pesquisados encontraram um acompanhamento individual ou médico dos empregados no que se refere à sua real capacidade de realizar a atividade proposta.

Nos programas de intervenção de promoção da saúde que objetivam a mudança do comportamento na prática de atividade física, é importante entender opiniões, informações, atitudes e crenças organizadas em torno da sua significação central. Para tanto, a perspectiva psicossocial da Teoria das Representações Sociais, desenvolvida por Serge Moscovici e aprofundada por Abric e Denise Jodelet fundamentará a minha exposição. O estudo das Representações Sociais torna-se importante para atingir os propósitos deste estudo na medida em que investiga justamente como se formam e como funcionam os sistemas de referência que utilizamos para classificar pessoas e grupos e para interpretar os acontecimentos da realidade cotidiana, possuindo elementos essenciais à análise dos mecanismos que interferem na eficácia do processo educativo.

Este estudo se propõe buscar, através da proposta de um programa de promoção de atividades físicas em empresas, entender a representação social da atividade física e os mecanismos de adesão. Este programa poderia tornar-se uma grande oportunidade de democratizar conhecimentos a respeito da atividade física no contexto da saúde e de cuidados com os hábitos de vida, o que certamente tornaria os indivíduos mais ativos.

1.1 Cuidados com a saúde

É a filosofia que inicia, a partir de Hipócrates, a análise e a valorização do equilíbrio entre corpo, alma, natureza e sociedade, pela observação e intervenção clínica em estudo de quase dois mil e setecentos anos. Seus cuidados se restringiam a ar fresco, a boa dieta, a purgativos suaves, a sangria moderna, a mingaus e sopas de aveia, a mistura de mel com vinagre, a massagens e a banhos (ECO, 2011). Essa visão do tratamento pela experiência será dominante até meados do século XIX.

Na história do Império Romano, encontram-se relatos da cura de Galeno, que se apoiava na teoria dos “humores” dos Gregos, que desenvolviam a cura baseada na medicina psicossomática[1]. Ainda, nessa época, com o advento do cristianismo, são recuperados aspectos antropológicos e espirituais da medicina clássica, porém apresentando dificuldades na explicação de alguns processos nos planos teóricos e doutrinários da saúde e da doença. Em relação à percepção corporal, as crenças no cristianismo trazem a implantação do ascetismo e da abstinência sexual, voltado para um regime equilibrado de vida, no qual o espírito deve controlar as manifestações físicas. O estado doentio que era até então considerado um estado contrário à natureza e combatido pelo médico, com a ajuda do doente, passa a ser atribuído à fragilidade causada pelo pecado original, uma oportunidade de provação, cujas curas estão relacionadas com milagres (MEDICI, 1992).

Nesse contexto, é criada, a partir do século VI, por iniciativas de indivíduos religiosos, a estrutura do hospital, instituições caritativas, que vêm atender os membros mais fracos da comunidade e os doentes (MEDICI, 1992). O Cristianismo, devido às suas concepções de caridade, estrutura os hospitais como fundações devotas e com ordens religiosas dedicadas a servir as pessoas, permanecendo influente durante a Idade Média.

Com o desenvolvimento da anatomia, o comportamento e o modo de vida dos indivíduos se modificam devido à transformação nas representações de ser humano e de mundo. A medicina, antes do aprofundamento dos estudos anatômicos, que ocorreu principalmente no século XVII, era embasada nos

[1]Reação de estados mentais sobre as enfermidades orgânicas.

conhecimentos advindos da Metafísica, ou seja, o corpo era composto por várias almas, estas possuíam funções específicas quanto ao seu funcionamento. A partir de então, a medicina passou a ser curativa e, ao mesmo tempo, preventiva, com o objetivo de prolongar a vida, passando a existir, assim, a preocupação de manter em perfeito estado o funcionamento interno do corpo humano (MARQUES, 1993).

Nessa época, estava a nascer o que se pode designar por medicina científica, que rompia com muitas das antigas concepções. Havia obstáculos a serem vencidos pelos médicos inovadores, como a autoridade dos antigos, o temor do sacrilégio, a incompreensão e o ceticismo. A evolução da astronomia e da física irá permitir compreender os aspectos da medicina e afirmar a superioridade do método científico.

Ainda, no século XVII, concepções desenvolvidas por René Descartes, que influenciou o modo de fazer ciência, vêm marcar o desenvolvimento da medicina através do dualismo mente-corpo. Considerando a formulação cartesiana, o homem é composto por duas substâncias de natureza e lógica de funcionamento distintas: o corpo, dotado de materialidade e a mente, a qual seria imaterial, isenta da temporalidade (DESCARTES, 2000). Assim, os estudos irão conduzir-se através da procura em conseguir algum conhecimento da natureza, do qual a medicina viesse tirar regras mais acertadas do que aquelas que existiam naquele século (AIUB; NEVES, 2005). Essa posição norteou as investigações científicas até a ascensão de outras concepções como a fenomenologia[2].

> O modo de pensar cartesiano deixou como herança uma dicotomia mente-corpo e seus desdobramentos levaram a uma filosofia que secciona corpo-mente, cérebro-mente, mente-comportamento, natureza-cultura, ou seja, todos os aspectos que implicam uma relação mente e corpo, o corpo em suas partes, o corpo em relação ao ambiente são seccionados. A medicina, partilhando também a herança cartesiana, assume a mesma postura: isola o corpo, secciona-o em partes e ocupa-se das partes doentes. (CALDER, 1976, p.75).

Com o advento do capitalismo, nasce uma nova organização da medicina com prática coletiva nas instituições religiosas ou nos governos e, paulatinamente, a organização de clientelas privadas foi desmantelando sua lógica e tornando-a uma ação individual voltada para um mercado de compra e venda de serviços. Os detentores do saber e da técnica em medicina passaram a refletir sobre sua própria

[2]Estudo da consciência e dos objetos da consciência

prática, ou mais precisamente, passaram a identificar os fatos novos descobertos a partir de experimentos vinculados a essa prática podem ser acumulados e utilizados numa perspectiva de progresso. (MÉDICI, 1992).

Segundo Foucault (1979), até o século XVIII não havia preocupação com a comunidade como um todo, mas sim, uma grande atenção à saúde dos mais favorecidos na sociedade. Enquanto os pobres eram assistidos, na maioria das vezes, somente em caso de extrema urgência, como os de epidemia e eram considerados indigentes.

Assim, foi no século XVIII que a medicina moderna fixou sua própria data de nascimento em torno dos últimos anos do século, quando a doença se dá numa experiência "histórica", por oposição ao saber "filosófico", encontrando no corpo formas visíveis (NUNES, 2006).

> Foi esta reorganização "formal e em profundidade", mais do que o abandono das teorias e dos velhos sistemas, que criou a possibilidade de urna experiência clínica: ela levantou a velha proibição aristotélica; poder-se-á, finalmente, pronunciar sobre o indivíduo um discurso de estrutura cientifica (NUNES, 2006, p.148).

Neste momento, a medicina como ciência clínica aparece sob condições que definem, com sua possibilidade histórica, o domínio de sua experiência e a estrutura de sua racionalidade. Estando a filosofia dos séculos XVII e XVIII inaugurando um modo de pensar a questão da linguagem a partir de sua relação tanto com a realidade quanto com o pensamento, Foucault (1980) discute sobre o discurso, o da experiência médica, associando o duplo fundamento da palavra, onde ela se encontra em uma identidade consigo mesma que se supõe mais próxima de sua verdade: trata-se de, enunciando "o que foi dito, redizer o que nunca foi pronunciado".

> A partir daí, toda a relação do significante com o significado se redistribui, e isto em todos os níveis da experiência médica: entre os sintomas que significam e a doença que é significada, entre a descrição e o que e descrito, entre o acontecimento e o que ele prognostica, entre a lesão e o mal que ela assinala, etc. A clínica, incessantemente invocada por seu empirismo, a modéstia de sua atenção e o cuidado com que permite que as coisas silenciosamente se apresentem ao olhar, sem perturbá-las com algum discurso, deve sua real importância ao fato de ser uma reorganização em profundidade não só dos conhecimentos médicos, mas da própria possibilidade de um discurso sobre a doença. (NUNES, 2006, p.149).

Assim, é organizada uma medicina positiva, em que a “saúde substitui a salvação”, tomando, a partir deste momento, uma densidade filosófica comparável talvez à que tivera antes o pensamento matemático. Através do conhecimento do homem saudável, é possível a regência das relações físicas e morais do indivíduo e da sociedade, procurando o conhecimento do homem natural e social, sendo que até o final do século XVIII, a medicina referiu-se muito mais à saúde do que à normalidade (NUNES, 2006).

A fragmentação intelectual observada ainda no final do século XVIII apresentava grande ineficácia nos procedimentos médicos. O modo de pensar da Modernidade vai desenvolver o pensamento especializado e seccionando, focando a doença. O cuidado, que antes era do corpo e da alma, dirige-se agora à doença, à patologia (MÉDICI, 1992). Entre os historiadores das ciências podem-se distinguir aqueles que aceitam a existência de cosmologias[3]e visões de mundo e a presença de estruturas sociais relativamente sólidas, e outros[4] que pautam suas abordagens em atitudes históricas e filosóficas a partir da existência de uma ordem social e natural reconstruída (LOWY, 1994).

Com a propagação das doenças, a medicina das epidemias se opõe a uma medicina das classes, como a percepção coletiva de um fenômeno global. O olhar médico torna-se uma espécie de “registro clínico da série infinita e variável dos acontecimentos” (FOUCAULT, 1980, p. 25). O doente deixa de ser percebido em sua singularidade para formar uma consciência coletiva de todas as informações que se cruzam.

O poder político da burguesia emergente, no final do século XVIII, promove diferentes tipos de intervenção estatal sobre a questão da saúde das populações. Na Inglaterra, o movimento hospitalário e o assistencialismo precedem uma medicina de força de trabalho, isto é, uma medicina socializada, na qual o corpo torna-se força de produção, força de trabalho, já parcialmente sustentada pelo Estado em áreas urbanas. O desgaste da classe trabalhadora deteriorava profundamente suas condições de vida e de saúde, segundo demonstram relatórios

---

[3] Ramo da astronomia que estuda a origem, estrutura e evolução do Universo a partir da aplicação de métodos científicos defendidos por historiadores norte-americanos como NorthonWise, John Heilbron, LauraineDaston, Theodore Porter, Paul Forman.

[4]Steven Shapin, Simon Scheffer, Bruno Latour baseados nas abordagens de Michel Foulcault, Paul Veyne, Michel Serres.

dos discípulos de Louis, René Villerme (1782-1863) na França e Edwin Chadwick (1800-1890) (ROUQUAYROL, 2003).

No início do século XIX, a conjunção dos fenômenos como o nascimento da clínica e do método anatomoclínico, a persistência e o desenvolvimento de uma atitude moderada de ceticismo terapêutico e o advento da fisiologia como disciplina, vem definir os novos caminhos da medicina. Os historiadores costumam exaltar a nova concepção de medicina a qual vem explicar cientificamente a enfermidade, passando da observação passiva hipocrática para a experimentação ativa (FERREIRA, 1993). O avanço da fisiologia, da patologia e da bacteriologia, devido principalmente a Claude Bernard, Rudolf Virchow, Louis Pasteur e Robert Koch, com a descoberta de microrganismos causadores de doenças, representou um grande fortalecimento da medicina organicista.

Médice (1988) descreve que a saúde, como política da modernidade é identificada em três fases de evolução, traduzindo uma trajetória que também pode ser identificada nas políticas brasileiras. A primeira fase assistencialista caracterizou a política, de saúde até meados do século XIX, voltando a atenção para a saúde, para as populações mais empobrecidas e carenciadas. A segunda fase, a previdencialista, que se estende da segunda metade do século XIX até finais da primeira metade do século XX, tem em vista cobrir, sob a forma de seguro, aspectos ligados à saúde e à previdência para grupos de trabalhadores que se organizavam e autofinanciavam. Na terceira fase, a universalista, devido a circunstâncias marcadas pela calamidade, como a guerra, a saúde deixa de ser um atributo dos trabalhadores para ser direito do cidadão, independentemente de sua inserção no mercado de trabalho e de sua condição social.

Com a crise econômica mundial de 1929, uma crise da medicina científica foi desenvolvida na década seguinte. O avanço tecnológico e a tendência à especialização da prática médica provocaram uma redução de seu alcance social e uma incapacidade do sistema econômico monopólico em promover condições mínimas de vida e de saúde para a maioria de suas populações (ROUQUAYROL, 2003).

Redescobre-se, então, o caráter social e cultural das doenças e da medicina. O caráter "social" é desenvolvido a partir de medidas públicas de saneamento e de criação de hospitais de atendimento universal. Estes, por sua vez eram voltados para indigentes e segmentos desfavorecidos da população,

assumindo um caráter assimétrico de atenção (MÈDICI, 1992). Assim, na modernidade, cresce a chamada industrialização da saúde.

Tesser (2006), apresentando uma síntese livre de ideias de Illich (1975) sobre o tema, mostra que a “saúde” é encarada como obrigação, gerando uma obsessão do cidadão moderno, o qual se transforma em consumidor de especialistas, *personal trainers* e academias. Com isso, considera que a medicina institucionalizada transformou-se numa ameaça à saúde, produzindo efeitos deletérios devidos à ação médica, resultando em perda de autonomia na ação e no controle do meio pelos sujeitos.

No contexto das sociedades capitalistas neoliberais, a saúde, a partir das duas últimas décadas, vem articulando-se em torno da ideia de promoção da saúde a qual, combinando apoios educacionais e ambientais, enfatiza a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde. Esta revalorização da promoção da saúde vai resgatar o pensamento médico social do século XIX, afirmando as relações entre saúde e condições de vida (CZERSNIA, 1999).

1.2 Contexto da promoção da saúde

Em sete de abril de 1948, foi criada a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma agência especializada em saúde, subordinada à Organização das Nações Unidas, com sede em Genebra, na Suíça. Por ter como objetivo desenvolver ao máximo possível o nível de saúde de todos os povos, teve participação fundamental, no século XX, mais precisamente durante a década de 60, na busca de uma abordagem positiva nesse campo, isto é, uma abordagem que procurava superar o discurso centrado no controle de enfermidades.

As questões suscitadas ou geradas pelos constantes avanços e pelas especializações da ciência, pelo resultado de uma medicina cujo foco é a doença ao invés do humano, fizeram necessária a reflexão, sobretudo no âmbito da ética, acerca do cuidado com o humano (AIUB; NEVES, 2005).

A abertura da China Nacionalista com a realização de duas primeiras missões de observação de especialistas ocidentais promovidas pela OMS, na década de 60, e o movimento canadense, desenvolvido a partir do Relatório

Lalonde[5] estabelecem novos paradigmas, extrapolando a tradicional abordagem da atenção médica para uma abordagem não convencional, a qual procura ampliar a visão do cuidado da saúde em sua dimensão setorial e de envolvimento da própria população. Assim, propõe a superação do campo de ação dos responsáveis pela atenção convencional dos serviços de saúde (BRASIL, 2002). Uma série de declarações internacionais periodicamente é formulada, a partir de então, nas conferências realizadas sobre o tema.

Neste momento, é resgatada a concepção de saúde integral da Antiguidade Clássica, implicando o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e na proteção da saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua saúde, na Carta de Princípios de 7 de abril de 1948, como "estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente ausência de doença ou enfermidade", acarretando críticas de natureza técnica, política e libertária.

A função terapêutica e profilática da medicina e da filosofia que se desenvolve então irá remeter à discussão sobre manutenção e prevenção da saúde direcionando para a importância de uma alimentação equilibrada e a prática de exercícios físicos, como atitudes que a promovam.

Com a perspectiva de redirecionar as práticas de saúde, a sociedade capitalista neoliberal articula o discurso da saúde pública em torno da ideia de promoção da saúde, relacionando às condições de vida.

O termo "promoção da saúde" foi utilizado a princípio em 1945, por Sigerist, historiador médico, ao definir as quatro áreas de atuação da medicina: promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento das doenças e reabilitação (SILVA, 2009). Em 1976, Leavell e Clark, que descreverem a História Natural da Doença, caracterizando um nível de atenção da medicina preventiva, apresentando uma visão reducionista do homem a sua condição natural e biológica. Nos últimos vinte anos, desenvolveu a noção promoção de forma mais vigorosa visando a aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde (WHO, 1986).

---

[5]O relatório Lalonde foi um relatório produzido em 1974 no Canadá, sob o nome de *A new perspective onthehealthofCanadians* (Uma nova perspectiva da saúde de canadenses), sendo o primeiro relatório governamental moderno no mundo ocidental a reconhecer que a ênfase em assistência médica sob um ponto de vista biomédico é errado, e que é necessário olhar além do sistema tradicional de saúde (tratamento dos doentes) se o objetivo é melhorar a saúde do público.(LALONDE, 1974)

A “prevenção” exige uma ação antecipada, cujo objetivo é o controle da transmissão e redução de risco, tendo como base o conhecimento epidemiológico moderno. A “promoção” irá abordar uma definição mais ampla, não se relacionando a uma determinada doença e sim aos níveis gerais de saúde e bem-estar (LEAVELL; CLARK, 1976)

A promoção da saúde foi, então, conceituada como “O processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e de saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo”, apresentando como requisitos: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (WHO, 1986, p.19).

A base conceitual do movimento da medicina preventiva estabelece seu desenvolvimento baseada em três pilares. O primeiro define o modelo de causalidade das doenças a partir das relações entre agente, hospedeiro e meio-ambiente[6]; o segundo identifica os períodos prépatogênico e patogênico[7] como “história natural da doença”; o terceiro define o conceito de prevenção[8] em três fases: primária, secundária e terciária[9].

Silva (2009) identifica três momentos históricos conceituais, políticos e ideológicos sobre promoção da saúde. O primeiro momento, do início do século XIX até meados do século XX, é caracterizado por uma concepção higienista; o segundo momento, na segunda metade do século XX, por uma visão comportamentalista, prevalecendo o enfoque sobre os estilos e os hábitos de vida com forte ênfase na responsabilização individual, marcado pelo fortalecimento da clínica e pela sistematização da educação médica com publicação do Relatório Flexner[9]; o terceiro momento histórico, tendo como marco inicial a publicação do Informe Lalonde[10], em

---

[6]Relação denominada como“tríade ecológica”.

[7]“Todas as interrelações do agente, do hospedeiro e do meio ambiente que afetam o processo global e seu desenvolvimento, desde as primeiras forças que criam o estímulo patológico no meio ambiente ou em qualquer outro lugar (pré-patogênese), passando pela resposta do homem ao estímulo, até às alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte (patogênese)” (LEAVELL; CLARCK, 1976, p.15).

[8]“Ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença” (LEAVELL; CLARCK, 1976, p.17).

[9] Em 1910, foi publicado o estudo Medical Education in the United Statesand Canada – A Reporttothe Carnegie Foundation for theAdvancementofTeaching, que ficou conhecido como o Relatório Flexner (FlexnerReport) e é considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial (PAGLIOSA; DA ROS, 2008. p.493).

[10] Documento oficial do Governo do Canadá é um dos marcos da tendência de promoção da saúde.

1974, no Canadá, é instaurado com as Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, marcando a “Nova Promoção da Saúde” que traz uma concepção sócioambientalista sobre o tema. Na descrição da proposta de modelo explicativo em saúde, o relatório identifica o papel de quatro grupos na determinação do processo saúde-doença: biologia humana (genética e função humana), organização dos serviços de saúde; ambiente (natural e social) e estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde). (CZERESNIA, 2003).

Neste período, países socialistas desempenhavam papel importante na Organização. A Conferência de Alma-Ata, na ex-União Soviética, enfatizou as enormes desigualdades na situação de saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos; destacou a responsabilidade governamental na provisão da saúde e a importância da participação de pessoas e comunidades no planejamento e na implementação dos cuidados à saúde que, adaptados às condições econômicas, socioculturais e políticas de uma região deveriam incluir pelo menos: educação em saúde, nutrição adequada, saneamento básico, cuidados materno-infantis, planejamento familiar, imunizações, prevenção e controle de doenças endêmicas e de outros frequentes agravos à saúde, provisão de medicamentos essenciais (SCLIAR, 2007).

Para identificar as temáticas que trabalham nessa área, Lira et al. (2009) buscaram no banco de teses da Capes 678 estudos, entre 2000 e 2004, que possuíam como descritor, em qualquer parte do resumo, a terminologia promoção da saúde, identificando as áreas de conhecimento desenvolvidas pelas teses de pós-graduação, nas quais foram citados: Saúde Coletiva, em 138 pesquisas (16%), enfermagem em 122 (14,2%), Saúde Pública, em 85 (9,9%), educação em 73 (8,5%)19. Entre todas as outras temáticas que compreendem diferentes áreas da saúde, humana, tecnológica, administrativa e jurídica foram encontrados 363 estudos (42,2%).

Carvalho (2004), ao revisar publicações sobre o assunto, identifica dois posicionamentos centrais sobre promoção da saúde. O primeiro tende a afirmar o caráter progressista da *Nova Promoção à Saúde* sendo o segundo grupo aquele que relaciona o conceito ao discurso neoliberal e individualista, por estar baseado em condições individuais.

Segundo documentos originários de eventos internacionais[11,] as Conferências Internacionais de Promoção da Saúde colocaram na agenda global a discussão sobre o tema, enfocando mudanças nos paradigmas da saúde no mundo, relacionando a atenção primária de saúde, políticas públicas saudáveis e ambientes/cidades saudáveis. A década de 70 foi marcada por grandes expectativas por uma nova saúde pública desenvolvida a partir das discussões sobre Cuidados Primários em Saúde (Declaração de Alma-Ata), Saúde para Todos (OMS) e a necessidade de ações intersetoriais (Assembleia Mundial da Saúde). (BUSS, 2000).

A Carta de Ottawa[12] (WHO, 1986, p.1) foi um dos documentos fundadores da promoção da saúde atual, associando o termo a um conjunto de valores: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Define Promoção da Saúde como "o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo".

> Saúde é criada e vivida pelas pessoas dentro das configurações de sua vida cotidiana, onde eles aprendem, trabalham, brincam e amam. O princípio orientador para o mundo, da mesma forma para nações, regiões e comunidades, traduz a necessidade de incentivar a manutenção recíproca -. Cuidar uns dos outros, nossas comunidades e nosso meio ambiente natural. (WHO, 1986, p.2).

Mesmo considerando que esse conceito tenha potencial explicativo e possa ser operativo, e não querendo reduzir a realidade de suas possibilidades de apreensão sensível, esta definição vem evidenciar a expectativa da comunidade internacional por uma saúde pública inclusiva, levando em conta os determinantes do processo saúde-doença-cuidado, na busca de equidade e de justiça social.

No contexto internacional, consolida-se assim, a abordagem socioambiental, a qual preconiza a centralidade das condições de vida para a saúde, tendo como pré-requisitos essenciais, a necessidade de maior justiça social, a

---

[11] Considera-se para este estudo os documentos originários de eventos internacionais, quais sejam: a 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em Ottawa, Canadá (1986), seguida de outros fóruns com a elaboração de documentos como a Declaração de Adelaide (Austrália, 1988); Declaração de Sundsvall (Suécia, 1991); Declaração de Bogotá (Colômbia, 1992); Declaração de Jacarta (Indonésia, 1997), Conferência do México (2000) e Carta de Bangkok (Tailândia, 2005).

[12] Carta de Intenções elaborada a partir das discussões da Primeira Conferência Internacional de Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986

equidade, a educação, o saneamento, a paz, a habitação e salários apropriados (CARVALHO, 2004).

Assim, retoma-se à ética, propiciando as reflexões sobre o cuidado com o humano, o que implica uma compreensão do todo: mente, corpo, natureza e sociedade e torna necessário o conhecimento das circunstâncias, do ambiente, dos hábitos, da organização social e familiar para atingir e manter o equilíbrio e a saúde. Há um redimensionamento das questões de saúde, apontando e fundamentando atitudes que promovam a saúde, com uma visão organicista do humano, resgatando o conceito de saúde como equilíbrio integral – completo bem-estar físico, mental e social. O exercício físico e a alimentação equilibrada passam a ser tão necessários à manutenção da saúde e à prevenção, quanto o exercício do pensar (AIUB; NEVES, 2005).

No Brasil, segundo Machado (2006), o setor saúde surgiu no início do século XX, fundamentado no modelo alemão de polícia médica, para garantir que os produtos exportados fossem livres de pragas e tivessem maior aceitação no mercado europeu. (MACHADO, 2006).

Ainda, segundo o autor, apesar de ser introduzido o conceito de prevenção na década de 60, a predominância de uma prática individual é mantida durante mais duas décadas, com enfoque curativo dos problemas de saúde e as dicotomias teoria-prática, psíquico-orgânico e indivíduo- sociedade. Com a elevação de custos dos procedimentos médicos pela incorporação de alta tecnologia, a qual elevou progressivamente os custos dos procedimentos, o Brasil passa a acompanhar a reformulação de seu sistema de saúde, acompanhando a tendência dos demais países ocidentais.

As ideias sobre promoção da saúde no Brasil foram introduzidas em meados dos anos 80, alimentadas pelo debate em torno da Reforma Sanitária. Com a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986, que contou com a participação de diversos setores organizados da sociedade, houve um consenso de que, para o setor da saúde no Brasil, não era suficiente uma mera reforma administrativa e financeira, mas sim uma mudança em todo o arcabouço jurídico-institucional vigente, que contemplasse a ampliação do conceito de saúde segundo os preceitos da reforma sanitária. (ANDRADE et al., 2000).

A partir dessa diferenciação, percebe-se, por parte dos setores de políticas de saúde do Brasil, a necessidade de reestruturar os serviços de atenção à

saúde, identificando os múltiplos fatores determinantes, além da necessidade de mediação da saúde com outros setores, a busca de parcerias e de alianças, a necessidade de melhorar o acesso da população aos serviços e reduzir iniquidades. Essa mudança estabelece uma nova ordem na distribuição de deveres e direitos, sendo eficaz através da partilha da responsabilidade entre Estado, sociedade, ONGs e setor privado, apesar de considerar a implementação da política de promoção da saúde como responsabilidade do setor público. (LOPES, 2010).

Com a 8ª Conferência Nacional da Saúde e com a liderança do Movimento Sanitário[13], criam-se as bases conceituais para a concepção de um novo sistema de saúde no país, o Sistema Único de Saúde (SUS), cujo objetivo é alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população brasileira, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão. Este se fundamenta a partir das diretrizes de universalidade da atenção, equidade do atendimento, integralidade das ações em todos os níveis de atenção, descentralização do sistema e da participação social.

O SUS se propõe promover a saúde, priorizando as ações preventivas e democratizando as informações relevantes, para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde. (OLIVEIRA; BORGES, 2008).

Outro marco no mesmo período foi a 1ª Conferência Latino-Americana sobre Promoção da Saúde, quando foram discutidas estratégias coletivas para melhorar os padrões sanitários regionais e alcançar a equidade na saúde. Diversas perspectivas e estratégias têm sido discutidas em diferentes fóruns ao longo dos últimos 20 anos, levando à aprovação e à implementação de uma política nacional que define as diretrizes para a promoção da saúde dentro do SUS. (CARVALHO, 2008).

Para Scliar (2007) a promoção da saúde pode ser considerada não só uma proposta racionalizadora, mas também uma proposta política, que propõe tecnologia simplificada em vez da tecnologia sofisticada oferecida por grandes corporações.

Com a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) e, mais tarde, em 1990, com a Lei Orgânica da Saúde, ocorre a alteração da concepção clássica de atenção à saúde, com ações assistencialistas e curativas, para uma proposta que se sustenta

---

[13]A Reforma Sanitária foi um processo político e democratizador do setor saúde conquistado pela sociedade.

em um conceito ampliado. A saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado, como acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. (ROMAGNOLI, 2009)

No artigo 196, a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) evita discutir o conceito de saúde, mas diz que:

> A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação (SCLIAR, 2007, p.29).

Em 1991, é implantado no Nordeste do Brasil o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o objetivo de cobrir regiões com baixa cobertura médica. Assim, sob a perspectiva de transformar e reorientar o modelo assistencial a partir da atenção básica, além de propor maior apoio financeiro aos municípios, surge, em 1993, o Programa de Saúde da Família (PSF). Fundamentando-se em equipes multiprofissionais de saúde (MACHADO et al., 2006), passa a ser considerado como um dos caminhos para a reorganização do modelo assistencial do País. É composto de uma equipe de profissionais da saúde, deixando o foco no indivíduo para centrar-se na família, inserida numa dada comunidade e sociedade.

O processo de trabalho no PSF se pauta na separação das funções por categoria profissional, tentando migrar de um modelo centrado no atendimento da demanda para um modelo que prioriza a vigilância à saúde, fazendo promoção, prevenção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade das ações (ARCHANJO et al., 2008). Utiliza uma equipe mínima (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório odontológico e agente comunitário de saúde) atendendo cada, 600 a 1000 famílias. Admite a incorporação de outros profissionais da área da saúde em conformidade com as demandas e as características de organização dos serviços locais. (LEITE; VELOSO, 2008).

Para Médici (1992), mesmo com instituição do programa, a prevenção e a saúde pública sempre foram considerados os "ramos" pobres da medicina, porque a circulação de recursos monetários em saúde sempre esteve associada à medicina curativa, desenvolvendo inovações tecnológicas movidos pelo lucro. Ainda, segundo o mesmo autor, a medicina simplificada não é a solução para todos os males dos

países subdesenvolvidos, e a questão da ciência e da tecnologia em saúde não pode ser discutida sem se pensar na equidade, pois, a não incorporação de tecnologia de ponta poderá fazer com que os diferenciais entre os padrões de atenção à saúde do centro e da periferia se tornem até mesmo intransponíveis.

1.3 Práticas de promoção da saúde

As propostas de promoção de saúde são elaboradas a partir de ações baseadas nos princípios de participação, intersetorialidade, igualdade e capacitação, focando mudanças socioculturais determinantes e a qualidade de vida para indivíduos e comunidades. Para Bodstein (2007), os programas são complexos, com abordagem multifocal, interdisciplinar e intersetorial, sustentados em ações reflexivas que estimulem a discussão e a participação social. Segundo ele, as intervenções devem gerar mudanças e efeitos a curto, médio e longo prazo com estratégias locais de desenvolvimento. Para tanto, é necessário um desenvolvimento social sustentável, através do envolvimento, da mobilização, da participação e da capacitação dos atores e sujeitos comunitários para ganhar maior controle sobre sua saúde.

Machado (2011) traz uma reflexão sobre esta definição de saúde feita pela OMS: saúde é uma situação de total bem- estar corporal, espiritual e social e não apenas uma ausência de doença ou de enfermidade. Para ele, a tentativa de humanizar a herança da sociedade industrial sobre esse assunto acaba colocando a situação em um patamar inatingível, onde o estado de saúde é possível para poucos, tornando-se um estado utópico que ultrapassa a própria natureza humana.

Assim, diz:

> Viver em um estado de total bem-estar é buscar vida sem sofrimento, felicidade sem dor e convívio social sem conflito, condições que impedem o conhecimento dos processos de morte e da própria condição humana de mortalidade. Atingir este estado significa abrir mão da saúde em si, pois um estado que não permite conflitos acaba sendo opressor e escravizador. Viver neste contexto requer abrir mão da própria vida e da própria morte (MACHADO, 2011, p.319).

Com isso, o ideal de saúde irá variar de acordo com o sistema de valores de cada meio social, considerando o que é eleito como ideal de sustentabilidade desta sociedade, levando as pessoas a se adaptarem a esse ideal. Em uma

sociedade movida por trabalho e capital, a saúde acaba relacionando-se com o bem-estar pessoal, numa suposta qualidade de vida que esconde os processos de sofrimento e evita conflitos e questionamentos, sendo força para trabalhar e prazer para usufruir. Em tudo isso, parece que a pessoa acaba sendo a última a ser considerada, em detrimento de um funcionamento harmônico da sociedade (MACHADO, 2011).

Ao voltar-se para a própria imagem corporal como sacramento da realização pessoal, o ser humano passa a perseguir um estado de saúde que possa manter essa imagem. Independentemente das diferentes perspectivas filosóficas, teóricas e políticas envolvidas, surgem dificuldades na operacionalização dos projetos em promoção da saúde, em que as estratégias, na maioria das vezes, não se distinguem claramente nem a promoção das práticas preventivas tradicionais. A responsabilidade não pode ser atribuída a uma área de conhecimento e práticas. Não há como trabalhar devidamente e de modo prático a construção da ideia de promoção da saúde sem enfrentar duas questões fundamentais e interligadas: a necessidade da reflexão filosófica e a consequente reconfiguração da educação (comunicação) nas práticas de saúde (CZERESNIA, 2003).

Relacionando os termos para discutir a determinação de promoção da saúde encontra-se a importância de uma análise das estratégias utilizadas com foco na transformação de realidades e de desigualdades sociais produzidas no campo de atenção à saúde. É importante desenvolver a discussão em múltiplas dimensões a fim de produzir estratégias de políticas intersetoriais, visando à melhoria da qualidade de vida. Considerando a definição de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde 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"[14](OMS,1995, p.1405), o sujeito deve assumir um papel crítico social no cuidado com a saúde, baseado nas representações de suas relações sociais. Para tanto, as políticas públicas para o

[14] Segundo a OMS (1995), o interesse em conceitos como "padrão de vida" e "qualidade de vida" foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. O crescente desenvolvimento tecnológico da Medicina e ciências afins trouxe como uma consequência negativa a sua progressiva desumanização. Assim, a preocupação com o conceito de "qualidade de vida" refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida.

setor devem acomodar diferentes interesses e permitir coalizões para sustentar a implementação de programas (BODSTEIN, 2007).

No Brasil, o Ministério da Saúde realiza várias ações, instituindo programas com a finalidade de melhorar a saúde e de dar ao profissional a especialização necessária para que ele possa exercer seu trabalho com mais qualidade. Essas ideias foram introduzidas em meados dos anos 80, alimentadas pelo debate em torno da Reforma Sanitária, quando a promoção da saúde passa ser entendida como uma agenda integrada e multidisciplinar cujo objetivo é fomentar mudanças em três níveis: assistência à saúde, gestão local de políticas públicas e proteção e desenvolvimento social para todos. Para Carvalho (2008, p.5):

> Apesar da abordagem inovadora e do potencial para mudança social, os princípios da promoção da saúde ainda estão longe de serem plenamente compreendidos e praticados por todos os profissionais e gestores da saúde. Até o momento, os estudos epidemiológicos constituem a única fonte de evidências convincentes no Brasil sobre a associação entre exposição comportamental a fatores de risco e doença. O desafio continua sendo o de desenvolver e implementar um arcabouço holístico para implementar a Política Nacional de Promoção da Saúde, levando em conta toda a gama de conceitos e princípios lançados na Conferência de Ottawa e adotados no Brasil pelo SUS: equidade, integralidade, corresponsabilidade, participação social, acesso à educação e informação e desenvolvimento sustentável.

Um dos grandes problemas encontrados é que os efeitos dos programas se mostram pouco ou nada têm a ver com os objetivos oficiais de sua concepção. Ao tentar estabelecer uma base teórica de intervenções como uma forma de produzir conhecimento sobre os processos podem-se produzir mudanças do programae dos resultados.Essas mudanças podem ocorrer num nível micro, como alterações de crenças e atitudes das pessoas, fundamentais para a discussão sobre comportamentos de risco com relação à saúde. (BODSTEIN, 2007).

A Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988) pressupõe a garantia da saúde como dever do Estado incorporando-a e entendendo a determinação social, econômica e cultural. Para assumir esse princípio constitucional, é necessária a formulação de estratégias para assegurar a saúde da população, assim como a organização, o financiamento, a participação e o controle social no setor.

Segundo Silva (2009), as práticas de promoção da saúde sustentam-se, nos espaços sociais, em tecnologias de poder que imprimem, ao modo de viver, a norma correta de estilo e de hábito de vida.

Nesse sentido, a participação social e o *empowerment*[15] são apontados como elementos-chave da "Nova Promoção da Saúde" que, embora não deixe de advogar a adoção de comportamentos considerados saudáveis, condena estratégias que culpam o indivíduo por sua condição de saúde e que se limitam a prescrever comportamentos independentemente dos condicionantes sociais, econômicos e culturais e em detrimento de seu enfrentamento (FERREIRA; CASTIEL; CARDOSO, 2011).

É importante refletir sobre o sentido e as possibilidades da ação local e comunitária, o que é de grande importância como dispositivos de regulação e de emancipação social para ações de promoção da saúde porque, o que se vê é uma verdadeira hipertrofia de um dos campos de ação da promoção da saúde, o desenvolvimento de hábitos e de estilos de vida saudáveis, consequente do reducionismo da complexidade do modelo, com repercussões éticas importantes manifestas nas estratégias de intervenção.

Com isso, as estratégias de promoção da saúde podem tornar-se estratégias de vigilância que muitas vezes limitam ou restringem liberdades e decisões individuais, evidenciando a tendência de responsabilização dos indivíduos pelo eventual risco de adoecer caso não adotem os padrões indicados como saudáveis, gerando a subalternidade às medidas médicas, frente às quais o indivíduo pode articular o consenso ou o dissenso, porém sem a possibilidade de construir a autonomia.

Verdi e Caponi (2005) defendem que tanto o campo das estratégias preventivas como o daquelas de promoção da saúde não são zonas francas em relação ao direito de escolha das pessoas e que deveriam superar o caráter paternalista, transfigurando a compreensão de "paciente" para a de sujeito detentor de direitos e poder de decisão. Para eles, é necessária a construção, no cotidiano, das práticas profissionais de saúde, as quis se refletem sobre as implicações éticas das ações dos trabalhadores como agentes morais.

1.4 Atividade Física como prática de promoção da saúde

[15]*Empowerment* significa uma ação coletiva desenvolvida pelos indivíduos quando participam de espaços privilegiados de decisões, de consciência social dos direitos sociais.

Para o estudo sobre a relação da atividade física com a educação e promoção da saúde, é fundamental investigar conceitos existentes para distingui-la de outras práticas corporais.

A evolução histórica da Educação Física traz algumas controvérsias sobre os conceitos de atividade física, exercício físico e esporte.

Santos e Simões (2012) apresentam conceitos de atividade física, exercício físico e esporte presentes em dicionários específicos da área de Educação Física, cuja abrangência permite elaborar instrumentos de medida de maneira adequada, para que não se cometam equívocos metodológicos, importantes para este estudo (FIGURAS 1, 2, 3).

Figura 1– Conceituação de atividade física segundo dicionários especializados

Barbanti (2003)	O termo refere-se à totalidade de movimentos executados no contexto do esporte, da aptidão física, da recreação, da brincadeira, do jogo e do exercício. Num sentido mais restrito é todo movimento corporal, produzido por músculos esqueléticos que provoca um gasto de energia. (p. 53)
Matos e colaboradores (2005)	Qualquer movimento corporal produzido por músculos e que resulta em maior dispêndio de energia do que quando em repouso. (p. 26)
Tubino e colaboradores (2007)	A atividade física, que também expressa um exercício físico, pode ser explicada pelos atos motores das pessoas. Compreendem os movimentos corporais que fazem parte da vida humana. As atividades físicas variam em volume e intensidade. (p. 856)
González e Fensterseifer (2008)	Atividade Física (AF) é entendida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos do qual resultam dispêndios energéticos (Carpersen et al. 1985). MacArdle el al (2000) consideram que a AF exerce efeito profundo sobre consumo de energia humana, independentemente do sistema orgânico envolvido. (p. 33)

Fonte: (SANTOS; SIMÕES, 2012, p.186-187)

Figura 2 - Conceituação de exercício físico segundo dicionários especializados

Barbanti (2003)	Sequência planejada de movimentos repetidos sistematicamente com o objetivo de elevar o rendimento. (p. 249)
Matos e colaboradores (2005)	Considerado uma subcategoria da atividade física. Toda atividade física planejada, estruturada e repetitiva que tem por objetivo a melhoria e manutenção de um ou mais componentes de aptidão física. (p. 111)
Tubino e colaboradores (2007)	Também chamado de atividade física. As práticas esportivas são desenvolvidas por exercícios físicos ou atividades físicas, também chamadas de exercícios físicos esportivos ou atividades físicas esportivas. Os exercícios físicos são os meios específicos da Educação Física. (p. 868)

Fonte: (SANTOS; SIMÕES, 2012, p.186-187)

Figura 3 -Conceituação de esporte segundo dicionários especializados

Barbanti (2003)	É uma atividade competitiva, institucionalizada, que envolve esforço físico vigoroso ou o uso de habilidades motoras relativamente complexas por indivíduos cuja participação é motivada pela combinação de fatores intrínsecos e extrínsecos. O critério para comparação do que se realiza necessita da padronização do equipamento e das instalações, assim como da existência de um procedimento quantitativo de comparação. (p. 229)
Matos e colaboradores (2005)	Desporto: esporte ou desporto é toda atividade corporal consciente, lúdica que envolve o confronto com algum adversário humano ou com o próprio indivíduo, de modo a alcançar objetivos nos planos simbólicos e concreto, tendo suas regras estabelecidas e reguladas por federações em nível mundial e comuns a todos os países. (p. 76)
Tubino e colaboradores (2007)	Fenômeno sociocultural cuja prática é considerada direito de todos e que tem no jogo o seu vínculo cultural e na competição seu elemento essencial, o qual deve contribuir para a formação e aproximação dos seres humanos ao reforçar o desenvolvimento de valores como a moral, a ética, a solidariedade, a fraternidade e a cooperação, o que pode torná-lo um dos meios eficazes para a convivência humana. (p. 37)
González e Fensterseifer (2008)	Temos a nítida impressão que o termo é complexo, amplo e passível de várias perspectivas de análise. Visualizamos, no entanto, a possibilidade de entender o esporte moderno como uma atividade regrada e competitiva, em constante desenvolvimento, constituída e determinada conforme sua dimensão ou expectativa sociocultural e, finalmente, em franco processo de profissionalização, mercantilização e espetacularização. (p. 126)

Fonte: (SANTOS; SIMÕES, 2012, p.186-187)

As definições apresentadas anteriormente mostram que há características específicas para cada uma das expressões apesar de, em muitos momentos, serem utilizadas como sinônimos. Assim, o que se percebe é que tanto a expressão: exercício físico quanto atividade física, muitas vezes relatada e reconhecida como uma necessidade absoluta para o homem é utilizada com o mesmo significado.

No ambiente moderno, com o advento das revoluções industriais e tecnológicas, o homem, outrora fisicamente ativo e nômade, tornou-se sedentário, trazendo consequências no desenvolvimento de agravos à saúde da sociedade em geral.

Mudanças ocorridas como os processos de transição demográfica e epidemiológica trazem a evolução de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no último século. Cesse (2007) menciona, em seus estudos, diversas teorias as quais têm surgido na tentativa de explicar tais mudanças. Os modelos propostos têm suscitado amplo debate e críticas pela complexidade do processo. O modelo explicativo mais utilizado na atualidade é o que enfatiza os fatores de risco, porém tende a responsabilizar os indivíduos pelo surgimento de suas doenças, deslocando a ênfase de ações coletivas de saúde. Este, por sua vez, vem mostrando sinais de esgotamento, dando lugar a um modelo explicativo, baseado em muitos níveis de organização, deixando de ser determinado apenas no nível individual.

A OMS só reconheceu a inatividade física como fator de risco em 1992. No cenário nacional, a Promoção da Saúde começa a ocupar espaço a partir de 1998 e, em março de 2006, é oficializada na forma de uma política nacional.

No campo da política pública, foi lançado em 1996 o Programa Agita São Paulo sob os auspícios financeiros da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e com a assessoria técnico-científica do Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS), entidade civil sem fins lucrativos, o Agita São Paulo é um programa de promoção da atividade física que vem sendo citado mundo afora como iniciativa exemplar de Promoção da Saúde. (FERREIRA, 2011).

Em agosto de 2001, o Ministério da Saúde lançou o programa Agita Brasil (MS, 2002), utilizando o lema: trinta minutos que fazem a diferença. A proposta do programa, que durou apenas dois anos, em função das novas diretrizes dadas pelo novo governo que assumiu o Planalto Central em 2003, era estimular a alteração do hábito de vida das pessoas com a incorporação da prática regular de, pelo menos 30 minutos de atividade física, na maior parte de dias da semana (se possível, diariamente), de intensidade moderada, como estratégia para redução de risco de doença crônica não transmissível e para a qualidade de vida (OMS, 2002). Nesse período (2001-2003), esse programa conseguiu capacitar um número expressivo de profissionais de saúde em quase todo o território brasileiro.

Nas últimas duas décadas, foi intensa a interlocução mantida entre o MS e suas diversas áreas técnicas, com organismos internacionais, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e várias instituições de ensino e pesquisa, brasileiras e internacionais, de reconhecida autoridade técnico-científica sobre promoção da saúde. O conhecimento e a experiência acumulados e compartilhados geraram as condições históricas necessárias à institucionalização da promoção da saúde, e a Comissão Intergestores Tripartite aprovou, no ano de 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

No sentido de garantir a integralidade do cuidado à saúde, a PNPS dispõe diretrizes e recomenda estratégias de organização das ações de promoção da saúde nas três esferas de gestão do SUS. À luz da promoção da atividade física, propõe o compromisso da sociedade e suas instituições com a adoção de modos de vida mais saudáveis. A institucionalização da estratégia de produção da saúde,

porém, reflete muito por avançar em direção a um paradigma mais solidário do viver. (MALTA et al., 2009).

Desde então, programas de promoção de Atividade Física (AF), incluindo aqueles que oferecem aulas para a comunidade, têm sido implantados em grande escala no Brasil (Figura 4).

Figura 4–Distribuição e frequência de programas de atividade física financiados pelo ministério da saúde do brasil, de acordo com as regiões do país

Região	Cidades (N)*	Cidades com programas de promoção de atividade física N	%
Norte	449	38	(8,7)
Nordeste	1794	254	(14,2)
Centro-Oeste	466	83	(17,8)
Sudeste	1668	263	(15,8)
Sul	1188	110	(9,3)
Brasil	5565	748	13,2

Fonte: (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011)

A publicação sobre o assunto pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na seção "Defesa do Consumidor" do Caderno Economia de O Globo, pode-se encontrar um enfoque de Promoção da Saúde à abordagem conservadora/comportamentalista, fundada na mudança de comportamentos como estratégia de redução dos fatores de risco epidemiológico e dos custos com a carga de doenças. (FERREIRA; CASTIEL; CARDOSO, 2011).

A velocidade com que vem ocorrendo o aumento da longevidade populacional tem repercutido negativamente na capacidade de o Estado Brasileiro garantir assistência social e de saúde às demandas geradas. Apesar de esse processo ser acompanhado de uma melhora importante dos parâmetros de saúde da população, tal melhora não tem se dado de forma equitativa nas diferentes regiões e nos contextos socioeconômicos do país. (CESSE, 2007). Mesmo com a diminuição da incidência da mortalidade infantil, com o controle de algumas doenças transmissíveis, particularmente imunopreveníveis, e com o aumento da expectativa de vida do brasileiro, houve uma ampliação das desigualdades, da persistência de endemias, do aumento intenso da obesidade em todo o país. Houve ainda a

explosão da violência, o surgimento de novas doenças, como a Aids, e a evolução da mortalidade por enfermidades crônicas[16].

As Doenças Não Transmissíveis (DNT) são relacionadas a fatores de riscos não modificáveis como idade, sexo e raça, e aos modificáveis, destacando-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias (determinadas principalmente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal), o consumo excessivo de sal, a ingestão insuficiente de frutas e verduras e a inatividade física. Esse grupo de enfermidades tem-se mostrado intimamente relacionado ao modo de vida da população, sendo altamente influenciado por processos sóciodemográficos e constitui-se um grande desafio à saúde pública contemporânea. (GUALANO, 2011).

Por serem doenças, em geral, de longa duração, as DCNT estão entre as que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde. No Brasil, o excesso de peso em homens e em mulheres tem apresentado resultados preocupantes (BRASIL, 2011), tendo, como as demais DCNT, forte impacto na qualidade de vida dos indivíduos afetados, causando morte prematura e gerando grandes e subestimados efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral.

Diante desses desafios, o MS protagonizou, junto a outras instituições de relevância nacional e internacional, a construção do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, para o período 2011-2022. Almejam-se, nos próximos dez anos, o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, incluindo o fortalecimento dos serviços de saúde, a partir dos eixos: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde e c) cuidado integral.

Dentre as ações de promoção da saúde, a atividade física é uma das estratégias que tem sido adotada no combate das DCNT, e abordada nesse Plano, com a proposta de implantação de 4000 unidades do Programa Academia da Saúde; e do Programa Saúde na Escola, com a proposta de atendimento de seis milhões de crianças na Semana de Prevenção da Obesidade (BRASIL, 2011).

---

[16] Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2005, p.2), “doenças crônicas incluem doenças do coração, derrame, câncer, doenças respiratóriascrônicas e diabetes. Deterioração visual e cegueira, deterioração auditiva e surdez, doenças orais e desordens genéticas são outras condições crônicas que respondem por uma porção significativa da carga global de doenças”

A prática insuficiente de atividade física deixa de ser um problema individual e passa a ser social, quando se considera que cerca de 70% da população adulta não atinge os níveis mínimos recomendados de atividade física. (GUALANO; TINUCCI, 2011).

Sendo um problema de saúde pública, estudos analisam e sugerem estratégias para mudança do perfil atual. Booth et al. (2011) têm apresentado em seus estudos nos anos de 2000 a 2011, a importância de manutenção de um estilo de vida ativo relacionando as características genéticas do homem e a prática de atividade física. Dentre suas análises, identificam como possíveis ações a alteração no ambiente ou a alteração dos genes do homem moderno.

