UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

PAULA PARISI HODNIKI

**Prática de atividade física de lazer e deslocamento e a percepção do ambiente
em usuários dos serviços de saúde no município de Ribeirão Preto – SP**

Ribeirão Preto – SP

2019

PAULA PARISI HODNIKI

**Prática de atividade física de lazer e deslocamento e a percepção do ambiente
em usuários dos serviços de saúde no município de Ribeirão Preto - SP**

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
da Universidade de São Paulo.

Linha de Pesquisa: O cuidar de adultos e idosos

Doutoranda: Paula Parisi Hodniki

Orientadora: Carla Regina de Souza Teixeira

RIBEIRÃO PRETO

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação

Biblioteca Central USP Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

Hodniki, Paula Parisi

Prática de atividade física de lazer e deslocamento e a percepção do ambiente em usuários dos serviços de saúde no município de Ribeirão Preto - SP. Ribeirão Preto, 2019.102 f.: il.; 30 cm

Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental. Orientador: Teixeira, Carla Regina de Souza.

1. Atividade física. 2. Ambiente. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Doenças Não Transmissíveis. 6. Promoção da Saúde.

Hodniki, Paula Parisi. Prática de atividade física de lazer e deslocamento e a percepção do ambiente em usuários dos serviços de saúde no município de Ribeirão Preto – SP. Paula Parisi Hodniki; orientadora, Carla Regina de Souza Teixeira. – 2019

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedico todo esse trabalho à minha família e amigos.

Em especial à minha **mãe** que considero uma guerreira, que sinto orgulho em ser sua filha, pois ela me ensinou que nada nessa vida vem fácil, que precisamos de nos esforçar, sair da zona de conforto, que o que vem fácil vai embora fácil, que o importante é ser feliz e de sorriso aberto e que quando tudo é feito com amor e respeito ao próximo tudo é bem mais gratificante e prazeroso.

Ao meu **pai**, que o sinto presente em todos os momentos de minha vida, por meio de experiências pessoais quando se trata de curtir o máximo dos minutos de alegria, e sempre dividir isso com quem gostamos, sempre ser gentil, presente e ser forte o bastante para levar pancadas da vida e mesmo assim levantar e seguir em frente, radiante.

À **Profa. Dra. Carla Regina de Souza Teixeira**, minha orientadora, que tive a sorte e alegria de tê-la presente em todos os momentos da minha carreira como pesquisadora e futura docente universitária, assim como tê-la como grande amiga e porque não dizer mãezona, pois dividimos vários momentos na vida acadêmica e pessoal, sentimos juntas angústias e alegrias, perdas e conquistas, decepções e aprendizados. Tive grandes aprendizados que levarei para vida toda, com muito carinho e amor.

Aos meus irmãos, **Jô, Neto, Carol, Bim, Renan, Mariana, Felipe e Caio**, que juntos somos fortes, e me orgulho em dizer que somos uma família linda, que temos um anjo forte nos guardando e zelando com muito amor.

AGRADECIMENTOS

À **Profa. Dra. Maria Lúcia Zanetti**, que desde o início do meu ingresso na EERP/USP, tem me apoiado, incentivado e acompanhado minha caminhada na vida acadêmica, aprendi como ser uma pesquisadora, professora e aluna atenta, dedicada e aplicada.

Aos **amigos da pós-graduação**, Gabriel, Plínio, Jennifer, Luis, Tânia, Rosana, Gabi, que fizeram parte da minha trajetória desde o início, e que sorte tenho em ser amiga agora e para a vida toda. Agradeço a **Profa. Renata Cristina C. Pereira Silveira**, por também fazer parte de dessa experiência, que com paciência e compreensão todos os dias na sala 62, fez com que me sentisse em casa.

Aos professores da banca do exame de qualificação, **Profa. Dra. Camila de Moraes e Rogério César Fermino**, pelas contribuições ricas e valiosas nas observações e sugestões na estruturação e conteúdo do trabalho.

Aos **alunos da graduação da EERP**, que juntos formamos uma equipe especializada em coleta e digitação de dados, foram essenciais e produtivos.

À toda Equipe do Programa de Aprimoramento em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Secretaria da Saúde de Ribeirão Preto, são muitas pessoas especiais envolvidas que enriqueceram todo o trabalho, foi uma rica troca de experiências, obrigada de coração.

Aos **Professores, Funcionários e Colegas** da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP, que fizeram do meu dia-a-dia como pesquisadora mais produtivo e gratificante.

Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)** pela concessão da bolsa de estudos para o desenvolvimento da pesquisa, processo nº: 154619/2016-7.

À **minha família e amigos**, que são minha base e motivo de eu ser quem sou, muito importantes para mim e que sempre estimulam, com amor e reconhecimento, o progresso dos meus estudos e carreira.

EPÍGRAFE

“A vida é incrível e perfeita, da sua maneira. Estamos no lugar certo, na hora certa e hoje nunca foi ontem, nem vai ser amanhã.
Hoje é hoje. E é pra todos!”

Josane Hodniki

RESUMO

RESUMO

HODNIKI, Paula Parisi. **Prática de atividade física de lazer e deslocamento e a percepção do ambiente em usuários dos serviços de saúde no município de Ribeirão Preto - SP**. 2019. 102 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

A prática de atividade física (AF) é fator de proteção para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e pode estar relacionada a outros fatores, tais como, como a percepção do ambiente físico e social das pessoas. Esses fatores podem ser modificados por meio de políticas públicas e de mobilidade urbana, favorecendo a prevenção, tratamento e controle das DCNT. Estudo quantitativo, observacional e transversal, que teve como objetivo analisar a relação da prática de atividade física de lazer (AFL) e atividade física de deslocamento (AFD) com a percepção do ambiente de usuários dos serviços de saúde no município de Ribeirão Preto - SP. A amostra aleatória estratificada foi constituída por 719 usuários dos serviços de saúde, de ambos os sexos, atendidos nos cinco Distritos de Saúde do referido município. Os dados foram coletados no ano de 2018, e foram utilizados questionários, um contendo as variáveis sociodemográficas e presença ou não de DCNT, e o *International Physical Activity Questionnaire* versão longa e uma escala a *Neighborhood Environmental Walkability Scale*, versão brasileira adaptada. Considerou-se a prática de AFL e AFD, pelo menos 150 minutos, de AF moderada e/ou caminhada na semana, e/ou 75 minutos de AF vigorosa na semana, conforme recomendação da Organização Mundial de Saúde. Para analisar a diferença na prática de AFL e de AFD e variáveis sociodemográficas e a percepção do ambiente utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson e o modelo de regressão logística. Os resultados mostraram que a maioria era do sexo feminino, 35 a 59 anos de idade, com média de 44,83 (dp=17,83) anos. A maioria era casada ou em união estável, com ensino fundamental incompleto e ensino médio completo, tinha emprego ou aposentado ou pensionista, da classe econômica C e refere alguma doença crônica não transmissível. A maioria não praticava a recomendação da prática de AFL ou AFD. Quanto ao ambiente percebido, os participantes do sexo masculino, que residem longe da unidade de saúde tem maior chance de serem ativos na atividade física de lazer. Os participantes que desconhecem não ter feira no bairro onde residem, têm chance oposta, ou seja, menor

chance de serem ativos na atividade física de lazer. Os participantes do sexo masculino, de 35 a 59 anos, nas classes econômicas mais baixas, que residem longe de academia e percebem a qualidade de áreas verdes e clima favoráveis, têm maior chance de serem mais ativos nas AFD, enquanto aqueles que desconhecem o local para caminhada no bairro onde residem, parecem ter chance oposta, ou seja, menor chance de serem ativos nas AFD. As intervenções para a promoção de saúde em relação à prática de AF de usuários de serviços de saúde devem considerar a criação e manutenção de ambiente propício para a prática de AFL e AFD como locais para caminhada acessível e acesso a áreas verdes de boa qualidade, pois a AF mais praticada foi a caminhada, tanto como AFL quanto AFD. Também traçar intervenções de incentivo direcionadas às mulheres, pessoas com idade mais avançada, classe econômica e escolaridade baixa.

Palavras-chave: Atividade física. Ambiente. Atenção primária à saúde. Sistema Único de Saúde. Doenças não transmissíveis. Promoção da saúde.

ABSTRACT

HODNIKI, Paula Parisi. Practice of physical activity of leisure and displacement and the perception of the environment in users of health services in the city of Ribeirão Preto - SP. 2019. 102 f. Thesis (Doctorate in Sciences) - School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, São Paulo, 2019.

Physical activity (PA) is a protective factor for chronic noncommunicable diseases (CNCD) and may be related to other factors, such as the perception of people's physical and social environment. These factors can be modified through public policies and urban mobility, favoring the prevention, treatment and control of CNCDs. This was a quantitative, observational and cross - sectional study that aimed to analyze the relationship between the practice of physical activity of leisure (PAL) and physical activity of transportation (PAT) with the perception of the environment of users of health services in the city of Ribeirão Preto - SP. The randomized stratified sample consisted of 719 users of health services, of both genders, attended in the five Health Districts of said municipality. Data were collected in 2018, and questionnaires were used, one containing the sociodemographic variables and the presence or not of CNCD, and the International Physical Activity Questionnaire long version and a scale of the Neighborhood Environmental Walkability Scale, adapted Brazilian version. PAL and PAT were considered to be at least 150 minutes of moderate PA and / or walk in the week, and / or 75 minutes of vigorous AF in the week, as recommended by the World Health Organization. To analyze the difference in practice PAL and PAT and sociodemographic variables and the perception of the environment was used the Pearson chi-square test and the logistic regression model. The results showed that the majority were female, 35 to 59 years old, with a average of 44.83 (SD = 17.83) years. Most were married or in a stable union, with incomplete elementary education and full secondary education, had a job or retired or pensioner, of economy class C and referred to some chronic non-communicable disease. Most did not practice PAL or PAT practice recommendations. Regarding the perceived environment, male participants, who live far from the health unit, are more likely to be active in leisure physical activity. Participants who are unaware that they do not have a fair in the neighborhood where they live have the opposite chance, that is, less chance of being

active in leisure physical activity. Male participants, aged 35-59, in the lower economic classes, who live far from the gym and perceive the quality of green areas and favorable climate, are more likely to be more active in PAL, while those who do not know the place to walk in the neighborhood where they live, seem to have the opposite chance, that is, less chance of being active in the PAT. Interventions for health promotion in relation to the practice of PAs of health service users should consider the creation and maintenance of an environment conducive to the practice of PAL and PAT as places for accessible walking and access to good quality green areas, since the most practiced PA was walking, both PAL and PAT. Also draw incentive interventions targeted at women, older people, economy class and low schooling.

Keywords: Physical activity. Environment. Primary health care. Unified Health System. Noncommunicable diseases. Health promotion.

RESUMEN

HODNIKI, Paula Parisi. Práctica de actividad física de ocio y desplazamiento y la percepción del ambiente en usuarios de los servicios de salud en el municipio de Ribeirão Preto - SP. 2019. 102 f. Tesis (Doctorado en Ciencias) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, São Paulo, 2019.

La actividad física (PA) es un factor protector para las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y puede estar relacionada con otros factores, como la percepción del entorno físico y social de las personas. Estos factores pueden modificarse a través de políticas públicas y movilidad urbana, favoreciendo la prevención, tratamiento y control de las ECNT. Este fue un estudio cuantitativo, observacional y transversal que tuvo como objetivo analizar la relación entre la práctica de la actividad física del ocio (AFL) y la actividad física del desplazamiento (AFD) con la percepción del entorno de los usuarios de los servicios de salud en la ciudad de Ribeirão Preto - SP. La muestra estratificada aleatoria consistió en 719 usuarios de servicios de salud, de ambos sexos, atendidos en los cinco Distritos de Salud de dicho municipio. Los datos se recopilaron en 2018 y se utilizaron cuestionarios, uno de ellos con las variables sociodemográficas y la presencia o no de ECNT, y la versión larga del Cuestionario Internacional de Actividad Física y una escala de la Escala Ambiental de Habitabilidad Ambiental del Vecindario, versión brasileña adaptada. Se consideró que la AFL y la AFD eran al menos 150 minutos de FA moderada y / o caminata en la semana, y / o 75 minutos de FA vigorosa en la semana, según lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud. Para analizar la diferencia en la práctica Se utilizó AFL y AFD y las variables sociodemográficas y la percepción del entorno, la prueba de chi-cuadrado de Pearson y el modelo de regresión logística. Los resultados mostraron que la mayoría eran mujeres, de 35 a 59 años de edad, con una media de 44.83 (SD = 17.83) años. La mayoría estaban casados o en una unión estable, con educación elemental incompleta y educación secundaria completa, tenían un trabajo o estaban jubilados o jubilados, de clase económica C y se referían a alguna enfermedad crónica no transmisible. La mayoría no practicó las recomendaciones de práctica de AFL o AFD. Con respecto al entorno percibido, los participantes masculinos, que viven lejos de la

unidad de salud, tienen más probabilidades de ser activos en la actividad física de ocio. Los participantes que no saben que no tienen una feria en el vecindario donde viven tienen la oportunidad opuesta, es decir, menos posibilidades de estar activos en la actividad física de ocio. Los participantes masculinos, de 35 a 59 años, en las clases económicas más bajas, que viven lejos del gimnasio y perciben la calidad de las áreas verdes y el clima favorable, tienen más probabilidades de ser más activos en la NDA, mientras que aquellos que no conocen el lugar caminar en el vecindario donde viven, parece tener la oportunidad opuesta, es decir, menos posibilidades de estar activo en la AFD. Las intervenciones para la promoción de la salud en relación con la práctica de las AP de los usuarios de los servicios de salud deben considerar la creación y el mantenimiento de un entorno propicio para la práctica de la AFL y la AFD como lugares para caminar accesible y acceso a áreas verdes de buena calidad, ya que La FA más practicada era caminar, tanto la AFL como la AFD. También dibuje intervenciones de incentivo dirigidas a mujeres, personas mayores, clase económica y baja escolaridad.

Palabras clave: Actividad física. Medio ambiente. Atención primaria a la salud. Sistema Único de Salud. Enfermedades no transmisibles. Promoción de la salud.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Média de atendimentos mensais, número de participantes no estudo piloto, tamanho amostral e amostra final de usuários por cada distrito, Ribeirão Preto - SP, 2019	40
Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual dos usuários de serviço de saúde segundo as variáveis sociodemográficas e a presença ou não de DCNT, Ribeirão Preto - SP, 2019	51
Tabela 3 - Distribuição numérica e percentual dos usuários de serviço de saúde segundo as variáveis sociodemográficas e a prática de atividade física de lazer e de deslocamento, Ribeirão Preto - SP, 2019	52
Tabela 4 – Distribuição numérica e percentual da prática de atividade física de lazer e de deslocamento com a percepção do ambiente em usuários do serviço de saúde relacionado ao acesso às conveniências, Ribeirão Preto - SP, 2019	55
Tabela 5 – Distribuição numérica e percentual da prática de atividade física de lazer e deslocamento com a percepção do ambiente em usuários do serviço de saúde relacionado à segurança no trânsito, Ribeirão Preto - SP, 2019.....	58
Tabela 6 – Distribuição numérica e percentual da prática de atividade física de lazer e deslocamento com a percepção do ambiente em usuários do serviço de saúde relacionado à segurança geral, Ribeirão Preto - SP, 2019	59
Tabela 7 – Distribuição numérica e percentual da prática de atividade física de lazer e deslocamento com a percepção do ambiente em usuários do serviço de saúde relacionado ao apoio social, Ribeirão Preto - SP, 2019	59

Tabela 8 – Distribuição numérica e percentual da prática de atividade física de lazer e deslocamento com a percepção do ambiente em usuários do serviço de saúde relacionado à poluição, Ribeirão Preto - SP, 2019.....	60
Tabela 9 – Distribuição numérica e percentual da prática de atividade física de lazer e deslocamento com a percepção do ambiente em usuários do serviço de saúde relacionado à presença e/ou caminhada acompanhado pelo animal de estimação, Ribeirão Preto - SP, 2019	61
Tabela 10 – Distribuição numérica e percentual da prática de atividade física de lazer e deslocamento com a percepção do ambiente em usuários do serviço de saúde relacionado à estrutura e qualidade do ambiente, Ribeirão Preto - SP, 2019.....	61
Tabela 11 – Modelo de regressão logística entre percepção do ambiente e dados sociodemográficos e atividade física de lazer dos usuários dos serviços de saúde, Ribeirão Preto - SP, 2019	63
Tabela 12 – Modelo de regressão logística entre percepção do ambiente e dados sociodemográficos e atividade física de deslocamento dos usuários dos serviços de saúde, Ribeirão Preto - SP, 2019.....	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
AF	Atividade Física
AFD	Atividade Física de Deslocamento
AFL	Atividade Física de Lazer
CDC	Centro de Controle e Prevenção de Doenças
ACSM	Colégio Americano de Medicina Esportiva
DM	Diabetes Mellitus (DM)
DM1	Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 1 (DM1)
DM2	Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2 (DM2)
DRSXIII	Direção Regional de Saúde XIII
DC	Doença do Coração
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
EJA	Ensino de Jovens e Adultos
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP
ESF	Estratégia da saúde da Família
HULAP	<i>Healthy Urban Living And Ageing</i>
HAS	Hipertensão Arterial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPAQ	<i>International Physical Activity Questionnaire</i>
MS	Ministério da Saúde
NEWS	<i>Neighborhood Environmental Walkability Scale</i>

NASF	Núcleos de Apoios à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PAS	Programa Academia da Saúde
OR	Razão de Odds
RV	Razão de Verossimilhança
SMS-RP	Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UBDS	Unidades Básicas e Distritais de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	21
2.1	Atividade física na promoção de saúde.....	27
2.2	Atividade física e ambiente.....	29
3	OBJETIVOS	36
3.1	Objetivo Geral	36
3.2	Objetivos Específicos	36
4	MÉTODO.....	38
4.1	Tipo de estudo.....	38
4.2	Local do estudo	38
4.3	População do Estudo	39
4.4	Critérios de seleção.....	40
4.5	Amostra do estudo	40
4.6	Variáveis do estudo	41
4.6.1	Variáveis sociodemográficas.....	41
4.6.2	Variáveis Clínicas	42
4.6.3	Variáveis relacionadas à atividade física.....	42
4.6.4	Variáveis relacionadas à percepção do ambiente	43

4.7 Estudo Piloto	45
4.8 Coleta de dados	46
4.9 Organização dos dados para análise	47
4.10 Aspectos éticos	47
5 RESULTADOS	50
5.1 Caracterização dos usuários de serviço de saúde segundo as variáveis sociodemográficas e a presença ou não de DCNT	50
5.2 Caracterização a prática de atividade física de lazer e de deslocamento dos usuários dos serviços de saúde segundo as variáveis sociodemográficas e a presença ou não de DCNT	52
5.3 Análise da diferença na prática de atividade física de lazer e de deslocamento com a percepção do ambiente em usuários do serviço de saúde	54
6 DISCUSSÃO	66
6.1 Caracterização dos usuários de serviço de saúde segundo as variáveis sociodemográficas e a presença ou não de DCNT	66
6.2 Caracterizar a prática de atividade física de lazer e de deslocamento dos usuários dos serviços de saúde segundo as variáveis sociodemográficas e a presença ou não de DCNT	68
6.3 Análise da diferença na prática de atividade física de lazer e de deslocamento com a percepção do ambiente em usuários do serviço de saúde	70

7 CONCLUSÃO.....	75
REFERÊNCIAS.....	78
Anexo A - Parecer Consubstanciado do CEP	89
Anexo B – Ofício de Autorização da Secretaria de Saúde	91
Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	92
Anexo D – Caracterização dos usuários dos serviços de saúde segundo dados sociodemográficos, doença crônica não transmissível, prática de atividade física e percepção do ambiente	94

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) responderam por 38 milhões de mortes no mundo. Dentre os fatores de risco comportamentais comuns, para o desenvolvimento das DCNT temos a inatividade física; dieta pouco saudável; uso nocivo do álcool e uso do tabaco que podem desencadear episódios de hiperglicemia, hipertensão arterial e níveis de colesterol elevados e excesso de peso corporal (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014; 2011).

