

Prática de atividade física entre adolescentes residentes em comunidades quilombolas e não quilombolas da zona rural do sudoeste da Bahia

Physical activity practice among adolescents who live in rural quilombola and non-quilombola communities of southwest Bahia

Stefanie Marina Correia Cairo¹ , Everton Almeida Sousa¹ , Etna Kaliane Pereira da Silva² ,
Vanessa Moraes Bezerra¹ , Danielle Souto de Medeiros¹ 

¹Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde – Vitória da Conquista (BA), Brasil.

²Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Como citar: Cairo SMC, Sousa EA, Silva EKP, Bezerra VM, Medeiros DS. Prática de atividade física entre adolescentes residentes em comunidades quilombolas e não quilombolas da zona rural do sudoeste da Bahia. Cad Saúde Colet. 2024;32(2):e32020544. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202432020544>

Resumo

Introdução: A prática de atividade física (AF) tende a declinar ao longo da vida, especialmente a partir da adolescência. Incentivar a AF durante essa fase pode promover um estilo de vida mais saudável, com vulnerabilidades, agravadas pela discriminação, o que pode afetar negativamente suas perspectivas e comportamentos de saúde. **Objetivo:** Descrever a prática de atividade física e os fatores associados entre adolescentes residentes em comunidades rurais quilombolas e não quilombolas de um município do sudoeste da Bahia. **Método:** A prática de atividade física foi descrita por meio da mediana e amplitude interquartil, e para avaliar sua diferença foram realizados métodos não paramétricos. **Resultados:** 45,3% dos não quilombolas e 46,7% dos quilombolas estavam ativos, e os domínios que mais contribuíram foram o lazer e deslocamento. Para os dois estratos, a atividade física foi maior entre os meninos, os que trabalhavam, e que relataram a existência de lugares públicos. Foi maior entre os não quilombolas que frequentavam a escola e que conheciam programas públicos. **Conclusão:** Menos da metade dos adolescentes rurais investigados estavam ativos. Evidenciou-se a importância dos locais e programas públicos de incentivo à prática de atividade física e a necessidade de estratégias de intervenção direcionadas para as meninas. Nesse contexto, a escola apresenta-se como um ambiente que pode incentivar comportamentos saudáveis, como a prática regular de atividade física.

Palavras-chave: adolescente; saúde do adolescente; exercício físico; zona rural; estudos epidemiológicos.

Abstract

Background: Physical activity (PA) tends to decline throughout life, especially from adolescence onwards. Encouraging PA during this phase can promote a healthier lifestyle with long-lasting effects. However, quilombola adolescents face greater vulnerabilities, exacerbated by discrimination, which can negatively impact their health outlook and behaviors. **Objective:** To describe the practice of physical activity and associated factors among adolescents who live in rural *quilombola* and non-*quilombola* communities in a municipality in the southwest of Bahia. **Method:** The practice of physical activity was described using the median and interquartile range, and non-parametric methods were used to assess their difference. **Results:** It was found that 45.3% of non-*quilombolas* and 46.7% of *quilombolas* were active, and the domains that contributed most were leisure and displacement. For both strata, physical activity was higher among boys, those who worked, and who reported the existence of public venues. It was higher



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Correspondência: Stefanie Marina Correia Cairo. E-mail: stefanie.cairo01@gmail.com

Fonte de financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

Conflito de interesses: nada a declarar.

Este documento possui uma errata: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202432020544ERRATUM>

Recebido em: Nov. 5, 2020. Aprovado em: Nov. 6, 2021. Corrigido em: Out. 14, 2024.

among non-*quilombolas* who attended school and knew public programs. **Conclusion:** Less than half of the rural adolescents surveyed were active. The importance of public venues and programs to encourage the practice of physical activity and the need for intervention strategies aimed at girls was highlighted. In this context, the school presents itself as an environment that can encourage healthy behaviors, such as regular physical activity.

Keywords: adolescent; adolescent health; exercise; rural areas; epidemiological studies.

INTRODUÇÃO

A prática de atividade física (AF) tende a declinar durante a vida, particularmente a partir da adolescência¹, fase de transição entre a infância e a vida adulta. A adolescência corresponde ao período entre 10 e 19 anos de idade², sendo marcada por intensas mudanças biológicas, cognitivas e emocionais que podem influenciar o estilo de vida com consequências sobre a vida adulta³. Desta forma, o incentivo à prática de atividade física na adolescência pode contribuir para um estilo de vida mais saudável nesse período, além de favorecer sua realização na idade adulta⁴.

Os benefícios para a saúde e qualidade de vida decorrentes da prática de AF já estão bem documentados na literatura⁵. Hallal et al.⁶ destacaram que a prática regular de atividade física na adolescência proporciona benefícios a longo prazo, uma vez que tem papel fundamental na prevenção e no controle do excesso de peso, das doenças crônicas não transmissíveis, da ansiedade e da depressão. Além disso, contribui com benefícios em curto prazo, pois auxilia no tratamento da asma, aumenta a autoestima e melhora a saúde óssea e mental dos adolescentes.

O estudo *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), realizado em 42 países da Europa e na América do Norte entre os anos de 2013 e 2014, identificou baixos níveis de AF nessas populações. Apenas 25% e 16% dos jovens de 11 e 15 anos de idade, respectivamente, atenderam às recomendações atuais para a atividade física⁷. No Brasil, a última Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) demonstrou em seus resultados que apenas 34,4% dos escolares brasileiros do 9º ano do ensino fundamental atingiram os níveis mínimos recomendados de AF pela Organização Mundial de Saúde (OMS), equivalentes a 300 minutos por semana⁸.

Inúmeros fatores podem determinar os níveis de atividade física, incluindo idade, gênero, nível socioeconômico e contexto familiar⁹⁻¹¹. Além disso, o ambiente em que se vive é um fator determinante para o estilo de vida: adolescentes rurais podem ter um perfil diferente de prática de AF, pois a zona rural apresenta uma conformação distinta da zona urbana nos aspectos estruturais, sociais e culturais¹². Questões como a localização geográfica e as dificuldades de acesso à educação formal e a equipamentos públicos de lazer e saúde são aspectos que contribuem com iniquidades. Além disso, a carência de atividades recreativas que fortaleçam a socialização entre os membros das comunidades rurais pode favorecer o envolvimento em atividades e comportamento de risco para a saúde¹³.