As ciências da saúde mostram-se empenhadas em tentar encontrar soluções para os males relacionados ao sedentarismo através de estratégias que poderiam replicar os efeitos do exercício. Porém, os altos custos e os efeitos adversos mostram a importância de se investir em mudanças ambientais. Os autores Gualano e Tinucci (2011, p.40) defendem que “o exercício físico é uma ferramenta barata, segura, não patenteável e, quando prescrita de maneira correta, põe fim à necessidade de uma vasta gama de medicamentos”.

Iniciar e manter níveis satisfatórios de atividade física e alcançar boa condição nos componentes básicos da aptidão relacionada à saúde requer certo esforço individual. As evidências científicas acumuladas mostram que um grande número de pessoas ainda parece desinformado ou desinteressado nos efeitos a médio e longo prazo da prática de atividades físicas regulares, de uma nutrição equilibrada e de outros comportamentos relacionados à saúde. Incorporar uma nova forma de pensar a saúde e o corpo pode abrir um caminho para mudanças maiores, para produzir formas do pensar mais saudáveis. Segundo Nahas (2006), a atitude de transformar fatores que hoje atuam como negativos, em atitudes e ações positivas depende de uma mudança comportamental impulsionada pela motivação e pela definição de novas prioridades e valores de vida. Enquanto alguns fatores que podem influenciar os comportamentos são difíceis de remover ou reverter, como a hereditariedade, a escolaridade e o nível socioeconômico, outros, como a prática de atividade física são modificáveis através de informações, de experiências agradáveis, do desenvolvimento de habilidades para tais comportamentos e pela redução de barreiras que dificultam ou impedem essas mudanças (NAHAS, 2006).

Nessa perspectiva, entendemos que o autor defende ações de informação e motivação como estratégia suficiente para promoção de mudanças comportamentais individuais, muitas vezes centradas na redução de risco, com demonização do sedentarismo. Essa perspectiva tende a ignorar as situações de interação coletiva (intersubjetiva) e o pensamento social como explicações dos pensamentos e das práticas individuais.

Num estudo de campo, do tipo exploratório, descritivo e com abordagem qualitativa, que teve como objetivo identificar a percepção dos usuários acerca das práticas de promoção da saúde vivenciadas em grupos, numa unidade básica de saúde da família, Costa e Rodrigues (2010) verificaram uma tendência e uma valorização das práticas individuais relacionadas ao atendimento clínico-individual. Todos os sujeitos apresentaram opiniões positivas com relação aos grupos. O grupo que ganhou destaque sobre conhecimento e participação foi o grupo da caminhada. Todos afirmaram que os grupos são bons, pois contribuem para o aprendizado e são oportunidades de lazer e entretenimento. Todos desconheciam o termo promoção da saúde e alguns correlacionaram qualidade de vida com alimentação saudável e outros com trabalho e renda. Assim, o cenário da pesquisa ilustra avanços na implementação das ações de promoção da saúde por meio dos grupos, mas ainda sofre com as interferências e com o peso da cultura biologicista da formação dos profissionais, as necessidades e as urgências da população, além do caráter assistencial das demandas e dos enfoques institucionais específicos.

Apesar de muitas pesquisas indicarem a melhoria da percepção dos indivíduos no que se refere ao bem-estar físico, social e emocional, ainda é necessário buscar as causas e motivos que fazem com que os indivíduos não adiram à prática de exercícios físicos com tanta frequência, não se tornado um hábito de vida.

Torna-se importante analisar criticamente iniciativas que vêm sendo desenvolvidas, tomando-se como foco de análise de programas a promoção da atividade física. Podemos citar a recomendação da ACSM, na década de setenta quando

> [...] exercícios físicos, para o desenvolvimento e manutenção da aptidão física em adultos saudáveis, devem envolver grandes grupamentos musculares, praticados continuamente de 15 a 60 minutos, de 3 a 5 vezes por semana e em intensidades entre 50% e 85% do consumo máximo de

> oxigênio (ou entre 60% e 90% da frequência cardíaca máxima de reserva) pode-se verificar um conteúdo ideológico (ACSM, 2013, p.1425).

Já na década de oitenta, a ênfase no exercício desloca-se paulatinamente para a atividade física, chegando-se à recomendação para que se acumulem 30 minutos ou mais de atividade física de intensidade moderada na maioria dos dias da semana, de preferência em todos, incorporando a atividade física às tarefas do cotidiano como forma de melhoria da saúde. Estabelece-se uma associação inversa do gasto calórico e do tempo total de atividade física com a mortalidade e a incidência de doenças cardiovasculares e com a possibilidade de atividades físicas moderadas praticadas intermitentemente produzirem efeitos benéficos tanto na aptidão física quanto na saúde. (COMITÊ OMS/FMI, 1998).

Atualmente, encontramos alguns programas de promoção da atividade física, disponíveis à população brasileira, que se adaptam às proposições Da Política Nacional de Promoção da Saúde. Porém, Ferreira e Najar (2005) apontam para a complexidade de variáveis e dimensões existentes na relação adesão/acessibilidade, em que a observação e a análise de dados relacionados às influências ambientais, tal qual um entorno social favorável à adesão a hábitos de prática de atividade física, devem ser considerados. Afirmam que, nesse aspecto, a coleta e a avaliação de dados quantitativos não são suficientes para a mensuração de efetividade dos programas de atividade física.

Em 2005, reconhecendo a importância da Prevenção, da promoção da saúde e do papel essencial do Profissional de Educação Física, o Conselho Federal e Regionais de Educação Física (CONFEF/CREFs) promoveu o Fórum Nacional de Prevenção Integrada da Área de Saúde, proporcionando às diferentes profissões da área da Saúde, a intermediação do saber e do fazer, objetivando construir o elo entre a teoria e a prática. Neste momento, foi elaborada a Carta Brasileira de Prevenção Integrada na Área da Saúde com o intuito de alertar a população, os órgãos governamentais e entidades públicas e/ou privadas sobre essa máxima popular e possibilitar a inclusão da Prevenção nos programas e projetos sociais.

O documento considera que,

> A Profissão Educação Física, com seus conhecimentos específicos sobre as diferentes condições, conceitos e possibilidades metodológicas de promover programas de atividades físicas e esportivas para a sociedade, considerada por essa razão de forma contundente como elemento imprescindível para a consecução dos objetivos de saúde e qualidade de

> vida da população, quando aplicada de forma qualificada, competente, responsável e ética, certamente poderá contribuir significativamente para a melhoria da qualidade de vida da comunidade e fortalecimento dos anseios e dos direitos de cidadania" (Carta Brasileira de Prevenção Integrada na Área da Saúde, 2005, p.66).

Assim, defende uma Educação Física dinamizada competentemente, através de eixos temáticos, que poderá proporcionar a ampliação e o reconhecimento da importância de serviços prestados pela categoria dos profissionais da área tanto através da prática esportiva quanto pelo envolvimento em outras práticas mais adequadas a cada necessidade específica, procurando gerir para a adequação e a promoção do bem-estar de toda a população. Além dos benefícios fisiológicos do exercício, a Educação Física é um excelente elemento de desenvolvimento cultural, de socialização e de liberação psicológica, corporal destacando-se a relevância e o papel na formação do ser humano e na conquista da qualidade de vida, fazendo com que as pessoas tenham mais energia e disposição para aproveitar o seu envolvimento tanto no mundo do trabalho, quanto no do lazer e no social.

Carvalho (2009), analisando o documento, conclui que este também biologiza e medicaliza a Educação Física em sua relação com a sociedade e recomenda uma revisão a partir da perspectiva crítica à qual relaciona a atividade física e a saúde com questões sociais mais amplas que impedem que os sujeitos tomem decisões mais saudáveis, tais como os condicionantes econômicos, culturais, étnicos e políticos.

Segundo o autor, a Carta Brasileira de Prevenção Integrada na Área da Saúde transparece certo otimismo ingênuo ao acreditar que o Profissional de Educação Física, simplesmente por ser habilitado, conseguirá orientar da forma citada, toda e qualquer atividade física e/ou desportiva, transmitindo o entendimento da atividade física e/ou desportiva como uma espécie de *"salvadora da pátria"*, imputando a ela um poder que acreditamos estar mais em consenso no senso comum do que de fato em evidências. Traz prevenção e promoção da saúde de forma quase indissociável, além de defender uma relação da qualidade de vida "*com um estilo de vida ativo, de modo individual e participativo na comunidade*" (Carta Brasileira de Prevenção Integrada na Área da Saúde. (CONFEF, 2006, p. 5).

Carvalho (2008), ao analisar a Atividade Física na perspectiva crítica de Promoção da Saúde percebe o enfoque biológico da "saúde", resultando numa

relação causal entre atividade física e saúde. Tornar-se fisicamente ativo, independente do contexto de vida do indivíduo e caracteriza uma forma “culpabilizatória” de encarar a adoção da atividade física como hábito de vida.

O autor defende que concomitantemente ao fomento da prática regular de atividade física haja a análise do contexto de vida dos sujeitos e o subsequente enfrentamento dos determinantes de sua saúde, assim permitindo a compreensão e o enfrentamento dos diversos fatores que influenciam tal prática.

A transição epidemiológica, a partir da metade do século passado, mostra uma diminuição marcante das doenças infecciosas e um crescimento proporcional acelerado das doenças e dos agravos não-transmissíveis. Isso vem modificando os perfis de morbimortalidade, o que acaba colocando a atividade física na lista de prioridades da agenda de saúde pública nacional e internacional, visto que a atividade física está relacionada de forma causal com a ocorrência de diversas doenças e agravos não-transmissíveis (BRASIL, 2009; HASKELL, 2007; MATSUDO, et al., 2002).

Embora reconhecida em sua importância para a manutenção da saúde, a atividade física nas sociedades modernas tem sido reduzida ou mantida em níveis abaixo do recomendável, principalmente nos grupos de menor nível socioeconômico. Verifica-se que novos conhecimentos produzidos sobre os seus benefícios são, até hoje, normalmente inócuos para gerar mudanças comportamentais contundentes no âmbito populacional. O acúmulo de conhecimento científico acerca dos benefícios da atividade física não é suficiente, de forma isolada, para gerar aumento nos níveis populacionais de atividade física. (BORGES et al., 2009).

Borges (2009) em estudo com o objetivo de avaliar o conhecimento populacional sobre as associações de quatro fatores comportamentais (sedentarismo, tabagismo, consumo excessivo de álcool e alimentação inadequada) com oito morbidades (diabetes, hipertensão arterial, AIDS, osteoporose, câncer de pulmão, depressão, cirrose hepática e infarto agudo do miocárdio encontrou alto percentual de respostas corretas para as associações mais difundidas na literatura científica. Mais de 80% dos entrevistados mostraram-se cientes das associações entre sedentarismo e infarto agudo do miocárdio; tabagismo e câncer de pulmão; consumo abusivo de álcool e cirrose; alimentação inadequada e diabetes. Associações inexistentes também foram corretamente identificadas por uma grande

parcela dos respondentes, como, por exemplo, a ausência de associação dos fatores sedentarismo, tabagismo e alimentação inadequada com AIDS. Porém, para o autor, a ausência de conhecimento populacional sobre algumas associações merece atenção especial. A maior correlação encontrada entre os conhecimentos de sedentarismo e alguns fatores pode ser reflexo de campanhas governamentais e midiáticas.

Porém, apesar da relevância do conhecimento, e da relação existente entre conhecimento e comportamento, os dados têm mostrado que o conhecimento isoladamente não é suficiente para promover modificações no comportamento das pessoas. Esse paradigma de dualidade entre conhecimento e mudança de comportamento apresenta-se como desafiador para a saúde pública, visto que alarmantes prevalências de sedentarismo são observadas exatamente em um momento no qual o conhecimento populacional é relativamente elevado. O conhecimento, embora não suficiente para mudança de comportamento, é fundamental e estratégias governamentais de promoção da saúde são necessárias, visando a aumentar o conhecimento sobre fatores de risco para doenças e agravos não transmissíveis e, como consequência, modificar o estilo de vida da população brasileira. Mas entendemos também a necessidade de buscar novos conhecimentos intimamente vinculados à prática apresentada pelas pessoas, para compreender como os sujeitos se comportam e como justificam ou se posicionam em relação às suas ações. Um dos pontos a serem considerados é a influência recíproca da estrutura social e do indivíduo, em que a sociedade poderia fornecer material significativo na construção de uma nova realidade psíquica e um modo de pensamento sempre ligado à ação, à conduta individual e coletiva, na qual o sujeito poderia identificar-se, perceber-se, aliar-se ou rejeitar-se.

Camargo et al (2011), em estudo sobre representações sociais de saúde e cuidado mostraram que a maioria dos homens considera que uma alimentação saudável e a prática regular de atividade física constituem cuidados importantes para a saúde. Porém, perceberam existir certa dissonância entre o que se acredita que são cuidados de saúde e aqueles efetivamente praticados, em que a prática não acompanha o posicionamento dos sujeitos, apesar de admitir uma relação entre as campanhas midiáticas e o comportamento condizente com a saúde e a importância da família na obtenção da informação, incentivo ao auto cuidado, adoção de

comportamentos preventivos e abandono de comportamentos de risco na população masculina.

A estimativa sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2012, apresentada através do relatório VIGITEL BRASIL 2012 (Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico), publicado em 2013, avaliou o nível de atividade física em quatro domínios: no tempo livre (lazer), no trabalho, no deslocamento e no âmbito das atividades domésticas.

Para a avaliação da frequência da prática do nível recomendado de atividade física no tempo livre foram consideradas as recomendações internacionais (WHO, 2010), sem levar em consideração um número mínimo de dias na semana e considerando 150 minutos semanais de atividade física leve ou moderada ou de, pelo menos, 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa. A atividade com duração inferior a 10 minutos não foi considerada para efeito de cálculo do total de minutos despendidos na semana. Caminhada, caminhada em esteira, musculação, hidroginástica, ginástica em geral, natação, artes marciais, ciclismo e voleibol foram classificados como práticas de intensidade leve ou moderada. Corrida, corrida em esteira, ginástica aeróbica, futebol, basquete e tênis foram considerados como práticas de intensidade vigorosas, baseando-se no estudo de Ainsworth et al, (2011).

Os resultados mostram que a frequência de adultos que praticam o nível recomendado de atividade física no tempo livre variou entre 27,9% em São Paulo e 43,1% em Florianópolis. Entre homens, as maiores frequências foram encontradas em Florianópolis (54,4%), Vitória (50,1%) e Belém (47,7%), e as menores em São Paulo (34,6%), João Pessoa (39,3%) e Natal (39,3%). Entre mulheres, as maiores frequências foram observadas em Vitória (37,1%), Distrito Federal (33,0%) e Florianópolis (32,9%), e as menores em São Paulo (22,1%), Salvador (23,2%) e Recife (25,1%)

Considerando-se o conjunto da população adulta das cidades estudadas, 33,5% atingiram o nível recomendado de atividade física no tempo livre, sendo maior entre os homens (41,5%) do que entre as mulheres (26,5%). O percentual de adultos que cumprem o recomendado tendeu a diminuir com o aumento da idade, marcadamente entre os homens. Para as mulheres, essa redução ocorre aos 65

anos. Em ambos os sexos, a prática do nível recomendado de atividade física no tempo livre cresceu com o nível de escolaridade.

Em relação à atividade física, no deslocamento, foram considerados os indivíduos que se deslocam para o trabalho ou para a escola, de bicicleta ou caminhando (por pelo menos uma parte do trajeto) e que despendem pelo menos 30 minutos diários no percurso de ida e volta. A frequência de adultos fisicamente ativos no deslocamento variou entre 10,5% em Palmas e 16,5% em Belém.

A frequência de adultos classificados na condição de inatividade física (indivíduos que não praticaram nenhuma atividade física no lazer, nos últimos três meses, e que não realizam esforços físicos intensos no trabalho, não se deslocam para o trabalho ou para a escola a pé ou de bicicleta, perfazendo um mínimo de 10 minutos por trajeto por dia, e que não participam da limpeza pesada de suas casas) variou entre 11,4% em Florianópolis e 18,5% em Recife.

No conjunto da população adulta das cidades estudadas, a frequência de adultos fisicamente inativos foi de 14,9% sem diferença entre homens e mulheres. Considerando-se o conjunto da população adulta das cidades estudadas, observou-se que o hábito de assistir à televisão por três ou mais horas diárias foi relatado por 26,4% dos entrevistados, sendo semelhante entre homens (26,5%) e mulheres (26,3%). Assim, os dados apresentados pelo VIGITEL BRASIL 2012 mostram a tendência do sedentarismo da população brasileira.

Hallal e Knuth (2011) alertam para as limitações da área “quantitativa” dos estudos e uma consequente “demonização” do sedentarismo, levando a uma culpabilidade dos sujeitos. A reflexão sobre o tema deve considerar também uma medida de qualidade dos níveis de atividade física nas populações para que sejam menos taxativas ou traumatizantes e que identifiquem tensões que são impossíveis de serem captadas no estudo “quantitativo”.

Para esses autores, é importante o estudo na área de barreiras percebidas para a prática de atividade física, porém é também importante conhecer o que motiva as pessoas a incorporá-las no seu dia-a-dia, sendo a condução de abordagens com grupos focais uma grande opção a ser explorada.

Santos e Knijnik (2006), estudando os motivos de adesão à prática de atividade física na vida adulta intermediária constataram que as interrupções e a quantidade de interrupções variam de acordo com os indivíduos, assim como as prioridades estabelecidas por estes, a capacidade de organização do tempo

disponível, o local, a situação socioeconômica, entre outros casos. Já a motivação para continuar a prática varia de acordo com a idade e a atividade física executada, porém os motivos iniciais de adesão são os mesmos, variando apenas a ordem destes: ordem médica; lazer e qualidade de vida; estética; saúde (ou condicionamento físico). O prazer da prática é uma forte influência para a manutenção dessa prática, sendo que a soma de necessidades torna a atividade física mais significativa, quando uma ameaça (já ocorrida ou prevista pelo médico) à saúde é de grande valor para a adesão à atividade física. Apesar de a principal motivação para a adesão dos indivíduos, não ser de cunho estético, estes demonstraram, no estudo, certa preocupação com a imagem corporal perante a sociedade.

Para entender por que ou como as pessoas se engajam em comportamentos saudáveis e abandonam hábitos de risco, vários modelos de comportamentos saudáveis têm sido desenvolvidos (ABRAHAM; SHEERAN, 2000; ARMITAGE; CONNER, 2000; WALLSTON; ARMSTRONG, 2002; WEINSTEIN, 2003). Para Sniehotta et al. (2005) a intenção comportamental tem sido vista como um aspecto chave em vários modelos de estudos. Ter ou não ter intenção e traduzir em ação é considerado, atualmente, como um desafio central para as pesquisas. Isso é tipicamente referido como um processo psicológico adjacente que leva a intenção para a ação, denominado "*intention-behavior gap*". Procurando esclarecer a lacuna existente entre intenção e ação, os autores desenvolveram um estudo que discute três constructos: planejamento, autoeficácia e controle de ação. A atividade física é tratada como um domínio do comportamento de saúde. Nesse caso, em pacientes de reabilitação cardíaca, é uma ação essencial, porém seus princípios deverão ser aplicados a todos os demais comportamentos de saúde.

Na fase motivacional, a pessoa desenvolve uma intenção de mudança, com base na percepção de risco, expectativas de resultados e a percepção de autoeficácia. Na fase posterior, o comportamento desejado deve ser planejado, iniciado e mantido, e as recaídas, gerenciadas.

A abordagem de Processo de Ação de Saúde (HAPA; SHWARZER, 1992) fornece um arcabouço teórico para estudar a motivação e os processos de formação para mudança de comportamentos relacionados à saúde. Explica os mecanismos que atuam quando os indivíduos tornam-se motivados a mudar seus hábitos, a adotar e a manter novos comportamentos, a tentar resistir às tentações e

se recuperar de contratempos. Assume papel de mediador entre o planejamento e a iniciativa, antes de as pessoas mudarem seus hábitos e desenvolvem uma intenção comportamental baseada em crenças. Um processo motivacional começa, muitas vezes, pela emergência de certa consciência do risco, embora não seja um poderoso preditor de comportamento.

Sniehotta et al. (2005) destacam também a necessidade de entender as contingências entre uma ação e os subsequentes resultados, em que as expectativas se tornam crenças positivas ou negativas dos comportamentos. Se as positivas (prós) superam as negativas (contra), a probabilidade de desenvolver uma intenção de mudança de comportamento aumenta. Uma vez que a intenção de comportamento se transforma em comportamento de exercício regular, a fase motivacional está concluída e o indivíduo entra na fase de formação. O comportamento pretendido deve ser planejado, iniciado, mantido e reiniciado quando ocorrer contratempos e deve ser controlado até que o novo comportamento se torne habitual.

O estudo desenvolvido pelos autores fornece evidência para a utilidade de um modelo de mudança de comportamento relacionado à saúde que distingue entre uma motivação e uma fase formativa. Em relação à fase motivacional, bem como o papel do planejamento e da manutenção de ação autoeficácia, os achados estão em perfeita consonância com os pressupostos teóricos do Processo de Abordagem de Ação de Saúde. (SCHWARZER, 1992), dando suporte à conclusão de que o modelo é significativo e pode servir como uma heurística útil para futuras pesquisas sobre atividade física.

Porém os três modelos de equações estruturais apresentados no estudo confirmaram alguns pressupostos básicos, mas não podem ser considerados absolutos. Devido ao caráter longitudinal do estudo, as relações empíricas encontradas são interpretadas como causas e efeitos, com base na teoria e intervalo de tempo, e não na manipulação experimental. Para uma melhor compreensão do papel das cognições de autoregulação na manutenção de comportamentos de exercício mais estudos com um período de acompanhamento são mais desejáveis. As relações entre a percepção dos riscos, expectativas de resultados, a tarefa de autoeficácia, e as intenções foram examinados de forma transversal. Portanto uma interpretação causal dessas inter-relações não pode ser feita.

A autoeficácia e o planejamento pareciam ser funcionais como preditores proximais dos comportamentos de saúde, ao passo que a percepção de risco de saúde parece ser um fator desprezível. Ao prever comportamentos de saúde, variáveis de autoregulação devem ser utilizadas para além da intenção comportamental. As intervenções devem concentrar-se em melhoria da atividade de planejamento de ações dos participantes, aumentando a sua autoeficácia e promovendo suas habilidades de controle de ação, o que facilitará as alterações de comportamento em longo prazo (SNIEHOTTA et al., 2005).

Mudança de comportamento relacionado à saúde não é prevista, mas apenas intenções comportamentais. O planejamento de ações e de planejamento de enfrentamento são duas estratégias de autoregulação que podem ajudar a diminuir a distância entre intenções e comportamento. O planejamento de ações compreende quando, onde e como será implementado um comportamento. Lidar com planejamento envolve a antecipação de barreiras e de formas de superá-los. A principal questão é que tipo de planejamento seria benéfico para o início de comportamento e para a sua manutenção. Para o autor, o planejamento de ações parece prever o comportamento apenas quando as intenções são elevadas e, lidar com o planejamento representa uma estratégia fundamental de autoregulação para manter os seus níveis de atividade física. (SCHOLZ et al., 2008).

Esse modelo nos parece contribuir para explicações entre intenção-ação, numa perspectiva do cuidado individual, ligada ao campo da saúde e reabilitação de agravos. É quando o sujeito reconhece a legitimidade do risco e o que seria apropriado em relação a novos comportamentos, concebendo uma ação específica para a saúde, característica das intervenções clínicas. Entretanto, para a saúde pública, são importantes estratégias de transformação do saber instituído em comportamentos e práticas condizentes com a saúde, traduzindo percepções, valores, representações simbólicas, crenças e sentimentos tanto na dimensão representacional da experiência individual quanto na experiência coletiva dos sujeitos.

Uma reflexão neste campo, a partir da Teoria das Representações Sociais, poderia trazer novas formas de explicar fenômenos sociais de comportamentos de saúde a partir de sua compreensão metodológica assim como de seu potencial transformador das representações para práticas de promoção, de prevenção e o cuidado com a saúde das coletividades humanas. Vemos a

necessidade de compreender que a integralidade do cuidado não é simples junção de técnica, individual e coletiva, que necessita do reconhecimento e da valorização do encontro entre pessoas que se processa no convívio da promoção.

Um novo modelo deve permitir relacionar interações sociais, processos simbólicos e condutas para ser capaz de dar conta dos mecanismos psicológicos e sociais de sua produção, suas operações e suas funções. Um relacionamento sistemático entre grupos estabelece relações e interações entre as pessoas de e emergirão valores ou ideias compartilhadas que orientarão condutas desejáveis as quais poderão determinar comportamentos. Assim, os mecanismos sociais irão interferir na elaboração psicológica dos sujeitos e em suas interações sociais, criando uma rede de significações a partir de uma hierarquia de valores prevalentes na sociedade e em seus diferentes grupos. Acreditamos que novos comportamentos poderão ser adotados a partir da apropriação das formas de pensamento e dos modelos de conduta de um grupo em que representações vão-se consolidando subjetivamente, podendo, assim, intervir na interpretação de mundo e de si mesmo, isto é, na construção da identidade pessoal dos sujeitos.

1.5 Representação Social da prática de atividade física

Nos programas de intervenção de promoção da saúde que objetivam a mudança do comportamento da prática de atividade física, é importante entender opiniões, informações, atitudes e crenças organizadas em torno da sua significação central . Para tanto, pela Teoria das Representações Sociais (TRS) é possível compreender a construção de sentidos a respeito dessa realidade.

A TRS teve um grande impacto no campo do conhecimento particularmente no Brasil, nos campos da psicologia social, da educação e da saúde. O grande interesse despertado pela TRS, inclusive no campo de outras ciências humanas, vem em parte de seu potencial de explicação do pensamento cotidiano dos grupos sociais e seus postulados quanto à imbricação desta modalidade de pensamento e às práticas sociais. Nos campos da educação e da saúde, a teoria foi acolhida como uma possibilidade de melhor compreender a relação entre pensamento e ação dos grupos, de modo a permitir sua análise e sua intervenção.

Serge Moscovici propôs a teoria em 1961, a partir do conceito de “representação coletiva” de Durkheim, tendo como proposta o estudo das relações

intergrupais. O autor elaborou um conceito psicossocial, na medida em que procura dialetizar as relações entre indivíduo e sociedade, afastando-se igualmente da visão sociologizante de Durkheim e da perspectiva psicologizante da Psicologia Social da época. Para ele, as representações sociais são fenômenos que estão ligados a uma forma especial de se adquirir e comunicar conhecimento, uma forma que cria realidades e senso comum.

Moscovici (2012, p.21) define uma representação social, como:

> Um sistema de valores, ideias e práticas, com uma dupla função: primeiro estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-lo; e, em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social.

As Representações Sociais (RS) encontram-se atreladas a sistemas de pensamentos mais amplos como a ideologia e a cultura, que são diretamente observáveis ou reconstruídos pela intervenção racional e sistemática da ciência, e que estabelecem o modo pelo qual os indivíduos interagem com a realidade, considerando as informações que circulam de maneira hegemônica.

Segundo Mazzotti (1994), para Moscovici não se reproduz passivamente um objeto, mas sim o reconstrói, orientando o comportamento do sujeito e preparando para a ação, integrando-o a uma rede de relações às quais está vinculado o seu objeto. Não existe separação entre o universo externo e o universo interno do sujeito. As representações sociais são o equivalente aos mitos das sociedades antigas e tradicionais, que contemporaneamente revelam as crenças do senso comum.

É a partir da identificação dos sentidos que os indivíduos constroem em torno de um determinado objeto, que entendemos sua concepção em relação a este objeto (MOSCOVICI, 2012). Há uma relação de simbolização e de interpretação, apresentando-se como uma “modelização” de suportes linguísticos, comportamentais ou materiais, qualificado como um saber prático quando se refere à experiência a partir da qual ele se produz, agindo sobre o mundo do outro.

Segundo Moscovici (2012), a representação tem, em sua estrutura, duas faces indissociáveis, a face figurativa e a face simbólica, onde a cada figura corresponde um sentido e a cada sentido uma figura. A partir dessa relação, o autor

introduz o conceito de objetivação como a passagem de conceitos ou de ideias para esquemas ou para imagens concretas que irão refletir o real; e o conceito de ancoragem, como a constituição de uma rede de significações em torno do objeto, relacionando-o a valores e práticas sociais.

Torres e Camargo (2008) afirmam que a teoria das representações sociais apresenta três abordagens complementares: dimensional (MOSCOVICI, 1961), dinâmica (JODELET, 2001) e estrutural (ABRIC; CAMPOS, 2003). Cada uma delas avalia o processo de construção das representações sociais a partir de enfoques distintos para compreender o pensamento social.

Ao analisar a natureza social das representações, Moscovici constrói uma análise dimensional, onde cada universo de opiniões apresenta três dimensões: a atitude, a informação e o campo de representação ou de imagem. Para o autor, a representação social reapresenta um ser, uma qualidade, em que novamente presente a consciência, atualiza esse ser ou essa qualidade, mesmo diante da sua ausência ou da sua eventual inexistência.

Para Jodelet (2001, p.17) as RS: “[...] nos guiam na maneira de nomear e definir em conjunto os diferentes aspectos de nossa realidade cotidiana, na maneira de interpretá-los, estatuí-los e, se for o caso, de tomar uma posição”. A autora defende a abordagem com um viés antropológico, sendo uma continuidade da obra original. Para ela, é sempre a representação de alguma coisa (objeto) e de alguém (sujeito) que se manifesta no interior da própria representação. Descreve as representações sociais como conhecimento prático orientado para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideativo em que o ser humano vive.

Doise et al.(2012), promovem uma ruptura com os métodos experimentais tradicionais, preconizando um procedimento experimental que leve em conta as normas e as representações construídas nas relações sociais vividas, e com as quais os sujeitos respondem na situação experimental. Defendem o estudo dos sistemas cognitivos, acessados no nível individual, no estudo dos sistemas relacionais e societais.

Uma terceira abordagem, fundamental para esse estudo, é representada por Jean Claude Abric, o qual desenvolveu a conceituação de representação social, associando a ideia de estrutura à definição dada inicialmente por Moscovici. Sob essa ótica, a representação social deve ser entendida como um sistema estruturado,

composto por um conjunto de opiniões, informações, atitudes e crenças organizadas em torno de uma significação central a propósito de um dado objeto. (ABRIC, 2000).

A partir desse enfoque dado para as representações sociais, surgiu a abordagem estrutural[17]. Segundo Abric e Campos (2003, 2005), a análise de uma representação assim como a compreensão de seu funcionamento necessita, obrigatoriamente, de uma dupla identificação: a de seu conteúdo e a de sua estrutura. ”É dizer que os elementos constitutivos de uma representação são hierarquizados, organizados e mantêm entre eles relações que determinam a significação e o lugar que ocupam no sistema representacional.” (ABRIC, 2001, p. 11).

Abric (2000) dá ênfase à dimensão cognitivo-estrutural conhecida como Teoria do Núcleo Central, segundo a qual sustenta a hipótese de que toda representação social está organizada em torno de um núcleo central e de um sistema periférico. O núcleo central está relacionado à memória coletiva, dando significação, consistência e permanência à representação, sendo, portanto, estável e resistente a mudanças.

Já o sistema periférico é responsável pela atualização e contextualização da representação. Este é complemento indispensável ao sistema central, uma vez que o protege, atualiza e contextualiza constantemente suas determinações normativas, permitindo uma diferenciação em função das experiências cotidianas nas quais os indivíduos estão imersos (ABRIC, 1998).

A Teoria das Representações Sociais, portanto, nos permite conhecer uma representação como um saber socialmente constituído e partilhado, com fins de construção de uma realidade comum aos indivíduos de um determinado grupo social (DESCHAMPS, MOLINER, 2009). Segundo Abric (2000, p. 27), “A identificação da “visão de mundo” que os indivíduos ou os grupos têm e utilizam-na para agir e para tomar posição, é indispensável para compreende a dinâmica das interações sociais e clarificar os determinantes das práticas sociais.”

Entender as práticas pressupõe a compreensão de suas dinâmicas e, portanto a compreensão do funcionamento de suas representações. Desse modo, o estudo das representações sociais, nessa perspectiva “[...] é fundamental para se

[17] Adotaremos nesta pesquisa a abordagem estrutural em função de seus procedimentos metodológicos e estruturação conceitual apresentarem melhor adequação aos objetivos idealizados.

entender a dinâmica das interações sociais e esclarecer os determinantes das práticas" (ABRIC, 2001, p. 11).

Para Moscovici (2012), as representações sociais servem para tornar o não-familiar em familiar, a fim de que elas possam ser compreendidas como fenômenos, fornecendo o referencial interpretativo tanto para tornar as representações visíveis, quanto para tomá-las inteligíveis como formas de prática social. As intervenções de representações orientam em direção ao que é visível como aquilo a que se deve responder; ou que relacionam a aparência á realidade; ou aquilo que define essa realidade através de alguma noção ou imagem. Além disso, as reações aos acontecimentos, respostas aos estímulos, estão relacionadas a determinada definição, comum a todos os membros de uma comunidade à qual se pertence.

É importante compreender quais representações são inerentes às pessoas e aos objetos e descobrir o que representam exatamente, como penetram e influenciam, como são repensadas, recitadas e reapresentadas. Na coletividade, existe uma necessidade continua de reconstituir o "senso comum" ou a forma de compreensão que cria o substrato das imagens e dos sentidos, transforma as realidades em objetos compartilhados, "corporificando ideias" em experiências coletivas e interações em comportamento. Assim são confirmadas suas crenças e as interpretações adquiridas organizadas em estruturas internamente coerentes, e estáveis.

Pensamos que a TRS pode ser útil no campo da saúde coletiva, especialmente no que se refere à transformação de fatores comportamentais envolvidos na determinação social das doenças, na busca de modelos mais eficazes quanto ao problema da mudança de condutas no domínio da prevenção e da promoção em saúde.

A questão que nos mobiliza pode ser colocada de modo bem simples. Por qual razão um sujeito que acredita que a atividade física regular faz bem à sua saúde e que afirma "gostar" de várias modalidades de atividades físicas, não as pratica no seu cotidiano, caminhando para um estilo de vida cada vez mais sedentário?

A pesquisa em representações sociais irá contribuir aqui para a compreensão de fenômenos sociais, relacionando ideias populares sobre saúde e adesão à atividade física. A Representação Social da prática de atividade física é

discutida em alguns estudos que serão importantes neste trabalho. Assim, é um sistema de crenças (centrais e periféricas) que explicam por que alguns indivíduos adotam e outros não adotam as práticas de exercício físico.

Matão et al. (2011, p.14) indica outro exemplo, do mesmo problema, no campo da saúde:

> Em outro exemplo, referente à prevenção da infecção hospitalar, podemos encontrar o mesmo tipo de questão. Por qual razão profissionais de saúde, que receberam treinamento adequado e que acreditam que a profilaxia (basicamente, lavar as mãos antes de cada procedimento), é uma medida necessária, eficaz, impreterível, de controle das infecções hospitalares, não observam este comportamento de modo consistente. Ou seja, na maior parte das ocasiões eles o fazem, porém, eventualmente e sem percebê-lo de modo voluntário, "esquecem". As ingênuas explicações em termos de negligência, falta de treinamento, omissão da comissão de controle, "falta de consciência" ou responsabilidade não ajudam a melhorar o quadro.

Espera-se que uma teoria psicossocial nos ajude a compreender mais profundamente o quadro que será apontado brevemente acima. É necessário compreender os fatores sóciocognitivos que interferem quando os sujeitos apresentam clara ou manifesta adesão a uma crença positiva para a prevenção ou controle de doenças socialmente determinadas, porém, em seu cotidiano, em suas condutas, acabam por emitir comportamentos que, ainda que eventualmente ou em baixa frequência, vão na direção contrária e findam por colocar o sujeito em posição de vulnerabilidade. (MATÃO et al., 2011)

Relacionando as representações sociais de saúde, as crenças relativas aos cuidados com a saúde, com a adoção de comportamentos saudáveis para homens e mulheres, Britam e Camargo (2011) encontraram que os comportamentos de cuidados de saúde prevalentes para o sexo feminino foram a adoção de comportamentos saudáveis. As crenças normativas familiares expressaram o autocuidado através da prevenção. As crenças dos pares para os homens destacaram o autocuidado em casos de agravos à saúde; já para as mulheres, o cuidado preventivo. O núcleo da representação social da saúde destes participantes traz a noção preventiva em relação aos cuidados, sendo que, prevalece para o sexo feminino o aspecto subjetivo, com o elemento bem-estar; e para o sexo masculino o aspecto curativo, com os elementos hospital e doença.

Neiva e Vasconcelos (2009), discutindo em seus estudos as representações sociais de atividade física de mulheres frequentadoras de academia

de ginástica da zona sul do Rio de Janeiro, pautada na Teoria das Representações Sociais formulada por Moscovici (2012), mostraram que o cuidado com o corpo possui maior dimensão na vida das entrevistadas, pois se desapegaram de projetos relacionados ao trabalho e à carreira. Suas relações com a atividade física assemelham-se à rotina de atletas. Apesar da busca de melhora da aparência ser assumida, o discurso da saúde é utilizado como legitimador dos investimentos nessas atividades. As enunciações a respeito das expectativas e dos resultados, através da prática de atividade física, foram as mais representativas nas entrevistas.

Em um trabalho de camporealizado por Santos e Salles (2009) numa academia de musculação na zona norte do Rio de Janeiro, onde foi analisada a representação sobre o corpo e os desejos de buscar um modelo idealizado, constatou-se que as relações e as representações que surgem dentro de uma academia de musculação, não podem ser desvinculadas de um projeto maior de construção sociocultural, presente no imaginário das pessoas. Foi identificada a força da cultura da beleza e do corpo perfeito que se espalhou pela sociedade. A beleza física e o corpo jovem e tonificado são valores importantes para um grande número de pessoas, assim como a crença de que estes atributos são uma obrigação e uma responsabilidade do próprio indivíduo. Porém, ao longo do estudo, percebeu-se que os fatores que levam as pessoas às salas de musculação ultrapassam um simples esforço estético, ou seja, as pessoas procuram, também, qualidade de vida (não definido seu significado pelo autor) e construção de uma rede social, na qual se inclui a qualificação do pertencimento. Concluiu-se que há uma grande preocupação com a aparência e com a aprovação externa, especialmente entre os indivíduos mais jovens. Houve, contudo uma diferença em relação ao sexo. Os homens buscam construir o modelo aprovado do corpo, por meio do ganho de massa muscular, não apenas pelos exercícios, mas, ainda, pelo uso reforçador de substâncias ergogênicas e de vitaminas. As mulheres partem nessa busca, pelo emagrecimento e pelas cirurgias plásticas estéticas. Os corpos de homens e de mulheres devem ser modelados segundo uma geografia de gênero, a partir da qual, os mesmos desejos permite conduzir a uma distinção das formas corporais, cada vez maior.

É importante destacar que os resultados obtidos no estudo fornecem uma base de discussão sobre o conteúdo representacional das respostas dos sujeitos a partir de sua posição nas interações grupal e social, centrada nos processos de

comunicação intersubjetiva e massiva para a construção de suas produções mentais na prática da atividade física.

Entendendo a importância de conhecer a representação social do Profissional de Educação Física sobre corpo, atividade física e saúde encontram-se no estudo de Geisler e Silva (2012) que os acadêmicos de Educação Física apresentaram uma representação de corpo relacionando a beleza aparente como sinônimo de saúde, reforçando a relevância atribuída à autoestima e ao cuidado com o "olhar do outro sobre si", ambos objetivados pela materialidade do corpo físico.

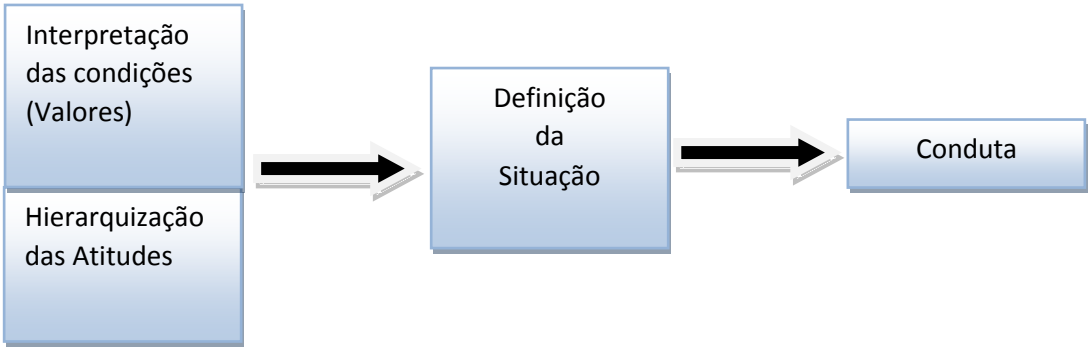
Para alguns autores (CAMARGO; BOUSFIELD, 2014; CAMARGO; WACHELKE, AGUIAR, 2007) a função de orientação das condutas postulada pela TRS despertou grande interesse no Brasil, particularmente nas áreas aplicadas da saúde e da educação, em grande parte motivado pela possibilidade de compreender as práticas preventivas, educativas e terapêuticas. Nesse quadro o "[...] fascínio pragmatista em relação à TRS teve certa semelhança ao poder que a noção de atitude exerceu sobre a psicologia social do século passado" (CARMARGO; BOUSFIELD, 2014, p.261).

Conforme Matão (2011), o tema das relações entre representações sociais e práticas sociais, não é somente central na teoria, como também vem sendo contemplado como ponto crucial de debates nos principais congressos do campo, a exemplo das Conferências Internacionais Sobre Representações Sociais, em Montreal/2000, Stirling/2002, Guadalajara/2004, Roma/2006, Tunis, 2010 e Évora 2012. A existência de elos, de interações, entre práticas e representações não é um problema novo (CAMPOS, 2013), basta nos lembrarmos dos estudos experimentais de laboratório de Codol (1972, 1974) e Abric (1976, 1987) que demonstraram a determinação das práticas pelas representações. Entretanto, em estudos de campo, visando à prevenção ou à mudança de condutas, identifica-se uma dificuldade metodológica maior, a saber, como integrar os dados sobre as práticas, com os dados de representação. Em muitos casos, os autores acabam por tratar as práticas como subproduto, esquemas embutidos no estudo do conteúdo da representação. Do mesmo modo, a observação direta das práticas constitui-se um instrumento privilegiado para o estudo das práticas concretas, das práticas "vivenciadas", contudo, produz informações de natureza diferente daquelas colhidas através da dimensão cognitiva, meio "standard" de acesso às representações.

> Concebidas como sistemas complexos de ação, as práticas estão longe de constituir “objetos” claramente diferenciados das representações: tanto uma prática pode ser objeto representado...; como uma representação qualquer podem conter elementos, conteúdos de esquemas, referentes aos aspectos práticos. (CAMPOS, 2013, p. 61).

O debate sobre a relação entre crenças e comportamentos data do início do século passado. Conforme Beauvois (1996), o interacionismo simbólico de Herbert Blumer teve uma influência no desenvolvimento posterior de outro interacionismo mais primitivo, postulado por Thomas e Zananiecki, a partir de 1918. Estes últimos sustentavam a "primazia da situação subjetiva sobre a situação objetiva”, através da articulação de três elementos de natureza “subjetiva”: valores, atitudes e a “definição da situação” (Figura 5).

Figura 5 - Primazia da situação subjetiva sobre a situação objetiva



Fonte: (BEAUVOIS, 1996, p.12)

Campos (2012) faz uma reflexão teórica sobre a importância da Teoria das Representações Sociais para explicar fenômenos sociais na área da saúde e seu papel metodológico na compreensão de comportamentos e práticas relacionadas ao campo da saúde assim como o potencial transformador das representações para prevenção e o cuidado com a saúde das coletividades humanas. O autor discute a existência de elos de determinação entre práticas e representações quando tenta compreender os fatores sociocognitivos que interferem quando os sujeitos apresentam a intenção de adesão a uma crença positiva para prevenção ou controle de doenças socialmente determinadas, porém, apresentam condutas contrárias, colocando o sujeito em posição vulnerável. Isso remete à análise sobre a produção de informações muitas vezes diferentes daquelas colhidas através da dimensão cognitiva.

No campo da saúde, que no nosso trabalho inclui os campos da atividade física, da educação para a saúde e educação física, o grande desafio é a mudança de hábitos, de comportamentos ou, no sentido mais amplo, das condutas e das práticas sociais. A ideia segundo a qual se modificando uma crença (ou um conjunto de crenças) se modifica um comportamento se tornou um ideal a ser perseguido. Porém, o princípio da primazia da situação subjetiva sobre a situação objetiva sofreu importantes críticas, justamente por negligenciar a "realidade objetiva". Em muitos cenários a psicologia cognitiva e a psicologia cognitiva da saúde fazem parecer que os sujeitos não adotam as práticas corretas (vistas como "corretas", ou positivas, para a saúde do sujeito pelo "observador externo", o especialista em saúde, por exemplo) por uma falha do raciocínio.

Existe a necessidade de avanço da Teoria da RS para que possa trazer novas respostas ao problema da mudança de condutas no campo da saúde coletiva, mais especificamente na prevenção da saúde. Procura-se entender a relação entre crença em medidas preventivas e adoção de comportamentos condizentes, defendendo a possibilidade de TRS trazer elementos para compreensão dos fatores sóciocognitivos que interferem na adesão a novos comportamentos.

É importante a análise desenvolvida no estudo envolvendo a prática como *"sistemas complexos de ação*", sendo tomada como *"objeto representado",* inserindo suas representações em processos de construção e de reapropriação da realidade, sendo tomada como *"ações"* sobre a realidade.

Como elementos necessários à compreensão da adesão ou não ás práticas preventivas, Campos (2012, p.21) trata a situação de vulnerabilidade e suas representações como condições dessas práticas, afirmando que, a partir da teoria do Núcleo Central pode-*se* "tomar as representações como uma condição das práticas e as práticas como um agente de transformação das representações". Assim,

> [...] o ator social (indivíduo ou grupo) constrói um sistema cognitivo capaz de dar coerência, capaz de dar sentido à situação percebida e aos comportamentos empreendidos. Embora o problema, se formule em termos de "representações e práticas", ele se coloca para toda a psicologia social em termos de compreensão das relações (em especial relações de "influência" ou de determinação) das relações entre as ações dos grupos e dos coletivos e suas crenças, mitos, ou outras modalidades de pensamento social. (CAMPOS, 2012, p.21).

Na visão normativa, produzida no contexto das representações sociais, pode ser percebida a presença de crenças verbalizadas e de uma não verbalizada, chamada de “zona muda”, constituída por elementos contranormativos, a qual faz parte da consciência dos indivíduos, contudo estes não querem expressá-la pública ou explicitamente. É importante verificar sua existência, pois, quando se constitui de elementos periféricos da representação, não são produzidas grandes conseqüências, porém, se são elementos do núcleo central, o significado da representação na sua totalidade se torna falsificada.

Neste caso, em algumas situações de práticas coletivas, os sujeitos podem expressar uma crença normativa absoluta e esconder crenças condicionais que justificam a não-utilização, sob condições peculiares. Tomando a discussão de Campos (2012), em relação à noção de “risco”, a partir da chamada “nova concepção de saúde” como bem-estar e não mais como ausência de doença, verifica-se que há um sistema de crenças que se torna a base da percepção de risco pessoal ou coletivo, constituindo *“contextos”* para sua avaliação.

O fascínio de um modelo de mudança de comportamento pela via exclusiva ou direta da mudança cognitiva levou à produção de vários modelos, chamados de “abordagens cognitivas clássicas na saúde”.

> A importância dos elementos teóricos e práticos associados ao conhecimento e controle destes comportamentos (hábitos nocivos e comportamentos de proteção) foi e ainda é uma base essencial de modificação de recursos de diferentes ramos e orientações da psicologia a serviço das finalidades da saúde pública e da otimização dos cuidados. Esta mobilização se traduz hoje em um repertório considerável de ‘modelos’ que foram tomados emprestados das correntes teóricas dominantes na psicologia (teorias cognitivas, teorias do reforçamento) e nesses últimos anos, mais particularmente, da orientação sóciocognitiva. (MORIN, 2004, p.34).

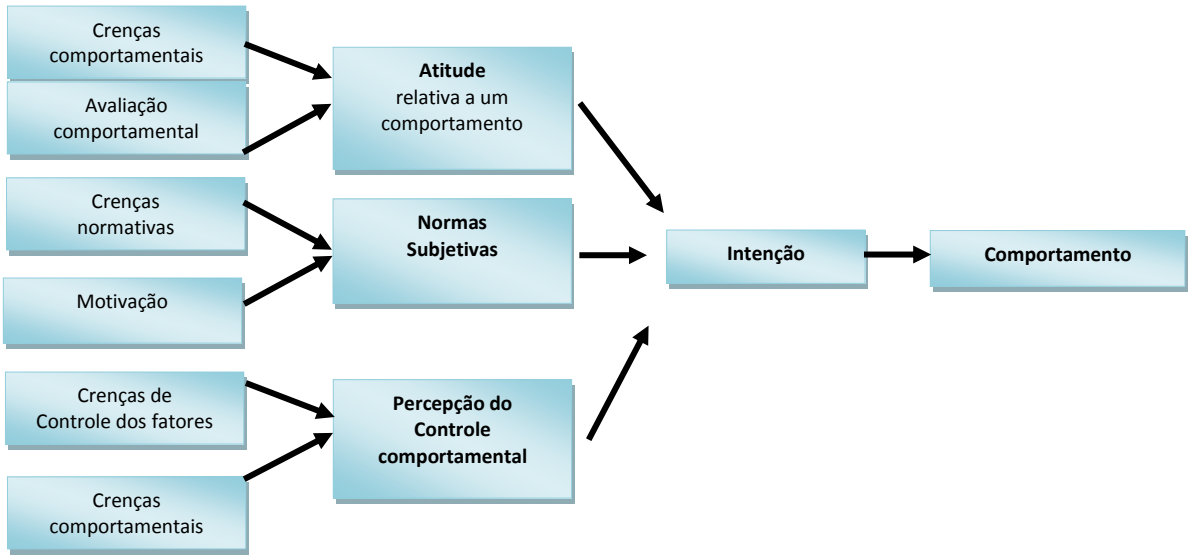
São quatro grandes modelos (MATÃO et al., 2011; CAMARGO; BOUSFIELD, 2014): um dos primeiros modelos a obter grande impacto foi a “Teoria da Motivação para se proteger” (ROGERS, 2000), também conhecida por “Teoria Motivacional da Proteção”; ela se inspirou no Health Belief Model (ROSENSTOCK, 1974), ou seja, o “Modelo das crenças em Saúde”; em seguida se destacam as “Teoria da Ação Refletida” (AJZEN; FISHBEIN, 1980; FISHBEIN; AJZEN, 1975) e a “Teoria do Comportamento Planejado”. (AJZEN, 1985), que colocam no centro do modelo explicativo um “conceito” interessante de “normas subjetivas”, associadas à

atitude para com as ações “planejadas” ou intencionadas e para a capacidade percebida de controle.

