

Barreiras para a participação em programas públicos de atividade física: comparação entre o Brasil e a região Nordeste, Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2019

Barriers to participation in public physical activity programs: comparison between Brazil and the Northeast region, National Health Survey (NHS), 2019

Barreras para la participación en programas públicos de actividad física: una comparación entre Brasil y la región Nordeste, Encuesta Nacional de Salud (PNS), 2019

Elba Márcia de Moraes Santos <https://orcid.org/0000-0002-3793-534X>¹; Amanda Cristina de Souza Andrade <https://orcid.org/0000-0002-3366-4423>²; Daniele Sousa Portela <https://orcid.org/0000-0003-4607-2539>¹; Vanessa Moraes Bezerra <https://orcid.org/0000-0001-5333-2875>¹

Resumo O objetivo do estudo é estimar as prevalências das principais barreiras para a participação em programas públicos de atividade física (PAF) segundo características sociodemográficas em residentes do Brasil e da região Nordeste. Estudo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (2019), com indivíduos de 18 anos ou mais que referiram conhecer e não participar dos PAF. As variáveis dependentes foram as principais barreiras para a participação, sendo analisadas de acordo com variáveis sociodemográficas e estratificadas pelo Brasil (BR) e região Nordeste (NE). As barreiras mais frequentes foram falta de interesse (42,2% BR e 45,1% NE), horário de funcionamento (32,8% BR e 30,6% NE), distância do domicílio (11,2% BR e 11,8% NE) e problemas de saúde (8,1% BR e 8,4% NE). Características sociodemográficas como sexo, idade, estado civil, possuir trabalho remunerado e renda familiar apresentaram diferenças estatísticas em uma ou mais barreiras estudadas. As prevalências das barreiras para não participação em PAF foram elevadas e variou segundo as características sociodemográficas. Estratégias de enfrentamento das barreiras devem ser direcionadas aos grupos prioritários para garantir maior adesão aos PAF.

Palavras-chave Atividade física, Promoção da saúde, Política pública, Barreiras, Estudos epidemiológicos

Abstract The scope of this study is to estimate the prevalence of the main barriers to participation in public physical activity (PPA) programs, according to sociodemographic characteristics among residents of Brazil and of the Northeast region. The study used data from the 2019 National Health Survey, individuals aged 18 or older who reported being aware and not participating in PPA programs. The dependent variables were the main barriers to participation, analyzed according to sociodemographic variables and stratified by Brazil (BR) and the Northeast region (NE). The most frequent barriers were lack of interest (42.2% in BR and 45.1% in NE), opening hours (32.8% BR and 30.6% in NE), distance from home (11.2% BR and 11.8% in NE) and health problems (8.1% BR and 8.4% in NE). Sociodemographic characteristics such as sex, age, marital status, having paid employment, and family income showed statistically significant differences for one or more of the barriers analyzed. The conclusion drawn is that the prevalence of barriers to non-participation in PPA programs was high and varied according to sociodemographic characteristics. Strategies to address these barriers should be targeted at priority groups to ensure greater adherence to PPA programs.

Key words Physical activity, Health promotion, Public policy, Barriers, Epidemiological studies

Resumen El objetivo de este estudio es estimar la prevalencia de las principales barreras para la participación en programas públicos de actividad física (PPAF), según características sociodemográficas, en residentes de Brasil y la región Nordeste. Estudio con datos de la Encuesta Nacional de Salud (2019), en personas de 18 años o más que declararon conocer los PPAF pero no participar en ellos. Las variables dependientes fueron las principales barreras para la participación, analizadas según variables sociodemográficas y estratificadas por Brasil (BR) y la región Nordeste (NE). Las barreras más frecuentes fueron la falta de interés (42,2 % BR y 45,1 % NE), los horarios de funcionamiento (32,8 % BR y 30,6 % NE), la distancia al domicilio (11,2 % BR y 11,8 % NE) y los problemas de salud (8,1 % BR y 8,4 % NE). Las características sociodemográficas como sexo, edad, estado civil, empleo remunerado e ingresos familiares mostraron diferencias estadísticamente significativas en una o más de las barreras estudiadas. La prevalencia de barreras para la no participación en programas de actividad física fue alta y varió según las características sociodemográficas. Las estrategias para abordar estas barreras deben dirigirse a los grupos prioritarios para garantizar una mayor adherencia a los programas de actividad física.

Palabras clave Actividad física, Promoción de la salud, Políticas públicas, Barreras, Estudios epidemiológicos

¹ Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia. Vitória da Conquista BA Brasil.
² Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz. Av. Augusto de Lima 1715, Barro Preto. 30190-009 Belo Horizonte MG Brasil. csouza.amanda@gmail.com

Introdução

Os programas públicos de atividade física (AF) são estratégias de enfrentamento ao cenário global de inatividade física que acomete as populações e as consequências dela advindas. Em relação ao contexto brasileiro, evidências apontam que esses programas impactam positivamente nos indicadores da saúde¹. Pesquisa realizada no estado de Pernambuco², mostrou que nos municípios onde existia o Programa Academia da Saúde (PAS) foi observada redução de 12,8% na taxa de mortalidade por hipertensão arterial, quando comparados aos municípios que não implantaram o mesmo programa.

Outros programas públicos de AF que podem ser destacados como experiências exitosas nos municípios brasileiros diante de seus resultados são: o Programa Academia da Cidade (PAC), o Programa CuritibAtiva, o Programa Agita São Paulo, o Serviço de Orientação ao Exercício (SOE), o Programa Saúde Ativa, o Saúde Floripa Educar, Conscientizar e Praticar, entre outros. E a partir da institucionalização do PAS, puderam ser cadastrados como polos similares e assim receber o custeio do Ministério da Saúde para sua manutenção^{3,4}.

