

## AUTOEFICÁCIA PARA A PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS DE USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

### SELF-EFFICIENCY FOR THE PRACTICE OF PHYSICAL EXERCISE BY USERS OF A FAMILY HEALTH STRATEGY


Recebido em: 19/07/2024


Reenviado em: 28/10/2024

Aceito em: 18/11/2024

Publicado em: 21/12/2024

Érica Fernanda Martins<sup>1</sup>   
Centro Universitário Ingá

Jailton Possebon Marsola<sup>2</sup>   
Universidade de Cruz Alta

Marilia de Rosso Krug<sup>3</sup>   
Universidade de Cruz Alta

**Resumo:** Este estudo analisou a autoeficácia para a prática de exercícios físicos - AEPEF de Hipertensos e diabéticos cadastrados em uma Estratégia de Saúde da Família - ESF e a relação com os fatores socioeconômicos. Participaram 71 usuários de uma ESF, de um município do estado do Rio Grande do Sul - RS. Os dados socioeconômicos, estágios de motivação e a AEPEF foram obtidos por meio de questionários e registros do SIAB. As variáveis foram descritas em termos de média e desvio padrão, frequência simples e absoluta. Para identificação das associações foi utilizado o teste do qui-quadrado ( $p \leq 0,05$ ). Após analisar os resultados observou-se que, para a maioria dos participantes do estudo, fazer caminhadas ou atividade física moderada e/ou vigorosa quando está cansado, de mau humor, sem tempo, estar de férias ou está muito frio, se constituíram como barreiras para se exercitarem. Ao associar as questões da autoeficácia para a prática de exercícios físicos encontrou-se resultados estatisticamente significativos entre os grupos nas variáveis: sexo, estado civil e escolaridade. Os resultados permitiram concluir que os grupos do sexo masculinos, casados, com ensino médio incompleto e com maior renda apresentam mais barreiras para a prática de exercícios físicos.

**Palavras-chave:** Exercício Físico; Motivação; Estratégia de Saúde da Família; Hipertensos; Diabéticos.

**Abstract:** This study analyzed the self-efficacy for the practice of physical exercises - AEPEF of Hypertensive and diabetic patients enrolled in a Family Health Strategy - ESF and the relationship with socioeconomic factors. Participants were 82 users of an ESF, from a municipality in the state of Rio Grande do Sul - RS. Socioeconomic data, stages of motivation and the AEPEF were taken from the database of the Melhorar project (PIBIC/CNPq). Variables were described in terms of mean and standard deviation, simple and absolute frequency. To identify associations, the chi-square test was used ( $p \leq 0.05$ ). After analyzing the results, it was observed that, for most of the study participants, walking or moderate and/or vigorous physical activity when they are tired, in a bad mood, without time, on vacation or when it is very cold, constituted barriers to exercise. By associating the questions of

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Ingá – UNINGÁ. E-mail: efmenfermagem@gmail.com

<sup>2</sup> Acadêmico do Curso de Graduação de Fisioterapia da Universidade de Cruz Alta. Bolsista do Programa de Bolsa de Iniciação Científica da FAPERGS (PROBIC/FAPERGS/UNICRUZ) - E-mail: jailtonpm17k@gmail.com

<sup>3</sup> Docente do Centro de Ciências da Saúde e Agrárias, da Universidade de Cruz Alta – CCSA/UNICRUZ e do Programa de Pós Graduação em Atenção Integral à Saúde da UNICRUZ, desenvolvido em associação com as Universidades Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões e Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - PPGAIS/UNICRUZ/URI-Erechim/UNIJUÍ. E-mail: mkrug@unicruz.edu.br

self-efficacy with the practice of physical exercises, statistically significant results were found between the groups: sex, marital status and education. The results allowed us to conclude that the male, married, incomplete high school and higher income groups present more barriers to the practice of physical exercises.

**Keyword:** Physical exercise; Motivation; Family Health Strategy; Hypertensive; Diabetics.

## INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), possuem grande importância para os serviços de saúde por seus altos índices de morbimortalidade. Sendo que, as com maior representatividade estatística são a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM). A HAS é caracterizada por uma condição de níveis pressóricos elevados, tendo potencial para ocasionar alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, como o encéfalo, rins, coração e vasos sanguíneos. Já o DM representa uma série de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia crônica, resultando em defeitos na ação e/ou secreção da insulina, portanto, ocasiona modificações no metabolismo de lipídeos, carboidratos e proteínas (NETO; ALMEIDA, 2018).