O conjunto de modelos de inspiração cognitiva se funda na tomada da intenção, como uma resultante de outros componentes cognitivos, todos podendo ser tomados separadamente como variáveis, ou seja, passíveis de mensuração. Um subconjunto é formado de variáveis de avaliação (gravidade percebida, vulnerabilidade percebida, capacidade percebida de ação ou de controle). Outro subconjunto é composto de crenças acerca do indivíduo, do corpo, da situação, do apoio social ou médico que podem ser recebidos etc., sendo que estas crenças influenciam as primeiras. O eixo epistêmico é a noção de disponibilidade interna.

Esses modelos foram duramente criticados por serem individualizantes e lineares (como se os processos cognitivos seguissem sem hesitação um encadeamento linear). Para Schwartzer (1995) estes modelos pecavam no aspecto dinâmico e temporal, neles o papel da percepção do risco é superestimado: na realidade, o valor do sentimento de vulnerabilidade produzido pela percepção de um perigo é alterado no tempo, solicitando uma “operação cognitiva” de monitoramento, um processo cognitivamente determinado de controle da ação (FIGURA 6).

Figura 6 - Modelo TPB decomposta



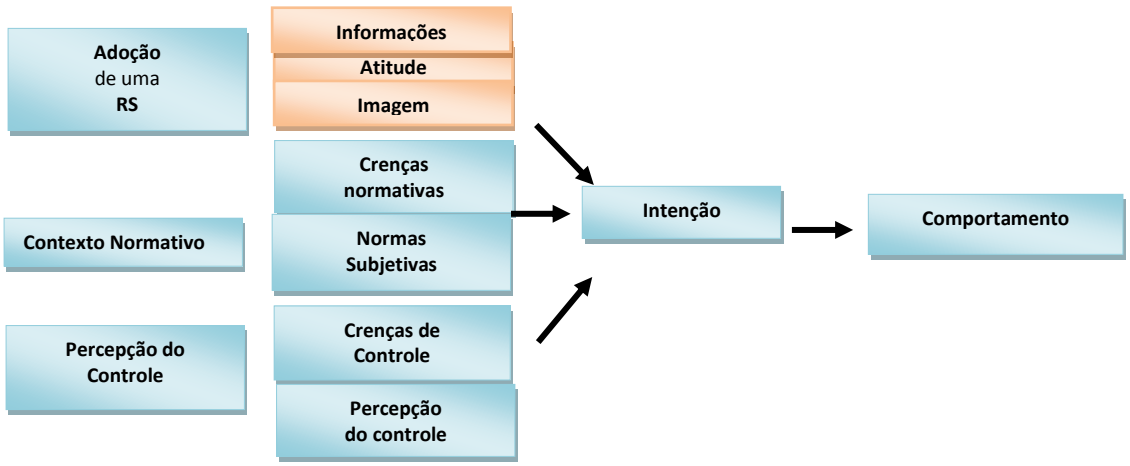
Fonte: (CAMARGO; BOUSFIELD, 2014, p.265)

Channouf e Sommat (1996) descrevem três gerações dos estudos de atitudes. A primeira consistia da tentativa de demonstrar a possibilidade de predizer

os comportamentos a partir do conhecimento prévio das atitudes. Os autores apontam que Wicker realizou em 1965 uma revisão exaustiva dos estudos existentes e concluiu pela existência de um elo muito fraco entre a atitude medida e os comportamentos visados (correlação média de 0.30, com menos de 10% de variância explicada nesta correlação). A segunda geração foi marcada por uma perspectiva mais construtivista, dirigida pelas proposições de Fishiben e Ajzen (1970, 1975); essa geração buscou especificar as condições nas quais se pode inferir a emissão de um comportamento, pelo conhecimento da atitude. Ainda segundo os autores, outra revisão de literatura, feita desta vez por Krauss, em 1995, com 88 estudos selecionados com critérios mais específicos, encontrou uma correlação incontestável, ainda que moderada (0.38).

Para Channouf, Py e Sommat (1996), a terceira geração trata a atitude como variável mediadora de fatores personológicos e situacionais, dentro de modelos cognitivos mais complexos, trazendo um pouco mais de otimismo para o campo de estudos das atitudes, em reação à perplexidade resultante da avaliação dos estudos da primeira geração entre os anos 30 e 60 do século passado (FIGURA 7). Ainda sim, duas críticas permanecem: a de que todos fatores são de natureza individual, portanto impermeável às dinâmicas sociais *in situ* e a da dificuldade de encontrar resultados consistentes no mundo social, na mudança de atitudes visando à mudança de condutas (STROEBE W.; STROEBE, 1995; BARRY, 2000 ; KRETZER, LARSON,1998).

Figura 7 - Modelo da adoção



Fonte: (CAMARGO; BOUSFIELD (2014)

Para tentar aproximar a TRS dessa discussão, Camargo e Bousfield (2014) propõem um novo modelo, ainda não testado, segundo os autores, com a modificação do esquema de Ajzen e Madden (1986), trocando o espaço que antes era ocupado pelas atitudes, por uma RS, concebida sob a abordagem tri-dimensional de Moscovici (atitudes, informação e "imagem", esta última correspondendo ao "campo"). Propõe, então, uma "equivalência" entre o papel das atitudes no modelo de Ajzen e Madden, e o das representações sociais. A novidade, de fato, está na proposição da medida da adoção ou não das representações pelos sujeitos, o que não está distante da noção de "implicação", ou mesmo da "distância para com o objeto" (DANY; ABRIC, 2007) na abordagem estrutural.

A teoria proposta por Ajzen (2005) está relacionada à predição da intenção de realizar comportamentos específicos que propõem que a atitude relativa a um comportamento é determinada pelas crenças acessíveis sobre as consequências desse comportamento e pela força de sua associação ao comportamento (CAMARGO; BOUSFIELD, 2014). Então, se somar a força da crença pela avaliação do resultado irá obter uma estimativa da atitude para o comportamento baseada nas crenças acessíveis ao indivíduo sobre o comportamento.

Deschamps e Beauvois (1996) afirmam que as duas perspectivas, a das atitudes e das RS, coexistem e trabalham sobre "plataformas" semelhantes. Contudo uma distinção muito interessante concerne na importância atribuída pelos teóricos das RS às práticas comunicativas. Uma atividade psíquica "coletiva" inclui necessariamente uma atividade comunicativa constante e consistente, em referência ao objeto de representação.

É necessário aqui, esclarecermos a definição de comportamento descrita por Camargo e Bousfield (2014), segundo Sekiguchi e Nakamaru (2011), como uma ação pública, manifesta, passiva de observação, diferenciando de atitude como pensamentos e avaliações internas, não observáveis, porém mais maleáveis do que crenças e valores. Segundo Stroebe e Stroebe (1995), que procuram responder em sua obra porque as pessoas adotam comportamentos prejudiciais à saúde e como eles podem ser influenciados, a intenção de realizar uma ação depende não só da atitude de uma pessoa relacionada àquela ação, mas também dos valores subjetivos e da utilidade associados aos possíveis resultados dessa ação.

Ainda analisando o Modelo do Comportamento Planejado, percebe-se que as normas subjetivas, juntamente com as atitudes irão promover a intenção de realizar um comportamento, quando se relacionam com o comportamento do grupo de referência do indivíduo. Em relação ao controle comportamental percebido, este irá se relacionar com crenças sobre presença/ausência de fatores que facilitam ou impedem a realização do comportamento. (CAMARGO; BOUSFIELD, 2014).

Este modelo se torna interessante a este estudo uma vez que nos leva a analisar que outros componentes, além da atitude seriam responsáveis pela adoção da intenção de realizar um comportamento, na perspectiva da representação social, referindo-se a uma ação planejada e refletida.

Indagando sobre o papel das RS na formação de comportamentos, Camargo e Bousfield (2014), afirmam que, apesar de o conhecimento da representação ser conhecido coletivamente, existem formas individuais de lidar com ele, consequentes de experiências, posições do grupo e condições ambientais. Assim, a percepção de importância poderá criar ou não uma identificação pessoal, que criaria uma escala valorativa de possível adesão a comportamentos num contexto social com ações que dizem respeito aos cuidados com a saúde e com a busca do bem-estar.

Buscar respostas para a adoção de hábitos relacionados ao exercício através da Teoria das Representações Sociais é buscar reconhecer conhecimentos socialmente construídos, crenças e saberes do imaginário social que constroem o cotidiano e o senso comum, a fim de descobrir novos campos de atuação na adesão ao exercício físico.

Entendemos que os espaços poderão favorecer e criar condições ambientais para essa prática, enquanto caracterizado como lugares de mobilização social que estabelecem relações de sentido, construindo suas próprias representações. Em ambientes institucionais, que poderia ser o ambiente de trabalho, pode-se encontrar apoio no grupo para efetivação das ações, quando se promove uma reflexão a partir de um repertório de práticas boas ou ruins, criando uma identidade comum. É importante buscarmos informações sobre a adesão a partir do reforço de um tipo de prática que poderá estabelecer uma influência capaz de produzir uma intenção que, por sua vez, seria traduzida em uma ação naturalizada.

O estudo da representação social dos sujeitos, em relação à atividade física, poderá identificar qual o conhecimento compartilhado socialmente sobre este tema que possibilita as práticas entre os indivíduos e os grupos. Parte-se da ideia de que os grupos e as sociedades têm conhecimentos compartilhados sobre a realidade que os circunda, que podem engendrar práticas e atitudes em relação a eles (ABRIC, 2001). Nesse sentido, é possível identificar critérios culturais e normativos dos grupos/indivíduos, além dos aspectos condicionais que orientam suas ações em relação à atividade física.

1.6 Condicionalidade e práticas comunicativas

Muitas pesquisas de representações sociais atualmente realizadas na América Latina, seja no campo da educação seja no da saúde apresentam-se como estudos descritivos que seguem um esquema geral: a) recolhem-se indicadores verbais, por uma variedade de instrumentos, ou seja, por um tipo dentre muitos outros: entrevistas, grupo focal, desenhos, questionários , escalas, questões de associação, mapas etc., poucas vezes se usa uma variabilidade de métodos num mesmo estudo; b) obtém-se um conjunto de elementos que hipoteticamente deveriam estar organizados na forma de um “núcleo figurativo”, de uma estrutura com “núcleo central e sistema periférico” ou equivalente, minimamente. Muitos estudos na América latina, contentam-se em fazer emergir um “conjunto de significados”, conteúdos; c) em seguida, apresentam-se conclusões do tipo, “estes elementos constituem a RS de tal objeto, para tais sujeitos”. Cada vez mais se fazem raros os estudos de ancoragem, à exceção daqueles orientados pela abordagem psicosociológica de Doise.

Neste cenário, então, considera-se que conhecemos uma representação. Como exemplos, a representação social da Aids é “sexo, HIV, camisinha, morte”; ou ser Professor é “amor, dedicação, reponsabilidade, ensino”. Porém, muitas vezes observamos práticas sociais desse grupo na direção contrária desses conteúdos, ou mesmo coletamos afirmações, frases, argumentos, que vão em direção contrária, de onde uma conclusão leva á percepção que os sujeitos são contraditórios.

A Abordagem Estrutural propõe outra perspectiva para entender isso, a chamada condicionalidade. As representações sociais têm um papel maior na

orientação de como reagir a um vasto conjunto de diferentes situações, ela guia as ações e o julgamento em diferentes contextos. Então, uma RS bem formada e estabilizada possui um corpo de princípios normativos e funcionais estabilizado, um núcleo central; mas também, assegura sua estabilidade através de um conjunto de elementos (cognemas, crenças, scripts) periféricos que se encontra vinculado a este núcleo. O sistema periférico abriga modelizações individuais e comporta uma flexibilidade face às variações do mundo social, induzidas pela história ou pela alteridade, para reagir quando a RS é colocada em cheque.

De fato, são dois grandes "quadros". O primeiro é o da "normalidade", no qual o sujeito depara com um fenômeno, objeto ou indivíduo, e faz uma leitura de situação, "este é o objeto X, dentro de uma situação frequente, comum", então se desencadeiam esquemas motores quase automáticos, práticas comuns, adequadas ao objeto. Neste cenário (de normalidade) perguntamos ao sujeito, o que é o objeto X? O discurso se apresenta, então, como absoluto (na verdade, normativo). Porém

> [...] a história e a alteridade, necessariamente presentes, se podemos dizer, necessariamente instáveis, conduzem dialeticamente à confrontações com a representação: eventos afetando o ambiente e as práticas ao ponto de fazerem a representação inadequada, confrontações com grupos antagonistas, mudanças nas relações de poder. (ROUQUETE; RATEAU, 1998, p.117).

Quando a representação é atacada, mostra-se "insuficiente", aparece o segundo quadro; as exigências de comunicação fazem aparecer uma atividade retórica, novos argumentos, antes adormecidos, esquemas de racionalização, na tentativa de reintegrar a situação e o "objeto" à normalidade. O que antes aparecia como absoluto agora vai ser permeado de uma riqueza comunicativa, elaborando e reintegrando novas modulações, novas condições para julgar e dirigir as ações.

Foram os trabalhos de Flament (1987, 1989, 1994a, 1994b, 2002) que contribuíram decisivamente para a compreensão da importância do sistema periférico no funcionamento da representação. Esse autor reforça o postulado segundo o qual um corpus cognitivo, tomado em sua totalidade, é obrigatoriamente coerente, sob a forma de uma estrutura coerente. Essa afirmação revela todo o seu sentido, quando constatamos que toda representação é estudada pelo viés do discurso, entretanto, no nível da superfície dos discursos, as representações apresentam elementos que parecem ser diferentes, divergentes ou mesmo

contraditórios. Para resolver essa aparente antinomia, Flament (1987, 1989) propõe considerar os elementos periféricos como esquemas organizados em torno do núcleo que, por sua vez, é responsável pela estruturação e pela estabilidade da RS, gerando o significado que atravessa a representação inteira. Esses esquemas (elementos periféricos) mais próximos ou mais longínquos em referência ao centro são ativados pelas diversas situações e dão lugar a um funcionamento quase instantâneo da representação como "guia" de leitura da realidade. Eles procedem a uma triagem mais fina de cada situação, indicando o que é "normal" (e o que não é) dentro da especificidade de cada situação. De certo modo, os esquemas periféricos tornam mais econômico o funcionamento da representação.

> [...] gosto muito da terminologia que Moscovici tinha proposto na sua Aula Inaugural na Primeira Conferência em Ravello[18]: para os elementos centrais, necessários, ele dizia "não-negociáveis", e para os elementos periféricos, "negociáveis". Eu aprecio esta terminologia porque ela é mais imagística que a que eu uso habitualmente e ela sugere ao menos duas metáforas. A metáfora da negociação diplomática, que pode degenerar em barganha, não necessariamente sórdida, ou talvez... Mas tem também a segunda metáfora, a do automobilista que negocia uma curva perigosa. É justamente aí, na periferia, que se articula nossa apresentação da dinâmica: quando o ambiente de uma representação evolui independentemente de cada representação em particular, acontece de uma representação se encontrar em face a condições imprevistas, que não foram ainda integradas ao funcionamento da representação[...] (FLAMENT, 2002, p.60).

Aquilo que aparece em um discurso, "dentro da normalidade", como absoluto, encontra-se, na verdade, em uma rede de condições suficientes e necessárias para essa normalidade. Segundo Flament (2002), um princípio que marca a dinâmica das representações é que cada indivíduo, em face das situações inesperadas ou excepcionais, possa dizer "dadas as circunstâncias, eu faço algo inabitual, mas tenho boas razões para isso". Então, as situações de crise fazem emergir uma intensa troca comunicativa, que põe em evidência uma riqueza argumentativa, intensa atividade comunicativa de negociação de sentidos acerca das condições de validade, aceitação, de reinscrição do inesperado, dentro da normalidade do objeto. A intensa troca argumentativa faz aparecer as "boas razões", que tornam uma representação mais flexível do que parece no discurso cotidiano. Assim, estudos de representação social deveriam reconstituir situações (como o grupo focal, por exemplo, de interlocução que façam emergir a riqueza

[18] I Conferência Internacional sobre as Representações Sociais, Ravello, Itália, 1992

argumentativa para o normal, o excepcional (ainda, dentro da norma excepcional, porém aceitável) e o inaceitável, fora da norma.

Embora alguns estudos de RS as façam assemelhar a descrições de objetos, a definições bem demarcada, sua estrutura de base é argumentativa e tem como polarização (operador lógico), o normal e o condicional.

1.7 Atividade física no ambiente de trabalho

Marx (1963, p. 23) afirma que o trabalho é um processo em que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla o intercâmbio material com a natureza. Atuando assim, sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo o homem modifica sua própria natureza. Configura-se como atividade genuinamente humana porque não é realizado por instinto. Ele acontece como uma atividade consciente, consequência de uma necessidade, do movimento teleológico do trabalho, exclusivamente humano, quando infere que o homem figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade. No fim do processo do trabalho, aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador. O caráter alienado do trabalho apresenta-se ao perceber que "quanto mais o trabalhador se desgasta no trabalho, tanto mais poderoso se torna o mundo dos objetos por ele criados em face dele mesmo, tanto mais pobre se torna a sua vida interior e tanto menor ele pertence a si próprio".

Desde o surgimento do capitalismo e da própria teoria das organizações existe um conflito essencial entre o capital e os interesses dos indivíduos, e as organizações apresentam-se, essencialmente, como um sistema de mediações. Na busca de soluções de desempenho, sob forma de produtividade, eficiência e eficácia, a ciência administrativa tem gerado, para as organizações, inúmeros modelos de gestão, verdadeiras panacéias para a resolução dessas questões, que têm por base, fundamentalmente, métodos de controle exercidos sobre o trabalho pelo capital. Em resposta à crise no sistema capitalista ocorrida após os anos 1970 incidiu um processo de reorganização do capital e de seu sistema ideológico e político, seguiu-se um processo de reestruturação da produção e do trabalho, com o propósito de conceder ao sistema o instrumental necessário para tentar repor os

patamares de expansão anteriores. Nesse contexto, e conduzido por essa lógica, que surge o movimento de Qualidade de Vida no Trabalho, a partir da segunda metade do século XX, com o propósito declarado de melhorar as condições de trabalho do indivíduo (DOURADO; CARVALHO, 2006).

Assim, atender aos interesses individuais e aos coletivos de modo que estes sejam cada vez mais compartilhados é um dos maiores desafios psicossociais, em que se torna necessário refletir sobre o sentido da existência das organizações sociais e da sua interdependência com as questões que atravessam o trabalho. É necessário compartilhar objetivos comuns a fim de que sejam gerados resultados úteis (TAVEIRA, 2013).

Inseridas num cenário cada vez mais competitivo, as organizações e, principalmente, as empresas públicas, têm cada vez mais a função de suprir as expectativas da sociedade e, para isso, devem estar voltadas para a valorização e o respeito do ser humano.

Um número cada vez maior de empresas brasileiras implanta o PQT, técnica de administração aperfeiçoada no Japão, a partir de ideias americanas ali introduzidas logo após a Segunda Guerra Mundial. Baseia-se em programas tayloristas de racionalização e eficiência, no produtivismo, considerando as bases behavioristas com o objetivo de manipulação dos trabalhadores. Há a preocupação das empresas em relação ao seu micro e macro ambiente, onde o processo de melhoria contínua faz com que seja necessário o envolvimento das pessoas para se alcançarem as metas do programa. Contudo, observa-se nos discursos funcionalistas e gerenciais que a preocupação das empresas com a introdução de novas técnicas de gestão e desenvolvimento constante do pessoal, tem por objetivo alcançar ganhos de produtividade e somente em última instância melhorar o bem-estar e as condições de trabalho das pessoas. (MONACO; GUIMARÃES, 2000).

A gestão da qualidade traz consigo um processo de transformação cultural, que não é instantâneo, mas um processo gradativo em que o investimento da empresa deve ser concentrado nas pessoas, na tentativa de conscientização para a necessidade de mudança, e tem como finalidade última o envolvimento de todos os membros da organização na busca da qualidade.

Historicamente, a prática de atividade física no Brasil surge como uma imposição das classes dominantes na manutenção de seus interesses por uma concepção de sociedade ideal. Porém, devido aos inúmeros estudos que a relaciona

com benefícios à saúde, são criadas estratégias de mobilização de toda a sociedade, envolvendo iniciativas públicas e privadas, no sentido de integrar ações para a promoção da atividade física para toda a população. Considerando tais benefícios, empresas e indústrias começaram a investir na saúde de seus funcionários com o objetivo de diminuir seus custos e aumentar da produtividade (DEVIDE, 1998), além de valorizar dissimulada do discurso da ética e responsabilidade social das empresas. (DOURADO; CARVALHO, 2006).

Para Sanctis et al. (2008) é importante ressaltar a distinção entre atividade física no local de trabalho ou fora dele e ginástica laboral (GL), por apresentarem objetivos diversos e diferirem significativamente nos meios e instrumentos que utilizam. A GL, que tem seu surgimento em 1925 com a denominação de “ginástica de pausa”, com o objetivo de prevenção de doenças ocupacionais, realizada nos locais de trabalho durante a jornada de trabalho, atuando de forma preventiva e terapêutica. Já os programas de atividade física consistem em incentivos à prática de esportes ou a atividades, levando a um maior dispêndio energético e movimentação da musculatura, em geral, fora dos locais de trabalho, o que pode inviabilizar que o trabalhador se exercite regularmente.

Grande et al. (2014), ao investigarem a efetividade da ginástica laboral para a saúde dos trabalhadores, por meio de componentes da aptidão física, relacionados à saúde, geraram a hipótese de que pessoas já saudáveis procuram programas de exercício no trabalho, não atraindo aqueles que precisam mudar o estilo de vida. Seus estudos realizados em parceria com o Serviço Social da Indústria (SESI) e servidores de universidades públicas, por meio de projetos de extensão, mostram que a adesão a programas de GL varia entre 40% e 50% do total de trabalhadores e que os efeitos específicos são difíceis de mensurar devido às características da intervenção de 15 minutos com intensidade leve. Sugere que futuras pesquisas aumentem a intensidade do esforço, o tempo da sessão e o exercício semanal. Alerta que essas recomendações poderão interferir na adesão à atividade por problemas de ordem estrutural (estar suado). Além disso, a realização e a participação na pesquisa foram vistas pelos gestores como um período em que o funcionário não estava produzindo e, portanto, a empresa deixava de lucrar.

No Brasil, são raros os programas de atividade física nas empresas no sentido de promover uma conscientização e um aumento da prática de exercícios, visando à melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores e da população em geral

(SANCTIS et al., 2008). Verifica-se que, no mercado, a divulgação de treinamentos, palestras e programas motivacionais produzem efeitos apenas momentâneos quando são vendidos e implantados visando a “motivar” por meio de ações paliativas.

Existe uma limitada disponibilidade de evidências sobre a relação entre atividade física e medidas de produtividade no trabalho, que pode ser explicada em boa parte pela dificuldade nas formas de medida. Os programas de promoção de atividades físicas nas empresas são uma grande oportunidade de democratizar conhecimentos a respeito da atividade física no contexto da saúde e de cuidados com os hábitos de vida, porém motivos como carga horária e trajeto até o local ocupacional levam ao abandono ou à não adesão à prática. (PROCHASKA et al., 2002). Para a empresa, a necessidade do gasto com vestimentas, locais apropriados e profissionais para orientar as atividades com os funcionários, desestimulam a criação de programas de exercícios dirigidos à “promoção de saúde”. (SANCTIS et al., 2008).

Marques et al. (2006), em estudo sobre o esporte na empresa, consideram a importância de valorizar a participação de todos e buscar a prática esportiva não como determinação de vencedores, mas sim, como um espaço em que é possível conhecer outras pessoas e vivenciar momentos de prazer em convivência com colegas de trabalho. Ainda, segundo os autores, é fácil afirmar que a promoção de atividades esportivas venha a incentivar a prática de atividade física entre os funcionários de uma empresa, assim como a crença equivocada de que a simples reunião de pessoas para isso seja suficiente para que haja integração entre os participantes (TAVEIRA, 2013).

Como mecanismo de prevenção, a atividade física tem grande importância para os aspectos ligados à saúde populacional como uma oportunidade de conscientização e de modificação do comportamento, promovendo não apenas internamente, mas refletindo também em suas relações sociais. A melhoria dos índices de produtividade, a ausência e a rotatividade impactam não somente nos aspectos econômicos, mas também na oferta de trabalho numa economia globalizada (FIGUEIRA, 2004).

Um aspecto a ser considerado na implantação de programas de atividades físicas e promoção da saúde nas empresas, é a identificação dos fatores motivacionais intrínsecos que geram a adesão das pessoas aos programas.

Considerando que alguns obrigam a participação na ginástica laboral da empresa ou em atividades com as quais não se identificam, aqueles programas que trabalham com prescrição de exercícios individualizados e que permitem a interação entre os funcionários obterão melhores resultados. Normalmente, não são oferecidas muitas possibilidades aos trabalhadores para aderirem à atividade física. (VILARTA; GUTIERREZ, 2008).

A Teoria das Representações Sociais será utilizada neste estudo para fornecer subsídios teóricos que permitem, através da sua abordagem, entender questões do mundo organizacional e sua relação com a prática de atividade física, na tentativa de reconhecer e de se aproximar do conhecimento tácito dos trabalhadores, além da possibilidade de gerar soluções para este problema. Irá permitir o diálogo entre os diferentes saberes reificados da ciência com o saber do trabalhador, privilegiando o senso comum na situação cotidiana e específica do trabalho.

Para Taveira (2013), a teoria tem muito a contribuir para o campo das organizações e do trabalho, no que se refere ao processo de construção do conhecimento e seu impacto sobre o comportamento organizacional. Neste contexto, as práticas são determinadas pela cultura e pelas tendências do mercado empresarial que irão influenciar os comportamentos, orientando as expectativas e as crenças. Porém, deve-se considerar que, embora algumas formas de pensar da sociedade sejam abrangentes e dominadoras, cada grupo social constrói uma representação particular. Diferentes contextos organizacionais podem possuir as mesmas representações sociais ou discrepantes, tendo em vista a singularidade de cada realidade psicossocial e que pode provocar atitudes positivas e negativas dos seus funcionários, porque são representadas.

Programas que procuram melhorar quadros de saúde através de práticas de atividade física lidam com sujeitos com condições e modos de vida heterogêneos, além de diferentes estágios de prontidão para adoção de um estilo de vida tido como saudável. (MARQUES; GUTIERREZ; ALMEIDA, 2006, p. 111)

Neste contexto, vê-se a importância de repensar as contradições entre o discurso e a prática para que os programas de atividade física possam gerar outros benefícios além de motivar e comprometer os funcionários, gerando uma mudança de atitudes e de comportamentos e possibilitando criar espaços para novos modelos

em ambientes organizacionais em seus diferentes contextos socioeconômicos e culturais.

Diante de tais explanações, entendemos a importância de estudar o efeito da adoção de novas práticas de atividade física, além da reflexão grupal (através do grupo focal) na modificação da percepção e da justificativa das condições de realização da atividade física.

Para estudar a provável transformação das representações sociais que integram o sistema sociocognitivo, foi necessário conhecer os hábitos de atividade física e as crenças (justificativas para não realização de exercício regular) para identificar e analisar a Representação Social de atividade física e de saúde.

Algumas abordagens, conceitos, teorias e modelos procuram dar pistas, instrumentos, ferramentas de diagnóstico e estudo da realidade de adesão à prática de atividade física, procurando identificar os componentes sistemáticos do contexto, tendo como objetivo a representação dessa realidade. Vimos a importância de se criar um modelo de intervenção, com a adesão dos participantes às novas práticas de atividade física no ambiente laboral, o que pôde nos dar indicações de como a mobilização individual e a criação de um contexto condicional causam interferência no sistema periférico das representações, onde o sujeito passa a aderir a estas novas práticas.

2 MÉTODOS

2.1 Estratégias metodológicas

2.1.1 Medidas de perfil para avaliação física

Foi utilizado para determinar o perfil do grupo estudado o cálculo de indicadores de saúde, que são definidos como variáveis que ajudam a medir as mudanças e saber em que ponto está o processo, onde evolui e se está longe de ser o alvo. Essas medições foram utilizadas para responder questões de identificação, monitoramento e avaliação da atividade no contexto da intervenção proposta. A seleção destes foi guiada pelo propósito para o qual foram criados.

O instrumento de avaliação física (APÊNDICE C) foi utilizado com o objetivo de fornecer informações necessárias à elaboração de um correto programa de atividade física, além de poder ser utilizado para uma análise comparativa.

Entre eles, foi calculado o índice de massa corporal (IMC) do grupo estudado, determinado pelo peso do indivíduo, dividido pelo quadrado da sua altura. É uma medida de caráter populacional considerada para determinar a obesidade. Uma pessoa com um IMC de 30 ou mais é geralmente considerada obesa (FIGURA 8). Uma pessoa com um IMC igual ou superior a 25 é considerada sobrepeso (OMS, 2009).

A meta do índice de massa corporal (IMC) em nível populacional recomendadas pelos especialistas em obesidade da OMS, em 1997, é de 21-23 kg/m². A recomendação individual é manter o IMC no intervalo de 18,5-24,9 kg/m² e evitar um aumento de peso superior a 5kg durante a vida adulta (OMS, 2003).

Figura 8 - Classificação de adultos em função do IMC

Classification des adultes en fonction de l'IMC[a]

Classification	IMC	Risque de morbidité associée
Insuffisance pondérale	<18,50	Faible (mais risque accru d'autres problèmes cliniques)
Eventail normal	18,50–24,99	Moyen
Surpoids:	≥25,00	
Préobèse	25,00–29,99	Accru
Obèse, classe I	30,00–34,99	Modéré
Obèse, classe II	35,00–39,99	Important
Obèse, Classe III	≥40,00	Très important

[a] Ces valeurs de l'IMC sont indépendantes de l'âge et analogues pour les deux sexes. Toutefois, l'IMC peut ne pas correspondre au même degré d'adiposité dans des populations différentes, en partie à cause de différences de constitution (voir section 2.3.2). Ce tableau montre une relation simpliste entre l'IMC et le risque de morbidité associée, qui peut être modifiée par toutes sortes de facteurs, notamment par la nature du régime alimentaire, le groupe ethnique et le degré d'activité. Les risques associés à un IMC en augmentation sont continus et progressifs et apparaissent avec un IMC inférieur à 25. L'interprétation du classement des IMC en fonction du risque peut différer selon les populations. Pour calculer le risque de morbidité associée à l'obésité, il est important de connaître à la fois l'IMC et la répartition de la masse grasse (périmètre abdominal ou rapport tour de taille/tour de hanches).

Fonte:(OMS, 2009)

Outra maneira de diagnosticar o sobrepeso e a obesidade do grupo foi a realização da avaliação da composição corporal. Dentre os diversos métodos para efetuar tal avaliação, os métodos duplamente indiretos que utilizam as dobras cutâneas e os que utilizam a bioimpedância elétrica têm-se demonstrado viáveis (FERNANDES, 2003). A técnica antropométrica é a que tem sido mais usada em todo o mundo, por ser a mais barata e por apresentar excelente fidedignidade. Essa técnica faz uso de medidas lineares, de massa, de diâmetros, de perímetros e de dobras cutâneas. Essas medidas, sozinhas ou combinadas, são usadas para se obter o percentual de gordura corporal (%G), corrigidas, ou não, para a idade (POLLOCK e WILMORE, 1993). Neste estudo foi utilizado como pontos de corte a classificação de riscos à saúde em função do percentual de gordura segundo Lohman (Tabela 1).

Tabela 1 - Classificação de riscos à saúde em função do percentual de gordura segundo Lohman

	Fator	Mulheres
< 5%	Risco de doenças e desordens associadas á desnutrição	< 8%

6 – 14%	Abaixo da média	9 – 22%
15%	Média	23%
16 – 24%	Acima da média	24 – 31%
> 25%	Risco de doenças e desordens associadas á obesidade	> 32%

Fonte: Adaptado (ANS, 2011).

O percentual de gordura da população estudada foi calculado através do Protocolo de Faulkner de 4 dobras cutâneas: tríceps (TR); subescapular (SB); supra ilíaca(SI) e abdome (AB), utilizando a seguinte fórmula:

$$G\% = [(TR + SI + SB + AB) \times 0{,}153 + 5{,}783]$$

A medição da espessura das pregas cutâneas foi realizada com o auxílio de adipômetro científico, com precisão de 0,1mm, marca Cescorf®, aparelho utilizado para medir a distância entre dois pontos. O processo para medir a espessura das pregas cutâneas consiste em pinçar firmemente com o polegar e o indicador, formando uma prega cutânea. Cada dobra cutânea foi aferida três vezes alternadas, no hemicorpo direito dos avaliados, com o indivíduo de pé e com vestimenta apropriada, para que a mediana fosse utilizada como escore final, de acordo com o protocolo de Pollock e Wilmore (1993).

A partir do resultado do percentual de gordura foram calculados o peso de gordura (%G x Peso Corporal/100) e a massa magra (Peso Total – Peso de Gordura).

O peso ósseo foi estimado pela equação de Von Doblen modificada por Rocha sendo, todas as medidas, inclusive os diâmetros ósseos, em metros (MONTEIRO; FERNANDES, 2007).

$$PO = 3.02\ (altura^2 \times diâmetro\ do\ punho \times diâmetro\ do\ joelho \times 400)\ 0.702$$

O Peso Muscular (PM) foi definido pela equação derivada da fórmula básica de Matiegka, sendo conhecidos os pesos de gordura (PG), ósseo (PO), residual (PR) e total (PC). O Peso Residual é determinado a partir de uma relação proposta por Wurch em relação ao peso corporal (Homens: peso atual x 24,1/100; Mulheres: peso atual x 20,9/100) (MONTEIRO; FERNANDES, 2007).

PM = PC – (PG + PO + PR)

As medidas foram realizadas utilizando-se os seguintes instrumentos: balança, para determinação do peso corporal, marca personal devidamente calibrada e aferida, com precisão de 100 gramas, e escalas, variando de 0 a 150 Kg; estadiômetro, marca Sanny, consiste numa haste de 200cm de comprimento; paquímetro marca Cescorf®.

Para calcular o peso ideal, foram considerados, para homens, a massa magra acrescida de 15% de massa gorda e, para as mulheres, acrescida de 23% de massa gorda - pontos de corte do percentual de gordura ideal.

Peso Ideal = (Massa magra) / (1 – % de gordura desejada)

A circunferência da cintura é outro indicador de saúde utilizado neste estudo para aferir a localização da gordura corporal, sendo um índice indicativo de massa de gordura intra-abdominal e gordura corporal total que reflete o fator de risco para doenças cardiovasculares e outras doenças crônicas (OMS, 2003). Na Tabela 2 encontram-se os parâmetros de circunferência da cintura para adultos:

Tabela 2 - Parâmetros de circunferência da cintura (para adultos)

Circunferência da cintura	Diagnóstico Nutricional
≥ 80,0 cm	Para Mulheres
≥ 94,0	Para Homens

Fonte: Adaptado (WHO, 2000)

Foi utilizada fita métrica de 1,5 metros para a avaliação da medida da circunferência da cintura, tomada com os sujeitos em pé, com abdômen relaxado, braços estendidos e peso igualmente distribuído entre as pernas, com os pés próximos e paralelos. A região da cintura estava desprovida de roupa, e a medida foi realizada ao final da expiração, tomando-se o cuidado para não comprimir a pele, no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Outro indicador de risco à saúde é a relação cintura/quadril – RCQ, o qual afere a localização da gordura corporal. Foi utilizado por possibilitar identificar o padrão de distribuição do tecido adiposo, o qual tem relação direta com o risco de

morbimortalidade (Tabela 3).

Tabela 3 - Parâmetros cintura/quadril

Relação Cintura/Quadril	Risco para Doenças Cardiovasculares
RCQ > 1	Para homens
RCQ > 0,85	Para mulheres

Fonte: Adaptado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998)

A circunferência do quadril foi medida na extensão máxima das nádegas, com o indivíduo em pé, em posição ereta, utilizando a fita métrica flexível de 150cm de comprimento, com precisão de uma casa decimal, sem esticar excessivamente, evitando-se a compressão do tecido subcutâneo.

O índice de conicidade (Índice C) também foi utilizado para avaliação da obesidade e distribuição da gordura corporal. Foi determinado através das medidas de peso, estatura e circunferência da cintura utilizando-se a seguinte equação matemática (VALDEZ, 1991):

$$\text{Índice C} = \frac{CircunferênciaCintura(\text{m})}{0{,}109\sqrt{\frac{PesoCorporal(kg)}{Estatura(m)}}}$$

O numerador é a medida da circunferência da cintura em metros. O valor 0,109 é a constante que resulta da raiz da razão entre 4p (originado da dedução do perímetro do círculo de um cilindro) e a densidade média do ser humano de 1 050 kg/m³. Assim, o denominador é o cilindro produzido pelo peso e estatura de determinado indivíduo.

Quando o índice C foi proposto, não foi definido o local exato para a medida da circunferência abdominal. Mais recentemente, foi utilizada a menor circunferência entre a crista ilíaca e a última costela flutuante, e o nível da cicatriz umbilical. No presente estudo, o parâmetro foi a distância média entre a última costela flutuante e a crista ilíaca (menor circunferência do tronco). Considerando a inexistência de consenso entre os diversos autores sobre o local a ser medida a circunferência abdominal para o índice C, acreditamos que o ponto adotado não produz viés de informação.

Segundo Pitanga (2004), a área total sob a curva Receiver Operating Characteristic (ROC) entre o índice de conicidade e risco coronariano foi de 0,80, IC 95% (0,74-0,85) para homens e 0,75, IC 95% (0,70-0,80) para mulheres. Os melhores pontos de corte para discriminar o risco coronariano elevado foram, para homens e mulheres, respectivamente, 1,25 e 1,18.

A razão cintura-estatura (RCE) é um dos índices antropométricos considerado como indicador de obesidade abdominal (HSIEH; YOSHINAGA, 1995). A RCE, aliada à CC, parece ser um dos melhores preditores de fatores de risco CV, devido ao fato de avaliarem a relação entre a circunferência da cintura e obesidade central. Ela pode ser obtida pela razão da circunferência da cintura (m) pela medida da estatura (m) (COX et al., 2007):

$$\text{Razão cintura-estatura} = \frac{\text{Circunferência da cintura (m)}}{\text{Estatura (m)}}$$

A RCE estabelece relação com desenvolvimento de hipertensão e crise metabólica, sendo os pontos de corte encontrados de 0,52 e 0,53 para hipertensão e 0,53 e 0,54 para síndrome metabólica, para homens e mulheres, respectivamente (Rodrigues et al.,2010).

2.1.2 Medidas do nível de atividade física

Foi realizada uma pesquisa com abordagem exploratória, na qual foi aplicado o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) para estimar o nível de prática habitual de atividade física dos funcionários (ANEXO B). Esse instrumento permite medir a atividade física em grandes grupos ou populações, sendo desenvolvido para atividades de vigilância e para orientar o desenvolvimento de políticas relacionadas à atividade física para a saúde através dos vários domínios da vida. Empreende um amplo conjunto de domínios, incluindo atividade física de lazer, atividades domésticas e de jardinagem, atividade física relacionada com o trabalho e atividade física relacionada com os transportes. O IPAQ forma curta utiliza três tipos específicos de atividade nestes domínios: andar, atividades de intensidade moderada e atividades de intensidade vigorosa. No IPAQ forma longa, utilizado neste estudo, são acrescentados detalhes específicos sobre caminhar como meio de transporte e atividade moderada de lazer.

Os itens estruturados no IPAQ forma longa fornecem em seus domínios, pontuações separadas específicas para caminhar, atividades de intensidade moderada e atividade de intensidade vigorosa no trabalho, no transporte, nas tarefas domésticas, na jardinagem (quintal) e no lazer. O Cálculo dos escores totais para a forma longa requer a soma da duração (em minutos) e frequência (dias) para todos os tipos de atividades, em todos os domínios. Os resultados são transformados para uma pontuação em MET-minutos (múltiplos da taxa metabólica de repouso) classificando as populações em três níveis de atividade física:

a) baixa;
b) moderada;
c) alta.

2.1.3 Medidas de risco à prática de atividade física

Para determinar a segurança ou o risco de exercício do indivíduo participante deste estudo, com base em respostas às suas perguntas específicas sobre histórico de saúde, foi utilizado o questionário de prontidão atividade física, PARQ. Contém questões que identificam quaisquer limitações ou restrições quanto à prática da atividade física. Essa forma foi adotada pelas Normas e Diretrizes do ACSM para saúde e prática de exercício físico, sendo utilizada para reduzir significativamente as barreiras à atividade física.

2.1.4 Grupo Focal como instrumento da pesquisa

Para identificar o significado das experiências vivenciadas, as possibilidades de construção ou de nova significação de pensamentos e das práticas sobre as circunstâncias vivenciadas sobre atividade física foi utilizado, como objeto de estudo e intervenção, o trabalho de grupo focal.

Foi introduzida primeiramente nos anos de 1920 como técnica de pesquisa em marketing, sendo utilizada nas ciências sociais a partir de 1950, por R. Merton, com o objetivo de estudar as reações das pessoas à propaganda de guerra. Na área da saúde, essa técnica de pesquisa qualitativa foi mais utilizada a partir de meados de 1980, e praticamente inexistem estudos publicados até 1984. Desde 1990, entretanto, foi expressivo o aumento de pesquisas, utilizando esse método

(CARLINI-COTRIM, 1996). Pertence à categoria mais geral de pesquisa aberta ou não estruturada, visando a colocar as respostas do sujeito no seu próprio contexto (MINAYO, 2000, p. 109).

Grupo Focal é uma das principais técnicas de investigação, que se apropriou da dinâmica de grupo, permitindo a um pequeno número de participantes ser guiado por um moderador qualificado, procurando alcançar níveis crescentes de compreensão e aprofundamento de um tema em estudo (DEBUS, 2004, p. 3).

Utilizou-se o grupo focal de intervenção como uma possibilidade de objetivar algum tipo de mudança, de transformação, na busca do entendimento, do conhecimento, da cooperação, da consciência de si, do outro e do meio. Teve seus objetivos de mudança clara e eticamente estabelecidos (CAMPOS, 2013).

Segundo Costa (2006) a prática do grupo focal é um meio simples e prático para coleta de informação junto a várias pessoas ao mesmo tempo, em situações nas quais a interação produzida, através da conversação entre os participantes, não pode ser negligenciada.

Geralmente os grupos são compostos por quatro a oito participantes, com pequenas variações, segundo a opinião dos pesquisadores, podendo se conhecer ou não. Por outro lado, certos grupos podem ser compostos de pessoas que possuem conhecimento comum sobre o objeto de estudo (MARKOVÁ, 2003)

O recrutamento requer estratégias diferentes e, em alguns casos pode-se até selecionar mais pessoas caso haja deserções. Para evitar esse problema, o pesquisador poderá oferecer algum tipo de retorno para incentivar os membros do grupo.

É necessário um planejamento prévio a fim de organizar e contemplar aspectos inerentes ao andamento dos trabalhos como a organização da equipe, o orçamento, o grupo, o conteúdo, a seleção do local e a coleta de dados, o convite, o cronograma e a condução da sessão.

As sessões duram em trono de uma hora, podendo se estender de acordo com o debate. O moderador geralmente prepara questões ou sugestões para iniciar a discussão, assumindo a posição de facilitador. É dele a responsabilidade pelos encaminhamentos e direcionamentos necessários, bem como o incentivo na participação de todos os componentes do grupo, para que se aprofundem as discussões, possibilitando a revelação de novos aspectos e de novos olhares, relativos ao tema.

Juntamente como ele, é importante a presença do observador para cultivar a atenção, auxiliar o moderador na condução do grupo, tomar nota das principais impressões e estar atento à aparelhagem audiovisual.

Outro aspecto importante está relacionado ao ambiente onde ocorrerá a reunião do Grupo Focal. Este deve estar livre de barulho, de situações que permitam a distração, ser confortável, agradável, preferencialmente que seja um local diferente do cotidiano dos participantes da pesquisa e de fácil acesso.

2.1.5 Questionário de Representação Social

Para identificar, fazer emergir e conhecer a organização os elementos constitutivos da representação social do grupo em relação ao objeto deste estudo, foi aplicado um questionário (APÊNDICE A) composto de questões específicas baseado em concepções encontradas nos trabalhos de Campos, (1998); Vergès, (1994); Sá, (1996).

As pesquisas realizadas por meio de questionários distribuídos a uma amostra da população aparecem no século XIX, aplicadas principalmente ao estudo das condições de vida das classes pobres. Em ciências sociais, elas constituem o instrumento mais empregado, devido ao desenvolvimento das técnicas estatísticas e de amostragem, à disponibilidade de recursos computacionais adaptados e a seu custo relativamente baixo, comparado à observação direta, por exemplo (POURTOIS; DESMET, 1988).

O questionário é um instrumento de coleta de informações baseado na análise das respostas dadas a uma série de questões apresentadas. Muito adequado à utilização de grandes amostras, o questionário se presta particularmente ao tratamento quantitativo. Outra vantagem do questionário é a padronização que ele permite, reduzindo ao mesmo tempo os riscos subjetivos de variação entre diferentes entrevistadores e as variações de interpretação entre os indivíduos.

Foram sondadas as representações sociais da prática de atividade física dos sujeitos estudados, além das suas percepções em relação à prática de atividade física, das condições favoráveis ou não para esta prática assim como as atitudes desenvolvidas que irá favorecê-la, utilizando como instrumento um questionário para medir as atitudes dos trabalhadores em relação à prática de atividade física, através

de entrevista dirigida sobre o histórico e a identificação das práticas de atividade física e estilo de vida.

Foi aplicado um questionário de evocação livre, com a seguinte instrução: "quais as palavras ou expressões que vêm espontaneamente à sua cabeça quando você ouve a expressão: saúde e atividade física". Cada uma das respostas era enumerada e, em seguida, o questionário solicitava aos participantes que classificassem as duas respostas mais importantes, justificando-as em seguida.

Logo após, se solicitava ao respondente que este se posicionasse em relação se as respostas eram positivas ou negativas, por uma escala do tipo Likert, com cinco itens. Os extremos da escala correspondiam, respectivamente, à pesquisa fundamental e à aplicada, devendo o respondente posicionar-se sobre elas.

A importância que algumas atividades físicas têm na vida dos sujeitos e de seus colegas foi sondada por outra escala de Likert com sete itens, além da sondagem sobre a importância do local de trabalho oferecer atividades físicas no horário do expediente, se as obrigações domésticas atrapalham a prática de atividade física, o que acha de lugares próximos à sua casa ou próximos ao trabalho que ofereçam a prática de atividades físicas e se a falta de tempo é uma razão válida para não fazer atividade física.

Foram inseridas questões sobre atividades no tempo livre e justificativas que as pessoas dão para praticar ou não atividade física.

2.2 Sujeitos

O grupo pesquisado foi composto de funcionários de uma rede de supermercados localizado em Fortaleza–CE, atualmente distribuídos em 15 estados, nas regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Nordeste e Distrito Federal.

A unidade na qual foi desenvolvido o estudo possui 250 funcionários, e todos foram convidados a participar do estudo através de uma circular esclarecedora, convidando para a realização de uma avaliação física e a aplicação de um questionário para verificar as atividades físicas diárias e as ideias sobre algumas formas de exercício. Essas informações seriam utilizadas para a elaboração de um programa de atividades físicas, totalmente gratuito, duas vezes na semana (terças e quintas) no horário de 13 horas. Além disso, foram ofertados

atividades de lazer, acompanhamento individualizado e palestras em outros horários. A circular foi distribuída em todos os setores da loja (APÊNDICE D).

A aplicação dos questionários, do repertório de modalidades de atividades físicas, bem como as gravações em vídeos e registros, foram autorizadas segundo o parecer sobre a viabilidade da pesquisa empírica do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará em Pesquisas com Seres Humanos, fornecido através do nº. 459.008 com data da Relatoria: 29/10/2013 (ANEXO C).