Além disso, a oferta gratuita de práticas corporais e atividades físicas para a população brasileira ocorre também através de outros programas e estratégias, como as equipes multiprofissionais⁵, as Academias ao Ar Livre⁶, o Programa Esporte e Lazer na Cidade⁷ e, em 2022, a criação de um incentivo federal para o custeio das ações de atividade física na atenção primária à saúde⁸.

Apesar do cenário de aumento das ações de promoção das práticas corporais e atividades físicas⁸ e da prevalência de atividade física de lazer no Brasil no período de 2009 a 2023, mais da metade dos adultos brasileiros não atingiu a recomendação mínima de prática de atividade física⁹. A não realização de atividade física é marcada por iniquidades sociais e mais frequente em grupos específicos¹⁰⁻¹³. Nesse contexto, é necessário reconhecer que há barreiras de acesso a tais práticas^{14,15} e também aos programas públicos de AF¹⁶⁻¹⁸, e que é importante conhecer o perfil da população acometida por essas barreiras, com o objetivo de minimizá-las.

Dessa forma, este estudo tem como objetivo estimar a prevalência das principais barreiras para a participação em programas públicos de AF segundo características sociodemográficas em residentes no Brasil e na região Nordeste, a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019.

Métodos

Estudo conduzido a partir da análise de dados secundários oriundos da PNS de 2019. A população-alvo da PNS (2019) foram indivíduos residentes em domicílios particulares permanentes em todas as regiões do Brasil (residências com a finalidade exclusiva de habitação)¹⁹. Os dados da PNS são de domínio público e foram acessados pelo *site* do IBGE (<https://ibge.gov.br>).

A amostragem foi realizada por conglomerados, em três estágios: 1) setores censitários; 2) os domicílios dentro de cada setor; e 3) morador com idade de 15 anos ou mais, selecionado aleatoriamente, sendo convidado a responder a um questionário sobre características gerais do domicílio, dos outros moradores e individuais¹⁹. No total, 94.114 domicílios foram visitados, 90.846 moradores selecionados participaram da entrevista e 88.531 tinham 18 anos ou mais de idade.

Para este estudo foram considerados os indivíduos de 18 anos ou mais que responderam conhecer mas não participar dos programas públicos de AF no Brasil ($n = 17.652$) e na região Nordeste ($n = 6.197$).

As entrevistas da PNS 2019 foram conduzidas entre os meses de agosto de 2019 e março de 2020. Mais informações estão disponíveis na página da internet do IBGE (<https://ibge.gov.br>) e na página de internet da PNS (<https://www.pns.iciict.fiocruz.br/>).

Variáveis

As variáveis dependentes do estudo foram as principais barreiras para a participação em programas públicos de AF, obtidas pela seguinte pergunta: “Qual o principal motivo de não participar?”, com as opções de resposta: não é perto do meu domicílio; o horário de funcionamento do programa é incompatível com minhas atividades de trabalho ou domésticas; não tem interesse nas atividades oferecidas; o espaço não é seguro/iluminado; problemas de saúde ou incapacidade física; outro. As opções de respostas foram recodificadas em novas variáveis binárias (sim ou não).

As variáveis independentes incluíram as seguintes características sociodemográficas: sexo (masculino, feminino); faixa etária (18-34 anos, 35-59 anos e 60 anos ou mais); raça/cor (branca, não branca – incluídas todas as outras categorias de cor); estado civil (solteiro, casado, divorciado/desquitado/separado e viúvo); escolaridade (sem instrução, fundamental incompleto/com-

pleto, médio incompleto/completo, superior incompleto/completo) e trabalho remunerado (não e sim); e a variável do domicílio, renda familiar *per capita* (até ½ salário mínimo, mais de ½ até 1 salário mínimo, mais de 1 até 2 salários mínimos e mais de 2 salários mínimos).

Análise dos dados

As análises dos dados foram feitas no pacote estatístico Stata, versão 15.0, sendo utilizado o comando “*survey*”, a fim de considerar pesos amostrais e o desenho complexo da amostra. Adotou-se nível de significância de 5%.

Foi realizada a análise descritiva por meio de frequências relativas com intervalo de confiança de 95% (IC95%). A comparação entre os recortes geográficos (Brasil e Nordeste) foi feita a partir da análise da sobreposição dos seus respectivos intervalos de confiança. Conduziu-se o teste qui-quadrado de Pearson para analisar a associação entre as variáveis sociodemográficas e do domicílio e as barreiras mais prevalentes para a participação nos programas públicos de AF (falta de interesse nas atividades oferecidas; distância do domicílio; horário de funcionamento do programa; problemas de saúde ou incapacidade física), com estratificação para Brasil e Nordeste.

Aspectos éticos

Todos os participantes foram consultados e aceitaram integrar a pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. A Pesquisa Nacional de Saúde 2019 foi aprovada em 23 de agosto de 2019 pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/ Conselho Nacional de Saúde (CNS), Parecer nº 3.529.376.