São vários os fatores de risco para o desenvolvimento das DCNT, e estão associados com questões comportamentais e estilo de vida, estando entre eles o tabagismo, consumo exacerbado de álcool, inatividade física e alimentação inadequada. Dentre estes fatores a inatividade física é o quarto principal fator de risco responsável por mortes no mundo (SILVA, 2019). No relatório de situação de atividade física de 2022 da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2022), cerca de 27,5% da população adulta mundial não atinge o nível recomendado de atividade física para melhorar e proteger sua saúde.

A prática de atividades física favorece a prevenção e o tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e o monitoramento contínuo de indicadores relacionados à esta prática é de extrema importância para a implementação e o acompanhamento de políticas públicas efetivas para a redução, controle das DCNT e de seus fatores de risco, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2022). Neste sentido, torna-se de extrema relevância avaliar as barreiras para a prática de atividade física. Estas barreiras serão analisadas no presente estudo por meio da autoeficácia para a prática de exercícios físicos.

Bandura (1986) descreveu a autoeficácia percebida como a avaliação que uma pessoa faz de sua habilidade para planejar e realizar ações necessárias para alcançar objetivos específicos e que essa percepção influencia quatro processos: cognitivo, emocional, seleção de estratégias e motivação. Um estudo realizado por Alharbi *et al.*, de 2017, concluiu que a baixa autoeficácia pode estar relacionada a obstáculos para prática de atividade física, acarretando

uma dificuldade em alcançar uma mudança prolongada. Além de outros fatores que podem influenciar de forma negativa a autoeficácia como depressão, motivação, elevado nível de índice de massa corporal (IMC), pertencer ao sexo feminino e doenças coronarianas.

Desta forma, este estudo tem como objetivo analisar a autoeficácia para a prática de exercícios físicos de pessoas, cadastradas em uma ESF, com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Melitus (DM) e a relação com os fatores socioeconômicos.

## **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa quantitativa do tipo descritiva e está diretamente articulado com o Projeto Matricial “Práticas e tecnologias Educacionais em Saúde: Desenvolvimento, Avaliação e Implementação”, que tem como objetivo desenvolver, avaliar e implementar práticas e tecnologias educacionais em saúde, em espaços que possibilitam a construção do conhecimento e o empoderamento da população; a formação profissional e a educação permanente em saúde. Caracteriza-se como um projeto matricial, interdisciplinar, que integra atividades desenvolvidas no Programa de Pós-Graduação em Atenção Integral à Saúde (PPGAIS) e nos cursos de Graduação da área da Saúde da UNICRUZ. O referido projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Cruz Alta – CEP/UNICRUZ, parecer nº: 5.601.572.

Participaram da mesma 82 usuários de uma ESF da cidade de Cruz Alta – RS. A seleção dos participantes do estudo foi realizada a partir dos registros encontrados no SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica. Foram selecionados somente os usuários cadastrados que apresentavam diagnóstico de HAS e DM. Todos os participantes com este diagnóstico foram contatados por telefone, onde foi explicado os objetivos e procedimentos para realização do estudo e o convite para que os mesmos participassem voluntariamente. Aos que aceitaram participar do estudo foi realizada uma visita domiciliar para assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aplicação dos instrumentos de pesquisa.

Os dados de sexo, faixa etária, escolaridade e renda foram obtidos por meio de um questionário. Para determinação da autoeficácia para a prática de exercícios físicos foi utilizado a Escala de Autoeficácia para Exercício Físico, proposta por Bandurra (2006), originalmente chamada de Self-Efficacy to Regulate Exercise, a qual apresenta 18 situações que podem dificultar a manutenção de uma rotina de exercícios físicos. Ao respondente, foi questionado sobre a força do grau de confiança em realizar o exercício mesmo deparando-se com estas

situações partindo de valores próximos a 0 (nada confiante); incluindo níveis intermediários de confiança 50 (moderadamente confiante); até completamente confiante 100 (altamente confiante). Para categorização dos escores totais, no presente estudo realizou-se a dicotomização em sem confiança de 0 à 50% e com confiança de 51 à 100%. A validação brasileira com pacientes com risco cardiovascular é unifatorial e apresenta um  $\alpha=0.97$  (BOFF, 2017).