Dentre os adolescentes rurais, os adolescentes de comunidades remanescentes de quilombo apresentam maiores vulnerabilidades¹⁴. Além das questões inerentes à zona rural, os adolescentes quilombolas estão expostos aos efeitos diretos e indiretos da discriminação¹⁵, o que pode influenciar de modo negativo as perspectivas e os comportamentos adotados em relação a sua saúde. Consideram-se quilombolas “os grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida”¹⁵.

Embora a literatura científica voltada para a prática de atividade física entre adolescentes seja vasta, observa-se que a maioria dos estudos epidemiológicos se concentra no conhecimento das condições de saúde de adolescentes urbanos no ambiente escolar, existindo uma lacuna em relação aos adolescentes rurais, principalmente entre quilombolas. Desta forma, o presente estudo objetivou descrever a prática de atividade física e os fatores associados entre adolescentes residentes em comunidades rurais quilombolas e não quilombolas de um município do sudoeste da Bahia.

MÉTODOS

Desenho do estudo, população e amostra

Este foi um estudo seccional, de base populacional e abordagem domiciliar, que analisou dados da pesquisa “ADOLESCER: Saúde do Adolescente da Zona Rural e seus condicionantes”, realizada em 2015 com adolescentes de 10 a 19 anos de idade, residentes em 21 comunidades rurais quilombolas, reconhecidas pela Fundação Cultural Palmares¹⁵, e não quilombolas de Vitória da Conquista-BA.

Para a realização da estimativa populacional, foram coletados dados das fichas de Atenção Básica de cadastramento das famílias, preenchidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) durante as visitas domiciliares e disponíveis nas Unidades de Saúde. O Programa de ACS abrangia 97,4% da área rural de Vitória da Conquista no período do estudo.

A estratégia amostral considerou a extensão territorial e a população de adolescentes rurais para garantir boa representatividade e a viabilidade da pesquisa. Assim, foram utilizados como princípios: seleção de domicílios proporcionalmente ao número de adolescentes por comunidade e entrevista de apenas um adolescente por domicílio. Para possibilitar a obtenção de estimativas válidas para os adolescentes residentes em comunidades quilombolas e não quilombolas, a amostra foi calculada separadamente para cada estrato.

Ao considerar um universo amostral de 811 adolescentes rurais, sendo 350 residentes em comunidades quilombolas e 461 não quilombolas, foi calculada uma amostra total de 394 adolescentes, 184 residentes em comunidades quilombolas e 210 residentes em comunidades não quilombolas. O tamanho da amostra foi calculado a partir dos seguintes critérios: prevalência de 50%, dada a heterogeneidade dos eventos mensurados; precisão de 5%; nível de confiança de 95%; efeito de *design* igual a 1,0; e acréscimo de 15% para possíveis perdas. Porém, como foi entrevistado apenas um adolescente por domicílio e o número de domicílios era menor para as comunidades quilombolas, 7,1% das perdas foram adicionadas ao estrato quilombola.

A estratégia de amostragem dos adolescentes não quilombolas foi realizada em dois estágios:

- seleção aleatória dos domicílios com adolescentes de acordo com a distribuição proporcional dos adolescentes por comunidade;
- seleção aleatória dos adolescentes em cada domicílio.

Para a amostra quilombola, foi utilizada apenas a seleção aleatória de adolescentes em cada domicílio. Todos os adolescentes tiveram a mesma probabilidade de inclusão no estudo.

Foram excluídos do presente estudo adolescentes e/ou responsáveis impossibilitados de responder ao questionário, por estarem alcoolizados no momento da entrevista ou apresentarem transtornos mentais graves com envolvimento cognitivo.

Instrumento para coleta de dados

Para a coleta de dados, foi construído um questionário semiestruturado dividido em dois blocos, baseado em questionários de inquéritos brasileiros como a PeNSE e a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)^{16,17}. Para a construção e visualização dos questionários, foi utilizado o *software Questionnaire Development System (QDSTM; NOVA Research Company)* versão 2.6.1.

O questionário foi dividido em duas partes:

- a primeira foi respondida pelos adolescentes ou seus representantes legais e abordou características gerais sobre a residência, renda e escolaridade do chefe de família;
- já a segunda foi respondida apenas pelos adolescentes (na ausência de seus pais e em um local confortável que garantisse confidencialidade das respostas e minimizasse o viés de informação) e abordou as características dos adolescentes e de seu apoio social, além de questões sobre trabalho, estilo de vida, percepção do estado de saúde e autoimagem corporal, deficiências (intelectual, física, auditiva e visual), uso de drogas ilícitas, acidentes e violência, saúde sexual e reprodutiva, saúde bucal e higiene, e utilização dos serviços de saúde.

A versão final do instrumento foi elaborada após pré-testes e estudo-piloto, tendo sido feitas algumas adaptações para adequá-lo ao contexto da zona rural. O estudo-piloto foi realizado em dezembro de 2014, em uma comunidade rural não participante do estudo principal, com população equivalente a 10% da amostra do estudo principal. Como critérios de exclusão, foram consideradas as situações em que os adolescentes e/ou responsáveis estavam impossibilitados de responder ao questionário, por estarem alcoolizados no momento da coleta dos dados ou por apresentarem transtornos mentais graves com comprometimento cognitivo.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre os meses de janeiro e maio de 2015. Para garantia da qualidade dos dados, foram feitas novas entrevistas em 5% da amostra, até sete dias após a realização da entrevista. Os entrevistadores, graduandos de cursos da área de saúde, receberam treinamento para a realização das entrevistas e utilizaram computadores portáteis (HP Pocket Rx5710).

A equipe de entrevistadores foi composta por 15 alunos de graduação das áreas de enfermagem, farmácia, nutrição, medicina e psicologia, que já haviam participado de projetos de pesquisa na zona rural. Eles receberam um treinamento de 20 horas realizado pela equipe de coordenação e que teve como foco os seguintes aspectos: abordagem dos adolescentes, realização de entrevistas, aspectos éticos, mensuração de medidas antropométricas, manuseio e uso de equipamentos e *softwares*, mapeamento de territórios e identificação de domicílios.