Resultados

Do total de entrevistados que referiram conhecer e não participar de nenhum programa público de AF, sendo 17.652 do Brasil (BR) e 6.197 do Nordeste (NE); o maior percentual observado foi de indivíduos do sexo feminino (59,3% BR; 61,3% NE), faixa etária entre 35 a 59 anos (50,4 BR; 50,8% NE), solteiros (37,2% BR; 46,9% NE) ou casados (48,1% BR; 40,6% NE), nível de escolaridade médio incompleto/completo (37,6% BR; 38,8% NE) e entre aqueles que referiram ter trabalho remunerado (59,2% BR; 55,2% NE); não foi observada diferença signifi-

cativa ao comparar essas proporções entre Brasil e Nordeste. Entretanto, para as variáveis raça/cor e a renda familiar *per capita* foi observada uma maior frequência de não brancos (55,4% BR; 74,5% NE) e renda familiar *per capita* de até ½ salário mínimo (17,6% BR; 33,7% NE) na região Nordeste, em comparação com o Brasil (dados não mostrados em tabela).

As principais barreiras para a participação em programas públicos de AF foram falta de interesse nas atividades oferecidas (42,2% BR; 45,1% NE), horário de funcionamento do programa (32,8% BR; 30,6% NE), distância do domicílio (11,2% BR; 11,8% NE), problemas de saúde ou incapacidade física (8,1% BR; 8,4% NE). Em menor frequência, as barreiras de segurança (1,0% BR; 1,2% NE) e outras (4,7% BR; 2,9% NE) (Figura 1).

Quanto à barreira de falta de interesse nas atividades para a participação em programas públicos de AF, as maiores prevalências, tanto no Brasil quanto no Nordeste, foram observadas em indivíduos do sexo masculino, aqueles com idade de 18 a 34 anos (45,1% BR; 49,0% NE), 60 anos ou mais (46,5% BR; 46,9% NE), sem companheiro (viúvos: 47,2% BR; 47,0% NE; solteiros: 44,2% BR; 47,7% NE) e que não tinham trabalho remunerado. No Brasil, observou-se maior prevalência da barreira de falta de interesse entre aqueles com renda familiar *per capita* de mais de 2 salários mínimos, e na região Nordeste, entre os indivíduos que se autodeclararam brancos. Não foi observada associação segundo os níveis de escolaridade (Tabela 1).

A barreira de horário de funcionamento dos programas públicos de atividade física foi mais prevalente em ambas as localidades estudadas entre indivíduos de 35 a 59 anos (37,2% BR; 34,1% NE), casados, divorciados/desquitados/separados, com maior escolaridade (39,5% BR; 40,2% NE), com maior renda familiar *per capita* e que tinham trabalho remunerado. Não foi observada diferença significativa segundo sexo e raça/cor (Tabela 2).

A barreira de distância do domicílio para Brasil e Nordeste foi mais referida pelo sexo feminino (12,7% BR; 13,4% NE), por aqueles com nenhuma ou baixa escolaridade, entre o grupo de menor renda familiar *per capita* (14,4% BR; 13,9% NE) e entre os que não tinham trabalho remunerado. Não foi observada diferença significativa segundo faixa etária, raça/cor e estado civil (Tabela 3).

A barreira de problemas de saúde ou incapacidade física, para Brasil e Nordeste, foi mais prevalente no sexo feminino (9,3% BR; 10,2%

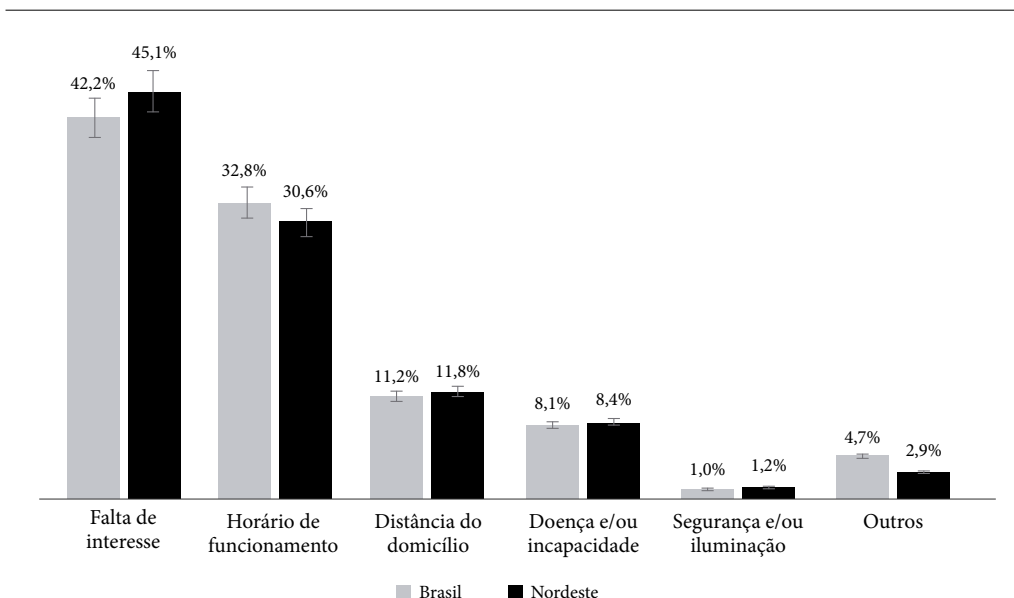


Figura 1. Principais barreiras para a participação em programas públicos de atividade física no Brasil e região Nordeste. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil 2019.

Fonte: Autores.

NE), entre os idosos, os viúvos (17,1% BR; 16,6% NE), sem instrução (23,6% BR; 21,3% NE) e os que não tinham trabalho remunerado. Apenas para o Brasil a barreira de problemas de saúde ou incapacidade física foi mais referida por indivíduos com renda *per capita* de mais de 1 até 2 salários mínimos. Não foi observada diferença significativa segundo raça/cor (Tabela 4).