É válido informarmos que participamos do Laboratório de Natureza Mista (Pesquisa e Extensão) Linguagem e Cognição-LINC do Centro de Humanidades da Universidade Estadual do Ceará, conforme Resolução Nº 1118/2014-CONSU, e o nosso projeto é um subprojeto da pesquisa intitulada "Por uma pragmática cultural: cartografias descoloniais e gramáticas culturais em jogos de linguagem do cotidiano-PRAGMA CULT **,** proposta pela professora Dra. Claudiana Nogueira de Alencar do Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada (Mestrado e Doutorado) da Universidade Estadual do Ceará. O PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP foi dado por meio da versão 2, CAAE 19071413.0.0000.5534, com o número do parecer: 459.008 de 29/10/2013. De acordo com esses dados, o projeto de pesquisa "está inserido em uma linha de estudos da Nova Pragmática, a pragmática cultural, que tem analisado as práticas culturais como jogos de linguagem". Mais especificamente, estão sendo estudadas diversas gramáticas culturais constitutivas de "distintos jogos de linguagem (coletivos culturais, movimentos sociais, práticas midiáticas, práticas musicais, práticas educacionais, comunidades identitárias, mobilizações urbanas, conflitos sociais etc)". Cada um desses estudos irá constituir uma rota de investigação que fluirá como um subprojeto (especificando-se em pesquisas de Doutorado, de Mestrado e de Iniciação Científica) dessa proposta de investigação mais ampla. Os comentários e considerações sobre a pesquisa foram favoráveis com as seguintes recomendações: "o protocolo de pesquisa atende aos ditames da Resolução CNS 466/12". Situação do Parecer: Aprovado.

Ao iniciar a coleta, aplicamos o termo de consentimento livre e esclarecido para todos os participantes. Compareceram, voluntariamente, para a avaliação, 44 mulheres, com média de idade de 28 a 83 anos, variando de 17 a 43 anos e 64 homens, com média de idade de 28 a 45 anos, variando entre 16 e 56 anos.

.Foi assinado um termo de consentimento livre e esclarecido. (APÊNDICE E) para os procedimentos de coleta de dados nos quais participariam direta ou

indiretamente, devidamente assinado, mediante declaração da Universidade e apresentação do projeto de pesquisa.

Posteriormente, os sujeitos avaliados foram convidados a participar da discussão sobre práticas de atividade física. Foram constituídos assim, dois grupos focais compostos inicialmente de 10 pessoas tendo, no total 17 homens e 3 mulheres.

2.3 Instrumentos e Procedimentos

2.3.1 Avaliação Física

A avaliação física foi realizada com 108 funcionários (44 mulheres e 64 homens), individualmente, em uma sala reservada, nas terças e quintas, de 13 horas às 15 horas, entre os dias 2 e 30 de julho de 2014. Esse horário foi determinado de acordo com o horário que o estudo iria ser desenvolvido posteriormente.

Foi preenchida uma ficha de avaliação antropométrica com os seguintes dados (APÊNDICE D):

a) identificação do sujeito: nome, idade, data de nascimento;
b) peso (kg);
c) altura (m);
d) perímetros (m): foram marcados os pontos dos perímetros com caneta e realizadas três medidas, calculando-se a média;
e) braço (dir) – com o avaliado em posição ortostática, antebraço em posição supinada, passando a fita por cima do ponto médio entre o acrômio e o olecrano;
f) panturrilha (dir) - com o avaliado em posição ortostática, com as pernas levemente afastadas, no ponto de maior massa muscular;
g) cintura – com o avaliado em posição ortostática, abdômen relaxado, na distância média entre a última costela flutuante e a crista ilíaca (menor circunferência do tronco);
h) quadril - com o avaliado em posição ortostática, na extensão máxima das nádegas, sendo tomada lateralmente;
i) dobras cutânea (mm): foram realizadas do lado direito, em posição ortostática, com uma série de três medidas sucessivas, no mesmo

local, considerando a média das três como sendo o valor adotado para esse ponto, como compasso perpendicular à prega, e com as pontas distando aproximadamente 1 cm abaixo do ponto exato de reparo, aguardando 2 seg: tricipital – paralelamente ao eixo longitunal do braço, na face posterior, na distância média entre a borda súpero-lateral do acrômio e o olecrano;

j) subescapular – obtida obliqualmente ao eixo longitudinal seguindo a orientação dos arcos costais, sendo localizada a 2cm abaixo do ângulo inferior da escápula;

k) suprailíaca – o avaliado afastou levemente o braço direito para trás, sendo obtida a dobra no sentido oblíquo a 2cm da crista ilíaca anter-superior na altura da linha axilar anterior;

l) abdominal – determinada paralelamente ao eixo longitudinal do corpo, aproximadamente a 2cm à direita da borda lateral da cicatriz umbilical.

m) diâmetros ósseos (cm): medidas biométricas entre dois pontos considerados, podendo ser simétricos ou não, tomados do lado direito, sem produção de pressão excessiva com o paquímetro:

n) punho (ou biestilóiderádio-ulnar) – em pé, braços relaxados ao longo do corpo, com o paquímetro paralelo ao solo, colocando as hastes encaixadas no punho.

o) joelho – o avaliado estando sentado com a perna e a coxa formando um ângulo de 90 graus e os pés livres. as haste do paquímetros ajustadas à altura dos côndilos em um ângulo de 45 graus em relação à articulação do joelho.

Essas medidas foram utilizadas para o cálculo do percentual de gordura (%G), massa magra (LBM), peso ósseo, peso muscular, peso residual, peso ideal, índice de conicidade, relação cintura quadril (RCQ), índice de massa corporal (IMC), com o objetivo de identificar os riscos da saúde da população estudada.

Com o grupo de estudo (grupo focal), foi realizada uma reavaliação após três meses de intervenção.

2.3.2 IPAQ (International Physical Activity Questionnaire)

Para a aplicação do IPAQ, os participantes do estudo foram orientados individualmente por um avaliador em uma sala, no mesmo dia de realização da avaliação física, antes ou após, recebendo instruções e recomendações para o seu preenchimento, sendo lido, posteriormente, não estabelecido limite de tempo para o seu preenchimento. As eventuais dúvidas manifestadas pelos funcionários eram prontamente esclarecidas pelo avaliador que acompanhava a coleta de dados.

Dos 108 funcionários avaliados, 16 não responderam (8 mulheres e 8 homens).

2.3.3 PAR-Q

O instrumento foi aplicado logo após o preenchimento do IPAQ, individualmente, sendo lido e preenchido pelo avaliador, de acordo com as respostas do indivíduo.

Dos 108 funcionários avaliados, 16 não responderam (8 mulheres e 8 homens).

2.3.4 Questionário de Representação Social

Na tentativa de identificar os elementos das representações sociais sobre o sistema sóciocognitivo dos sujeitos e a adesão ao exercício físico através de intervenção e de transformação das Representações Sociais no contexto da educação para a saúde, aplicou-se um questionário com o objetivo de descrever o conteúdo das representações para que fossem identificadas associações ou evocações dos temas indutores, saúde e atividade física. A metodologia procurou permitir aos sujeitos a livre expressão, não apresentando nenhum pressuposto sobre o conteúdo destes constructos e pensamentos, assim como de sua estrutura.

De acordo com esta orientação, foi aplicado o questionário (ANEXO A) logo após o preenchimento do PAR-Q, individualmente, sendo lido e preenchido pelo avaliador de acordo com as respostas do indivíduo.

Iniciou-se com questões do tipo de evocação, que consiste em utilizar um processo de associação livre a partir de uma expressão indutora que designa o

objeto representado. No caso deste estudo, foi conhecer a organização destes elementos e identificar o núcleo central da representação, verificando, assim, a centralidade e a hierarquia manifesta. Nesse método, entende-se que o que é lembrado ou evocado em primeira instância pode sugerir maior importância em relação ao tema tratado.

A partir da questão anterior, onde as palavras ou expressões evocadas foram descritas, foi apresentada uma questão de seleção de palavras principais, a qual teve o objetivo de solicitar aos sujeitos uma classificação de duas das suas respostas em ordem de importância, indo da mais importante para a menos importante. Foi solicitada também uma justificativa por meio de um pequeno texto, para a ordem escolhida. Esse procedimento tem por objetivo completar a questão de evocação, permitindo que os sujeitos justifiquem a sua escolha, ampliando a possibilidade de análise qualitativa da frequência e ordem de aparecimento das expressões ou palavras evocadas.

Utilizaram-se também afirmações sobre a pesquisa, nas qual se solicitava ao respondente que ele se posicionasse em relação a uma escala do tipo Likert, com cinco ou sete itens. Os extremos da escala correspondiam, respectivamente, à pesquisa fundamental e à aplicada, devendo o respondente posicionar-se sobre elas.

As escalas de Likert, ou escalas Somadas, requerem que os entrevistados indiquem seu grau de concordância ou de discordância com declarações relativas à atitude que está sendo medida. Atribuem-se valores numéricos às respostas e/ou sinais para refletir a força e a direção da reação do entrevistado à declaração. As declarações de concordância devem receber valores positivos ou altos enquanto as declarações das quais discordam devem receber valores negativos ou baixos (LIKERT, 1932).

Dos 108 funcionários avaliados, 16 não responderam (8 mulheres e 8 homens). Para análise das questões 1 e 2 foi utilizado o programa EVOC 2005, que possibilita, a partir de 16 programas, a análise das evocações léxicas e a categorização por análise de conteúdo. Essa metodologia cruza a ordem de evocação das palavras e os dados de freqüência, relativos a associações, para indicar respostas altamente frequentes e prontamente evocadas como prováveis elementos centrais.

Fornece os dados estatísticos para a construção do quadro de quatro casas (distribuição das evocações em quadrantes). (VERGES, 1992). Essa técnica, ao combinar dois atributos relacionados às palavras ou às expressões evocadas, que são a frequência e a ordem em que foram evocadas, possibilita a distribuição dos termos produzidos segundo a importância atribuída pelos sujeitos. Tomando a distribuição dos termos pelos quadrantes, pode-se descrever a organização do conteúdo da representação: seu provável núcleo central e elementos periféricos. No quadrante superior esquerdo (maior frequência e menor *rang*), ficam situados os termos que constituem, provavelmente, o núcleo central; o superior direito denomina-se primeira periferia; no inferior esquerdo, localizam-se os elementos de contraste; e as palavras localizadas no quadrante inferior direito constituem a segunda periferia da representação (menor frequência e maior *rang*). A força desse método reside na possibilidade de se cruzarem os dados por frequência e por ordem de evocação, o que permite identificar o que é central e aquilo que é periférico. Considerado o conjunto das evocações e sua categorização, pode-se visualizar o conteúdo integral da representação.

A partir das evocações, é possível identificar o campo de objetivação dos sujeitos, mas não a estrutura da representação. Esta será possível com análises quantitativas, tornando-se necessário reduzir o universo semântico em torno de um conjunto de categorias.

A análise de similitude, proposta por Flament (1987), é definida como outra maneira de classificar os termos de uma produção discursiva, baseando-se em um coeficiente de semelhança. Constitui-se como uma análise de distância entre os elementos de uma produção discursiva, podendo-se determinar através dela os elementos que concorrem, que “vão juntos” numa produção discursiva. Efetua-se, nesse tipo de análise, as seguintes etapas: definição de categorias discursivas, a partir do conjunto de palavras produzidas na evocação livre; cálculo das frequências médias das categorias; análise de concorrência das categorias, determinando a força das ligações através de análise de semelhança e de construção de matrizes de semelhança. São construídas “árvores representacionais”, gráfico que expressa a força de ligação entre as categorias. A árvore é, então, construída a partir das palavras que possuem, entre si, os maiores índices de similitude, ou seja, as conexões mais fortes, até que todas as expressões estejam nela representadas. A

interpretação deste gráfico vai possibilitar a confirmação ou o abandono da hipótese de centralidade resultante da construção do quadro de quatro casas.

Para as questões 2.1 a 12, foi utilizado o método de Estatística Descritiva para organizar, resumir e descrever os aspectos importantes de um conjunto de características observadas ou comparar tais características entre dois ou mais conjuntos de dados. A descrição dos dados também tem como objetivo identificar anomalias, até mesmo resultantes do registro incorreto de valores, e dados dispersos, aqueles que não seguem a tendência geral do restante do conjunto.

2.3.5 Grupo focal

Os sujeitos avaliados foram convidados, voluntariamente a participar da discussão sobre práticas de atividade física. Estabeleceu-se como critério para iniciar os grupos o número mínimo de seis participantes. Foram constituídos assim, dois grupos focais compostos inicialmente de 10 pessoas tendo, no total 17 homens e 3 mulheres.

Como critérios de seleção dos sujeitos, participaram somente funcionários que poderiam frequentar as sessões nos horários de terças e quintas, nos horários entre 13 horas e 14 horas ou entre 14 horas e 15 horas, horários sugeridos e disponibilizados pelo gerente da empresa, que coincidia com o horário de almoço. Os horários de trabalho de entrada e de saída dos funcionários variam, de acordo com o setor e a escala. O supermercado funciona 24 horas, e os funcionários dispõem de um dia de folga a cada seis dias de trabalho, o que nem sempre coincide com o final de semana. Foram constituídos, assim, dois grupos como prevenção às deserções.

Os critérios de exclusão foram: ter sido identificado riscos à prática da atividade física através da aplicação do instrumento PAR-Q, e não ter disponibilidade nos horários entre 13h e 15h.

Como incentivo, foi ofertada aos participantes do grupo a possibilidade de participarem de atividades como natação, musculação, dança, futebol, hidroginástica e vôlei, fora do seu ambiente de trabalho, em suas horas de lazer, de forma gratuita. Essas atividades eram realizadas próximo ao supermercado, em uma Instituição de Ensino Superior, sem nenhum custo, nos horários de sua conveniência. As atividades eram desenvolvidas de segunda a sábado, das 6 horas às 22 horas,

sendo que os indivíduos tinham livre escolha em relação às modalidades, podendo ser uma ou mais.

O controle foi realizado através de uma carteira de autorização e frequência, que era assinada semanalmente pelo coordenador do grupo para liberação da atividade e pelo professor-orientador da atividade na Instituição (APÊNDICE B).

Foi disponibilizado, para os encontros dos grupos, o espaço da sala de culinária que contava com uma área de aproximadamente 4m x 4m para realização das atividades, com ar condicionado, sendo o tamanho considerado, em alguns momentos, fator limitante. Como a sala era utilizada também para outros fins, em algumas sessões o grupo teve que ser remanejado para outros locais, muitas vezes sem identificação prévia.

Entre os encontros de grupo focal eram ofertadas, 2 vezes por semana, das 6 horas às 22 horas, atividades físicas de interesse do grupo ou sugeridas pelo coordenador do grupo. Estas atividades tinham como objetivo proporcionar vivências variadas, troca de informações, identificação das percepções sobre a prática e das dimensões dos conhecimentos relacionados a estas.

As atividades vivenciadas foram: jump, step, ginástica funcional, dança, alongamento, recreação, pilates e ginástica localizada.

Eram realizados 3 a 4 encontros entre as reuniões dos grupos focais. Houve o registro de frequência em todos os encontros.

A condução do grupo focal era realizada pela coordenadora-pesquisadora, que assumia a função de moderadora e facilitadora do processo de discussão, ouvindo opinião de cada um e comparando suas respostas. Coordenou-se o grupo de forma a possibilitar a livre expressão dos participantes durante as sessões. As intervenções da coordenadora pesquisadora geralmente reiteravam as falas individuais. Intervenções de orientação e informação foram pouco utilizadas, porém, intervenções de investigação, elucidação e confronto foram presentes durante todo o trabalho. Houve conexões criativas entre os fenômenos estudados e outros aspectos da vida social, ampliando as possibilidades de compreendê-los.

Juntamente com a coordenadora pesquisadora havia um observador que tomava nota das principais impressões verbais e não verbais do grupo e todos os aspectos que permeavam a dinâmica grupal, outro que avaliava condução do moderador e outro que registrava as discussões através de aparelhagem

audiovisual. Foi utilizada uma câmera da marca TOSHIBA, modelo CAMILEO X200 Full HD Camcorder.

Foram utilizados recursos de livre associação, figuras, desenhos, fotografias, slides, filmes e dramatizações como materiais de estímulo para provocar ideias e discussões, como estratégia para desenvolver ideias sobre o assunto.

3 RESULTADOS

3.1 Avaliação Física

3.1.1 População

O estudo possibilitou encontrar resultados que montram o perfil físico dos trabalhadores. A coleta dos dados foi iniciada no dia 25 de junho e realizada durante todo o mês de julho, às terças e quintas, das 13 horas às 15 horas, na sala da culinária, onde seria posteriormente desenvolvido o estudo. Inicialmente contou com uma equipe composta por estudantes de graduação de um Curso de Educação Física, que se revezaram durante esse período. Após a aplicação dos formulários PAR-Q, IPAQ e o Questionário de Representação Social, os sujeitos eram conduzidos a uma sala para realizar a avaliação física. Foi disponibilizada roupa adequada para a coleta de dados.

A população foi constituída de 105 indivíduos, sendo 62 homens e 43 mulheres. Entre as mulheres, a idade média foi de 27,96 anos, revelando um sobrepeso (IMC acima de 24,9) em 45,45% delas, e obesidade (IMC acima de 29,99) em 15,9%.

Entre os homens, a idade média foi de 28,51 anos. Entre os 62 indivíduos avaliados, 58,06% apresentaram sobrepeso, com IMC acima de 24,99 (40,32%) e obesidade (17,74%), com IMC acima de 29,99.

O estudo possibilita a comparação relacionado à gordura corporal e riscos à saúde através dos resultados relacionados aos índices preditores da saúde, Circunferência da Cintura, Índice de Conicidade e Relação Cintura Quadril (RCQ) (Tabela 4).

Tabela 4 - Preditores de saúde e frequência de risco para homens e mulheres estudadas

Índices	Homens com risco	Mulheres com risco

CC	9,68%	52,27%
IC	19,35%	29,54%
RCQ	19,35%	25%

Fonte: Elaborado pelo autor

Apesar dos resultados de predominância de sobrepeso e de obesidade, apresentados pelo cálculo do IMC, pode-se verificar, entre os homens, que a maioria não apresenta riscos relacionados à saúde. Entre as mulheres, o risco é maior, sendo que a CC, que mede e interpreta a concentração de gordura na região central do corpo, com boa associação com a mortalidade, risco para a maioria (52,27%).

Ao considerar a Relação Cintura e Estatura (RCE), pôde-se verificar que, na população estudada, os homens apresentaram menor risco para hipertensão (33,87%) e para doenças metabólicas (30,64%), em comparação com as mulheres (43,18% e 40,9 respectivamente) (Tabela 5).

Tabela 5 - Risco para hipertensão e doenças metabólicas

Risco	Homens	Mulheres	Total
	n (%)	n %	n (%)
Hipertensão	21 (33,87%)	19 (43,18%)	40 (37,73%)
Doenças Metabólicas	19 (30,64%)	18 (40,9%)	37 (34,90%)

Fonte: Elaborado pelo autor

O percentual de gordura calculado mostra que 34,09% das mulheres e 54,83% dos homens estão com valores acima dos pontos de corte, apresentando risco à saúde.

3.1.2 Grupos de estudo

A partir da divulgação deste estudo foram constituídos dois grupos compostos por 17 homens e 3 mulheres, com idade média de 29 a 55 anos. Todos os sujeitos foram reavaliados após 3 meses de intervenção.

Em relação aos homens avaliados, a variação de peso apresentou uma diferença absoluta, em média, de 1,01Kg (Tabela 6).

Comparando os resultados, pode-se verificar que 11 indivíduos apresentaram queda média de 2,5 Kg no valor do peso corporal na 2ª avaliação e 9 apresentaram uma média de aumento do peso corporal na 2ª avaliação de 0,8 Kg.

Tabela 6 - Variação de peso entre a 1ª e 2ª avaliações

Sujeito	Sexo	Peso na 1ª avaliação	Peso na 2ª avaliação	Diferença absoluta de peso	Percentual da Diferença da 1° e 2° Avaliação
12	M	64,8	66,4	1,6	2,40963855
25	M	80,9	76,8	-4,1	-6,17469879
44	M	68	67	-1	-1,50602409
34	M	71,8	69,2	-2,6	3,91566265
51	M	74,9	75,3	0,4	0,60240963
36	M	78	75,9	-2,1	-3,16265060
2	M	68	62	-6	-9,03614457
52	M	54	53,6	-0,4	0,60240963
56	M	54,4	54,8	0,4	0,60240963
4	M	69,6	69,8	0,2	0,30120481
45	M	67,4	68	0,6	0,90361445
38	M	73,4	71,9	-1,5	-2,25903614
3	M	78,8	73,1	-5,7	-8,58433734
5	M	75,5	77,5	2	3,01204819
21	M	65,7	66	0,3	0,45180722
32	M	55,3	57,5	2,2	3,31325301
14	M	95,3	93,8	-1,5	-2,25903614
107	F	54,7	55	0,3	0,45180722
68	F	75	73,7	-1,3	-1,95783132
93	F	77,3	75,2	-2,1	-3,16265060
Média		-1,015	69,125	-1,015	-1,52861445

Fonte: Elaborado pelo autor

Dentre os 17 homens, apenas 1 (5,9%) apresentou IMC acima de 30, sendo considerado obeso e com alto risco coronariano; 8 (47%) apresentaram IMC acima de 25, sendo classificados com sobrepeso. Considerando as mulheres, uma apresentou IMC acima de 30, outra entre 25 e 30 e outra abaixo de 25.

Em relação à segunda avaliação houve uma redução média do IMC do grupo de 0,35 pontos, sendo que 10 indivíduos apresentaram redução média de 0,9 kg/m² e 10 apresentaram aumento médio de 0,2 kg/m² (Tabela 7).

Em relação à avaliação da obesidade e distribuição da gordura corporal, o IC mostrou que não houve variação significativa entre a 1ª e a 2ª avaliação dos 20 indivíduos, sendo que apenas um homem (12) apresentou valor acima dos pontos de corte (homens acima de 1,25 e mulheres acima de 1,18) resultando em um risco coronariano baixo. Apesar de estar acima, houve redução em relação à 1ª avaliação.

Tabela 7 - Variação do IMC entre a 1ª e 2ª avaliações

Sujeitos	Sexo	1° Avaliação	2° Avaliação	Diferença absoluta
12	M	22,9	23, 5	
25	M	24,9	23,7	-1,2
44	M	26,9	26,5	-0,4
33	M	26,3	25,4	-0,9
51	M	25,3	25,4	
36	M	26,6	25,9	0,7
52	M	19,8	19,6	-0,1
56	M	21,5	21,6	
4	M	24,9	25,0	
45	M	21,7	21,9	
38	M	27,6	26,7	-0,9
5	M	25,1	23,3	-1,8
6	M	25,5	26,2	
21	M	24,4	24,5	
32	M	18,4	19,2	
14	M	31,0	31,3	
107	F	22,48	22,6	
68	F	30,43	29,9	-0,53
93	F	28,39	27,62	-0,77
MÉDIA		25,1605	24,87684211	-0,351

Fonte: Elaborado pelo autor

Conforme Pitanga e Lessa (2004), podemos comparar o IC apresentado aos demais indicadores antropométricos de obesidade, confirmando que o indivíduo 12 também apresentou um aumento do peso corporal e do IMC. Apesar de estar

abaixo do ponto de corte para IMC com risco, o aumento de peso não se localizou na região da cintura (Tabela 8).

A medida da circunferência da cintura (Tabela 9) indicou que, entre os homens, apenas o indivíduo 14 apresentou a massa de gordura intra-abdominal acima do ponto de corte (0,94 para homens e 0,80 para mulheres), porém havendo uma redução significativa de 6 cm na medida da 2ª avaliação, ficando abaixo do ponto de corte para risco coronariano (OMS, 2000).

Podemos verificar que este indivíduo apresentou uma redução do peso corporal de 1,5 Kg (Tabela 6) em relação à primeira avaliação e de aumento do IMC de 0,3 Kg/m² (Tabela 7). Como houve também uma diminuição da circunferência da cintura podemos deduzir que este aumento do IMC não se deve ao aumento da gordura corporal.

Tabela 8 - Variação do IC entre a 1ª e 2ª avaliações

Sujeitos	Sexo	IC da 1° Avaliação	IC da 2° Avaliação	Diferença absoluta - IC
12	M	1,33	1,31	-0,02
25	M	1,09	1,18	0,09
44	M	1,21	1,22	0,01
34	M	1,1	1,13	0,03
51	M	1,13	1,15	0,02
36	M	1,18	1,14	-0,04
2	M	1,04	1,11	0,07
52	M	1,09	1,11	0,02
56	M	1,13	1,05	-0,08
4	M	1,12	1,11	-0,01
45	M	1,13	1,17	0,04
38	M	1,16	1,18	0,02
3	M	1,01	1,13	0,12
5	M	1,23	1,24	0,01
21	M	1,22	1,22	0
32	M	1,15	1,13	-0,02
14	M	1,22	1,16	-0,06
107	F	1,08	1,08	0
68	F	1,15	1,12	-0,03
93	F	1,10	1,13	0,03
Média		1,14	1,15	0,01

Fonte: Elaborado pelo autor

Em relação às mulheres, duas apresentaram valores da medida da circunferência da cintura, indicando risco coronariano. Porém na 2ª avaliação houve

redução da medida e, considerando o IMC (Tabela 7), verificamos que passa a diminuir o risco coronariano.

Tabela 9 - Variação da C entre a 1ª e 2ª avaliações

Sujeito	Sexo	CC - Avaliação 1	CC Avaliação 2
12	M	82	76
25	M	87	84
44	M	86	86
34	M	79	70
51	M	81,5	83,5
36	M	87	83
2	M	75	76,5
52	M	68	69
56	M	72	67
4	M	79	78
45	M	76,5	79
38	M	85	82
3	M	80	79
5	M	89	91
21	M	84	84,5
32	M	71	71
14	M	99	93
107	F	70	74
68	F	87	83,5
93	F	89	83
Média		0,8645	0,8555

Fonte: Elaborado pelo autor

Considerando outro indicador de risco à saúde que é a relação cintura/quadril – RCQ, que afere a localização da gordura corporal e possibilita identificar o padrão de distribuição do tecido adiposo, percebemos que nenhum indivíduo estudado apresenta relação direta com o risco de morbimortalidade (Tabela 10).

Tabela 10 - Variação da RCQ entre a 1ª e 2ª avaliações

Sujeito	Sexo	RCQ da 1° avaliação	RCQ da 2° avaliação	Diferença absoluta - RCQ
12	M	0,96	0,84	-0,12
25	M	0,89	0,89	0
44	M	0,95	0,98	0,03
33	M	0,8	0,85	0,05
51	M	0,84	0,86	0,02
36	M	0,91	0,87	-0,04
1	M	0,82	0,84	0,02
52	M	0,83	0,83	0

56	M	0,86	0,79	-0,07
4	M	0,9	0,87	-0,03
52	M	0,83	0,83	0
56	M	0,86	0,79	-0,07
4	M	0,9	0,87	-0,03
45	M	0,84	0,86	0,02
38	M	0,89	0,88	-0,01
5	M	0,83	0,83	0
6	M	0,92	0,92	0
21	M	0,89	0,92	0,03
32	M	0,84	0,84	0
14	M	0,93	0,9	-0,03
107	F	0,77	0,76	-0,01
68	F	0,78	0,75	-0,03
93	F	0,84	0,83	-0,01
		0,8645	0,8555	62,702

Fonte: Elaborado pelo autor

Através da RCE, podemos estabelecer uma relação com desenvolvimento de hipertensão e crise metabólica dos indivíduos do grupo (Tabela 11). Sendo os pontos de corte encontrados de 0,52 e 0,53 para hipertensão e 0,53 e 0,54 para síndrome metabólica, para homens e mulheres, respectivamente (RODRIGUES et al., 2010), verificamos que os sujeitos 44 e 14 (homens) apresentaram risco para hipertensão e síndrome metabólica. Porém, quando comparamos com os resultados da CC com o objetivo de avaliar a relação entre a circunferência da cintura (0,94 para homens e 0,80 para mulheres), e obesidade central, o risco se confirma para o sujeito 14, apesar de ter diminuído o valor da RCQ na segunda avaliação.

Em relação às mulheres, duas (68 e 93) apresentaram risco para hipertensão e uma (68) para síndrome metabólica, sendo que, na segunda avaliação somente uma (68) mantém o risco para hipertensão. Comparando com os valores da CC o risco coronariano se confirma.

Tabela 11 - Variação da RCE entre a 1ª e 2ª avaliações e CC da 2ª avaliação

Sujeito	Sexo	RCE 1	RCE 2	Diferença absoluta - RCE	CC - Avaliação 2
12	M	0,48	0,45	-0,03	76
25	M	0,48	0,46	-0,01	84

(continua)

(continua)

Sujeito	Sexo	RCE 1	RCE 2	Diferença Absoluta - RCE	CC - Avaliação 2
44	M	0,54	0,54	0	86

33	M	0,47	0,42	-0,05	70
51	M	0,47	0,48	0,01	83,5
36	M	0,50	0,48	-0,02	83
1	M	0,48	0,49	0	76,5
52	M	0,41	0,41	0	69
56	M	0,45	0,42	-0,03	67
4	M	0,47	0,46	0	78
45	M	0,43	0,44	0,01	79
38	M	0,51	0,5	-0,01	82
5	M	0,45	0,44	0	79
6	M	0,51	0,52	0,01	91
21	M	0,51	0,51	0	84,5
32	M	0,41	0,41	0	71
14	M	0,57	0,53	-0,03	93
107	F	0,44	0,47	0,02	74
68	F	0,55	0,53	-0,02	83,5
93	F	0,53	0,50	-0,03	83
Média		0,48	0,47	-0,01	0,85

Fonte: Elaborado pelo autor

Após verificar os riscos relacionados à saúde do grupo de estudo através de alguns preditores de saúde, podemos acrescentar os resultados de comparação entre o peso atual (2ª avaliação) e o peso ideal. A simples verificação do peso não é considerada um bom parâmetro para avaliação da obesidade.

Em relação aos cálculos dos indicadores, % gordura e peso muscular não houve controle nas medidas de cinco sujeitos na segunda avaliação, o que fez com que fossem descartados seus resultados (sujeitos 25, 44, 34, 2, 93, 68). Considerando os 14 demais sujeitos do grupo de estudo, um sujeito manteve seu peso inicial e oito sujeitos reduziram % de gordura entre 0,15 a 8,8 pontos percentuais, uma diferença absoluta no peso de gordura variando de -0,1044kg a -8,3864kg. Em relação à massa magra, 10 tiveram aumento e 4 diminuíram seus valores.

3.2 IPAQ (International Physical Activity Questionnaire)

3.2.1 População

As perguntas do questionário estão relacionadas às atividades realizadas na última semana anterior à aplicação do questionário. Os indivíduos tiveram seus

dados tabulados, avaliados e foram posteriormente classificados de acordo com a orientação do próprio IPAQ.

O cálculo dos escores totais na forma longa empregada neste estudo requereu a soma da duração (em minutos) e frequência (dias) para todos os tipos de atividades, em todos os domínios. Os resultados foram transformados para uma pontuação em MET- minutos (múltiplos da taxa metabólica de repouso), classificando a população nos três níveis de atividade física em (baixa, moderada e alta).

Considerando a população do estudo (62 homens e 43 mulheres), 8 mulheres e 6 homens não responderam o questionário.

Segundo a Tabela 12, a maioria da população masculina realizou atividade física moderada na última semana.

Tabela 12 - Classificação do nível de atividade física da população masculina

Nível de atividade física	n	%
Baixo	07	12,5
Moderado	36	64,3
Vigoroso	13	23,2
Total	56	100

Fonte: Elaborado pelo autor

Entre as mulheres, os resultados também apresentaram a predominância de atividade moderada na população (Tabela 13).

Tabela 13 - Classificação do nível de atividade física da população feminina

Nível de atividade física	n	%
Baixo	04	11,4
Moderado	24	68,6
Vigoroso	07	20
Total	35	100

Fonte: Elaborado pelo autor

3.2.2 Grupo de estudo

Dos integrantes do grupo de estudo 75% dos participantes realizaram atividade física moderada, 10% baixa e 15% vigorosa, na última semana (Tabela 14).

Tabela 14 - Classificação do nível de física do grupo de estudo

Sujeitos	Total Physical Activity MET-minutes/6	Classificação por intensidade/MET
2	1357,00	MODERADO
3	785,17	MODERADO
4	475,50	BAIXO
5	2460,00	MODERADO
12	2446,00	MODERADO
14	1056,00	MODERADO
21	118,50	BAIXO
25	1053,17	MODERADO
32	2092,30	MODERADO
34	738,50	MODERADO
36	899,92	MODERADO
38	2462,17	MODERADO
44	2901,00	MODERADO
45	3320,25	VIGOROSO
51	4304,83	VIGOROSO
52	1767,67	MODERADO
56	2952,95	MODERADO
68	806,33	MODERADO
93	3358,75	VIGOROSO
107	2870,50	MODERADO

Fonte: Elaborado pelo autor

3.3 Medidas de risco à prática de atividade física

O questionário de prontidão atividade física mostrou que entre os homens que responderam (61), 9 (14,2%) apresentaram alguma limitação ou restrição quanto à prática da atividade física, tendo entre as 42 mulheres que responderam, 8 (19%), como mostra a Tabela 15. No grupo de estudo, nenhum indivíduo apresentou qualquer restrição.

Tabela 15 - Classificação do nível de atividade física do grupo feminino

Medida de	Com restrição	%	Sem restrição	%	TOTAL

risco	(n)		(n)		
Homens	9	14,2	52	85,8	61
Mulheres	8	19%	34	81	42
Total	17	33,2	86	83,5	

Fonte: Elaborado pelo autor

3.4 Questionário de Representação Social

O levantamento dos conteúdos e da estrutura das representações dos sujeitos através do Questionário de Representação Social foi realizado a partir da utilização de um primeiro método, chamado de método da “análise das evocações”. Este método pode ser entendido como uma técnica de coleta de dados e um consequente processo de análise, introduzidos no Brasil através da publicação “O Núcleo das Representações Sociais”, de Sá (1996). O método de “análise das evocações” tem como finalidade promover uma aproximação da estrutura das representações sociais vislumbradas, possibilitando o levantamento das primeiras hipóteses, a partir dos elementos coletados, do que poderia ser considerado como elemento central ou periférico. Sua proposta tem como fundamento a aplicação de um questionamento elaborado a partir de associação livre, onde é utilizada uma palavra ou expressão indutora. Neste método entende-se que o que é lembrado ou evocado em primeira instância pode sugerir maior importância em relação ao tema tratado.

O tratamento dos dados coletados nas questões de livre evocação foi realizado por meio do software EVOC (VERGÈS, 1999; FLAMENT, 1994) que permite a identificação de hipóteses estruturais, ou seja, permite levantar hipóteses sobre quais elementos são centrais e quais são periféricos. Este programa oferece uma primeira visão exploratória da representação social a ser identificada. A relevância de uma palavra ou expressão é definida por meio do cruzamento entre a ordem e sua frequência de aparecimento. Uma palavra ou expressão com significativa “relevância” apresenta maior incidência de aparecimento nos primeiros lugares da ordem de evocação e com frequência significativamente elevada. Este cálculo é feito com a atribuição de pesos diferenciados de acordo com a ordem dada pelos sujeitos em suas respostas e divisão do somatório dos valores obtidos pela

frequência total das evocações. Este procedimento permite a organização dos resultados em um “esquema” composto por quatro quadrantes.

No quadro superior, e à esquerda, localiza-se o que Abric (2003) chama de zona do núcleo central, ambiente de locação das evocações mais frequentes e que aparecem, em média, nas primeiras posições, um quadrante onde aparecem os supostos elementos centrais. O quadrante superior direito mostra sua primeira periferia, onde aparecem os elementos que apresentam alta frequência, mas a uma ordem média de aparecimento considerada baixa; no quadrante inferior esquerdo, aparece a zona dos elementos contrastantes, relacionados à baixa frequência e a uma ordem média de aparecimento nas primeiras posições, o que pode ser indicativo de existência de um subgrupo ou pode ser composto de palavras associadas semanticamente a elementos da zona central. Finalmente, no quadrante inferior direito, aparece a segunda periferia, espaço constituídos dos elementos caracteristicamente periféricos, ou seja, de baixa frequência e sempre evocados nas últimas posições (ABRIC, 2003).

3.4.1 Representação de “Saúde”

De acordo com esta orientação, foi aplicado um questionário (APÊNDICE A) composto por questões específicas baseado em concepções encontradas nos trabalhos de (CAMPOS, 1998; VERGÈS, 1994; SÁ, 1996), e iniciou-se com uma questão do tipo de evocação, que consiste em utilizar um processo de associação livre a partir de uma expressão indutora que designa o objeto representado, que no caso deste estudo foi, na questão um “Saúde”, sendo aplicadas a questão: “Quais são as palavras ou expressões que lhe vêm espontaneamente à cabeça quando você ouve a expressão: “SAÚDE” (Tabela 16). Esta questão foi seguida de cinco linhas, numeradas onde o sujeito pôde fornecer suas respostas de acordo com o modelo clássico que, neste caso, sugere de 5 a 10 possibilidades (VERGÈS, 1994), nessa pesquisa, foi solicitado aos sujeitos que dessem no mínimo 3 e no máximo 5 respostas.

Tabela 16 - Elementos da representação de saúde organizados após tratamento dos dados com o auxílio do programa EVOC

Freq.	Ordem média de evocação

	Inferior a 2,5			Superior a 2,5		
>= 12	alimentação-saudável	46	(1,55)			
	bem-estar	34	(1,58)			
	exercício	29	(2,34)			
	esporte	20	(1,75)			
<=12	vida-saudável	5	(2,20)	natação	5	(4,00)
	lazer	6	(1,50)	alegria	6	(2,50)
	corpo	7	(2,14)			
	disposição	9	(2,11)			
	qualidade-de-vida	11	(2,18)			

Número de palavras diferentes: 116 Ordem média de evocações: 2,5
Número total de evocações: 547 Total de sujeitos: 90
Fonte: Elaborado pelo autor

Numa primeira aproximação da identificação da estrutura e organização da Representação Social da Saúde, temos a seguinte configuração: no *quadrante superior esquerdo,* estão localizados os elementos considerados como constituintes do que seria um possível *núcleo central* da representação elaborada pelos funcionários: “alimentação-saudável”, “bem-estar”, “esporte”, “exercício”, o que indica uma representação cujo núcleo central possivelmente está organizado em torno desses elementos. A “alimentação-saudável” é a palavra com maior ocorrência dentre todas as palavras evocadas pelos funcionários entrevistados, sendo que dos 90 sujeitos que participaram da pesquisa 46 destes citaram esta como palavra que é lembrada quando se refere à saúde, o que parece indicar a “alimentação-saudável” como estruturante de saúde. As palavras de segunda, terceira e quarta maior ocorrência foram: bem-estar, exercícios e esporte e, numa ordem média de aparecimento, nas primeiras posições. Podem, portanto, ser consideradas como uma forte evocação. Se considerarmos “esporte” e “exercício” como uma categoria de atividade física, estas assumem a posição de maior evocação. A presença desses elementos indica uma associação da Saúde aos elementos relacionados ao aspecto de estado (bem-estar) e hábitos (alimentação-saudável e atividade física).

No *quadrante inferior esquerdo,* as palavras e expressões que se destacam são “qualidade-de-vida”, “disposição”, ”corpo”, ”lazer”, “saudável”, que são elementos também pertencentes ao sistema periférico, da chamada *zona dos elementos contrastantes* e, portanto, com baixa frequência e ordem média de

aparecimento nas primeiras posições. Esses elementos possuem uma ligação forte com os elementos do *núcleo central* por seu aspecto semântico (ABRIC, 2001), ou seja, os funcionários, de um modo geral, se organizam a partir de uma estrutura de significado comum que reforça a ideia central escolhida (COSTA; ALMEIDA, 2000). No quadrante inferior direito, estão presentes elementos frequentes como “alegria” e “natação”. No entanto, com ordem média de aparecimento alta, não sendo, portanto, nas primeiras posições. Esses elementos se organizam em torno do núcleo central de forma mais flexível e mais próximo a uma realidade mutável. É por meio desses elementos que se fazem possíveis prováveis mudanças nas práticas e, por conseguinte, nas Representações Sociais.

Estes resultados indicam a evidência de que a representação social de saúde tem plena convergência com uma diretiva de promoção e saúde e favorável à realização de atividades físicas. Podemos supor uma atitude geral positiva acerca da atividade física, ancorada na sugestão de saúde consensual na nossa população.

3.4.2 Análise da seleção de palavras principais

A questão 1.1 solicita a seleção de duas das respostas da questão um, em ordem de importância, dentre as respostas anteriores que se trata de palavras ou expressões que vêm espontaneamente à cabeça quando ouve a expressão “SAÚDE”. Este procedimento tem por objetivo completar a questão de evocação, permitindo que os sujeitos justifiquem a sua escolha, ampliando a possibilidade de análise qualitativa da frequência e da ordem de aparecimento das expressões ou palavras evocadas. As respostas obtidas foram tratadas por meio de uma *“análise da seleção de palavras principais”* (VERGÈS, 1994). Foram encontradas 178 palavras.

Ao comparar os elementos da representação de Saúde organizados após tratamento dos dados pelo programa EVOC com a frequência das palavras importantes, verificamos uma queda menor que 50%. Isso indica estabilidade dos elementos estruturantes da expressão “SAÚDE”.

Tabela 17 - Resposta mais importante sobre saúde

Elementos	F no corpo total	F na seleção de palavras	% de queda

Alimentação-saudável	46	38	17,4
Bem-estar	34	31	8,82
Exercício	29	27	6,9
Esporte	20	13	35
Qualidade de vida	11	07	14,29
Alegria	10	10	0
Disposição	09	05	44,44
Corpo	07	06	14,29
Vida-saudável	07	07	0
Natação	05	03	40

Fonte: Elaborado pelo autor

Após a questão 1.1 do questionário que ofereceu os dados para a realização da análise acima, foi solicitado aos sujeitos participantes da pesquisa que justificassem, de forma descritiva, sua escolha. Utilizando essas justificativas, podemos compreender de forma mais detalhada como os funcionários concebem e organizam os elementos que eles consideram importantes para a realização de sua prática (Quadro 1).

Verificamos importantes associações entre as justificativas das palavras principais. A “alimentação saudável” apresentou relação com a saúde, com o corpo, com a atividade física e com o bem-estar. Essa mesma relação pode ser percebida em relação às demais palavras, aparecendo ainda associações com o trabalho, com corpo e disposição, sendo valores desejáveis que percorrem aspectos físicos, emocionais ou sociais, como valores positivos, produtores da sensação e do sentimento de bem-estar.

Quadro 1 - Justificativa das palavras mais importantes

Palavra (f)	Justificativa

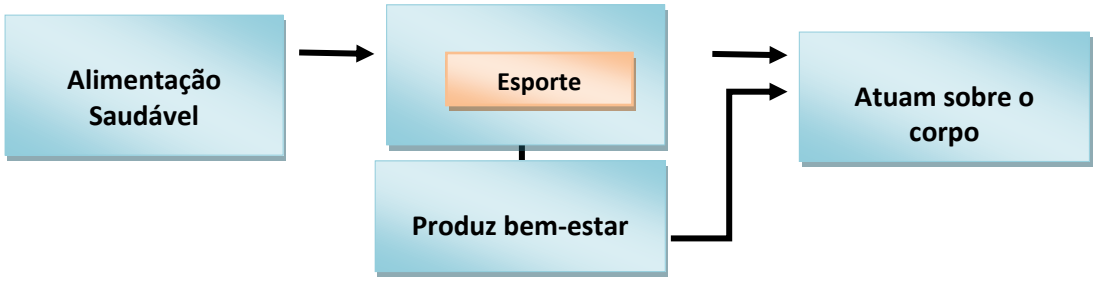
Alimentação-saudável (38)	´- “O que a pessoa come pode melhorar a saúde” - “Para não ter problema de saúde” - “Por causa da qualidade de vida” - “Influencia peso, pele, humor” - “Tem energia para fazer atividade física” - “Base para o esporte, para se manter bem”
Bem-estar (31)	- “Estando bem com o corpo e ficar bem com a saúde” - “Mais ativo para resolver certas situações, atendimento cliente”. - “Sem saúde não conseguimos nossos objetivos”. - “Estar de bem consigo, com o corpo e com a cabeça, emocionalmente”.
Exercício (27)	- “Disposição para fazer atividades no dia-a-dia”. - “Porque o exercício físico faz você se sentir bem”. - “Melhora o condicionamento físico é bom para a saúde”. - “O meu corpo sente a necessidade de fazer exercícios”.
Esporte (13)	- “A prática de atividade física te dá saúde”. - “Porque quando pratico me sinto melhor, mesmo após um dia de trabalho”. - “Porque a prática esportiva é extremamente importante para ajudar a tirar o sedentarismo, a disposição, a preguiça etc.” - “Movimentar os músculos do corpo as articulações, o corpo tem que estar em movimento”.
Qualidade de vida (07)	- “Porque traz qualidade para o nosso dia-a-dia”. - “Desenvolvimento diário de modo geral”. - “Porque preciso para viver bem”. - “Quando você tem uma boa qualidade de vida sua vida no geral melhora”.
Alegria (10)	- “Porque quando você tem saúde você é feliz”. - “É essencial sem felicidade a pessoa não leva nada a sério”. - “Porque acima de qualquer coisa devemos fazer as coisas com bom humor”. - “Realizar atividade física traz uma sensação de prazer”.

Corpo (06)	- “Consegue trabalhar, fazer exercícios, corpo pesado, ossos não aguentam”. - “Ajuda no meu bem-estar por motivo da caminha do trabalho”. - “O corpo sente bem-estar”. - “Porque, se tem um corpo saudável, você tem o bem-estar e consegue realizar melhor seu trabalho”.
Natação (03)	- “Necessita aprender”. - “É bom, alivia a mente e o corpo fica mais maneiro”. - “Trabalha o corpo total”.

Fonte: Elaborado pelo autor

Com os dados deste quadro, podemos propor na hipótese interpretativa acerca da organização de representação social de saúde, na forma de um esquema (que, não por acaso, se aproxima da noção de núcleo figurativo) (FIGURA 9).

Figura 9 - Organização de representação social de saúde



Fonte: Elaborado pelo autor

3.4.3 Representações de Atividade Física

Na identificação da estrutura e organização da Representação Social da Atividade Física, temos a seguinte configuração demonstrada na Tabela 18:

Tabela 18 - Elementos da representação de Atividade Física organizados após tratamento dos dados com o auxílio do programa EVOC

Freq.	Ordem média de evocação	
	Inferior a 2,5	Superior a 2,5

>= 12	Saúde	36	2,08	Esporte	17	2,71
	Musculação	25	2,24	Disposição	16	2,50
	Bem-estar	15	2,33			
	Natação	15	2,47			
	Corpo	13	1,54			
	Exercício	13	1,39			
<=12	Estética	11	2,27	Força	8	2,62
	Caminhada	10	2,10	Ciclismo	7	3,14
				Coragem	5	3,20

Número de palavras diferentes: 85 Ordens média de evocações: 2,5
Número total de evocações: 314 Totais de sujeitos: 90
Fonte: Elaborado pelo autor

No *quadrante superior esquerdo,* estão localizados os elementos considerados como constituintes do que seria um possível *núcleo central* da representação elaborada pelos funcionários, sendo o mais frequente a “saúde”. Neste quadrante ainda e, portanto, relacionado aos elementos que constituem provavelmente o núcleo central da representação social do objeto estudado, encontramos as palavras “saúde”, “musculação”, “bem-estar” e “natação” que aparecem também com alta frequência na evocação dos indivíduos. As palavras “corpo” e “exercício” também aparecem na evocação de palavras pelos indivíduos com frequência expressiva, o que indica uma representação cujo núcleo central possivelmente está organizado em torno desses elementos.

No quadrante superior direito, denominado de 1ª periferia, há a presença de elementos também muito fortes como as palavras “disposição” e “esporte”. “Esporte” é uma palavra evocada muito relevante, pois sua frequência é superior a “natação”, “bem estar”, “corpo” e “exercício” que estão relacionadas no primeiro quadrante. No entanto não foi significativa sua aparição nas primeiras posições de evocação quando solicitado aos funcionários que indicassem as duas palavras mais importantes dentre todas as palavras evocadas, porém pode indicar também uma modalidade de atividade física. “Disposição” também está situada nesse quadrante denominado de primeira periferia, portanto é uma palavra que apresenta alta frequência e ordem média de aparecimento considerada baixa.

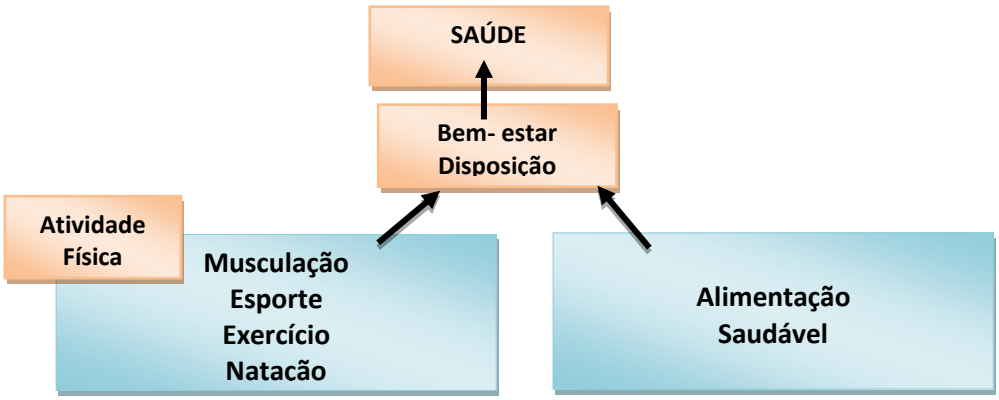
No quadrante inferior esquerdo, as palavras e expressões que se destacam são: “caminhada” e “estética”, que são elementos também pertinentes ao sistema periférico, da chamada zona dos elementos contrastantes e, portanto, com baixa frequência e ordem média de aparecimento nas primeiras posições.

No quadrante inferior direito, estão presentes elementos frequentes como “ciclismo”, “coragem” e “força”, com ordem média de aparecimento alta e se organizando em torno do núcleo central de forma mais flexível e mais próximo a uma realidade mutável.