As variáveis foram descritas em termos de média e desvio padrão, frequência simples e absoluta. Para identificação das associações foi utilizado o teste do quiquadrado ou Exato de Fischer. Sendo adota um nível de significância de  $p \leq 0,05$ .

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Participaram do estudo 71 hipertensos com uma idade média de  $68 \pm 8,61$  anos, sendo a idade mínima 46 anos e máxima 90 anos. A maioria (69,5%) era do sexo feminino.

Na tabela 1 encontram-se os resultados da autoeficácia para a realização de exercícios físicos. As questões de um a cinco estão relacionadas a caminhada realizada no tempo livre e as questões de seis a dez dizem respeito as atividades físicas de intensidade moderada e/ou vigorosa (AFMV) (exemplo: correr, nadar, pedalar, jogar vôlei, futebol, etc.). Não incluindo a caminhada.

Tabela 1 – Autoeficácia para a realização de exercícios físicos. Cruz Alta, RS (n=71).

Questões	CC (%)	SC (%)
1. Você consegue fazer caminhada no seu tempo livre quando você está cansado?	15,9	84,1
2. Você consegue fazer caminhada no seu tempo livre quando você está de mau humor?	22,0	78,0
3. Você consegue fazer caminhada no seu tempo livre quando você está sem tempo?	19,5	80,5
4. Você consegue fazer caminhada no seu tempo livre quando você está de férias?	23,2	76,8
5. Você consegue fazer caminhada no seu tempo livre quando está muito frio	20,7	79,3
6. Você consegue fazer AFMV no seu tempo livre quando você está cansado?	03,7	96,3
7. Você consegue fazer AFMV no seu tempo livre quando você está de mau humor?	03,7	96,3
8. Você consegue fazer AFMV no seu tempo livre quando você está sem tempo?	01,2	98,8
9. Você consegue fazer AFMV no seu tempo livre quando você está de férias?	02,4	97,6
10. Você consegue fazer AFMV no seu tempo livre quando está frio?	04,9	95,1

Legenda: CC = com confiança, SC = Sem Confiança

Fonte: Os autores (2024).

Observando os resultados da tabela 1 percebe-se que para a maioria dos participantes do estudo estar cansado, de mau humor, sem tempo, de férias ou está muito frio, se constituíram como as principais barreiras tanto para a prática de caminhada quanto para a prática de atividades físicas de intensidade moderada e/ou vigorosa. Nota-se, também, que para a prática

de atividades físicas de intensidade moderada e/ou vigorosa o perceptual de sem confiança aumenta em relação a prática de caminhada.

Ao comparar os dados do presente trabalho com outros estudos com esta temática foi possível observar resultados semelhantes, dentre eles apontamos para o estudo de Barros e Iaochite (2012) que ao analisarem o nível de autoeficácia para a prática de atividade física de 196 sujeitos praticantes de AF, a situação em que os indivíduos mais se julgaram capazes para praticar atividade física foi o item “quando está de férias”.

Ao associar as questões da autoeficácia para a prática de exercícios físicos encontrou-se resultados estatisticamente significativos ( $p \leq 0,05$ ) entre os grupos: sexo para as questões de 1 à 5, que se referem a caminhada (Tab. 2); estado civil, questões de 1 à 4 (Tab. 3); e, escolaridade, itens 6 e 7, que dizem respeito as atividades físicas de intensidade moderada e/ou vigorosa (AFMV) (Tab. 4)..

Tabela 2 – Autoeficácia para a prática de exercício físico em relação ao sexo. Cruz Alta, RS (n=82).

Autoeficácia	Masculino		Feminino		P
	CC	SC	CC	SC	
1. Você consegue fazer caminhada no seu tempo livre quando você está cansado?	23,2	69,2	76,8	30,8	0,001*
2. Você consegue fazer caminhada no seu tempo livre quando você está de mau humor?	21,9	61,1	78,1	38,9	0,001*
3. Você consegue fazer caminhada no seu tempo livre quando você está sem tempo?	22,7	62,5	77,3	37,5	0,002*
4. Você consegue fazer caminhada no seu tempo livre quando esta de férias?	20,6	63,2	79,4	36,8	0,001*
5. Você consegue fazer caminhada no seu tempo livre quando está muito frio	23,1	58,8	76,9	41,2	0,004*

\*Existem diferenças estatisticamente significativas ao nível de  $p \leq 0,05$

Legenda: CC = com confiança, SC = Sem Confiança

Fonte: Os autores (2024).