Dentre os principais fatores de risco comportamentais modificáveis para as DCNT, a inatividade física aumenta o risco de condições adversas à saúde, sendo atribuída a aproximadamente 5,8% por doença coronária, 10,1 % por câncer de mama, 10,4% por câncer de cólon e 7,2% por Diabetes *Mellitus* Tipo 2 (DM2) (LEE et al., 2012; MALTA et al., 2015a). Estudo mostra que a redução em 10% ou 25% da inatividade física pode prevenir 530 mil ou 1,3 milhões de mortes, respectivamente, por ano no mundo (LEE et al., 2012).

A AF é reconhecida como fator de proteção às DCNT e uma importante estratégia não farmacológica de baixo custo para a prevenção e tratamento das DCNT, pois melhora a sensibilidade dos tecidos à insulina, facilita o metabolismo glicídico, os níveis de colesterol e a qualidade de vida, diminuindo os riscos cardiovasculares (COLBERG; HERNANDEZ; SHAHZAD, 2013; COLBERG et al., 2010; KOURTOGLOU, 2011).

No mundo, na maioria dos países, as pessoas com DCNT têm menos oportunidades de acessar programas e locais seguros, acessíveis e adequados para ficarem fisicamente ativos. Assim, temos hoje o Plano de Ação Global sobre Atividade Física elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que foi desenvolvido por meio de um processo de consulta mundial envolvendo governos e múltiplos setores, incluindo saúde, esportes, transporte, desenho urbano, sociedade civil, academia e setor privado. Esse plano almeja ações políticas sobre AF para atingir os benefícios multiplicadores de saúde, sociais e econômicos que contribuirão diretamente para alcançar boa saúde e bem-estar da população. Destacam-se os quatro objetivos estratégicos alcançáveis por meio de 20 ações políticas, com vistas a assegurar que todas as pessoas tenham acesso a ambientes seguros e propícios e

a diversas oportunidades de serem fisicamente ativos em sua vida diária, como forma de melhorar a saúde individual e comunitária e contribuir para o desenvolvimento social, cultural e econômico de todas as nações. Esse Plano ainda tem como meta diminuir em 15% a prevalência mundial de inatividade física em adolescentes e adultos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

No Brasil, a inclusão da AF como fator de proteção às DCNT e suas complicações está contemplada nas ações da Política Nacional de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde. Essas ações abarcam o monitoramento e a avaliação, bem como, desenvolver e formular estudos e metodologias para evidenciar e comprovar a efetividade de estratégias de práticas de AF no controle e na prevenção das DCNT (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde elaborou, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022, que após três anos de sua implementação as metas propostas foram alcançadas em relação ao aumento dos níveis de AF (12,3%) (MALTA; SILVA, 2014). Esse Plano tem como objetivo promover o desenvolvimento de políticas públicas efetivas e sustentáveis para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco. Tem como finalidade a redução da morbidade, incapacidade e mortalidade, por meio de um conjunto de ações preventivas e de promoção a saúde, reordenando os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da atenção primária e da participação comunitária (BRASIL, 2011). O SUS completou, em 2018, 30 anos de existência, como sistema público de saúde que tem como princípio a universalidade (garantia de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão), equidade (direito ao atendimento adequado às necessidades de cada indivíduo e coletividade) e integralidade (a pessoa é um todo indivisível inserido numa comunidade). Estima-se que aproximadamente 80,0% da população brasileira utilizam os serviços e ações relacionadas à assistência à saúde no SUS, onde a gestão de cuidados primários, em sua maioria, é responsabilidade do município (STOPA et al., 2017)

Os cuidados primários em saúde se originaram no nordeste do Ceará, na década de 1990, surgindo o Programa de Saúde da Família, hoje intitulada Estratégia da saúde da Família (ESF), onde as intervenções em saúde são com equipes interdisciplinares, incluindo médicos, enfermeiros, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (MACINCO; HARRIS, 2015). Ao longo do tempo, foram

surgindo necessidades de expansão desse programa, com a junção à equipe de saúde por outros profissionais como apoio à atenção primária, surgindo assim os Núcleos de Apoios à Saúde da Família (NASF), incluindo nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, psiquiatras, farmacêuticos, profissionais de educação física, entre outros. O intuito da expansão foi ampliar o suporte aos programas de atenção básica, ampliando o acesso às intervenções de saúde multiprofissionais e a redução das internações por doenças (MACINCO; HARRIS, 2015; VIACAVA et al., 2018). Reconhece-se que intervenções de saúde para o incremento de AF como estratégia para o tratamento das DCNT tem efeito positivo na qualidade de vida, quando a prática de AF está aliada a alimentação saudável. Essa estratégia é denominada tratamento não farmacológico e é considerada de baixo custo (BELON; NYKIFORUK, 2013).

O entendimento dos motivos que levam os indivíduos serem ativos ou não, podem contribuir para o planejamento de intervenções públicas efetivas para o incremento da AF da população (BAUMAN et al., 2012). Por meio deste entendimento, as intervenções podem levar ao aumento da AF dos indivíduos nas diferentes fases do desenvolvimento humano e grupos sociais (HEATH et al., 2012).

Por outro lado, mesmo reconhecendo os benefícios da prática de AF há necessidade que o seu planejamento como política pública leve em consideração as atividades informativas de sensibilização, criação e melhoria de acesso aos locais para a sua implementação, incentivo às práticas de transporte ativo, interação de pessoas de diferentes faixas etárias e grupos sociais, especialmente, nos países de baixa renda (SALLIS et al., 2016). No Plano de Ação Global sobre Atividade Física, existem cinco ações de política que abordam a necessidade de criar espaços de apoio e lugares que promovam e salvaguardem os direitos de todas as pessoas, de todas as idades e habilidades, para ter acesso equitativo a lugares seguros e espaços em suas cidades e comunidades nas quais eles podem se envolver em atividades físicas regulares (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Estudos apontam pista de que programas de promoção de AF para a população devem considerar as variáveis relacionadas à percepção do ambiente físico e social (FLORINDO et al., 2011; PAZIN et al., 2012; SALVADOR et al., 2009). O ambiente é percebido pelos indivíduos de diferentes formas dependendo da idade, do sexo, da classe econômica e da escolaridade. Desse modo, o ambiente pode estar relacionado

às decisões dos profissionais da área da saúde no planejamento de um programa de AF (MCCORMACK; SHIELL, 2011).

O ambiente pode ser definido de quatro formas: ambiente construído, ambiente natural, ambiente social e ambiente comunitário (SALLIS, 2009). O ambiente construído é a instalação, espaço e construção criada pelo homem; o ambiente natural é o clima, topografia e a vegetação; o ambiente social é a interação individual, familiar, em grupo, e ações políticas; e ambiente comunitário inclui a integração de três tipos de ambiente (SALLIS et al., 2009).

Estudo mostra que indivíduos idosos tem comportamento mais ativo para AFD, assim, faz-se necessário facilitar o acesso a lojas, transportes públicos, instalações recreativas, caminhos bem conservados e seguros com espaços para descanso, como bancos. O ambiente, além de natural, deve ser construído para atender as demandas sociais e comunitárias adaptadas às necessidades específicas da população para o oferecimento de programas de AF que seja seguro e efetivo (CERIN et al., 2017).

Acresça-se, que os profissionais de saúde ao planejar um programa de AF, também devem atentar para o perfil sociodemográfico dos usuários dos serviços de saúde, que em geral, são mulheres, com DCNT, menor renda e escolaridade e que busca o atendimento em saúde já com a doença (SILVA et al., 2011).

Estudos mostram que políticas públicas e intervenções em saúde relacionadas a programas de AF tem oferecido estrutura física e social a população, bem como, atendimento profissional e incentivo organizacional. Estruturas públicas e privadas são espaços que congregam reuniões sociais, suporte social e percepção de segurança a população (SALVADOR et al, 2009; SALVADOR; REIS; FLORINDO, 2009; ZAPATA-DIOMEDI; VEERMAN, 2016). Assim, estudos recentes têm apontado evidências relativas a prevenção e tratamentos de doenças, utilizando como base os fatores de proteção, como a prática de AF. Porém, outros estudos são necessários para melhor entendimento da estrutura física e social e ambiente para auxiliar os profissionais de saúde na implementação de intervenções que possam agregar valor ao ambiente como variável importante na prática de AF para grupos específicos da população (FERMINO; REIS, 2013).

Revisão sistemática identificou várias estratégias eficazes para o incentivo à prática de AF como promissoras para futuras pesquisas e implementação na América

Latina, como as práticas de AF em ambientes comunitários e programas instrucionais multicomponentes, assim como, campanhas em toda a comunidade e criação ou acesso aprimorado a locais para AF. No entanto, ainda há falta de entrosamento entre a pesquisa e a prática, para maximizar o investimento público e relevância da pesquisa de saúde pública para a prática (HOEHNER et al., 2013).

Outro estudo que avaliou as características do ambiente e AF em idosos com tipos específicos de doenças crônicas mostrou que o aumento da AF em adultos mais velhos que têm níveis mais baixos de funcionalidade física podem exigir características específicas da vizinhança, como mais segurança e acessibilidade (BARNETT et al., 2016).

Também, reconhece-se que o conhecimento da percepção do ambiente favorece a implementação de intervenções mais efetivas para a prática de AF das pessoas. Nessa direção, estudo realizado no Distrito Oeste de saúde de Ribeirão Preto – SP mostrou que a percepção de ruas mais planas, convite de vizinho e amigos, acessibilidade às conveniências e feiras próximas das residências tiveram relação à prática de AFL e AFD das pessoas com DM2 (HODNIKI, 2015).

Nesse contexto, ao considerar o ambiente como uma importante ferramenta para a promoção da saúde nas áreas urbanas (LEE et al., 2015), propõem-se ampliar a análise entre a prática de AFL e AFD e percepção do ambiente de usuários dos serviços de saúde com e sem DCNT em todos os distritos de saúde do município. Espera-se que esse estudo exploratório possa contribuir para a compreensão dos fatores relacionados às AFL e AFD e percepção do ambiente de usuários dos serviços de saúde com e sem DCNT no município de Ribeirão Preto – SP.

REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Atividade física na promoção de saúde

A promoção de saúde é a combinação de políticas públicas e ações nas comunidades que tem o intuito de melhorar a saúde e a qualidade de vida das pessoas, fundamental para a proteção e controle de fatores de risco de DCNT (ALMEIDA; ATHAYDE, 2015). A AF é definida como qualquer movimento corporal que resulta em gasto energético medido em quilocalorias produzido pelos músculos esqueléticos como atividades realizadas no trabalho, esporte, domésticas, ou qualquer outra atividade (MCARDLE, 2016). E a falta de AF é apresentada como fator de risco para DCNT, pois contribui para o quadro de hiperglicemia, hipertensão arterial sistêmica e hipercolesterolemia e excesso de peso corporal (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Há consenso de que a AF que agrega exercícios aeróbios e resistidos, preferencialmente somados às atividades físicas do cotidiano são atividades consideradas preventivas ou terapêuticas para as DCNT (COELHO; BURINI, 2009).

No Brasil, em 2013, apenas 33,8% da população adulta realiza o nível recomendado de atividade física como lazer (MALTA et al., 2015a). Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013, apontou que 45,1% das pessoas referiram ter pelo menos uma DCNT. A hipertensão arterial foi a doença mais referida, com prevalência de 21,4%, seguida, dos problemas crônicos de coluna (18,5%), depressão (7,6%), artrite (6,4%) e diabetes *mellitus* (6,2%) (MALTA et al., 2015b).

A AF é um fator de proteção às DCNT e às suas complicações e constitui em uma das metas da Política Nacional de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde (MS). Desse modo, preconiza-se ações de monitoramento e avaliação de efetividade das estratégias implementadas para a promoção de AF (BRASIL, 2010).

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, no Brasil, 2011-2022, elaborado em 2011, pelo MS, visa reduzir a morbidade, incapacidade e mortalidade por meio de um conjunto de ações preventivas e promocionais de saúde a partir da atenção primária e da participação comunitária. Para tanto, conta com o desenvolvimento de políticas públicas efetivas e sustentáveis para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco (BRASIL, 2011).

A prática de AF prevista no Plano é primordial para a prevenção e tratamento das DCNT. Dentre os benefícios estão o controle glicêmico, prevenção da hipotensão arterial aguda e crônica em relação ao exercício, melhora dos níveis de colesterol e a qualidade de vida, redução dos riscos cardiovasculares e do acidente vascular cerebral (BRASIL, 2011; COLBERG; HERNANDEZ; SHAHZAD, 2013; COLBERG et al., 2010; CRUMP et al., 2016; KOURTOGLOU, 2011).

Apesar dos benefícios da prática regular de AF, a sua promoção é complexa e dificultada devido a necessidade de planejamento baseado em evidências para intervenções efetivas em saúde pública, e incremento de abordagem comportamental com foco nos indivíduos (KOHL et al., 2012).

O Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e o Colégio Americano de Medicina Esportiva (ACSM) recomendam frequência mínima para a prática de AF de cinco vezes por semana com 30 minutos de duração em intensidade moderada e/ou três vezes por semana e 20 minutos para a vigorosa. Elas se complementam e podem ser acumuladas em sessões de dez minutos, no mínimo. Também é necessário incorporar os exercícios de força muscular pelo menos duas vezes por semana (HASKELL et al., 2007).

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda que todos os grupos etários sejam fisicamente ativos. Preconiza-se pelo menos 150 minutos por semana de AF de intensidade moderada para prevenção das DCNT. Também recomenda-se que as pessoas sejam mais ativas e não necessariamente mais condicionadas, admitindo a inclusão de programas mais flexíveis em sua vida cotidiana (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). No Brasil, a prevalência de AFD é baixa (33,4% em adultos e 26,1% em idosos), o estímulo ao deslocamento ativo pode constituir em estratégia para o aumento do nível de AF geral e melhoria da saúde (MADEIRA et al., 2013).

Em 2011, no Brasil, foi inserido o Programa Academia da Saúde (PAS) que é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado para os municípios brasileiros, com a finalidade de incentivar a prática de atividades físicas, bem como estímulo a adoção de um estilo de vida saudável por meio da educação em saúde, com acompanhamento interdisciplinar. Suas ações estão alinhadas com as ações da Política Nacional de Promoção da Saúde, como alimentação saudável, prática de AF regular, prevenção e controle do tabagismo, além da redução do uso abusivo de álcool e outras drogas (GONÇALVES et al., 2019). A proposta do PAS faz parte da estratégia

de promoção da saúde, a efetivação das ações precisa estar alinhada as equipes da ESF e o NASF na atenção primária (GONÇALVES et al., 2019).

Uma revisão sistemática que analisou as estratégias eficazes de intervenções para a prática de AF evidenciou várias intervenções promissoras para implementação na América Latina, dentre elas, as práticas de AF em ambientes comunitários e programas instrucionais multicomponentes, assim como, campanhas em toda a comunidade e criação ou acesso aprimorado a locais para AF que dependem da capacitação entre os profissionais, o desenvolvimento da força de trabalho na tomada de decisões baseada em evidências; informações sobre evidências para a prática entre os líderes de saúde pública; e parcerias para apoiar a colocação da prática da pesquisa. Concluíram assim, que futuras pesquisas e melhor entrosamento entre a pesquisa e a prática devem ser realizadas para maximizar o investimento público e a relevância da pesquisa para a prática (HOEHNER et al., 2013).

Nesta direção, uma pista que tem sido apontada é que conhecer a percepção do ambiente para a prática de AF pode influenciar na efetividade das intervenções em saúde que visam o incremento da AF.

2.2 Atividade física e ambiente

O comportamento humano em relação a prática de AF está relacionado a fatores, tais como: as políticas públicas de saúde, os individuais, os sociais, os culturais, os organizacionais, os comunitários e o contextual referente ao ambiente físico (SALLIS; BAUMAN; PRATT, 1998; SALLIS et al., 2007; SALLIS, 2009; SALLIS et al., 2009). O entendimento da relação entre ambiente e AF vem sendo investigado nos últimos anos, e evidências mostram que o ambiente no qual as pessoas vivem está relacionado ao comportamento para a prática de AF (HINO; REIS; FLORINDO, 2010; LESLIE et al., 2007; SUNDQUIST et al., 2011; VAN DYCK et al., 2011; BARNETT et al., 2016).

Em particular, os fatores ambientais para a prática de AF tem sido objeto de investigação na atualidade. Nessa direção, para o entendimento da contribuição dos fatores ambientais na prática de AF temos o Modelo Comunitário com enfoque ecológico. Esse Modelo tem quatro domínios da vida ativa: ocupação, transporte, doméstico e de lazer e tem como finalidade favorecer a mudança na prática de AF da

população. Os domínios da vida ativa devem ser investigados em sua totalidade com vistas as intervenções efetivas para a prática de AF (SALLIS et al., 2006).

Os fatores individuais referem-se as variáveis geográficas, biológicas, psicológicas e situação familiar. Os fatores relacionados à percepção do ambiente referem-se a segurança, ao conforto, a atratividade, as instalações e as conveniências. Os fatores contextuais referem-se aos locais de trabalho, escolas, unidades básicas de saúde, instalações de lazer e recreação, clima, espaços públicos abertos, topografia, transporte e estruturas dos bairros. Os fatores políticos abarcam o incentivo à saúde, subsídio de equipamentos de saúde e lazer ou investimentos de equipamentos públicos de lazer (SALLIS et al., 2006).

Em relação aos meios para obtenção de informações sobre o ambiente: temos a observação sistemática do ambiente, as geoprocessadas e as fundamentadas na percepção do ambiente (BROWNSON et al., 2009; MANTA et al., 2018). No Brasil, vários estudos investigaram a percepção do ambiente para a prática de AF com adolescentes (REIS et al., 2009), adultos (GOMES et al., 2011; PAZIN et al., 2012; RECH et al., 2012; TEIXEIRA; NAKAMURA; KOKUBUN, 2014) e idosos (GIEHL et al., 2012; SALVADOR et al., 2009). A percepção do ambiente pode ser investigada por meio de métodos simples e de baixo custo em relação aos aspectos qualitativos do ambiente, tais como estética e segurança pública (HINO; REIS; FLORINDO, 2010). Para obtenção dos dados é utilizado a escala *Neighborhood Environment Walkability Scale* (NEWS) na forma adaptada (FLORINDO et al., 2012; MALAVASI et al., 2007).

Atualmente, temos o estudo denominado *Healthy Urban Living And Ageing* (HULAP), realizado em Belfast (UK) e em Curitiba (Brasil), com uma equipe multidisciplinar que utiliza a combinação de métodos quantitativos e qualitativos de medidas objetivas e autorreferidas do ambiente e AF (GPS, acelerômetro, GIS, questionários e entrevistas). A fim de fornecer uma avaliação da prática de AF de adultos idosos e compreender a associação com ambientes sociais, construídos e políticos, o desenvolvimento desse estudo pode contribuir para a compreensão dessas variáveis para a organização de políticas públicas para a promoção de AF para pessoas com idades mais avançadas (ELLIS et al., 2018).

Uma revisão de literatura sobre a percepção do ambiente e a prática de AF na América Latina, realizada, em 2013, que analisou 12 artigos conduzidos no Brasil e três na Colômbia, evidenciou que dois domínios de AF, ou seja, a AFL e a AFD são

os mais investigados. Essa revisão ainda mostrou que os atributos que apresentaram relação robusta com a AF foram a percepção de segurança durante o dia na AFL e a iluminação de ruas na atividade física de transporte (ARANGO et al., 2013).