Esses resultados não nos permitem avaliar com exatidão qual a relação específica entre as representações sociais dos dois objetos, saúde e atividade física, podendo ser de encaixotamento ou de coordenação. Não é de nosso interesse aprofundar este ponto, uma vez que atividade física pode, teoricamente, ser colocada como um “objeto menor”, mas, por outro lado, é um objeto mais palpável do ponto de vista das práticas cotidianas.

Podemos, então, indicar que dois eixos de práticas compõem a representação social de saúde: as práticas alimentares e as práticas de atividade física (Figura 10).

Figura 10 - Representação Social de saúde



Fonte: Elaborado pelo autor

Destaca-se também nesses resultados, ainda que exploratórios, uma visão positiva da atividade física e convergente com as ideias dominantes no campo das áreas da saúde (educação física incluída), de atividade física como condicionada à saúde e ao bem-estar corporal.

3.4.4 Escalas de mensuração de atitude relativa aos elementos de Representação de Atividade Física

Na questão 2.1, do Questionário de Representação Social, foi solicitado relacionar cada resposta sobre atividade física a uma atitude negativa ou positiva. Foi utilizada a Escala de Likert, sendo dimensionados os seus valores como muito negativa (1), geralmente negativa (2), não sei (3), geralmente positiva (4), muito positiva (5).

Quadro 2 - Escalas de mensuração de atitude

Atividade Física	Atitude
Saúde	4,9
Musculação	4,5
Bem-estar	4,5
Exercício	4,7
Corpo	4,7
Natação	4,5
Disposição	3,9
Esporte	4,6
Estética	4,5
Caminhada	4,7
Força	4,6
Ciclismo	4,4
Coragem	4,6

Fonte: Elaborado pelo autor

Considerando as médias apresentadas no Quadro 2, verificamos que todas as palavras evocadas apresentam uma atitude positiva.

3.4.5 Importâncias da atividade física

Na presente pesquisa, o teste de independência Qui-Quadrado foi usado para descobrir se existe uma associação entre a variável de linha e a coluna em uma tabela de contingência construída a partir do levantamento procedido. Assume-se no estudo que a hipótese nula (H_o:) é de que as variáveis não estão associadas.

Em outras palavras, elas são independentes. A hipótese alternativa (H_a:) é de que as variáveis estão associadas, ou dependentes.

Todas as premissas do modelo de analise foram observadas, ou seja, as frequências esperadas, são maiores do que ou igual a 1 (isto é, E_{ij}> 1) e as frequências esperadas são inferiores a 5 (não mais de 20%).

Sendo $O_{ij} = (O_{11}, O_{12}, \ldots, O_{rc})$ a representação do vetor de contagens observadas, E_{ij} a representação das frequências esperadas e admitindo válida a hipótese de independência dos critérios de classificação, a estatística de Qui-Quadrado é mostrada abaixo.

$$Q^2_{obs} = \sum_{i=1}^{r} \sum_{j=1}^{c} \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

O teste de Qui-Quadrado tem distribuição assintótica com graus de liberdade.

Neste estudo, através do Questionário de Representação Social, foram sondadas as percepções positivas e as negativas que algumas atividades físicas têm na vida dos sujeitos e de seus colegas por escala de Likert com sete itens, a fim de identificar a relação que os sujeitos estabelecem com outros sujeitos e com o objeto.

As atividades físicas foram classificadas em 11 tipos, caminhada, jogo de bola, andar, musculação, ginástica, corrida, dança, alongamento, artes marciais, natação e hidroginástica, registrando-se em cada uma o resultado das suas percepções de importância – positivas e negativas. O teste de Qui-Quadrado foi empregado para verificar se há uma associação de respostas segundo a importância de suas percepções (positivas e negativas) e de seus colegas no tocante as suas atividades físicas. Os dados estão inseridos nas Tabelas 19 e 20.

Tabela 17 – Importância da atividade física em sua vida

	Atividades Físicas											
Importância	Caminha-da	Jogar Bola	Andar bicic	Muscu-lação	Ginástica	Corrida	Dança	Alonga-mento	Aartes Marciais	Natação	Hidro-Ginástica	Total
Negativa	3 (18.2)	26 (18.0)	12 (18.4)	11 (18.2)	16 (17.6)	16 (17.8)	30 (17.6)	5 (18.4)	44 (18.4)	11 (17.6)	24 (18.0)	198
Positiva	85 (69.8)	61 (69.0)	77 (70.6)	77 (69.8)	69 (67.4)	70 (68.2)	55 (67.4)	84 (70.6)	45 (70.6)	74 (67.4)	63 (69.0)	760

Total	88	87	89	88	85	86	85	89	89	85	87	958

Fonte: Elaborado pelo autor

Tabela 18 - Importância da atividade física na vida de seu colega

	Atividades Fisicas											
Importância	Caminha-da	Jogar Bola	Andar bicicl	Muscu-lação	Ginástica	Corrida	Dança	Alonga-mento	Artes Marciais	Natação	Hidro-Ginastica	Total
Negativa	17	13	16	11	38	19	40	13	40	14	33	254
	(24.5)	(23.7)	(22.9)	(23.7)	(22.3)	(24.3)	(22.6)	(23.7)	(21.8)	(22.1)	(22.3)	
Positiva	73	74	68	76	44	70	43	74	40	67	49	678
	(0.9)	(1.8)	(0.8)	(2.6)	(4.1)	(0.4)	(5.0)	(1.8)	(5.7)	(1.1)	(1.9)	
Total	88	87	89	88	85	86	85	89	89	85	87	958

Fonte: Elaborado pelo autor

Baseado nos resultados da contagem apresentados (Tabelas 19 e 20) foi verificado um relacionamento entre de suas práticas a uma percepção positiva/negativa. Pode-se notar a importância das modalidades na sua vida e na de seus colegas (Gráfico I e II).

Gráfico 1 – Frequência da importância da atividade física na sua vida

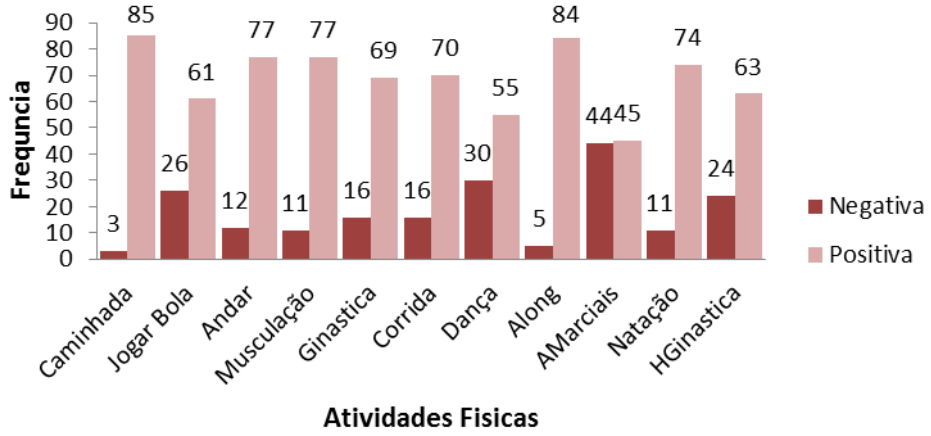
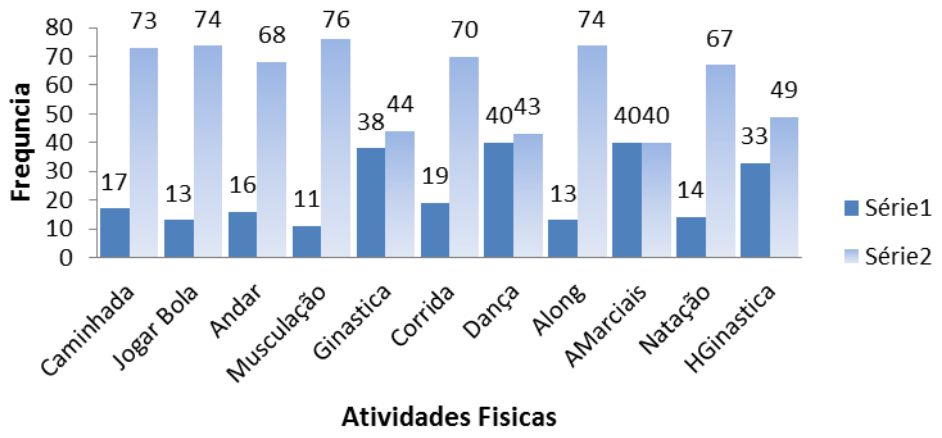


Gráfico 2 – Frequência da importância da atividade física na vida de seu colega



As hipóteses estabelecidas foram:

H_o: as variáveis não estão associadas, em outras palavras, elas são independentes.

H_a: as variáveis estão associadas, ou seja, são dependentes.

Foram elaboradas tabelas de contingência (Tabela 21 e 22) constituídas de duas linhas e onze colunas, sendo a distribuição de Qui-Quadrado (r - 1) x (c -1) = (2 - 1) x (11 - 1) = 10 ou seja, gl=10. O nível de decisão escolhido foi de alfa= 0.05. Os valores esperados estão apresentados abaixo dos valores observados. A contribuição ao Qui-Quadrado relativo está apresentado abaixo de cada frequência observada. O 1 e 2 são respectivamente importância negativa e positiva.

Tabela 21- Percepção positiva/negativa da importância da atividade física em sua vida

	Caminhada	Jogar Bola	Andar bicicleta	Musculação	Ginástica	Corrida	Dança	Alongamento
	3	26	12	11	16	16	30	5
1	18.19	17.98	18.39	18.39	17.57	17.77	17.57	18.39
	12.683	3.576	2.223	2.841	0.140	0.177	8.798	9.754
	85	61	77	77	69	70	55	84
2	69.81	69.02	70.61	69.81	67.43	68.23	67.43	70.61
	3.304	0.932	0.579	0.740	0.036	0.046	2.292	2.541
Total	88	87	89	88	85	86	85	89

(continua)

	Artes Marciais	Natação	Hidroginástica	Total
	44	11	24	198
1	18.39	17.57	17.98	18.39
	35.643	2.455	2.015	2.841
	45	74	63	760
2	70.61	67.43	69.02	
	9.286	0.640	0.525	
Total	89	85	87	958

Qui-Quadrado = 101,225; gl = 10; p < 0.001
Fonte: Elaborado pelo autor

Tabela 22 - Percepção positiva/negativa da importância da atividade na vida de seus colegas

	Caminhada	Jogar Bola	Andar	Musculação	Ginástica	Corrida	Dança	Alongamento
	17	13	16	11	38	19	40	13
1	24.53	23.71	22.89	23.71	22.35	24.26	22.62	23.71
	2.310	4.838	2.075	6.814	10.963	1.139	13.353	4.838
	73	74	68	76	44	70	43	74
2	65.47	63.29	61.11	63.29	59.65	64.74	60.38	63.29
	0.866	1.812	0.777	2.553	4.107	0.427	5.003	1.812
Total	90	87	84	87	82	89	83	87

	Artes Marciais	Natação	Hidroginástica	Total
	40	14	33	254
1	21.80	22.08	22.35	
	15.188	2.954	5.078	

	Lin : Col	Qui-Quadrado	GL	(p)
Partição 1	(2:2)	0.3475	1	0.5555
Partição 2	(2:3)	0.1265	1	0.7221
Partição 3	(2:4)	0.8165	1	0.3662
Partição 4	(2:5)	30.0496	1	<0.0001
Partição 5	(2:6)	0.0206	1	0.8858
Partição 6	(2:7)	24.8273	1	<0.0001
Partição 7	(2:8)	4.3397	1	0.0372
Partição 8	(2:9)	23.9944	1	<0.0001
Partição 9	(2:10)	3.4307	1	0.064
Partição 10	(2:11)	7.6532	1	0.0057
Total		95.606	10	p<0001

Fonte: Elaborado pelo autor

	60	67	49	678
2	58.20	58.92	59.65	
	5.690	1.107	1.902	
Total	80	81	82	932

Qui-Quadrado = 95.606; gl = 10; p < 0.001
Fonte: Elaborado pelo autor

As tabelas 21 e 22 servem para mostrar os resultados da estatística de Qui-Quadrado para as duas situações analisadas: a percepção positiva/negativa da importância da atividade física em sua vida e a percepção positiva/negativa da importância da atividade na vida de seus colegas. O teste de independência do Qui-Quadrado é destinado para amostras dispostas em tabelas de contingência *l* x *c*: 2 x 3, 3 x 3, 3 x 4, etc.

Tabela 23 - Teste Qui-Quadrado partição da importância da atividade física na sua vida.

Pode-se notar que os resultados do Qui-Quadrado foram altamente significativos e, quando o resultado é significativo (*p-valor* ≤ 0.05), não se pode saber com precisão em qual dos conjuntos testados ocorreu a associação estatística.

Dessa forma, procedeu-se à partição dessas tabelas de contingência em outras de tamanho 2 x 2, cada uma com um grau de liberdade, que permite esclarecer o problema (Tabelas 23 e 24).

Tabela 194- Teste Qui-Quadrado partição da importância da atividade física na vida de seu colega

	Lin : Col	Qui-Quadrado	GL	(p)
Partição 1	(2:2)	18.7034	1	<0.0001
Partição 2	(2:3)	0.3432	1	0.5580
Partição 3	(2:4)	0.3696	1	0.5432
Partição 4	(2:5)	0.6852	1	0.4078
Partição 5	(2:6)	0.4061	1	0.524
Partição 6	(2:7)	16.4953	1	<0.0001
Partição 7	(2:8)	8.1654	1	0.0043
Partição 8	(2:9)	50.4202	1	<0.0001
Partição 9	(2:10)	2.8438	1	0.0917
Partição 10	(2:11)	2.7932	1	0.0947
Total		101.2253	10	p<0001

Pelos resultados apresentados na Tabela 22, pode-se concluir que as atividades físicas andar de bicicleta (p =.5580), musculação (p= 0.5432), ginástica (p=0.4078), corrida (p= 0.5240) e natação (p= 0.0917) não apresentam diferença estatística significativa. Entretanto, quando comparadas com as atividades físicas caminhada, partições 2**:**2(linha 2 e coluna2), partições 2**:**7 (linha 2 e coluna 7) e partição 2:9 (linha 2 e coluna 9) verifica-se que as discrepâncias são muito significativas (*p* < 0.001), (*p* < 0,001) e (p<0,001), respectivamente. O teste com as partições vem corroborar com os testes de Qui-Quadrado. O teste de independência foi altamente (*p-valor* < 0.001, $\chi 2$ = 15.7086).

Na Tabela 24, pode-se concluir que as atividades físicas, partição 2:5 ginásticas (p< 0,001), 2:7 danças (p< 0,001) e 2:9 artes marciais (p< 0,001) apresentam discrepâncias e são altamente significativas.

Finalmente, procedeu-se à elaboração do Teste de Resíduos. Com esse teste, é possível comparar os resultados de cada valor obtido com a probabilidade padronizada da curva normal, uma vez que o denominador da equação final dos

Resíduos é comparável ao erro padrão. Desse modo, o teste do Qui-Quadrado poderá mostrar a importância de cada valor original para o resultado dessa estatística não-paramétrica

Os valores apresentados nas Tabelas 25 e 26 servem para mostrar a contribuição de cada célula na respectiva avaliação probabilística, demonstrando que os valores das colunas 5, 7 e 9 (Tabela 25) e 2, 7 e 9 (Tabela 26) foram mais expressivos nos resultados obtidos, revelando dados probabilísticos inferiores a 0.01. Quando se calcula o Qui-Quadrado de Partição observa-se a confirmação dos resíduos obtidos.

Tabela 205 - Teste dos resíduos da percepção da importância da atividade física para seus colegas.

Resultados	Col 1	Col 2	Col 3	Col 4	Col 5	Col 6
Linha 1	-1.8749	-2.7084	-1.7707	-3.2141	4.0650	-1.3155
Linha 2	1.8749	2.7084	1.7707	3.2141	-4.0650	1.3155

Col 7	Col 8	Col 9	Col10	Co11
4.4889	-2.7084	4.7790	-2.1088	7664
-4.4889	2.7084	-4.7790	2.1088	-2.7664

Nível Alfa =0.05 1.96Nível Alfa = 0.01 2.576
Fonte: Elaborado pelo autor

Tabela 26-Teste dos resíduos da percepção da importância da atividade física na sua vida

Resultados	Col 1	Col 2	Col 3	Col 4	Col 5	Col 6
Linha 1	-4.1957	2.2266	-1.7576	-1.9857	-0.4399	-0.4953
Linha 2	4.1957	-2.2266	1.7576	1.9857	0.4399	0.4953

(continua)

Col 7	Col 8	Col 9	Col10	Co11
3.4885	-3.6816	7.0378	-1.8430	1.6713
-3.4885	3.6816	-7.0378	1.8430	-1.6713

Nível Alfa =0.05 1.96
Nível Alfa = 0.01 2.576
Fonte: Elaborado pelo autor

Finalmente, pode-se afirmar que há evidencia suficiente em um nível de 1% de significância para concluir que as atividades físicas e as percepções dos sujeitos da pesquisa são dependentes.

3.4.6 Lugares para a prática de atividade física

A disponibilidade de acesso ao local para a prática de atividade física mostra-se fundamental pela sua proximidade, não encontrando diferença significativa entre próximo à residência, onde 100% associaram como positivo e próximo ao trabalho (97,78%). Além disso, foi encontrada como importante oferta de atividade física no horário do expediente (92,22%), uma vez que há também uma relação positiva, porém não muito alta, entre obrigações domésticas e fatores que atrapalham a prática de atividade física (30%) e falta de tempo (54,45%).

3.4.7 Justificativas para praticar atividade física

Na questão que compõe o Questionário de Representação Social sobre as cinco mais importantes justificativas que o sujeito acha que as pessoas geralmente dão para praticar atividade física, podemos identificar a seguinte configuração através da análise das palavras evocadas: no quadrante superior esquerdo estão localizados os elementos constituintes como “estética”, “saúde” e “bem-estar”, o que seria um possível núcleo central da representação elaborada, sendo o mais frequente a “estética” (Tabela 27).

Tabela 217 - Elementos da representação dos motivos que as pessoas geralmente dão para praticar atividade física

Freq.	Ordem média de evocação			
	Inferior a 2,5			Superior a 2,5
>= 12	Estética	44	1,57	
	Saúde	34	1,61	
	Bem-estar	30	1,97	
<=12	Condicionamento	16	1,94	
	Disposição	13	2,23	
	Qualidade de vida	5	1,60	

Número de palavras diferentes: 114 Ordens média de evocações: 2,5
Número total de evocações: 274 Totais de sujeitos: 90
Fonte: Elaborado pelo autor

No quadrante superior direito, não há a presença de elementos, confirmando a centralidade dos elementos, sendo que, no quadrante inferior esquerdo, podemos verificar as palavras “condicionamento”, “disposição” e “qualidade de vida” como elementos pertencentes ao sistema periférico, da chamada zona dos elementos contrastantes e, portanto, com baixa frequência e ordem média de aparecimento nas primeiras posições. Segundo Oliveira, Marques e Tosoli (2005, p. 4), constituem a zona de contraste, ela “comporta elementos que caracterizam variações da representação em função de subgrupos, sem, no entanto, modificar os elementos centrais e a própria representação, ou seja, denotam mudanças ou transição de uma representação social”. Estes são complementos indispensáveis do central, protegendo-o, atualizando e contextualizando constantemente suas determinações normativas, permitindo uma diferenciação em função das experiências cotidianas nas quais os indivíduos estão imersos, estabelecendo a interface entre a realidade concreta e o sistema central. Com essa consideração, queremos enfatizar seu valor na configuração das representações sociais da justificativa para se praticar atividade física na percepção do outro.

Esses resultados reforçam a aproximação, no interior do sistema de crenças dos sujeitos (sistema sócio cognitivo), que se situam no campo da atividade física, dentre o bem-estar corporal, a qualidade de vida e saúde. Aqui aparece um elemento, até então ausente ou mascarado neste campo representacional: a estética, tanto mais relevante por ser a menor frequência.

3.4.8 Justificativas para não praticar atividade física.

Quando verificamos a representação social das justificativas para as pessoas não praticarem atividade física (Tabela 28), encontramos como elementos constituintes de forte centralidade, no quadrante superior esquerdo, “tempo”, “cansaço” e “preguiça”. “Dinheiro”, “local” e “trabalho” as palavras de quarta, quinta e sexta de maior ocorrência e em uma ordem média de aparecimento nas primeiras posições, portanto podem ser consideradas como uma forte evocação.

Tabela 228 -Elementos da representação dos motivos que as pessoas geralmente dão para não praticarem atividade física

Freq.	Ordem média de evocação					
	Inferior a 2,5			Superior a 2,5		
>= 12	tempo	34	1,77	Não-gosta	19	2,53
	preguiça	24	1,75			
	cansaço	20	1,40			
	dinheiro	17	2,35			
	local	13	2,23			
	trabalho	12	1,92			
<=12	disposição	9	1,44	Companhia	7	2,86
	importância	7	2,14	Família	7	2,57
	ocupação	5	2,00	Vontade	6	3,17

Número de palavras diferentes: 64 Ordens média de evocações: 2,5
Número total de evocações: 248 Totais de sujeitos: 90
Fonte: Elaborado pelo autor

No possível núcleo central, a palavra “tempo” ocupa este quadrante concordando com os achados de Santos e Knijnik (2006) onde, uma das maiores dificuldades expressa pelas pessoas para a prática de atividade (30%) foi a falta de tempo, que normalmente é ligada à jornada excessiva de trabalho, tempo para obrigações familiares e dificuldade na administração do tempo. Já Weinberg e Gould (2001) descreveram o elemento tempo como aquilo que as pessoas apresentaram como desculpas para não se exercitarem, defendendo que, exames minuciosos revelam que esta seria uma questão de prioridades. Programas de atividade física atraentes podem derrubar este fator.

No entanto, pela análise de evocação, verificamos que tempo se constitui um elemento central, sendo acompanhado por outros elementos centrais mais evocados como “cansaço” e “preguiça”, aparecendo também, “trabalho”. Considerando que preguiça, conforme o senso comum se constitui como a falta de disposição para mobilizar esforços físicos e mentais, podemos estabelecer sua relação com os elementos centrais: “cansaço” e “trabalho quando os sujeitos são levados de um estado a outro por consequência.

Na mesma linha de interpretação anterior, as palavras “dinheiro” e “local” aparecem no sentido de forte barreira para a adesão à atividade física, também

presente nos estudos de Cousins (1997), onde não ter equipamentos e acessórios necessários aparece como aspectos de influência.

No quadrante superior direito situa-se a expressão “não-gosta” como único elemento pertencente à primeira periferia, sendo complemento indispensável do central, permitindo uma diferenciação em função de uma realidade concreta das experiências de práticas de atividade física. Com essa consideração, queremos enfatizar seu valor na configuração das representações sociais de não praticar atividade física estar relacionado com experiências anteriores mal sucedidas que causaram uma percepção negativa, ou a experiência de situações que não foram suficientemente estimulantes.

As palavras “disposição”, “importância” e “ocupação” no quadrante inferior esquerdo, constituindo a zona de contraste, estariam sujeitas a fatores como espaços e pertenças sociais ou culturais passam a ser considerados, na atribuição de sentido, denotando mudanças e caracterizando variações da representação. A partir desses elementos, pode aparecer sensibilidade definitiva a novos objetos e a outras possibilidades de exploração do real, derivando na elaboração de novas conceitualizações e metodologias sem, no entanto, modificar os elementos centrais e a própria representação, considerando que práticas e representações se encontram absolutamente associadas,

Propor o objeto que vai provocar a mudança, contudo, não acontece no abstrato. Está em pauta a relevância deste objeto, seu interesse para o grupo, e sua elaboração tem que partir ao mesmo tempo do pré-existente e do esperado (ARRUDA, 2000). Partindo da palavra “importância”, elemento periférico encontrado, entendemos a necessidade de recorrer não só ao contexto imediato dos sujeitos, mas também ao passado e à expectativa do futuro em relação à mudança de hábitos relacionados à prática de atividade física.

No quadrante inferior direito, a segunda periferia da representação social de motivos para não praticar atividade física, estão localizadas as palavras: “companhia”, “família” e “vontade”. Elementos mais flexíveis e mais próximos de uma realidade mutável irão orientar as condutas dos sujeitos nas suas relações com o mundo, onde podemos acionar para realizar as devidas "adaptações" evitando que o significado central das representações, para este grupo, seja colocado em questão. Neste sentido, entendemos a importância da constituição de grupos na mudança desta realidade que, de acordo com Moscovici (1999), são aqueles que estarão

engajados em alcançar objetivos de maneira compartilhada, estabelecendo a comunicação e a confiança para possibilitar assumir riscos e para atingir os resultados desejados.

Podemos supor que os sujeitos organizam sua visão acerca dos motivos que as pessoas têm para não fazerem atividade física, em torno de três grandes categorias.

A primeira seria relativa ao tempo, mais exatamente à falta de tempo, derivada das ocupações dos sujeitos, sendo o trabalho a principal fonte. Neste sentido, colocamos os componentes: tempo (34), trabalho (12) e ocupação (5) nesta categoria.

A segunda relacionada com a noção de “disposição” ou “vontade”, podendo significar que o sujeito não encontra forças ou energia para realizar a atividade física. Aparece muito frequente na forma popular “preguiça” (24), “cansaço” (20) e a “falta de disposição” (15). Esta categoria indica no geral, a ideia de “indisposição”, hora marcada.

A terceira envolve os aspectos relacionados à disponibilidade de recursos como “dinheiro” (17) e “local” (13) sendo fatores determinantes na composição de barreiras para a prática de atividade física.

3.4.9 O que você mais gosta de fazer durante seus horários de folga e no final de semana

Na Tabela 29 aparecem as atividades desenvolvidas no tempo liberado do trabalho ou no tempo livre das obrigações profissionais, familiares, sociais e religiosas.

Para Marcellino (1995), as atividades vivenciadas (praticada ou fruída) no “tempo disponível”, a qual assume um caráter “desinteressado”, no qual não se busca outra recompensa além da satisfação provocada pela situação conceituam-se como atividades de lazer.

Para o autor, no lazer, o ser humano pode manifestar suas necessidades interferindo na sociedade por intermédio dos diversos conteúdos culturais classificados a partir de cinco interesses, os quais estão relacionados aos aspectos físicos, manuais, artísticos, intelectuais e sociais

Foram verificadas nas respostas dos sujeitos deste estudo atividades relacionadas a esses interesses assim como atividades relacionadas ao que podemos denominar como ócio. A palavra ócio, derivada do latim *otium,* significa o fruto das horas vagas, do descanso e da tranquilidade, possuindo também sentido de ocupação suave e prazerosa, abrigando, ainda, a ideia de repouso.

Tabela 29 - O que mais gosta de fazer nos horários de folga

Classificação	Respostas*	1	2	3	4	5	Total	%
Ócio	Descansar	5	5	0	2	3	15	7,35
	Dormir	17	3	0	1	0	21	10,30
Interesse intelectual.	TV	12	16	7	1	1	37	18,13
	Videogame	0	3	4	2	1	10	4,90
	Ler	6	2	1	3	0	12	5,89
interesses físico-esportivos	Exercício	4	3	6	2	0	15	7,35
	Futebol	6	8	2	4	1	21	10,30
interesse social	Passear	6	4	9	5	2	26	12,74
	Praia	2	4	5	2	2	15	7,35
	Família	7	6	6	1	0	20	9,80
	Internet	2	8	2	0	0	12	5,89
Total		67	62	42	23	10	204	100

*11 respostas com frequências acima de 10/ 47 respostas com frequências abaixo de 10
Fonte: Elaborado pelo autor

3.5 Grupo focal

O cronograma do trabalho foi definido e estruturado a partir do planejamento, da condução e da análise dos resultados. A elaboração do planejamento exigiu quatro semanas que incluíram a seleção da temática dos participantes, a divisão das atividades e a metodologia de trabalho. A condução constituiu-se do recrutamento dos participantes, exigindo uma semana. A análise dos dados (transcrição e tratamento dos dados) foi elaborada ao final de cada sessão e em encontros semanais com o grupo de pesquisa.

A proposta deste estudo foi apresentada ao gerente geral da empresa, que mostrou grande interesse e motivação, o que é fundamental para o envolvimento posterior dos funcionários. Após ter sido aprovada a proposta de trabalho foi divulgada em todos os setores do supermercado uma circular que

convidava o funcionário a participar do estudo, esclarecendo seus objetivos e metodologia de desenvolvimento (APÊNDICE D).

Após o período de coleta de dados a partir da avaliação física, as atividades foram iniciadas no dia 1º de agosto de 2013, sendo amplamente divulgadas na empresa, com o objetivo de compor dois grupos focais. Foram realizados encontros, durante as três primeiras semanas do mês de agosto para despertar o interesse de participar no estudo e verificar as pessoas que realmente teriam disponibilidade nos horários propostos. Foram utilizadas atividades de dança e recreação, realizadas pela equipe de pesquisa, para atrair os sujeitos.

A finalização do estudo foi planejada para o mês de dezembro, quando, ocorreram 10 sessões de grupo focal, sendo uma discussão sobre alimentação conduzida por um professor convidado de uma Instituição de Ensino Superior.

Para dar andamento às reuniões, realizou-se roteiro de atividades do Grupo Focal com o objetivo de cumprir todos os passos. Procurou-se, dessa forma, situar a equipe de trabalho (observador, moderador, pesquisadora e auxiliar de pesquisa) promovendo, assim, diminuição da ansiedade de obter os melhores resultados possíveis. Esse roteiro será explanado em detalhes devido a sua importância na coleta de dados com a técnica do Grupo Focal, na pesquisa qualitativa.

Entre as sessões, foram realizadas práticas variadas de atividades físicas, por profissionais convidados e voluntários, como ginástica funcional, recreação, lutas, step, jump, pilates, dança, rubber e alongamento. Essas sessões foram utilizadas como estratégia para integração do grupo e divulgação de modalidades variadas de exercícios, sendo consideradas, segundo a concepção teórica de Lewin (1973), como forças impulsoras para elevar o nível de atividade do indivíduo com o grupo.

A proposta seria que cada sessão tivesse a duração de 15 minutos e que pudesse ser estendida até por 30 minutos, de acordo com o interesse do grupo, o que acabou acontecendo.

Para a realização do Grupo Focal, foram selecionados dois grupos de funcionários de setores do supermercado, localizado na cidade de Fortaleza-CE. A seleção de dois grupos foi utilizada como recurso, prevendo a possível desistência de participantes por considerarmos o tempo de cinco meses um período longo, no

qual o grupo poderia desfazer-se, por motivos de mobilidade dentro da empresa ou por problemas pessoais.

A princípio, houve adesão de cerca de 10 a 15 componentes por grupo, porém, como algumas sessões se prolongavam por mais de 60 minutos, alguns funcionários foram desencorajados por seus superiores diretos, sendo abordados e retirados do grupo no meio das sessões. Assim, os grupos foram formados com uma média de dez participantes, dentre eles 17 homens e 3 mulheres, com faixa etária presumível de 29,5 anos, a maioria do sexo masculino. A participação desses sujeitos foi voluntária.

Devido ao problema acima relatado, as sessões tiveram que ser adequadas a um tempo de duração entre 40 e 60 minutos.

Apesar da dificuldade apontada e da necessidade de contar com o voluntarismo dos participantes para formar grupos, a disponibilidade dos participantes da pesquisa esteve acima das expectativas. Nenhum encontro foi cancelado ou deixou de acontecer por falta do número mínimo necessário ou por mudança de local para que o grupo focal ocorresse, tendo um nível de debate e interesse bastante relevante. Em todos os encontros, os integrantes revelaram satisfação por terem participado, revelando um nível de comprometimento.

Os participantes expressaram seu consentimento quanto à gravação e à publicação de resultados, levando em consideração a aprovação prévia do projeto de pesquisa no comitê de ética em pesquisa de instituição responsável.

A seção de discussão foi dirigida por quatro pessoas, sendo um moderador, um observador com função de registro e relato, um auxiliar para a filmagem e gravação e um observador externo, sem manifestação. Procurou-se registrar aspectos como: opiniões, experiências, ideias, observações, preferências, necessidades apresentadas pelos participantes.

O moderador tinha como funções: incentivar a participação de todos, buscando evitar o predomínio de algum participante sobre os demais, e manter a discussão nos limites dos tópicos de interesse.

Os participantes foram informados, no início da reunião, pelo moderador, da finalidade e do formato da discussão, do caráter informal da reunião e da necessidade do compromisso da participação de todos.

O roteiro das sessões era organizado a partir de 2 a 3 tópicos planejados com antecedência e eram expressos ao grupo a partir de “dicas” de pequenos estímulos para introduzir o assunto

O início de cada sessão se dava a partir do resumo da análise da sessão anterior, das impressões sobre as atividades físicas realizadas entre os grupos focais e as práticas em uma Instituição de Ensino Superior, com o objetivo de verificar a tomada de consciência do conteúdo expresso.

De acordo com a frequência, era autorizada, semanalmente, a prática de atividades como natação, musculação, hidroginástica, dança nas dependências esportivas da Instituição, próximo da empresa. O controle foi efetuado através de uma carteira pessoal, que permitia a frequência nas atividades e registrava sua presença. O sujeito poderia escolher uma ou mais modalidades, no horário e frequência de sua conveniência.

As seções foram realizadas em ambiente de harmonia apropriado às finalidades propostas. Procurou-se contribuir para que as naturais divergências de opiniões não interferissem no desenvolvimento da sessão. Com a experiência vivenciada nos GF, verificamos que o debate permitiu, além da reflexão e da expressão de opiniões, a troca de experiências vivenciadas pelos indivíduos, em seu ambiente de trabalho, exemplificando ações positivas desenvolvidas sobre atividade física e as dificuldades cotidianas.

Os dados obtidos foram anotados, registrando-se a fala de cada participante, procurando-se refletir sobre o conteúdo da discussão.

Posteriormente à realização da sessão de discussão, a equipe organizadora reunia-se para analisar os dados obtidos mediante leitura cuidadosa dos registros. Na análise dos dados, procurou-se verificar as tendências e os padrões das opiniões apresentadas, através de um sumário etnográfico com citações textuais dos participantes do grupo, que vão, assim, ilustrar os achados principais da análise.

3.5.1 1ª Sessão (22/08/2013)

<u>Grupo 1</u>

Na primeira sessão, houve a preocupação com a organização da sala de dinâmica. O ambiente cedido pela empresa foi a sala de culinária, que era utilizada também para pequenas reuniões dos funcionários, com ar condicionado, um espaço onde foram organizadas cadeiras dispostas em círculo e um balcão onde se posicionou o observador com câmera de filmagem e com gravador.

Com a chegada dos funcionários, foi solicitado que escolhessem seus lugares de forma aleatória. A moderadora apresentou-se dando as boas vindas, agradeceu a presença de todos e o auxílio que davam para a execução da pesquisa. Fez também a apresentação da equipe de pesquisa esclarecendo a função que estes teriam no Grupo Focal.

Inicialmente realizou uma apresentação a respeito do objetivo geral da pesquisa, o tempo de seu desenvolvimento por sessão e total, dos seus direitos de confidencialidade; de ser tratado com dignidade; de não ser obrigado a responder a todas as perguntas e da importância do grupo focal em relação à geração de ideias, de opiniões espontâneas, e da participação de todos.

Foram informados que as sessões seriam gravadas, e que receberiam como compensação de sua participação a disponibilidade de atividades gratuitas de musculação, natação, dança, esportes e hidroginásticas nas dependências do Centro Universitário Estácio do Ceará - Estácio/FIC, próximo à empresa, em horários livres das 6 horas às 22 horas, de segunda a sábado. Para isso, iriam receber uma carteira de identificação e controle que seria assinada semanalmente com autorização e controle de frequência.

Foi acordado que entre as sessões seriam desenvolvidas, no mesmo local e horário, atividades de várias modalidades de exercícios físicos, ministradas pelo grupo de pesquisa e convidados, além de palestras sobre assuntos de interesse. Para tanto, seria importante o compromisso de cada um com o estudo realizado e com a pontualidade.

Por último, a moderadora apresentou o tema focal da reunião, ou seja, “Atividade Física” procurando colher informações sobre seus hábitos. Todos os sujeitos (foram numerados de 1 a 8 para facilitar a análise – 6 homens e 2 mulheres) colocaram sobre o gosto pela prática de exercícios aparecendo. Os citados foram capoeira, futebol, malhação, caminhada, corrida, musculação, jogo de bola, corrida e jiujitsu. Os sujeitos disseram que gostam de algumas dessas atividades, porém não praticam.

O sujeito 7 apresentou como motivo, para não praticar, falta de tempo e preguiça e que assiste a TV quando chega a casa.

O sujeito 8 disse que estuda depois do trabalho, que chega a casa e tem que ver o noticiário e que exercício válido é só a musculação e não dispõe de tempo.

Imediatamente o sujeito 5 disse que trabalha o dia todo, mas tem tempo e que isso não seria uma desculpa.

Assim, o moderador provoca a discussão sobre a importância da atividade física para cada um encontrando as seguintes respostas:

- [...] preciso para manter a forma, saúde.
- [...] é prioridade
- [...] traz benefícios como resistência, força, qualidade de vida, mais disposição, emagrece
- [...] é bom pra quem tem tempo
- [...] é bom pra quem tem oportunidade
- [...] depende do gosto da pessoa
- [...] jogar bola se souber, se não se quebra

O grupo começa a discutir que caminhar é um bom exercício e um dos sujeitos diz que ia começar a voltar para casa andando.

Um sujeito pergunta ao moderador se ele não vai explicar o que é o bom exercício e o moderador retorna com mais perguntas, tentando fazer com que ele e o grupo se posicionem. Aparece a seguinte argumentação:

- [...] isso está me deixando confuso. Não sei mais o que é certo ou errado.
- [...] Acho que certo é aquilo que a gente gosta de fazer.

O moderador direciona a discussão para identificar o entendimento sobre a percepção dos benefícios do exercício, encontrando respostas como:

- [...] chego no trabalho mais leve".
- [...] li que o exercício solta um hormônio que dá essa sensação".
- [...] mas pra quem? Quando pedalo me dá é cansaço".
- [...] quando saio da academia saio acabado mas a sensação é ótima"

- [...] “concordo. Quando fazia era ótimo e quando não fazia ficava estressado”.
- [...] eu não entendo essa sensação. Só acho que fico cansado. Pedalo, pedalo, mas não sinto este prazer, só cansaço”.
- [...] o médico disse pra mim que quem faz atividade física fica com preparo físico e uma estrutura óssea diferenciada. Só que não entendi o que ele queria dizer”.
- [...] depende. Se exagerar pode prejudicar”.

A discussão continua sobre os benefícios ligados à saúde, e a moderadora intervém, procurando identificar o conhecimento sobre o tipo de atividade física ideal. As respostas vêm relacionadas com “malhar” (identificada como musculação).

Entre os sujeitos, estava uma funcionária cuja função na empresa é patinadora (leva e traz produtos). Assim, a moderadora pergunta se ela ainda precisa fazer algum exercício complementar já que estavam relacionando a atividade à saúde.

As respostas concordam que ela precisa malhar e logo deixam de priorizar a saúde para relacioná-las à estética (autoestima, aparência).

Finalizando, dizem que falta de dinheiro seria um motivo para não praticar. Onde é barato não tem equipamentos que prestam e os espaços públicos não tem nenhuma estrutura.

Um dos sujeitos argumenta que parou de praticar por exigência de um relacionamento que exigia mais tempo disponível.

A sessão foi finalizada pela moderadora que comunica quando será o próximo encontro, divulgando o cronograma das próximas atividades e distribuindo as carteiras para a prática de atividades na IES.

Analisando os dados apresentados verificou-se que esse grupo leva um estilo de vida ativo, em que a maioria pratica ou praticou algum tipo de exercício e, a princípio, relacionam a importância da prática a resultados ligados à saúde, porém demonstram que fazem pela estética e que o exercício ideal é a musculação. Já podemos identificar a influência do grupo quando algumas pessoas se propõem mudar os hábitos (andar do trabalho para casa) e a discussão do tempo ser fator limitante para a prática. Encontramos também pessoas que não têm uma ideia clara

sobre como a atividade física interfere na saúde, apresentando, na maioria das vezes, posições generalizadas, de senso comum. Houve uma demonstração de confiança no grupo quando alguns não tiveram receio de se colocar contrários às práticas e ideias de um grupo maior.

Grupo 2

No Grupo 2 foi utilizado o mesmo roteiro do Grupo 1. Sobre as informações dos hábitos em relação à prática de atividades físicas, dos 12 participantes apenas dois praticavam atividade física: jump a três meses e corrida a 5 meses. Apesar disto, todos concordaram com a importância da prática, dizendo ser prioridade de vida e relacionando a aspectos como saúde, estresse, disposição, circulação (sistema cardiovascular), sentir bem e importante para a vida. Porém, a moderadora tenta relacionar a resposta de importância e prioridade ao hábito de não praticar. As respostas dadas se relacionam com preguiça, disponibilidade, dinheiro, tempo, local, cansaço e disposição.'

-"[...] perto da minha casa tem local *pra* fazer, meus amigos até me chamam, mas não vou".

-"[...] tem academia perto da minha casa, mas não tenho dinheiro. Se tivesse dinheiro arranjaria tempo".

-"[...] gostaria de fazer hidroginástica porque tem asma mas não tem local perto da minha casa.

A discussão é conduzida ao fato de ser ofertado agora próximo ao trabalho sem custo e na empresa, entre as sessões do grupo focal.

Alguns mostram indecisão apresentando as seguintes colocações:

-"[...] vou ver. Homem tem tempo. Mulher não".

-"[...] eu sou homem, faço todo trabalho doméstico e tenho tempo".

-"[...] tem menino?"

-"[...] não".

-"[...] aaaahhhh" – respondem as mulheres em coro.

No meio da sessão, entra uma supervisora de setor, pedindo que voltassem aos seus postos. Inicia-se, então, uma discussão sobre a insatisfação com a atitude, e foram, assim, autorizadas a permanecer no grupo. A moderadora não intervém. Ninguém se retira e comunicam que outros não estão participando por falta de autorização de alguns setores. Aludem à importância da oportunidade de participarem de um programa que irá oferecer atividade física por algumas já apresentarem problemas devido às suas atividades laborais. Acham que a atividade na empresa é mais importante do que em academia.

É explicado a eles que nem todo mundo pode participar das atividades por serem estas na hora do almoço. Logo encontram uma solução, dizendo que seria só combinar o horário com o refeitório ou pegar lanche mais tarde.

-"[...] tudo tem um jeito"
-"[...] gostaríamos de uma orientação sobre alimentação".
-"[...] sei que a empresa não vai fazer o que é saudável".
-"[...] não é permitido lanchar entre as refeições".
-"[...] almoço em casa e janto aqui às 18h".
-"[...] às vezes vou jantar à meia noite".

Ao conduzir o grupo novamente para a discussão sobre a importância da prática de atividade física, são encontradas as seguintes respostas:

-"[...] é importante para perder peso".
-"[...] é importante para a estética".
-"[...] me disseram que tenho que fazer muita esteira para poder começar a musculação".
-"[...] se for começar a musculação gorda vou ficar com o bucho quebrado".

Logo as falas se direcionam para o aspecto da estética:

-"[...] os homens não querem emagrecer. Querem ficar forte".
-"[...] *pra* ficar mais bonito".
-"[...] conquistar as garotas".
-"[...] depois que casa não precisa mais".

-“[...] depois dos 50 a barriga cresce, tudo cresce”.

-“[...] eu queria poder usar short. Já soou casada mas queria melhorar minha autoestima”.

-“[...] aqui a gente trabalha o dia todo sentada”.

-“[...] depois que engravidei não emagreci mais”.

-“[...] um cliente disse para ela emagrecer”.

-“[...] eu me senti mal. Não vou morrer, mas é chato”.

-“[...] as mulheres querem ficar magras e bonitas”.

Verificamos que houve uma retração nas discussões por parte dos homens por as mulheres estarem quase sempre conduzindo as discussões, por isso foi necessária a intervenção do moderador.

A sessão foi finalizada pela moderadora, e ela comunica quando será o próximo encontro, divulgando o cronograma das próximas atividades e distribuindo as carteiras para a prática de atividades.

Analisando-se os dados apresentados verificou-se que esse grupo tem um número maior de mulheres e que a maioria não pratica ou não praticou algum tipo de exercício e, a princípio, relacionam a importância da prática a resultados ligados à estética, principalmente à perda de peso. Condicionam, porém, a boa forma ao casamento, isto é, a uma relação estável. É dado como fator impeditivo da prática as obrigações domésticas, o que é contestado pelo grupo masculino. O motivo da falta de dinheiro também é contestado pelo fato de o projeto oferecer atividades gratuitas, o que podemos encarar como interesse de iniciar a prática através das atividades propostas. Podemos concluir que o grupo classifica atividade física importante quando se compromete a modificar seus horários de refeição e todos contestam a orientação do supervisor de reduzir seu tempo de participação.

3.5.2 2ª Sessão (17/09/2013)

Antes da 2ª sessão foram realizados quatro encontros quando foram desenvolvidos alguns exercícios. O primeiro foi o Pilates (3/9/2013). Foi realizado por um estagiário da Estácio/FIC, que apresentou inicialmente algumas informações sobre a modalidade. A sessão teve duração de 15 minutos. Ao finalizar, foi

percebida uma satisfação pela realização da atividade e insatisfação pela curta duração. Foi registrada a presença de todos.

Na sessão seguinte, foi promovida uma discussão sobre alimentação (5/9/2013). Foi conduzida por um professor convidado de uma Instituição de Ensino Superior, nos dois grupos, na sala de atividades do projeto, todos permaneceram sentados em forma de círculo. Foi indagado primeiramente quanto às dúvidas sobre o assunto. Os principais questionamentos foram: o que comer à noite; como balancear proteína e carboidrato; horários das refeições (não é permitido lanchar durante o expediente – só se for para o banheiro); ingestão de líquido nas refeições; balanço calórico relacionando à necessidade e à orientação da prática de atividade física; sedentarismo, atividades laborais e gasto calórico, qualidade dos alimentos.

Outra atividade desenvolvida foi o alongamento (10/09/2013). Foi realizado por um estagiário da Estácio/FIC, que apresentou inicialmente algumas informações sobre a modalidade. Como, com 15 minutos de atividade foi indagado se gostariam de continuar por mais 5 minutos, obteve aprovação de todos. Ao finalizar, foi percebida uma satisfação pela realização da atividade. Foi registrada a presença de todos.

No próximo encontro, foi realizada a Ginástica Funcional (12/9/2013). Foi realizado por um dos componentes do grupo de pesquisa, que apresentou inicialmente algumas informações sobre a modalidade. A sessão teve duração de 20 minutos. Durante a atividade, e ao término, foi registrada a aprovação e o interesse em sua realização. Foi registrada a presença de todos e anunciada a reunião do grupo focal para o próximo encontro, lembrando a todos o compromisso assumido.

Grupo 1

A segunda sessão de Grupo Focal 1 iniciou-se com as boas vindas do moderador, relembrando a todos as regras estipuladas no primeiro encontro. Primeiramente foi indagado se tinham aderido às atividades propostas:

-“[...] quando eu fiz fiquei muito cansada porque tive que acompanhar o ritmo dos outros”.

-“[...] na primeira semana tive dificuldade mas agora faço direitinho. Tô fazendo todo dia. Fiz amizade e a Renata está indo também”.

-“ [...] a variação das atividades é muito interessante. Estamos gostando”.

-“ [...] gostaria de ter a dança mas continuando a variação”.

-“ [...] estamos aprendendo bastante, né?”

Quanto às atividades fora da empresa a, cinco homens aderiram à musculação, um à musculação e à natação, dois à natação e uma mulher aderiu à musculação. Duas não aderiram.

O moderador estimula a discussão para que falem sobre suas dificuldades para a adesão.

-“[...] eu quase não vou”.

-“[...] eu já chamei ela. Faço natação no meio do expediente”.

-“[...] é preguiça da Ellen...”

-“[...] acho que é pelo horário”.

-“[...] o meu problema é organizar meu horário com minha filha. A Patrícia tava dizendo que pela manhã talvez eu consiga.

-“[...] se for pra você fazer eu vou mais cedo com você”.

Logo depois a discussão é conduzida para que falem sobre a mudança de hábitos relacionados à alimentação.

-“[...] depois da palestra mudei o meu jantar”

-“[...] deixei o salgado e o refrigerante.

-“[...] eu diminuí o salgado, mas o Eder parou”.

-“[...] eu não me sinto bem mais bebendo”.

O moderador pergunta como resolveram a dificuldade do lanche de em três horas.

-“[...] no meu setor e estou comendo escondido. Eles não deixam”

-“[...] eles não deixam a gente tirar um tempinho pra lanchar. O jeito é ir para o banheiro”.

-“[...] eles só dão uma refeição ou almoço ou jantar. Lanche só escondido.

-“[...] a comida é pesada, não favorável.

-“[...] é horrível, não tem gosto nem sal. Hoje me deram só a asa e o pescoço do frango

-“[...] o meu chefe deixa já o seu não. Depende do setor.

-“[...] nós resolvemos. Estamos comendo frutas no lanche”.

-“[...] estou comendo mais salada, lancho fruta ou cereal. Vocês podem tentar”.

-“[...] cereal é caro”

-“[...] a fruta não. Eu estou conseguindo e não é caro”

O moderador pergunta o que comem quando chegam em casa.

-“[...] eu como tudo”

-“[...] tudo que posso ou não posso”

-“[...] desconto”.