As medidas antropométricas foram realizadas de acordo com as Normas Técnicas do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)¹⁸. O peso foi verificado em quilos (kg), com os indivíduos descalços e vestindo roupas leves, em balança portátil da marca Marte (modelo LC 200pp), com capacidade máxima de 200 kg e precisão de 0,05 kg. Para a medida da estatura, verificada em centímetros (cm), foi utilizado estadiômetro portátil da marca CauMaq (modelo est-22), de leitura lateral, com extensão de 2 metros (m) e graduação em milímetros (mm), estando os indivíduos descalços e em posição ereta.

Variáveis

A prática de AF foi estimada em seus quatro domínios (lazer, trabalho, doméstico e deslocamento), cujo cálculo considerou a multiplicação da frequência semanal (dias) pela duração média (minutos) de atividade¹⁹. Foi considerada como variável dependente a prática semanal de AF em minutos. A variável foi categorizada como ativo e inativo apenas para a descrição, e foram considerados ativos os adolescentes que somaram 300 minutos ou mais de AF⁴ por semana.

As variáveis independentes foram estabelecidas a partir de uma revisão da literatura para análise da prática de AF e fatores associados:

- Variáveis sociodemográficas e econômicas: sexo (masculino, feminino); idade (≤ 12 anos, 13 a 15 anos, ≥ 16 anos); raça/cor (não negra — branca, amarela e indígena; negra — parda e preta); escolaridade em anos de estudo (até 5 anos, 6 a 9 anos, 10 ou mais anos); nível econômico (B/C; D/E), calculado de acordo os critérios da Associação Brasileira de Pesquisas e Mercados (ABEP)²⁰; frequentar a escola (não, sim);
- Variáveis do contexto familiar e social: composição familiar (mora com os pais, mora apenas com o pai ou com a mãe, não mora com os pais); e sentir-se sozinho (nunca/raramente; às vezes; na maioria das vezes/sempre);
- Variáveis do estilo de vida e condições de saúde: autoimagem corporal (muito magro(a)/magro(a), normal, gordo(a)/muito gordo(a)); tempo de tela estacionário, definido pelo tempo diário em frente à televisão superior a 2 horas²¹; e o excesso de peso, determinado pela ocorrência do sobrepeso ou obesidade e categorizado como: sim ($>$ escore $z+1$) e não ($\leq$ escore $z+1$)²²;
- Variáveis relacionadas às condições ambientais e políticas: existência de lugar público (não, sim), obtida a partir da pergunta: "Perto do seu domicílio, existe algum lugar público (praça, parque, rua fechada, praia) para fazer caminhada, realizar exercício ou

praticar esporte?"; conhecimento de programas públicos para a prática de AF (não, sim), obtida a partir da pergunta: "Você conhece algum programa público no seu município de estímulo à prática de atividade física?".

As análises descritivas das variáveis independentes e das relacionadas à prática de AF (prática de atividade física, prática de exercício físico nos últimos 3 meses, tipo de exercício físico, existência de lugar público para a prática de atividade física, conhecimento de programas públicos, participação em programa público e motivo da não participação) foram realizadas segundo o local de residência (quilombola e não quilombola) por medidas de frequências simples, e as diferenças entre os dois estratos foram comparadas através do χ^2 de Pearson ou teste exato de Fisher.

A atividade física praticada pelos adolescentes foi descrita segundo cada domínio, por meio de um gráfico do tipo *Boxplot*.

A variável contínua da prática de AF foi descrita segundo cada variável explicativa por meio da mediana e da amplitude interquartil. Para avaliação da diferença da prática de AF, segundo as variáveis selecionadas, foram realizados métodos não paramétricos: testes de Mann-Whitney-Wilcoxon para variáveis com duas categorias e Kruskal Wallis para aquelas com mais de duas categorias; foi considerado o nível de significância menor do que 5%. Como as atividades nos domínios lazer e deslocamento foram as que mais contribuíram para a prática de AF semanal dos adolescentes, essa mesma análise foi realizada para esses domínios e consideramos apenas as variáveis que apresentaram $p < 0,05$ na análise inicial para a prática de AF. O programa *Stata*, versão 15.0 (*Stata Corporation, College Station, USA*) foi utilizado para a análise dos dados.

O projeto ADOLESCER foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal da Bahia, Campus Anísio Teixeira, sob parecer n.º 639.966. Os adolescentes com 18 anos ou mais de idade assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para os adolescentes menores de 18 anos, o TCLE foi assinado pelos seus responsáveis legais e um Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) foi assinado pelo próprio adolescente.

RESULTADOS

Participaram do estudo 390 adolescentes residentes em áreas rurais, sendo 167 residentes em comunidades quilombolas e 223 não quilombolas, com perdas de 15,2% e 7,9%, respectivamente. As perdas variaram com o sexo, com maior prevalência no sexo masculino para adolescentes não quilombolas ($p=0,038$). Porém, a estimativa do desfecho em estudo, com e sem o fator de calibração para essa variável, não apresentou diferença significativa. Portanto, a variável sexo foi considerada nas análises realizadas. Os principais motivos das perdas foram: domicílio fechado após a terceira visita (29,5%), adolescente não encontrado após a terceira visita (24,6%) e recusa (23%).

Os adolescentes quilombolas e não quilombolas diferiram significativamente em relação à raça/cor, ao nível econômico e em relação ao trabalho na época do estudo (Tabela 1).

Em relação à prática de AF, 101 (45,3%) dos adolescentes não quilombolas e 78 (46,7%) dos quilombolas praticavam 300 minutos ou mais de atividade física durante a semana, porém essas diferenças não foram significativas entre os estratos. Os adolescentes quilombolas e não quilombolas diferiram significativamente em relação ao conhecimento de programas públicos para a prática de exercícios físicos (Tabela 2).

Os domínios que mais contribuíram para a prática de AF foram os domínios lazer e deslocamento, tanto para os adolescentes não quilombolas quanto para os quilombolas (Figura 1).