Um estudo foi realizado com 890 pessoas com idade superior a 18 anos, residentes do distrito Ermelino Matarazzo, na cidade de São Paulo – SP relacionou a AFL e AFD e fatores individuais e ambientais. Esse estudo mostrou que receber convites de amigos para atividades ($p = 0,012$), pouca poluição ambiental ($p = 0,030$) e pontuação geral de segurança elevado ($p = 0,039$) são atributos considerados positivos para a prática AF. Esse estudo sugere que a promoção da AF em regiões de baixo nível socioeconômico ainda necessita de investimentos em segurança pública, prevenção e combate à poluição ambiental e redes de apoio social (FLORINDO; SALVADOR; REIS, 2013).

Um estudo mais recente investigou a percepção de 300 indivíduos relacionados à mobilidade ativa, na população de Santos-SP, Brasil comparando os distintos setores do município com diferentes níveis socioeconômicos. Os resultados mostraram que houve diferença significativa entre os setores com maior e menor nível socioeconômico. O setor de menor nível socioeconômico teve percepção positiva em relação a proximidade de locais de lazer e segurança com a vizinhança. O setor de maior nível socioeconômico apresentou a percepção positiva sobre a proximidade dos estabelecimentos, a existência de facilitadores para a prática de AF e a segurança relacionada ao tráfego e à criminalidade. Observou-se desigualdade socioeconômica na percepção do ambiente construído, havendo assim, necessidade de outros estudos e revisão do planejamento de políticas públicas relacionadas à construção e manutenção de facilitadores da prática de AF no ambiente urbano (SANTANA et al., 2015).

Outro estudo de revisão, realizado na região da Europa, evidenciou que a maioria dos indivíduos com melhor condição socioeconômica eram fisicamente mais ativos no lazer em comparação com aqueles com baixa condição socioeconômica. A AF ocupacional foi mais prevalente entre os grupos socioeconômicos mais baixos, sendo que 63% das associações foram negativas (BEENACKERS et al., 2012).

Em 2015, estudo de revisão, realizado no Brasil, evidenciou que as pesquisas produzidas sobre ambiente construído e AF são recentes, e que as estruturas

ambientais foram identificadas como facilitadoras para o aumento da AF no lazer da população em geral (BIESDORF; BALBÉ, 2015).

Um estudo de revisão realizado na Austrália, evidenciou que bairros tranquilos com uma ampla gama de destinos locais para ir, bem como, a utilização diversificada de terrenos, incentivam a AF entre os seus residentes, então, características do deslocamento e disponibilidade dos destinos a uma curta distância deve ser contabilizado no desenvolvimento ou reabilitação de áreas urbanas, reforçando a importância do planejamento urbano para a saúde por meio do seu impacto sobre os níveis populacionais de AF (ZAPATA-DIOMEDI; VEERMAN, 2016).

Para que programas e iniciativas tenham um efeito a nível populacional real que ajude a reduzir as disparidades de saúde, é necessário reorientar a sua distribuição social e espacial dentro das cidades para alcançar a população carente e desenvolver o seu potencial (GOMEZ et al., 2015). Autores sugerem que maiores investigações sejam realizadas em países de baixa e média renda, na relação entre AF e do ambiente construído (JÁUREGUI et al., 2016)

Uma direção tem sido sugerida, que a visitação de parques pode constituir um determinante para o aumento significativo da probabilidade de maior nível de AFD e AFL, além da AF total (VEITCH et al., 2013).

E, os fatores tais como idade, educação, índice de massa corpórea normais, qualidade de vida, oportunidades de lazer e satisfação estão relacionados às pessoas que utilizam os espaços público para a prática AF. Estudo mostra que pessoas com mais de 40 anos, com excesso de peso, sem oportunidades de lazer tem menor satisfação com os espaços disponíveis para realizar a AF (FERMINO et al., 2015)

Já um estudo realizado no Rio de Janeiro identificou que no Brasil, as desigualdades sociais e econômicas podem estar relacionadas à iniquidade de acesso aos espaços públicos, tais como os parques. Esse estudo ainda aponta que políticas para incentivar a AF precisam focar o ambiente construído, particularmente em áreas socialmente vulneráveis (VIEIRA et al., 2013).

Outro estudo investigou se as variáveis individuais, ambientais e sociais estavam relacionadas positivamente ao uso de espaços públicos. Esse estudo mostrou que idade mais jovem e prática de AF são consistentemente relacionadas ao uso de espaços públicos abertos para a prática de AF. Por outro lado, sexo masculino e locais próximos da residência apresentam possível relação positiva com o uso

desses locais. Apontou ainda que as intervenções para o incremento da AF deve ser direcionada às mulheres, indivíduos com idade mais avançada, fisicamente inativos e que residem distante de espaços públicos (FERMINO; REIS, 2013).

Ao considerar que há relação entre presença de espaço público e doenças, um estudo avaliou a relação entre a presença de parques próximos à residência e a probabilidade de indivíduos apresentarem uma ou duas doenças crônicas. Os resultados desse estudo mostraram que aqueles indivíduos que não tinham acesso a um parque próximo da casa tiveram o dobro da probabilidade de ter duas ou mais doenças crônicas em comparação àqueles que tinham esse equipamento social próximo de sua residência. Os autores apontam que ter acesso a parques próximo de sua residência pode constituir importante fator de proteção para doenças crônicas, especialmente entre adultos de meia idade (BESENYI et al., 2014).

Outro estudo que investigou a relação entre as características do ambiente e AF em idosos com determinados tipos específicos de doenças crônicas mostrou que o aumento do nível de AF em adultos mais velhos, que têm níveis mais baixos de funcionalidade física devido às condições crônicas, exige características específicas da vizinhança (BARNETT et al., 2016).

A criação e manutenção de ambientes que promovam e defendam os direitos de todas as pessoas, de todas as idades, de ter acesso equitativo a lugares e espaços, em suas cidades e comunidades, para envolver-se em atividades físicas regulares está entre os objetivos estratégicos do Plano de Ação Global sobre AF para aumentar a AF e reduzir o comportamento sedentário. As ações políticas necessárias são: Fortalecer a integração do planejamento urbano e de transporte para entregar bairros conectados para permitir e promover a caminhada, ciclismo, outras formas de mobilidade e o uso de transporte público. Melhorar a infraestrutura de rede, para capacitar e promover caminhadas, ciclismo, outras formas de mobilidade que envolvam o uso de rodas e a utilização de transportes públicos, com a devida atenção os princípios de acesso seguro, universal e equitativo. Acelerar a implementação de ações de políticas para melhorar segurança e a segurança pessoal de pedestres, ciclistas, pessoas engajados em outras formas de mobilidade envolvendo o uso de rodas e transporte público. Fortalecer o acesso de área verde de boa qualidade e espaços recreativos na cidade, com princípios de acesso seguro e universal com a prioridade de reduzir desigualdades. Fortalecer as diretrizes de política,

regulamentação e projeto e estruturas, para promover serviços e espaços públicos projetados para permitir que as pessoas sejam mais fisicamente ativas priorizando o acesso universal por pedestres, ciclistas e transporte público (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

No município de Ribeirão Preto - SP, temos um estudo realizado no Distrito Oeste de saúde de Ribeirão Preto – SP que mostrou que a percepção de ruas mais planas, convite de vizinho e amigos, acessibilidade às conveniências e feiras próximas das residências tiveram relação à prática de AFL e AFD das pessoas com DM2 (HODNIKI, 2015).

Diante do exposto, este estudo pretende ampliar a análise do conhecimento da percepção do ambiente e a prática de AFL e AFD dos usuários dos serviços de saúde com e sem DCNT do município de Ribeirão Preto - SP pode subsidiar políticas públicas no que tange a promoção da prática de AF. Desta forma, avançar na compreensão desta relação entre a AF e a percepção do ambiente e as DCNT, podem oferecer pistas para a elaboração e efetividade das políticas públicas em saúde.

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a relação da prática de AFL e AFD com a percepção do ambiente em usuários dos serviços de saúde no município de Ribeirão Preto - SP.

3.2 Objetivos Específicos

Caracterizar os usuários de serviço de saúde segundo as variáveis sociodemográficas e a presença ou não de DCNT.

Caracterizar a prática de AFL e AFD dos usuários dos serviços de saúde segundo as variáveis sociodemográficas, a presença ou não de DCNT e a percepção do ambiente.

Analisar se há diferença na AFL e AFD com a percepção do ambiente em usuários do serviço de saúde.

MÉTODO

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Estudo quantitativo, descritivo, observacional e transversal. É um estudo que propõe a quantificação dos dados obtidos sendo que esses são coletados em único momento e permite analisar as relações entre as variáveis. As possíveis relações de causa e efeito foram inferidas a partir de associações entre as variáveis do estudo (HULLEY et al., 2015).

4.2 Local do estudo

O município de Ribeirão Preto - SP está localizado na região Nordeste do estado de São Paulo, à 313 km da capital e a 706 Km de Brasília-DF. Ocupa uma área de 650 km², sendo que 157,50 km² estão em perímetro urbano, 172,18 km² constituem área de expansão urbana e 320,32 km² constituem zona rural. A população do município segundo o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 foi de 604.682 habitantes, sendo o oitavo município mais populoso do estado de São Paulo, e conta com uma população estimada para o ano 2017, segundo estimativa do IBGE, de 682.302 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010; FUNDAÇÃO SEADE, 2017).

Ribeirão Preto - SP é o município de referência da região de saúde da Direção Regional de Saúde XIII (DRSXIII). A Rede de Serviços da Atenção Básica à Saúde do Município está organizada em cinco Distritos de Saúde - Norte, Leste, Oeste, Central e Sul, e contam com 46 estabelecimentos de atenção básica. Desses, 25 são Unidades Básicas de Saúde (UBS), 19 são Unidades de Saúde da Família (USF) e 2 são Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS) (RIBEIRÃO PRETO, 2017).

O estudo foi realizado em cinco Distritos de Saúde: UBDS "Dr João Baptista Martin" - Distrital Central, UBDS "Dr Ítalo Baruffi" - Distrital Castelo Branco Novo, UBDS Dr. Sérgio Arouca - Quintino Facci II - Distrital Norte, Centro de Saúde Escola "Drº Joel Domingos Machado" – Sumarezinho – Distrital Oeste, UBDS "Dr Marco Antônio Sahão" - Vila Virgínia – Distrital Sul.

Para este estudo foram eleitas as UBDS, pois ao solicitar a Secretaria do Município a lista de atendimentos dos usuários dos serviços de saúde foi

disponibilizada o número de atendimentos realizados nas Farmácias das UBDS nos anos 2015/2016. De posse dessa lista, foram realizados os cálculos para obtenção da amostra. Cabe destacar que o Plano Municipal de Saúde de Ribeirão Preto – SP 2018/2021, propôs a implementação da vigilância em relação às DCNT em parceria com o Programa de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. No entanto, ainda não se tinha disponível o cadastro de pessoas com DCNT do município no ano de 2017.

4.3 População do Estudo

A partir dos 53.240 atendimentos realizados nas Farmácias em 2016, realizou-se o cálculo amostral para determinação do tamanho da amostra do estudo. O plano amostral adotado foi por Amostragem Aleatória Estratificada com alocação proporcional por estratos, onde cada estrato é formado pelos Distritos de Saúde de Ribeirão Preto – SP.

A fórmula para o cálculo do tamanho amostral é dada por:

$$n = \frac{z_{\alpha/2}^2 N(1-P)}{\varepsilon^2 P(N-1) + z_{\alpha/2}^2 (1-P)} \quad (1)$$

Onde o P representa a prevalência do evento de interesse. Onde $z_{\alpha/2}$ representa o nível de significância adotado e o ε é o erro relativo de amostragem. Se o tamanho amostral calculado pela expressão dado em (1) for maior do que 10% da população o seguinte procedimento de correção finita é adotado.

Na fórmula: $nc=n/((1+ n/N))$, o N é o tamanho total da população de estudo e n é o valor obtido em (1). A amostra foi alocada proporcionalmente entre os H estratos segundo a fórmula: $n_h = n \frac{N_h}{N}$. Onde N é a soma das médias mensais do número total de atendimentos da farmácia, e N_h é média dos totais de atendimento da farmácia de cada distrito H. Os totais populacionais encontram-se na tabela 1.

Adotando-se os parâmetros de erros relativos de amostragem de 10%, nível de significância de 5% e o número total da média mensal de atendimentos da farmácia dos cinco distritos, no ano de 2016, o tamanho amostral requerido em cada caso de erro relativo encontra-se na Tabela 1. O programa adotado para o cálculo

amostral foi o R versão 3.3.0 que pode ser adquirido gratuitamente de www.r-project.org.br (R CORE TEAM, 2016).

Tabela 1 – Média de atendimentos mensais, número de participantes no estudo piloto, tamanho amostral e amostra final de usuários por cada distrito, Ribeirão Preto - SP, 2019

Distritos	Média de Atendimentos mensais	Nº de participantes Estudo Piloto	Tamanho Amostral	Amostra Final
Oeste	7.015	10	84	107
Central	14.909	10	192	192
Sul	12.077	10	91	99
Norte	12.757	10	165	165
Leste	6.482	10	156	156
Total	53.240	50	688	719

*10% de erro

Fonte: elaboração própria.

Os dados sobre AF foram obtidos a partir estudo piloto realizado com 50 indivíduos distribuídos igualmente nos cinco distritos de saúde. Foram adotados como referência os estudos com pessoas que avaliaram a percepção do ambiente para a prática de AF (FLORINDO et al., 2011; PAZIN et al., 2012; SALVADOR et al., 2009).

4.4 Critérios de seleção

Para este estudo foram estabelecidos os seguintes critérios de seleção: usuários dos serviços de saúde adultos (idade igual e superior a 18 anos), de ambos os sexos, atendidos nos cinco Distritos de Saúde de Ribeirão Preto – SP, e que referiram apresentar ou não DCNT.

4.5 Amostra do estudo

A amostra aleatória estratificada foi constituída por 719 usuários dos serviços de saúde, de ambos os sexos, sendo 207 (28,8%) homens e 512 (71,2%) mulheres, atendidos nos cinco Distritos de Saúde de Ribeirão Preto – SP e que referiram ou não DCNT.

4.6 Variáveis do estudo

Para este estudo foram eleitas as variáveis:

4.6.1 Variáveis sociodemográficas

Sexo: foram considerados os usuários dos serviços de saúde de ambos os sexos, feminino e masculino;

Idade: a idade foi agrupada segundo as faixas etárias de 18 a 34 anos; 35 a 59 anos; 60 e mais, sendo expressa em anos completos (BRASIL, 2014b).

Escolaridade: foi considerado de acordo com o cadastro individual do e-SUS Atenção Básica, sendo classificada neste estudo como: Ensino fundamental incompleto os participantes que responderam: creche, pré-escola, classe alfabetizada, ensino fundamental 1ª a 4ª séries, ensino fundamental 5ª a 9ª série, ensino fundamental de Ensino de Jovens e Adultos (EJA) – séries iniciais (supletivo 1ª a 4ª), ensino fundamental EJA – séries finais (supletivo 5ª a 9ª) e classe alfabetizada; foi considerado ensino fundamental completo os que responderam: ensino fundamental completo e ensino fundamental especial; foi considerado ensino médio completo os que responderam: ensino médio, ensino médio 2º ciclo (científico, técnico e outros), ensino médio especial e ensino médio EJA (supletivo); e foi considerado ensino superior os que responderam: ensino superior, pós-graduação (aperfeiçoamento, especialização, mestrado, doutorado) (BRASIL, 2014b).

Estado Civil: Solteiro (a); Casado (a) ou união estável; Viúvo (a); Separado (a) ou divorciado (a).

Classe econômica: foi classificada em estratos: A, B1, B2, C1, C2, D/E segundo a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2016). Para classificação socioeconômica, foram utilizados os pontos de corte: 0 a 16 (Classe D/E); 17 a 22

(Classe C2); 23 a 28 (Classe C1). 29 A 37 (Classe B2); 38 a 44 (Classe B1) e 45 a 100 (Classe A). Para estabelecimento dos pontos de corte considera-se 35 variáveis para estimar a renda permanente das famílias. Dentre as variáveis temos a posse de bens duráveis, condição de moradia, nível de escolaridade do chefe da casa e oferta de serviços públicos. A essas variáveis são atribuídos pontos para situar a classe econômica (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2016). Para este estudo consideramos a junção das classes A e B (A, B1 e B2); classe C (C1 e C2); e classe D/E (D e E) (REIS; REIS; HALLAL, 2011).

Ocupação: foram classificados como empregados: empregador, assalariado com carteira de trabalho, assalariado sem carteira de trabalho, autônomo com previdência social e sem previdência social; aposentados e pensionistas e desempregados (BRASIL, 2014b).

4.6.2 Variáveis Clínicas

Doenças Crônicas Não Transmissíveis: foram autorreferidas pelas pessoas com e sem DCNT e classificadas em sim/não. Para este estudo considerou-se DCNT a Hipertensão Arterial (HAS), Acidente Vascular Cerebral (AVC), Doença do Coração (DC), Diabetes *Mellitus* tipo 1 (DM1), Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2), câncer, rinite, sinusite, doença pulmonar obstrutiva crônica, asma e bronquite; e outras doenças auto referidas (BRASIL, 2014a; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

4.6.3 Variáveis relacionadas à atividade física

Para obtenção dos dados referentes à AF utilizou-se o instrumento *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), versão longa. O instrumento é composto por questões relacionadas ao nível de AF e para este estudo utilizou-se os domínios “atividades físicas de recreação, esporte, exercício e de lazer”, denominado neste trabalho como AFL, contendo seis questões sobre atividades moderadas e vigorosas, assim como a prática de caminhada, e o domínio “atividades físicas como

meio de transporte”, a caminhada e o uso de bicicleta como forma de deslocamento, denominado neste trabalho como AFD (MATSUDO et al., 2001; 2002).

Foram considerados como AFL: recreação, esporte, de exercício e de lazer, caminhada no lazer e como AFD: a caminhada e uso de bicicleta. A frequência foi considerada em dias por semana; e a duração foi considerada em minutos por dia. Em relação à intensidade, as atividades foram classificadas em moderadas: as que precisam de algum esforço físico e que aumentam um pouco a frequência respiratória; ou vigorosas: as que precisam de um grande esforço físico e aumentam muito a frequência respiratória.

Para classificação do nível de AF utilizou-se a recomendação da Organização Mundial da Saúde, que considera necessária a prática de pelo menos 150 minutos de AF moderada ou caminhada na semana ou 75 minutos de AF vigorosa na semana (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

4.6.4 Variáveis relacionadas à percepção do ambiente

Para obtenção das características da percepção do ambiente utilizou-se versão adaptada da escala *Neighborhood Environmental Walkability Scale* (NEWS – versão brasileira). Esse instrumento é uma versão da junção de duas escalas, ou seja, Escala *Neighborhood Environmental Walkability Scale* (NEWS), versão brasileira e a Escala de Apoio Social para a Prática de AF (FLORINDO et al., 2012; MALAVASI et al., 2007; REIS; REIS; HALLAL, 2011). Esse instrumento permite avaliar a percepção do ambiente para a prática de AF em adultos e idosos.

A versão da Escala *Neighborhood Environmental Walkability Scale* (NEWS) foi validada para o português e contém 83 questões. As suas dimensões apresentam forte correlação ($r = 0,98-1,00$), boa fidedignidade ($\alpha = 0,655$ a $0,904$) e reprodutibilidade ($\alpha = 0,804$) (MALAVASI et al., 2007). A Escala de Apoio Social para a Prática de AF contém 12 questões (REIS; REIS; HALLAL, 2011).