Discussão

O presente estudo evidenciou que as barreiras mais referidas pelos residentes no Brasil e na região Nordeste foram a falta de interesse pelas atividades ofertadas, o horário de funcionamento dos programas, a distância do domicílio dos entrevistados e problemas de saúde ou incapacidade física, e se distribuem de forma desigual segundo as características sociodemográficas.

Estudos que analisaram os dados da PNS de 2013 mostraram que na população adulta as principais barreiras para não praticar atividade física nos programas públicos de AF foram falta de tempo, falta de interesse pelas atividades físicas oferecidas e distância até o local¹⁶, enquanto entre os idosos foram a falta de interesse, falta de tempo e problemas de saúde¹⁸. Tais achados demonstram que, após seis anos, as mesmas barreiras se mantiveram entre as mais frequen-

tes, indicando a necessidade de reavaliações regulares e de que sejam planejadas e implementadas estratégias para minimizar seus efeitos.

Nossos resultados reforçam a importância dos inquéritos populacionais brasileiros para conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e de seus fatores de risco e proteção. A vigilância desses fatores é um componente fundamental para monitorar as mudanças em comportamentos de saúde e seus fatores de risco, além da avaliação da capacidade de respostas dos sistemas de saúde por meio de políticas ou planos, provisão de infraestrutura, recursos humanos e acesso a serviços de saúde²⁰.

A barreira da falta de interesse, para Brasil e Nordeste, foi mais referida pelo sexo masculino, por indivíduos de 18 a 34 anos e 60 anos ou mais, sem companheiro e entre aqueles que não tinham trabalho remunerado. Sabe-se que a maioria dos programas públicos de estímulo à prática de atividade física prioriza a oferta de atividades como caminhada, ginástica e alongamento, conforme demonstrado em estudos anteriores^{3,17}. Essas atividades podem ser menos atrativas para homens, o que justificaria a falta de interesse deles em participar desses programas, como observado no presente estudo e em outras pesquisas^{17,18}. Em se tratando da faixa etária, os resultados observados corroboram as evidências

Tabela 1. Prevalência da barreira “falta de interesse nas atividades oferecidas” para a participação em programas públicos de atividade física segundo variáveis sociodemográficas e do domicílio no Brasil e região Nordeste. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil 2019.

Variável	BRASIL			NORDESTE		
	%	IC95%	p-valor	%	IC95%	p-valor
Sexo			< 0,001			< 0,001
Masculino	47,7	44,8-50,7		52,7	49,7-55,6	
Feminino	38,4	36,6-40,2		40,3	38,0-42,7	
Faixa etária (anos)			< 0,001			0,004
18-34	45,1	42,4-48,0		49,0	45,4-52,7	
35-59	38,6	36,1-41,2		42,0	39,6-44,6	
60 ou mais	46,5	44,1-49,0		46,9	42,7-51,2	
Raça/cor			0,285			0,037
Branca	42,9	40,4-45,5		48,2	44,8-51,6	
Não Branca	41,5	39,6-43,5		44,0	41,9-46,2	
Estado civil			0,012			0,027
Solteiro	44,2	42,0-46,4		47,7	45,0-50,4	
Casado	40,1	37,3-43,0		41,9	39,1-44,7	
Divorçado/ desquitado/separado	41,2	37,2-45,3		44,4	37,8-51,3	
Viúvo	47,2	42,6-51,9		47,0	39,6-54,4	
Escolaridade			0,760			0,313
Sem instrução	45,2	37,7-53,0		46,6	38,9-54,3	
Fundamental incompleto/completo	41,4	38,5-44,4		46,4	43,4-49,6	
Médio incompleto/completo	42,1	39,7-44,5		45,5	42,4-48,8	
Superior incompleto/completo	42,8	39,8-45,7		41,7	38,0-45,4	
Renda familiar <i>per capita</i>			0,004			0,767
Até 1/2 salário mínimo	44,1	40,5-47,7		46,4	42,7-50,2	
Mais de 1/2 até 1 salário mínimo	40,0	37,4-42,6		44,3	41,1-47,7	
Mais de 1 até 2 salários mínimos	40,1	37,2-43,1		44,1	40,4-47,7	
Mais de 2 salários mínimos	46,0	43,0-49,0		45,1	40,3-50,0	
Trabalho remunerado			< 0,001			< 0,001
Não	46,1	44,0-48,2		49,2	46,3-52,2	
Sim	39,5	37,2-41,7		41,7	39,3-44,2	

% - prevalência; IC95% - intervalo de confiança de 95%; teste qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Autores.

científicas^{18,21-23}, e mesmo sendo uma característica desses programas propor atividades para o público idoso, parece que, para muitos, as atividades ofertadas ainda não são atrativas. Esse contexto permite duas reflexões importantes: 1) a necessidade de se diversificar as atividades físicas desenvolvidas nesses programas, levando em consideração o contexto individual, social e cultural de cada localidade; 2) a demanda de outras investigações diante das divergências percebidas acerca da associação analisada.

Adicionalmente, a barreira de falta de interesse foi mais prevalente entre os indivíduos de maior renda *per capita* para o Brasil e que se autodeclararam brancos para a região Nordeste. Alguns estudos mostraram menor participação nos programas públicos de AF entre aqueles

com maior nível socioeconômico, o que poderia estar relacionado ao maior acesso e maior escolha por locais privados para a prática de atividade física^{9,18,24,25}.