A prática de AF entre os adolescentes não quilombolas mostrou-se associada ao sexo masculino (mediana=355 minutos; $p < 0,001$), ao trabalho (mediana=318 minutos; p -valor=0,003), à frequentar a escola (mediana=265 minutos; $p=0,021$), à existência de lugar público para a prática de AF (mediana=320 minutos; $p=0,018$) e ao conhecimento de programa público para a prática de AF (mediana=450 minutos; $p < 0,001$). Para os quilombolas, a prática de AF foi significativamente maior entre os adolescentes do sexo masculino (mediana=465 minutos;

Tabela 1. Características da população de adolescentes rurais não quilombolas (n=223) e quilombolas (n=167). Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015.

Variáveis	Não Quilombola		Quilombola		p-valor
	n	%	n	%	
Sexo					0,273
Masculino	114	51,1	76	45,5	
Feminino	109	48,9	91	54,5	
Idade					0,748
≥ 16 anos	78	35,0	62	37,1	
13 a 15 anos	66	29,6	52	31,1	
≤ 12 anos	79	35,4	53	31,7	
Escolaridade *					0,207
Até 5 anos	83	37,4	68	40,7	
6 a 9 anos	93	42,0	76	45,5	
10 ou mais anos	46	20,7	23	13,8	
Raça/Cor					0,003
Não negra	65	29,2	27	16,2	
Negra	158	70,8	140	83,8	
Nível econômico					<0,001
B/C	111	49,8	40	23,9	
D/E	112	50,2	127	76,1	
Trabalho atual					0,023
Não	127	56,9	114	68,3	
Sim	96	43,1	53	31,7	
Composição familiar					0,268
Mora com o pai e a mãe	157	70,4	107	64,1	
Mora com o pai ou mãe	50	22,4	41	24,5	
Não mora com nenhum	16	7,2	19	11,4	
Frequentar a escola atualmente					0,281
Não	17	7,6	18	10,8	
Sim	206	92,4	149	89,2	
Sentir-se sozinho					0,354
Nunca/raramente	140	62,8	107	64,1	
Às vezes	69	30,9	44	26,3	
Na maioria das vezes/sempre	14	6,3	16	9,6	
Autoimagem corporal					0,192
Muito magro(a), magro(a)	65	29,2	45	26,9	
Normal	114	51,1	99	59,3	
Gordo(a), muito gordo(a)	44	19,7	23	13,8	
Excesso de peso [†]					0,784
Não	179	81,0	133	82,1	
Sim	42	19,0	29	17,9	

N: frequência absoluta. %: frequência relativa. p-valor: valor de p calculado pelo χ^2 de Pearson; *Escolaridade: 1(um) missing para o estrato não quilombola; [†]Excesso de peso: 7 (sete) missings (3 perdas de altura e 4 de peso), resultando em um tamanho amostral total de 383 adolescentes (162 quilombolas e 221 não quilombolas).

$p < 0,001$), entre os que trabalhavam (mediana=408 minutos; $p < 0,001$) e entre aqueles que relataram a existência de programas públicos para a prática de AF (mediana=318 minutos; $p < 0,004$) (Tabela 3).

Tabela 2. Características da população de adolescentes rurais não quilombolas (223) e quilombolas (167), segundo variáveis relacionadas à prática de atividade física. Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015.

Variáveis	Não Quilombola		Quilombola		p-valor
	n	%	n*	%	
Prática de atividade física					0,781
Inativo (<300 min/sem)	122	54,7	89	53,3	
Ativo (≥ 300 min/sem)	101	45,3	78	46,7	
Prática de exercício físico nos últimos 3 meses*					0,285
Não	73	33,6	65	38,9	
Sim	144	66,4	102	61,1	
Qual o tipo de exercício físico [†]					0,281
Futebol	81	56,3	67	66,3	
Caminhada	20	13,9	7	6,9	
Bicicleta	10	6,9	6	5,9	
Outros	33	22,9	21	20,8	
Existência de lugar público para a prática de atividade física					0,096
Não	116	52,0	101	60,5	
Sim	107	48,0	66	39,5	
Conhecimento de programas públicos para participar de atividade física					0,006
Não	167	74,9	144	86,2	
Sim	56	25,1	23	13,8	
Participação em programa público					0,278
Não	41	73,2	14	60,9	
Sim	15	26,8	9	39,1	
Motivo da não participação					
Não é perto do meu domicílio	6	14,6	4	28,6	0,495
Não tenho tempo	11	26,8	2	14,3	
Não tenho interesse nas atividades oferecidas	13	31,7	3	21,4	
Foi impedida de participar	1	2,4	1	7,1	
Outro	10	24,4	4	28,6	
Participação em aulas de educação física por semana [‡]					0,341
Nenhum dia	88	44,4	74	50,3	
Um dia	33	16,7	17	11,6	
Dois ou mais dias	77	38,9	56	38,1	

N: frequência absoluta; %: frequência relativa. p-valor: valor de p calculado pelo χ^2 de Pearson ou teste exato de Fisher; *Variável "prática de exercício físico nos últimos 3 meses" – 6 (seis) *missings* para o estrato não quilombola; †Variável "qual tipo de exercício físico" – 1 (um) *missing* para o estrato quilombola; ‡Variável "participação em aulas de educação física por semana" – 1 (um) *missing* para o estrato não quilombola.

A prática de AF no lazer entre os adolescentes não quilombolas mostrou-se associada ao sexo masculino (mediana=240 minutos; $p<0,001$), à frequentar a escola (mediana=129 minutos; $p<0,001$), à existência de lugar público para a prática de AF (mediana=120 minutos; $p=0,018$) e ao conhecimento de programa público para a prática de AF (mediana=240 minutos; $p<0,001$). Para os quilombolas, a prática de AF no lazer foi significativamente maior entre os adolescentes do sexo masculino (mediana=180 minutos; $p<0,001$), os que trabalhavam (mediana=120 minutos; $p=0,001$) e aqueles que relataram a existência de lugares públicos para a prática de AF (mediana=180 minutos; $p<0,001$) (Tabela 4).