A versão adaptada da Escala por Florindo et al. (2012) apresenta coeficientes de correlação para reprodutibilidade que variam de $r=0,51$ para questão de acesso a agências bancárias a $r=0,89$ para o acesso a supermercados. Apresenta $r=0,72$ para poluição geral e $r=0,94$ para acesso a facilidades/conveniências. Esses resultados mostram resultados satisfatórios em relação a reprodutibilidade para idosos e de validade para os adultos, principalmente, para a percepção de acessibilidade a estruturas de conveniências/facilidades, percepção de segurança geral e de apoio social para a prática de AF.

A versão final da Escala *Neighborhood Environmental Walkability Scale* adaptada é composta por 38 questões. Esse instrumento permite conhecer a relação entre a percepção do ambiente e AF na comunidade. As questões referem-se à percepção do indivíduo em relação às estruturas físicas e ambientais próximas de sua residência, bem como, o suporte social para a prática de AF. O instrumento ainda inclui questões sobre proximidade de lojas e comércio no geral, densidade residencial, percepção do acesso a esses locais, características das ruas, facilidades para caminhar e andar de bicicleta, arredores do bairro e segurança em relação ao tráfego e aos crimes (FLORINDO et al., 2012).

A primeira parte da Escala *Neighborhood Environmental Walkability Scale* adaptada é composta por 18 questões referentes à **acessibilidade a conveniência**. Essas questões estão relacionadas ao tempo que o indivíduo levaria caminhando para chegar da sua residência até conveniências comerciais, de serviço ou de lazer no bairro onde residiam. Esses pontos de conveniência referem-se aos parques, praças, locais para caminhar, academias, clubes, quadras de esportes, campos de futebol, pontos de ônibus, estações de trem, postos de saúde, farmácias, igrejas ou templos religiosos, padarias, agências bancárias, bares, feiras, armazéns, mercados e supermercados. A análise do tempo despendido pelo indivíduo é registrada em minutos de caminhada. Consideraram-se lugares próximos a residência quando o sujeito gasta até 10 minutos de caminhada (FLORINDO et al., 2012).

A segunda parte da Escala *Neighborhood Environmental Walkability Scale* adaptada é composta por 20 questões relacionadas à estrutura ambiental próxima da residência. Dessas, três questões referem-se a **segurança no trânsito** tais como trânsito intenso que pode dificultar a caminhada ou o uso de bicicleta, faixas de

segurança para pedestres, respeito aos pedestres pelos motoristas nas faixas de segurança. Essas questões são respondidas utilizando sim/não.

A **segurança geral** refere-se às ruas bem iluminadas à noite, segurança para fazer a caminhada durante o dia e a noite. Essas questões são respondidas utilizando sim/não.

O **apoio social** refere-se ao convite de amigos, vizinhos e parentes para caminhar, andar de bicicleta ou praticar esportes no bairro, eventos esportivos e/ou caminhadas orientadas no bairro. Essas questões são respondidas utilizando sim/não.

A **poluição geral** refere-se aos locais com acúmulo de lixo, esgoto a céu aberto e fumaça. Essas questões são respondidas utilizando sim/não.

Por fim, a **presença e/ou caminhada acompanhado pelo animal de estimação** refere-se se a pessoa tem ou não animal de estimação.

Cabe destacar que as questões referentes à **estrutura e qualidade do ambiente**, tais como a presença e qualidade das calçadas e áreas verdes, ruas de superfícies planas ou não, clima que interfere para caminhar, andar de bicicleta ou praticar esportes no bairro são analisadas de forma descritiva (FLORINDO et al., 2012).

4.7 Estudo Piloto

O estudo piloto foi realizado no período de 03/03/2017 a 15/03/2017. Participaram 50 usuários dos serviços de saúde, sendo 10 de cada Distrito de Saúde. Para tanto, o pesquisador estabeleceu o período da manhã e/ou tarde e após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética fez o convite em ordem consecutiva. O instrumento foi aplicado em uma unidade de cada vez, sendo que o tempo médio da entrevista foi de 20 minutos. O pesquisador fez o convite aos participantes na sala de espera da consulta médica, e para aqueles que concordaram foi providenciado um ambiente privativo e/ou confortável para a emissão das respostas. O pesquisador leu as questões e as alternativas de respostas em voz alta e registrou imediatamente a emissão de resposta para cada item do instrumento. Durante a aplicação do instrumento observou-se necessidade de reestruturação na ordem das questões referentes às variáveis sociodemográficas para facilitar o entendimento e o encadeamento das respostas pelos participantes. Após o teste piloto, o instrumento

foi considerado adequado para utilização na coleta dos dados. Os participantes do teste piloto não foram incluídos na amostra do estudo.

4.8 Coleta de dados

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em pesquisa e autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto – SP, a pesquisadora entrou em contato com os gestores das unidades distritais de saúde para o planejamento e início da coleta de dados. Para a coleta de dados foi realizado um treinamento com 20 pesquisadores, sendo três pós-graduandos, seis alunos de graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, dez aprimorandos do Programa de Aprimoramento Multiprofissional em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SMS-RP) e duas coordenadoras do referido programa. O treinamento dos pesquisadores consistiu em uma apresentação com leitura detalhada do instrumento, com objetivo de sanar dúvidas quanto às questões. Também foi realizada a aplicação do instrumento entre os pares para sanar possíveis dificuldades. O tempo médio do treinamento foi de quatro horas, e realizado quatro vezes.

Após essa etapa, a pesquisadora foi pessoalmente em cada unidade se apresentar e estabelecer a data e horário do início da coleta de dados com os gestores das UBDS, apresentando o documento de aprovação do projeto e autorização para a coleta de dados do Comitê de Ética e da SMS-RP, respectivamente.

A coleta de dados teve início em maio de 2017 e o recrutamento dos participantes foi por ordem consecutiva. Os entrevistadores, primeiramente explicaram a natureza e o objetivo do estudo aos participantes e para aqueles que concordaram em participar da pesquisa, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O pesquisador fez o convite aos participantes na sala de espera da consulta médica, e para aqueles que concordaram foi providenciado um ambiente privativo e/ou confortável para a emissão das respostas. O pesquisador leu as questões e as alternativas de respostas em voz alta e registrou imediatamente a emissão de resposta para cada item do instrumento.

O pesquisador esteve em cada unidade em média três meses até completar o número de participantes da amostra. O tempo médio para a coleta de dados foi de

20 minutos. Após o término da coleta de dados, os entrevistadores agradeciam a colaboração dos participantes e dos gestores da unidade.

4.9 Organização dos dados para análise

Considerou-se variáveis dependentes do estudo “atividade física de lazer” e “atividade física de deslocamento”, ambas classificadas como: menos de 150 minutos por semana e 150 minutos ou mais por semana. O modelo avaliou os fatores que estão relacionados com a prática das atividades físicas (cada uma individualmente) por 150 minutos ou mais.

Como critério de seleção para entrada e saída das variáveis do modelo foi utilizado o procedimento automático denominado como *stepwise*. A estatística utilizada para essa finalidade foi o teste da Razão de Verossimilhança (RV). As questões estatisticamente significantes foram adicionadas a análise de regressão.

As variáveis independentes utilizadas para a análise de regressão foram: sexo (Masculino/Feminino), idade (18 a 34, 35 a 59, 60 ou mais), estado civil (Solteiro, Casado ou União Estável, Separado ou Divorciado, Viúvo), ocupação (Com Emprego/Sem Emprego), classe econômica (A + B, C, D + E), doenças crônicas não transmissíveis (Sim/Não) e as questões relacionadas ao instrumento de percepção do ambiente. As questões de percepção do ambiente apresentadas no trabalho por acessibilidade a conveniência; segurança no trânsito; segurança geral; apoio social; poluição geral; presença e/ou caminhada acompanhado pelo animal de estimação; e estrutura e qualidade do ambiente.

A partir do modelo final ajustado foi calculada a razão de *Odds* (OR). Em todas as análises foi considerado um nível de significância de 5% ($\alpha = 0.05$). As análises foram realizadas por meio do programa R versão 3.3.0 que pode ser baixado gratuitamente em www.r-project.org.

4.10 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, nº do parecer 1.875.599 (Anexo 1), de acordo com as normas do Conselho Nacional de Saúde, obedecendo ao que preceitua a

Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, atendendo às exigências éticas e científicas fundamentais da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

RESULTADOS

5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados de acordo com os objetivos do presente estudo.

5.1 Caracterização dos usuários de serviço de saúde segundo as variáveis sociodemográficas e a presença ou não de DCNT

Participaram do estudo 719 usuários dos serviços de saúde do município. Em relação aos **distritos de saúde**, 26,70% e 22,95% eram do distrito de saúde Central e Norte, respectivamente. Em relação ao **sexo**, 512 (71,21%) eram do sexo feminino e 207 (28,79%), masculino. Em relação à **idade**, grande parte (40,75%) encontra-se no grupo de pessoas de 35 a 59 anos. A média encontrada foi de 44,83 anos com desvio padrão de 17,64. Em relação ao estado civil, maioria era casada ou em união estável. Em relação à **escolaridade**, grande parte dos usuários tinham ensino fundamental incompleto 293 (40,75%) e ensino médio completo 265 (36,86%). Em relação à **ocupação**, 312 (43,39%) encontrava-se com emprego e 240 (33,38%) eram aposentados ou pensionistas. Em relação à **classe econômica**, a maioria, 373 (51,88%) era da classe C (Tabela 2).

Dos participantes, 504 (70,1%) tinham DCNT e 215 (29,9%) não. O Distrito Central apresentou maior número de pessoas que referiram doença crônica, sendo a maioria do sexo feminino, na faixa de 35 a 59 anos, com ensino fundamental incompleto, com emprego e pertencente à classe econômica C1 (Tabela2). E em relação aos participantes sem DCNT, o Distrito Norte apresentou maior número de pessoas sem a doença crônica, sendo a maioria do sexo feminino, na faixa dos 18 a 34 anos, com ensino médio, com emprego e pertencente à classe econômica B2 (Tabela2).

Ao analisar as variáveis sociodemográficas e a presença ou não de DCNT obteve-se que os distritos de saúde, idade, escolaridade e ocupação apresentaram diferença estatisticamente significativa. Esse resultado mostra que para essas variáveis os usuários dos serviços de saúde com e sem DCNT apresentam características diferentes (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual dos usuários de serviço de saúde segundo as variáveis sociodemográficas e a presença ou não de DCNT, Ribeirão Preto - SP, 2019

	DCNT ^a						
	Total (n=719)		Não (n=215)		Sim (n=504)		p valor
	n (%)		n (%)		n (%)		
Distritos de Saúde							0,008*
Oeste	107	(14,9)	19	(17,8)	88	(82,2)	
Central	192	(26,7)	60	(31,2)	132	(68,7)	
Sul	100	(13,9)	33	(33,0)	67	(67,0)	
Norte	165	(22,9)	62	(37,6)	103	(62,4)	
Leste	155	(21,6)	41	(26,4)	114	(73,5)	
Sexo							0,461
Feminino	512	(71,2)	149	(29,1)	363	(70,9)	
Masculino	207	(28,8)	66	(31,9)	141	(68,1)	
Idade - Média: 44,83 (17,64)							< 0,001*
18 a 34 anos	242	(33,7)	115	(47,5)	127	(52,5)	
35 a 59 anos	293	(40,7)	76	(25,9)	217	(74,1)	
60 ou mais	184	(25,6)	24	(13,0)	160	(87,0)	
Estado Civil							0,010*
Solteiro (a)	272	(37,8)	98	(36,0)	174	(64,0)	
Casado (a) ou união estável	339	(47,1)	95	(28,0)	244	(72,0)	
Viúvo	42	(5,8)	6	(14,3)	36	(85,7)	
Separado ou divorciado	66	(9,9)	16	(24,2)	50	(75,8)	
Escolaridade							0,031*
Ensino Fundamental incompleto	293	(40,7)	70	(23,9)	223	(76,1)	
Ensino Fundamental completo	56	(7,8)	17	(30,4)	39	(69,6)	
Ensino Médio completo	265	(36,9)	93	(35,1)	172	(64,9)	
Ensino Superior	105	(14,6)	35	(33,3)	70	(66,7)	
Ocupação							<0,001*
Com emprego	312	(43,4)	107	(34,3)	205	(65,7)	
Aposentado/Pensionista	167	(23,2)	17	(10,2)	150	(89,8)	
Desempregado	240	(33,4)	91	(37,9)	149	(62,1)	
Classe econômica							0,203
A+B	250	(34,8)	85	(34,0)	165	(66,0)	
C	373	(51,9)	102	(27,3)	271	(72,6)	
D+E	96	(13,3)	28	(29,2)	68	(70,8)	

Teste realizado: qui-quadrado de Person; *p<0,05; ^aDoenças Crônicas Não Transmissíveis; Fonte: elaboração própria.

5.2 Caracterização da prática de atividade física de lazer e de deslocamento dos usuários dos serviços de saúde segundo as variáveis sociodemográficas e a presença ou não de DCNT

A AF mais praticada foi à caminhada, tanto como AFL quanto AFD. A seguir estão apresentados os resultados sobre a prática de AFL e AFD segundo as variáveis sociodemográficas, sendo que os homens são mais ativos que as mulheres no lazer, e que quanto menor a classe econômica dos participantes mais ativos eles são na atividade física de deslocamento (Tabela 3).

Então, em relação à prática de AFL e AFD segundo as variáveis sociodemográficas obteve-se que apenas a variável sexo para a prática de AFL foi estatisticamente significativa (Tabela 3). Quanto à prática de AFD obteve-se que apenas a classe econômica foi estatisticamente significativa (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição numérica e percentual dos usuários de serviço de saúde segundo as variáveis sociodemográficas e a prática de atividade física de lazer e de deslocamento, Ribeirão Preto - SP, 2019

	Atividade física de lazer		p valor	Atividade física de deslocamento		p valor
	Pratica a recomendação ¹ n (%)	Não pratica a recomendação ² n (%)		Pratica a recomendação ¹ n (%)	Não pratica a recomendação ² n (%)	
Total	115 (16,0)	604 (84,0)		151 (21,0)	568 (79,0)	
Sexo						
Masculino	42(20,3)	165 (79,7)	0,046*	53 (25,6)	154 (74,4)	0,054
Feminino	73(14,3)	439 (85,7)		98 (19,1)	414 (80,9)	
Idade (anos)						
18 a 34	41 (16,9)	201 (83,1)	0,461	55 (22,7)	187 (77,3)	0,082
35 a 59	41 (14,0)	252 (86,0)		68 (23,2)	225 (76,8)	
60 ou mais	33 (17,9)	151 (82,1)		28 (15,2)	156 (84,8)	

continua

continuação

	Atividade física de lazer			Atividade física de deslocamento		
	Pratica a recomendação¹	Não pratica a recomendação²	p valor	Pratica a recomendação¹	Não pratica a recomendação²	p valor
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Estado Civil						
Solteiro (a)	53 (19,5)	219 (80,5)	0,152	63 (23,2)	209 (76,8)	0,650
Casado (a) ou união estável	50(14,7)	289 (85,3)		69 (20,4)	270 (79,6)	
Viúvo (a)	6 (14,3)	36 (85,7)		7 (16,7)	35 (83,3)	
Separado (a) ou divorciado (a)	6 (9,1)	60 (90,9)		12 (18,2)	54 (81,8)	
Ocupação						
Com emprego	50 (16,0)	262 (84,0)	0,658	65 (20,8)	247 (79,2)	0,946
Aposentado / pensionista	30 (18,0)	137 (82,0)		34 (20,4)	133 (79,6)	
Desempregado	35 (14,6)	205 (85,4)		52 (21,7)	188 (78,3)	
Classe Econômica						
A+B	45 (18,0)	205 (82,0)	0,328	38 (15,2)	212 (84,8)	0,020*
C	59 (15,8)	314 (84,2)		90 (24,1)	283 (75,9)	
D+E	11 (11,5)	85 (88,5)		23 (24,0)	73 (76,0)	
Estado Civil						
Solteiro (a)	53 (19,5)	219 (80,5)	0,152	63 (23,2)	209 (76,8)	0,650
Casado (a) ou união estável	50 (14,7)	289 (85,3)		69 (20,4)	270 (79,6)	
Viúvo (a)	6 (14,3)	36 (85,7)		7 (16,7)	35 (83,3)	
Separado (a) ou divorciado (a)	6 (9,1)	60 (90,9)		12 (18,2)	54 (81,8)	
Escolaridade						
Ensino Superior completo ou mais	24 (22,9)	81 (77,1)	0,059	19 (18,1)	86 (81,9)	0,319
Ensino médio completo	38 (14,3)	227 (85,7)		51 (19,2)	214 (80,8)	
Ensino Fundamental completo	52 (16,2)	269 (83,8)		77 (24,0)	244 (76,0)	

continuação

conclusão

	Atividade física de lazer			Atividade física de deslocamento		
	Pratica a recomendação ¹ n (%)	Não pratica a recomendação ² n (%)	p valor	Pratica a recomendação ¹ n (%)	Não pratica a recomendação ² n (%)	p valor
Ensino Fundamental incompleto	1 (3,6)	27 (96,4)		4 (14,3)	24 (85,7)	
Doenças Crônicas Não Transmissíveis						
Não	34 (15,8)	181 (84,2)	0,931	39 (18,1)	176 (81,9)	0,219
Sim	81 (16,1)	423 (83,9)		112 (22,2)	392 (77,8)	
Doenças Circulatórias	43 (17,1)	209 (82,9)	0,566	51 (20,2)	201 (79,8)	0,712
Doenças Respiratórias	36 (13,4)	233 (86,6)	0,140	60 (22,3)	209 (77,7)	0,507
Diabetes	20 (19,8)	81 (80,2)	0,260	22 (21,8)	79,0 (78,2)	0,835
Câncer	7 (30,4)	16 (69,6)	0,055*	5 (21,7)	18 (78,3)	0,930
Outras DCTN	26 (16,1)	135 (83,9)	0,952	37 (23,0)	124 (77,0)	0,484

Teste realizado: qui-quadrado de Pearson; *p<0,05; ¹Recomendação de pelo menos 150 minutos de atividade física moderada ou 75 minutos de atividade física vigorosa por semana. ²Não pratica a recomendação de pelo menos 150 minutos de atividade física moderada ou 75 minutos de atividade física vigorosa por semana; Fonte: elaboração própria.

5.3 Análise da diferença na prática de atividade física de lazer e de deslocamento com a percepção do ambiente em usuários do serviço de saúde

Constatou-se que em relação à percepção do ambiente, quem percebe o posto de saúde mais longe de sua residência, parece seguir mais a recomendação da prática de AFL, e quem reside próximo a uma academia pratica mais AFD.