A barreira de horário de funcionamento, em ambos os recortes geográficos, foi mais frequente entre indivíduos em idade economicamente ativa, com maiores níveis de instrução e renda. O horário de funcionamento dos programas que estimulam a prática de AF, na maioria das vezes, está associado ao funcionamento dos demais serviços de saúde^{25,26}, que coincidem com outras atividades diárias (estudo, atividades rotineiras ou laborais) e, consequentemente, restringem a participação desse subgrupo populacional. Com relação a esse aspecto, sugere-se que, durante o processo de implementação desses pro-

Tabela 2. Prevalência da barreira “horário de funcionamento” para a participação em programas públicos de atividade física segundo variáveis sociodemográficas e do domicílio no Brasil e região Nordeste. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil 2019.

Variável	BRASIL			NORDESTE		
	%	IC95%	p-valor	%	IC95%	p-valor
Sexo			0,917			0,135
Masculino	32,7	29,1-36,5		28,8	26,0-31,7	
Feminino	32,9	31,3-34,6		31,7	29,4-34,1	
Faixa etária (anos)			< 0,001			< 0,001
18-34	36,0	33,1-39,0		33,7	30,3-37,3	
35-59	37,2	34,6-40,0		34,1	31,6-36,7	
60+	18,8	16,8-21,0		15,3	12,3-18,9	
Raça/cor			0,842			0,385
Branca	32,7	30,0-35,5		29,3	26,3-32,5	
Não Branca	33,0	31,0-35,0		31,0	28,9-33,2	
Estado civil			< 0,001			0,001
Solteiro	33,0	30,9-35,1		30,4	28,0-32,9	
Casado	34,5	31,2-38,0		32,5	29,7-35,3	
Divorciado/desquitado/separado	34,7	30,3-39,3		32,8	26,1-40,2	
Viúvo	17,7	14,4-21,6		17,0	11,8-23,9	
Escolaridade			< 0,001			< 0,001
Sem instrução	13,1	9,2-18,5		15,0	9,1-23,8	
Fundamental incompleto/completo	26,6	23,7-29,6		22,6	20,0-25,4	
Médio incompleto/completo	35,9	33,3-38,5		34,9	32,0-38,1	
Superior incompleto/completo	39,5	36,5-42,5		40,2	36,3-44,2	
Renda familiar <i>per capita</i>			< 0,001			0,014
Até 1/2 salário mínimo	27,0	24,0-30,2		26,7	23,6-30,0	
Mais de 1/2 até 1 salário mínimo	32,2	29,6-35,0		31,2	27,9-34,7	
Mais de 1 até 2 salários mínimos	36,7	32,9-40,7		33,9	30,4-37,6	
Mais de 2 salários mínimos	33,3	30,4-35,6		33,9	29,3-38,8	
Trabalho remunerado			< 0,001			< 0,001
Não	19,1	17,6-20,7		17,6	15,6-19,8	
Sim	42,3	39,6-45,1		41,1	38,6-43,7	

% - prevalência; IC95% - intervalo de confiança de 95%; teste qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Autores.

gramas, sejam levadas em consideração tais limitações e que ocorra a flexibilização na oferta de dias e horários. Estudos destacam que, em alguns programas, como o Programa Academia da Saúde, foram incluídos horários noturnos e/ou integrais para a ampliação do acesso a outros subgrupos populacionais^{24,27}.

Em relação à barreira de distância do domicílio, destaca-se que foi observada semelhança quanto os fatores analisados nos dois recortes, sendo mais relatada por mulheres, entre aqueles com menor escolaridade, indivíduos com menor renda *per capita* e que referiram não ter trabalho remunerado. Estudo com dados da PNS 2019 mostrou que a presença de instalações públicas de AF próximas ao domicílio foi mais relatada pelos indivíduos nos quintis mais elevados de

renda e escolaridade, enquanto a participação em programas de AF foi semelhante segundo os quintis de renda e escolaridade²⁸. Existe um consenso de que os espaços públicos destinados à prática de AF e/ou programas públicos de AF próximos às residências são facilitadores para aumentar os níveis de AF¹⁹⁻³¹. Entretanto, existem desigualdades na presença de instalações de AF em áreas de menor renda e regiões desfavorecidas do Brasil, sendo, portanto, necessário considerar esses aspectos na implementação de estratégias setoriais e intersetoriais para a promoção da atividade física^{32,33}.

A barreira de problemas de saúde ou incapacidade física foi mais frequente entre indivíduos de 60 anos ou mais, aqueles do sexo feminino, os sem instrução e que não tinham trabalho

Tabela 3. Prevalência da barreira “distância do domicílio” para a participação em programas públicos de atividade física segundo variáveis sociodemográficas e do domicílio no Brasil e região Nordeste. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil 2019.

Variável	BRASIL			NORDESTE		
	%	IC95%	p-valor	%	IC95%	p-valor
Sexo			< 0,001			0,001
Masculino	9,0	8,0-10,2		9,3	7,7-11,2	
Feminino	12,7	11,5-13,9		13,4	11,9-15,1	
Faixa etária (anos)			0,585			0,360
18-34	11,8	10,0-13,8		11,0	9,1-13,1	
35-59	10,8	9,8-11,9		11,8	10,3-13,5	
60 ou mais	11,3	9,9-12,9		13,4	10,8-16,4	
Raça/cor			0,486			0,146
Branca	10,8	9,4-12,5		10,4	8,6-12,6	
Não Branca	11,5	10,5-12,5		12,3	10,9-13,9	
Estado civil			0,626			0,293
Solteiro	11,4	10,1-12,9		11,4	9,7-13,3	
Casado	11,2	9,9-12,6		12,5	10,8-14,4	
Divorciado/ desquitado/separado	9,7	7,7-12,0		9,0	6,6-12,2	
Viúvo	11,9	9,3-15,2		13,7	9,7-19,1	
Escolaridade			0,001			0,023
Sem instrução	13,0	9,5-17,5		12,7	8,0-19,4	
Fundamental incompleto/completo	12,6	11,3-13,9		14,3	12,3-16,6	
Médio incompleto/completo	11,5	10,0-13,1		10,2	8,7-12,0	
Superior incompleto/completo	8,7	7,6-10,0		10,6	8,7-12,8	
Renda familiar <i>per capita</i>			< 0,001			0,048
Até 1/2 salário mínimo	14,4	12,6-16,4		13,9	11,8-16,2	
Mais de 1/2 até 1 salário mínimo	11,5	10,1-13,0		11,4	9,4-13,7	
Mais de 1 até 2 salários mínimos	10,7	9,2-12,5		10,5	8,6-12,7	
Mais de 2 salários mínimos	9,1	7,6-10,7		9,8	7,6-12,6	
Trabalho remunerado			< 0,001			< 0,001
Não	13,5	12,3-14,8		14,8	12,9-16,8	
Sim	9,6	8,4-10,9		9,5	8,2-10,9	