A prática de AF no deslocamento entre os adolescentes não quilombolas mostrou-se associada somente ao conhecimento de programa público para a prática de AF (mediana=100 minutos; $p=0,010$). Para os quilombolas, a prática de AF no deslocamento foi significativamente maior entre os adolescentes do sexo masculino (mediana=130 minutos; $p=0,014$) (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Os adolescentes rurais do presente estudo apresentaram maiores frequências da prática de AF quando comparados a adolescentes urbanos e rurais do Brasil^{8,12,23}. Para os dois estratos, quilombola e não quilombola, a prática de AF foi significativamente maior entre os meninos, entre os que trabalhavam, e entre aqueles que relataram existir lugares públicos para a prática de AF perto do seu domicílio. Essa prática foi maior também entre os adolescentes não quilombolas que frequentavam a escola e que relataram conhecer programas públicos de incentivo à prática de AF. Ademais, atividades no domínio lazer e deslocamento foram as que mais contribuíram para que os adolescentes praticassem atividade física nessas comunidades rurais.

Os resultados revelaram que a frequência da prática de AF – 300 minutos ou mais durante a semana⁸ — entre os adolescentes foi maior do que a de escolares do 9º ano do ensino fundamental do estado da Bahia (30%) e de todo Brasil (34,4%). Um estudo transversal de base escolar, realizado com indivíduos de 10 a 17 anos de idade matriculados em escolas públicas de Uruguaiana-RS, demonstrou em seus resultados maiores frequências de atividade física

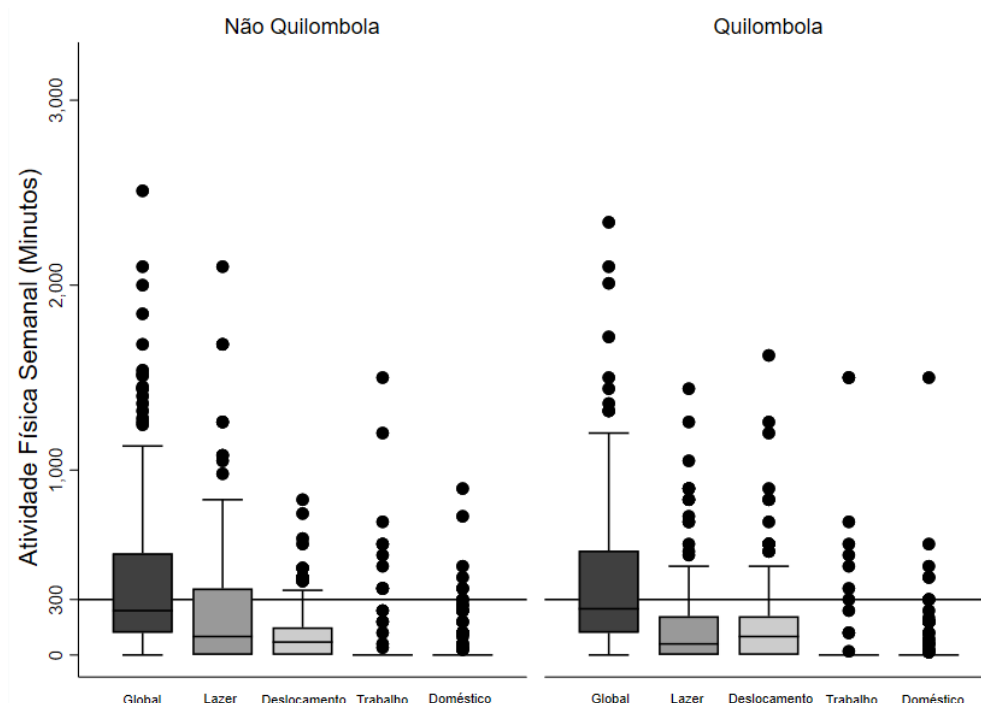


Figura 1. BoxPlot com os diferentes domínios da prática de atividade física (n=390) entre adolescentes não quilombolas e quilombolas. Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015.

Tabela 3. Prática de atividade física entre adolescentes quilombolas e não quilombolas, segundo variáveis estudadas, de uma zona rural do sudoeste da Bahia (n=390). Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015.

	Não Quilombolas				Quilombolas			
	n	mediana	AIQ	p-valor	n	mediana	AIQ	p-valor
Sexo				<0,001				<0,001
Masculino	114	355	180–730		76	465	240–715	
Feminino	109	180	70–420		91	180	60–300	
Idade				0,972				0,095
≤12 anos	79	240	100–530		53	270	150–540	
13 a 15 anos	66	250	120–570		52	210	110–360	
≥16 anos	78	245	120–550		62	355	100–690	
Escolaridade*				0,755				0,458
Até 5 anos	83	270	110–560		68	248	120–510	
6 a 9 anos	93	225	110–520		76	320	120–600	
10 ou mais anos	46	305	120–590		23	240	60–380	
Raça/Cor				0,165				0,454
Não negra	65	315	140–660		27	290	180–660	
Negra	158	228	100–504		140	243	110–557	
Nível econômico				0,804				0,723
B/C	111	240	120–540		40	253	165–540	
D/E	112	250	90–585		127	250	110–580	
Trabalho atual				0,003				<0,001
Não	127	210	90–450		114	210	100–420	
Sim	96	318	150–680		53	408	240–700	
Frequenta a escola atualmente				0,021				0,144
Não	17	120	50–250		18	348	240–690	
Sim	206	265	120–570		149	240	110–540	
Composição familiar				0,102				0,160
Mora com o pai e a mãe	157	290	120–600		107	270	120–600	
Mora com o pai ou a mãe	50	210	120–420		41	250	100–550	
Não mora com nenhum	16	115	0–494		19	180	0–320	
Sentir-se sozinho				0,960				0,602
Nunca/raramente	140	260	100–550		107	280	120–565	
Às vezes	69	220	120–500		44	250	100–660	
Na maioria das vezes/sempre	14	235	120–600		16	235	98–360	
Autoimagem corporal				0,164				0,540
Muito magro(a), magro(a)	65	240	100–530		45	300	100–660	
Normal	114	300	130–680		99	245	120–540	
Gordo(a), muito gordo(a)	44	205	73–490		23	240	70–420	

Continua...