Então, ao analisar a prática de AFL e AFD com a percepção do ambiente em usuários do serviço de saúde relacionado ao **acesso às conveniências** obteve-se

que apenas residir próximo ao posto de saúde para a prática de AFL foi estatisticamente significativa (Tabela 4). Quanto à prática de AFD obteve-se que apenas residir próximo à academia foi estatisticamente significativa (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição numérica e percentual da prática de atividade física de lazer e de deslocamento com a percepção do ambiente em usuários do serviço de saúde relacionado ao acesso às conveniências, Ribeirão Preto - SP, 2019

Acesso às conveniências	Atividade física de lazer			Atividade física de deslocamento		
	Pratica a recomendação ^a	Não pratica a recomendação ^b	p valor	Pratica a recomendação ^a	Não pratica a recomendação ^b	p valor
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Parque						
Perto ¹	84 (17,5)	395 (82,5)	0,534	98 (20,5)	381 (79,5)	0,384
Longe ²	14 (14,9)	80 (85,1)		23 (24,5)	71 (75,5)	
Praça						
Perto	68 (18,7)	296 (81,3)	0,281	77 (21,2)	287 (78,8)	0,665
Longe	24 (14,8)	138 (85,2)		37 (22,8)	125 (77,2)	
Local para caminhar						
Perto	62 (18,1)	281 (81,9)	0,681	79 (23,0)	264 (77,0)	0,808
Longe	32 (16,7)	160 (83,3)		46 (24,0)	146 (76,0)	
Academia						
Perto	51 (15,9)	269 (84,1)	0,313	57 (17,8)	263 (82,2)	0,021*
Longe	36 (19,5)	149 (80,5)		49 (26,5)	136 (73,5)	
Clube						
Perto	5 (11,1)	40 (88,9)	0,366	6 (13,3)	39 (86,7)	0,141
Longe	29 (16,6)	146 (83,4)		41 (23,4)	134 (76,6)	
Quadra de esportes						
Perto	30 (13,6)	191 (86,4)	0,067	52 (23,5)	169 (76,5)	0,757
Longe	27 (21,1)	101 (78,9)		32 (25,0)	96 (75,0)	
Campo de Futebol						
Perto	36 (15,9)	191 (84,1)	513,000	47 (20,7)	180 (79,3)	0,144
Longe	25 (18,5)	110 (81,5)		37 (27,4)	98 (72,6)	

continua

continuação

	Atividade física de lazer			Atividade física de deslocamento		
	Pratica a recomendação ^a	Não pratica a recomendação ^b	p valor	Pratica a recomendação ^a	Não pratica a recomendação ^b	p valor
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Ponto de Ônibus						
Perto	108 (16,1)	564 (83,9)	0,779	139 (20,7)	533 (79,3)	0,922
Longe	5 (14,3)	30 (85,7)		7 (20,0)	28 (80,0)	
Estação de Trem						
Perto	2 (15,4)	11 (84,6)	0,404	4 (30,8)	9 (69,2)	0,825
Longe	0 (0,0)	4 (100,0)		1 (25,0)	3 (75,0)	
Posto de Saúde						
Perto	41 (12,4)	289 (87,6)	0,007*	74 (22,4)	256 (77,6)	0,214
Longe	71 (20,0)	284 (80,0)		66 (18,6)	289 (81,4)	
Farmácia						
Perto	72 (15,9)	382 (84,1)	0,374	97 (21,4)	357(78,6)	0,965
Longe	37 (18,7)	161 (81,3)		42 (21,2)	156 (78,8)	
Igreja						
Perto	71 (16,1)	369 (83,9)	0,974	92 (20,9)	348 (79,1)	0,926
Longe	34 (16,0)	178 (84,0)		45 (21,2)	167 (78,8)	
Padaria						
Perto	99 (17,0)	484 (83,0)	0,174	125 (21,4)	458 (78,6)	0,924
Longe	11 (11,5)	85 (88,5)		21 (21,9)	75 (78,1)	
Banco						
Perto	21 (17,2)	101 (82,8)	0,540	23 (18,9)	99 (81,1)	0,328
Longe	52 (19,8)	210 (80,2)		61 (23,3)	201 (76,7)	
Bar						
Perto	89 (15,5)	487 (84,5)	0,876	123 (21,4)	453 (78,6)	0,680
Longe	11 (16,2)	57 (83,8)		16 (23,5)	52 (76,5)	

continuação

conclusão

Acesso às conveniências	Atividade física de lazer			Atividade física de deslocamento		
	Pratica a recomendação ^a	Não pratica a recomendação ^b	p valor	Pratica a recomendação ^a	Não pratica a recomendação ^b	p valor
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Feira						
Perto	42 (20,7)	161 (79,3)	0,900	36 (17,7)	167 (82,3)	0,100
Longe	29 (20,1)	115 (79,9)		36 (25,0)	108 (75,0)	
Mercadinho						
Perto	81 (17,2)	389 (82,8)	0,881	98 (20,9)	372 (79,1)	0,598
Longe	21 (16,7)	105 (83,3)		29 (23,0)	97 (77,0)	
Supermercado						
Perto	45 (17,7)	209 (82,3)	0,375	51 (20,1)	203 (79,9)	0,278
Longe	49 (15,0)	278 (85,0)		78 (23,9)	249 (76,1)	

Teste realizado: qui-quadrado de Pearson; $p < 0,05$; ¹Locais perto da residência, considerando uma caminhada de até 10 minutos; ²Locais longe da residência, considerando uma caminhada de mais de 10 minutos. ^aRecomendação de pelo menos 150 minutos de atividade física moderada ou 75 minutos de atividade física vigorosa por semana. ^bNão pratica a recomendação de pelo menos 150 minutos de atividade física moderada ou 75 minutos de atividade física vigorosa por semana; Fonte: elaboração própria.

Os resultados mostram que a prática de AFL e AFD e percepção do ambiente em usuários do serviço de saúde relacionado à **segurança no trânsito** não houve relação estatisticamente significativa (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição numérica e percentual da prática de atividade física de lazer e deslocamento com a percepção do ambiente em usuários do serviço de saúde relacionado à segurança no trânsito, Ribeirão Preto - SP, 2019

	Atividade física de lazer			Atividade física de deslocamento		
	Pratica a recomendação ¹	Não pratica a recomendação ²	p valor	Pratica a recomendação ¹	Não pratica a recomendação ²	p valor
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Trânsito dificulta a prática de atividade física						
Sim	50 (16,0)	262 (84,0)	0,995	59 (18,9)	253(81,1)	0,222
Não	65 (16,0)	341 (84,0)		92 (22,7)	314 (77,3)	
Existem faixas de pedestres nas ruas próximas à residência						
Sim	66 (18,0)	301 (82,0)	0,146	76 (20,7)	291 (79,3)	0,813
Não	49 (14,0)	301 (86,0)		75 (21,4)	275(78,6)	
Os motoristas deixam os pedestres atravessarem na faixa						
Sim	36 (18,8)	156 (81,3)	0,211	42(21,9)	150 (78,1)	0,996
Não	72 (14,8)	413 (85,2)		106 (21,9)	379 (78,1)	

Teste realizado: qui-quadrado de Pearson; $p < 0,05$

¹Recomendação de pelo menos 150 minutos de atividade física moderada ou 75 minutos de atividade física vigorosa por semana. ²Não pratica a recomendação de pelo menos 150 minutos de atividade física moderada ou 75 minutos de atividade física vigorosa por semana; Fonte: elaboração própria.

Em relação prática de AFL e AFD e percepção do ambiente em usuários do serviço de saúde relacionado à segurança geral, os resultados mostram que não houve relação estatisticamente significativa (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição numérica e percentual da prática de atividade física de lazer e deslocamento com a percepção do ambiente em usuários do serviço de saúde relacionado à segurança geral, Ribeirão Preto - SP, 2019

	Atividade física de lazer		p valor	Atividade física de deslocamento		p valor
	Pratica a recomendação ¹	Não pratica a recomendação ²		Pratica a recomendação ¹	Não pratica a recomendação ²	
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Ruas são bem iluminadas à noite						
Sim	84 (16,6)	423 (83,4)	0,477	103 (20,3)	404 (79,7)	0,411
Não	30 (14,4)	178 (85,6)		48 (23,1)	160 (76,9)	
Segurança durante o dia para a prática de atividade física						
Sim	73 (15,3)	403 (84,7)	0,486	104 (21,8)	372 (78,2)	0,451
Não	42 (17,4)	200 (82,6)		47 (19,4)	195 (80,6)	
Segurança durante a noite para a prática de atividade física						
Sim	16 (11,3)	125 (88,7)	0,089	30 (21,3)	111 (78,7)	0,961
Não	98 (17,2)	471 (82,8)		120 (21,1)	449 (78,9)	

Teste realizado: qui-quadrado de Pearson; $p < 0,05$; ¹Recomendação de pelo menos 150 minutos de atividade física moderada ou 75 minutos de atividade física vigorosa por semana. ²Não pratica a recomendação de pelo menos 150 minutos de atividade física moderada ou 75 minutos de atividade física vigorosa por semana; Fonte: elaboração própria.

Em relação prática de AFL e AFD e percepção do ambiente em usuários do serviço de saúde relacionado ao apoio social, os resultados mostram que não houve relação estatisticamente significativa (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição numérica e percentual da prática de atividade física de lazer e deslocamento com a percepção do ambiente em usuários do serviço de saúde relacionado ao apoio social, Ribeirão Preto - SP, 2019

Atividade física de lazer						
	Pratica a recomendação ¹ n (%)	Não pratica a recomendação ² n (%)	p valor	Atividade física de deslocamento		
				Pratica a recomendação ¹ n (%)	Não pratica a recomendação ² n (%)	p valor
Receber convite de amigos ou vizinhos						
Sim	43 (19,2)	181 (80,8)	0,118	46 (20,5)	178 (79,5)	0,875
Não	72 (14,6)	422 (85,4)		104 (21,1)	390 (78,9)	
Receber convite de parentes para a prática de atividade física						
Sim	40 (19,2)	168 (80,8)	0,131	43 (20,7)	165 (79,3)	0,890
Não	75 (14,7)	436 (85,3)		108 (21,1)	403 (78,9)	

continua

conclusão

	Atividade física de lazer			Atividade física de deslocamento		
	Pratica a recomendação ¹ n (%)	Não pratica a recomendação ² n (%)	p valor	Pratica a recomendação ¹ n (%)	Não pratica a recomendação ² n (%)	p valor
Ocorre eventos esportivos ou caminhadas orientadas no bairro						
Sim	27 21,4%	99 78,6%	0,077	34 27,0%	92 73,0%	0,054
Não	84 15,0%	476 85,0%		108 19,3%	452 80,7%	

Teste realizado: qui-quadrado de Pearson; $p < 0,05$; ¹Recomendação de pelo menos 150 minutos de atividade física moderada ou 75 minutos de atividade física vigorosa por semana. ²Não pratica a recomendação de pelo menos 150 minutos de atividade física moderada ou 75 minutos de atividade física vigorosa por semana; Fonte: elaboração própria.

Em relação prática de AFL e AFD e percepção do ambiente em usuários do serviço de saúde relacionado à **poluição** os resultados mostram que não houve relação estatisticamente significativa (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição numérica e percentual da prática de atividade física de lazer e deslocamento com a percepção do ambiente em usuários do serviço de saúde relacionado à poluição, Ribeirão Preto - SP, 2019

	Atividade física de lazer			Atividade física de deslocamento		
	Pratica a recomendação ¹ n (%)	Não pratica a recomendação ² n (%)	p valor	Pratica a recomendação ¹ n (%)	Não pratica a recomendação ² n (%)	p valor
Existe acúmulo de lixo perto da residência						
Sim	41 (14,5)	241 (85,5)	0,415	59 (20,9)	223 (79,1)	0,929
Não	73 (16,8)	361 (83,2)		92 (21,2)	342 (78,8)	
Existe esgoto a céu aberto perto da residência						
Sim	14 (15,2)	78 (84,8)	0,818	21 (22,8)	71 (77,2)	0,656
Não	101 (16,2)	524 (83,8)		130 (20,8)	495 (79,2)	
Existe fumaça de poluição perto da residência						
Sim	53 (17,7)	246 (82,3)	0,311	61 (20,4)	238 (79,6)	0,690
Não	62 (14,9)	354 (85,1)		90 (21,6)	326 (78,4)	

Teste realizado: qui-quadrado de Pearson; $p < 0,05$; ¹Recomendação de pelo menos 150 minutos de atividade física moderada ou 75 minutos de atividade física vigorosa por semana. ²Não pratica a recomendação de pelo menos 150 minutos de atividade física moderada ou 75 minutos de atividade física vigorosa por semana; Fonte: elaboração própria.

Quanto a prática de AFL e AFD e percepção do ambiente em usuários do serviço de saúde relacionado à **presença e/ou caminhada acompanhado pelo animal de estimação**, os resultados mostram que não houve relação estatisticamente significativa (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição numérica e percentual da prática de atividade física de lazer e deslocamento com a percepção do ambiente em usuários do serviço de saúde relacionado à presença e/ou caminhada acompanhado pelo animal de estimação, Ribeirão Preto - SP, 2019

	Atividade física de lazer			Atividade física de deslocamento		
	Pratica a recomendação 1	Não pratica a recomendação 2	p valor	Pratica a recomendação 1	Não pratica a recomendação 2	p valor
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Tem animal de estimação						
Sim	52 (16,2)	269 (83,8)	0,893	68 (21,2)	253 (78,8)	0,914
Não	63 (15,8)	335 (84,2)		83 (20,9)	315 (79,1)	
Caminhada acompanhada do animal de estimação						
Sim	27 (21,1)	101 (78,9)	0,053	28 (21,9)	100 (78,1)	0,805
Não	25 (13,0)	168 (87,0)		40 (20,7)	153 (79,3)	

Teste realizado: qui-quadrado de Pearson; $p < 0,05$; Teste realizado: qui-quadrado de Pearson; $p < 0,05$; ¹Recomendação de pelo menos 150 minutos de atividade física moderada ou 75 minutos de atividade física vigorosa por semana. ²Não pratica a recomendação de pelo menos 150 minutos de atividade física moderada ou 75 minutos de atividade física vigorosa por semana; Fonte: elaboração própria.

No que se refere a prática de AFL e deslocamento com a percepção do ambiente em usuários do serviço de saúde relacionado à **estrutura e qualidade do ambiente**, os resultados mostram que para a prática de AFD, as variáveis qualidade de áreas verdes e clima foram estatisticamente significantes (Tabela10).

Tabela 10 – Distribuição numérica e percentual da prática de atividade física de lazer e deslocamento com a percepção do ambiente em usuários do serviço de saúde relacionado à estrutura e qualidade do ambiente, Ribeirão Preto - SP, 2019

	Atividade física de lazer			Atividade física de deslocamento		
	Pratica a recomendação 1	Não pratica a recomendação 2	p valor	Pratica a recomendação 1	Não pratica a recomendação 2	p valor
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Existe calçadas na rua da residência						
Sim	110 (16.0)	576 (84.0)	0.892	145 (21.1)	541 (78.9)	0.684

continua

conclusão

Conclusão	Atividade física de lazer			Atividade física de deslocamento		
	Pratica a recomendação 1	Não pratica a recomendação 2	p valor	Pratica a recomendação 1	Não pratica a recomendação 2	p valor
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Não	5 (15,2)	28 (84,8)		6 (18,2)	27 (81,8)	
Qualidade das calçadas						
Boas	44 (15,5)	240 (84,5)	0,866	64 (22,5)	220 (77,5)	0,067
Regulares	40 (17,0)	195 (83,0)		55 (23,4)	180 (76,6)	
Ruins	28 (15,4)	154 (84,6)		27 (14,8)	155 (85,2)	
Existe áreas verdes próximas da residência						
Sim	91 (16,4)	464 (83,6)	0,672	125 (22,5)	430 (77,5)	0,087
Não	24 (15,0)	136 (85,0)		26 (16,3)	134 (83,8)	
Qualidade das áreas verdes						
Boas	54 (15,9)	286 (84,1)	0,862	88 (25,9)	252 (74,1)	0,038
Regulares	29 (17,7)	135 (82,3)		28 (17,1)	136 (82,9)	
Ruins	13 (15,7)	70 (84,3)		14 (16,9)	69 (83,1)	
As ruas são planas						
Sim	48 (15,4)	263 (84,6)	0,710	68 (21,9)	243 (78,1)	0,632
Não	67 (16,5)	340 (83,5)		83 (20,4)	324 (79,6)	
O clima dificulta a prática de atividade física						
Sim	52 (16,3)	267 (83,7)	0,887	56 (17,6)	263 (82,4)	0,036
Não	63 (15,9)	333 (84,1)		95 (24,0)	301 (76,0)	

Teste realizado: qui-quadrado de Pearson; $p < 0,05$; ¹Recomendação de pelo menos 150 minutos de atividade física moderada ou 75 minutos de atividade física vigorosa por semana. ²Não pratica a recomendação de pelo menos 150 minutos de atividade física moderada ou 75 minutos de atividade física vigorosa por semana; Fonte: elaboração própria.

Para analisar se há diferença na prática de AFL e AFD com a percepção do ambiente em usuários do serviço de saúde utilizou-se o modelo de regressão logística. O modelo de regressão logística entre percepção do ambiente e AFL dos usuários dos serviços de saúde mostrou que os homens têm 1,55 ($p=0,04$) vezes chance de

serem mais ativos do que as mulheres. Os participantes que residem longe de posto de saúde parecem 1,7187 ($p=0,01$) vezes de chance de serem mais ativos no lazer. E os participantes que não sabem ou dizem não ter feira no bairro onde residem, parecem ter o valor de chances opostas, apresentando 0,51 ($p=0,005$) chances de serem ativos no lazer (Tabela 11).

Tabela 11 – Modelo de regressão logística entre percepção do ambiente e dados sociodemográficos e atividade física de lazer dos usuários dos serviços de saúde, Ribeirão Preto - SP, 2019

Variável	Modelo Múltiplo			
	OR	IC95%		p*
Atividade Física de Lazer				
Sexo				
Feminino	1			
Masculino	1,5505	1,0061	2,3679	0,0441*
Posto de Saúde				
Perto ¹	1			
Longe ²	1,7187	1,1261	2,6514	0,0130*
Não tem / Não sabe	0,7617	0,1762	2,2865	0,6664
Feira				
Perto	1			
Longe	0,8330	0,4802	1,4279	0,5097
Não tem / Não sabe	0,5082	0,3180	0,8124	0,0046*

Teste realizado: Regressão Logística Modelo Múltiplo; IC95%=Intervalo de Confiança de 95%; * $p<0,005$; OR=Odds ratio; ¹Locais perto da residência, considerando uma caminhada de até 10 minutos; ²Locais longe da residência, considerando uma caminhada de mais de 10 minutos. Fonte: elaboração própria.

No que se refere aos resultados quanto à prática de AFD obteve-se que os homens têm 1,62 ($p=0,02$) vezes de chance de praticar AFD do que as mulheres. Quanto a faixa etária os usuários dos serviços de saúde de 35 a 59 anos têm 1,85 ($p=0,01$) vezes chance e de 18 a 34 anos, 1,99 ($p=0,01$) vezes de chance de que as pessoas com 60 anos e mais de praticar AFD. As pessoas com classe econômica mais baixa (D e E) têm 2,42 ($p=0,004$) vezes e as da classe C têm 2,01 ($p=0,001$) chance de praticar mais a AFD do que as pessoas de classe econômica mais alta (A). E os participantes que não sabem ou dizem não ter local para caminhar no bairro onde

residem, parecem ter o valor de chances opostas, apresentando 0,52 ($p=0,011$) chances de serem ativos no lazer (Tabela 12).

Tabela 12 – Modelo de regressão logística entre percepção do ambiente e dados sociodemográficos e atividade física de deslocamento dos usuários dos serviços de saúde, Ribeirão Preto - SP, 2019

Atividade física de deslocamento dos usuários dos serviços de saúde, Ribeirão Preto - SP, 2019				
Variável	Modelo Múltiplo			
	Odds ratio	IC95%		p*
Atividade Física de deslocamento				
Sexo				
Feminino	1			
Masculino	1,6168	1,0833	2,4008	0,0178*
Idade				
60 anos ou mais	1			
35 a 59 anos	1,8557	1,1398	3,0889	0,0148*
18 a 34 anos	1,9882	1,1919	3,3815	0,0096*
Classe Econômica				
A + B	1			
C	2,0122	1,3157	3,1289	0,0015*
D + E	2,4211	1,2993	4,4696	0,0049*
Local para caminhar				
Perto ¹	1			
Longe ²	1,0072	0,6545	1,5373	0,9736
Não tem / Não sabe	0,5212	0,3106	0,8511	0,0110*

Teste realizado: Regressão Logística Modelo Múltiplo; IC95%=Intervalo de Confiança de 95%; * $p<0,005$; OR=Odds ratio; ¹Locais perto da residência, considerando uma caminhada de até 10 minutos; ²Locais longe da residência, considerando uma caminhada de mais de 10 minutos. Fonte: elaboração própria.