Analisando os dados apresentados, podemos verificar que o grupo já apresenta certa relação de convivência, considerando que nos encontros anteriores foi referido que não tinham contato entre eles durante o expediente. Mesmo sendo do mesmo setor e trabalhando na empresa havia tempo, não conversavam entre si. Podemos perceber que há um interesse em aderir a um estilo de vida mais ativo e a hábitos alimentares saudáveis como também há uma preocupação em facilitar o comportamento dos demais do grupo.

Grupo 2

A segunda sessão do Grupo Focal 2 iniciou com as boas vindas do moderador, relembrando a todos as regras estipuladas no primeiro encontro. Foi repetido o mesmo planejamento e a mesma metodologia do Grupo 1. Em relação ao

tema “adesão às atividades propostas”, foi verificada certa satisfação por parte do grupo através das falas:

-“[...] a atividade dada aqui tira o estresse”.
-“[...] me deixa menos cansado para aguentar o dia de trabalho”.
-“[...] o fato de ter várias atividades diferentes me deixa mais empolgado e a atividade não fica monótona”.
-“[...] tenho mais incentivo para vir ao trabalho. Sei que vocês estarão aqui, encontrarei com o grupo e depois posso ir pra musculação”.
-“[...] mudei alguns comportamentos a partir de algumas coisas aprendidas com as atividades no grupo e tenho levado para todos na minha casa. Estamos praticando”.
-“[...] o resultado das avaliações físicas aumentou minha motivação para me dedicar e alcançar o peso ideal e melhorar a saúde”.
-“[...] vejo que tenho maior conhecimento sobre alimentação e saúde”.
-“[...] está me ajudando na socialização, fazendo mais amigos e conhecendo mais pessoas”.
-“[...] as atividades agregam e melhoram a vida dentro e fora do ambiente de trabalho pois estou aplicando os conhecimentos em casa e com os familiares.

Na opinião do grupo, a variação das atividades ofertadas aparenta promover maiores benefícios e evitam a rotina. Alguns relataram que passaram a se exercitar regularmente.

Quando indagados sobre o segundo tema, mudança nos hábitos alimentares, todos queriam colocar suas experiências. Depois da discussão sobre alimentação com o professor convidado, passaram a se preocupar mais com suas refeições, procurando comer de 3 em 3 horas, trocando massa por frutas e alimentos mais saudáveis.

Foi apresentada pelos integrantes do grupo a dificuldade de autorização e incentivo para a participação em todas as sessões por parte dos supervisores. Os outros funcionários estavam comentando o interesse de participar, porém estavam com dificuldades em relação ao horário. Verificamos que existem vários horários de entrada e de saída na empresa por funcionar 24 horas, de segunda a domingo.

Quando indagados sobre mudanças nos hábitos alimentares, ninguém se colocou mostrando interesse no assunto.

O grupo demonstrou preocupação em relação à não continuidade das atividades quando finalizar o estudo por estarem gostando do projeto. A moderadora explica que este é um estudo e que os resultados serão divulgados ao final e que poderá produzir novas propostas para a empresa.

A sessão foi finalizada pela moderadora que comunicou quando será o próximo encontro, divulgando o cronograma das próximas atividades e distribuindo as carteiras para a prática de atividades fora da empresa.

3.2.3 3ª Sessão (1º/10/2013)

Antes da terceira sessão, foram realizados três encontros. No primeiro, foi desenvolvida a ginástica localizada (19/9/2013). Foi realizada por um dos membros do grupo de pesquisa, que apresentou inicialmente algumas informações sobre a modalidade. A sessão teve duração de 20 minutos. Ao finalizar foi percebida uma satisfação pela aquela realização. Foi registrada a presença de todos.

No segundo encontro, foi desenvolvido o pilates (24/09/2013). Foi realizado pelo mesmo estagiário da primeira sessão de pilates. Inicialmente externaram a impressão que tiveram na aula anterior e apresentaram informações sobre os exercícios que iriam ser realizados. A sessão teve duração de 20 minutos e contou com a presença de todos.

A dança (26/9/2013) foi realizada no terceiro encontro. A modalidade vivenciada foi a dança de salão que os sujeitos a realizaram em duplas. Como havia mais homens do que mulheres, fizeram revezamento dos pares. Para isso, contou-se com a participação do grupo de pesquisa. A sessão teve duração de 30 minutos, e alguns aguardaram o início do segundo grupo para repetir a atividade. O som e a dinâmica atraíram a atenção de outros funcionários da empresa que ficaram observando. Isso foi permitido por não estar causando constrangimento aos participantes. Estes, muitas vezes, convidavam os observadores a participar.

Durante as atividades, foi registrada a presença de todos e anunciada a reunião do grupo focal para o próximo encontro, lembrando a todos o compromisso assumido.

Grupo 1

A terceira sessão foi iniciada pelo moderador que solicitou o registro do ambiente de descontração na chegada do grupo. O primeiro ponto abordado foi sobre a percepção de fatores que impedem a prática de atividade física. Dentre os pontos explorados, local e tempo foram o que apareceram:

-"[...] chegava muito cansado. No meu trabalho anterior não dava tempo".
-"[...] o horário daqui dá tempo e ainda vou para a academia na ...".
-"[...] a academia está me ajudando muito. A oportunidade que vocês estão dando é muito boa. Meu tempo não dava *pra* nada. Agora, aqui está ajudando muito".
-"[...] é muito mais próximo. É mais fácil. A gente sai daqui e já vai direto . Muitos já moram pra lá. Outros vão caminhando".
-"[...] eu vou e volto para trabalhar. Se eu fosse para casa acho que não faria".
-"[...] o ruim é o trânsito. Comecei a fazer porque é próximo".
-"[...] é muito bom quando termina. Tenho vontade de começar tudo de novo. A sensação é boa".

Na discussão, todos se sentem motivados a relatar suas experiências em suas práticas. O segundo ponto abordado foi para identificar o nível de relacionamento que estava se desenvolvendo no grupo e se isso estava influenciando na adesão à prática de atividade física. Verificou-se, pelas falas, que estão sempre se preocupando em chamar o outro para os encontros e estimulando através de seus relatos. Há um sentimento de acolhimento nas atividades desenvolvidas na empresa e fora da empresa.

-"[...] eu estou gostando. Olha o braço dele...."
-"[...] o resultado não é imediato. Mas estou sentindo algumas diferenças, mais disposição.
-"[...] eu estava muito sedentário. Agora tenho mais disposição. Os professores me tratam bem, tenho feito mais amizades. Chegam e pedem pra gente revezar os equipamentos. É bom..."

-“[...] a gente que sai agora, às 4h20min, vamos direto pra academia e depois vamos *pra* casa. É ótimo. Não dá preguiça. Se fosse *pra* voltar, acho que não faria”.

A sessão foi encerrada após 50 minutos, e a frequência de todos foi registrada. Foi divulgada a data da próxima reunião e as atividades que iriam ser desenvolvidas nesse período.

Analisando esse encontro, o grupo de pesquisa verificou que as práticas na empresa estão colaborando para desenvolver uma maior interação entre os funcionários, o que criou um sentimento de responsabilidade um com o outro. Isso está proporcionando uma maior motivação para frequentarem as atividades fora da empresa. Foi verificado que o fácil acesso ao local de prática de atividade é um agente facilitador.

Grupo 2

A sessão do Grupo Focal 2 iniciou com as boas vindas do moderador, repetindo o mesmo planejamento e a mesma metodologia do Grupo 1, com o tema sobre a percepção de fatores que impedem a prática de atividade física. Dentre os pontos explorados aparece como fator negativo o horário:

-“[...] quero continuar mas não estou conseguindo sair neste horário. O tempo não dá”.

-“[...] poderia ser em outro horário? Este horário dá pra mim mas não dá para os meus colegas”.

-“[...] seria melhor que não tivesse um horário fixo. O setor é imprevisível. Trocamos de horário o tempo todo”.

-“[...] fora também não pode ter horário fixo. Hoje estou de folga e vim. Daqui eu vou para a natação”.

Outro fator limitante tem sido a falta de estímulo dos chefes diretos:

-“[...] aqueles que querem fazer tem a barreira dos chefes”.

-“[...] eles dizem que querem dar qualidade de vida ao funcionário mas é faixada. Eles não liberam”.

-“[...] Tem chefe que libera”.

-“[...] então não é ideologia da empresa”.

-“[...] As frentes de caixa querem vir e não podem”.

-“[...] trabalhei em um local que a gente chegava e ia direto para a ginástica. Era obrigatório. Aqui os chefes não entendem”.

-“[...] o melhor é ter um local na empresa com acompanhamento do que fora. Aqui estou pressionado*”.*

No meio da sessão, um funcionário que tinha se retirado e retornou dizendo que o chefe não quer deixar ele ficar. O moderador pergunta o que ele irá fazer e ele diz que vai ficar.

Em relação ao local para a prática:

-“[...] se tivesse que ir pra casa primeiro não faria. O bom é que é no caminho”.

-“[...] ter uma academia na empresa seria bom, mas com profissionais orientando”.

-“[...] tenho um colega que estava indo pra ... e reclamou que não tinha ninguém acompanhando. Mas agora ele disse que melhorou. Estão acompanhando. Aí ele continuou”.

-“[...] a recepcionista é muito chata. Isso influencia a forma como a gente se sente na hora de trocar o aparelho”.

-“[...] é importante o acompanhamento”.

O grupo começa a mostrar a importância da atividade para aqueles que têm problemas de saúde. O moderador intervém na discussão para entender a importância para esse público:

-“[...] eu faço não porque tenho algum problema. É para me sentir bem”.

-“[...] minha família toda é obesa. Não quero ficar assim. A idade vai vir e a gente tem que se cuidar*”.*

A sessão foi encerrada com 45 minutos de duração e com a frequência de todos registrada. Foi divulgada a data da próxima reunião, e as atividades que iriam ser desenvolvidas nesse período.

Ao analisar esta sessão, podemos perceber que há um sentimento de revolta em relação à atitude dos chefes diretos em relação ao projeto. Fomos indagar ao gerente geral, e ele disse que iria interceder junto aos supervisores para planejarem um revezamento. Em relação às frentes de caixa ele relata que querem vir todas ao mesmo tempo e que isso não será possível. Verificamos que o local próximo ou dentro da empresa facilita a prática de atividade física e que há um sentimento de prevenção da saúde que justifica essa prática.

3.5.4 4ª Sessão (17/10/2013)

Antes da quarta sessão, foram realizados quatro encontros. No primeiro, com a dança (3/10/2013), a modalidade vivenciada foi o forró. O professor convidado explica a origem e as variações do ritmo, e todos interagem com suas experiências. A sessão teve duração de 30 minutos. O som e a dinâmica atraíram mais uma vez a atenção de outros funcionários da empresa que ficaram observando. Foi permitido por não estar causando constrangimento aos participantes, que os convidavam a participar.

No segundo encontro, a atividade desenvolvida foi o Step (8/10/2013). A sessão teve duração de 30 minutos. A maioria não conhecia a modalidade ou nunca tinha praticado, demonstrando curiosidade e motivação pela aparelhagem. Ao finalizar, foi percebida uma satisfação pela realização da atividade.

A Ginástica Funcional (10/10/2013) foi a modalidade desenvolvida no terceiro encontro, realizada por um dos integrantes do grupo de pesquisa. A modalidade foi realizada na cadeira. A sessão teve duração de 30 minutos. Foi registrada a presença de todos.

No último encontro, antes do grupo focal, a modalidade foi o alongamento (15/10/2013). Ministrada por um estagiário convidado que trabalhou com a massagem. Os sujeitos se sentiram muito estimulados a participar. A sessão teve duração de 30 minutos. Foi registrada a presença de todos.

Para a quarta sessão foi convidada uma professora especialista em grupo focal, indicada pelo orientador do programa de Doutorado, por perceber a

necessidade de um aprofundamento na técnica. Foram realizadas reuniões com a pesquisadora responsável pelo projeto e depois com todo o grupo de pesquisa para quem foram apresentadas novas técnicas de coleta de dados. A partir do grupo focal, houve discussão dos resultados coletados até o momento. A professora visitante conduziu a reunião desenvolvendo o tema sobre o grau de envolvimento na atividade física e a importância de participar do grupo.

A sessão iniciou colocando-se vários objetos em cima de uma mesa e explicando-se a todos que deveriam escolher aquele que representasse o seu envolvimento nas atividades física. Após a escolha de todos, um a um foi explicando a representação do seu objeto.

O primeiro escolheu o Palhaço feliz e o triste: “[...] cheguei feliz e empolgada com o projeto, mas está sem tempo de participar das atividades, por isso está um pouco triste”. Também foi escolhida a calculadora “[...] o projeto só acrescenta”; o novelo de linha: “[...] está enrolado, mas com calma está dando *pra* desenrolar. No momento está sem muito tempo, mas vai melhorar”; o martelo “[...] mais disposição para o trabalho, o ambiente está mais agradável”; o termômetro: “[...] era muito esquentado, agora estou mais calmo, menos estressado. Estou muito envolvido porque estou vendo e sentindo os benefícios”; a peteca: “[...] era muito parado e estou mais elétrico. Tenho mais amizades, melhorou a inibição, autoestima, sendo motivado pelos colegas do grupo”; o relógio: “Tudo é o primeiro passo. Estamos sempre evoluindo com o tempo e isso nos motiva a fazer as atividades”; o espelho: “[...] posso ver a postura e modificação do meu corpo, meu comportamento. Isso me motiva a fazer mais. Estou conhecendo melhor os colegas de trabalho, combinamos de ir juntos para as atividades. Venho participar do grupo porque gosto e me sinto mais feliz e motivado”, a lanterna: “[...] tinha dificuldade de me concentrar no trabalho, no estudo e na atividade física e vejo a lanterna como uma luz que me guia. Sou totalmente envolvido com a atividade porque me sinto muito bem e busco qualidade de vida. Tenho tido muitos benefícios como socialização, companheirismo, amizade e interação com os colegas”; a bola: “[...] foi a melhor coisa que a empresa já fez. A parceria com a ... (instituição de ensino. Depois que começaram as atividades estou mais disposto, melhorou meu condicionamento físico. Faço mais coisa nas minhas atividades diárias”. Por último foi escolhida a pilha: “[...] energia que o projeto dá para todos. Sempre tive vontade de praticar atividade e ficava adiando. O projeto fez com que eu começasse”.

Analisando a sessão pode-se concluir que foi apresentado um engajamento de todos, ou seja, a motivação do outro motiva os outros. Há uma força de vontade e determinação para alcançar os objetivos individuais, verificando um sentimento de superação e de satisfação com a prática da atividade física. Foi possível saber a opinião de todos em relação às atividades, verificando-se as dificuldades e os benefícios percebidos. O grupo se mostra tranquilo e com vontade de se expressar. Foi percebido pela professora visitante também muita emoção e satisfação no grupo.

Grupo 2

Seguindo a mesma metodologia do grupo 1, foi escolhida a caixa de presente: “[...] o projeto é uma caixinha de surpresa. O que está acontecendo, o que estão fazendo é maravilhoso. Tira a rotina da gente”; o espelho: “[...] o projeto me deu a direção que é possível se exercitar independente da hora e lugar. Venho porque gosto da prática das atividades físicas. Tudo é importante, desde o conselho e comprometimento de todos. Contato com os funcionários de outros setores, a reunião entre os colegas”; a pilha: “Meu envolvimento é como essa pilha, uma hora está carregada e outra não. Às vezes estou envolvido, outras não. Me sinto importante aqui. Sou ouvido, cuidam de mim. Quando pratico atividade física me sinto leve, sem dores e de bem com a vida”; a lanterna: “[...] este projeto foi como uma luz para mim. Minha carga de energia está a 100% e cada dia tenho mais vontade”; o gato: “[...] não consigo chegar no horário por conta do meu setor. Gosto muito mas não consigo chegar e ter menos preguiça na hora. Acho importante o projeto por poder interagir e conhecer meus colegas de trabalho”; o relógio: “[...] sou sempre muito pontual e quero praticar esporte para cuidar do meu coração; o boneco: “[...] eu cheguei meio por fora, só pra praticar academia e aos poucos fui gostando. O grupo está forte e apesar das dificuldades não desistem. Pode ter um participante e a atividade começa”; “[...] o relógio: “[...] não tinha tempo para praticar atividades físicas e como meus colegas de trabalho falam muito bem do projeto resolvi participar. Quero me manter no grupo, em equilíbrio com meu corpo e com o grupo”.

A professora visitante concluiu que há satisfação e alegria das pessoas por participarem do projeto. Estão se espelhando no outro:

-“[...] posso ser a luz de um colega, a luz que abre caminho para novas oportunidades”.

Verificou-se a importância do envolvimento com os pesquisadores, gerando aprendizagem, autoestima e interação no grupo.

3.5.5 5ª Sessão (5/11/2014)

Antes da quinta sessão foram realizados quatro encontros. No primeiro foi realizada a atividade denominada Jump (22/10/2013), modalidade desenvolvida com cama elástica. Foi desenvolvida por estagiário convidado. Todos demonstraram, a princípio, grande curiosidade e interesse verificando-se, após a atividade, grande satisfação. A sessão teve duração de trinta minutos. O gerente da loja solicitou que fizéssemos essa atividade em outro dia também para os clientes da loja, o que foi realizado juntamente com os funcionários.

A Ginástica funcional (24/10/2013) foi realizada no segundo encontro, ministrada por um dos integrantes do grupo de pesquisa o qual iniciou com algumas explicações sobre postura na realização das atividades laborais. A sessão teve duração de 30 minutos.

A Dança (29/10/2013), no terceiro encontro, a pedido dos sujeitos, a modalidade vivenciada foi outro ritmo do forró. O professor convidado explicou suas diferenças, e todos interagiram com suas experiências. A sessão teve duração de 30 minutos. O som e a dinâmica atraíram, mais uma vez, a atenção de outros funcionários da empresa que ficaram observando. A sessão teve duração de 30 minutos.

A Recreação (31/10/2013), realizada no quarto encontro, constou de jogos e brincadeiras com bola. Os sujeitos mostraram motivação durante os 30 minutos de atividade.

Durante as atividades, foi registrada a presença de todos e anunciada a reunião do grupo focal para o próximo encontro, lembrando a todos o compromisso assumido.

<u>Grupo 1</u>

Na quinta sessão, abordaram a percepção do grupo em relação ao outro e às atividades que foram desenvolvidas nas sessões anteriores. A moderadora distribuiu uma folha de papel para cada sujeito que deveria preenchê-la, aplicando uma palavra que significasse uma qualidade de um colega, pregando posteriormente em suas costas. Logo depois, todos deveriam ler seus papéis e dizer se estavam de acordo.

-"[...] desenrolado, vontade de aprender – "Sou eu. Eles estão convivendo comigo e já perceberam".
-"[...] amigo, ligado – "Eu sou ligado mesmo, danado".
-"[...] responsável, perseverança, disposto, amigo, brincalhão – "É o que nós procuramos ser todo dia. Essas palavras são devido às nossas atitudes. As opiniões podem mudar em um minuto. Nossas atitudes mudam as opiniões. Convivendo um com o outro vamos percebendo as qualidades. Esse grupo aqui está sendo uma grande oportunidade. No dia a dia não temos isso na empresa. Conforme estamos convivendo aqui nessa sala, por 15 e agora 30 min., está formando esse grupo importante. Eu sou um pouco disso tudo.
-"[...] focado – Eu sou muito focado, quando quero uma coisa eu vou atrás dos meus objetivos".
-"[...] atenciosa, simpática – "Pela minha profissão tenho que ter essas qualidades".
-"[...] corajoso, amigo – "Temos que nos juntar, sermos amigos e motivar cada um do grupo".
-"[...] alegre, persistente, disposto – "Gosto de incentivar as pessoas e sou persistente nos meus objetivos".
-"[...] animado, autoestima, esforçado, determinado – "Esforçado e determinado tem tudo a ver comigo".

Foram fixados cartazes que identificavam as atividades físicas que estavam vivenciando no grupo, com o objetivo de perceber a adesão às práticas e a fatores associados. A modalidade musculação foi escolhida por 6 sujeitos, step e jump por 3, a dança por 4, a ginástica funcional por 3, lutas por 1, alongamento por 3 e pilates foi escolhido por 5 sujeitos.

Os motivos apresentados de adesão relacionaram as atividades à satisfação com o movimento corporal, percepção de prevenção de doenças, promoção da saúde e a não necessidade de equipamentos sofisticados. Em relação à não adesão pontuaram os fatores: trabalho, distância e família. Considerando os colegas: comodismo, trabalho, família, amigos, bebida.

Percebemos, nesta sessão, através das interlocuções produzidas, que o grupo age de forma cada vez mais interativa. É importante salientar que podemos identificar o desenvolvimento de certa identidade entre os sujeitos os quais se sentem à vontade na colocação de suas opiniões sobre preferências e ideias em relação às questões apresentadas. Em relação às modalidades de atividades físicas, a musculação, o pilates e a dança são as maiores preferências do grupo.

Grupo 2

Seguindo a mesma metodologia do grupo 1, foi solicitado ao grupo que identificassem qualidades dos sujeitos. A maioria se mostrou incomodada com a metodologia quando tinham que se posicionar quanto às suas qualidades.

As principais citadas foram: sincero, trabalhador, sincero, disposto, feliz, pontual, disposto, guerreira.

-“[...] temos pouco tempo para conversar e conviver uns com os outros”.
-“[...] sou um cara muito feliz”.
-“[...] tenho muita força de vontade e sou guerreira”.
-“[...] tenho muita atenção com os outros e procuro ser amigo”.
-“[...] tenho facilidade de aprender”.
-“[...] nossas atitudes formam opiniões sobre nós”.

As atividades que mais lhes atraem no estudo são o alongamento: “[...] depois do almoço dá preguiça”; a recreação com bola: “[...] trabalho em equipe, raciocínio rápido”; Lutas: “[...] Forma de defesa, forma de expressão corporal” e a dança: “[...] coordenação, movimenta o corpo todo”.

Em relação a fatores que interferem na adesão à atividade física apareceram:

-“[...] me sinto muito cansada”.

-“[...] o transporte a distância, o chefe não libera. É desculpa de não ter compromisso”.

-“[...] correria do dia-a-dia, o transporte”.

-“[...] a minha mulher não deixa. Diz que eu já fico muito tempo fora de casa”.

-“[...] a atividade física começa como um sacrifício e com o tempo se torna um prazer”.

-“[...] a atividade física me tira da rotina do trabalho”.

Em relação à justificativa das pessoas não aderirem à prática da atividade física, obtivemos as seguintes respostas:

-“[...] as pessoas não fazem atividade física porque almejam um corpo perfeito e não se dedicam para conseguir, desistindo sem nem tentar”.

-“[...] muita gente da loja gostaria de vir e não vem por causa do chefe”.

-“[...] muitos acham que a atividade física é um fardo, um peso, e outros a distância, os filhos, os estudos, falta de tempo”.

Este grupo ainda mostra pouca interação e adesão às atividades, o que, muitas vezes, é justificado pela dificuldade imposta pelos chefes para sua participação. Apesar de o moderador procurar novos recursos para aprimorar a sua metodologia de trabalho, através de gravuras que estimulam o debate, os sujeitos ainda revelam, através de suas atitudes, interlocuções e posturas e pouca dinâmica grupal de troca e reciprocidade. A justificativa da escolha da atividade física mostra que o interesse se relaciona ao bem estar produzido pelo movimento corporal.

3.5.6 6ª Sessão (14/11/2013)

Foi realizada nos dias 7/11 e 12/11, pelo grupo de pesquisa, a reavaliação física dos funcionários, com o objetivo de detectar alguma mudança em sua composição corporal associadas a fatores de risco à saúde.

O grupo focal desenvolveu o tema sobre hábitos alimentares, integração e mudanças percebidas.

O moderador iniciou a discussão estimulando os sujeitos a relatarem as mudanças percebidas desde o início do grupo. Em relação a esse tema, apareceram as seguintes respostas relacionadas à prática de atividade física:

-“[...] eu estou sentindo mais facilidade na prática das atividades física”.
-“[...] estou fazendo em casa algumas atividades que aprendo aqui”.
-“[...] não é só o exercício, as informações têm sido muito importantes”.
-“[...] estou cada dia mais motivada, tenho aprendido muito além dos exercícios”.
-“[...] com essa variação conseguimos movimentar todo o corpo”.
-“[...] todo dia a mesma coisa é chato. Aqui é diferente e sinto que estamos trabalhando mais o corpo”.
-“[...] eu já praticava corrida e agora acrescentei a natação e musculação”.
-“[...] eu não fazia nada e estou fazendo aqui na empresa e a musculação. Deus me livre se isso aqui acabar”.
-“[...] agora não tem desculpa. Aprendemos que até na cadeira podemos fazer exercício”.
-“[...] quem está me policiando é o Alex. Ele disse que está me achando mais magra e me chama sempre pra academia.

Em relação à integração do grupo, apareceram as seguintes falas:

-“[...] o Eder se dedica muito. Eu não”.
-“[...] aqui é muito bom. Estar aqui com todo mundo é importante. Fiz amizade”.
-“[...] é que eu descobri pela avaliação física que tenho muita gordura no corpo apesar de não aparentar”.

Em relação à alimentação, apareceram as falas seguintes que mostram alguma mudança em seus hábitos. O moderador pergunta sobre o desafio de comer de 3 em 3 horas:

-“[...] eu estou trazendo uma barra de cereal”.
-“[...] A barra é cara. Estou comendo uma fruta”.

-“[...] eu não tomo mais Coca-Cola. Além de fazer mal, tem rato. Eu vi na internet”.

-“[...] eu comia muito chocolate. Outro dia me deram uma barra e insistiram para que eu comesse. Disse que não queria e não comi. NA minha gaveta só tinha chocolate”.

-“[...] o cream craker também não é bom”.

-“[...] é muito calórico”.

-“[...] é melhor então comer pão”.

A discussão continua até que chegam à conclusão de que o melhor é a fruta e que aqueles que ainda não conseguiram irão continuar tentando. Percebemos uma relação de compromisso e estímulo entre os sujeitos. A sessão encerrou com 60 minutos e foram divulgadas as próximas atividades e a data do próximo grupo focal.

Grupo 2

No grupo 2, foi seguida a mesma metodologia e os temas desenvolvidos com o grupo 1. Em relação às mudanças referentes às práticas de atividade física, foi colocado:

-“[...] estou mais esperta. Eu andava muito cansada, agora não”.

-“[...] estou gostando muito”.

-“[...] estou fazendo a natação e as atividades aqui”.

-“[...] acho que estou melhorando”.

-“[...] estou fazendo musculação. Saio daqui cansado e fico animado. É perto. É coisa nova”.

-“[...] se eu for pra casa não faço”.

O moderador questiona onde acham as atividades melhores se na empresa ou na instituição de ensino:

-“[...] antes aqui tinha alongamento. Era ali na frente. Todo mundo fazia. Pararam. Não sei porque”.

-“[...] o bom é cada dia uma atividade diferente”.

-“[...] a gente não sai sujo”.

-“[...] é por causa do ar condicionado”.

-“[...] teve um que disse que não vinha porque não ia trocar de roupa. Mas eu acho que é só desculpa”.

-“[...] no meu setor só eu. Tem outro que vai lá para a... (Instituição de ensino).

-“Nos outros setores eles nem falam”.

-“[...] a minha colega disse: Esqueci, mas depois das férias eu vou”.

-“[...] eu vou malhar só no próximo mês. Eu tenho um bebê e já passo dia longe dele. E a parte sentimental? Ele tem que saber que tem mãe”.

-“[...] gosto muito da professora de lá”.

-“[...] teve um dia que fiquei com as pernas cansadas. Mas é bom”.

O moderador pergunta como está o desfio de comer de 3 em 3 horas. O moderador tenta fazer com que eles iniciem uma discussão sobre como poderiam fazer diferente. Mas a conversa continua apenas cada um relatando suas experiências sem sugerir nada diferente. A sessão encerrou com 55 minutos e foram divulgadas as próximas atividades e a data do próximo grupo focal.

3.5.7 7ª sessão (26/11/2013)

Antes da sexta sessão, foram realizados dois encontros. O primeiro foi o jump (19/11/2013). A modalidade foi realizada novamente devido ao interesse e solicitação do grupo. A sessão teve duração de trinta minutos. O segundo encontro foi utilizado o Rubber Band (21/11/2013), modalidade de exercício desenvolvida com um elástico para ganho de força e resistência muscular, sendo realizado em dupla e individualmente. Foi ministrada por um professor convidado. No início da aula, foi explicada a modalidade e como manusear o equipamento. A sessão teve duração de trinta minutos.

Durante as atividades, foi registrada a presença de todos e anunciada a reunião do grupo focal para o próximo encontro, lembrando a todos o compromisso assumido.

<u>Grupo 1</u>

O grupo focal desenvolveu o tema sobre as atividades da vida diária em relação à atividade física, ao lazer, à qualidade, ao defeito, à alegria, à tristeza, ao sonho, ao medo e à esperança. Os sujeitos foram separados em dois grupos e entregues, a cada um, uma cartolina. O moderador explicou que deveriam elaborar um desenho que representasse cada um dos itens acima, explicando sua relação com o tema.

O primeiro tema foi atividade física. Os desenhos que apareceram foram a BOLA: "[...] rodando, procurando coisas melhores"; uma ESTRELA: "[...] depois que comecei fazer atividade física virei estrela"; a PISCINA: "[...] natação"; uma SETA: "[...] pra cima. Os colegas estão me ajudando bastante"; o PATINETE: "[...] mais coragem para o dia a dia"; e o PRATO: "[...] a linha do horizonte é um sonho. E o tênis é para eu fazer atividade física".

No segundo tema, o Lazer e os desenhos apresentados foram NUVENS: "[...] dá tempo para eu fazer as coisas. Está sobrando em casa e no trabalho"; TV: "[...] eu gosto muito de notícia, eu estudo"; DOMINÓ: "[...] jogo em frente de casa até 9h 30min; BOLA: "[...] bater racha"; e LIVROS: "[...] eu gosto de estudar".

O terceiro tema abordou Qualidade de vida, aparecendo os desenhos: ESTRELA: "[...] tudo positivo"; POSITIVO: "[...] pontual. Esses caras que me levam para a academia"; ANIMAL: "[...] agitado"; PISCINA: "[...] melhorou meu estresse. Chego em casa, tomo banho, estou novo de novo. Melhor lugar para eu trabalhar".

Os temas seguintes abordaram sobre sentimentos e impressões como defeito, e foram colocadas as seguintes falas:

-"[...] me sinto triste pelo que está acontecendo hoje. Eu gosto de ajudar as pessoas mas vejo que não fazem isso".

-"[...] me sinto impaciente. o tempo é corrido (um chama a atenção do outro por estar conversando paralelamente)".

-"[...] é nosso país, o que está acontecendo ao meu redor (falou a mesma coisa que o outro)".

Sobre alegria, apareceram as palavras e desenhos: "família"., "atividade física"; "estrela, e "atividade física". Em relação à tristeza, todos discutem, relatando alguma experiência sobre violência e que um sonho seria "[...] um mundo melhor, sem violência". O medo foi relacionado à morte e à velhice, colocando a atividade

física como uma alternativa: “[...] tem um cara na academia que se garante, com 78 anos. Discutem a relação de uma velhice melhor e atividade física.

O moderador intervém e sugere uma viagem. Dentre os itens representados por desenho, em qual ordem colocaria em sua mala?

Os elementos que apareceram com maior frequência nas primeiras ordens foi alegria, qualidade de vida e atividade física.

Verificamos que houve dificuldade em relacionar os itens em ordem de importância. Alguns só conseguiram identificar a partir da argumentação dos demais sujeitos. Com isso, não foram registradas todas as respostas, pois entendemos que houve indução. O item sonho foi o que mais apareceu como um dos mais importantes nas três primeiras respostas; em segundo, qualidade de vida e em terceiro, lazer. Após colocarem seus sentimentos em relação aos itens selecionados, o moderador pede que desenhem algo que lhe represente daqui a três anos. Os desenhos identificaram imagens relacionadas aos aspectos de sucesso profissional e atividade física. A sessão encerrou com 60 minutos e foram divulgadas as próximas atividades e a data do próximo grupo focal.

Grupo 2

No grupo 2, foi seguida a mesma metodologia e os temas desenvolvidos com o grupo 1. Após a explicação do moderador e a distribuição das cartolinas, os dois grupos formados resistiram à metodologia. Ficaram olhando um para o outro, justificando que não sabiam desenhar. Foi explicado pelo moderador que os desenhos não eram artísticos e sim algum tipo de símbolo que pudessem representar algum significado. Em relação aos itens determinados e a sua ordem de importância à atividade física, foi representada por BICICLETA, BOLA, PISCINA. Em relação ao lazer O grupo responde que as folgas estão ruins:

-“[...] preso, não tenho, tá mal (há um coro geral)”.

Em relação à Qualidade de vida os desenhos mostraram:

-“[...] melhorando”.

-“[...] tá forte”

-“[...] bem, com a natureza”.

-[...] Ceará (time local de futebol)”

Ao indagar sobre defeitos, alegria e tristeza, os aspectos abordados giraram em torno de dinheiro e amizade. O medo foi representado pelos chefes.

Em relação à ordem de importância, encontramos três palavras com maior importância: esperança, sonho, alegria. Percebemos que a metodologia não motivou as respostas dos sujeitos que deram poucas e curtas respostas, concordando com a maioria, mas sem uma justificativa que demonstrasse seus sentimentos. Quando foi pedido que numerassem todos juntos os itens acima, mostraram-se mais confiantes em não ter que justificar ou aguardar para que todos conferissem suas escolhas. Assim, o resultado foi identificado como sendo do grupo e não individual, o que os deixou mais confortáveis. Percebe-se uma falta de liberdade, de entrosamento e de confiança entre os sujeitos do grupo 2. A sessão encerrou com 30 minutos e foram divulgadas as próximas atividades e a data do próximo grupo focal.

3.5.8 8ª Sessão (12/12/2013)

A sala foi preparada para projeção de imagens com data show, em uma das paredes, com as cadeiras posicionadas de frente. A moderadora mostrou o primeiro slide no qual tinha a figura de um carrinho de supermercado, uma cama, uma mesa com quatro cadeiras, ticket de cinema, vale refeição, televisão, um indivíduo se exercitando, e uma família. Foi dada a seguinte orientação: “Vamos fazer compras hoje porque amanhã será nosso dia de folga e temos que aproveitar. No carrinho, vamos colocar o que vamos usar”.

Os sujeitos elaboraram uma história, colocando os itens na seguinte ordem:

Sujeito 1: exercício (vou malhar logo cedo), alimentação, TV, vale refeição, mesa (sair com a família), família, cama.

Sujeito 2: família (tomar café), TV, comer (vale refeição), cama, malhar, cinema, mesa (lanchonete), cinema.

Sujeito 3: família, alimentação, academia, TV, mesa (sair com os amigos), cinema com a namorada, cama (descansar), TV.

Sujeito 4: família (abraço bem forte), atividade física, TV, vale refeição, cinema, mesa (jantar com a família), cama (descanso), cinema (não tenho o hábito).

Sujeito 5: família, TV, vale refeição (almoço), mesa (sair com a família), atividade física, cinema com a mulher, cama, TV.

A mediadora interferiu dizendo que todos iriam fazer uma atividade física amanhã. Mudou o slide que contém gravuras de modalidades de exercícios e perguntou: “Vocês escolheriam uma dessas atividades?”

Foram escolhidas:

Sujeito 1: musculação

Sujeito 2: jogar

Sujeito 3: musculação

Sujeito 4: correr

Sujeito 5: correr

Novamente é perguntado: “Com quem eu vou?”

Sujeito 1: “Esposa – é sedentária”.

Sujeito 2: “Primo”.

Sujeito 3: “Amigo. Às vezes eu vou só ou com meu irmão que não faz nada”.

Sujeito 4: “Esposa, que tem problema de saúde ou com as filhas”.

Sujeito 5: “Namorada. Tá ficando fofinha, tem que manter a forma pra não ficar gordinha”.

A moderadora pergunta; “Porque as pessoas engordam?”

-“[...] sedentarismo, preguiça, anticoncepcional. Uma amiga parou de fazer atividade e está bem gorda. Assustei-me. Disse que não tem tempo. Falei *pra* fazer uma hora de caminhada ou parar de comer salgado”.

A moderadora intervém: “Mulher bonita é a magra?”

-“[...] não, é aquela proporcional”.

-“[...] já namorei com gordinha”.

-“[...] mulher bonita é aquela que se cuida”.

A moderadora pergunta: “O que é mulher que se cuida?”

-“[...] ser educada, inteligente”.

Moderadora: Olhariam ou paquerariam com mulher gorda?” (risos).

-“[...] a mulher tem que ter carne”.

-“[...] a minha é meio gordinha, mas mesmo assim gosto dela. É inteligente”.

-“[...] Está chegando o recesso de final de ano e a academia não vai funcionar. O que vão fazer?

-“[...] vou correr com o augusto”.

-“[...] vou arranjar uma academia perto de casa”.

-“[...] Se fossem coordenadores do grupo o que mudariam?

-“[...] arranjaria um espaço maior”.

Verificamos que, a partir da história elaborada pelos sujeitos, a atividade física é sempre colocada antes das atividades de lazer e é considerada como atividade sistematizada como musculação e corrida, apesar de ser um dia de folga. A preferência da companhia é por alguém da família. Tentam passar a ideia de que a gordura corporal acima do ideal (gordinha) não é um aspecto negativo para as mulheres. A sessão encerrou com 60 minutos e foi divulgada mais uma sessão para encerramento das atividades do grupo focal, quando aconteceria também uma atividade de confraternização.

9ª Sessão (17/12/2014)

Grupo 1

O moderador iniciou a sessão explicando o encerramento das atividades e, para isso, gostaria de que se discutissem os planos para o próximo ano. Colocou no centro do grupo uma caixa com vários objetos e pediu que escolham um que signifique mudança em sua vida para o próximo ano.

-“[...] tudo que eu fiz em 2013 quero continuar fazendo em 2014. Não quero que “[...] “Pretendo dar um conforto maior a minha família e procurar descansar mais”.

-“[...] me dedicar mais aos estudos para que futuramente possa ter uma formação superior”.

-“[...] quero conciliar a atividade física com os estudos. Montar um cronograma de atividades em que eu possa conciliar família, atividade física, lazer e estudos”.

-“[...] o meu tempo para ficar com a família fica mais curto quando vou para a academia, A atividade física é importante, mas não é prioridade. Ela não pode roubar todo o meu tempo, pois tenho outros objetivos para ser alcançados. Preciso arrumar minha vida e dentro dela inserir atividade física. Você precisa trabalhar, estudar e não tenho tempo pra fazer atividade física. Se tiver academia aqui dentro, não vai adiantar porque eles não têm a cultura ou a mentalidade da prática da atividade física. Se tiver uma academia dentro do ambiente de trabalho, talvez eles não consigam desvincular-se do trabalho. Quero continuar guerreiro como fui esse ano todo”.

-“[...] juntar dinheiro para pagar uma faculdade e para a auto escola. Sinto que o grupo focal aumentou a união, o entrosamento das pessoas do grupo. Quando saiu daqui fico mais disposto para trabalhar”.

A mediadora intervém e pergunta o que poderia mudar para que o grupo melhorasse.

-“[...] o grupo é importante para quem é sedentário, não pratica nenhuma atividade física, mas para quem já faz não é suficiente”.

-“[...] nem o horário, nem a estrutura, nem o espaço são motivos para não praticar ou aderir à prática de atividade física”.

-“[...] mesmo que a atividade física seja uma coisa boa tem que haver um incentivo/troca para que se comece a praticar”.

-“[...] talvez se o chefe mande, obrigue cada funcionário fazer atividade física eles façam. Há um confronto com os chefes para continuar a fazer atividade física dentro da empresa”.

O grupo mostrou-se um pouco nostálgico com o encerramento das atividades. Percebemos que alguns setores não conseguiram apoio de seus chefes para a participação nas atividades. Ao indagarmos os possíveis motivos, foi constatado que as dinâmicas dos setores são independentes e produzem horários diferentes em suas atividades que envolviam a maioria dos funcionários. Como as atividades eram dentro da empresa, os chefes tinham acesso para interromper e solicitar o retorno do funcionário. Alguns sujeitos que aderiram a prática de atividades externas, após o expediente, encontraram um pouco de resistência em relação à família. A mediadora foi indagada em relação à possibilidade de continuar as atividades físicas na empresa, pois muitos estavam aguardando para poder aderir ao projeto. Foi sugerido que fossem disponibilizados outros horários.

O grupo 2 não compareceu à reunião porém todos estavam presentes, também todo o grupo 1, no horário marcado para a confraternização.

Analisando as sessões de grupos focais realizadas, pudemos verificar que a interação grupal foi fundamental na produção de dados que seriam dificilmente conseguidos fora do grupo. Os dados obtidos levaram em conta o processo do grupo, tomados como maior do que a soma das opiniões, dos sentimentos e dos pontos de vista individuais.

A possibilidade de ouvir os sujeitos ao mesmo tempo, além de observar as interações características do processo grupal, trouxe uma. variedade de informações, sentimentos, experiências, representações sobre o tema deste estudo, havendo uma clara relação entre o objetivo de criar um modelo de intervenção, com a adesão dos participantes às novas práticas de atividade física no ambiente laboral, e o grupo focal

Os temas abordados foram flexíveis, suficientes, trazendo questões importantes que foram tratadas de forma espontânea e ainda assegurando que novas questões pudessem ser introduzidas, mostrando a importância do apoio grupo para que fossem desenvolvidas.

Questões mais concretas sobre aspectos da prática de atividade física, como fatores favoráveis e desfavoráveis, foram debatidas. A partir das discussões

estes foram levados, progressivamente, para aspectos mais abstratos como crenças, sentimentos e percepções, o que permitiu explorar a natureza dinâmica das atitudes associadas aos comportamentos dos sujeitos em relação à temática deste estudo.Assim, foram criados novos scripts de ação, os quais provocando uma modelização individual a partir de crenças normativas e crenças funcionais.

A intenção de efetivação de novas práticas já existia entre os sujeitos, porém eram criadas condições que impediam a adoção da prática de atividade física. A partir dos debates e das experiências gerados nos grupos, criando identificação entre os sujeitos, pôde-se perceber que outros fatores até então condicionantes passam a ser percebidos como não impeditivos para a efetivação de novas práticas, a partir da relação de apoio encontrada entre eles. Isso proporcionou que a intenção se transformasse em comportamento.

4 DISCUSSÕES DOS RESULTADOS

A presente pesquisa buscou estudar o efeito à adoção de novas práticas e da reflexão da experiência grupal na modificação da percepção e da justificativa das condições de realização da atividade física.

Para tanto, quatro estudos foram desenvolvidos. O primeiro tratou de coletar indicadores corporais de saúde, antes e depois de um modelo de intervenção, com a adesão dos participantes a novas práticas de atividade física no ambiente laboral; o segundo estudo buscou identificar e analisar a representação social de atividade física e saúde como componentes de um sistema sociocognitivo, conhecendo os hábitos de atividade física e as crenças (justificativas para não realização de exercício regular), o terceiro estudo desenvolveu um modelo de intervenção, procurando provocar uma mobilização individual e a criação de um contexto condicional aos participantes a fim de provocar a adesão a novas práticas de atividade física no ambiente laboral, e o último estudo apresentou a transformação das representações sociais que integram o sistema sociocognitivo dos indivíduos estudados.

Com o intuito de facilitar a compreensão e a leitura, optou-se por dividir a discussão em quatro partes de forma a respeitar a ordem e o conteúdo dos quatro estudos, mas também aproximar as temáticas convergentes. Na primeira parte, apresentam-se as medidas de perfil, o nível de atividade física e as medidas de riscos à prática de atividade física dos indivíduos; na segunda, as crenças normativas e as representações sociais sobre atividade física e saúde; na terceira uma explicação de como as pessoas consideraram a experiência ao novo modelo de intervenção ou uma ideia e, a quarta e última, a transformação da representação da atividade física e adesão às novas práticas.

4.1 Medidas de perfil, nível de atividade física e medidas de riscos à prática de atividade física.

A população estudada é classificada como adulta, com faixa etária de maior crescimento da população brasileira nos últimos dez anos, com destaque também para a população idosa. A evolução da estrutura etária observada nas

pirâmides nos sugere também que, confirmadas as tendências esperadas de mortalidade e fecundidade, a população do Brasil tende a dar continuidade ao processo de envelhecimento (IBGE, 2011).

Considerando que cerca de 70% da população adulta não atinge os níveis mínimos recomendados de atividade física (GUALANO;TINUCCI, 2011), a mudança de hábitos nessa faixa etária, as prioridades estabelecidas por estes, a capacidade de organização do tempo disponível, a escolha do local para a prática, a situação socioeconômica, entre outros fatores apresentados por Santos e Knijnik (2006), irão impactar significativamente nos indicadores de risco à saúde e consequente investimento na área.

Percebemos, através da análise do resultado do IMC da população que, ao somarmos a população com sobrepeso e obesidade, esta irá representar a maioria dos indivíduos, mostrando uma tendência a desenvolver riscos à saúde. Dentre eles, 38,10% já apresentam riscos à hipertensão e 35,24% riscos a desenvolver doenças metabólicas. Considerando que a idade será um fator de agravamento destes índices, é importante analisar e sugerir estratégias para a mudança do perfil atual.

Na formação voluntária do grupo de estudo, foi conservada a característica da maioria (55% no grupo de estudo e 70,47% na população) possuir sobrepeso e obesidade e ter feito atividade vigorosa na última semana (90% no grupo de estudo e 88% na população). Isso mostra que o grupo de estudo pode representar a população e que não houve uma tendência de adesão ao grupo somente por aqueles que já possuíam hábitos em relação à prática de atividades físicas. Em um dos grupos, dos 12 participantes, apenas dois praticavam atividade física: jump há três meses e corrida a 5 meses.

É importante destacar que o grupo apresentou resultados inferiores na segunda avaliação, em relação à primeira, considerando os indicadores de risco à saúde que, em alguns casos, pode não ser significativo, mas indica uma tendência à redução. Isso pode ser percebido na avaliação da obesidade e na distribuição da gordura corporal através da redução IC, na redução de 6 cm na medida da 2ª avaliação do indivíduo que apresentou a massa de gordura intra-abdominal acima do ponto de corte, passando para abaixo do ponto.

Considerando outro indicador de risco à saúde que é a relação cintura/quadril – RCQ, percebemos que, apesar de nenhum indivíduo estudado

apresentar relação direta com o risco de morbimortalidade, houve uma tendência de diminuição de seus valores na segunda avaliação, o que foi acompanhado pelos resultados da CC e RCE.

Numa coletânea de estudos de diversos autores com a finalidade de se observar mudanças na composição corporal, baseada nos mais diversos tipos de treinamento realizada por Fleck e Kraemer (2006), observou-se que houve diminuição do percentual de gordura e aumento da massa corporal magra (MCM) e no peso corporal total. Foi quando o treinamento teve maior duração, no caso 20 semanas, realizados de 2 a 5 vezes por semana, e uma mudança na variação de estimulo semanal. Houve diminuição significativa no percentual de gordura, entre 0,2 a 4,0 pontos percentuais, e um maior aumento da MCM, de 0,3kg a 6kg entre todos os estudos acompanhados.

Em relação aos resultados da diferença entre a primeira e a segunda avaliação do % gordura e massa magra do grupo estudado, foi percebido a mesma tendência dos estudos apresentados por Fleck e Kraemer sendo que, aqueles que diminuíram sua massa magra na segunda avaliação apresentaram também uma diminuição do % gordura. Segundo Garrow e Summerbell (1995), a redução de peso e de gordura corporal, alcançada por meio da restrição energética, quase sempre é acompanhada pela diminuição da massa corporal magra. Para Kathleenmahan e Escott-Stump (1996), isso pode ocorrer porque qualquer perda de peso resulta na perda de tecido muscular, que foi adquirido para suportar o excesso de tecido adiposo.

Já é comprovado que os exercícios, concomitantemente com a diminuição na ingestão de energia através da alimentação, sejam mesmo eficientes na redução do peso corporal (PIAIA, 2007), porém essa redução ocorre com maior rapidez e eficiência através da dieta quando comparado com os exercícios. Entretanto, isso não significa que os exercícios tenham apenas um efeito marginal no processo de redução do peso corporal em longo prazo. Esse estudo não teve como objetivo o controle da dieta dos sujeitos, porém é importante considerar esta relação entre o percentual de gordura e massa magra.

4.2 Crenças normativas e representações sociais sobre atividade física e saúde

Os resultados e as análises apresentados, até este estágio, indicam-nos que a Representação Social da SAÚDE, pelos funcionários, possui um conteúdo supostamente organizado em torno de uma forte conexidade entre as categorias " alimentação-saudável", "bem-estar", "esporte", "exercício", o que evidencia o papel organizador desses dois elementos para o significado acerca do objeto de representação tratado aqui.

Considerando que a abordagem estrutural tal qual ela é definida por Abric (1994 a, 1994 b, 1998) estabelece uma representação social como uma organização, uma estrutura atravessada por diferentes dimensões, encontramos que a articulação entre os elementos constituintes de um provável núcleo central e sistema periférico da Representação Social da Saúde expressa a predominância dos elementos que reforçam a característica do "estado" (bem-estar) ressaltando a forte relação existente com o componente de "hábitos" (alimentação-saudável, exercício, esporte).

A "alimentação-saudável" é a palavra com maior ocorrência dentre todas as palavras evocadas pelos funcionários entrevistados, sendo que "bem-estar", "exercício" e "esporte" foram as palavras de segunda, terceira e quarta maior ocorrência. Se considerarmos "esporte" e "exercício" pertencentes a uma mesma categoria, estes irão se tornar a maior média de aparecimento nas primeiras posições, portanto podem ser consideradas como uma forte evocação.