Tabela 3. Continua.

	Não Quilombolas				Quilombolas			
	n	mediana	AIQ	p-valor	n	mediana	AIQ	p-valor
Excesso de peso [†]				0,972				0,481
Não	179	250	120–570		133	250	120–600	
Sim	42	240	120–520		29	290	70–420	
Existência de lugar público para prática de atividade física				0,018				0,004
Não	116	200	65–540		101	210	80–480	
Sim	107	320	160–570		66	318	210–660	
Conhecimento de programa público				<0,001				0,926
Não	167	200	90–458		144	250	110–573	
Sim	56	450	225–710		23	260	150–550	

N: Frequência absoluta; Mediana: mediana dos minutos da prática de atividade física durante a semana; AIQ: amplitude interquartil; p-valor: valor de p calculado pelos testes não paramétricos (Mann-Whitney-Wilcoxon para variáveis com duas categorias e Kruskal Wallis para variáveis com mais de duas categorias); * Escolaridade: 1 (um) *missing* para o estrato não quilombola; † Excesso de peso: 7 (sete) *missings* (3 perdas de altura e 4 de peso), resultando em um tamanho amostral total de 383 adolescentes (162 quilombolas e 221 não quilombolas).

Tabela 4. Prática de atividade física no lazer entre adolescentes quilombolas e não quilombolas de uma zona rural do sudoeste da Bahia (n=390), segundo sexo, trabalho atual, frequentar a escola, existência de programa público e conhecimento de programa público. Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015.

	Não Quilombolas				Quilombolas			
	n	mediana	AIQ	p-valor	n	mediana	AIQ	p-valor
Sexo				<0,001				<0,001
Masculino	114	240	60 - 450		76	180	90 - 360	
Feminino	109	0	0 - 120		91	0	0 - 90	
Trabalho atual				0,055				0,001
Não	127	60	0 - 270		114	15	0 - 150	
Sim	96	165	0 - 360		53	120	60 - 240	
Frequentar a escola atualmente				<0,001				0,659
Não	17	0	0 - 0		18	75	0 - 180	
Sim	206	120	0 - 360		149	60	0 - 210	
Existência de lugar público para prática de atividade física				0,018				<0,001
Não	116	60	0 - 240		101	0	0 - 120	
Sim	107	120	0 - 360		66	180	60 - 360	
Conhecimento de programa público				<0,001				0,990
Não	167	60	0 - 240		144	60	0 - 225	
Sim	56	240	80 - 570		23	90	0 - 180	

N: Frequência absoluta. Mediana: mediana dos minutos da prática de atividade física durante a semana. AIQ: amplitude interquartil. p-valor: valor de p calculado pelos testes não paramétricos (Mann-Whitney-Wilcoxon para variáveis com duas categorias e Kruskal Wallis para variáveis com mais de duas categorias).

Tabela 5. Prática de atividade física no deslocamento entre adolescentes quilombolas e não quilombolas de uma zona rural do sudoeste da Bahia (n=390), segundo sexo, trabalho atual, frequentar a escola, existência de programa público e conhecimento de programa público. Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015.

	Não Quilombolas				Quilombolas			
	n	mediana	AIQ	p-valor	n	mediana	AIQ	p-valor
Sexo				0,998				0,014
Masculino	114	70	0–150		76	130	20–300	
Feminino	109	70	0–180		91	60	0–200	
Trabalho atual				0,605				0,144
Não	127	70	0–150		114	70	0–200	
Sim	96	60	15–165		53	140	0–280	
Frequenta a escola atualmente				0,303				0,428
Não	17	50	0–100		18	125	20 – 240	
Sim	206	70	0–180		149	90	0–210	
Existência de lugar público para prática de atividade física				0,421				0,360
Não	116	60	0–180		101	60	0–210	
Sim	107	90	20–150		66	100	0–240	
Conhecimento de programa público				0,010				0,748
Não	167	50	0–150		144	85	0–200	
Sim	56	100	50–180		23	100	0–210	

N: Frequência absoluta; Mediana: mediana dos minutos da prática de atividade física durante a semana; AIQ: amplitude interquartil; p-valor: valor de p calculado pelos testes não paramétricos (Mann-Whitney-Wilcoxon para variáveis com duas categorias e Kruskal Wallis para variáveis com mais de duas categorias).

(≥300 minutos por semana) entre os adolescentes rurais (42,33%) quando comparados aos urbanos (30,9%)²³. Regis et al.¹² demonstrou também que os adolescentes residentes em áreas rurais matriculados em escolas públicas de Pernambuco apresentaram maiores níveis de AF (37,3%) quando comparados com os residentes em áreas urbanas (34,5%). Adolescentes que praticaram no mínimo 60 minutos de AF por pelo menos 5 dias na semana foram classificados como ativos. Além disso, tiveram maior preferência pelo lazer ativo, como andar de bicicleta ou a pé, e estavam menos expostos aos comportamentos sedentários.

Diversos estudos que abordam a prática de AF entre adolescentes apontam resultados semelhantes aos nossos, em que os meninos são mais ativos do que as meninas^{8,23,24}. Segundo a PeNSE, adolescentes brasileiros do sexo masculino foram fisicamente mais ativos (28,3%) do que as meninas (13,5%)⁸. Por ser a atividade física um comportamento complexo, influenciado por diversos fatores, é importante diferenciar os motivos que levam indivíduos de ambos os sexos a escolher por um estilo de vida mais ativo.

Essa maior prática de AF entre os meninos pode estar relacionada com fatores biológicos e socioculturais que influenciam a participação dos meninos em atividades físicas desportivas e com intensidade vigorosa. Já a participação das meninas nas atividades de lazer com menor intensidade pode estar relacionada ao intuito de não provocar alterações na composição corporal e, conseqüentemente, evitar impactos em sua feminilidade⁹. Satija et al.²⁵ reforçam essa ideia ao descreverem que, desde a infância, os meninos e as meninas são tratados de forma distinta pela sociedade, tendo os meninos uma maior permissão para explorar o ambiente físico ao seu redor.