Os resultados apresentados na tabela 2 evidenciam que um maior percentual de mulheres considera estar cansado, de mau humor, sem tempo, de férias e muito frio, como barreiras para a prática de exercícios físicos em relação aos homens. Moraes, Lima e Santos. (2010) em um estudo com o objetivo de identificar as barreiras para a prática de exercício físico, realizado com 65 usuários de uma Unidade Básica de Saúde do município de São Paulo, com idade entre 18 e 65 anos, de ambos os sexos, também encontrou como barreira para a prática de exercícios físico a falta de tempo, sendo esta a barreira mais relatada entre os entrevistados, e a sugestão para que o número de sedentários diminua foi a redução na jornada de trabalho.



Tabela 3 – Autoeficácia para a prática de exercício físico em relação ao estado civil. Cruz Alta, RS (n=71).

Autoeficácia	Casados		Solteiro/separado		Viúvo		P
	CC	SC	CC	SC	CC	SC	
1. Você consegue fazer caminhada no seu tempo livre quando você está cansado?	46,4	38,5	23,2	61,5	30,4	0,0	0,00*
2. Você consegue fazer caminhada no seu tempo livre quando você está de mau humor?	43,8	50,0	25,0	44,4	31,3	5,6	0,05*
3. Você consegue fazer caminhada no seu tempo livre quando você está sem tempo?	40,9	62,5	27,3	37,5	31,8	0,0	0,03*
4. Você consegue fazer caminhada no seu tempo livre quando está de férias?	42,9	52,6	25,4	42,1	31,7	5,3	0,04*

\*Existem diferenças estatisticamente significativas ao nível de  $p \leq 0,05$

Legenda: CC = com confiança, SC = Sem Confiança

Fonte: Os autores (2024).

Ao associar as barreiras para a prática de exercícios físicos com o estado civil, percebeu-se (Tab. 3) uma prevalência maior de pessoas casadas sem confiança para a prática de exercícios físicos quando es/ta de mau humor, sem tempo e de férias em relação aos solteiros/separados e viúvos. E estar cansado se constituiu como uma barreira para a maioria dos solteiros/separados em relação aos casados e viúvos. De acordo com Gomes (2019), pessoas casadas podem possuir uma falta de apoio familiar além de uma jornada de trabalho extensa que desestimula a ação para uma prática de atividade física e uma melhora da qualidade de vida.

Tabela 4 – Autoeficácia para a prática de exercício físico em relação a escolaridade. Cruz Alta, RS (n=71).

Autoeficácia	Fund. Inc.		Fund. Com.		Médio Inc.		Médio Com.		P
	CC	SC	CC	SC	CC	SC	CC	SC	
6. Você consegue fazer AFMV no seu tempo livre quando você está cansado?	73,4	33,3	10,1	0,0	3,8	66,7	12,7	0,00	0,001*
7. Você consegue fazer AFMV no seu tempo livre quando você está de mau humor?	73,4	33,3	10,1	0,0	3,8	66,7	12,7	0,00	0,001*

\*Existem diferenças estatisticamente significativas ao nível de  $p \leq 0,05$

Legenda: CC = com confiança, SC = Sem Confiança

Fonte: Os autores (2024).

Os resultados apresentados na tabela 4 evidenciam diferenças estatisticamente significativas em relação a escolaridade, ou seja, um maior percentual de hipertensos e diabéticos com ensino médio incompleto não conseguem realizar AFMV quando estão cansados ou de mau humor em relação aos demais grupos estudados. Geralmente uma pessoa que possui uma escolaridade abaixo do ensino médio incompleto trabalha em serviços com mão

de obra pesada, o que leva uma diminuição das suas atividades físicas fora do ambiente de trabalho. Ou seja, o nível de escolaridade pode ser um fator contribuinte na prática habitual de atividade física. Crespo *et al.* (2000) ressalta que alguns estudos têm mostrado que o sedentarismo é mais frequente entre as mulheres, idosos e indivíduos com menor nível escolar.