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

6.1 Caracterização dos usuários de serviço de saúde segundo as variáveis sociodemográficas e a presença ou não de DCNT

Ao analisar as variáveis sociodemográficas e a presença ou não de DCNT obteve-se que os distritos de saúde, idade, escolaridade e ocupação apresentaram diferença estatisticamente significativa. Esses resultados mostram que para essas variáveis os usuários dos serviços de saúde com e sem DCNT apresentam características diferentes. O distrito norte apresenta menor número de usuários sem DCNT enquanto o distrito oeste, maior com DCNT. Em relação à idade, os usuários de 60 anos ou mais referiram ter DCNT em sua maioria e em maior número. Quanto à escolaridade, os participantes com menor escolaridade referiram mais DCNT enquanto os com maior não referiram DCNT. Em relação à ocupação, os usuários aposentados e pensionistas são os que mais referiram DCNT.

Constatou-se que em nosso estudo, em relação ao **sexo**, 512 (71,21%) eram do sexo feminino e 207 (28,79%) do sexo masculino. Esses resultados estão em concordância ao estudo que investigou a percepção e prática de AF regular entre usuários de Serviço de Atenção Primária à Saúde na cidade de Belo Horizonte – MG (MENDES et al., 2013). Estudo que analisou as características do ambiente físico e social percebido associada à atividade física no lazer e deslocamento, em 746 pessoas residentes em Florianópolis – SC, também mostrou maior participação do sexo feminino na pesquisa (PAZIN et al., 2016). Em outro estudo, que investigou a associação do ambiente com a prática de AF, com 5779 adultos, também apontou que a maioria era do sexo feminino (GOMES et al., 2016). Esses resultados estão em consonância com os dados divulgados pela Pesquisa Nacional de Saúde, no Brasil, que mostra as mulheres têm maior utilização de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (MALTA et al., 2017).

Em relação à **idade**, grande parte (40,75%) encontra-se no grupo de pessoas de 35 a 59 anos. A média foi de 44,83 anos com desvio padrão de 17,64. Outros estudos que investigaram a associação entre o ambiente e a prática de AF entre adultos mostraram que a média de idade era de 42 e 44 anos, respectivamente. (GOMES et al., 2016; JÁUREGUI et al., 2016). Em um estudo que investigou o estilo

de vida dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde, mostrou que as pessoas entre 41 e 50 anos apresentaram dados positivos em relação ao estilo de vida (SILVA et al., 2018).

Em relação à **escolaridade**, grande parte dos usuários tinham ensino fundamental incompleto 293 (40,75%) e ensino médio completo 265 (36,86%). Estudo sobre o perfil sociodemográfico dos usuários dos serviços de saúde, também mostrou baixa escolaridade (SILVA et al., 2011). Outro estudo, que analisou a utilização dos serviços de saúde SUS mostrou que a utilização dos serviços de saúde é menor conforme o aumento da escolaridade (NUNES et al., 2016; SILVA et al., 2011). A PNS divulgada mostrou que a utilização dos serviços dos SUS é maior por pessoas com menor escolaridade (MALTA et al., 2017).

Em relação à **ocupação**, 312 (43,39%) encontravam com emprego e 240 (33,38%) eram aposentados ou pensionistas. Outro estudo que investigou a avaliação do SUS mostrou que grande parte dos usuários de saúde estava empregada (MOIMAZ et al., 2016). Por outro lado, um estudo realizado apenas com homens que utilizavam o serviços de saúde mostrou que os que mais utilizavam os serviços eram os desempregados (ARRUDA; MATHIAS; MARCON, 2017)

Em relação à **classe econômica**, a maioria, 373 (51,88%) era da classe C. Assim na escolaridade, mostrou que a utilização dos serviços de saúde é menor conforme o aumento da renda (SILVA et al., 2011).

Em relação aos usuários que referiram apresentar **Doenças Crônicas Não Transmissíveis**, dos 719 (100,0%) participantes 504 (70,1%) tinham DCNT e 215 (29,9%) não. Ao analisar as variáveis sociodemográficas e a presença ou não de DCNT obteve-se que, usuários dos serviços de saúde com e sem DCNT apresentaram características diferentes. A PNS, realizada no Brasil, em 2013, mostrou que as pessoas com DCNT utilizam duas vezes mais os serviços do SUS do que as pessoas sem DCNT (MALTA et al., 2017).

A PNS considera que o perfil dos usuários dos serviços de saúde é importante para avaliação da qualidade da atenção à saúde, no que diz respeito ao acesso e utilização dos serviços dos diferentes segmentos da população. Desse modo, conhecer como as pessoas com DCNT utilizam os serviços de saúde pode favorecer na redução de barreiras de acesso e na orientação nas políticas de saúde, para promoção da equidade de acesso aos recursos e redução das vulnerabilidades, assim

como, na estruturação intervenções efetivas no que diz respeito à promoção de saúde, como programas de incentivo à prática de AF (MALTA et al., 2017).

6.2 Caracterizar a prática de atividade física de lazer e de deslocamento dos usuários dos serviços de saúde segundo as variáveis sociodemográficas e a presença ou não de DCNT

Ao analisar os usuários dos serviços de saúde do SUS sobre as variáveis sociodemográficas e as práticas de atividades físicas, somente o **sexo** foi estatisticamente significativo para a prática de AFL. Quanto à prática de AFD obteve-se que apenas a classe econômica foi estatisticamente significativa. Os resultados mostram que, tanto quem possui DCNT quanto quem não possui, não praticavam a recomendação de pelo menos 150 minutos por semana de AF, nem AFL e nem AFD, sem significância estatística.

Constatou-se que as pessoas do sexo masculino são mais ativas, em consonância a um estudo de revisão que mostrou o motivo de algumas pessoas serem ativas e outras não (BAUMAN et al., 2012). Um estudo longitudinal, que descreveu as tendências temporais de AF, de 2010 a 2014, entre usuários do Sistema Único de Saúde, mostrou que o sexo masculino foi importante determinante de prática de atividade física no lazer (TURI et al., 2017). Porém, o estudo da Pesquisa Nacional de Saúde apontou que a prática é similar entre os sexos (FERREIRA et al., 2019).

Em relação à **idade** e a prática de AF, grande parte (40,7%) encontram-se no grupo de pessoas de 35 a 59 anos. A média encontrada foi de 44,8 anos com desvio padrão de 17,6. Um estudo mostra que pessoas com mais de 40 anos, tem menor satisfação com os espaços disponíveis para realizar a AF (FERMINO et al., 2015). E também, outro estudo encontrou que a idade foi importante determinante de prática de atividade física no lazer (TURI et al., 2017). Estudos evidenciam resultados com determinados públicos, como participantes idosos (≥ 60 anos de idade) por exemplo (BALBÉ et al., 2018; BARNETT et al., 2016; PAIVA; CAMARGO; REIS, 2018). Como por exemplo, um estudo mostrou que indivíduos idosos tem comportamento mais ativo para o transporte (CERIN et al., 2017). Outro estudo que apontou elevada freqüência de indivíduos inativos no lazer, em sua maioria com idade mais avançada (ROCHA et

al., 2013). Em um estudo que analisou o estilo de vida de usuários de uma Unidade Básica de Saúde apontou que o estilo de vida positivo esteve mais presente nas idades mais avançada e casados ($p < 0,0001$) (SILVA et al., 2018).

Em relação à **ocupação**, 312 (43,39%) encontrava-se com emprego e 240 (33,38%) eram aposentados ou pensionistas. Esses resultados podem estar relacionados à idade, ao constatar que no nosso estudo as pessoas com emprego apresentam idade entre 18 e 59 anos, e as pessoas aposentadas ou pensionistas, com idade de 60 anos e mais.

Em relação à **escolaridade**, a maioria dos usuários tinha ensino fundamental incompleto 293 (40,75%) e ensino médio completo 265 (36,86%). Estudo realizado, em 2011, com a população de Ribeirão Preto – SP mostrou que a prevalência de prática de AF insuficiente foi elevada entre mulheres de baixa renda e escolaridade (SUZUKI; MORAES; FREITAS, 2011). A frequência da prática de atividade física no lazer tende a crescer com o aumento com o nível de escolaridade, e a prática de AFD. Por outro lado, tende a diminuir conforme o aumento da escolaridade, adultos com menor escolaridade apresentaram os maiores percentuais de inatividade física (BRASIL, 2014a). De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2015, a prática de AF no Brasil é maior proporcionalmente a uma maior escolaridade (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017).

Em relação à **classe econômica**, a maioria, 373 (51,9%) era da classe C. Um estudo que investigou a prática de AF e a associação com ambiente, com mulheres que viviam no sul do Brasil, mostrou que as vivem em uma classe econômica alta praticavam mais AF, pois pareciam ter maior acesso à academia e profissionais particulares. Por outro lado, no nosso estudo, a maioria vive em condições de classe econômica baixa e dependem de locais públicos para a prática de AF que estejam em condições favoráveis (BOING et al., 2015). De acordo com o IBGE e PNAD de 2015, a prática de AF no Brasil é maior proporcionalmente a uma maior renda financeira familiar (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017).

Cabe destacar que o ambiente pode ser percebido pelos indivíduos de diferentes formas dependendo do sexo, idade, escolaridade e classe econômica (MCCORMACK; SHIELL, 2011). Assim como, o ambiente pode ter relação com algumas DCNT. Logo, programas de prevenções de DCNT, como programas de

prática de AF devem considerar o ambiente da comunidade em que as pessoas vivem (MALAMBO et al., 2016).

Portanto, é importante salientar que as decisões dos profissionais da área da saúde no planejamento de um programa de AF devem se atentar ao ambiente, visto que considerar estas questões podem estar relacionado ao incremento da prática de AF.

6.3 Análise da diferença na prática de atividade física de lazer e de deslocamento com a percepção do ambiente em usuários do serviço de saúde

Ao analisar a **prática de AFL e AFD** com a **percepção do ambiente** em usuários do serviço de saúde relacionado ao **acesso às conveniências**, obteve-se que quem percebe o posto de saúde mais longe de sua residência, parecem seguir mais a recomendação da prática de AFL, e quem reside próximo a uma academia pratica mais AFD.

Estudo de revisão de literatura mostrou que a AF pode ter influência da percepção do ambiente, tal como a percepção de segurança durante o dia na AFL e a iluminação de ruas na AFD (ARANGO et al., 2013). Também um estudo, realizado no Brasil, com adultos em Florianópolis – SC, associou a percepção do ambiente físico e social com a prática da recomendação da AFL e AFD. Esse estudo mostrou que para a promoção de AFL é necessária a atratividade pelo local, com ruas iluminadas, boa segurança, proximidade de local para caminhar e de clube esportivo, bem como, considerar a proximidade de locais próximos à residência da população, como morar próximo de centros de compra e agências bancárias (PAZIN et al., 2012). Estudo conduzido por Florindo et al. (2017) mostrou que quanto mais perto de locais recreativos próximos à residência, como parques por exemplo, mais ativos são as pessoas na caminhada no lazer. Em um estudo longitudinal realizado na Austrália, com residentes de Brisbane, com idade entre 40 e 65 anos, estimou os efeitos das mudanças do ambiente ao longo de seis anos, sobre a probabilidade da caminhada e uso de bicicleta como AFD. Esse estudo apontou que mudanças no ambiente, tal como o aumento de conectividade de ruas, densidade residencial, e uso *mix* de solo estavam associados a caminhada como AFD, bem como, baixa criminalidade.

Também mostrou que poucos becos sem saída, transportes próximos e destinos recreativos foram associados com o uso de bicicleta como AFD (HEESCH; GILSCORTI; TURRELL, 2015; BENTLEY et al., 2018).

Estudos, realizados no Brasil, em diversas cidades, com crianças, adolescentes, adultos e idosos, mostraram resultados positivos em relação à percepção do ambiente com a prática de AF (REIS et al., 2009; SALVADOR et al., 2009; GOMES et al., 2011; PAZIN et al., 2012; RECH et al., 2012; GIEHL et al., 2012; TEIXEIRA; NAKAMURA; KOKUBUN, 2014).

Ao analisar os resultados obtidos em nosso estudo, obteve-se que a prática de AFL e AFD com a percepção do ambiente em usuários do serviço de saúde relacionados **sobre segurança no trânsito e geral, apoio social, poluição e presença e/ou caminhada acompanhado pelo animal de estimação**, não teve relação estatisticamente significativa. Quando relacionado à **estrutura e qualidade do ambiente**, os resultados mostram que para a prática de AFD, as variáveis sobre a qualidade de áreas verdes e clima foram estatisticamente significantes.

Porém, uma revisão de literatura mostrou que aspectos do ambiente construído afetam a prática de AF, sugerindo um papel moderador positivo de características relacionadas à segurança e qualidade estética, bem como estruturas públicas e privadas, que são espaços que congregam reuniões sociais, suporte social e percepção de segurança a população (SALVADOR et al., 2009; SALVADOR; REIS; FLORINDO, 2009; HINO; REIS; FLORINDO, 2010; ZAPATA-DIOMEDI; VEERMAN, 2016; EISENBERG; VANDERBOM; VASUDEVAN, 2017).

Para analisar se houve diferença na prática de AFL e AFD com a percepção do ambiente em usuários do serviço de saúde utilizou-se o modelo de regressão logística. No modelo de regressão logística entre percepção do ambiente e AFL dos usuários dos serviços de saúde, os homens têm mais chances de serem ativos que as mulheres, assim como na prática de AFL e AFD. Esses resultados estão em concordância com outros estudos que também investigaram a prática de AF e ambiente (BAUMAN et al., 2012; TURI et al., 2017).

Outro resultado importante refere-se aos participantes que não souberam referir à presença ou não de feira no bairro onde residem. Esses participantes parecem ter o valor de chances baixas de serem ativos no lazer. Os usuários dos serviços de saúde entre 18 e 59 anos, têm mais vezes chances de serem ativos no

deslocamento do que as pessoas com 60 anos e mais. Assim como as pessoas com classe econômica mais baixa (C, D e E) têm mais chances de vezes de praticar mais a AFD do que as pessoas de classe econômica mais alta (A e B). Esses resultados são compatíveis aos apresentados em pesquisa do IBGE, sobre prática de AF e esporte (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

Os participantes que residem longe de posto de saúde parecem 1,7187 ($p=0,01$) vezes de chance de serem mais ativos no lazer. E os participantes que não sabem ou dizem não ter local para caminhar no bairro onde residem, parecem ter o valor de chances de serem ativos no deslocamento menor do que aqueles que disseram ter o local para caminhar próximo da residência. Em um estudo que investigou os fatores do ambiente social e construído entre uma amostra de ciclistas residentes dos Estados Unidos, encontrou que os fatores ambientais percebidos em relação a pelo menos um item de acessibilidade foi significativamente associada tanto ao uso de bicicleta no lazer, quanto como meio de deslocamento. E a segurança no trânsito, densidade residencial, conectividade de ruas e infraestrutura foram significativamente associados ao uso de bicicleta como meio de deslocamento (PORTER et al., 2018). Outro estudo mostrou que a prática de AF de pessoas que moram perto ou longe de um centro de intervenção para a prática de AF, como ocorre em alguns postos de saúde do Brasil, que a promoção da prática de AF é facilitada a medida que o usuário reside mais próximo ao centro de intervenção (ANDRADE et al., 2018).

Esses resultados podem subsidiar programas de promoção de saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária. Para tanto, deve-se considerar o ambiente da comunidade em que os usuários de serviços de saúde vivem, desenvolvendo a articulação da promoção da prática de AF por meio da construção de ambientes favoráveis, bem como, o desenvolvimento de políticas públicas e fortalecimento da ação comunitária (COELHO; VERDI, 2015; MALAMBO et al., 2016).

Neste contexto, a promoção da AF e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis no SUS estão entre os melhores investimentos classificados como promissores para a prática de AF pelas pessoas. Os programas com equipe multiprofissional são estratégias que devem ser fortalecidas para a promoção de AF, com programas comunitários e aconselhamentos. Essas estratégias são

consideradas as principais ações para a promoção da AF no SUS. Também se deve incentivar os programas realizados em escolas; a priorização de caminhadas, o uso de bicicletas e o transporte público. Políticas públicas relacionadas à criação de locais seguros para prática da AF; campanhas educativas na mídia que promovam a prática da AF; desenvolvimento de programas com equipe multiprofissional e programas que busquem através do esporte podem contribuir e encorajar a prática de AF na comunidade (BECKER; GONÇALVES; REIS, 2016).

CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

Em relação ao perfil sociodemográfico dos usuários dos serviços de saúde do SUS de Ribeirão Preto – SP, a maioria era do sexo feminino, 35 a 59 anos de idade, com média de 44,83 (dp=17,83) anos. A maioria era casada ou em união estável, com ensino fundamental incompleto e ensino médio completo, tinha emprego ou aposentado ou pensionista, da classe econômica C e refere alguma doença crônica não transmissível (DCNT). A maioria não praticava a recomendação da prática de AFL ou AFD. Quanto ao ambiente percebido, os participantes do sexo masculino, que residem longe da unidade de saúde tem maior chance de ser ativa na atividade física de lazer. Os participantes que desconhecem não ter feira no bairro onde residem, têm chance oposta, ou seja, menor chance de ser ativa na atividade física de lazer. Os participantes do sexo masculino, de 35 a 59 anos, nas classes econômicas mais baixas, que residem longe de academia e percebem a qualidade de áreas verdes e clima favoráveis, tem maior chance de ser mais ativos nas atividades de deslocamento, enquanto aqueles que desconhecem o local para caminhada no bairro onde residem, parecem ter chance oposta, ou seja, menor chance de ser ativos nas atividades de deslocamento. Quanto ao perfil sociodemográfico dos usuários dos serviços de saúde, em sua maioria, são mulheres, com DCNT, menor renda e escolaridade e que busca o atendimento em saúde já com a doença. Conhecer as variáveis sociodemográficas, de saúde e o comportamento dos participantes, assim como, a percepção do ambiente físico e social dos usuários dos serviços de saúde do SUS, podem contribuir para a reestruturação dos programas de promoção de saúde e prevenção de DCNT de forma eficaz, quando se diz respeito ao comportamento ativo e ao ambiente em que vivem. Esses resultados podem subsidiar os programas de promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária.

Uma das limitações do estudo refere-se à necessidade de ampliar o entendimento do comportamento da população alvo sobre a AFL e AFD. Ainda são necessários estudos futuros que estabeleçam relações do ambiente percebido e questionários estruturados abordando questões intrínsecas, tais como fisiológicas, sociais e comportamentais relacionadas a pratica de atividade física.

O ponto forte é que ao investigar o ambiente percebido e a prática de AF entendida pelo usuário, este estudo busca ao alcance de respostas para a adesão aos programas oferecidos a esta população. O fortalecimento de equipe multiprofissional poderá incrementar a elaboração de estratégias de programas efetivos que atinja aqueles indivíduos da comunidade com menor chance de iniciar uma atividade física devido ao ambiente desfavorável.

Em síntese, as intervenções para a promoção de saúde em relação à prática de AF de usuários de serviços de saúde devem considerar a criação e manutenção de ambiente propício para a prática de AFL e AFD como locais para caminhada acessível e acesso a áreas verdes de boa qualidade, pois a AF mais praticada foi a caminhada, tanto como AFL quanto AFD. Também atentar ao perfil da população para traçar intervenções de incentivo direcionadas às mulheres, pessoas com idade mais avançada, classe econômica e escolaridade baixa.