% - prevalência; IC95% - intervalo de confiança de 95%; teste qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Autores.

remunerado. Estudo que avaliou usuários de programas para promoção de AF na atenção básica à saúde em Pernambuco mostrou que aqueles com idade de 60 anos ou mais relataram “a condição atual de saúde” como principal barreira percebida¹⁷. Estudo de revisão de escopo, abrangendo artigos disponíveis até dezembro de 2020, identificou que a barreira intrapessoal “doença, dor ou lesão” foi reportada em 10 dos 13 artigos originais avaliados²². Essa barreira está relacionada a aspectos biológicos, como a maior presença de doenças crônicas não transmissíveis, especialmente em mulheres, nos de idade avançada e entre aqueles com pior percepção de saúde e menor renda^{18,21,22}.

Além disso, estudo qualitativo realizado por meio de entrevistas com participantes de grupos

de dor crônica ofertados por Unidades Básicas de Saúde de Florianópolis identificou como barreiras a exacerbação da dor e o medo de lesão ou piora dos sintomas. O medo de agravar a situação, associado às crenças de inaptidão para exercícios físicos em decorrência de sua condição de saúde pode reduzir ou impedir a prática de exercícios físicos³⁴. Esse fato reforça a importância de uma maior sensibilização dos demais profissionais da assistência com relação a aconselhar esses grupos a buscarem atividades físicas que garantam uma melhor saúde, e ainda que as intervenções promovidas atendam às especificidades de suas condições de saúde, a fim de melhorar a qualidade de vida dessa população^{22,25}.

A prática regular de atividade física é importante na promoção da saúde, entretanto, é

Tabela 4. Prevalência da barreira “problemas de saúde ou incapacidade física” para a participação em programas públicos de atividade física segundo variáveis sociodemográficas e do domicílio no Brasil e região Nordeste. Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil 2019.

Variável	BRASIL			NORDESTE		
	%	IC95%	p-valor	%	IC95%	p-valor
Sexo			< 0,001			< 0,001
Masculino	6,3	5,1-7,3		5,4	4,2-6,9	
Feminino	9,3	8,3-10,3		10,2	8,6-12,1	
Faixa etária (anos)			< 0,001			< 0,001
18-34	1,9	1,4-2,6		3,0	2,0-4,6	
35-59	7,2	6,3-8,3		7,8	6,1-10,0	
60 ou mais	17,9	16,1-19,8		19,0	16,3-22,1	
Raça/cor			0,838			0,925
Branca	8,1	7,1-9,3		8,3	6,3-10,8	
Não Branca	8,0	7,2-8,9		8,4	7,2-9,8	
Estado civil			< 0,001			< 0,001
Solteiro	5,4	4,6-6,4		6,1	4,6-8,0	
Casado	8,5	7,6-9,6		9,4	7,7-11,4	
Divorciado/ desquitado/separado	10,0	7,9-12,7		10,9	7,3-15,9	
Viúvo	17,1	14,2-20,4		16,6	12,5-21,6	
Escolaridade			< 0,001			< 0,001
Sem instrução	23,6	18,7-29,5		21,3	15,8-28,0	
Fundamental incompleto/completo	13,7	12,3-15,3		12,7	10,5-15,2	
Médio incompleto/completo	5,1	4,4-6,0		5,1	4,0-6,7	
Superior incompleto/completo	2,7	2,1-3,5		3,4	1,9-5,9	
Renda familiar <i>per capita</i>			< 0,001			0,569
Até 1/2 salário mínimo	8,7	7,1-10,7		8,4	6,1-11,4	
Mais de 1/2 até 1 salário mínimo	10,4	9,1-11,9		9,3	7,6-11,4	
Mais de 1 até 2 salários mínimos	6,7	5,7-8,0		7,8	5,8-10,5	
Mais de 2 salários mínimos	6,7	5,0-8,1		6,8	4,9-9,5	
Trabalho remunerado			< 0,001			< 0,001
Não	15,3	14,0-16,7		14,1	12,2-16,2	
Sim	3,1	2,5-3,8		3,7	2,7-5,1	

% - prevalência; IC95% - intervalo de confiança de 95%; teste qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Autores.

marcada por iniquidades sociais, com alguns grupos populacionais se envolvendo menos, como aqueles de raça/cor da pele preta, do sexo feminino, de menor renda *per capita* e nível de escolaridade¹⁰⁻¹³. Segundo o documento do Ministério de Saúde sobre promoção da saúde e vigilância de doenças e agravos não transmissíveis integradas, a atuação nos determinantes sociais para a atividade física devem considerar a implementação de políticas de educação e de conscientização, com campanhas de mídia, combinadas com programas educacionais, motivacionais e ambientais destinados a apoiar mudança de níveis de atividade física; o aconselhamento sobre benefícios de atividades físicas na atenção primária à saúde; medidas de mobilidade urbana e acessibilidade, com a melhoria da estrutura física das calçadas e acesso aos transportes pú-

blicos; espaços públicos abertos, de qualidade e com infraestrutura adequada, para apoiar caminhadas e ciclismo; implementação de programas de promoção da atividade física²⁰.