No plano operacional, constata-se que os elementos situados no núcleo central são os que respondem mais prontamente à investigação, por serem os elementos mais bem memorizados e reconstituídos mais rapidamente que os elementos periféricos (ABRIC, 1994). As características apresentadas do núcleo central de SAÚDE, que se sustentam a partir de elementos constitutivos de "hábito" e "estado", fornecem a base comum partilhada que cria condições para organizar sua significação (estado) e orientar para a ação neste sentido (hábito).

Enquanto o elemento "alimentação" possui maior frequência (46) que o elemento "bem-estar" (34), o segundo elemento possui maior prontidão ao ser evocado, com ordem média de evocação inferior (1,58).

Estes mesmos resultados foram encontrados no estudo de Brito e Camargo (2011), que relacionou as representações sociais de saúde, as crenças relativas aos cuidados com a saúde, com a adoção de comportamentos saudáveis para homens e mulheres. Na análise das evocações, os elementos centrais da representação encontrados foram "alimentação, bem-estar, exercício, médico, hospital, cuidado, vida, esporte, felicidade, doença, qualidade de vida, higiene, prevenção, importante, disposição, saudável e tranquilidade", sendo assim como neste estudo, a maior força de centralidade encontrada nos elementos "alimentação, bem-estar e exercício". Os autores associam a saúde aos cuidados preventivos, sendo que estes podem ocasionar bem-estar e, elementos como "médico e hospital" evidenciam o aspecto mais curativo, ligados à atenção terciária à saúde.

Considerando outro sentido, vemos em nosso estudo que a relação da saúde relacionada aos níveis de atenção não se torna clara e que, o núcleo central está traduzindo uma forma de conhecimento do grupo, que irá remeter a representação de saúde próxima a um conjunto de explicações que se originam a partir da definição de saúde preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a qual define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito *bem-estar* físico, mental e social.

Apesar de entendermos que a definição de saúde da OMS vem sendo estudada como ultrapassada por ainda fazer destaque entre o físico, o mental e o social, considerada no momento como irreal, ultrapassado e unilateral (SEGRE; FERRAZ, 1997), vemos a forte associação deste conceito a partir do de um conjunto de concepções geralmente aceitas como verdadeiras neste grupo, estabelecendo um senso comum, confirmando o que Boaventura de Souza Santos apresenta em seu livro, Um discurso sobre as ciências, como um novo senso comum, em que a “[...] distinção hierárquica entre conhecimento científico e conhecimento vulgar tenderá a desaparecer e a prática o fazer e o dizer será a filosofia prática” (SANTOS, 2002, p.10).

Podemos apontar o caráter utópico, inalcançável desta definição uma vez que as pessoas não permanecem constantemente em estado de bem-estar, revelando uma idealização do conceito tornando-o inatingível. Porém, ao utilizar a expressão “bem-estar” encontramos um valor normativo da expressão, aludindo àquilo que é considerado como desejável num determinado momento e num determinado grupo ou sociedade.

Considerando os elementos evocados “alimentação-saudável”, “esporte” e “exercício” como constitutivos de “hábito”, vemo-los como orientadores para a ação (prática) no sentido da saúde. Os elementos “esporte” e “exercício” são aqueles de maior prontidão a ser evocados pelos sujeitos deste estudo, em ordem média de evocação inferior à “alimentação-saudável”. Ao entender “esporte” e “exercício” como determinantes das práticas (hábitos), é que podemos compreender suas dinâmicas e, portanto, o funcionamento de suas representações, os quais irão estabelecer elos de determinação entre práticas e representações que criam a intenção de adesão a uma crença positiva neste campo. Assim, a partir dessas representações, os sujeitos poderão dar um sentido às suas condutas em relação à saúde e compreender o meio social em função de seu próprio sistema de referências.

A questão de *seleção de palavras principais* completa a questão de evocação sobre SAÚDE e confirma sua relação com “hábito” e “estado”, aparecendo os elementos alimentação, bem-estar, atividade física e alegria. Considerando essas respostas mais freqüentes, é importante analisar a percepção de atividade física como algo positivo.

O quadrante inferior esquerdo, contém os elementos pouco evocados e representados pelas seguintes palavras: “qualidade-de-vida”, “disposição”,” corpo”, lazer”, “saudável”. Esses elementos constituem um conjunto de outros elementos mais flexíveis da representação e, portanto, mais próximos da prática dos sujeitos, orientando mais diretamente suas condutas. Mais uma vez há a presença de elementos indicativos de uma prática que está vinculada ao “estado” (qualidade-de-vida, disposição, saudável), associando-o agora ao “corpo” e a uma atividade que seria o “lazer”. Ressalta-se que os elementos deste quadrante possibilitam uma interpretação menos direta no sentido de sua proximidade em relação ao núcleo.

Jodelet (1984) já enfatizava a importância do estudo do corpo a partir da perspectiva das representações sociais permitindo difundir modelos de pensamento e de comportamento a ele relacionados. Sendo um elemento constitutivo mais próximo à prática dos sujeitos, podem estar remetidos a aspectos de sua funcionalidade, a considerações propriamente morais ou ainda narcisista, preocupados com uma apresentação favorável.

No quadrante inferior direito, constituído pela periferia mais distante, constam as palavras “alegria” e “natação”, constituindo contextos condicionais e as

particularidades das representações sociais, não sendo organizadores e ou definidores delas e aparecendo como uma forma mais flexível e mais próxima a uma realidade mutável.

É por meio desses elementos que se fazem possíveis prováveis mudanças nas práticas e, por conseguinte, nas Representações Sociais. Quando o sentimento produzido pela prática não remete o sujeito a um “estado” de alegria, ele poderá produzir mudanças orientadas, neste sentido, para outro tipo de ação.

Os elementos considerados como constituintes do que seria um possível núcleo central da representação elaborada pelos funcionários sobre ATIVIDADE FÍSICA foram: “saúde”, “correr”, “natação”, “musculação”, “bem-estar”, “corpo”, “exercício” e “caminhada”. “Saúde” é a palavra com maior ocorrência dentre todas as palavras evocadas pelos funcionários entrevistados, sendo que dos 90 sujeitos que participaram da pesquisa 35 citaram esta como palavra que é lembrada quando se refere à ATIVIDADE FÍSICA, o que parece indicá-la como estruturante. A presença dos demais elementos deste quadrante indica uma forte associação da atividade física a modalidades de exercícios, ao corpo e a um estado de bem-estar.

Em estudo sobre Representações sociais de atividades físicas, Accioly Junior (2002) analisou os sentidos atribuídos pelos trabalhadores às atividades físicas, com ênfase nas diferenças de gênero. Nestas, foram englobadas tanto as atividades físicas oportunizadas pelos empregadores durante a jornada de trabalho, quanto as levadas a efeito de forma voluntária pelo trabalhador, como elemento de compensação ao tempo de trabalho e reconhecidas como reforço consciente à produção. Constatou que a saúde é elemento central na construção das representações das atividades físicas e, no aprofundamento do processo de categorização, verificou que essa relação se fez de forma geral (calcada no emprego de generalizações) ou especifica (apresentando benefícios à estética e ao organismo fisiológico).

Encontramos esta relação nos elementos primeiros deste estudo, onde “corpo” e “bem-estar” também aparecem na evocação de palavras pelos indivíduos com frequência expressiva, o que indica uma representação cujo núcleo central possivelmente está organizado em torno destes elementos. Este panorama mostra estar relacionado tanto a manter a saúde quanto a buscar um corpo funcional, saudável e compatível com exigências estéticas da contemporaneidade e a questão

do corpo está em contínua transformação, em busca constante de um padrão determinado de força, de escultura e de beleza.

Encontramos a presença da palavra “esporte”, com frequência superior a algumas expressões que estão relacionadas no primeiro quadrante, sendo muito relevante como elemento da primeira periferia. A presença da “disposição” se relaciona ao componente de “estado” indicado pelos funcionários no primeiro quadrante, podendo indicar uma ideia que valoriza a atividade física e sua relação com a saúde.

No quadrante inferior esquerdo, as palavras e expressões que se destacam (“academia”, “condicionamento”, “estética” e “vida”) pertencentes ao sistema periférico, são elementos mais próximos à prática dos sujeitos, e parecem orientar para condutas direcionadas, na mesma dimensão, para condicionamento e estética.

“Ciclismo“, “coragem” e “força” estão presentes com ordem média de aparecimento alta e se organizando em torno do núcleo central, podendo provocar prováveis mudanças nas práticas e, por conseguinte, nas Representações Sociais. Os sentimentos como “coragem” e “força” são associados à subjetividade que pode sofrer influências das relações sociais, causando uma mudança nas crenças relacionadas ao “estado” ou ao “hábito” (ciclismo).

Os resultados e as análises apresentados, até este estágio, indicam-nos que a Representação Social da Atividade Física, pelos funcionários, possui um conteúdo supostamente organizado em torno de “saúde”, articulada com o que se estabelece entre os elementos constituintes de um provável núcleo central e sistema periférico da representação social da “saúde” expressa, que podemos considerar como modalidades de exercícios e estado físico.

Acrescentando a análise da atitude relativa aos elementos da representação da atividade física, apresentados no Quadro 2, percebemos que os resultados mostram que existe uma atitude geral positiva em relação a esta. Para Brito (1996), atitude é uma disposição pessoal, idiossincrática, presente em todos os indivíduos, dirigida a objetos, eventos ou pessoas, que assume diferente direção e intensidade de acordo com as experiências do indivíduo. Assim, é importante destacar que esta atitude será importante para uma orientação global em relação à prática de atividade física, incluindo a tomada de posição dos sujeitos.

Porém, outros elementos parecem influenciar na relação dos sujeitos com essa prática. Os elementos da representação dos motivos que as pessoas geralmente dão para não praticar atividade física como tempo, preguiça, cansaço, dinheiro, local e o trabalho aparecem como condição para a prática de atividade física.

Podemos arriscar estabelecer uma relação entre tempo e trabalho em que as inúmeras atribuições exigidas hoje pelo mercado de trabalho, somadas às condições ambientais deste, agirão como impeditivos, gerando uma ligação com os aspectos preguiça e cansaço, que se relacionam com a falta de disposição.

A preguiça como aspecto percebido para justificar o motivo para o outro não aderir à prática, aparece como elemento central, quando associamos as atividades que os sujeitos mais gostam de fazer no tempo livre, como horário de folga e final de semana. A frequência dos elementos dormir e ver TV podem estar relacionados à necessidade de descanso e de recuperação das atividades diárias que geram cansaço e não como uma atitude de interesse negativo como preguiça em relação à prática de outras atividades.

A disponibilidade de acesso ao local de prática de atividade física e a distância de casa e do trabalho aparecem como fatores impeditivos mais importantes do que a falta de tempo e as obrigações domésticas.

Já Accioly Júnior (2002), em seu estudo sobre a representação social da atividade física, verificou que, quando os sujeitos foram inquiridos se praticavam algum tipo de exercício físico de forma voluntária, os homens apresentaram uma tendência maior para essa pratica, afirmando, por exemplo, fazer, enquanto as mulheres apresentam tendência contrária, justificando pela responsabilidade com as tarefas domésticas e pelos cuidados com os filhos e a casa.

Outro aspecto que aparece através da evocação dos motivos para não praticar atividade física está relacionado à importância dessa prática em relação a fatores como trabalho, ocupação e família. Apesar da capacidade das pessoas em refletir e fazer coisas benéficas para si, e sobre a importância do cuidar de si, essa prática se torna muitas vezes um obstáculo, pois as inúmeras atribuições exigidas requerem muito além de um conjunto de conhecimentos, fazendo com que fatores desgastantes se sobreponham aos fatores potencializados como os elementos da representação dos motivos que as pessoas geralmente dão para praticar atividade física.

Dentre esses motivos, como saúde, bem-estar, condicionamento, disposição e qualidade de vida, encontramos a palavra estética, como palavra mais evocada, podendo indicar que a visão do outro em relação à atividade física está relacionada à sua percepção da imagem corporal. Na representação da atividade física, este elemento aparece como periférico, com baixa frequência e ordem média de aparecimento nas primeiras posições. Esse aspecto pode ser identificado como uma zona muda das representações sobre atividade física, isto é, espaços de representações que, embora sejam comuns a um determinado grupo e nele partilhadas, não se revelam facilmente nos discursos diários e, ainda mais, nos questionários de investigação, pois são consideradas como não adequadas em relação às normas sociais vigentes, sendo considerado um elemento contranormativo, o qual faz parte da consciência dos indivíduos, e importante elemento para o significado da representação de atividade física.

Assim, *condição e importância* criam situações que nos levam a refletir sobre de que forma os fatores internos (da própria pessoa) e os externos (ambientais) contribuem para a adesão a novas práticas.

A análise das crenças normativas e as representações sociais sobre atividade física e saúde se nos apresentam constituídas por três conjuntos de elementos impeditivos importantes. O primeiro conjunto se constitui de disposições internas para a prática de atividade física como falta de vontade, cansaço, preguiça, não gostar (não dá prazer); o segundo é identificado pelas condições como dinheiro, tempo, local e cansaço físico, e o terceiro é constituído por elementos prioritários importantes no dia-a-dia como trabalho, ocupação e família.

Porém percebemos que os sujeitos manifestaram uma representação positiva em relação à atividade física, que se constitui de um repertório que se encontra no sistema cognitivo, não integrado com seus hábitos. Assim como no Modelo do Comportamento Planejado, proposto por Camargo e Bousfield (2014), existe a crença de que deveriam fazer, estabelecendo uma atitude positiva, houve elaboração de normas subjetivas e também a percepção de controle, estabelecendo relações que direcionam para a intenção de adotar um comportamento condizente com o elemento central que é a saúde que, por sua vez, não se constitui.

Esses resultados, como apresentados, podem assemelhar-se, até aqui, com estudos anteriores. Porém, o que o guiará em outro caminho é o emprego do trabalho de grupo focal, como objeto de estudo e intervenção, para identificar o

significado das experiências vivenciadas, as possibilidades de construção ou de ressignificação de pensamentos e das práticas sobre as circunstâncias vivenciadas sobre atividade física.

4.3 Experiências com um novo modelo de intervenção

A elaboração e a aplicação de uma proposta de modelo de intervenção voltado para a prática de atividade física possibilitou apreender as diferentes tensões entre significados e também aquelas que emergiram das relações do grupo durante as comunicações em cada sessão. Com a formação do grupo focal, foi possível a realização de ações específicas, a partir do qual se obteve respostas sobre o impacto da intervenção em relação à proposta de adesão à atividade física. As modificações foram observadas tanto no comportamento e na atitude dos sujeitos quanto no ambiente de trabalho, de uma forma geral.

Pensamos num modelo que sugerisse uma mudança de hábitos através de atividades que promovessem o sentimento de prazer e estabelecesse relações no grupo que se constituiu num espaço para reflexão e amparo dos sujeitos.

-“[...] a variação das atividades é muito interessante. Estamos gostando”.
-“[...] gostaria de ter a dança, mas continuando a variação”.
-“[...] estamos aprendendo bastante, né?”

Um indicador da satisfação e da adesão à metodologia empregada pôde ser medida a partir da percepção da satisfação nas sessões, pela realização da atividade e pela insatisfação devida à curta duração (2ª sessão), o que provocou um aumento no seu tempo total. Outro ponto foi a intenção em participar de mais de uma sessão no mesmo dia (3ª sessão). As impressões também foram observadas em conversas que ocorriam durante as atividades entre o grupo e o instrutor. O grupo procurou envolver outros sujeitos da empresa, o que foi percebido quando estes procuravam observar as atividades (3ª sessão), sentindo-se motivados pela dinâmica da atividade e do grupo ou quando a atividade foi estendida para os clientes da empresa atendendo à solicitação do grupo gestor (5ª sessão).

Assim, o ambiente de trabalho proporcionou a formação do grupo de pessoas com identidade comum que experimentaram um repertório de práticas,

podendo ser classificadas como boas ou ruins e que, a partir da adesão a estas, pode gerar a intenção em relação a novos comportamentos. Estes podem ser observados em relação às atividades na Estácio/FIC onde, no grupo 1, 5 homens aderiram à musculação, um à musculação e à natação, dois à natação e uma mulher aderiu à musculação. Duas a nada aderiram. Os que aderiram procuram estimular a adesão dos demais:

-"[...] eu quase não vou".
-"[...] eu já chamei ela. Faço natação no meio do expediente".
-"[...] é preguiça da Ellen..."
-"[...] acho que é pelo horário".
-"[...] o meu problema é organizar meu horário com minha filha. a patrícia tava dizendo que pela manhã talvez eu consiga.
-"[...] se for pra você fazer eu vou mais cedo com você".

Notamos o esforço dos indivíduos em se ajustarem ao comportamento do grupo:

-"[...] quando eu fiz fiquei muito cansada porque tive que acompanhar o ritmo dos outros".
-"[...] na primeira semana tive dificuldade, mas agora faço direitinho. tô fazendo todo dia. Fiz amizade, e a Renata está indo também".

O mesmo ocorreu em relação aos hábitos alimentares:
-"[...] depois da palestra mudei o meu jantar"
-"[...] deixei o salgado e o refrigerante.
-"[...] eu diminuí o salgado, mas o Eder parou".
-"[...] eu não me sinto bem mais bebendo".

Essa preocupação é confirmada a partir da análise de evocação em que "alimentação-saudável" se constituiu como o elemento constituinte mais forte do núcleo central. Assim, os grupos mostraram grande interesse em buscar maiores informações sobre estes aspectos, diante dos quais havia uma necessidade de entendimento para tomada de posição, a partir da qual foi definida uma nova

realidade, orientando-se através de novas formas de pensamento, de ação e de comunicação com os demais.

-“[...] gostaríamos de uma orientação sobre alimentação”.
-“[...] sei que a empresa não vai fazer o que é saudável”.
-“[...] não é permitido lanchar entre as refeições”.
-“[...] almoço em casa e janto aqui às 18h”.

Isso provocou a organização de uma sessão para discutir esse assunto (2ª sessão), produzindo impactos que direcionaram novos hábitos, compartilhados com o grupo. Depois da discussão sobre alimentação com o professor convidado, passaram a se preocupar mais com suas refeições, procurando comer de 3 em 3 horas, trocando massa por frutas e alimentos mais saudáveis.

-“[...] como resolveram o lanche de 3 em 3 horas? ”
-“[...] **resolvemos.** Estamos comendo frutas no lanche”.
-“[...] estou comendo mais salada, lancho fruta ou cereal”.

Analisando os dados apresentados, podemos verificar que o grupo apresentou certa relação de convivência, considerando que nos encontros anteriores foi mencionado que não tinham contato entre eles durante o expediente. Mesmo sendo do mesmo setor, e trabalhando há tempo na empresa, não conversavam entre si. Podemos perceber que há um interesse em aderir a um estilo de vida mais ativo e a hábitos alimentares saudáveis como também há uma preocupação em facilitar o comportamento dos demais do grupo.

Segundo Abric (1998), uma realidade é constituída de constantes transformações que procuram integrar novos objetos em seus sistemas de valores relacionados ao contexto individual, social e ideológico.

Esse processo se explica a partir da compreensão de geração de influência das interações do grupo, fazendo com que uns possam atuar sobre os outros (MOSCOVICI, 2012). O conteúdo das representações depende das relações, na medida em que serve para justificar certo modo de encadeamento, mantendo, ao mesmo tempo, a especificidade e a identidade do grupo. O espaço das Instituições criou condições ambientais que favoreceram a atualização e a contextualização das

representações, agindo em seu sistema periférico, a partir do qual foram gerados novos scripts de ação para uma modelização individual. A relação com o grupo foi o responsável pela efetivação de novas práticas.

O modelo permitiu estabelecer relações e interações entre as pessoas sobre prática de atividade física. Aí, então, emergiram valores e ideias compartilhadas que passaram a conduzir seus comportamentos.

-“[...] a atividade dada aqui tira o estresse”.
-“[...] me deixa menos cansado para aguentar o dia de trabalho”.
-“[...] o fato de ter várias atividades diferentes me deixa mais empolgado e a atividade não fica monótona”.
-“[...] tenho mais incentivo para vir ao trabalho”.
-“[...] mudei alguns comportamentos a partir de algumas coisas aprendidas com as atividades no grupo e tenho levado para todos na minha casa. estamos praticando”.
-“[...] o resultado das avaliações físicas aumentou minha motivação para me dedicar e alcançar o peso ideal e melhorar a saúde”.

A dinâmica do modelo de intervenção proporcionou uma interação entre os sujeitos dos grupos, deixando transparecer uma hierarquia de valores que adquiriram materialidade. É importante destacar o papel da lógica formal e da conversação no processo de produção, onde percebemos apropriação das formas de pensamento e dos modelos de conduta do grupo. Essa dinâmica não foi percebida igualmente nos dois grupos, em que o grupo 2 mostrou uma relação de menor complementaridade, demonstrando que essa realidade afetou suas representações de forma diferenciada. Na quinta sessão, percebemos os problemas de interação e a adesão às atividades pela dificuldade imposta pelos chefes na liberação dos sujeitos para as atividades, causando interferência na dinâmica grupal de troca e reciprocidade. Isso confirma que o processo de engajamento dos sujeitos nas práticas relativas a um determinado objeto social é claramente marcado por processos de interação.

4.4 Transformação da representação da atividade física e adesão às novas práticas

As análises apresentadas até aqui sugerem a presença de um processo de mudança que levou os indivíduos à adoção de novas práticas.

O primeiro aspecto a ser analisado são os elementos que conformam a representação social de *atividade física* no grupo deste estudo, a partir das técnicas de evocação livre de palavras e na verificação, na prova de triagens hierárquicas sucessivas, da suposta estabilidade dos elementos constitutivos do núcleo central da representação proveniente da técnica de evocação livre de palavras. Encontramos os elementos normatizados como saúde, bem-estar, exercício/atividade física, estética.

Em relação aos elementos constituintes de *saúde* verificamos que a identificação do núcleo central possibilita a indicação de uma representação cujo núcleo central também está organizado em torno de elementos comparativos entre as duas representações, apresentando grande estabilidade quando analisamos as respostas mais importantes sobre saúde identificadas no Quadro 1.

Ao justificar as palavras evocadas, ordenadas conforme sua importância e justificando de forma descritiva sua escolha, podemos compreender de forma mais detalhada como os funcionários concebem e organizam os elementos que eles consideram importantes para a realização de sua prática.

As justificativas que associam “alimentação-saudável” à saúde podem relacionar-se com o significado de obtenção de energia para o enfrentamento dos problemas do processo saúde-cuidado, associando a melhor capacidade de realizar tarefas do dia-a-dia. A segunda justificativa envolve os aspectos mais relacionados ao processo saúde-doença.

Considerando a palavra “bem-estar”, foram apresentadas justificativas associando-a a aspectos físicos (“*tando bem com o corpo e ficar bem com a saúde”*) e psicológicos (“*porque quando você está, bem tudo se encaixa*”).

O “exercício”, assim como o “esporte” são relatados como um meio fundamental para obtenção da saúde, e se relacionam com aspectos de bem-estar, à condição física e estética, como mostram os argumentos abaixo:

-“[...] disposição para fazer atividades no dia-a-dia”.

-“[...] porque o exercício físico faz você se sentir bem”.

-“[...] melhora do condicionamento físico é bom para a saúde”.

-“[...] meu corpo sente a necessidade de fazer exercícios”.

Verificamos que as justificativas das palavras centrais evocadas sobre *saúde* estabelecem uma relação entre si que direcionam para a definição de saúde proposta pela OMS como “...*o completo bem-estar e pleno desenvolvimento das potencialidades físicas, psicoemocionais e sociais e não a mera ausência de doenças ou enfermidade”.* Sendo saúde como um valor desejável, as condições de alcançá-la percorrem aspectos físicos, emocionais ou sociais, como valores positivos, produtores da sensação e do sentimento de bem-estar, sendo o contrário visto como um desvalor.

Apesar de autores apresentarem críticas sobre esta visão idealizadora, uma ficção, uma ilusão ou uma utopia, que temos esperanças de atingir, como um objetivo ou uma meta a seralcançada, um estado desejável do qual procuramos nos aproximar (DEJOUS, 1986), percebemos que esta conceituação de saúde pode estar sendo politicamente utilizada pelos sujeitos para legitimar estratégias de controle e de exclusão, o que consideramos como indesejável e perigoso.

Esses elementos normatizados de saúde e atividade física remetem os sujeitos a uma atitude positiva, isto é, posições favoráveis das representações apresentadas, as quais expressam uma resposta organizada (complexa) e latente (encoberta). As atitudes aparecem intimamente vinculadas à prática apresentada pelos sujeitos, sendo um meio interessante que permitiu compreender como os sujeitos se comportam e como justificam ou se posicionam em relação às suas ações.

A identificação dos elementos do núcleo central das palavras evocadas a*tividade física* e *saúde* possibilitou a definição da representação e a organização dos seus elementos contrastantes, ou seja, periférico, organizados em torno destes núcleos atribuindo a essas representações características de flexibilidade, mutabilidade, ancorados em experiências particulares dos sujeitos. São elementos condicionais que auxiliam na elaboração de scripts comportamentais que, no caso deste estudo, remetem os sujeitos a valorizar aspectos como o corpo, a estética, a disposição, o lazer e algumas modalidades de atividade, porém sem estruturação de

um esquema de ação, apenas como forma prescritiva, a qual não apresenta força suficiente para definir a adesão a práticas de atividades físicas.

As necessidades práticas apresentadas como trabalho, tempo, local e família são aspectos que os sujeitos vão ajustar em suas representações, tornando-as razões válidas para que não haja sofrimentos cognitivos.

O elemento estruturante *tempo* aparece também nos estudos de Santos e Knijnik (2006). Uma das maiores dificuldades expressa pelas pessoas para a prática de atividade (30%) em seu estudo, foi a falta de tempo, que normalmente é ligada à jornada excessiva de trabalho, tempo para obrigações familiares e dificuldade na administração do tempo. Já Weinberg e Gould (2001) descreveram o elemento tempo como aquilo que as pessoas apresentaram como desculpas para não se exercitarem, defendendo que, exames minuciosos revelam que isso seria uma questão de prioridades. Programas de atividade física atraentes podem derrubar este fator.

Na mesma linha de interpretação anterior, as palavras “dinheiro” e “local” aparecem como forte barreira para a adesão à atividade física, também relatada nos estudos de Cousins (1997), para quem não ter equipamentos e acessórios necessários aparece como aspectos de influência.

O segundo aspecto a ser analisado é a influência e a interferência do grupo na efetivação de novas práticas em que, a partir da interação social, vão construir novas explicações sobre seus objetos sociais

As estruturas de conhecimento do grupo recriam o objeto com base em representações já existentes, segundo uma grade de interpretação grupal, servindo de guia para ações e relações sociais (ABRIC, 1998), permitindo ações relativas a esses acontecimentos, substituindo-o (MOSCOVICI, 1961).

Os grupos focais organizados para este estudo foram fundamentais na promoção de debates sobre os scripts das prescrições comportamentais dos sujeitos, uma vez que, a princípio, não mantinham nenhum tipo de relação entre eles e, mesmo sendo do mesmo setor, e trabalhando há tempo na empresa, não conversavam entre si.

Nas discussões aparecem aspectos que vão estabelecendo identificação dos sujeitos nos grupos. São formulados scripts de atitudes positivas e negativas.

Analisando os dados apresentados, verificou-se que os grupos valorizam um estilo de vida ativo, em que a maioria acumulou experiências de prática de algum tipo de exercício.

A princípio, relacionam a importância da prática a resultados ligados à saúde, porém demonstram que fazem pela estética e têm como modelo de exercício ideal a musculação. Porém, ao experimentar um novo repertório de atividades desenvolvido no projeto, passam a construir a ideia de que a variação das atividades ofertadas aparentou promover maiores benefícios e evitou a rotina. As atividades físicas praticadas na empresa colaboraram para desenvolver uma maior interação entre os funcionários e uma maior motivação para frequentarem as atividades fora da empresa, regularmente, criando um sentimento de responsabilidade um com o outro:

-"[...] a gente que sai agora, às 4h20min vamos direto pra academia e depois vamos pra casa. É ótimo. Não dá preguiça. Se fosse *pra* voltar, acho que não faria".

Verificou-se, através das falas, que estão sempre se preocupando em estimular o outro a adotar novos comportamentos. Criou-se um sentimento de acolhimento nas atividades desenvolvidas na empresa e fora da empresa. A demonstração de confiança no grupo aparece quando percebemos que as discussões geram posições conflitantes, porém não demonstram receio de se colocarem contrários às práticas e às ideias dos demais. Verificamos (4ª sessão) satisfação e alegria das pessoas por participarem do projeto, por valorizarem aspectos que relacionam a novas aprendizagens, gerando uma relação de responsabilidade com o outro:

-"[...] posso ser a luz de um colega, a luz que abre caminho para novas oportunidades".

Na colocação de fatores impeditivos da prática como tempo, dinheiro e obrigações domésticas, as discussões demonstram que esses aspectos não são mais razões válidas, uma vez que o projeto deste estudo oferece atividades gratuitas

e no ambiente do trabalho. Foi verificado que o fácil acesso ao local de prática de atividade é um agente facilitador.

Podemos identificar a influência do grupo quando algumas pessoas se propõem mudar os hábitos (andar do trabalho para casa, comer de 3 em 3 horas), ou quando aceitam modificar seus horários de refeição para a participação no grupo, sendo contrários à orientação dos seus supervisores em reduzir seu tempo de participação. Estes, por sua vez, promoviam dificuldades de autorização e incentivo para participação em todas as sessões. Essa posição provocou influência na relação de um dos grupos. Vimos que o grupo 2 não apresentou a mesma identificação do grupo 1, o que impactou no resultado de adesão às novas práticas. Apesar de o moderador procurar novos recursos para aprimorar a sua metodologia de trabalho, os sujeitos mostraram, através de suas atitudes, interlocuções e posturas, pouca dinâmica grupal de troca e reciprocidade. Nas últimas sessões ainda é percebida uma falta de liberdade, de entrosamento e de confiança entre os sujeitos do grupo 2.

Assim, analisando as sessões de grupos focais realizadas pudemos verificar que a interação grupal foi fundamental na produção de dados que seriam dificilmente conseguidos fora do grupo. Os dados obtidos levaram em conta o processo do grupo, tomados como maior do que a soma das opiniões, sentimentos e pontos de vista individuais.

A possibilidade de ouvir os sujeitos ao mesmo tempo, além de observar as interações características do processo grupal, trouxe uma variedade de informações, de sentimentos, de experiências, e de representações sobre o tema deste estudo, havendo uma clara relação entre o objetivo de criar um modelo de intervenção, com a adesão dos participantes às novas práticas de atividade física no ambiente laboral, e no grupo focal

Os temas abordados foram flexíveis, suficientes, guiando questões importantes que foram tratadas de forma espontânea e ainda assegurando que novas questões pudessem ser introduzidas, mostrando a importância do apoio grupo para que fossem desenvolvidas.

Questões mais concretas sobre aspectos da prática de atividade física, como fatores favoráveis e desfavoráveis, foram debatidas. A partir das discussões, estes foram levados, progressivamente, para aspectos mais abstratos como crenças, sentimentos e percepções, o que permitiu explorar a natureza dinâmica das atitudes associadas aos comportamentos dos sujeitos em relação à temática deste

estudo. Assim, foram criados novos scripts de ação, os quais provocando uma modelização individual a partir de crenças normativas e de crenças funcionais.

A intenção de efetivação de novas práticas já existia entre os sujeitos, porém eram criados aspectos de condicionalidade reais que impediam a adoção da prática de atividade física. A partir dos debates e das experiências gerados nos grupos, criando identificação entre os sujeitos, pôde-se perceber que outros fatores até então condicionantes passam a ser percebidos como não impeditivos para a efetivação de novas práticas, a partir da relação de apoio encontrada entre eles. Isso proporcionou que a intenção se transformasse em comportamento.

5 CONCLUSÕES DO ESTUDO

A pesquisa objetivou entender a representação social da atividade física e dos mecanismos de adesão, através da proposta de um programa de promoção de atividades físicas em empresas. Também propôs gerar acesso a novas práticas, de modo refletido, voluntário e sustentado pela identificação grupal, transformando o modo individual de lidar com a Representação Social (condicionalidade).

Pode-se afirmar que o cotidiano organizacional é um ambiente que está atento às demandas de natureza ambiental, estrutural, de recursos humanos ou tecnológicos. Produzir uma mudança neste ambiente, impacta em aspectos do desempenho organizacional ao desempenho individual. As empresas possuem uma variedade de responsabilidades com a sociedade, além da econômica cujo objetivo é gerar lucro. Encontramos, neste ambiente, um contexto oportuno para democratizar conhecimentos a respeito da atividade física e promover a adesão a novas práticas.

Neste estudo, a empresa criou condições ambientais favoráveis para investigar as representações dos sujeitos sobre atividade física. Houve a facilitação na organização de grupos que desenvolveram ações de apoio, passando a compartilhar objetivos comuns e gerando modelos de interação além de resultados úteis para a efetivação de novas práticas. Assim, o espaço laboral foi favorável para a mobilização dos sujeitos, produzindo relações de sentido em um processo de colaboração e de envolvimento, no qual as crenças positivas ou as negativas se traduziram em intenção de comportamento e de ação.

Considerando que 14% da população adulta brasileira (quase 18 milhões de pessoas) não praticam nenhum tipo de atividade física, seja no trabalho seja no deslocamento em trabalho doméstico ou em seu tempo livre (VIGITEL, 2011), mudanças produzidas nos processos de organização social dos ambientes de trabalho poderão produzir grande impacto no comportamento, nas crenças e nas opiniões de outras organizações sociais.

Sniehotta et al. (2006) já destacavam a necessidade de entender as contingências entre uma ação e os subsequentes resultados, em que as expectativas se tornam crenças positivas ou negativas dos comportamentos.

Podemos perceber, neste estudo, que as positivas (pros) superaram as negativas (contra), gerando uma intenção de mudança de comportamento aumentada. Estes resultados são importantes uma vez que, se a intenção de comportamento se transforma em comportamento de exercício regular, podemos considerar que a fase motivacional está concluída e que o indivíduo entra na fase de formação. A chance de abandono diminui quando este comportamento passa ser planejado, iniciado, mantido e reiniciado quando ocorrer contratempos e devem ser controlados até que o novo comportamento se torne habitual.

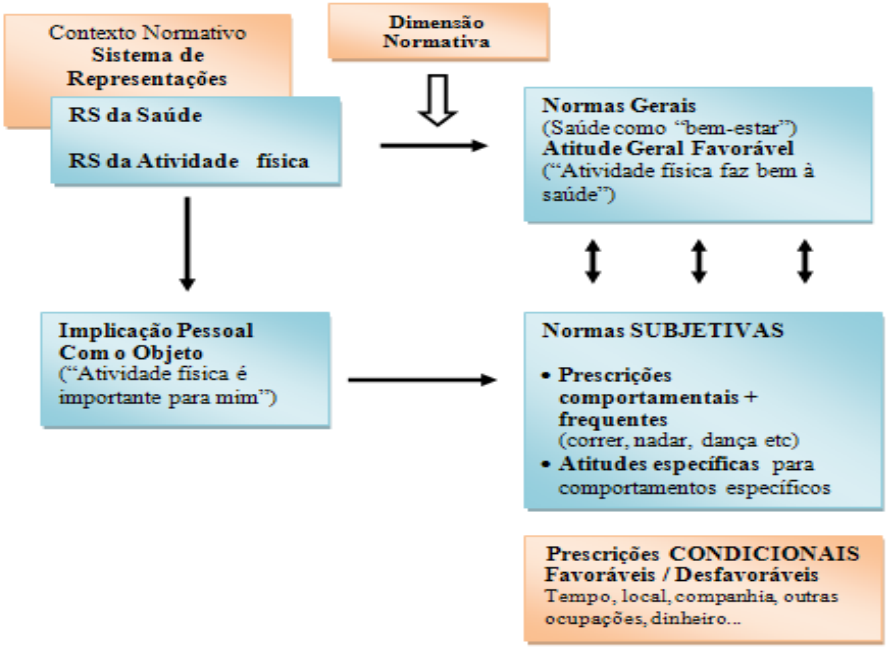
Nesse processo, a constituição de grupos focais foi fundamental na formação de uma opção estratégica que permitiu entender o comportamento dos sujeitos nas múltiplas interações produzidas. Através do grau de coesão produzido verificamos as reflexões e a influência do grupo na adoção de novos comportamentos. A abordagem estrutural permitiu a identificação e o estudo de um sistema estruturado de opiniões, informações, atitudes e crenças organizadas em torno de uma significação central da prática de atividade física, possibilitando compreender a natureza das relações possíveis e as representações dos sujeitos.

Assim, a experimentação de novas práticas foi importante na formação de novos scripts e na modificação das circunstâncias externas, causando modificações graduais, sem rupturas com os elementos centrais das representações da prática de atividade física. Foi produzida uma nova modelização individual, gerando adesão a novos comportamentos. Segundo Campos e Loureiro (2003, p.27*), "toda contradição entre representações e práticas exige uma transformação, de um lado ou de outro".* As práticas tornam-se *"objeto representado"* de um processo de construção e de reapropriação da realidade.

O modelo proposto sugere que, para produzir mudança e adesão a novas práticas, é necessário partir do conhecimento da representação social do objeto, a fim de conhecer os elementos estruturantes e normatizados que podem gerar uma atitude positiva ou negativa, assim como os elementos condicionais, localizados no sistema periférico da representação que produzem scripts e prescrições comportamentais. Um primeiro conjunto deste modelo está formado pela elaboração de um sistema cognitivo a partir da consciência individual e da estrutura social em que o sujeito está inserido. O segundo conjunto é composto por condições reais que facilitarão ou dificultarão a prática.

.

Figura 11– Sistema de Representação, Práticas Comunicativas e Condicionalidade

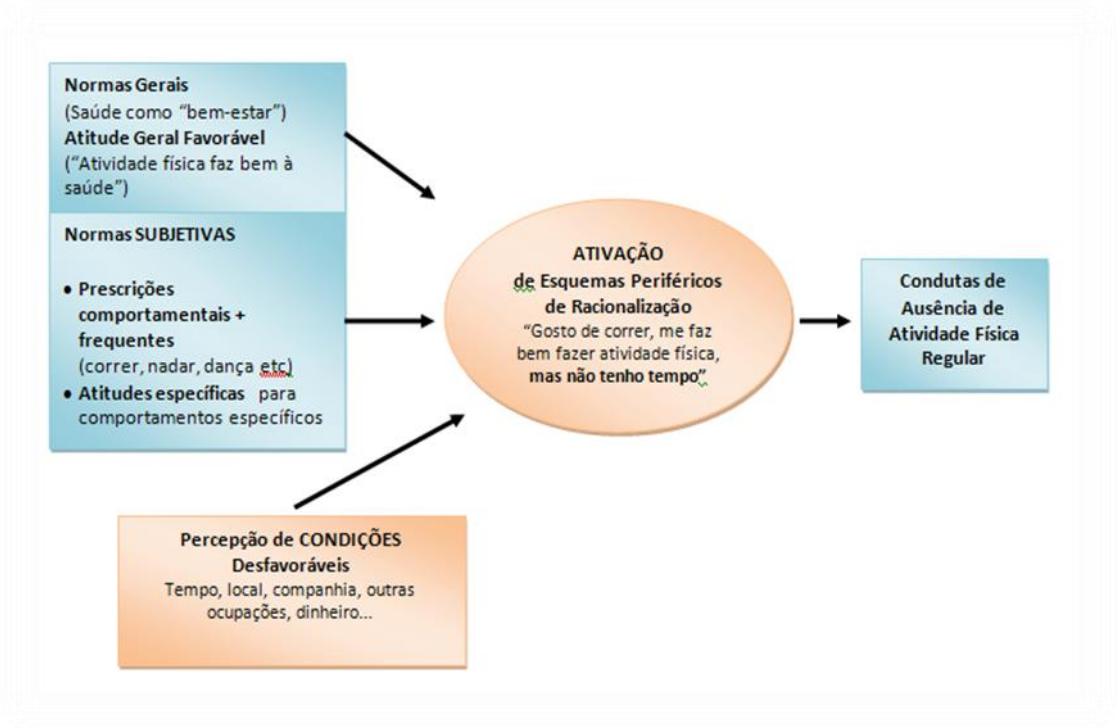


Fonte: Elaborado pelo autor

O terceiro conjunto é formado por elementos importantes, isto é, prioridades eleitas pelos sujeitos. Os três conjuntos irão constituir os elementos normatizados e condicionais da representação, gerando crenças normativas e crenças funcionais, no caso deste estudo, da prática de atividade física, gerando justificativas de comportamento

Em condições de normalidade, vimos que os sujeitos fundam seu discurso em normas gerais "absolutas", favoráveis à atividade física, mas ficam "escondidas" as normas subjetivas relativas ao eu e um conjunto de scripts desfavoráveis dos quais ele já tinha conhecimento, mas não se aplicavam ao eu: "as pessoas (outras) não fazem exercício por falta de tempo, pelo trabalho que exige muito e desgasta, por falta de local etc." Ao depararem com estas mesmas condições desfavoráveis, agora aplicadas ao eu, geram condutas *aparentemente* em oposição às suas crenças gerais. Esse sistema de crenças (normas gerais e subjetivas e implicação do eu) sustenta os hábitos de não realizar atividade física regular.

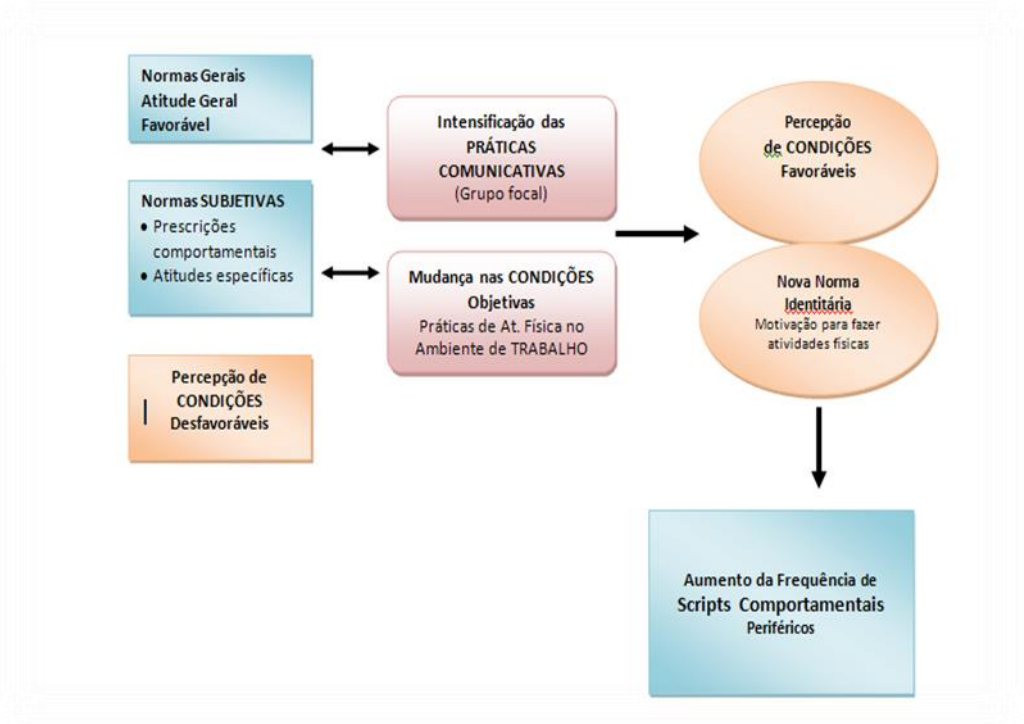
Figura 12– Comportamento em condições de normalidade



Fonte: Elaborado pelo autor

A intervenção, caracterizada por dois "fatores", a atividade de grupo (intensificação das trocas comunicativas, emergência das avaliações e percepções de cada sujeito, a comparação da avaliação do eu com as avaliações dos colegas) e a oferta de condições objetivas novas, produz a identificação entre os sujeitos, promovendo ações de debate e apoio aos scripts não ativados, de avaliação positiva do eu e favoráveis à realização de atividades físicas.. A interferência e as relações estabelecidas entre os sujeitos foi uma alternativa de provável superação do controle percebido, fazendo com que a intenção produzida através das normas subjetivas e da atitude se transformasse em nova norma identitária, gerando, assim, modelizações individuais no sistema periférico de suas representações, ou seja, há uma mudança no sentido (de uma valência negativa para outra, agora positiva) da condicionalidade, possibilitando novos comportamentos.

Figura 13– Comportamento em condições de intervenção



Fonte: Elaborado pelo autor

Neste estudo, foi importante considerar que os sujeitos apresentavam uma atitude positiva sobre o objeto. Porém, é necessário que outros estudos investiguem mais detalhadamente a adesão à pratica de atividade física a partir de grupos com atitudes negativas.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. A abordagem estrutural das representações sociais. Tradução Pedro Humberto Campos. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Org.). *Estudos interdisciplinares de representações sociais.* 2. ed. Goiânia: AB, 2000.

_____. La recherche du noyau central et la zone muette des représentations sociales. In: Méthodes d'études des représentations sociales**.** Ramonville Saint-Agne, 2003b. p. 60-80.

ABRIC, J. C. A zona muda das representações sociais. In: OLIVEIRA, D. C.; CAMPOS, P. H. F. Representações sociais: uma teoria sem fronteiras. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005. p. 23-34. (Coleção Memória Social).

_____*.* Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: CAMPOS, P. H. F.; LOUREIRO, M. C. da S. (Org.). *Representações sociais e práticas educativas.* Goiânia: UCG, 2003.

Abric, J.C. (1976). Jeux, conflits et représentations sociales. Aix en Provence : Thèse de Doctorat d'Etat, Université de Provence, Aix-Marseille I.

_____. *Jeux, conflits et représentationssociales.*thèsedoctorat d'état. Université de Provence, Aix-en-Provence Coopération, compétition et représentationssociales. Fribourg: DelVal, 1976.

_____. L'artisan et l'artisanat: analyse du contenu et de la structure d'unereprésentationsociale. *Bulletin de Psychologie,* Paris, t.37, n. 366, p.861-875, 1984.

_____. L'étudeexpérimentaledesreprésentationssociale*s*. In: JODELET, D. (Ed.) *Les représentationssociales*. Paris: PUF, 1989. p.187-203.

_____. L'organisation interne des représentationssociales : système central et systèmepériphérique. In: GUIMELLI, C. (Ed.). *Structures et transformations des représentationssociales,* Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.1994a. p.73-84.

_____. *Pratiques sociales et représentations*. Paris: Presses Universitaires de France, 1994b.

_____. A Abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Org.). *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB, 1998. p.27-46.

ABRIC, J. C.; CAMPOS, P. H. F. Les éducateurs et leur représentationsociale de l'enfant de rueauBrésil. In: ABRIC, J. C. (Org.) *Exclusion sociale, insértion et prévention*. Saint-Agne: Erès, 1996. p.137-149.

ACCIOLY JÚNIOR, H. Representações sociais de atividades físicas. *Revista de Ciências Humanas,* Florianópolis: EDUFSC, Especial Temática v.6, p. 195-204, 2002

AIUB, M.; NEVES, L. P. Saúde: uma abordagem filosófica. *Cadernos do Centro Universitário São Camilo*. São Paulo, v. 11, n. 1, p. 94-102. jan. /mar. 2005.

AINSWORTH et al. Compendium of Physical Activities: a second update of codes and MET values. *Med Sci Sports Exerc*. Indianapolis, v.43, n.8, p.:1575-81. Aug.2011.

AJZEN, I. From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds*.), Action control: From cognition to behavior*. Berlin, Heidelber, New York: Springer-Verlag. p. 11-39, dez 1985.

ANDRADE, L. O. M. de; PONTES, R. J. S.; MARTINS JUNIOR, T.A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. *Rev Panam Salud Publica,* Washington, v. 8, n. 1-2, Aug. 2000 .

ALVES-MAZZOTTI, A. J. Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações à Educação. *Em Aberto,* Brasília, ano 14, n.61, p.30-78, jan./mar. 1994.

ARCHANJO, D. R.; ARCHANJO, L. R.; SILVA, L. L *Saúde da família na atenção primária*. Curitiba: Ibipex, 2008.

ARRUDA, A. Mudança e representação social. *Temas em psicologia da SBP*, Ribeirão Preto, v.8, n. 3, p,241·241, dez. 2000.

BACKER, P. de. *Gestão ambiental: a administração verde.* Rio de Janeiro: Qualitymark, 1995.

BATISTELLA, C*.* Abordagens contemporâneas do conceito de Saúde, In: FONSECA, A. F. (Org.) *O território e o processo saúde-doença.* Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 51-86.

BEAUVOIS, J.-L. L´interactionnisme et le concept d´ attitude. In: DESCHAMPS, J. C.; BEAUVOIS, J-L (Ed.) *Des attitudes aux attributions. Sur la construction de la réalitésociale*. Grenoble : PUG, 1996. p.9-19.

BLACKLOCK, R. E.; RHODES, R. E.; BROWN, S. G. Relationship between regular walking, physical activity, and health-related quality of life*. Journal of Physical Activity and Health*, Champaign, Illinois, v. 4, n. 2, p. 138-152, june 2007.

BODSTEIN, R. C. A. The complexity of the discussion on effectiveness and evidence in health promotion. Promotion & Education,London, Supplement 1, p.16-1, January 2007.

BOOTH, F.W.; CHAKRAVARTHY, M.V.; SPANGENBURG, E.E. Exercise and gene expression: physiological regulation of the human genome through physical activity. *Journal of Physiology,* London, v.543, pt.2, p.399-411, sep. 2002.

BOOTH, F.W. et al. Waging war on modern chronic diseases: primary prevention through exercise biology. *Journal of Applied Physiology*, Bethesda, v.88, n.2, p.774-87, February, 2000.