Ao considerar que são escassas as informações sobre o processo e impacto dos programas de intervenções para a promoção de AF, esforços devem ser enviados para as intervenções classificadas como promissoras no incentivo à prática de AFL e AFD, ou seja, por equipe multiprofissional, programas comunitários e aconselhamentos, principais ações elencadas para a promoção da AF no SUS.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. R.; ATHAYDE, F. T. S. Promoção da saúde, qualidade de vida e iniquidade em saúde: reflexões para a saúde pública. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 165-172, 2016.
- ANDRADE, A. C. et al. Neighborhood-based physical activity differences: evaluation of the effect of health promotion program. **PloS one**, San Francisco, v. 13, n. 2, p. e0192115, 2018.
- ARANGO, C. M. et al. Association between the perceived environment and physical activity among adults in Latin America: a systematic review. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, London, v. 10, n. 1, p. 122, 2013.
- ARRUDA, G. O. de; MATHIAS, T. A. F.; MARCON, S. S. Prevalência e fatores associados à utilização de serviços públicos de saúde por homens adultos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 279-290, Jan. 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000100279&lng=en&nrm=iso>. Access on 20 June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017221.20532015>.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. 2016. Disponível em: <www.abep.org>. Acesso em: 30 ago. 2018.
- BARNETT, A. et al. Associations between the neighbourhood environment characteristics and physical activity in older adults with specific types of chronic conditions: the ALECS cross-sectional study. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, London, v. 13, n. 1, p. 1, 2016.
- BAUMAN, A. E. et al. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not?. **The Lancet**, London, v. 380, n. 9838, p. 258-271, 2012.
- BECKER, L.; GONÇALVES, P.; REIS, R. Programas de promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde brasileiro: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 110-122, 2016.
- BEENACKERS, M. A. et al. Socioeconomic inequalities in occupational, leisure-time, and transport related physical activity among european adults: a systematic review. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, London, v. 9, n. 1, p. 1, 2012.
- BELON, A.; NYKIFORUK, C. Possibilities and challenges for physical and social environment research in Brazil: a systematic literature review on health behaviors. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1955-1973, 2013.
- BENTLEY, R. et al. A longitudinal study examining changes in street connectivity, land use, and density of dwellings and walking for transport in Brisbane, Australia. **Environmental Health Perspectives**, Research Triangle Park, v. 126, n. 5, p. 057003, 2018.

BESENYI, G. M. et al. Planning for health: a community-based spatial analysis of park availability and chronic disease across the lifespan. **Health & Place**, Kidlington, v. 27, p. 102-105, 2014.

BIESDORF, M.; BALBÉ, G. P. Produção científica brasileira em atividade física e ambiente construído: um estudo de revisão. **Biomotriz**, Cruz Alta, v. 9, n. 2, p. 80-98, 2015.

BOING, L. et al. Physical activity associated with urban environmental characteristics: a correlational study of active women of high socioeconomic status from Brazilian cities of Santa Catarina. **Motriz: revista de Educação Física**, Rio Claro, v. 21, n. 4, p. 393-402, 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes nacionais de implantação da estratégia e-SUS atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretrizes_nacionais_esus.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BROWNSON, R. C. et al. Measuring the built environment for physical activity: state of the science. **American Journal of Preventive Medicine**, New York, v. 36, n. 4, p. S99-S123.e12, 2009.

CERIN, E. et al. The neighbourhood physical environment and active travel in older adults: a systematic review and meta-analysis. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, London, v. 14, n. 1, p. 15, 2017.

COELHO, C. F.; BURINI, R. C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 22, n. 6, p. 937-946, 2009.

COELHO, C. S.; VERDI, M. I. M. Políticas e programas de atividade física: uma crítica à luz da promoção da saúde. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, Santa Catarina v. 6, n. 3, p. 96-108, 2015.

COLBERG, S. R. et al. Exercise and type 2 diabetes: the American College of Sports Medicine and the American Diabetes Association: joint position statement. **Diabetes Care**, Washington, v. 33, n. 12, p. 147-167, 2010.

COLBERG, S. R.; HERNANDEZ, M. J.; SHAHZAD, F. Blood glucose responses to type, intensity, duration, and timing of exercise. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 36, n. 10, p. e177, 2013.

CRUMP, C. et al. Interactive effects of physical fitness and body mass index on risk of stroke: a national cohort study. **International Journal of Stroke**, London, n. 6, p. 683-694, 2016.

EISENBERG, Y.; VANDERBOM, K. A.; VASUDEVAN, V. Does the built environment moderate the relationship between having a disability and lower levels of physical activity? A systematic review. **Preventive Medicine**, New York, v. 95, p. S75-S84, 2017.

ELLIS, G. et al. Study protocol: healthy urban living and ageing in place (HULAP): an international, mixed methods study examining the associations between physical activity, built and social environments for older adults the UK and Brazil. **BMC Public Health**, London, v. 18, n. 1, p. 1135, 2018.

FERMINO, R. et al. Who are the users of urban parks? A study with adults from Curitiba, Brazil. **Journal of Physical Activity and Health**, Champaign, v. 12, n. 1, p. 58-67, 2015.

FERMINO, R.; REIS, R. Variáveis individuais, ambientais e sociais associadas com o uso de espaços públicos abertos para a prática de atividade física: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 18, n. 5, p. 523-523, 2013.

FERREIRA, R. W. et al. Acesso aos programas públicos de atividade física no Brasil: pesquisa nacional de saúde, 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, p. e00008618, 2019.

FLORINDO, A. A. et al. Perception of the environment and practice of physical activity by adults in a low socioeconomic area. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 302-310, 2011.

FLORINDO, A. A. et al. Public open spaces and leisure-time walking in brazilian adults. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 14, n. 6, p. 553, 2017.

FLORINDO, A. A. et al. Validação de uma escala de percepção do ambiente para a prática de atividade física em adultos de uma região de baixo nível socioeconômico. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, Florianópolis, v. 14, n. 6, p. 647-659, 2012.

FLORINDO, A. A.; SALVADOR, E. P.; REIS, R. S. Physical activity and its relationship with perceived environment among adults living in a region of low socioeconomic level. **Journal of Physical Activity and Health**, Champaign, v. 10, n. 4, p. 563-571, 2013.

FUNDAÇÃO SEADE. **Portal de estatística do Estado de São Paulo**. 2017. Disponível em: <<http://produtos.seade.gov.br/produtos/projpop/index.php>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

GIEHL, M. W. C. et al. Atividade física e percepção do ambiente em idosos: estudo populacional em Florianópolis. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 516-525, jun. 2012.

GOMES, C. S. et al. Physical and social environment are associated to leisure time physical activity in adults of a brazilian city: a cross-sectional study. **PloS one**, San Francisco, v. 11, n. 2, p. e0150017, 2016.

GOMES, G. A. O. et al. Walking for leisure among adults from three brazilian cities and its association with perceived environment attributes and personal factors. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, London, v. 8, n. 1, p. 111, 2011.

GOMEZ, L. F. et al. Urban environment interventions linked to the promotion of physical activity: a mixed methods study applied to the urban context of Latin America. **Social Science & Medicine**, Amsterdam, v. 131, p. 18-30, 2015.

GONÇALVES, L. B. B. et al. Programa academia da saúde: operacionalidade, ações e integração. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 32, 2019.

HASKELL, W. L. et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Circulation**, Hagerstown, v. 116, n. 9, p. 1081, 2007.

HEATH, G. W. et al. Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world. **The Lancet**, London, v. 380, n. 9838, p. 272-281, 2012.

HEESCH, K. C.; GILES-CORTI, B.; TURRELL, G. Cycling for transport and recreation: associations with the socio-economic, natural and built environment. **Health & Place**, Amsterdam, v. 36, p. 152-161, 2015.

HINO, A. A. F.; REIS, R. S.; FLORINDO, A. A. Ambiente construído e atividade física: uma breve revisão dos métodos de avaliação. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, Florianópolis, v. 12, n. 5, p. 387-394, 2010.

HODNIKI, J. [Sem título]. Acesso em: 19 jun 2019. Disponível em: https://www.pensador.com/autor/josane_hodniki/6/.

HODNIKI, P. P. **Percepção do ambiente para a prática de atividade física de lazer e caminhada como forma de deslocamento pelas pessoas com diabetes mellitus tipo 2**. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

HOEHNER, C. M. et al. Physical activity interventions in Latin America: expanding and classifying the evidence. **American Journal of Preventive Medicine**, New York, v. 44, n. 3, p. e31-e40, 2013.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**. 4. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde: 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Práticas de esporte e atividade física: 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100364.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2019.

JÁUREGUI, A. et al. Perceived neighborhood environment and physical activity: the international physical activity and environment network adult study in Mexico. **American Journal of Preventive Medicine**, New York, v. 51, n. 2, p. 271-279, 2016.

KOHL, H. W. 3rd, et al. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. **Lancet**, London, v. 380, n. 9838, p. 294-305, 2012.

KOURTOGLOU, G. I. Insulin therapy and exercise. **Diabetes Research and Clinical Practice**, Amsterdam, v. 93, p. S73-S77, 2011. Supplement 1.

LEE, H. et al. Influence of urban neighbourhood environment on physical activity and obesity-related diseases. **Public Health**, London, v. 129, n. 9, p. 1204-1210, 2015.

LEE, I. M. et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. **Lancet**, London v. 380, n. 9838, p. 219-229, 2012.

LESLIE, E. et al. Walkability of local communities: using geographic information systems to objectively assess relevant environmental attributes. **Health & Place**, Kidlington, v. 13, n. 1, p. 111-122, 2007.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J. Brazil's family health strategy—delivering community-based primary care in a universal health system. **New England Journal of Medicine**, Massachusetts v. 372, n. 23, p. 2177-2181, 2015.

MADEIRA, M. C. et al. Atividade física no deslocamento em adultos e idosos do Brasil: prevalências e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 165-174, 2013.

MALAMBO, P. et al. Built environment, selected risk factors and major cardiovascular disease outcomes: a systematic review. **PloS One**, San Francisco, v. 11, n. 11, p. e0166846, 2016.

MALAVASI, L. et al. Escala de mobilidade ativa no ambiente comunitário - news Brasil: retradução e reprodutibilidade. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, Florianópolis, v. 9, n. 4, p. 339-350, 2007.

MALTA, D. C. et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos residentes em capitais brasileiras, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 373-387, 2015a.

MALTA, D. C. et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, p. 3-16, 2015b. Suplemento 2.

MALTA, D. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 1S-10S, 2017. Suplemento 1.

MALTA, D. C.; SILVA, J. B. Planos de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013. **Serviços da Saúde**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 389-395, 2014.

MANTA, S. W. et al. Open public spaces and physical activity facilities: study of systematic observation of the environment. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, Florianópolis, v. 20, n. 5, p. 445-455, 2018.

MATSUDO, S. et al. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Londrina, v. 6, n. 2, p. 5-18, 2001.

MATSUDO, S. et al. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, v. 10, n. 4, p. 41-50, 2002.

MCARDLE, W. D. **Fisiologia do exercício**: nutrição, energia e desempenho humano. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

MCCORMACK, G. R.; SHIELL, A. In search of causality: a systematic review of the relationship between the built environment and physical activity among adults. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, London, v. 8, n. 1, p. 125, 2011.

MENDES, M. et al. percepção e prática de atividade física regular entre usuários de serviço de atenção primária à saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 16, n. 2, 2013.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Avaliação do usuário sobre o atendimento odontológico no Sistema Único de Saúde: uma abordagem à luz da humanização. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 12, p. 3879-3887, Dez. 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001203879&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 20 junho de 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152112.12672015>.

NUNES, B. P. et al. Tendência temporal da falta de acesso aos serviços de saúde no Brasil, 1998-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 25, p. 777-787, 2016.

PAIVA, H. K.; CAMARGO, E. M.; REIS, R. S. Built environment and physical activity for the elderly: a systematic review of South America. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 23, p. 1-8, 2018.

PAZIN, J. et al. Ambiente urbano percebido e apoio social para a atividade física no lazer e no deslocamento em adultos de Florianópolis, SC. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Londrina, v. 17, n. 2, p. 100-106, 2012.

PAZIN, J. et al. Atividade física no lazer, deslocamento, apoio social e percepção do ambiente urbano em homens e mulheres de Florianópolis/SC. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 30, n. 3, p. 743-755, 2016.

PORTER, A. K. et al. Peer reviewed: perceived social and built environment correlates of transportation and recreation-only bicycling among adults. **Preventing Chronic Disease**, Atlanta, v. 15, p. 1-13, 2018.

R CORE TEAM. **R**: a language and environment for statistical computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing, 2016. Disponível em: <<https://www.R-project.org/>>. Acesso em: 13 maio. 2018.

RECH, C. R. et al. Neighborhood safety and physical inactivity in adults from Curitiba, Brazil. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, London, v. 9, n. 1, p. 72, 2012.

REIS, M. S. D.; REIS, R. S.; HALLAL, P. C. Validade e fidedignidade de uma escala de avaliação do apoio social para a atividade física. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 294-301, 2011.

REIS, R. S. et al. Association between physical activity in parks and perceived environment: a study with adolescents. **Journal of Physical Activity & Health**, Champaign, v. 6, n. 4, p. 503, 2009.

RIBEIRÃO PRETO (Cidade). Prefeitura Municipal. **Plano municipal de saúde de Ribeirão Preto 2018 – 2021**. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal, 2017. Disponível em: <<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/pdf/pms-rp-2018-2021.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2018.

ROCHA, S. V. et al. Fatores associados à atividade física insuficiente no lazer entre idosos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 191-195, 2013.

SALLIS, J. F.; BAUMAN, A.; PRATT, M. Environmental and policy interventions to promote physical activity. **American Journal of Preventive Medicine**, New York, v. 15, n. 4, p. 379-397, 1998.

SALLIS, J. F. et al. An ecological approach to creating active living communities. **Annual Review of Public Health**, Palo Alto, v. 27, n. 1, p. 297–322, 2006.

SALLIS, J. F. et al. Perceived environmental predictors of physical activity over 6 months in adults: activity counseling trial. **Health Psychology**, Washington, v. 26, n. 6, p. 701, 2007.

SALLIS, J. F. et al. Neighborhood environments and physical activity among adults in 11 countries. **American Journal of Preventive Medicine**, New York, v. 36, n. 6, p. 484-490, 2009.

SALLIS, J. F. et al. Physical activity in relation to urban environments in 14 cities worldwide: a cross-sectional study. **The Lancet**, London, v. 387, n. 10034, p. 2207-2217, 2016.

SALLIS, J. F. Measuring physical activity environments: a brief history. **American Journal of Preventive Medicine**, New York, v. 36, n. 4, p. S86-S92, 2009.

SALVADOR, E. P.; REIS, R. S.; FLORINDO, A. A. A prática de caminhada como forma de deslocamento e sua associação com a percepção do ambiente em idosos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Londrina, v. 14, n. 3, p. 197-205, 2009.

SALVADOR, E. P. et al. Percepção do ambiente e prática de atividade física no lazer entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 972-980, 2009.

SANTANA, A. et al. Desigualdades socioeconômicas na percepção do ambiente de mobilidade ativa. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v. 20, n. 3, p. 297-308, 2015.

SILVA, J. et al. Estilo de vida de indivíduos usuário do sistema único de saúde (SUS). **Life Style**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 61-75, 2018.

SILVA, Z. P. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 3807-3816, 2011.

STOPA, S. R. et al. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl.1, 3s, 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200308&lng=en&nrm=iso>. Access on 11 July 2019. Epub June 01, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000074>.

SUNDQUIST, K. et al. Neighborhood walkability, physical activity, and walking behavior: the Swedish Neighborhood and Physical Activity (SNAP) study. **Social Science & Medicine**, Kidlington, v. 72, n. 8, p. 1266-1273, 2011.

SUZUKI, C. S.; MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. Atividade física e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, SP. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, p. 311-320, 2011.

TEIXEIRA, I. P.; NAKAMURA, P. M.; KOKUBUN, E. Prática de caminhada no lazer e no deslocamento e associação com fatores socioeconômicos e ambiente percebido em adultos. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 345-358, 2014.

TURI, B. C. et al. Tendência temporal da atividade física de adultos usuários do sistema público de saúde brasileiro: 2010-2014. Estudo longitudinal. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 135, n. 4, p. 369-375, 2017.

VAN DYCK, D. et al. Relationships between neighborhood walkability and adults' physical activity: how important is residential self-selection? **Health & Place**, Kidlington, v. 17, n. 4, p. 1011-1014, 2011.

VEITCH, J. et al. Is park visitation associated with leisure-time and transportation physical activity? **Preventive Medicine**, Amsterdam, v. 57, n. 5, p. 732-734, 2013.

VIACAVA, Francisco et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 23, p. 1751-1762, 2018.

VIEIRA, M. C. et al. An analysis of the suitability of public spaces to physical activity practice in Rio de Janeiro, Brazil. **Preventive Medicine**, Amsterdam, v. 57, n. 3, p. 198-200, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva: WHO, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: WHO, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases country profiles 2014**. Geneva: WHO, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world**. World Health Organization, 2018.

ZAPATA-DIOMEDI, B.; VEERMAN, J. L. The association between built environment features and physical activity in the Australian context: a synthesis of the literature. **BMC Public Health**, London, v. 16, n. 1, p. 1, 2016.

Anexo A - Parecer Consubstanciado do CEP

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepção do ambiente para a prática de atividade física de lazer e de deslocamento pelas pessoas com doenças crônicas não transmissíveis do município de Ribeirão Preto - SP

Pesquisador: Paula Parisi Hodniki

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 58548916.6.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.875.599

Apresentação do Projeto:

Trata-se da reapresentação do projeto para atender às recomendações deste CEP.

Objetivo da Pesquisa:

Sem alteração.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As pesquisadoras descrevem de forma mais clara os riscos e benefícios decorrentes da realização do estudo, explicitando o método de coleta de dados (entrevistas) que poderão ser interrompidas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alteração

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Atendeu às recomendações deste CEP quanto aos riscos/desconfortos e seu manejo, bem como as informações referentes ao Comitê.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto atende às recomendações da Resolução 466 de 2012.

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

**USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP**

Continuação do Parecer: 1.875.599

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aprovado Ad Referendum

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_684431.pdf	05/12/2016 11:56:35		Aceito
Outros	Oficio_de_resposta_pendencias_CEP_DEZ2016.pdf	05/12/2016 11:55:16	Paula Parisi Hodniki	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Versao3_Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_DEZ2016.pdf	05/12/2016 11:54:31	Paula Parisi Hodniki	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DOUTORADO_PAULA_HODNIKI_10_08_2016_10h.pdf	10/08/2016 14:24:46	Paula Parisi Hodniki	Aceito
Cronograma	Cronograma_de_Atividades_do_Doutorado.pdf	10/08/2016 14:24:21	Paula Parisi Hodniki	Aceito
Orçamento	Orcamento_Financeiro_Detalhado.pdf	10/08/2016 14:23:58	Paula Parisi Hodniki	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_Encaminhamento.pdf	10/08/2016 11:17:17	Paula Parisi Hodniki	Aceito
Outros	Oficio_SMS.pdf	03/08/2016 11:17:13	Paula Parisi Hodniki	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.docx	03/08/2016 11:13:19	Paula Parisi Hodniki	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 20 de Dezembro de 2016

**Assinado por:
Angelita Maria Stabile
(Coordenador)**

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

Anexo B – Ofício de Autorização da Secretaria de Saúde **Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto**

Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

OF. 2848-2016

DBSJ/dbsj

Ribeirão Preto, 14 de julho de 2016.

Senhor(a) Pesquisador(a),

Informo que os gerentes das unidades UBDS Central, UBDS Sumarezinho, UBDS Distrital Norte, UBDS Castelo Branco e UBDS Vila Virgínia manifestaram concordância de que a coleta de dados do projeto de pesquisa seja realizada nos referidos serviço da Secretaria da Saúde de Ribeirão Preto.

Sendo assim, **declaro estar ciente e concordo com a realização** do projeto de pesquisa: "Percepção do ambiente para a prática de atividade física de lazer e de deslocamento pelas pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis do município de Ribeirão Preto", sob a responsabilidade da pesquisadora PAULA PARISI HODNIKI (EERP-USP).