Nas áreas rurais, o estilo de vida mais ativo pode estar relacionado à inserção no mercado de trabalho, que é realizado, muitas vezes, pela força física, além das atividades no ambiente doméstico, comuns entre as mulheres das áreas rurais¹². Entretanto, para o presente estudo,

os domínios que mais contribuíram para a prática de AF semanal foram os domínios lazer e deslocamento, tanto para adolescentes quilombolas quanto para não quilombolas, e os níveis mais elevados de AF entre esses domínios permaneceram entre o sexo masculino.

Maiores distâncias entre as residências rurais, o trabalho e a escola, somadas à dificuldade de transportes públicos, podem favorecer o maior deslocamento a pé ou de bicicleta e, desta forma, contribuir para o aumento da AF semanal desses adolescentes. Além disso, o menor acesso às tecnologias, como computador, *videogame* e celular, pode contribuir para a escolha de atividades mais ativas em um momento de lazer individual e entre amigos¹², como o futebol, que foi a modalidade de atividade mais reportada pelos adolescentes.

Apesar do domínio trabalho ter contribuído pouco com a prática de AF semanal dos adolescentes, o fato de o adolescente trabalhar aumentou o nível de atividade física semanal, tanto para os quilombolas quanto para os não quilombolas. Para os quilombolas que trabalhavam, especificamente, os níveis semanais de atividades no domínio lazer foram maiores quando comparados aos quilombolas que não trabalhavam. O aumento do poder aquisitivo entre aqueles que trabalham pode favorecer a uma maior participação desses adolescentes em atividades físicas variadas de lazer²⁶.

Ainda que os adolescentes das comunidades rurais estudadas tenham apresentado maiores níveis de AF no domínio lazer, é importante salientar que, especialmente nas localidades quilombolas, os espaços de lazer e de prática de AF são escassos²⁷. Assim, era esperada que a maior prática de atividade física fosse significativamente maior entre os adolescentes que relataram a existência de lugares públicos para a prática. Ressalta-se, entretanto, que mais da metade dos adolescentes quilombolas e não quilombolas informou que não existiam lugares públicos perto do seu domicílio, como praças e parques, para a prática de AF.

Outra variável que aumentou os níveis de AF entre os adolescentes não quilombolas foi o fato desses indivíduos conhecerem programas públicos voltados para a prática de AF. O conhecimento aumentou os níveis de atividade tanto no domínio lazer quanto no domínio deslocamento, demonstrando que o conhecimento favorece a prática semanal de atividade entre esses indivíduos. Apesar do grande investimento público no incentivo à prática de atividades físicas, a cobertura ainda é pequena²⁸, pois quase 70% dos adolescentes não quilombolas e 73,2% dos quilombolas não participavam de programas públicos voltados para a prática de AF. A falta de interesse, falta de tempo e distância foram os principais motivos relatados.

O ambiente escolar torna-se fundamental para a aproximação do adolescente com práticas de saúde mais saudáveis, incluindo a prática regular de AF. O Brasil investiu em políticas públicas de promoção da AF para adolescentes residentes em áreas de vulnerabilidade social. O Programa Saúde na Escola (PSE) integra equipes de saúde da Atenção Básica com as equipes de educação com o objetivo de prevenir, promover e avaliar as condições de saúde dos escolares matriculados em escolas públicas. Outro programa existente é o Programa Segundo Tempo (PST), que tem por finalidade expandir o acesso à prática e à cultura do esporte de forma a promover o desenvolvimento integral de adolescentes como fator de formação da cidadania e melhoria da qualidade de vida^{29,30}. Os adolescentes rurais não quilombolas que frequentavam a escola apresentaram significativamente maiores níveis de AF quando comparados com aqueles que não frequentavam, ressaltando a importância do ambiente escolar para o aumento da AF.

Nesse contexto, é necessária, sobretudo entre os quilombolas, a potencialização dessas políticas públicas de âmbito escolar, como ampliação das aulas de educação física com devido acompanhamento profissional e melhora dos espaços escolares para a prática de esportes. Entre os adolescentes estudados, 44,4% e 50,3% dos não quilombolas e quilombolas, respectivamente, reportaram não participar das aulas de educação física. Desta forma, essas mudanças devem ser acompanhadas de uma reformulação da disciplina de educação física com o objetivo de aumentar a participação dos alunos, sua motivação e o prazer pela disciplina ofertada, além do incentivo à prática de atividade física fora do ambiente escolar.

Algumas limitações do estudo devem ser consideradas: por se tratar de um estudo seccional, não é possível inferir a natureza temporal de algumas associações observadas. Diferenças nos instrumentos e pontos de corte para classificação da prática de atividade física podem dificultar a comparação entre os estudos nacionais e internacionais. Além disso, o uso

de questões autorreferidas para avaliar a prática de AF pode subestimar ou superestimar a duração e intensidade das atividades. Entretanto, o presente estudo utilizou ponto de corte recomendado pela OMS de 300 minutos ou mais de atividade física durante a semana⁴.

Os achados do presente estudo apontam a importância para que estratégias de intervenção sejam direcionadas, especificamente, para as meninas, com o objetivo de englobar essa parcela da população que não está vivenciando de forma adequada os benefícios a curto e longo prazo da prática regular de AF. Nessa perspectiva, a escola apresenta-se como um ambiente que incentiva a adoção de comportamentos saudáveis, como a prática de atividade física através das aulas de educação física, que devem ser acolhedoras e incentivar a participação de todos, além de estimular a realização de exercícios fora do ambiente escolar.

AGRADECIMENTOS

Às famílias rurais, entrevistadores, Agentes Comunitários de Saúde e demais profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família que participaram da construção desse estudo.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Cairo SMC: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Supervisão, Validação, Visualização, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Edição e Revisão. Sousa EA: Curadoria de Dados, Análise Formal, Escrita – Primeira Redação. Bezerra VM: Curadoria de Dados, Análise Formal, Escrita – Primeira Redação. Medeiros DS: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Metodologia, Supervisão, Administração do Projeto, Escrita – Primeira Redação.