BOOTH, F.W.; LAYE, M.J. Lack of adequate appreciation of physical exercise's complexities can pre-empt appropriate design and interpretation in scientific discovery. *Journal of Physiology,* London, v.587, pt.23, p.5527-39, Sep. 2009.

BOOTH, F. W.; LEES, S.J. Fundamental questions about genes, inactivity, and chronic diseases. *Physiological Genomics,* Bethesda, v.28, n.2, p.146-57, Oct 2007.

BOOTH, F. W.; VYAS, D.R. *Genes, environment, and exercise.* Advances. *Experimental Medicine and Biology*, New York, v.502, p.13-20, March, 2001.

BOOTH, F.W.; ZWETSLOOT, K.A. *Basic concepts about genes, inactivity and aging*. *Scandinavian Journal of Medicine and Sciences in Sports*, Copenhagen, v.20, n.1, p.1-4, Jul 2011.

BORGES, T. *et al*. Conhecimento sobre fatores de risco para doenças crônicas: estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1511-20, jul. 2009.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p

BRASIL, Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2012:* vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF, 2013

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde:* Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília, 2011.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar*. 4. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2011.

_____. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2011:* vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. *As cartas de promoção à saúde.* Brasília, 2002.

BRITO, A. M. M.; CAMARGO, B. V. Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. *Temas psicol.,* Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, jun. 2011 .

BRITO, M. R. F.; GONÇALEZ, M. H. C. C. Atitudes (des) favoráveis em relação à Matemática. *Zetetiké,* Local, v. 4, n. 6, p. 45-63, jul/dez 1996.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.163-77, jan 2000.

CALDER, R. *O Homem e a medicina*: mil anos de trevas. São Paulo: Hemus, 1976.

CAMARGO, B. V.; BOUSFIELD, A. B. S. Em direção a um modelo explicativo da relação entre representações sociais e práticas relativas à saúde: a ideia de adesão representacional. In: CHAMON, E.M.Q.O.; GUARESH, P. A.; CAMPOS, P. H. (Org.). *Textos de debates em representação social.* Porto Alegre: ABRAPSO, 2014.

CAMARGO, B. V. et al. Representações sociais de saúde e cuidado: um estudo multicêntrico sobre vulnerabilidade masculina. *Temas psicol.,* v.19, n.1,p. 179-192, 2011.

CAMPOS, P.H.F. Representações sociais, risco e vulnerabilidade. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, v. 6, n. 3, 2012.

_____. O estudo do trabalho docente: sistemas de representações sociais, papel profissional e práticas. In: MAIA, H; FUMES, N.L.F., AGUIAR, W.M.J. *Formação, atividade e subjetividade:* aspectos indissociáveis da docência. Nova Iguaçu, RJ: Marsupial, 2013.

Campos, P. H. F. As representações sociais de "meninos de rua": Proximidade do objeto e diferenças estruturais. Em Moreira, A. S. P.; Oliveira, D. C. (Orgs.), *Estudos interdisciplinares de representação social* (pp.). Goiânia: AB, p. 271-283, 1998

CAMPOS, P.H.F.; LOUREIRO, M.C.S. (Org.) *Representações sociais e práticas educativas*. Goiânia: UCG, 2003.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigação sobre o abuso de substâncias. *Rev Saúde Pública,* São Paulo, v.30, n.3, p.285-93, June 1996.

CARO, A. et al. Inovatividade, envolvimento, atitude e experiência na adoção da compra on-line. *Rev. adm. Empres*, São Paulo, v. 51, n. 6, 568-584, Dec. 2011.

CARVALHO, A. I. Princípios e prática da promoção da saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v.24, n.1, p, 4-5, jan. 2008a.

CARVALHO, F.F.B. *Atividade Física na perspectiva crítica de promoção da saúde: por* outra compreensão da educação física. 2008. 57f. Monografia (curso de Especialização em Saúde Pública), - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2008b.

_____. Análise crítica da Carta Brasileira de Prevenção Integrada na Área da Saúde na Perspectiva da Educação Física através do enfoque radical de promoção da saúde. *Saude Soc.,* São Paulo, v. 18, n. 2, p 227-236, jun. 2009.

CARVALHO, S. R. *As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social*. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 668-678, set. 2004.

CZERSNIA D. O Conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v.15, n.4, p.701-710, Out 1999.

CZERESNIA D, Freitas CM (org.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz,. p.39-53, 2003.

CASTRO, M. S. *Motivos que influenciam a adesão à prática de exercícios físicos nos programas oferecidos pelo Serviço Social do Comércio (SESC), no Distrito Federal.* 2006. 127f. Dissertação (Mestrado em Educação Física). Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, 2006.

CESSE, E. Â. P. *Epidemiologia e determinantes sociais das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil*. 2007. 295f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Osvaldo Cruz. Recife, 2007.

CHANNOUF, A.; PY, J.; SOMMAT, A. Prédiredescomportements à partir desattitudes : nouvelles perspectives. In: DESCHAMPS, J. C.; BEAUVOIS, J-L (Ed.) *Des attitudes aux attributions. Sur la construction de la réalitésociale*. Grenoble : PUG, p.9-19, 1996. .

CODOL, J.-P. *Représentations et comportementsdans les groupesresteints,* thèse de doctor aten psychologie sociale. Provencel: Université de Provence, Aix-en-Provence, 1972.

_____, J. P. On the system of representations in a group situation. *European Journal of Social psychology,* Weinheim, Germany, v.4,p. 343-365, July/September 1974.

COMITÊ DA OMS/FIMS EM ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE. Posicionamento Oficial da OMS/FIMS. Exercício para a saúde. *Ver Bras Med Esporte,* Niterói, v.4, n.4, p120-121, jul. /ago. 1998.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA – CONFEF. *Carta Brasileira de prevenção integrada na área da saúde na perspectiva da educação física*. Rio de Janeiro: Brasiliense, 2006.

COSTA, F.G. *A tomada de consciência e o grupo focal na transformação das representações sociais do envelhecimento: uma pesquisa de intervenção*. 2006. 516f. Tese (Psicologia).- Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

COSTA, R., RODRIGUES, C. Percepção dos usuários acerca das práticas de promoção da saúde, vivenciadas em grupos, em uma unidade básica de Saúde da Família. *Revista de APS,* América do Norte, 13, out. 2010. Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/836/392>. Acesso em: 9 Out. 2012.

COUSINS, Sandra O'brien. Exercise, aging, & health: Overcoming barriers to an active old age. Philadelphia: Brunner, 1997.

COX, B.D. et al. Association of anthropometric indices with elevated blood pressure in British adults. *Int J Obes*, London, v.21, p.674-80, August 1997.

CZERESNIA, D. The concept of health and the diference between promotion and prevention. *Cadernos de Saúde Pública*. Fiocruz: Rio de Janeiro. 15(4): 701-710, Apr./June 1999.

_____. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da saúde:* conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2003a.

_____. *Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças:* o papel da ANS. Rio de Janeiro: ANS, 35p, Jul. 2003b.

DANY, L.; ABRIC, J.C. Distance à l'objet et représentations du cannabis, *Revue Internationale de Psychologie Sociale,* Grenoble: Univ. de Grenoble, v. 20, p. 77-104, March, 2007.

DOISE, W.; CLEMENCE, A.; LORENZI-CIOLDI, F.. *Représentations sociales et analyses des données,*Grenoble: PUG, 1992

DEBUS, M. Manual de excelência em lainvestigación mediante grupos focales. In: ESPERIDIÃO, E. *Reflexões sobre a utilização do grupo focal como técnica de pesquisa*. São Paulo: UNESP, 2004.

DECHAMPS, J.; MOLINER, P. *A identidade em psicologia social dos processos identitários às representações sociais.* Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

DESCHAMPS J.C., BEAUVOIS J.L., Des attitudes aux attributions. Sur la onstruction de la réalité sociale. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble, 400 p., 1996.

DESCARTES, R. *Discurso sobre o método:* para bem dirigir a própria razão e procurar a verdade nas ciências. 9.ed. Curitiba: Hemus, 2000.

DEVIDE, F.P. Atividade física na empresa: para onde vamos e o que queremos?. *Motriz* , São Paulo, v.4, n.2, p.109 – 115, dez.1998.

DOURADO, D.C.P.; CARVALHO, C. A. Controle do homem no trabalho ou qualidade de vida no trabalho?. *Cad. EBAPE.BR*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p.1-15, dez. 2006 .

ECO, U. *Idade média:* Bárbaros, cristãos e muçulmanos. Dom Quixote: Lisboa, 2011. v.1.

FERNANDES FILHO, J. *A prática da avaliação física*. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Shape, 2003.

FERREIRA, M.S.; CASTIEL, L.D.; CARDOSO, M. H. C. A. Atividade física na perspectiva da Nova Promoção da Saúde: contradições de um programa

institucional. *Ciênc. saúde coletiva,* Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 865-872, Jan 2011.

FERREIRA, L.O. Das doutrinas à experimentação: Rumos e metamorfoses da medicina no século XIX. *Revista da SBHC,* Rio de Janeiro, n. 10, p. 43-52, julho-dezembro 1993.

FERREIRA, M.S.; NAJAR, A. L. Programas e campanhas de promoção da atividade física. *Ciênc. saúde coletiva,* Rio de Janeiro, v.10 (sup), p. 107-219, Dec 2005.

FIGUEIRA JÚNIOR, A J. Atividade física na empresa: perspectivas na implantação de programas de atividade física e qualidade de vida. *Rev. bras. ciênc. saúde,* São Caetano do Sul, ano 2, n.4, p 55-59, jul. / dez. 2004.

FLAMENT, C. Pratiques et représentationssociales. In: BEAUVOIS, J-L.; JOULE, J.M.M (Éd.) *Perspectives cognitives et conduitessociale.*. Cousset: De Val, 1987. p. 143-150.

_____. Structure et dynamique des représentationssociales. In. JODELET, D. (Ed.) *Les representations sociales.* Paris: PUF, 1989. p. 204-219.

_____. Structure, dynamique et transformation des représentationssociales. In: ABRIC, J-C. (Ed). *Pratiquessociales et représentations*. Paris: PUF, 1994a.

_____. Aspects péripheriques des représentationssociales. In: GUIMELLI, C. (Éd.) *Structures et transformations des representations sociales*. Lausanne: Délachaux et Niestlé, 1994b. p. 85-118.

_____. Approchestructurale et aspects normatifs des representations sociales. *Psychologie et Société,* Liegé, v.4, n.2, p.57-80, octobre 2002.

FLAMENT, C.; ROUQUETTE, M.-L. *Anatomie des idéesordinaires.* Paris: Armand Colin, 2003.

FOUCAULT, M. *A política da saúde no século XVIII*. In: FOUCAULT, M. Microfísica do poder. 23.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979. cap. 13.

_____. *O Nascimento da clínica*. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

FRAGA, A.B.; WACHS, F. (Org.) *Educação física e saúde coletiva:* políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: UFRGS, 2007.

GARROW, J.S.; SUMMERBELL, C. D. *Meta-analysis: effect of* exercise, with or without dieting, on the body composition of overweight subjects. Eur JClin Nutr., Kiel, v.49. n.1, p.1-10, Jan 1995.

GEISLER, L.; SILVA, N.M.A. *O* corpo e sua engenharia: representações sociais de acadêmicos de educação física. Blumenau, v. 7, n. 2, p. 520-546, maio/ago. 2012.

GRANDE, A.J.; SILVA, V.; PARRA, S.A. Efetividade da ginástica laboral na aptidão física: estudo randomizado não controlado. *Einstein,* São Paulo, v. 12, n. 1, p.55-66, mar. 2014.

GUALANO, B.; TINUCCI, T. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. *Rev. bras. educ. fís*. Esporte, v.25, p. 37-43, 2011.

GUIDELINES for data processing and analysis of the international physical activity questionnaire (IPAQ): *Short and Long Forms.* 2005

HALLAL, P.C; KNUTH, A.G. Epidemiologia da atividade física e a aproximação necessária com as pesquisas qualitativas. *Rev. Bras. Ciênc. Esporte*, Florianópolis, v. 33, n. 1, p. 181-192, jan./mar 2011.

HASKELL, W. et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the american college of sports medicine and the american heart association. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, Filadélfia, v. 39, n. 8, p. 1423-34, ago. 2007.

HSIEH, S.D.; YOSHINAGA, H. Abdominal fat distribution and coronary heart disease risk factors in men—waist/height ratio as a simple and useful predictor. *Int J Obes.,* New York, v.19, p.285-589, august 1995.

ILLICH, I. The medicalization of life. *J Med Ethics,* v. 1, p.73-75, july 1975.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Sinopse do Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro, 2011.

JODELET, D. (Org.). *Representações sociais*. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.

KATHLEENMAHAN, L.; ESCOTT-STUMP, S; S.WEIGHT, S. *Management and eatingdisorders*. In: AUTOR. *Krause's food, nutrition & diet therapy*. 9.ed. Philadelphia: W. B.Saunders Company, 1996. p. 451-88.

LALONDE M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. *Medicina preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

LEITE, R.F.B.; VELOSO, T.M.G. Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais do PSF. *Psicol. cienc. prof.,* Brasília, v. 28, n. 2, p. 374-389, jun. 2008 .

LERVOLINO, A.S.; PELICIONI, M.C.F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP.,* São Paulo, v. 35, n. 2, p. 115-121, jun. 2001.

LEWIN, K. Dinâ*mica de grupo.* São Paulo: Cultrix, 1973.

LIKERT, R. A Technique for the Measurement of Attitudes. *Revista Archives of Psychology*. New York, v. 140, n. 1 p. 5-55, 1932.

LIRA, S.V.G. et al. *Produção científica sobre promoção da saúde nos cursos de pós-graduação brasileiros*. Saúde Soc., São Paulo, v. 18, n. 3, p. 437-445, set. 2009.

LOPES, M. S. V.et al. Análise do conceito de promoção da saúde. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 461-8, set. 2010 .

LOWY, I. Ludwik Fleck e a presente história das ciências. *Hist. cienc. Saúde,* Manguinhos, vol.1, n.1, p. 7-18, 1994.

MACHADO, P. H.; LEANDRO, J. A.; MICHALISZYN, M. S. *Saúde coletiva:* um campo em construção. Curitiba: Ibpex, 2006.

MACHADO, R.F. Humanidade, saúde e crise de corporeidade na pós-modernidade. *Telecomunicação,* Porto Alegre, v. 41, n. 2 p. 315-324, jul./dez. 2011.

MACIEL, R. H. et al. Quem se beneficia dos programas de ginástica laboral? *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, São Paulo, v.8, p.71-79, 2005.

MALTA, D.C. et al. National policy of health promotion and the motor activity agenda in the context of the National Health System in Brazil. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v.18, n.1, p.79-86, mar. 2009.

MARCELLINO, N.C.A. ação profissional no lazer, sua especificidade e seu caráter interdisciplinar. In: MARCELLINO, N. C. (Org.). *Lazer: formação e atuação profissional*. 3. ed. Campinas: Papirus, 1995.

MARKOVÁ, I. *Dialogicality and Social Representations: The Dynamics of Mind.* Cambridge: Cambridge University Press, nov.2003.

MARQUES, R.F.R.; GUTIERREZ, G.L.; ALMEIDA, M.A.B. Esporte na empresa: a complexidade da integração interpessoal*. Rev. bras. Educ. Fís. Esp.,* São Paulo, v. 20, n. 1, p. 27-36, mar. 2006.

MARQUES, J. *Descartes e sua concepção de homem*. São Paulo: Loyola, 1993.

MARX, K. *Karl Marx:* early writings. New York: McGraw-Hill, 1963.

MATÃO, M. E. L. ; Miranda, D.B. de ; CAMPOS, P.H.F. . Atención al accidente cerebro vascular infantil: Perspectiva de la neurología pediátrica. *Enfermería Global,* v. 22, p. 1-14, abril 2011.

MATSUDO, V. K. R. et al. Promovendo atividade física no ambiente do trabalho. *Diagn Tratamento,* São Paulo, v.12, n.2, p.97-102, abr-jun 2007.

MATSUDO, S. M. et al. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível sócioeconômico, distribuição

geográfica e de conhecimento. *Rev. Bras. Ciência e Mov.,* Brasília, v.10, p.41-50, out 2002.

MAZZOTTI, A. J. A. *Representações Sociais: aspectos teóricos e aplicações à Educação*. *Em Aberto*, Brasília, ano 14, n.61, jan./mar. 1994.

MÉDICI, A. C. Saúde e crise da modernidade (caminhos, fronteiras e horizontes). *Saúde soc*., São Paulo, v. 1, n. 2, p.49-78, 1992.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 5.ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS)/ Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Informes Técnicos Institucionais Technical Institucional Reports Programa Nacional de Promoção da Atividade Física "Agita Brasil": Atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. *Rev Saúde Pública,* São Paulo, v.36, n.2, p.254-256, abr 2002.

MS. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Nacional de Promoção da Atividade Física "Agita Brasil": Atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. *Rev. Saúde Pública*. Brasília, vol.36, n.2, p. 254-256, 2002

MONACO, F.F.; GUIMARAES, V. N. Gestão da qualidade total e qualidade de vida no trabalho: o caso da gerência de administração dos correios. *Rev. adm. contemp.,* Curitiba , v. 4, n. 3, p.67-88, dez. 2000.

MONTEIRO, D.G.; FERNANDES FILHO, J. Comparação entre as características somatotípicas e o fracionamento da composição corporal em mulheres praticantes em academia de ginástica. *R. bras. Ci e Mov.,* Brasília, v.15, n.1, p.83-92, 2007.

MOSCOVICI, S. Lo social em tiempos de transición (Entrevista concedida a Mireya Losada). Venezuela: SIC, n. 617, pp. 302-305, ago 1999.

_____. *Representações sociais:* investigações em psicologia social. 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

NAHAS, M. V. *Atividade física, saúde e qualidade de vida:* conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 4. ed. Londrina: Midiograf, 2006.

NEIVA, G.; VASCONCELOS, R. V. Atletas de academia de ginástica: representações sociais de atividade física por mulheres na zona sul do Rio de Janeiro. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, 3., CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, 16., 2009, Salvador.. *Anais*... Salvador, BA: Editor, 2009. p.1-12.

NUNES, J. M. G. *Fundamentos de psicologia linguagem e cognição*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

OLIVEIRA, A.K.P.; BORGES, D. F. Programa de saúde da família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. *Rev. Adm. Pública,* Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p.369-389, abr. 2008.

OLIVEIRA, C. D; MARQUES S. C.; TOSOLI, A. M. Analise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. P. et al.(Org.). *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: UFPB, 2005.

OMS. Organización Mundial de la Salud. *Estrategia mundial de la OMS sobre* régimenalimentario*, actividad física y salud :* marco paraelseguimiento y evaluación de laaplicación, Ginebra, 2009.

_____.*Obesidade:* prevenindo e controlando a epidemia global. Relatório da consultoria da OMS. Tradução Andréa Favano. São Paulo: Roca; 2004.

PAGLIOSAI, F.L.; DA ROS, M.A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev. bras. educ. méd.,* Rio de Janeiro, v.32, n.4, p492-499, mês 2008.

PATE, R.R. et al. Physical Activity and Public Health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA,* Chicago, v.273, n.5, p.402-407, feb 1995.

PIAIA, C.C.; ROCHA, F.Y.; VALE, G. D. *Nutrição no exercício físico e controle de peso corporal. Revista Brasileira de Nutrição Esportiva*, São Paulo v. 1, n. 4, p. 40-48, jul./ ago. 2007.

PINHEIRO-DaCUNHA, R. S. *O estabelecimento de pontos de corte no Índice de Conicidade, como proposta de um indicador antropométrico simples, para avaliação da obesidade e estimativa do risco coronariano elevado no Exército Brasileiro.* 2011. 141f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). – Escola Nacional de Saúde Pública, Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

PITANGA, F.J.G.; LESSA, I. Sensibilidade e especificidade do índice de conicidade como discriminador do risco coronariano de adultos em Salvador, Brasil*. Rev. bras. epidemiol.,* São Paulo , v. 7, n. 3, p.259-269, set. 2004.

_____. Associação entre indicadores antropométricos de obesidade e risco coronariano em adultos na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. Rev. Bras Epidemiol.,São Paulo, v.10, n.2, p.239-48, jun 2007.

POLLOCK, M.L.; WILMORE, J.H. *Exercícios na saúde e na doença:* avaliação e prescrição para a prevenção e reabilitação. 2.ed. Rio de Janeiro: Medsi,1993.

POURTOIS, J.-P.; DESMET, H. *Epistémologie et instrumentation en sciences humaines.* Bruxelas: Pierre Mardaga, 1988.

PROCHASKA, J.O.; NORCROSS, J.C.; DICLEMENTE, C.C. *Changing for good*. New York (US): Copyright, 2002.

RIEMSMA, R. P. et al. Systematic review of the effectiveness of stage based interventions to promote smoking cessation. *BMJ*, London, v. 31, p. 1175-7, maio 2003.

RODRIGUES, S.L.; BALDO, M.P.; MILL, JM. Associação entre a razão cintura-estatura e hipertensão e síndrome metabólica: estudo de base populacional. *Arq. Bras. Cardiol.,* Rio de Janeiro, v.95, p.186-191, aug 2010.

ROGERS, R. W. A meta-analysis of research on protection motivation theory. *Journal of Applied Social Psychology*, Hoboken ,v.30, n. 2, p.407- 429, july 2000

ROMAGNOLI, R. C. Breve estudo institucionalista acerca do programa de saúde da família*. Saúde soc.,* São Paulo, v. 18, n. 3, p.525-536, set. 2009.

ROSENSTOCK, I. M. Historical origins of the health belief model. *Health Education & Behavior*, Thousand Oaks, v. 2, p. 328-335, dec 1974.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde.* 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SANCTIS, F. et al. *Atividade física corporativa: colaborações para a saúde do trabalhador*. *Revista Digital,* Buenos Aires, ano 13, n.125, Oct. 2008.

SANTOS, A.L.P.; SIMOES, A.C.. Educação Física e qualidade de vida: reflexões e perspectivas. *Saúde soc.,* São Paulo, v. 21, n. 1, p.181-192, mar. 2012.

SANTOS, B. S. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

_____. *A crítica da razão indolente:* contra o desperdício da experiência. 3. ed. São Paulo : Cortez, 2001.

SANTOS, S. F.; SALLES, A. D. Antropologia de uma academia de musculação: um olhar sobre o corpo e um espaço de representação social*. Rev. bras. Educ. Fís. Esp.,* São Paulo, v. 23, n. 2, p. 87-102, jun. 2009.

SANTOS, S.C.; KNIJNIK, J.D. *Motivos de adesão à prática de atividade física na vida adulta intermediária*. *Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte*, Barueri, v.5, n.1, p.23-34, Jan/Mar 2006.

SCHOLZ, U. et al. Beyond behavioural intentions: Planning mediates between intentions and physical activity. *British Journal of Social* Psychology, Bethesda, v.13, p. 479-494, Sep 2008.

SCHWARZER, R. Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors:Theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Ed.), Self-efficacy: Thought control of action. *Psychology & Health*. Washington DC: Hemisphere, p. 217-243, 1992

SCHWARZER, R.; JERUSALEM, M. Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright.; M. Johnston, Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs. Windsor, UK: NFER-NELSON, p. 35-37, 1995

SCHWARZER, R. et al. Adoption and maintenance of four health behaviors: theory-guided longitudinal studies on dental flossing, seat belt use, dietary behavior, and physical activity, *Annals of Behavioral Medicine*, Bethesda, v.33, n.2, p. 156-166, Apr 2007.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde*. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.29-41, mar 2007.

TAKUYA S.; MAYUKO, N.. How inconsistency between attitude and behavior persists through cultural transmission." *Journal of Theoretical Biology*, v. 271, p. 124-135, 2011

SÁ, C. P. *Núcleo central das representações sociais.* Petrópolis: Vozes, 1996

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. *O conceito de saúde*. *Rev. Saúde Pública,* São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, Oct. 1997

SILVA, K. L. *Promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana*. 2009. 182 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

SNIEHOTTA, F.F.; SCHOLZ, U.; SCHWARZER, R. Bridging the intention–behaviorgap: Planning, self-efficacy and action control in the adoption and maintenance of physical exercise. *Psychology and Health*, New York, v.20, p.143–160, abril, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. *Rev Soc Bras Hipert,* São Paulo, v.17, n.4, abril 2005.

SPINATO, I. L.; MONTEIRO, L. Z.; SANTOS, Z. M. S A.. *Adesão da pessoa hipertensa ao exercício físico: uma proposta educativa em saúde.* Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 256-64, June 2010.

STROEBE, W.; STROEBE, M. S. *Social Psychology and health.* Philadelphia: Open University Press, 1995.

SUZUKI, C. S.; MORAES, S.A.; FREITAS, I. C .M. Atividade física e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, SP. *Rev. Saúde Pública,* São Paulo, v. 45, n. 2, p. 311-320, abr. 2011.

TARASTCHUK, J.C.E. et al. *Obesidade e intervenção coronariana: devemos continuar valorizando o Índice de Massa Corpórea?.*ArqBras Cardiol.,Rio de Janeiro, v.90, n.5, p.311-316, 2008.

TAVEIRA, I. M. R. *Representações sociais da qualidade de vida no trabalho*. 1 ed. Curitiba, PR: CRV, 2013.

TAHARA, A. K.; SCHWARTZ, G. M.; SILVA, K. A. Aderência e manutenção da prática de exercícios em academias. *R. bras. Ci. e Mov.,* Brasília v. 11, n. 4, p. 7-12 out./dez. 2003.

TEIXEIRA, I. P. I.; NAKAMURA, P.M.; KOKUBUN, E. Prática de caminhada no lazer e no deslocamento e associação com fatores socioeconômicos e ambiente percebido em adultos. *Rev. bras. cineantropom. desempenho hum.,* Florianópolis, v. 16, n. 3, p.345-358, jun. 2014 .

TESSER, C. D. Social medicalization (I): the exaggerated success of modern 'epistemicide' in health. *Interface - Comunic., Saúde,* Educ., Botucatu, v.10, n.19, p.61-76, jan./jun 2006.

TORRES, T. D. L.; CAMARGO, B. V. Representações sociais da Aids e da terapia-retroviral para pessoas vivendo com HIV. *Psicologia: Teoria e Prática*, São Paulo, v. *10, n.*1, p. 64-78, 2008.

VALDEZ, R. A simple model-based index of abdominal adiposity. *J ClinEpidemiol,* Local, v.44, n.9, p.955-956, mês 1991.

VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. *Texto contexto - enferm.,* Florianópolis , v. 14, n. 1, p.82-88, mar. 2005.

VERGÈS, P. L'évocation de l'argent: une méthode pour la définition du noyau centralde la représentation. *Bulletin de Psychologie*, Paris, v.45, n.405, p. 203-209, 1992

_____. Approchedunoyau central: proprietésquantitatives et estructurales. In: GUIMELLI, C. (org.). Structures et transformation des representations sociales. Paris (Fr): Delachaux et Niestlé; 1994. p.233-53.

_____. *Ensemble de programmes permettant l'analyse des évocations:* programmes turbo pascal. 1999. Document non publié.

VIEIRA, L. C.R; SOUSA, D. S. S; SILVA, L.F.G. Correlação entre índice de massa corporal e indicadores antropométricos de distribuição de gordura corporal em idosas fisicamente ativas. *EFDeportes.com,* Buenos Aires, ano 16, n.156, p. 1/1, Mayo 2011.

VILARTA, R., GUTIERREZ, G.L. (Org.). *Qualidade de vida no ambiente corporativo*. Campinas, SP: IPES Editorial, 2008.

WEINBERG, R.S.; GOULD, D. *Fundamentos da psicologia do esporte e do exercício*. 2.ed. Porto alegre: Artmed, 2001.

WHO. *Terminology information system*. Disponível em:< http://www.who.int/health-systems-performance/docs/glossary.htm.>. Acesso em: 9 ago. 2012.

_____. *Carta de Otawa*. 1986. Disponível em: <*www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm*.>. Acesso em: 9 ago. 2012.

_____. *Global recommendations on physical activity for health.* Geneva, 2010.

_____.*Global health risks:* mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, 2009.

_____. Régimenalimentario, actividad física y salud. Genebra, 2002 (documentos A55/16 y Corr.1).

_____. *Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas*: informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO. Geneva, 2003. (Serie de Informes Técnicos, 916).

_____.*Obesity:* preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO Consultation. Geneva, 2000.

_____. *Health systems:* improving performance. Geneva, 2000.

_____. *Obésité:* prévention et priseen charge de l'épidémiemondiale: rapport d'une. Genève, Suisse, 1997. (Série de Rapportstechniques)..

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO RS

1. Quais são as palavras ou expressões que lhe vêm espontaneamente à cabeça quando você ouve a expressão: “SAÚDE”. (Dê no mínimo três respostas).

1ª._____
2ª._____
3ª._____
4ª._____
5ª._____

1.1. Agora, selecione (dentre as suas respostas), em ordem de importância, quais são as duas mais importantes e justifique.

1ª _____
Justifique:
_____
_____

2ª_____
Justifique:
_____
_____

3ª_____
Justifique:
_____
_____

4ª_____
Justifique:
_____
_____

5ª_____
Justifique:
_____
_____

2. Quais são as palavras ou expressões que lhe vêm espontaneamente à cabeça quando você ouve a expressão: “ATIVIDADE FÍSICA”. (Dê no mínimo três respostas).

1ª._____
2ª._____
3ª._____
4ª._____
5ª._____

2.1 Para cada uma das repostas que você deu, indique, em sua opinião, se ela é **negativa** ou **positiva.** Marque com um círculo a resposta que mais corresponda à sua opinião :

	Muito negativa	Geralmente negativa	Não sei dizer	Geralmente positiva	Muito positiva
Resposta 1 :	|	|	|	|	|
Resposta 2 :	|	|	|	|	|
Resposta 3 :	|	|	|	|	|
Resposta 4 :	|	|	|	|	|
Resposta 5 :	|	|	|	|	|

3. Considerando as atividades físicas abaixo, responda qual a importância possui na sua vida:

a) Caminhada

Nenhuma importância	Muito pouca importância	Pouco importante	Não tenho opinião formada	Importante	Muito importante	Extremamente importante
|	|	|	|	|	|	|

b) Jogar bola (esportes: futebol, vôlei, tênis, basquete, futsal, etc)

Nenhuma importância	Muito pouca importância	Pouco importante	Não tenho opinião formada	Importante	Muito importante	Extremamente importante
|	|	|	|	|	|	|

c) Andar de bicicleta

Nenhuma importância	Muito pouca importância	Pouco importante	Não tenho opinião formada	Importante	Muito importante	Extremamente importante
|	|	|	|	|	|	|

d) Musculação

Nenhuma importância	Muito pouca importância	Pouco importante	Não tenho opinião formada	Importante	Muito importante	Extremamente importante

e) Ginástica

Nenhuma importância	Muito pouca importância	Pouco importante	Não tenho opinião formada	Importante	Muito importante	Extremamente importante

f) Corrida

Nenhuma importância	Muito pouca importância	Pouco importante	Não tenho opinião formada	Importante	Muito importante	Extremamente importante

g) Dança

Nenhuma importância	Muito pouca importância	Pouco importante	Não tenho opinião formada	Importante	Muito importante	Extremamente importante

h) Alongamento

Nenhuma importância	Muito pouca importância	Pouco importante	Não tenho opinião formada	Importante	Muito importante	Extremamente importante

i) Artes Marciais

Nenhuma importância	Muito pouca importância	Pouco importante	Não tenho opinião formada	Importante	Muito importante	Extremamente importante

j) Natação

Nenhuma importância	Muito pouca importância	Pouco importante	Não tenho opinião formada	Importante	Muito importante	Extremamente importante

k) Hidroginástica

Nenhuma importância	Muito pouca importância	Pouco importante	Não tenho opinião formada	Importante	Muito Extremamente importante
_____	_____	_____	_____	_____	_____

4. Como você acha que responderia a maioria de seus colegas de trabalho em relação à importância das atividades físicas abaixo em suas vidas?

a) Caminhada

Nenhuma importância	Muito pouca importância	Pouco importante	Não tenho opinião formada	Importante	Muito Extremamente importante
_____	_____	_____	_____	_____	_____

b) Jogar bola (esportes: futebol, vôlei, tênis, basquete, futsal, etc)

Nenhuma importância	Muito pouca importância	Pouco importante	Não tenho opinião formada	Importante	Muito Extremamente importante
_____	_____	_____	_____	_____	_____

c) Andar de bicicleta

Nenhuma importância	Muito pouca importância	Pouco importante	Não tenho opinião formada	Importante	Muito Extremamente importante
_____	_____	_____	_____	_____	_____

d) Musculação

Nenhuma importância	Muito pouca importância	Pouco importante	Não tenho opinião formada	Importante	Muito Extremamente importante
_____	_____	_____	_____	_____	_____

e) Ginástica

Nenhuma importância	Muito pouca importância	Pouco importante	Não tenho opinião formada	Importante	Muito Extremamente importante
_____	_____	_____	_____	_____	_____

f) Corrida

Nenhuma importância | **Muito pouca importância** | **Pouco importante** | **Não tenho opinião formada** | **Importante** | **Muito importante** | **Extremamente importante**

g) Dança

Nenhuma importância | **Muito pouca importância** | **Pouco importante** | **Não tenho opinião formada** | **Importante** | **Muito importante** | **Extremamente importante**

h) Alongamento

Nenhuma importância | **Muito pouca importância** | **Pouco importante** | **Não tenho opinião formada** | **Importante** | **Muito importante** | **Extremamente importante**

i) Artes Marciais

Nenhuma importância | **Muito pouca importância** | **Pouco importante** | **Não tenho opinião formada** | **Importante** | **Muito importante** | **Extremamente importante**

j) Natação

Nenhuma importância | **Muito pouca importância** | **Pouco importante** | **Não tenho opinião formada** | **Importante** | **Muito importante** | **Extremamente importante**

k) Hidroginástica

Nenhuma importância | **Muito pouca importância** | **Pouco importante** | **Não tenho opinião formada** | **Importante** | **Muito importante** | **Extremamente importante**

5. Você acha que ter lugares para a prática de atividade física próximos á sua casa é importante?

Discordo totalmente | **Discordo muito** | **Discordo um pouco** | **Não tenho opinião formada** | **Concordo em parte** | **Concordo muito** | **Concordo em parte**

6. Você acha que ter lugares para a prática de atividade física próximos a seu trabalho é importante?

Discordo totalmente	Discordo muito	Discordo um pouco	Não tenho opinião formada	Concordo em parte	Concordo muito	Concordo em parte
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

7. Quais as cinco mais importantes justificativas que você acha que as pessoas geralmente dão para praticar atividade física?

1ª._____
2ª._____
3ª._____
4ª._____
5ª._____

8. Você acha importante que seu local de trabalho ofereça atividades físicas para você praticá-las no horário do expediente?

Discordo totalmente	Discordo muito	Discordo um pouco	Não tenho opinião formada	Concordo em parte	Concordo muito	Concordo em parte
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

9. Você acha que suas obrigações domésticas atrapalham sua prática de atividade física?

Discordo totalmente	Discordo muito	Discordo um pouco	Não tenho opinião formada	Concordo em parte	Concordo muito	Concordo em parte
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

10. O que você mais gosta de fazer durante seus horários de folga?

1ª._____
2ª._____
3ª._____
4ª._____
5ª._____

11. Quais as cinco mais importantes justificativas que você acha que as pessoas geralmente dão para **NÃO** praticarem atividade física?

1ª._____
2ª._____
3ª._____
4ª._____
5ª._____

12. Falta de tempo depois do horário do trabalho é uma razão válida para **NÃO** se fazer atividade física?

Discordo totalmente	**Discordo muito**	**Discordo um pouco**	**Não tenho opinião formada**	**Concordo em parte**	**Concordo muito**	**Concordo em parte**
|	|	|	|	|	|	|

13. O que você mais gosta de fazer no final de semana?

1ª._____

2ª._____

3ª._____

4ª._____

5ª._____

APÊNDICE B - CARTEIRA DE CONTROLE

extra	**MÊS: AGOSTO**		extra	**MÊS: AGOSTO**
	MODALIDADE:			**MODALIDADE:**
NOME:			**NOME:**	
HORÁRIO:			**HORÁRIO:**	

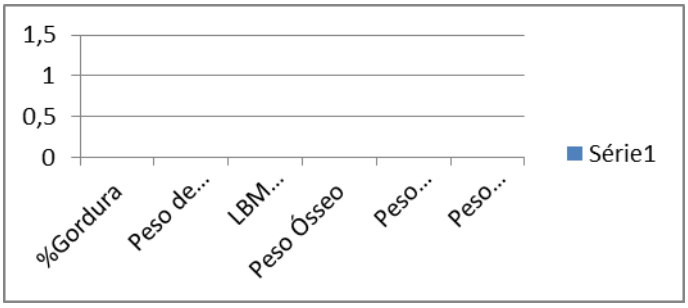
05	06	07	08	09		05	06	07	08	09
12	13	14	15	16		12	13	14	15	16
19	20	21	22	23		19	20	21	22	23
26	27	28	29	30		26	27	28	29	30

APÊNDICE C - FICHAS DE AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Nome:	Mariana Lobo		**Idade:**	**Estatura (m)**	
Telefone:				**Peso (kg)**	
Profissão:			**Índice Ponderal**		
Data da Avaliação:			**Ind. de Conicidade**		
Data de Nascimento:			**Ind. de Massa Corporal**		
Peso Ideal:				**RCQ**	
Formula de Lorentz(H):				**Estatura (cm)**	
Formula de Lorentz(F):					

Perímetros (cm)		***Dobras Cutâneas (mm)***		***Diâmetros ósseos (cm)***		
		Tricipital		**Biestilóide**		
Braço (dir)		**Subescapular**		**Biepicondiliano**		
		Suprailíaca		**Bicondiliano (femur sem.)**		
		Abdominal		**Bimaleolar**		
		Supraespinhal				
				Relação Cintura/Quadril (RCQ)		
		Coxa				
		Panturrilha		**Cintura (cm)**		
		Peitoral		**Quadril (cm)**		
		Axilar Média				
Panturrilha (dir)	31,5	**Biceps**				
Cintura (m)	0,83					

Composição Corporal Faulkner	
%Gordura	
Peso de gordura	
LBM (massa magra)	
Peso Ósseo	
Peso Muscular	
Peso Residual	



Somatotipo		
Endomorfia	**Mesomorfia**	**Ectomorfia**

APÊNDICE D - CIRCULAR

Caro funcionário,

Estamos iniciando, nesta loja, um novo projeto de atividade física no sentido de promover a conscientização da importância dos exercícios físicos e o aumento desta prática, visando à melhoria de sua saúde e a qualidade de vida. Assim, é importante saber sua opinião, receber informações, observar atitudes e crenças sobre atividade física.

Para isso, realizaremos sua avaliação física para conhecer sua massa de gordura, sua massa muscular, seu peso ideal ,seu risco em relação a algumas doenças, como hipertensão, diabetes e outras.

Será também aplicado um questionário para verificarmos sua atividade física diária e suas ideias sobre algumas formas de exercícios.

Essas informações serão importantes para planejarmos e executarmos um programa de atividades físicas, de acordo com sua preferência e necessidade, o qual será realizado às 13h, às terças e quintas-feiras, com duração inicial de 15 minutos, em um espaço da loja. Iremos também oferecer atividades de lazer nos finais de semana e acompanhamento individualizado em outros horários, caso seja de seu interesse. Durante o projeto, teremos, em alguns momentos, palestras e conversas para podermos esclarecer suas dúvidas.

Este projeto é totalmente gratuito e voluntário, e sua participação e muito importante!

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estácio

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa Sistema Sócio-cognitivo e Adesão ao Exercício Físico: intervenção e transformação das Representações Sociais no contexto da educação para a saúde sob a responsabilidade da pesquisadora Andréa Cristina da Silva Benevides que pretende estudar o efeito da adoção de novas práticas de atividade física na transformação da Representação social da atividade física em funcionários de uma organização de trabalho. Sua participação é voluntária e se dará em três sessões semanais, sendo uma de grupo de discussão e duas de atividade física, uma recreativa, quando irá vivenciar práticas variadas, caracterizando atividades de lazer, e uma rítmica e expressiva, em um período de 6 meses. Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são relacionados à intensidade da atividade física em que será monitorado e ofertado serviço de nutrição e fisioterapia do Centro Universitário Estácio FIC. Se você aceitar participar, estará contribuindo para melhorar o padrão de atividade física de populações e riscos relacionados à saúde. Se, depois de consentir, o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes seja depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador na Rua Eliseu Uchoa Becco, nº 600 - Bairro Água Fria, Fortaleza –CE ou pelo telefone (85) (32706719), ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Estácio FIC.

Consentimento Pós–Informação

Eu,_____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

_____ Data: ___/ ____/ _____

Assinatura do participante

Impressão do dedo polegar
Caso não saiba assinar

_____
Pesquisador Responsável

ANEXO A - *PAR-Q*

Physical Activity Readiness Questionnarie
QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem o objetivo de identificar a necessidade de avaliação clínica e médica antes do início da atividade física. Caso você marque um SIM, é fortemente sugerida a realização da avaliação clínica e médica. Contudo, qualquer pessoa pode participar de uma atividade física de esforço moderado, respeitando as restrições médicas.

O PAR-Q foi elaborado para auxiliar você a se autoajudar. Os exercícios praticados regularmente estão associados a muitos benefícios à saúde. Completar o PAR-Q representa o primeiro passo importante a ser tomado, principalmente se você está interessado em incluir a atividade física com maior freqüência e regularidade no seu dia a dia.
O bom senso é o seu melhor guia ao responder estas questões. Por favor, leia atentamente cada questão e marque SIM ou NÃO.

SIM	NÃO	
☐	☐	1. Alguma vez seu médico disse que você tem algum problema cardíaco e recomendou que você só praticasse atividade física sob prescrição médica?
☐	☐	2. Você sente dor no tórax quando pratica uma atividade física?
☐	☐	3. No último mês, você sentiu dor torácica quando não estava praticando atividade física?
☐	☐	4. Você perdeu o equilíbrio em virtude de tonturas ou perdeu a consciência quando estava praticando atividade física?
☐	☐	5. Você tem algum problema ósseo ou articular que poderia ser agravado com a prática de atividades físicas?
☐	☐	6. Seu médico já recomendou o uso de medicamentos para controle da sua pressão arterial ou condição cardiovascular?
☐	☐	7. Você tem conhecimento de alguma outra razão física que o impeça de participar de atividades físicas?

Declaração de responsabilidade

Assumo a veracidade das informações prestadas no questionário “PAR-Q” e afirmo estar liberado(a) pelo meu médico para participar de atividades físicas.

Nome do(a) participante:

Nome do(a) responsável se menor de 18 anos:

Data

Assinatura
(Assinatura do Responsável no caso de menor de 18 anos)

ANEXO B - IPAQ

QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA.

Nome:_____ Data: ___/ ___ / ___
Idade : ____ Sexo: F ( ) M ( ) Você trabalha de forma remunerada: ( ) Sim ( ) Não.
Quantas horas você trabalha por dia: _ Quantos anos completos você estudou: _____
De forma geral sua saúde está: ( ) Excelente ( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Regular ( )Ruim

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. Este projeto faz parte de um grande estudo que está sendo feito em diferentes países ao redor do mundo. Suas respostas nos ajudarão a entender que tão ativos nós somos em relação às pessoas de outros países. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana **ultima semana**. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes. Por favor, responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação!

Para responder as questões lembre que:
- Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal
- Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal

SEÇÃO 1- ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO

Esta seção inclui as atividades que você faz no seu serviço, que incluem trabalho remunerado ou voluntário, as atividades na escola ou na faculdade e outro tipo de trabalho não remunerado fora de sua casa. **NÃO** incluir trabalho não remunerado que você faz em sua casa como tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da família. Estas serão incluídas na seção 3.

1a. Atualmente você trabalha ou faz trabalho voluntário fora de sua casa?
( ) Sim ( ) Não – Caso você responda não **Vá para a seção 2: Transporte**

As próximas questões são em relação a toda a atividade física que você fez na **ultima semana** como parte do seu trabalho remunerado ou não remunerado. **NÃO** inclua o transporte para o trabalho. Pense unicamente nas atividades que você faz por **pelo menos 10 minutos contínuos**:

1b. Em quantos dias de uma semana normal você **anda,** durante **pelo menos 10 minutos contínuos**, **como parte do seu trabalho**?Por favor, **NÃO** inclua o andar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho.
_____dias por **SEMANA** ( ) nenhum - **Vá para a questão 1d**.

1c. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** caminhando **como parte do seu trabalho** ?

____ horas _____ minutos

1d. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades **moderadas,** por **pelo menos 10 minutos contínuos,** como carregar pesos leves **como parte do seu trabalho**?

_____dias por **SEMANA** ( ) nenhum - **Vá para a questão 1f**

1e. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades moderadas **como parte do seu trabalho**?

_____ horas _____ minutos

1f. Quantos dias de uma semana normal você gasta fazendo atividades **vigorosas,** por **pelo menos 10 minutos contínuos,**como trabalho de construção pesada, carregar grandes pesos, trabalhar com enxada, escavar ou subir escadas **como parte do seu trabalho:**

_____dias por **SEMANA** ( ) nenhum - **Vá para a questão 2a.**

1g. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades físicas vigorosas **como parte do seu trabalho**?

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 2 - ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

Estas questões se referem à forma típica como você se desloca de um lugar a outro, incluindo seu trabalho, escola, cinema, lojas e outras atividades.

2a. O quanto você andou na ultima semana de carro, de ônibus, de metrô ou de trem?

_____dias por **SEMANA** ( ) nenhum - **Vá para questão 2c**

2b. Quanto tempo, no total, você usualmente gasta **POR DIA andando de carro, de ônibus, de metrô ou de trem**?

_____horas _____minutos

Agora pense **somente** em relação a caminhar ou a pedalar para ir de um lugar a outro na última semana.

2c. Quantos dias da última semana você andou de bicicleta por **pelo menos 10 minutos contínuos** para ir de um lugar a outro? (**NÃO** inclua o pedalar por lazer ou por exercício)

_____ dias por **SEMANA** ( ) Nenhum - **Vá para a questão 2e**.

2d. Nos dias em que você pedala quanto tempo, no total, você pedala **POR DIA** para ir de um lugar a outro?

_____ horas _____ minutos

2e. Quantos dias da ultima semana você caminhou por **pelo menos 10 minutos contínuos** para ir de um lugar a outro? (**NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou por exercício)

_____ dias por **SEMANA** ( ) Nenhum - **Vá para a Seção 3**.

2f. Quando você caminha para ir de um lugar a outro, quanto tempo **POR DIA** você gasta? (**NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou por exercício)
_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 3 – ATIVIDADE FÍSICA EM CASA: TRABALHO, TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDADOS DA FAMÍLIA.

Esta parte inclui as atividades físicas que você fez na última semana na sua casa e ao redor da sua casa, por exemplo, trabalho em casa, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou para cuidar da sua família. Novamente pense ***somente*** naquelas atividades físicas que você faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**.

3a. Em quantos dias da ultima semana você fez atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer, rastelar **no jardim ou no quintal.**
_____dias por **SEMANA** ( ) Nenhum - **Vá para questão 3c**.

3b. Nos dias em que você faz esse tipo de atividades, quanto tempo, no total, você gasta **POR DIA** fazendo essas atividades moderadas **no jardim ou no quintal**?
_____ horas _____ minutos

3c. Em quantos dias da ultima semana você fez atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer ou limpar o chão **dentro da sua casa**.
_____ dias por **SEMANA** ( ) Nenhum - **Vá para questão 3e.**

3d. Nos dias em que você faz esse tipo de atividades moderadas **dentro da sua casa** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?
_____ horas _____ minutos

3e. Em quantos dias da última semana você fez atividades físicas **vigorosas no jardim ou no quintal** por pelo menos 10 minutos como carpir, lavar o quintal, esfregar o chão:
_____ dias por **SEMANA** ( ) Nenhum - **Vá para a seção 4.**

3f. Nos dias em que você faz esse tipo de atividades vigorosas **no quintal ou no jardim** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?
_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 4- ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER.

Esta seção se refere às atividades físicas que você fez na ultima semana unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente nas atividades físicas que faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**. Por favor, **NÃO** inclua atividades que você já tenha citado.

4a. **Sem contar qualquer caminhada que você tenha citado anteriormente**, quantos dias da última semana você caminhou **por pelo menos 10 minutos contínuosno seu tempo livre**?

_____ dias por **SEMANA** ( ) Nenhum - **Vá para questão 4c**

4b. Nos dias em que você caminha **no seu tempo livre**, quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?
_____ horas _____ minutos

4c. Em quantos dias da ultima semana você fez atividades **moderadas no seu tempo livre** por pelo menos 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei , basquete, tênis :
_____ dias por **SEMANA** ( ) Nenhum - **Vá para questão 4e.**
4d. Nos dias em que você faz estas atividades moderadas **no seu tempo livre** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?
_____ horas _____ minutos

4e. Em quantos dias da ultima semana você fez atividades **vigorosas no seu tempo livre** por pelo menos 10 minutos, como correr, fazer aeróbicos, nadar rápido, pedalar rápido ou fazer Jogging:
_____ dias por **SEMANA** ( ) Nenhum - **Vá para seção 5.**

4f. Nos dias em que você faz essas atividades vigorosas **no seu tempo livre** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?
_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 5 - TEMPO GASTO SENTADO

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou na faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isso inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo a TV. Não inclua o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

5a. Quanto tempo, no total, você gasta sentado durante um **dia de semana**?
_____horas ____minutos
5b. Quanto tempo, no total, você gasta sentado durante um **dia de final de semana**?
_____horas ____minutos

Obs.: Ao passar a limpo, troque os colchetes por parênteses.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: Prevening and managing the global epidemic – Report of a WHO consultation on obesity. Geneva, 1998.