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente.

Solicito que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

Ronaldo Guizzo

Coordenador da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

Ilustríssimo(a) Senhor(a)

Paula Parisi Hodniki**Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP**

Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VERSÃO03_TCLE_DEZ2016

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, **Paula Parisi Hodniki**, aluna de pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, gostaria de convidar o(a) Sr(a) para participar da pesquisa “Percepção do ambiente para a prática de atividade física de lazer e de deslocamento pelas pessoas com doenças crônicas não transmissíveis do município de Ribeirão Preto – SP”, tendo por objetivo analisar a percepção do ambiente para a prática de atividade física de lazer e caminhada como forma de deslocamento de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis da cidade de Ribeirão Preto - SP, sob orientação da Profª Carla Regina de Souza Teixeira.

Sua participação será importante para formação do conhecimento para melhoria do entendimento dos fatores sobre o ambiente físico e social para a prática de atividade física das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. Serão realizadas perguntas em forma de entrevista, poderá haver o risco do participante não se sentir confortável com as perguntas e não queira ou não saiba respondê-las, então podemos encerrar as entrevistas, caso seja necessário. Abaixo descrevemos o procedimento da coleta de dados, ela acontecerá da seguinte forma: o(a) Sr(a) será entrevistado na unidade de saúde em que tem acompanhamento médico para responder um questionário que será realizado através de uma entrevista que poderá durar cerca de 45 minutos.

- () Distrito Oeste (UBDS “Joel Domingos Machado” – Sumarezinho)
- () Distrito Central (UBDS "Dr João Baptista Quartin" – Central)
- () Distrito Sul (UBDS "Dr Marco Antônio Sahlão" – Vila Virgínia)
- () Distrito Norte (UBDS “Dr. Sérgio Arouca” Distrital Norte)
- () Distrito Leste (UBDS "Dr Ítalo Baruffi" – Castelo Branco Novo)

Serão aplicados três questionários, que possuem questões sobre seus dados sociodemográficos, outro sobre seu nível de prática habitual de atividade física, e outro sobre sua percepção do ambiente (bairro) em que reside. Essa entrevista será feita em apenas um encontro.

Os resultados obtidos serão divulgados em publicações e eventos científicos relativos à área da saúde, porém haverá a garantia de anonimato dos participantes. Está garantido o direito de esclarecimento de eventuais dúvidas sobre o desenvolvimento deste trabalho através do telefone 3315-3434 que funciona de segunda a sexta feira das 8 às 16

VERSÃO03_TCLE_DEZ2016

horas. O(a) Sr.(a) têm liberdade de negar-se a participar, sem sofrer qualquer dano ou prejuízo, por parte do pesquisador ou da instituição de saúde. Garantimos a indenização, conforme a legislação nacional.

Caso o(a) Sr(a) queira participar do estudo, peço que assine este documento, sendo que as duas vias também serão assinadas pela pesquisadora responsável. Após a assinatura de ambos, uma via ficará com a com o(a) Sr.(a), com o número de telefone para dúvidas, com endereço e telefone de contato da pesquisadora responsável.

Esta Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (CEP/EERP-USP) que tem a função de proteger eticamente o participante de pesquisa, o telefone é 3315 9197, os horários de funcionamento são de segunda-feira à sexta-feira, das 8h às 17h, o endereço é na Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário - Bairro Monte Alegre Ribeirão Preto - SP – Brasil, CEP: 14040-902

Nome completo: _____

Assinatura: _____

Testemunha: _____

Impressão digital

Paula Parisi Hodniki

Pesquisadora

Telefone: (16) 3315-3434

Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus
Universitário - Bairro Monte Alegre
Ribeirão Preto - SP – Brasil, CEP: 14040-
902

Carla Regina de Souza Teixeira

Coordenadora do Projeto

Telefone: (16) 3315-3434

Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus
Universitário - Bairro Monte Alegre
Ribeirão Preto - SP – Brasil, CEP: 14040-902

Anexo D – Caracterização dos usuários dos serviços de saúde segundo dados sociodemográficos, doença crônica não transmissível, prática de atividade física e percepção do ambiente

ID: _____ / _____
 1ª Digitação – Nome: _____
 2ª Digitação – Nome: _____

1

Caracterização do Usuário com Doença Crônica Não Transmissível

Identificação do Cidadão / Usuário do Serviço de Saúde											
Nome											
Logradouro											
Bairro											
Telefone											
Celular											
nº	Variável	Resposta								Código	
1	Data da entrevista	_____(dd)/_____(mm)/_____(aaaa)								1.data	
2	Qual o número Hygia									2.hygia	
3	Qual o local da coleta de dados?	1 Oeste UBDS "Joel Domingos Machado" – Sumarezinho	2 Central UBDS "Dr. João Baptista Quartin" – Central	3 Sul UBDS "Dr. Marco Antônio do Sáhão" – Vila Virgínia	4 Norte UBDS "Dr. Sérgio Arouca" – Distrito Norte	5 Leste UBDS "Dr. Italo Baruffi" – Castelo Branco Novo	6 NGA Núcleo de Gestão Assistencial - (Ambulatório Regional de Especialidades)	7 Cava do Bosque Rua: Camilo de Mattos, 627 - Jardim Mosteiro	8 Assentamento da Barra UBS Ribeirão Verde	()	3.distrital
4	Qual a unidade de saúde que o sr (a) é atendido?	Distrito Oeste 1 UBDS Sumarezinho 2 CMSC Vila Lobato 3 CSE Ipiranga 4 UBS Dom Mielle 5 UBS Ipiranga 6 USF Jardim Paiva 7 UBS Jardim Presidente Dutra 8 UBS José Sampaio 9 USF Paulo Gomes Romeo 10 UBS Vila Recreio 11 USF Jardim Eugênio Mendes Lopes 12 USF Maria Casagrande Lopes 13 USF Núcleo 1 14 USF Núcleo 2 15 USF Núcleo 3 16 USF Núcleo 4 17 USF Núcleo 5 18 USF Núcleo 6 19 USF do Jardim Jamil Cury 20 USF Vila Albertina Distrito Central 21 UBDS Central 22 CSE Vila Tibério 23 UBS Campos Elíseos 24 UBS Jardim João Rossi 25 UBS Vila Tibério				Distrito Sul 26 UBDS Vila Virgínia 27 UBS Adão do Carmo Leonel 28 UBS Jardim Maria das Graças 29 UBS Parque Ribeirão Preto 30 USF Jardim Marchesi Distrito Norte 31 UBDS Quintino Facci II 32 UBS Jardim Aeroporto 33 UBS Marincek 34 UBS Quintino Facci I 35 UBS Ribeirão Verde 36 UBS Simioni 37 UBS Vila Mariana 38 UBS Valentina Figueiredo 39 USF Avelino Alves Palma 40 USF Estação do Alto 41 USF Geraldo Correia de Carvalho 42 USF Jardim Heitor Rigon Distrito Leste 43 UBDS Castelo Branco 44 UBS Bonfim Paulista 45 UBS Jardim Juliana 46 UBS Santa Cruz 47 UBS São José 48 UBS Vila Abranches 49 USF Jardim Zara				()	4.unidadesaude

ID: _____ / _____

1ª Digitação – Nome: _____

2ª Digitação – Nome: _____

2

Dados sociodemográficos			
nº	Variável	Resposta	Código
5	Sexo	1 Masculino () 2 Feminino	5.sexo
6	Qual é a idade do(a) Sr.(a)?	() anos	6.idade
7	Qual a sua data de nascimento?	_____(dd)/_____(mm)/_____(aaaa)	7.nascimento
8	Qual é o estado civil do(a) Sr.(a)?	1 Solteiro (a) 3 Viúvo (a) () 2 Casado (a) ou união estável (a) 4 Separado (a) ou Divorciado	8.estadocivil
9	Quantos anos o(a) Sr.(a) estudou?	Se responder, preencher entre os parênteses em anos ()anos 99 - Não sabe ou Não respondeu	9.anosdeestudo
10	Até qual série o senhor (a) frequentou a escola?	1 Creche () 2 Pré escola (exceto CA) 3 Classe Alfabetizada 4 Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries 5 Ensino Fundamental 5ª a 9ª séries 6 Ensino Fundamental Completo 7 Ensino Fundamental Especial 8 Ensino Fundamental EJA – séries iniciais (supletivo 1ª a 4ª) 9 Ensino Fundamental EJA – séries finais (supletivo 5ª a 9ª) 10 Ensino médio, Médio 2º ciclo (científico, técnico e etc) 11 Ensino médio especial 12 Ensino médio EJA (supletivo) 13 Superior 14 Pós graduação (Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado) 15 Alfabetização para adultos (Mobral, etc) 16 Nenhum	10.estudocat
No domicílio tem...		0 Não possui 1 Possui um 2 Possui dois 3 Possui três 4 Possui quatro ou mais	
11	Automóveis de passeio, para uso particular	()	11.automovel
12	Empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana	()	12.empregada
13	Máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho	()	13.lavaroupa
14	Banheiros	()	14.banheiros
15	DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD, desconsiderando de automóvel	()	15.dvd
16	Geladeiras	()	16.geladeira
17	Freezers independentes ou parte da geladeira duplex	()	17.freezer
18	Microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones	()	18.computador
19	Lavadora de louças	()	19.lavadoralouca
20	Fornos de micro-ondas	()	20.microondas
21	Motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional	()	21.moto
22	Máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca	()	22.secadora
23	A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	1 Rede geral de distribuição () 2 Poço ou nascente 3 Outro meio	23.aguaencanada

ID: _____ / _____

1ª Digitação – Nome: _____

2ª Digitação – Nome: _____

3

24	Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	1 Asfaltada/Pavimentada 2 Terra/Cascalho	()	24.ruapavimentada
25	Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.	1 Analfabeto / Fundamental I incompleto 2 Fundamental I completo / Fundamental II incompleto 3 Fundamental II completo / Médio incompleto 4 Médio completo / Superior incompleto 5 Superior completo	()	25.escolachefe
26	Qual a situação do(a) Sr.(a) no mercado de trabalho atualmente?	1 empregador 2 assalariado c/ carteira de trabalho 3 assalariado s/ carteira de trabalho 4 autônomo com previdência social 5 autônomo sem previdência social 6 aposentado / pensionista 7 desempregado	()	26.ocupação

Dados referidos pelo Usuário do Serviço de Saúde

nº	Variável	Resposta			Código
	Você possui alguma dessas doenças?	1 Sim	Tempo de diagnóstico em MESES	Tempo de diagnóstico em ANOS	
		2 Não			
27	Hipertensão arterial (pressão alta)	()	()	()	27. hipertensão / 27.hatempo
28	AVC (acidente vascular cerebral) ou derrame	()	()	()	28.avc / 28.avctempo
29	Doença do coração	()	()	()	29.coracao / 29.coracaotempo
30	Diabetes Mellitus tipo 1	()	()	()	30.diabetestipo 1 / 30.tempodm1
31	Diabetes Mellitus tipo 2	()	()	()	31.diabetestipo 2 / 31.tempodm2
32	Câncer	()	()	()	32.cancer / 32.cancertempo
33	Rinite	()	()	()	33.rinite / 33.rinitetempo
34	Sinusite	()	()	()	34.sinusite / 34.sinusitetempo
35	DPOC (doenças pulmonar obstrutiva crônica)	()	()	()	35.dpoc / 35.dpoctempo
36	Depressão	()	()	()	36.depressao / 36.depressaotempo
37	Outras doenças/complicações	() Nome _____	()	()	37.outrasdoencas / 37.nomedoencas / 37.outrastempo

ID: _____ / _____

1ª Digitação – Nome: _____

2ª Digitação – Nome: _____

4

IPAQ - QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA			
ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE			
As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana última semana . Caso a sua última semana foi atípica, fora do comum, lembre-se da semana anterior.			
Estas questões se referem à forma típica como você SE DESLOCA DE UM LUGAR PARA OUTRO , incluindo seu trabalho, escola, cinema, lojas e outros. Pense SOMENTE em relação a CAMINHAR OU PEDALAR para ir de um lugar a outro na última semana.			
nº	Variável	Resposta (Se o participante refere não realizar a atividade, escrever "0" (zero) no lugar da resposta.	Código
38	Em quantos dias da última semana você ANDOU DE BICICLETA por pelo menos 10 minutos contínuos para ir de um lugar para outro? (NÃO inclua o pedalar por lazer ou exercício)	_____ dias/semana	112.ipaqtran 1a
39	Nesses dias, quanto tempo no total você PEDALA POR DIA para ir de um lugar para outro?	_____ minutos	113.ipaqtran 1b
40	Em quantos dias da última semana você CAMINHOU por pelo menos 10 minutos contínuos para ir de um lugar para outro? (NÃO inclua as caminhadas por lazer ou exercício)	_____ dias/semana	114.ipaqtran 2a
41	Quando você CAMINHA para ir de um lugar para outro quanto tempo POR DIA você gasta? (NÃO inclua as caminhadas por lazer ou exercício)	_____ minutos	115.ipaqtran 2b

IPAQ - QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA			
ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER			
Esta seção se refere às atividades físicas que você fez na última 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.			
nº	Variável	Resposta (Se o participante refere não realizar a atividade, escrever "0" (zero) no lugar da resposta.	Código
42	SEM CONTAR QUALQUER CAMINHADA QUE VOCÊ TENHA CITADO ANTERIORMENTE , em quantos dias da última semana você CAMINHOU por pelo menos 10 minutos contínuos NO SEU TEMPO LIVRE?	_____ dias/semana	116.ipaqlaze r1a
43	Nos dias em que você CAMINHA NO SEU TEMPO LIVRE , quanto tempo no total você gasta POR DIA?	_____ minutos	117.ipaqlaze r1b
44	Em quantos dias da última 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 e outros?	_____ dias/semana	118.ipaqlaze r2a
45	Nos dias em que você faz estas ATIVIDADES MODERADAS NO SEU TEMPO LIVRE quanto tempo no total você gasta POR DIA?	_____ minutos	119.ipaqlaze r2b
46	Em quantos dias da última semana você fez ATIVIDADES VIGOROSAS NO SEU TEMPO LIVRE por pelo menos 10 minutos, como correr, fazer atividades aeróbicas, nadar rápido, pedalar rápido ou trotar?	_____ dias/semana	120.ipaqlaze r3a
47	Nos dias em que você faz estas ATIVIDADES VIGOROSAS NO SEU TEMPO LIVRE quanto tempo no total você gasta POR DIA?	_____ minutos	121.ipaqlaze r3b

ID: _____ / _____

1ª Digitação – Nome: _____

2ª Digitação – Nome: _____

5

Escala de Percepção do Ambiente					
Agora vamos fazer algumas perguntas sobre o bairro onde o (a) sr. (a) mora:					
Caso o (a) sr. (a) fosse CAMINHANDO da sua casa, quanto tempo levaria até os seguintes lugares no seu bairro?					
nº	Variável	Resposta (Escreva em minutos o tempo que ele levaria)			Código
		minutos	888 não tem	999 não sabe	
48	Parque	()	()	()	122.1parque
49	Praça	()	()	()	123.2praca
50	Local para caminhar	()	()	()	124.3caminha
51	Academia de ginástica/musculação	()	()	()	125.4acad
52	Clube	()	()	()	126.5clube
53	Quadra de esportes	()	()	()	127.6quadra
54	Campo de futebol	()	()	()	128.7campo
55	Ponto de ônibus	()	()	()	129.8onibus
56	Acesso a estação de trem	()	()	()	130.9trem
57	Posto de saúde (qual):	()	()	()	131.10posto
58	Farmácia	()	()	()	132.11farma
59	Igreja/ templo religioso	()	()	()	133.12igreja
60	Padaria	()	()	()	134.13padaria
61	Banco	()	()	()	135.14banco
62	Bar	()	()	()	136.15bar
63	Feira	()	()	()	137.16feira
64	Mercadinho	()	()	()	138.17merc
65	Supermercado	()	()	()	139.18super
Agora vamos falar sobre as ruas perto de sua casa:					
Considere como perto os locais que o(a) sr.(a) consegue chegar caminhando em 10 minutos.					
nº	Variável	Resposta			Código
66	Existem calçadas na maioria das ruas perto de sua casa?	1 Sim () 2 Não 999 Não sabe			140.19calcada
67	Como o(a) sr.(a) considera as calçadas perto de sua casa para caminhar?	1 Boas () 2 Regulares 3 Ruins 999 Não sabe			141.20qualicalcada
68	Existem áreas verdes com árvores nas ruas perto de sua casa?	1 Sim () 2 Não 999 Não sabe			142.21areasverdes
69	Como o(a) sr.(a) considera as áreas verdes perto de sua casa?	1 Boas () 2 Regulares 3 Ruins 999 Não sabe			143.22qualiverde
70	As ruas perto de sua casa são planas (sem subidas e descidas)?	1 Sim () 2 Não 999 Não sabe			144.23ruasplanas
71	Existem locais com acúmulo de lixo nas ruas perto de sua casa?	1 Sim () 2 Não 999 Não sabe			145.24lixo
72	Existem locais com esgoto a céu aberto nas ruas perto de sua casa?	1 Sim () 2 Não 999 Não sabe			146.25esgoto

ID: _____ / _____

1ª Digitação – Nome: _____

2ª Digitação – Nome: _____

6

Agora vamos falar sobre o trânsito de carros, ônibus, caminhões e motos perto de sua casa:			
73	O trânsito de carros, ônibus, caminhões e motos dificultam a prática de caminhada ou o uso de bicicleta perto da sua casa?	1 Sim () 2 Não 999 Não sabe	147.26transito
74	Existem faixas para atravessar nas ruas perto de sua casa?	1 Sim () 2 Não 999 Não sabe	148.27faixa
75	Os motoristas costumam parar e deixar que as pessoas atravessem na faixa de segurança?	1 Sim () 2 Não 999 Não sabe	149.28atraves sa
76	Existe fumaça de poluição perto de sua casa?	1 Sim () 2 Não 999 Não sabe	150.29poluica o
Agora vamos falar sobre a segurança no seu bairro:			
77	As ruas perto de sua casa são bem iluminadas à noite?	1 Sim () 2 Não 999 Não sabe	151.30luz
78	Durante o dia, o(a) sr.(a) acha seguro caminhar, andar de bicicleta ou praticar esportes perto de sua casa?	1 Sim () 2 Não 999 Não sabe	152.31dia
79	Durante a noite, o(a) sr.(a) acha seguro caminhar, andar de bicicleta ou praticar esportes perto de sua casa?	1 Sim () 2 Não 999 Não sabe	153.32noite
Agora vamos falar sobre a segurança no seu bairro:			
80	Algum(a) amigo(a) ou vizinho(a) convida o(a) sr.(a) para caminhar, andar de bicicleta ou praticar esporte no seu bairro?	1 Sim () 2 Não 999 Não sabe	154.33vizinho
81	Algum parente convida o(a) sr.(a) para caminhar, andar de bicicleta ou praticar esporte no seu bairro?	1 Sim () 2 Não 999 Não sabe	155.34parente
82	Ocorrem eventos esportivos e/ou caminhadas orientadas no seu bairro?	1 Sim () 2 Não 999 Não sabe	156.35eventos
83	O clima (frio, chuva, calor) dificulta que o(a) sr.(a) caminhe, ande de bicicleta ou pratique esportes no seu bairro?	1 Sim () 2 Não 999 Não sabe	157.36clima
84	O(a) sr.(a) tem cachorro?	1 Sim () 2 Não 999 Não sabe	158.37cachorr o
85	O(A) sr.(a) costuma passear com o seu cachorro nas ruas do seu bairro?	1 Sim () 2 Não 999 Não sabe	159.38passea r

Nome completo do entrevistador:

Assinatura:

Bolsa de Aluna de Doutorado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) / Processo: 154619/2016-7.