Teixeira (2020), em seu estudo que comparou o efeito da diabetes mellitus e do exercício físico sobre os aspectos relacionados ao autocuidado, índices de ansiedade, depressão e autoeficácia, concluiu que o diabetes mellitus se demonstra como um aspecto negativo para a diminuição nos comportamentos de autocuidado e auto eficácia.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos resultados foi possível concluir que o exercício físico regular só fará parte da realidade deste grupo se as barreiras forem minimizadas, e isso não ocorrerá por iniciativa somente dos profissionais de saúde, ou através da culpabilização individual. Assim, é imprescindível desde o conhecimento e conscientização da importância do exercício físico até mudanças nas relações entre tempo, trabalho e lazer, o que implica repensar a jornada de trabalho e espaços públicos destinados à prática.

Ações educativas sobre a importância da prática regular de atividades físicas bem como a criação e melhoria de espaços a essas práticas, são pontos cruciais a serem focados por políticas públicas voltadas à saúde e à qualidade de vida. No que se refere às empresas, disponibilidade de locais destinados ao lazer e deslocamento ativo, bem como a melhoria da distribuição da carga de trabalho diária podem melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores e aumento da produtividade

## REFERÊNCIA

ALHARBI, Muaddi *et al.* Exercise barriers and the relationship to self-efficacy for exercise over 12 months of a lifestyle-change program for people with heart disease and/or diabetes. **European journal of cardiovascular nursing**, England, v. 16, n. 4, p. 309–317, 2017.

BANDURA, Albert. **Social foundations of thought and action: A social cognitive theory**. Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall, Inc, 1986. (Social foundations of thought and action: A social cognitive theory.). p. xiii, 617.

BANDURA, Albert Guia para construção de escalas de autoeficácia. In: PAJARES, F.; URDAN. T. **Adolescence and education: Autoeficácia e adolescência** v. 5, p. 307-337, 2006.

BARROS, R. T; IAOCHITE, M. B. Autoeficácia para a prática de atividade física por indivíduos adultos. **Motricidade**, v. 8, n. 2, p. 32-41, 2012. DOI: 10.6063/motricidade.8(2).710.

BOFF, R, de M. **Efeito de uma intervenção interdisciplinar baseada no modelo transteórico de mudança de comportamento em adolescentes com sobrepeso ou obesidade** Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde lança publicação sobre indicadores de prática de atividades físicas entre os brasileiros. **Ministério da Saúde**, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/agosto/ministerio-da-saude-lanca-publicacao-sobre-indicadores-de-pratica-de-atividades-fisicas-entre-os-brasileiros>. Acesso em: 10 fev. 2024.

CRESPO, C. J. *et al.*. Race/ethnicity, social class and their relation to physical inactivity during leisure time: Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 18, p. 46-53, 2000.

GOMES, G. A. de O. *et al.* Barreiras para prática de atividade física entre mulheres atendidas na Atenção Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte** [online]. v. 41, n. 3, p. 263-270. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rbce.2018.04.007>.

MORAIS, E.; LIMA, P. F.; SANTOS, C. Barreiras para a prática de exercício físico regular em indivíduos com fatores de risco cardiovascular. **Saúde Coletiva**, v. 07, n. 45, p. 282-287. 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/842/84216927005.pdf>. Acesso em: 10 set. 2022.

NETO, C. T. S.; ALMEIDA, A. N. G. Perfil socioeconômico e epidemiológico de portadores de hipertensão e diabetes do Riacho Fundo II – DF. **Com. Ciências Saúde**, v. 29, n. 1 p. 15-22, 2018. Disponível em: <http://10.233.90.10:8080/jspui/handle/prefix/133>.

OMS. Global status report on physical activity 2022. **World Health Organization**, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240059153>. Acesso em: 10 fev. 2024.

SILVA, L. S. **Percepção de estudantes sobre fatores de risco para Doenças Crônicas não transmissíveis, realidade situacional e Projeto Político Pedagógico Escolar: possíveis relações.** Universidade Federal do Pampa – UNIPAMPA, Uruguaiana, 2019. Disponível em: <https://repositorio.unipampa.edu.br/jspui/handle/rii/4968>. Acesso em: 10 set. 2022.

TEIXEIRA, Renata Guimarães. A associação do diabetes e da prática de exercício físico sobre o autocuidado, ansiedade, depressão e auto eficácia. **Centro Universitário de Brasília – UniCEUB**, Brasília, 2020. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/15185>. Acesso em: 10 set. 2022.