A presente pesquisa apresenta como ponto forte identificar quais fatores sociodemográficos estão associados às principais barreiras para a participação nos programas públicos de AF, a partir de uma amostra representativa do Brasil e da região Nordeste do país. Algumas limitações do estudo devem ser consideradas, como o fato de que as perguntas do questionário sobre o conhecimento e a participação em programas públicos de promoção da AF não permitiram identificar o tipo, a população de abrangência e a esfera de gestão. A especificidade de cada programa pode interferir na adesão dos participantes e nas barreiras relatadas, principalmente

pela estrutura de implementação do programa e suas características⁹.

Os resultados apresentados pelo presente estudo demonstraram que a participação nos programas públicos de AF pela população brasileira foi limitada por importantes barreiras, sendo as mais prevalentes a falta de interesse, o horário de funcionamento, a distância do domicílio e problemas de saúde/incapacidade física. Nos recortes analisados referentes ao Brasil e à região Nordeste, evidenciou-se que uma ou mais barreiras apresentaram diferenças estatísticas conforme as características sociodemográficas, como sexo, idade, estado civil, ter trabalho remunerado e renda familiar.

Considerar o contexto da população ao qual o programa se destina é de suma importância para sua efetividade. Diversificar as atividades promovidas, flexibilizar dias, turnos e horários de funcionamento, aumentar a oferta e o aces-

so a esses programas e garantir atividades planejadas de acordo com peculiaridades de cada público, respeitando características biológicas, de crenças e culturais, seriam potenciais estratégias. Além disso, é necessário monitorar continuamente os indicadores de atividade física de diferentes populações e as desigualdades sociais, de maneira a subsidiar intervenções com foco na atuação nos determinantes sociais da saúde para promover modos de vida saudáveis.

Diante do exposto, esses achados podem colaborar no direcionamento de gestores e profissionais de saúde acerca dos programas públicos de AF, destacando a necessidade de potencializar estratégias resolutivas quanto às principais barreiras identificadas e aos fatores associados a essas barreiras, vislumbrando o aumento da participação de outros subgrupos populacionais nesses programas.

Colaboradores

EMM Santos, ACS Andrade e VM Bezerra contribuíram para a concepção do estudo, análise, interpretação dos dados e redação do artigo. DS Portela colaborou na análise e interpretação dos dados. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

Declaração de disponibilidade de dados

As fontes de dados utilizados na pesquisa estão indicadas no corpo do artigo.

Referências

1. Silva AG, Prates EJS, Malta DC. Avaliação de programas comunitários de atividade física no Brasil: uma revisão de escopo. *Cad Saude Publica* 2021; 37(5):e00277820.
2. Rodrigues BLS, Silva RN, Arruda RG, Silva PBC, Feitosa DKS, Guarda FRB. Impacto do Programa Academia da Saúde sobre a mortalidade por Hipertensão Arterial Sistêmica no estado de Pernambuco, Brasil. *Cien Saude Colet* 2021; 26(12):6199-6210.
3. Amorim T, Knuth A, Cruz D, Malta D, Reis R, Hallal P. Descrição dos programas municipais de promoção da atividade física financiados pelo Ministério da Saúde. *Rev Bras Ativ Fis Saude* 2013; 18(1):63-74.
4. Becker L, Gonçalves P, Reis R. Programas de promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde brasileiro: revisão sistemática. *Bras Ativ Fis Saude* 2016; 21(2):110-122.
5. Seus TLC, Silveira DS, Tomasi E, Thumé E, Facchini LA, Siqueira FV. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: promoção da saúde, atividade física e doenças crônicas no Brasil – inquérito nacional PMAQ 2013. *Epidemiol Serv Saude* 2019; 28(2):e2018308.
6. Battistel JA, Floss MI, Cruvinel AFP, Barbato PR, Fermino RC, Guerra PH. Perfil dos frequentadores e padrão de utilização das academias ao ar livre: revisão de escopo. *Bras Ativ Fis Saude* 2021; 26:e0186.
7. Pintos AE, Mascarenhas F, Athayde PF. Monitoramento e avaliação de políticas e programas de esporte e lazer: a experiência do Programa Esporte e Lazer da Cidade. *LICERE* 2019; 22(3):97-139.