REFERÊNCIAS

1. Corder K, Sharp SJ, Atkin AJ, Griffin SJ, Jones AP, Ekelund U, et al. Change in objectively measured physical activity during the transition to adolescence. *Br J Sports Med*. 2015;49(11):730–6. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-093190>
2. World Health Organization. Young People's Health-a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731 [Internet]. Geneva: WHO; 1986 [acessado em 10 jan. 2019]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41720>
3. Curtis AC. Defining adolescence. *J Adolesc Family Health* [Internet]. 2015 [acessado em 15 jan. 2019];7(2):2. Disponível em: <https://scholar.utc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1035&context=jafh>
4. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health [Internet]. World Health Organization; 2010 [acessado em 12 ago. 2019]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf;jsessionid=FB9C768BB5AB112079F8C1CD353D914C?sequence=1
5. Landry BW, Driscoll SW. Physical activity in children and adolescents. *PM R*. 2012;4(11):826–32. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2012.09.585>
6. Hallal PC, Victora CG, Azevedo MR, Wells JC. Adolescent physical activity and health: a systematic review. *Sports Med*. 2006;36(12):1019–30. <https://doi.org/10.2165/00007256-200636120-00003>
7. World Health Organization. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being [Internet]. Copenhagen: World Health Organization; 2016 [acessado em 21 ago. 2019]. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc/hbsc-international-reports/growing-up-unequal-hbsc-2016-study-20132014-survey>
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE, 2015) [Internet]. Brasil: IBGE; 2016 [acessado em 5 ago. 2019]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/pense/2015/default.shtm>
9. Seabra AF, Mendonça DM, Thomis MA, Anjos LA, Maia JA. Determinantes biológicos e sócio-culturais associados à prática de atividade física de adolescentes. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(4):721–36. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000400002>
10. Bacil EDA, Mazzardo Júnior O, Rechb CR, Legnani RFS, Campos W. Atividade física e maturação biológica: uma revisão sistemática. *Rev Paul Pediatr*. 2015;33(1):114–21. <https://doi.org/10.1016/j.rpped.2014.11.003>
11. Ramos CGC, Andrade RG, Andrade ACS, Fernandes AP, Costa DAS, Xavier CC, et al. Contexto familiar e atividade física de adolescentes: cotejando diferenças. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(3):537–48. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700030015>

12. Regis MF, Oliveira LMFT, Santos ARM, Leonidio ACR, Diniz PRB, Freitas CMSM. Urban versus rural lifestyle in adolescents: associations between environment, physical activity levels and sedentary behavior. *Einstein*. 2016;14(4):461-7. <https://doi.org/10.1590%2F51679-45082016AO3788>
13. Miller B, Baptist J, Johannes E. Health needs and challenges of rural adolescents. *Rural Remote Health*. 2018;18(3):4325. <https://doi.org/10.22605/rrh4325>
14. Sousa BC, Santos RS, Santana KC, Souza R, Leite ÁJM, Medeiros DS. Sexual behavior and associated factors in rural adolescents. *Rev Saúde Pública*. 2018;52:39. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052006988>
15. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades quilombolas de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* [Internet]. 2003 [acessado em 5 jun. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4887.htm
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Questionário PENSE 2012 [Internet]. Brasil: IBGE; 2012 [acessado em 16 jun. 2014]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=52908>
17. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Questionário do Domicílio [Internet]. PNS; 2013 [acessado em 16 jun. 2014]. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/questionarios/>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional [Internet]. Brasil: SISVAN/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2011 [acessado em 16 jun. 2014]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf
19. Hallal PC, Victora CG, Wells JCK, Lima RC. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Med Sci Sports Exerc*. 2003;35(11):1894-900. <https://doi.org/10.1249/01.mss.0000093615.33774.0e>
20. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de classificação econômica Brasil [Internet]. Brasil: ABEP; 2017 [acessado em 19 abr. 2017]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>
21. Tremblay MS, Aubert S, Barnes JD, Saunders TJ, Carson V, Latimer-Cheung AE, et al. Sedentary behavior research network (SBRN): terminology consensus project process and outcome. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2017;14(1):75. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0525-8>
22. Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ*. 2007;85(9):660-7. <https://doi.org/10.2471/blt.07.043497>
23. Bergmann GG, Bergmann MLA, Marques AC, Hallal PC. Prevalence of physical inactivity and associated factors among adolescents from public schools in Uruguaiana, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(11):2217-29. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00077512>
24. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U, et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet*. 2012;380(9838):247-57. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60646-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60646-1)
25. Satija A, Khandpur N, Satija S, Mathur GS, Prabhakaran D, Reddy KS, et al. Physical Activity Among Adolescents in India: A Qualitative Study of Barriers and Enablers. *Health Educ Behav*. 2018;45(6):926-34. <https://doi.org/10.1177/1090198118778332>
26. Guedes DP, Guedes JERP, Barbosa DS, Oliveira JA. Níveis de prática de atividade física habitual em adolescentes. *Rev Bras Med Esporte*. 2001;7(6):187-99. <https://doi.org/10.1590/S1517-86922001000600002>
27. Katiúscy CS, Nair T, Maria HBO, Danielle SM. Direto à saúde: adolescentes quilombolas em comunidades rurais de Vitória da Conquista (BA). In: Oliveira HBO, Erthal RMC, Vianna JLJ, Vasconcelos LCF, Bonfatti RJ, eds. *Direitos humanos e saúde: construindo caminhos, viabilizando rumos*. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2017. p. 53-68.
28. Ferreira RW, Caputo EL, Häfele CA, Jerônimo JS, Florindo AA, Knuth AG, et al. Acesso aos programas públicos de atividade física no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(2):e00008618. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00008618>
29. Brasil. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Caderno do Gestor do Programa Saúde na Escola (PSE) [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde e Ministério da Educação; 2015 [acessado em 15 set. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf
30. Brasil. Ministério do Esporte. Diretrizes do programa segundo tempo (PST) [Internet]. Brasil: Ministério do Esporte; 2017 [acessado em 15 set. 2019]. Disponível em: <https://www.gov.br/esporte/pt-br/acoes-e-programas/programa-segundo-tempo-pst>