8. Carvalho FFB, Vieira LA. Práticas corporais e atividades físicas como política pública de Saúde: desafios para avançar na atenção primária do Sistema Único de Saúde no período de 2023 a 2026. *Pensar Prat* 2023; 26:e.75847.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2006-2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS; 2024.
10. Wendt A, Ricardo LIC, Costa CS, Knuth AG, Tenório MCM, Crochemore-Silva I. Socioeconomic and Gender Inequalities in Leisure-Time Physical Activity and Access to Public Policies in Brazil From 2013 to 2019. *J Phys Act Health* 2021; 25; 18(12):1503-1510.
11. Mielke GI, Stopa SR, Gomes CS, Silva AGD, Alves FTA, Vieira MLFP, Malta DC. Leisure time physical activity among Brazilian adults: National Health Survey 2013 and 2019. *Rev Bras Epidemiol* 2021; 24(Supl. 2):e210008.
12. Cruz DKA, Silva KS, Lopes MVV, Parreira FR, Pasquim HM. Iniquidades socioeconômicas associadas aos diferentes domínios da atividade física: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. *Epidemiol Serv Saude* 2022; 31(n. esp. 1):e2021398.
13. Botelho VH, Wendt A, Pinheiro ES, Crochemore-Silva I. Desigualdades na prática esportiva e de atividade física nas macrorregiões do Brasil: PNAD, 2015. *Rev Bras Ativ Fis Saude* 2021; 26:e026.
14. Christofolletti M, Streit IA, Garcia LMT, Mendonça G, Benedetti TRB, Papini CB, et al.. Barreiras e facilitadores para a prática de atividade física em diferentes domínios no Brasil: uma revisão sistemática. *Cien Saude Colet* 2022; 27(9):3487-3502.
15. Rech CR, Camargo EM, Araujo PAB, Loch MR, Reis RS. Perceived barriers to leisure-time physical activity in the Brazilian population. *Rev Bras Med Esporte* 2018; 24(4):303-309.
16. Ferreira RW, Caputo EL, Häfele CA, Jerônimo JS, Florindo AA, Knuth AG, Silva MC. Acesso aos programas públicos de atividade física no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cad Saude Publica* 2019; 35(2):e00008618.
17. Silva CRM, Bezerra J, Soares FC, Mota J, Barros MVG, Tassitano RM. Percepção de barreiras e facilitadores dos usuários para participação em programas de promoção da atividade física. *Cad Saude Publica* 2020; 36(4):e00081019.
18. Biehl-Printes C, Brauner FO, Rocha JP, Oliveira G, Neris J, Rauber B, Bós AJ. Prática de exercício físico ou esporte dos idosos jovens e longevos e o conhecimento dos mesmos em programas públicos: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *PAJAR* 2017; 4(2):47-53.
19. Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM, Gouveia ECDP, Vieira MLFP, Freitas MPS, Sardinha LMV, Macário EM. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. *Epidemiol Serv Saude* 2020; 29(5):e2020315.
20. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Promoção da saúde e vigilância de doenças e agravos não transmissíveis integradas*. Brasília: OPAS; 2024.
21. Santos CES, d'Orsi E, Rech CR. Barriers to participation in physical activity programs among older adults. *Motricidade* 2020; 16(4):353-360.
22. Socoloski TS, Rech CR, Correa Junior JA, Lopes RM, Hino AAF, Guerra PH. Barreiras para a prática de atividade física em idosos: revisão de escopo de estudos brasileiros. *Rev Bras Ativ Fis Saude* 2021; 26:e0208.
23. Lemos EC, Gouveia GC, Luna, CF, Silva GB. Programa academia da cidade: descrição de fatores de adesão e não adesão. *Rev Bras Cien Mov* 2016; 24(4):75-84.
24. Oliveira LN, Freitas PP, Lopes MS, Lopes ACS. Participação em programas públicos para prática de atividade física e comportamentos de saúde. *Rev Bras Ativ Fis Saude* 2021; 26:e0204.
25. Monteiro GR, Santos CKA, Pereira GJ, Silva RJS. Fatores associados à aderência em programa comunitário de atividade física em uma capital brasileira. *Rev Bras Ativ Fis Saude* 2022; 27:e0265.
26. Gomes GAO, Papini CB, Nakamura PM, Teixeira IP, Kokubun E. Barreiras para prática de atividade física entre mulheres atendidas na Atenção Básica de Saúde. *Rev Bras Cienc Esporte* 2019; 41(3):263-270.
27. Sá GBAR, Dornelles GC, Cruz KG, Amorim RCA, Andrade SSCA, Oliveira TP, Silva MM, Malta DC, Souza MF. O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. *Cien Saude Colet* 2016; 21(6):1849-1860.
28. Werneck AO, Oyeyemi AL, Araújo RHO, Barboza LL, Szwarcwald CL, Silva DR. Association of public physical activity facilities and participation in community programs with leisure-time physical activity: does the association differ according to educational level and income? *BMC Public Health* 2022; 22(1):279.
29. Silva AT, Fermino RC, Lopes AAS, Alberico CO, Reis RS. Distance to fitness zone, use of facilities and physical activity in adults. *Rev Bras Med Esporte* 2018; 24(2):157-161.
30. Silva DB, Tribess S, Papini CB. Perfil dos usuários e padrão de utilização das Academias ao Ar Livre de Uberaba, Minas Gerais. *Rev Bras Ativ Fis Saude* 2019; 24:0111.
31. Hino AAF, Rech CR, Gonçalves PB, Reis RS. Acessibilidade a espaços públicos de lazer e atividade física em adultos de Curitiba, Paraná, Brasil. *Cad Saude Publica* 2019; 35(12):e00020719.
32. Manta SW, Reis RS, Benedetti TRB, Rech CR. Public open spaces and physical activity: disparities of resources in Florianópolis. *Rev Saude Publica* 2019; 53:112.
33. Agrizzi P, Dourado TEPS, Silva JI, Andrade ACS. Fatores associados ao conhecimento de locais públicos de esporte e lazer nas capitais brasileiras. *Rev Bras Ativ Fis Saude* 2021; 26. :e0201.
34. Borges PA, Koerich MHAL, Wengerkievicz KC, Knabben RJ. Barreiras e facilitadores para adesão à prática de exercícios por pessoas com dor crônica na Atenção Primária à Saúde: estudo qualitativo. *Physis* 2023; 33:e33019.

Artigo apresentado em 29/04/2024

Aprovado em 06/01/2025

Versão final apresentada em 08/01/2025

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva, Vania de Matos Fonseca

